

# ANTIOQUIA MEDICA

VOL. 21 No. 1 — 1971 — ANTIOQUIA MEDICA — MEDELLIN — COLOMBIA

Organo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Academia de Medicina de Medellín — Continuación del "Boletín Clínico" y de "Anales de la Academia de Medicina". Licencia N° 000957 del Ministerio de Gobierno. Tarifa Postal reducida, licencia N° 28 de la Administración Postal Nacional.

Dr. Jorge Restrepo Molina.  
Decano Facultad de Medicina de la  
U. de A.

Dr. Guillermo Latorre R.  
Presidente de la Academia

## EDITOR:

Dr. Alberto Robledo Clavijo

## CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Hernán Vélez A.  
Dr. Iván Jiménez  
Dr. Oscar Duque H.  
Dr. William Rojas M.

Dr. Mario Robledo V.  
Dr. David Botero R.  
Srta. Melva Aristizábal  
Dr. Juan Antonio Montoya O.  
Dr. Alfredo Naranjo V

## CONTENIDO

### EDITORIAL

Conceptos sobre el Seguro Social y el Proyecto de Ley No. 30 de 1969. <i>Drs. Gabriel Correa, Tomás Quevedo, Bertulfo Velásquez, Alberto Abad, Rodrigo Londoño</i> .....	3
Tratamiento quirúrgico de la litiasis pancreática. <i>Dr. Jorge E. Restrepo</i> ....	13
Búsqueda de histoplasma capsulatum en la "Caverna del Nus". (Antioquia, Colombia) y en murciélagos residentes en ella. <i>Sr. Jaime Carmona Fonseca, María Victoria Cadavid</i> .....	23
Comparación entre los resultados de la hormonoterapia a corto plazo y con dosis masivas, y la hormonoterapia clásica en el tratamiento de las carditis reumática. <i>Dra. Leni Oberndorfer y William Mejía V.</i> .....	31
Tratamento intensivo da amebíase intestinal crônica com o win-13.146, (Teclozan) aplicação em três dias. <i>Dr. Donald Huggins.</i> .....	53
Leishmaniasis, su tratamiento con Pirimetamina. Estudio de 18 casos. <i>Drs. Gonzalo Calle V. y Juan Pedro Velásquez B.</i> .....	57
Incidencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. <i>Drs. Jaime Botero U. y Alfonso Jubiz H.</i> .....	69

**CONCEPTOS SOBRE EL SEGURO SOCIAL Y EL PROYECTO  
DE LEY No. 30 DE 1969**

DRES. GABRIEL CORREA  
TOMAS QUEVEDO  
BERTULFO VELASQUEZ  
ALBERTO ABAD  
RODRIGO LONDOÑO

**I—EL PROGRESO DE LA MEDICINA Y EL SEGURO SOCIAL**

*Durante la década del sesenta la Medicina progresó aceleradamente en los campos del diagnóstico y del tratamiento de las enfermedades. Es seguro que en la década que se inicia los progresos sean aún mayores. Es imposible predecir el ritmo de crecimiento de la tecnología y la aplicación de la misma en los campos de la salud y de la asistencia médica.*

*Estos avances implican necesariamente un gran aumento en los costos, costos que se van haciendo impracticables, aún para las Instituciones Colombianas de más altos ingresos, como son los Seguros Sociales.*

*Los cálculos actuariales del Seguro Social Colombiano fueron hechos para un tipo de asistencia médica de un nivel mucho más bajo que el que se puede practicar hoy y más bajo aún del que se podrá practicar mañana.*

*La aplicación completa de las técnicas disponibles y de las que surjan, crean un riesgo grave sobre la deteriorada financiación de la Institución.*

---

Colegio Médico de Antioquia. - XXVI Asamblea General de la Federación Médica Colombiana. - Cúcuta, noviembre 25 a 29 de 1970.



El Seguro Social Colombiano está dentro del concepto de G. Fergusson y que sirvió de entrada a la ponencia que sobre Educación Médica presentó el Colegio Médico de Antioquia a esta misma Asamblea: "Los latinoamericanos nos debatimos siempre entre las grandes aspiraciones que generan nuestros arquetipos extranjeros y la estrechez de nuestros propios medios".

Por otra parte, la Ley 90 de 1946 establece una obligación contractual entre la Institución y cada afiliado. La Institución debe cubrir todas las solicitudes que en materia de salud formule cada uno de los asegurados. Así, cada asegurado tiene el derecho de exigir a la Institución, atención médica acorde con todos los adelantos técnicos del momento..

En la práctica, el Seguro Social responde inadecuadamente a esta solicitud expresa o implícita. Los Directores de la Institución, carentes de reglamentación y de normas definidas, se mueven caóticamente entre las presiones de los médicos tratantes, las de los asegurados y sus familiares y las de los patronos. Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se salen de lo usual, son tomados como concesiones aisladas y responden más a la formación personal especializada del médico (Directivo o Tratante), que a las necesidades del paciente o a las disponibilidades financieras de la Institución.

Esta es una situación anómala que es necesario corregir, dotando al Seguro Social del instrumento legal para que pueda establecer límites de asistencia médica en los más altos niveles técnicos, cuando los costos puedan crear un grave riesgo a la estabilidad económica de la Institución.

## II - EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO DE ACUERDO CON LA LEY 90.

Nuestro sistema de Seguro Social está hecho para los trabajadores que presten servicio a otra persona, en virtud de contrato de trabajo, expreso o presunto. Indica pues, una relación de trabajo estable, con un patrono.

La Ley autoriza, es cierto, la admisión de trabajadores independientes con el carácter de asegurados facultativos. Pero en 20 años de operación del sistema, el número de este tipo de asegurados es numéricamente despreciable.

El Seguro Social Colombiano está dentro del concepto de G. Fergusson y que sirvió de entrada a la ponencia que sobre Educación Médica presentó el Colegio Médico de Antioquia a esta misma Asamblea: "Los latinoamericanos nos debatimos siempre entre las grandes aspiraciones que generan nuestros arquetipos extranjeros y la estrechez de nuestros propios medios".

Por otra parte, la Ley 90 de 1946 establece una obligación contractual entre la Institución y cada afiliado. La Institución debe cubrir todas las solicitudes que en materia de salud formule cada uno de los asegurados. Así, cada asegurado tiene el derecho de exigir a la Institución, atención médica acorde con todos los adelantos técnicos del momento..

En la práctica, el Seguro Social responde inadecuadamente a esta solicitud expresa o implícita. Los Directores de la Institución, carentes de reglamentación y de normas definidas, se mueven caóticamente entre las presiones de los médicos tratantes, las de los asegurados y sus familiares y las de los patronos. Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se salen de lo usual, son tomados como concesiones aisladas y responden más a la formación personal especializada del médico (Directivo o Tratante), que a las necesidades del paciente o a las disponibilidades financieras de la Institución.

Esta es una situación anómala que es necesario corregir, dotando al Seguro Social del instrumento legal para que pueda establecer límites de asistencia médica en los más altos niveles técnicos, cuando los costos puedan crear un grave riesgo a la estabilidad económica de la Institución.

## II - EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO DE ACUERDO CON LA LEY 90.

Nuestro sistema de Seguro Social está hecho para los trabajadores que presten servicio a otra persona, en virtud de contrato de trabajo, expreso o presunto. Indica pues, una relación de trabajo estable, con un patrono.

La Ley autoriza, es cierto, la admisión de trabajadores independientes con el carácter de asegurados facultativos. Pero en 20 años de operación del sistema, el número de este tipo de asegurados es numéricamente despreciable.



No existen datos estadísticos confiables sobre la población asegurable dentro de la Ley 90 de 1946. Las cifras publicadas son variadas y sin valor real.

Parece que la extensión del sistema creado por la Ley 90 cubre ya más del 70% de la población asegurable.

Sabemos que la extensión del actual sistema desde su iniciación hasta hoy, no se ha hecho consultando los Recursos Humanos existentes y las disponibilidades físicas para diagnóstico o tratamiento, a fin de prestar mejores servicios. Esta extensión se ha demorado inexplicablemente en algunas zonas con recursos muy aceptables, por presiones médicas, patronales u obreras; mientras, comparativamente, se ha anticipado en otras zonas con menos recursos, por motivos políticos regionales.

El concepto de paridad política para la selección de las personas que se encargan de la Dirección de la Institución, ha traído un nuevo elemento de confusión para tomar decisiones técnicas.

Es necesario que los programas de extensión de los Seguros Sociales se hagan sobre datos estadísticos completos, sobre análisis actuariales actualizados y proyectados al futuro y con estudios de los Recursos Humanos disponibles y de los que serían necesarios para cubrir cada programa de extensión. Es necesario que se haga el estudio de las necesidades y de las disponibilidades de los recursos para diagnóstico y tratamiento en equipos, dotación, camas hospitalarias, etc.

Es necesario además liberar al Instituto de todo tipo de presiones al decidir sobre la extensión de sus programas.

El Colegio Médico de Antioquia considera que es a una entidad de más alta jerarquía, a quien corresponde hacer el análisis de los recursos económicos, humanos, de dotación y de infraestructura, para extender los servicios a nuevas zonas geográficas o a nuevos núcleos de población. La decisión preliminar correspondería dentro de la actual estructura colombiana o la Oficina Nacional de Planeación.

### III - EXTENSION DEL SEGURO SOCIAL DE ACUERDO CON EL PROYECTO DE LEY N° 30.

La Ley mira primordialmente al afiliado, para fines de Asistencia Médica. Accesoriamente da asistencia obstétrica a la esposa o



compañera del asegurado. Y garantiza un subsidio de lactancia hasta por seis meses al hijo asegurado. Como prestación extra-legal ha concedido asistencia médica completa para el hijo del asegurado durante el primer año de vida.

El Proyecto de Ley 30 tiene un enfoque más amplio y más justo: Considera al afiliado como el jefe de un grupo familiar; grupo con el que el Seguro contrae también obligaciones.

La obligación del Instituto se extiende, según el Artículo 6º, además del asegurado, a su mujer, a los hijos menores de 1½ años no emancipados económicamente.

La madre y el padre inválido o mayor de sesenta años del asegurado soltero, quedarían igualmente cubiertos por el nuevo Proyecto de Ley. Aspira además a dar protección a las viudas y a los huérfanos con derecho a pensión de "viudosis" y de orfandad.

El Gobierno ha calculado que el número de personas cubiertas por este aspecto, sería cuatro veces el número de afiliados actuales. Si contamos ahora con un poco más de siete mil afiliados, el número de personas protegidas por esta disposición será cerca de tres millones.

En la comunicación que este Colegio envió a cada uno de los Honorables Representantes de la Comisión VII de la Cámara, quedó claramente establecido que el proyecto presentado es utópico. El Seguro no tendría recursos económicos para cumplir sus obligaciones; la disponibilidad necesaria del personal médico no existe y no hay las camas hospitalarias suficientes para el servicio que se proyecte.

La Institución necesitaría cuadruplicar el personal médico y para-médico, las camas hospitalarias, las consultas externas y los gastos en drogas. Además tendría que aumentar notoriamente el personal administrativo.

Si consideramos que por los ordinales primero y segundo del Artículo 2º del Proyecto de Ley Nº 30, ingresarán al Seguro en calidad de afiliados, los trabajadores independientes, los trabajadores autónomos y los familiares de los patronos cuando sean asalariados de éste, podemos afirmar sin errar que el incremento del número de beneficiarios que gozará de la protección de la seguridad social, incidirá desastrosamente sobre las finanzas de la Institución.

Además, en el ordinal tercero del Artículo 2º se extiende la pro-



tección social "a los demás grupos de población económicamente activa, rural o urbana". Los expertos latinoamericanos en Salud Pública y Seguridad Social del grupo de estudio convocado por la Organización de los Estados Panamericanos y la Organización Panamericana de Salud, en agosto de 1969, estuvieron de acuerdo en que "El Seguro de Salud integral que proporciona servicios preventivos y curativos a la totalidad de la población de un país, seguramente es el ideal, que desgraciadamente parece ser muy difícil de alcanzar en el momento actual. La incapacidad económica de las poblaciones rurales, y especialmente de los grupos autóctonos, la distribución geográfica de las poblaciones en pequeños conglomerados diseminados en grandes extensiones de terreno, la escasez de médicos y otros profesionales técnicos de salud, son elementos que actualmente hacen utópico un seguro nacional de salud integral". Y que, "los países latinoamericanos no están preparados en este momento, y probablemente no lo estarán en un futuro inmediato, para aplicar en ellos un seguro nacional de salud.

El mismo Gobierno Colombiano lo ha reconocido así implícitamente, al establecer por el Decreto 1499 de 1966 un Plan Hospitalario Nacional con actividades operativas de distintos niveles, como son los Hospitales Universitarios, Regionales, Especializados, Distritales, y Locales, los Puestos de Salud y los Puestos de Socorro. Lo ha reconocido también al adoptar los niveles de atención médica como complemento de la regionalización de las instituciones asistenciales.

El Artículo 7º del Proyecto intenta arreglar todas las dificultades al autorizar al Instituto para otorgar prestaciones en forma gradual y escalonada, en zonas geográficas, sectores determinados de la población, y según las posibilidades financieras y el mejor aprovechamiento de los elementos humanos, técnicos y materiales.

La aprobación de este Artículo como está redactado, deja en manos de los directores de la Institución el extender la protección a los familiares de los afiliados de una zona geográfica determinada, a expensas de otra. Ello constituiría el instrumento legal para la creación posible de una injusticia social.

Siempre los de "menores derechos reclamarán los beneficios de los de mayores derechos" y como lo dijo el Comité de Estudio creado por la Federación Médica Colombiana para este Proyecto "el desarrollo progresivo y la acción voluntaria, destruyen todos los principios del Seguro Social obligatorio y crearían un grave problema so-



cial, porque otorgada la prestación, los familiares de los trabajadores exigirían su protección no por sectores discriminados y privilegiados, sino para la totalidad de los cubiertos por la Ley”.

#### IV - APORTES DEL ESTADO A LA SEGURIDAD SOCIAL.

De acuerdo con el Artículo 16 de la Ley 90, corresponde al Estado la financiación del 25% de los recursos totales de la Institución.

En el Artículo 6º, literal e) del Proyecto de Ley N° 30, se cambia fundamentalmente el sistema de financiación en lo que corresponde al Estado. El aporte de este “no podrá ser inferior a una cuarta parte del costo anual global de las prestaciones y servicios de Seguridad Social otorgadas por el Instituto Colombiano de Seguridad Social”.

Este literal no cambia fundamentalmente los aportes del Estado en lo que toca al riesgo de enfermedad-maternidad, asumido inicialmente por el Seguro por ser este un seguro de reparto. Por los nuevos riesgos asumidos, de vejez, invalidez y muerte, son riesgos diferidos y constituyen un seguro de capitalización. Como el Estado aportará solamente sobre las prestaciones otorgadas, su cuota será, sin duda, proporcionalmente menor.

La capitalización de los riesgos de vejez, invalidez y muerte corre exclusivamente por cuenta de los trabajadores bien sea por sus cuotas directas o, indirectamente, por las cuotas llamadas patronales, que son también aporte del trabajador por ser el fruto del trabajo de cada afiliado.

Sabemos además que el Estado hace más de 10 años no aporta sino el 40% de sus obligaciones legales con el I.C.S.S. En el literal mencionado del Artículo 8º del Proyecto se estipula que el aporte anual se señalará en los presupuestos de rentas y gastos de la Nación. Creemos que debe adicionarse el Proyecto en el sentido de la obligatoriedad del Ministerio de Hacienda de hacer las apropiaciones presupuestales completos.

podremos resumir lo expuesto así:

- a) —El sistema de seguridad creado por la Ley 90 necesita modificaciones en el sentido de crear limitaciones en los demás altos niveles técnicos de la asistencia médica.



- b) — *La extensión de la seguridad social como lo propone el ordinal tercero del Artículo 2º, es impracticable.*
- c) — *No es factible la extensión de los cuidados de salud a los familiares de los asegurados como lo estipula en el Artículo 6º del Proyecto.*
- d) — *El Artículo 7º implica grave riesgo para sectores de asegurados, para grupos de beneficiarios de determinadas zonas geográficas y para el mismo sistema que se quiere implantar.*

*Pero el proyecto todo respira un saludable ambiente de justicia social y busca mejores servicios de salud para toda la comunidad. Si los medios están errados, los objetivos perseguidos son necesarios y urgentes. No se puede aplazar la búsqueda de soluciones para elevar el nivel de salud de los que no tienen ninguno.*

*Por estos motivos el Colegio Médico de Antioquia propone modificaciones al Proyecto de Ley, modificaciones que tienen el mismo espíritu del Proyecto, que lo hacen viable y que serían la etapa inicial de un sistema más justo y más amplio de Seguridad Social.*

#### V - MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY N° 30 DE 1969 XXVI ASAMBLEA DE LA FEDERACION MEDICA COLOMBIANA PONENCIA DEL COLEGIO MEDICO DE ANTIOQUIA.

*El Artículo 4º del Proyecto quedará así:*

*Artículo 4º - Para los trabajadores o personas a que se refieren los ordinales 1 3 del Artículo 2º de esta Ley, el Instituto dictará, previos los estudios socio-económicos, de recursos humanos y de elementos técnicos y materiales necesarios, los reglamentos generales que determinen las condiciones de afiliación, el nivel de prestación de servicios y las modalidades de financiación, organización y administración que corresponda a las condiciones laborales, económicas y sociales de dichos grupos.*

*Parágrafo 1º - La prestación de servicios se iniciará en los niveles inferiores de asistencia médica y se acrecentará en forma gradual y escalonada. Tendrán prioridad en las etapas iniciales, los procedimientos de inmunización, los tratamientos de las endemias y las paratosis, las enfermedades de origen hídrico y la tuberculosis.*

Parágrafo 2º - Los reglamentos para la afiliación de nuevos grupos de población o nuevas zonas geográficas, así como los relacionados con la prestación de los distintos niveles de salud, deben tener la aprobación del Presidente de la República, previo concepto favorable de la Oficina Nacional de Planeación. El Instituto presentará los estudios actuariales necesarios, los estudios de recursos humanos, los de recursos materiales, las bases de financiación y el programa de desarrollo de los recursos necesarios y no existentes.

Parágrafo 3º - El Instituto queda facultado para celebrar contratos con el Ministerio de Salud o con otras entidades públicas a fin de que los servicios asistenciales de niveles inferiores, que correspondan al Instituto y al Ministerio, se presten en los mismos locales, con el mismo personal y con la misma dotación.

El Artículo 6º quedará así:

La mujer del asegurado y los hijos menores de 14 años, tendrán derecho al cuidado de la salud en la extensión y condiciones que para tal efecto determinen los reglamentos que dicte el Instituto.

A falta de mujer e hijos tendrán derecho a los servicios de salud de que trata este artículo, la madre del asegurado y el padre inválido o mayor de 60 años que no tenga derecho a ningún seguro de vejez o invalidez.

El Instituto podrá, cuando lo estime conveniente, extender los servicios de salud a la viuda y/o a los huérfanos con derecho de pensión de "viudedad" o de orfandad otorgados por el propio Instituto, igualmente a los hijos inválidos del asegurado, mayores de 14 años y no pensionados como tales, y que estuvieron a cargo de éste.

Parágrafo 1º - Este derecho se concederá inicialmente, solamente a los familiares de los afiliados contemplados, que correspondan a las categorías 1, 2, 3. El Instituto podrá extenderlo posteriormente en forma escalonada, a categorías superiores, siempre que los recursos lo permitan.

Parágrafo 2º - Las prestaciones de servicio a que se refiere el presente artículo se iniciarán por niveles inferiores de salud. Tendrán prioridad en la prestación de estos servicios:



- a) — *Niveles inferiores de asistencia obstétrica;*
- b) — *Subsidio de lactancia a los hijos de los afiliados, hasta los 6 meses;*
- c) — *Procedimientos de inmunización;*
- d) — *Tratamiento de los parasitosis, enfermedades de origen hídrico, de las enfermedades endémicas y la tuberculosis.*

Parágrafo 3º - *Las diferentes prestaciones otorgadas a los afiliados de distintas categorías, deben concederse simultáneamente, a nivel nacional, a las mismas categorías y al mismo nivel de salud.*

Parágrafo 4º - *El Instituto dictará los reglamentos sobre prestación o acrecimiento de servicios para los beneficiarios y sobre extensión de los beneficios a otras categorías. Estos reglamentos deben estar precedidos de los estudios necesarios sobre recursos económicos, humanos y otros. Necesitan para su validez la aprobación del Presidente de la República, previo concepto favorable de la Oficina Nacional de Planeación.*

*El Artículo 7º se suprime.*

*El literal e) del Artículo 8º quedará así:*

*El Estado contribuirá al financiamiento de la Seguridad Social mediante un aporte anual que se señalará en los presupuestos de rentas y gastos de la nación. El Ministerio de Hacienda hará las apropiaciones presupuestales correspondientes. Este aporte no podrá ser inferior al de las cotizaciones causadas de acuerdo con los literales a), c) y d) del presente artículo.*

*El aporte del Estado se destinará al menos en 70% para las prestaciones y servicios de los afiliados incluidos en los ordinales 1º y 3º del Artículo 2 de la presente Ley y para las prestaciones otorgadas por el Artículo 6º de esta misma Ley.*

*El Artículo 13 quedará así:*

*Se creará una Sección dependiente de la Oficina Nacional de Planeación dedicada al estudio de los programas que elabore el Instituto Colombiano de Seguridad Social. El Instituto acompañará a*

*cada programa, los estudios sobre recursos económicos, humanos, materiales y de dotación.*

*La Oficina Nacional de Planeación estudiará también, para cada programa, las disponibilidades del Estado para cumplir con los aportes legales correspondientes y dará su concepto favorable o desfavorable sobre los programas de limitación o extensión de los servicios o sobre la extensión a nuevas zonas geográficas o a nuevos grupos de población.*

#### *Artículo Nuevo.*

*El Instituto dedicará de su presupuesto las cantidades necesarias para el adiestramiento del personal para-médico (promotores de salud, auxiliares de enfermería, vacunadores, etc.), indispensable para la prestación de los servicios a los afiliados comprendidos en los Ordinales 1 y 3 del Artículo 2º y para prestaciones otorgadas según el Artículo 6º de la presente Ley.*

*Igualmente dedicará las partidas necesarias para los programas de educación sanitaria masiva de la comunidad a su cargo.*



## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LITIASIS PANCREATICA

Dr. Jorge E. Restrepo. \*

La etiología de la litiasis pancreática es aún desconocida. Se piensa que las estenosis e irregularidad de los conductos que se observa en la pancreatitis crónica, predisponen al espesamiento del jugo pancreático y a la precipitación de sales de calcio en los conductos (1). La evolución ulterior se caracteriza por fibrosis y deterioro progresivo de la función exocrina y de la endocrina. El síntoma predominante, por su gran intensidad, es el dolor. La relación entre la litiasis pancreática y el alcoholismo es evidente (2); sin embargo algunos de nuestros pacientes son mujeres y niños en quienes no es posible comprobar antecedentes alcohólicos.

Se ha pensado que la desnutrición puede tener un papel etiológico en la pancreatitis calcífica.

*Material y Métodos:* Se analiza el tratamiento y evolución ulterior de cuatro pacientes de sexo masculino, dos de ellos alcohólicos, el tercero un joven desnutrido y el cuarto un estudiante sin antecedentes de alcoholismo.

Estos cuatro pacientes presentaban cálculos pancreáticos y fibrosis de la glándula. En todos el síntoma dominante era el dolor; tres de ellos eran diabéticos y en uno llamaba la atención su avanzado estado de desnutrición.

\* Profesor. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. - Medellín - Colombia.

En todos ellos se utilizó como procedimiento fundamental el establecimiento de un drenaje del canal pancreático principal utilizando un asa desfuncionalizada de yeyuno. Se empleó la siguiente técnica: (Figura Nº 1).

1º - Abordaje de la cara anterior del cuerpo del páncreas, lo cual se logra desprendiendo el epiplón de la curvatura mayor del estómago.

## WIRSUNG- YEYUNOSTOMIA

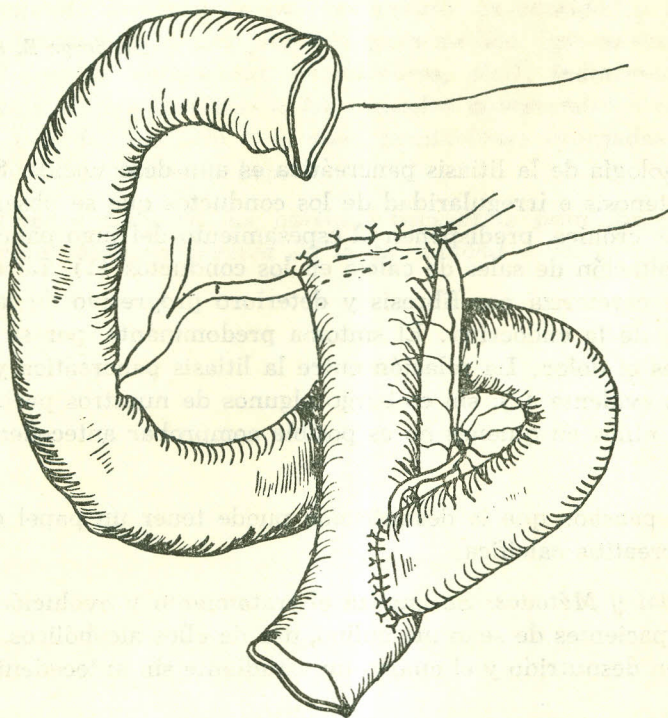


Fig. 1 — Representación semi-esquemática de la Wirsung-yeyunostomía latero-terminal. Los detalles de la técnica están descritos en el texto.

2º - Identificación del canal pancreático. La dilatación del Wirsung permite que éste sea fácilmente palpable.



3º - Se practica una incisión en la cara anterior del páncreas hasta llegar a la luz del canal pancreático. Es preferible hacer esta incisión con el bisturí y la hemostasia con suturas de material no absorbible. Esta incisión mide entre 5 y 7 cms. de longitud.

4º - Exploración del canal pancreático y extracción de cálculos. Esta maniobra se facilita si se ha practicado previamente esfinterotomía, la cual permite emplear maniobras de exploración combinada.

5º - Sección del yeyuno a 7 cms. del ángulo de Treitz.

6º - El segmento distal se pasa a través de un orificio que se practica en el mesocólon transverso y se construye luego una anastomosis latero-terminal del Wirsung al yeyuno, utilizando puntos interrumpidos de material no absorbible y teniendo cuidado de que la mucosa del canal pancreático y del yeyuno queden en contacto.

7º - Se practica luego una anastomosis termino-lateral entre el asa yeyunal proximal y la distal, dejando un asa desfuncionalizada de 25 cms. de longitud. Esta anastomosis se hace en una sola línea de sutura de puntos interrumpidos de hilo de algodón 3-0.

8º - Se tiene cuidado de que el asa desfuncionalizada quede colocada totalmente en la transcavidad de los epiplones y se fija luego el yeyuno proximal al mesocólon transverso. En esta forma se evita dejar espacios por los cuales pueda producirse herniación interna.

*Procedimientos adicionales:* En tres de estos pacientes fue necesario practicar procedimientos adicionales tales como esfinterotomía (tres pacientes) extirpación de la cola del páncreas y esplenicectomía en un paciente y colecisto-yeyunostomía en un paciente.

La esfinterotomía se practicó con el objeto de explorar el canal pancreático y extirpar cálculos situados en la porción terminal de éste.

Se siguió la técnica usual para esfinterotomía y esfinteroplastia. Aprovechando la dirección paralela del colédoco y la parte terminal del canal pancreático, se practica una incisión entre estos dos canales lográndose así una abertura amplia de la porción distal del Wirsung a través de la cual es posible introducir exploradores y extraer cálculos situados cerca de la desembocadura de este último canal. (Figura Nº 2).

La esplenicectomía es a veces difícil en estos pacientes dada la infiltración retroperitoneal resultante de la pancreatitis. La técnica más sencilla consiste en localizar el ganglio celíaco en la vecindad del ori-

## ESFINTEROTOMIA

Exploración transampular del wirsung

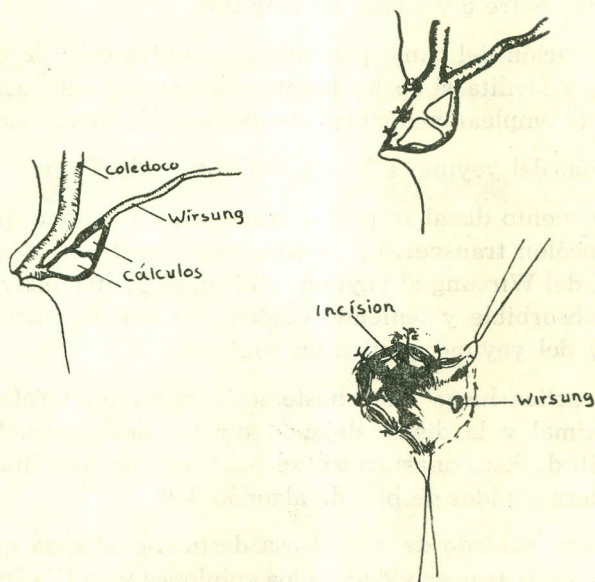


Fig. 2 — Este dibujo explica la forma empleada para explorar y extirpar cálculos de la parte distal del canal pancreático, por vía trans-ampular.

gen del tronco celíaco y extirpar la porción lateral de este ganglio con lo cual se extirpan igualmente los espléncicos correspondientes a ese lado.

*Paciente N° 1 - H. V.* Hombre de 40 años de edad con antecedentes alcohólicos. Presentaba cirrosis hepática avanzada e hipertensión portal. Presión en pulpa esplénica: 42 cms. de agua. Antecedentes de varias hemorragias masivas de tubo digestivo superior causadas por várices esofágicas sangrantes. Dolor lumbar constante que requería utilización frecuente de analgésicos. Se notaba una calcificación pequeña a nivel de la cabeza del páncreas. Se confirmó que el dolor era de origen pancreático dado que la infiltración de los espléncicos produjo mejoría temporal.

Exploración quirúrgica Abril 30 de 1966. Se encontró páncreas edematoso. El canal pancreático medía 1.5 cms. de diámetro. Se practicó anastomosis portocava término lateral y seguidamente wirsung-yeyunosotomía en la forma descrita. Hubo mejoría completa del dolor pero el es-



tado general del paciente se deterioró debido a insuficiencia hepática progresiva. El paciente murió en coma hepático tres meses después de la intervención.

*Paciente N° 2* - G. Q. Hombre de 18 años, de profesión agricultor y edad aparente de 12 años. Desnutrido. Curva diabética. Dolor constante en el hipocondrio derecho epigastrio y región lumbar. Los Rx demostraban calcificaciones en la cabeza y en la cola del páncreas.

Primera intervención Mayo 2 de 1967. Se practicó esfinterotomía transduodenal exploración combinada del canal pancreático y construcción de wirsung-yeyunostomía en la forma descrita. Colectomía.

El dolor continuó por lo cual fue necesario reintervenirlo dos meses más tarde cuando se le practicó resección de la cola del páncreas, esplenectomía y esplenocistomía.

*Nota:* - En este paciente estaba indicada la amputación de la cola del páncreas debido al gran cúmulo de pequeños cálculos situados en este sitio. Durante la cirugía podía apreciarse la diferente consistencia entre la cola y el cuerpo del páncreas. Al terminar la cirugía se dejó una sonda de polietileno a nivel del corte de sección del canal pancreático y por esta sonda se inyectó medio de contraste el cual drenaba a través del asa desfuncionalizada de yeyuno y demostraba la completa permeabilidad de la anastomosis pancreático yeyunal. (Figura N° 3).

Este paciente tuvo mejoría completa del dolor, ha ganado 12 kgms. de peso. Continúa sufriendo de diabetes melitus la cual se controla con dieta y con hipoglicemiantes orales.

*Paciente N° 3* - A. P. Hombre de 36 años con antecedentes alcohólicos y de profesión músico. Diabético: se aplicaba 20 unidades de Insulina NPH. Historia de un año de cólicos en hipocondrio derecho que se irradiaban a la espalda. Radiografía simple de abdomen mostraba gran cálculo a nivel de la cabeza del páncreas.

Exploración quirúrgica Mayo 11 de 1967. Se practicó esfinterotomía y extracción de cálculo del Wirsung. Exploración del canal pancreático principal y construcción de pancreático-yeyunostomía en la forma descrita. En esta intervención no se practicó colectomía.

Postoperatorio: complicado con neumonía. Recuperación completa; desaparición de los dolores y de la diabetes. La permeabilidad de la pancreático-yeyunostomía pudo demostrarse inyectando medio de contraste por sonda de polietileno dejada a través del Wirsung. (Figura N° 4). Un año más tarde consulta por ictericia progresiva y acolia. La fi-



brosis de la cabeza del páncreas había producido obstrucción del colédoco. Se practicó en esta ocasión colecisto-yeyunostomía y actualmente el paciente está asintomático.

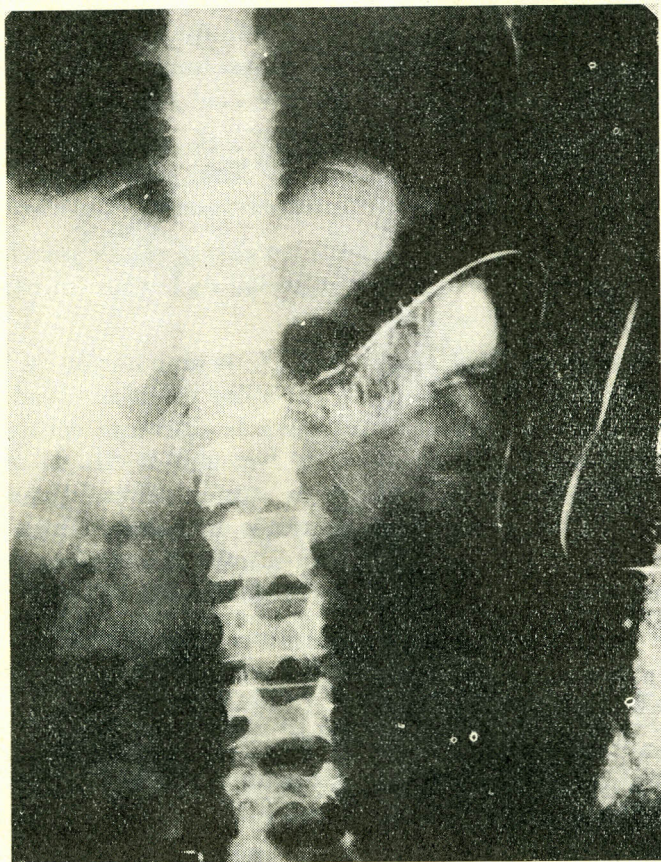


Fig. 3 — Demostración de la permeabilidad de la pancreático-yeyunostomía. A este paciente fue necesario amputar la cola del páncreas dos meses después de haber construido la anastomosis pancreático-yeyunal. Se aprovechó el corte transversal del canal pancreático para pasar una sonda de polietileno, la cual se sacó por contrapunción. Más tarde se inyectó medio de contraste a través de ella.

*Nota:* - Se aconseja practicar colecistectomía en todo paciente en quien se ha hecho una esfinterotomía. Es de anotar que en este paciente resultó útil la vesícula para derivar las vías biliares cuando el colédoco fue obstruido por fibrosis a nivel de la cabeza del páncreas.



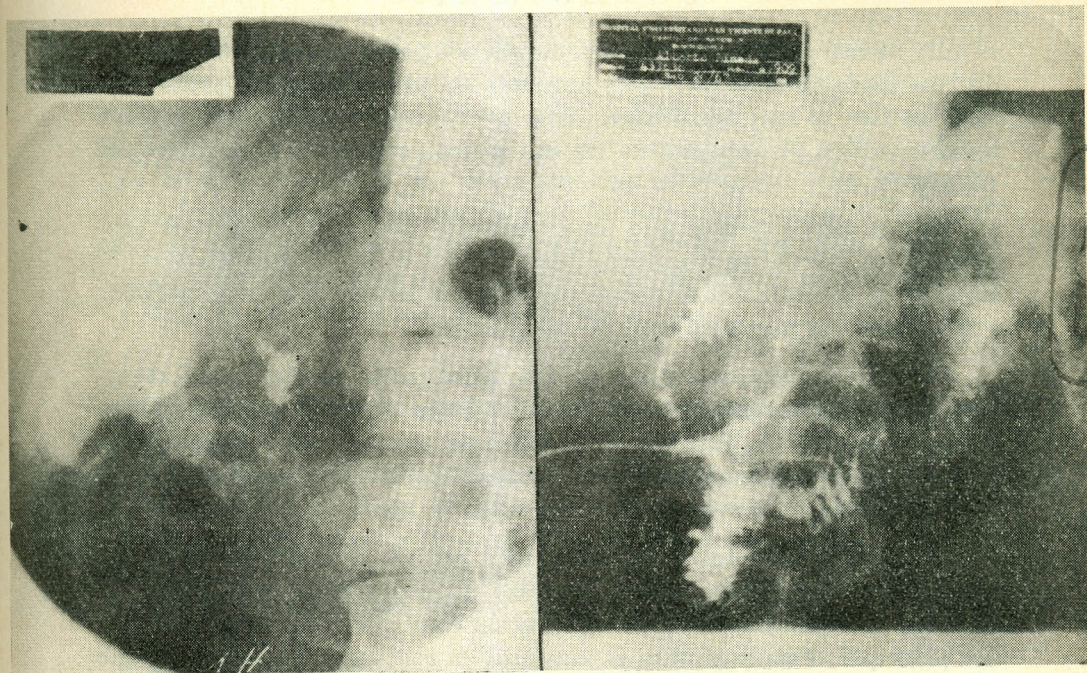


Fig. 4 — Colecistografía pre-operatoria del paciente N. 3. Se demuestra cálculo radio-opaco situado en la cabeza del páncreas. A la derecha se aprecia permeabilidad de la pancreático-yeyunostomía, la cual fue construída a nivel de la cabeza del páncreas. El medio de contraste se inyectó por sonda de polietileno colocada en el canal pancreático.

*Paciente N<sup>o</sup> 4 - G. M.* Estudiante de 20 años sin antecedentes alcohólicos. Desde hacía seis meses episodios frecuentes de dolor epigástrico intenso, los cuales se habían hecho casi constantes. Curva de glicemia normal; buen estado nutritivo.

En las radiografías se observaban cálculos pancreáticos grandes en la cabeza del páncreas.

Laparatomía Spbre. 24 de 1968. Se practicó esfinterotomía transduodenal con exploración de la porción distal del Wirsung y extirpación de cálculos prancréaticos por esta ruta. Abertura del canal pancreático principal a nivel del cuerpo del páncreas; exploración bimanual y extracción de cálculos pancreáticos y construcción de Wirsung-yeyunostomía en la forma descrita. Colecistectomía.

Durante el postoperatorio el paciente presentó drenaje de líquido pancreático con cierre espontáneo de la fístula. En la actualidad está libre de síntomas.



## C O M E N T A R I O S

La litiasis pancreática plantea uno de los problemas quirúrgicos más difíciles como lo demuestra el sinnúmero de procedimientos que se han recomendado y muy particularmente la popularidad que ha ganado en los últimos años el empleo de las extirpaciones pancreáticas subtotaes (3, 4 y 5).

Parece lógico pensar que para entidades tales como la litiasis pancreática, en la cual el trastorno fundamental es la obstrucción y la dilatación de los conductos, deben preferirse intervenciones encaminadas a restablecer la permeabilidad de los canales.

La experiencia presentada en esta publicación confirma las observaciones de varios autores (6, 7, 8 y 9) en el sentido de la recuperación parcial o total de la función de la glándula consecutiva a la búsqueda de un drenaje adicional mediante la construcción de una pancreático-yeyunostomía.

Los resultados pueden ser mejorados cuando se emplean, según las características individuales de cada caso, procedimientos adicionales tales como la esfinterotomía y la exploración combinada del canal pancreático principal. Esta maniobra es muy útil en casi todos los pacientes que tienen cálculos en la porción distal del Wirsung.

La extirpación de la cola del páncreas ha sido recomendada en lo que se ha llamado pancreatitis izquierda, la cual se caracteriza por fino infiltrado de pequeños cálculos situados en los canalículos. Cuando este proceso está limitado a la cola, debe procederse a la extirpación de ésta, ya que es prácticamente imposible lograr la eliminación de estas partículas de calcio y dado que el tejido pancreático en dichas zonas está casi siempre reemplazado por tejido fibroso. Así que no se está causando daño funcional alguno con este tipo de amputación. Las preparaciones histológicas de la cola del páncreas del paciente N<sup>o</sup> 2. (M. 123-507 del Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia), documentan esta afirmación).

La esplanicectomía puede emplearse con el objetivo de mejorar los resultados en cuanto al dolor. Como procedimiento único tiene la desventaja de que el proceso de pancreatitis continúa progresando y puede llegar a causar complicaciones graves (10). Es innecesaria en pacientes en quienes se ha logrado establecer un drenaje satisfactorio de las vías pancreáticas. Su aplicación, como procedimiento adicional y en casos escogidos puede ser útil.



## RESUMEN

El análisis de los procedimientos y de los resultados obtenidos permite concluir que el drenaje no solamente es efectivo como tratamiento del dolor sino que puede mejorar la función exocrina y endocrina de la glándula. Se concluye además que frecuentemente es necesario complementar la derivación con otras medidas quirúrgicas tales como amputación, esplancnectomía derecha o esplancnectomía bilateral, esfinterotomía y colecisto-yeyunostomía. El análisis de los resultados obtenidos en estos pacientes es muy estimulante. Es necesario individualizar la conducta que ha de seguirse en cada caso.

## SYNOPSIS

Four patients with pancreatic lithiasis were treated surgically for the relief of pain.

The basic operation was removal of stones and drainage of the ductal system through Roux-Y pancreatico-jejunostomy. Additional drainage was accomplished in three of them by sphincterotomy and combined exploration of the pancreatic duct.

Pancreatectomy of the tail and splanchnectomy was carried out in one.

Cholecysto-jejunostomy was done because of distal common duct obstruction in another patient.

Analysis of case histories illustrate the usefulness of selective utilization of additional procedures.

Relief of ductal obstruction may result in improvement of pancreatic function.

## REFERENCIAS

- 1 Cattell, R. B., and Warren, K. W.: Surgery of the pancreas. W. B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1953. pp. 104-106.
- 2 Howard, J. M. and Ehrlich, E. W.: The etiology of pancreatitis. A review of clinical experience. *Ann. Surg.* 152: 135, 1960.
- 3 Fry, W. J. and Child, C. G. Jr.: Ninety-five per cent distal pancreatectomy for chronic pancreatitis. *Ann. Surg.* 162: 243, 1965.
- 4 Ingelfinger, F. J.: How much (or little) pancreas. Editorial. *New Eng. J. Med.* 279: 602, 1968.
- 5 Kalsner, M. H., Leite, C. A., Warren, W. D.: Fat assimilation after massive distal pancreatectomy. *New Eng. J. Med.* 279: 570, 1968.
- 6 Epfelbaum, R., Lenriot, J. P., Boccon-Gibod, L., Lemaigre, G.: La pancreatite chronique. Etude anatomo-clinique et thérapeutique. *J. Chir. (Paris)* 91: 5-30, 1966.
- 7 Priestley, J. T., ReMine, W. H., Barber, K. W. and Gambill, E. E.: Chronic relapsing pancreatitis: Treatment by surgical drainage of pancreas. *Ann. Surg.* 161: 838, 1965.
- 8 Puestow, C. B.: Comentario sobre el artículo de Fry y Child: (Ref. N° 3).
- 9 Rohner, A.: L'anastomose wirsungo-jéjunale latéro-latérale dans la pancréatite chronique. *Helv. Chir. Acta* 33: 93, 1966.
- 10 Howard, J. M., and Jordan, G., Jr.: Surgical diseases of the pancreas. J. B. Lippincot Company, Philadelphia y Montreal, 1960.

## BUSQUEDA DE HISTOPLASMA CAPSULATUM EN LA "CAVERNA DEL NUS" (ANTIOQUIA - COLOMBIA) Y EN MURCIÉLAGOS RESIDENTES EN ELLA

Jaime Carmona Fonseca \*  
María Victoria Cadavid M. \*

### INTRODUCCION

Dado que conocíamos, de un lado, los informes de las autoridades turísticas sobre la intención de abrir al público la "Caverna del Nus" y, de otra parte, que diversos informes científicos señalan la muy frecuente asociación del *Histoplasma capsulatum* con lugares como las cuevas, más cuando están habitadas por murciélagos (1-19), resolvimos realizar el presente trabajo, aprovechando la ocasión que nos brindaba el curso de Salud Pública que tomábamos como parte de nuestros estudios médicos.

La Dra. Angela Restrepo M., Ph. D., Jefe de la Sección de Micología del Depto. de Microbiología y Parasitología de nuestra Facultad, nos asesoró siempre en la planeación y ejecución de este trabajo, el cual se hizo en los laboratorios de Micología y Anatomía Patológica en lo que respecta al procesamiento de los materiales recogidos en la "Caverna del Nus".

A continuación presentamos un resumen de la investigación:

La "CAVERNA DEL NUS" (20).

Está localizada en la cadena montañosa que delimita hacia el oeste el valle medio del Río Magdalena; se encuentra 1 km. al norte del Río

\* Estudiantes de 6o. año de la Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.



Samaná del Norte desde un punto situado 15 km. aguas arriba del mismo Río a partir de la localidad de Puerto Nare (llamada también La Magdalena), lo que quiere decir 6 grados de latitud norte, aproximadamente. (Figs. Nos. 1 y 2).

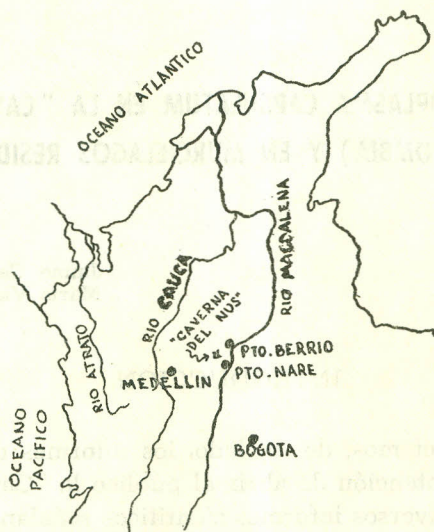


FIGURA 1

LOCALIZACION DE LA "CAVERNA DEL NUS" (Antioquia)

El área en que está localizada la Caverna pertenece al Bosque Húmedo Tropical, con temperatura media de 25-28°C y una precipitación media anual de 400-500 mm. (155-200 pulgadas), muy uniforme durante todo el año y con tendencia a la sequía en Enero y Febrero.

Pocos metros al norte de la "Caverna del Nus" hay una cueva pequeña (su extensión es la décima parte de la de aquélla), habitada por gran cantidad de guácharos (*Steatornis caripensis*).

La "Caverna del Nus" tiene tres entradas (Fig. N° 3), a 435 m. de altura sobre el mar. Es total la oscuridad en su interior. Su máxima anchura este-oeste es de 50 m., la mayor longitud sur-norte es 220 m.; la altura de los techos es, en general, mayor de 5 m. y en muchos sitios supera los 15 m. La temperatura media en el interior es de 24.5°C; la humedad relativa interna es alta (superando probablemente el 75%). La

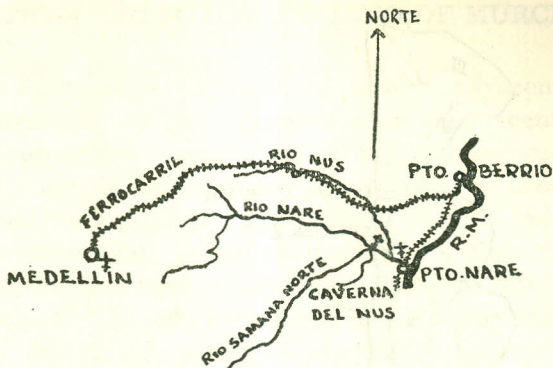


FIGURA 2

### LOCALIZACION DE LA "CAVERNA DEL NUS"

† : AEROPUERTO  
 R.M.: RIO MAGDALENA

casi totalidad de pisos y paredes permanecen húmedos durante todo el año, debido a que el agua escurre de los techos lenta y continuamente; unos y otras son rocas, lavadas por el agua; prácticamente no hay tierra en el interior de la Caverna, salvo pequeños focos de pantano.

Actualmente la flora de la Caverna es nula. La fauna se compone de una pequeña colonia de murciélagos de varias especies.

### MATERIALES Y METODOS.

#### MURCIELAGOS.

En Junio 11 y 12 de 1.969 se capturaron 17 murciélagos (Cuadro Nº 1), usando para ello redes de nylon. La captura fue durante el día y al atardecer (5 - 6 pm.); los animales reposaban en el momento de ser cazados. Muertos espontáneamente los quirópteros, se les colocó en una solución de Formalina al 10 - 15%, donde permanecieron por 4 - 6 semanas. Se hizo estudio histológico de sus pulmones, hígado, bazo y una porción de intestino, coloreando todos los cortes con Hematoxilina-Eosina y alrededor de la mitad fueron también teñidos con Plata-Metamina.



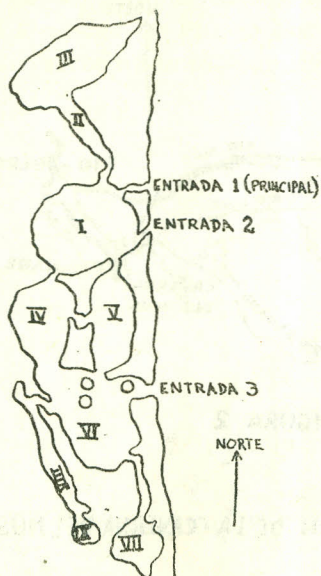


FIGURA 3

ESQUEMA DE LA "CAVERNA DEL NUS" (Antioquia, Col.)  
 (modificado de Feininger, t. - Gómez, m. b., ref. 20)

CUADRO N° 1

CLASIFICACION DE LOS MURCIELAGOS CAPTURADOS EN LA  
 "CAVERNA DEL NUS" - Junio 11 - 12, 1969

Especie	Sexo		N°
	M	H	
<i>Artibeus lituratus</i>		1	1
<i>Carollia persicillata</i>		2	2
<i>Glossophaga soricina</i>	2		2
<i>Pteropteryx kappleri</i>	1	2	3
<i>Pteropteryx macrotis</i>	4	4	8
<i>Saccopteryx bilineata</i>	1		1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>17</b>

## MUESTRAS DEL SUELO Y GUANO DE MURCIÉLAGO.

El 11 de Junio se recolectaron en la zona adyacente a la entrada principal (entrada N<sup>o</sup> 1) de la Caverna y, en menor cantidad, en los salones II y III, escogidos al azar (Fig. N<sup>o</sup> 2), 20 muestras de tierra (seca y húmeda) y guano de murciélago. La recolección se hizo en bolsas plásticas, utilizando un equipo por muestra. El 24 y 25 del mismo mes, el material se procesó según el método descrito por Emmons (21), salvo la adición de 10.000 unidades/cc. de Penicilina y 10.000 unidades/cc. de Estreptomicina. Del líquido sobrenadante de cada muestra se inyectaron 0.5 ml. a cada uno de 5 ratones blancos, vía intraperitoneal (es decir que con cada muestra se inyectaron 5 ratones). Los animales se mantuvieron vivos por 4 - 9 semanas, luego se sacrificaron y se hizo macerado de sus vísceras así: en un mortero se molían manualmente los pulmones de 3 ratones y en otro los de los 2 restantes, y los tejidos se colocaban en sendos frascos estériles; igual se procedió con el hígado y el bazo. Después de 2 - 5 horas de reposo en la nevera (a 4°C), se tomó líquido sobrenadante y se sembró "por puntos" en tres medios diferentes: Mycosel, Mycosel-sangre e Infusión de Cerebro-corazón (BHI-Baltimore Biological Laboratories, Cockeysville, Maryland). En total se hicieron 120 cultivos de cada una de las tres vísceras (pulmón, hígado, bazo). Las cajas se incubaron a temperatura ambiente (23°C. en promedio) y se observaron periódicamente durante 4 semanas.

### RESULTADOS.

Ninguno de los procedimientos utilizados condujo a la observación o aislamiento del *Histoplasma Capsulatum* en las vísceras de murciélagos, la tierra o el guano de murciélagos recogidos en la Caverna.

### DISCUSION

El no haber encontrado el *Histoplasma capsulatum* en las muestras de tierra, ni en las de guano de murciélago recogidas en la "Caverna del Nus", ni en los tejidos de tales mamíferos capturados en ella, no descarta la existencia del hongo en ese lugar. La razón de esto radica en que: 1) El método empleado para investigar el *Histoplasma capsulatum* en las vísceras de los murciélagos no es el más adecuado. En efecto, nosotros, por falta de recursos, nos limitamos al estudio histológico de las vísceras sin practicar el cultivo de las mismas, la forma mejor de hacer la inves-



tigación. 2) Tanto el número de quirópteros capturados como el de muestras de tierra y guano de murciélago es muy pequeño, por lo que no es representativo. 3) En una colonia de murciélagos infectada por el hongo no todos los miembros de ella están infectados, o al menos no es posible demostrarlo en todos (16, 22, 23, 24). 4) Estudios efectuados por otros investigadores indican que al parecer los murciélagos colombianos están poco infectados por el *Histoplasma capsulatum* (22, 25, 26). Es de anotar que algunas de las especies recogidas en la "Caverna del Nus" han sido encontradas naturalmente infectadas por el hongo en diversos sitios del mundo, incluyendo a Colombia (6, 10, 16, 19, 22, 25, 26), aunque los índices de infección de tales especies son de los más bajos si se los compara con los de otras (16). 5) Es bien conocido que la presencia del hongo varía de un sitio a otro aún por pocos metros de distancia (27, 28, 29). Es posible, pues, que en otros lugares de la Caverna se encuentre el hongo.

Sin embargo, la posibilidad de que el *Histoplasma capsulatum* exista en la "Caverna del Nus" es escasa, dada la casi completa ausencia de tierra o vegetales en descomposición y a la intensa humedad presente, durante todo el año, dentro de la Caverna. Sin embargo, debe recordarse que el *H. capsulatum* ha sido aislado del agua (16, 18).

De todos modos, en caso de que el hongo existiese en la Caverna, la posibilidad de adquirir la infección por el mismo es bastante escasa dado que prácticamente no existe polvo que inhalar, factor de vital importancia en la adquisición de la infección por *Histoplasma capsulatum*.

Por lo dicho, es importante efectuar otras investigaciones antes de declarar inexistente el *Histoplasma capsulatum* en la "Caverna del Nus".

Finalmente, queremos llamar la atención sobre la conveniencia de hacer un detallado estudio de la cueva habitada por guácharos, vecina a la "Caverna del Nus". En tales lugares es frecuente encontrar el hongo, como lo indican varios informes, incluso de Colombia (1, 4, 11, 15). Nosotros no investigamos esta cueva.

## R E S U M E N

Se busca la presencia del *H. capsulatum* en la "Caverna del Nus" (Antioquia - Colombia) a través del estudio histopatológico de las vísceras de 17 murciélagos de diferentes especies y del cultivo de muestras de suelo y guano de murciélago (haciendo inoculación a ratones). Los resultados obtenidos fueron totalmente negativos para el hongo.

A pesar de los resultados negativos, es posible que el *H. capsulatum* exista en la Caverna. Sin embargo, debido a la humedad permanente de pisos y paredes de ésta, la formación de los aerosoles requeridos para la infección es improbable.

## SYNOPSIS

In a search for the presence of *H. capsulatum* in the "Caverna del Nus" (Antioquia - Colombia), attempts were made to isolate the fungus from 17 bats and 20 soil and guano samples. Although standard procedures were utilized throughout, the results of the study were negative. These findings are discussed in the text.

In spite of the negative results, it is still possible that *H. capsulatum* be present in the Cave, but due to the continuous water flow which occurs in the Cave, the formation of the aerosols required for infection is not very likely.

## AGRADECIMIENTOS.

A la "Compañía de Cementos Nare" por la ayuda para realizar el viaje a la Caverna.

A la empresa de aviación "Cessnyca" por igual motivo.

Al Dr. C. J. Marinkelle, del Depto. de Parasitología de la Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia, por la clasificación de los murciélagos estudiados.

Al Dr. Mario Robledo V. por el estudio histológico de las vísceras de los murciélagos.

Ante todo, a la Dra. Angela Restrepo M., cuya orientación y ayuda permitieron este trabajo.

## REFERENCIAS

- 1 Ajello, L., Briceño Maaz, T.; Campins, H.; Moore, J. C.: Isolation of *H. capsulatum* from an oil bird (*Steatornis caripensis*) cave in Venezuela. *Mycopathol. Mycol. Appl.* 12: 199 - 206, 1960.
- 2 Ajello, L.; Greenhall, A. M.; Moore, J. C.: Occurrence of *H. capsulatum* on the Island of Trinidad. II. Survey of Chiroptera habitats. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 11: 249 - 254, 1962.
- 3 Ajello, L.; Manson-Bahr, P.E.C.; Moore, J. C.: Amboni Caves, Tanganyika, a new endemic area for *H. capsulatum*. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 9 (6): 633-638, 1960.
- 4 Ajello, L.; Snow, D. W.; Downs, W. G.; Moore, J. C.: Occurrence of *H. capsulatum* on the Island of Trinidad. I. Survey of *Steatornis caripensis* (oil bird) habitats. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 11: 245 - 248, 1962.
- 5 De Montemayor, L.; Heredia, C., S.; De Bellard Pietri, E. P.: Aislamiento del *H. capsulatum* en el suelo de dos cavernas en Venezuela. Nuevas técnicas de investigación por "el método de flotación". *Rev. San. Asis. Soc.* 23: 39 - 54, 1958.



- 6 Diercks, F. H.; Shacklette, M. H.; Kelley, H. B.; Klite, P. D.; Thompson, S. W.; Keenan, C. V.: Naturally occurring Histoplasmosis among 935 bats collected in Panama and the Canal Zone. July 1961 - Feb. 1963. Am. J. Trop. Med. Hyg. 14: 1069 - 1072, 1965.
- 7 Gelfand, M.: Cave disease: a report of 3 cases from Southern Rhodesia. Central Afr. J. Med. 8: 461 - 466, 1962.
- 8 González Ochoa, A.: Histoplasmosis Epidémica y su prevención. Rev. Inst. Salubridad Enfer. Trop. 20: 129 - 145, 1960.
- 9 Hasenclever, H. F.; Schacklette, M. H.; Young, R. V.; Gelderman, G. A.: The natural occurrence of *H. capsulatum* in a cave. Epidemiologic aspects. Am. J. Epidemiol. 86 (1): 246 - 252, 1967.
- 10 Klite, P. D.; Diercks, F. H.: *H. capsulatum* in fecal contents and organs of bats in Canal Zone. Am. J. Trop. Med. Hyg. 14: 433 - 439, 1965.
- 11 Lazarus, M. S.; Allejo, L.: Aislamiento del *H. capsulatum* del suelo de una cueva en el Perú. Rev. Med. Experim. Lima. 9: 5 - 15, 1955.
- 12 Lehan, P. H.; Furcolow, M. L.: Epidemic Histoplasmosis. J. Chron. Dis. 5: 489 - 503, 1957.
- 13 Murray, J. F.; Lurie, H. I.; Kaye, J.; Kumins, C.; Borok, R.; Way, M.: Benning Pulmonary Histoplasmosis (Cave Disease) in South Africa. South Afr. Med. J. 31: 245 - 253, 1957.
- 14 Ponnampalam, J.: Isolation of *H. capsulatum* from the soil of a cave in central Malaya. Am. J. Trop. Med. Hyg. 12: 775 - 776, 1963.
- 15 Restrepo, M. A.: Comunicación personal. De 25 muestras del suelo de una cueva de guácharos (*Steatornis caripensis*) en Tolima, Colombia, 11 fueron positivas para el *H. capsulatum*.
- 16 Schacklette, M. H.; Hasenclever, H. F.: Variation of rates of natural infection with *H. capsulatum* in bats. Am. J. Trop. Med. Hyg. 18 (1): 53 - 57, 1969.
- 17 Schacklette, M. H.; Hasenclever, H. F.; Miranda, E. A.: The natural occurrence of *H. capsulatum* in a cave. 2. Ecologic aspects. Am. J. Epidemiol. 86 (1): 246 - 252, 1967.
- 18 Schacklette, M. H.; Hasenclever, H. F.: The natural occurrence of *H. capsulatum* in a cave. 3. Effect of flooding. Am. J. Epidemiol. 88 (2): 210 - 214, 1968.
- 19 Tesh, R. B., Schneidau, Jr. J. D.: Naturally occurring Histoplasmosis among bat colonies in the Southeastern United States. Am. J. Epidemiol. 86 (3): 545 - 551, 1967.
- 20 Emmons, C. W.; Morlan, H. B.; Hil, E. L.: Isolation of *H. capsulatum* from soil. Pub. Health. Rep. 64: 892 - 896, 1949.
- 21 Feiminger, T.; Gómez, M. H.: La Caverna del Nus. Depto. de Antioquia. Colombia. Boletín Geológico 56 (1, 2, 3.): 97, 1968.
- 22 Ajello, L.; Hosty, T.; Palmer, J.: Bat Histoplasmosis in Alabama. Am. J. Trop. Med. Hyg. 16 (3): 329 - 331, 1967.
- 23 Schacklette, M. H.; Dierks, F. M.; Gale, N. B.: *H. capsulatum* recovered from bat tissues. Science 135: 1135, marzo, 1962.
- 24 Tesh, R. B.; Arata, A. A.; Schneidas, J. D.: Histoplasmosis in Colombian bats. Am. J. Trop. Med. Hyg. 17 (1): 102-106, 1968.
- 25 Marinkelle, C. J.; Grose, E.: *H. capsulatum* from the liver of a bat in Colombia. Science 147 (3661): 1039 - 1040, 1965.
- 26 Marinkelle, C. J.; Grose, E.: Importancia de los murciélagos para la Salud Pública, con especial referencia a las micosis zoonóticas. Antioquia Med. 16 (3): 179 - 194, 1966.
- 27 Zeidberg, L. D.; Ajello, L.; Welster, R. H.: Physical and chemical factors in relation of *H. capsulatum* in soil. Science 122: 33 - 34, July, 1955.
- 28 Zeidberg, L. D.; Ajello, L.: Environmental factors influencing the occurrence of *H. capsulatum* and *Microsporium gypseum* in soil. J. Bact. 68 (2): 156 - 159, 1954.
- 29 Menges, R. W.; Furcolow, M. L.; Selby, L. A.; Haberman, R. T.; Smith, C. D.: Ecologic studies of Histoplasmosis. Am. J. Epidemiol. 85 (1): 108-119, 1967.

# COMPARACION ENTRE LOS RESULTADOS DE LA HORMONOTERAPIA A CORTO PLAZO Y CON DOSIS MASIVAS, Y LA HORMONOTERAPIA CLASICA, EN EL TRATAMIENTO DE LA CARDITIS REUMATICA +

LENI OBERNDORFER, M. D. Profesora Agregada en el Departamento de Pediatría de la Universidad de Antioquia.

WILLIAM MEJIA V., M. D. Profesor Agregado de Bioestadística en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

## *Informe preliminar*

*Estudio realizado en el Pabellón Infantil del Hospital Universitario  
San Vicente de Paúl, Medellín, Antioquia, Colombia*

## I. INTRODUCCION

En 1949 publicaron Hench y colaboradores (1), en un informe preliminar, la impresionante mejoría de artritis reumatoidea con la aplicación de una hormona suprarrenal llamada "compuesto E". Empezaron en esta época también a tratar casos de fiebre reumática (F. R.) aguda con la misma droga. En los últimos 20 años se han publicado centenares de artículos sobre la hormonoterapia de la F. R., con los más diversos criterios, tanto sobre los derivados de la droga original como sobre la dosificación y la duración del tratamiento. Existía adicionalmente una gran controversia sobre la elección de los

---

+ Trabajo presentado en el IX Congreso Panamericano de Pediatría, Bogotá, Julio de 1970



enfermos para esta clase de tratamiento, especialmente cuando se publicaron progresivamente más y más efectos secundarios peligrosos hasta la información sobre casos fatales directa —o indirectamente atribuibles a tal tratamiento. Estos hechos provocaron múltiples estudios sobre la indicación de la hormonoterapia y su método de aplicación sin haber llegado hasta hoy a una opinión universalmente aceptada.

La clásica F. R. nunca deja secuelas en las articulaciones; la forma coreica está todavía peor entendida, pero parece hasta cierto punto limitada en sí misma. Es la forma cardíaca la que preocupa a los investigadores, pues en su forma fulminante puede llevar al niño a una muerte precoz o a una invalidez cardíaca más o menos grave. Por lo menos un 50% de los enfermos con el primer ataque de F. R. presentan un compromiso cardíaco (2).

¿Cuál es el mecanismo de la hormonoterapia en una carditis reumática? Algunos autores atribuyen a esta droga un valor anti-inflamatorio mucho más poderoso que a los salicilatos (3). Otros suponen que se trata de un mecanismo de supresión de las manifestaciones reumáticas, inclusive cardíacas, especialmente cuando se inicia el tratamiento precozmente (4). Para llegar a un criterio sobre el valor de las distintas drogas anti-inflamatorias en los enfermos con F. R., se inició en 1951 entre varias clínicas reumáticas de los Estados Unidos de América, del Reino Unido y del Canadá en un total de 497 niños enfermos, seleccionados según normas estrictas y sometidas a la técnica de evaluación "doble ciego", el tratamiento con 3 drogas: ACTH, Cortisona y Aspirina. La revisión de las historias de estos casos después de 10 años, demostró que el resultado final (curación, secuelas, muerte), se relacionó con la gravedad del caso al iniciar el tratamiento, independiente de la droga aplicada (5).

Trabajos posteriores han sugerido que los esteroides producen su efecto anti-inflamatorio por acción directa en las células del mesénquima, y probablemente no por haber prevenido la unión antígeno-anticuerpo (6). Con base en esta opinión se hicieron estudios de pacientes que se encontraban en su primer ataque reumático con una evolución no mayor de 21 días, sometiéndolos a un tratamiento con dosis relativamente altas de hormonas a corto plazo (8 a 15 días), y con supresión abrupta. (6, 7). Se ha sugerido continuar entonces el tratamiento anti-inflamatorio a base de salicilatos. Concluyen estos autores: "En vista del descenso de casos graves de F.



R., es improbable poder realizar un estudio prospectivo sobre el valor de la hormonoterapia en niños seriamente afectados con carditis reumática en el próximo futuro". (7).

Esta última observación nos autoriza presentar este trabajo, por que en nuestro ambiente la carditis reumática es relativamente frecuente en su forma severa (8). Así, tenemos el material a la disposición, pero nos hace falta innumerables requisitos para poder competir con la investigación de otros autores. No han sido posibles estudios bioquímicos seriados durante las distintas fases del tratamiento y posteriores a la supresión, por falta de ayuda económica. Nuestro trabajo se basa solamente en una detenida y escrupulosa observación clínica, con algunas sencillas pruebas de laboratorio de la fase activa de la F. R.

## II. INDICACION DE LA HORMONOTERAPIA

Casi todos los investigadores de la F. R. están de acuerdo n que se trata de una enfermedad sistémica que puede producir patologías vasculares generalizadas y puede concentrarse en uno o varios sistemas del cuerpo. Apoyándonos en el trabajo arriba mencionado (4), tratamos con hormonoterapia a todos los enfermos que habían entrado a nuestro servicio con carditis grave, insuficiencia cardíaca congestiva, y a aquellos que se encontraban en un estado tóxico, con moderada cardiomegalia, aunque todavía no hubieran presentado la sintomatología de la descompensación cardíaca.

## III. MATERIAL

Confrontamos dos grupos de enfermos. En número casi igual, demuestran tantas condiciones distintas que solamente podrían comparárselos estadísticamente en algunos aspectos. El informe preliminar del estudio actual (grupo actual), comprende 22 niños que entraron por primera vez con el diagnóstico de F. R. en los años de 1967 y de 1968, lo que corresponde a un 26% de todos los primeros ingresos por F. R. en este mismo lapso.

El otro grupo (grupo comparativo), comprende 21 casos sometidos a la hormonoterapia por tiempo largo con disminución paulatina de la droga. Estos niños habían ingresado por primera vez con el diagnóstico de F. R. en los años de 1959 a 1961 y representan 34% de todos los primeros ingresos por F. R. en este mismo período.



Los niños de ambos grupos fueron estudiados por uno de nosotros (L. O.), durante la hospitalización y en el tiempo post-hospitalario. Sin embargo, la investigación clínica y la selección para la hormonoterapia fueron menos rígidas para el grupo comparativo.

### CUADRO N° 1

#### SEVERIDAD DEL COMPROMISO CARDIACO EN EL MOMENTO DEL INGRESO EN LOS DOS GRUPOS PRESENTADOS

CLASIFICACION	GRUPO ACTUAL		GRUPO COMPARAT.	
	No. casos	%	No. casos	%
Sin insuficiencia cardíaca congestiva	7	31.81	14	66.67
Con insuficiencia cardíaca congestiva	15	68.19	7	33.33
Total	22	100.00	21	100.00

Como puede apreciarse en el cuadro N° 1, se observa en el grupo actual un número más grande de enfermos que ingresaron con insuficiencia cardíaca congestiva que en el grupo comparativo. Debido al pequeño número de casos, no se pudo comprobar una diferencia de significancia estadística entre los dos grupos.

### CUADRO N° 2

#### DISTRIBUCION ENTRE EL PRIMER ATAQUE Y LA RECURRENCIA AL INGRESO EN LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS

CAUSAS DE INGRESO	GRUPO ACTUAL		GRUPO COMPARAT.	
	No. casos	%	No. casos	%
Primer ataque	10	45.45	12	57.14
Recurrencia	12	54.55	9	42.86
Total	22	100.00	21	100.00

Como se puede ver en el cuadro N° 2, no existe una diferencia apreciable entre los enfermos ingresados por motivo del primer ataque o por recurrencia, tanto en cada uno de los grupos estudiados como en el análisis comparativo de ambos grupos.

Respecto al sexo había en el grupo actual 15 mujeres y 7 hombres y en el comparativo 11 mujeres y 10 hombres, cifras demasiado pequeñas para permitir evaluación estadística.

La distribución por edad en los dos grupos estudiados muestra una mediana de 8 y un promedio de 8 y medio años para el grupo actual. En el grupo comparativo hay una mediana de 8 y un promedio de 9 años. Se obtuvo un rango que es muy similar para ambos grupos y que fluctuó entre 4 y 13 años. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que en el grupo actual había una niña menor de 4 años. No hay diferencia significativa en la edad de los 2 grupos.

#### IV. METODO

##### *Grupo actual:*

Durante la primera semana del tratamiento se administró diariamente un total de 160 mg. de prednisona por metro cuadrado de superficie corporal, dividido en 4 dosis. En la segunda y tercera semana la dosis diaria se redujo a la mitad de la cantidad expresada. Se hizo suspensión abrupta a los 21 días de tratamiento. En 5 casos se inició aspirina en el día de la suspensión de la hormona, con una dosis entre 60 y 100 mg./ kg./día, la cual se mantuvo por varias semanas.

##### *Grupo comparativo:*

El cuadro 3 demuestra el esquema de homonoterapia usado en el grupo comparativo. El tratamiento consiste en la aplicación diaria de 40 mg. de prednisona para niños con menos de 18 kg. de peso corporal, y de 60 mg. para niños de más de 18 kg., durante 21 días. Se reduce entonces la dosis inicial sucesivamente cada semana por 5 mg. de prednisona durante 5 semanas, y cada 5 días durante las últimas semanas. La duración del tratamiento es de 65 a 71 días, la ingestión total de prednisona fue de 1717.5 a 2775 mg.



CUADRO N° 3

ESQUEMA DE HORMONOTERAPIA USADO EN EL GRUPO  
COMPARATIVO (Massell, 4)

PERIODO DE TRATAMIENTO EN DIAS	PREDNISONA	
	Dosis total diaria en miligramos de acuerdo con el peso corporal.	
	más de 18 kg.	menos de 18 kg.
21	60	40
7	50	35
7	45	30
7	40	25
7	35	20
7	25	10
5	15	5
5	10	2.5
5	5	
71	2775 (mg)	1717.5 (mg)

NOTA: En dos casos se añadió una moderada dosis de aspirina, cuando la prednisona bajaba al nivel de 15 mg/día, la cual se continuó por algunas semanas.

CUADRO N° 4

DISTRIBUCION DE LA INGESTION TOTAL DE PREDNISONA EN  
MILIGRAMOS EN LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS

CLASIFICACION	GRUPO ACTUAL	GRUPO COMPARATIVO
Rango	1.200 mg. a 2.380	1.175 mg. a 2.770
Mediana	1.700 mg.	2.000 mg.
Q <sub>1</sub>	1.390 mg.	1.870 mg.
Q <sub>3</sub>	2.280 mg.	2.194 mg.
Mediana aritmética	1.715 mg.	2.024 mg.

Como se ve en el cuadro N° 4, en el grupo actual la menor cantidad total fue de 1.120 mg. y la máxima de 2.380 mg. de prednisona, siendo el promedio de 1.715 mg, la mediana de 1.700 mg. y la variación intercuartil entre 1.390 y 2.280 mg., estos valores se obtuvieron con la eliminación del caso de un niño, que había recibido solamente 550 mg., porque murió al décimo día del tratamiento.

En el grupo comparativo la menor cantidad total administrada de prednisona fue de 1.715 mg y la máxima de 2.770 mg., siendo el promedio de 2.024 mg., la mediana de 2.000 mg. y la variación intercuartil entre 1.870 y 2.194 mg.

### CUADRO N° 5

#### DURACION DE LA HORMONOTERAPIA EN DIAS PARA LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS

CLASIFICACION	GRUPO ACTUAL	GRUPO COMPARAT.
Rango	19 días a 25	56 días a 100
Mediana	21 días	77 días
Q <sub>1</sub>	21 días	70 días
Q <sub>3</sub>	22 días	77 días
Promedio	21.5 días	73.6 días

En cuanto a la duración del tratamiento (cuadro N° 5), observamos en el grupo actual un rango de 19 a 25 días, siendo la mediana de 21, el promedio de 21.5 y la variación intercuartil de 21 a 22 días.

Pasando al grupo comparativo, advertimos un rango entre 56 y 100 días, una mediana de 77, un promedio de 73.6 y una variación intercuartil de 70 a 77 días.

La diferencia observada es significativa con P menor que 0.05, en favor del grupo actual con menor duración.

## V. RESULTADOS

### A. *Tiempo de hospitalización*

En el grupo actual (cuadro N° 6), el mínimo de hospitalización fue de 10 días en un paciente que murió durante el tratamiento; al no contabilizar este caso, el mínimo fue de 31 días, siendo el promedio de 42.9 y el máximo de 69, la mediana fue de 43 y la variación intercuartil entre 35 y 45 días. En un niño, en el cual se necesitó reiniciar la hormonoterapia, se contabilizó únicamente el primer episodio de tratamiento, el cual duró 42 días.



El grupo comparativo presenta un mínimo de 56 días de hospitalización y un máximo de 103 días, siendo el promedio de 80.1, la mediana de 79 y la variación intercuartil entre 72 y 88 días.

### CUADRO N°6

#### DIAS DE HOSPITALIZACION PARA LOS 2 GRUPOS ESTUDIADOS

CLASIFICACION	GRUPO ACTUAL	GRUPO COMPARAT.
Rango	31 días a 69	56 días a 103
Mediana	43 días	79 días
Q <sub>1</sub>	35 días	72 días
Q <sub>3</sub>	45 días	88 días
Mediana aritmética	42.9 días	80.1 días

#### B. *El fenómeno de rebote*

Citamos literalmente (9): "Cuando la terapéutica supresiva se reduce o se discontinúa en pacientes con F. R. aguda, entonces pueden reaparecer los signos clínicos o de laboratorio de actividad reumática. Esta reactividad se denomina "rebote".

Respecto al grupo comparativo no hemos tenido la posibilidad de observar el fenómeno de rebote después de la supresión de la hormona, porque en vista de la ya larga hospitalización (cuadro N° 6), a que dio lugar el tratamiento, nos vimos obligados a dar de alta a estos pacientes tan pronto se terminó la medicación. Sin embargo, pudimos observar algunas veces el fenómeno de rebote en este grupo durante el tratamiento, cuando la dosis diaria de la prednisona bajaba de 15 mg.

Como regla general hemos observado los niños del grupo actual en el hospital por lo menos durante 10 días después de la suspensión de la hormonoterapia. El estudio se concentró en un minucioso y frecuente control clínico, observando la temperatura, la frecuencia del pulso y de la respiración, epistaxis, dolores articulares, cambios en los fenómenos soplantes del corazón o en el ritmo cardíaco, la diuresis y el tamaño del hígado. Respecto al laboratorio tuvimos que limitarnos al examen de la hemoglobina, de la eritrosedimentación y del número de leucocitos. Todo niño fue sometido a estas pruebas el día del ingreso, el día de la suspensión de la droga hormonal, y varias veces más antes del egreso hospitalario.



Hemos eliminado del grupo actual al niño R. W., quien murió al décimo días después del ingreso, mientras recibía todavía las altas dosis de prednisona. Trece pacientes de los 21 restantes presentaron el fenómeno de rebote. En las últimas 5 admisiones iniciamos la aplicación de moderadas dosis de aspirina con el primer día de la supresión de la hormona, continuándola, por varias semanas, método que seguimos desde entonces rutinariamente en todas las admisiones posteriores.

A partir del primer día de iniciación de la hormonoterapia, encontramos que el fenómeno de rebote se iniciaba de la cuarta a la quinta semana de hospitalización, es decir, una o dos semanas después de la supresión abrupta. En la mayoría de los casos la sintomatología del rebote se calmó entre los 7 y los 10 días después de su comienzo, sin tener que reiniciar la hormonoterapia. Hubo 2 excepciones. El niño G. I., que murió a los 41 días de hospitalización, 20 días después de haber suspendido la hormona y durante la administración de aspirina. Por atención del Dr. Arturo Salgado C., podemos presentar un resumen de los hallazgos patológicos de este caso:

“Autopsia N° 48-92, G. I. (Edad 12 años).

Macroscópicos: Cardiomegalia (340 g.). Engrosamiento del borde libre de la válvula mitral, retracción e insuficiencia. Acortamiento de las cuerdas tendinosas de la válvula mitral. Hipertrofia ventricular izquierda. Dilatación ventricular derecha, con moderada hipertrofia. Pericarditis fibrinosa antigua en zonas auriculares. Opacidad y engrosamiento de la pared auricular izquierda.

Microscópico: Corazón: Escaso infiltrado mononuclear en pericardio, ocasionalmente perivascular. Vascularización de la válvula mitral moderada, más notoria en el anillo valvular. Al mismo nivel infiltrado muy escaso de células mononucleares. Hialinización y engrosamiento subendocárdicos de la aurícula izquierda. No se reconoce en ninguno de los cortes cuerpos de Aschoff, ni hay evidencia de actividad reumática. Hay en algunas áreas discreta fibrosis intersticial.

Pulmón: Trombos intra-arteriales recientes. Hemorragia intra-alveolar extensa. Células cardíacas intra-alveolares abundantes”.

Esta necropsia revela un corazón gravemente alterado en sus 3 capas y con signos de una evolución larga de la enfermedad. En ausencia de los cuerpos de Aschoff y de lesiones valvulares frescas, se puede probablemente descartar una fase activa de origen reumático



en el momento de la muerte, la cual parece no fue originada por la supresión abrupta de la hormonoterapia 20 días antes. Es posible que este caso fatal se deba a la descompensación cardíaca progresiva ocasionada por una hemodinámica alterada del mecanismo valvular anormal. Esta suposición encuentra apoyo en la observación clínica que no mostró los usuales signos de rebote, como aumento de la temperatura, de la frecuencia del pulso y de la eritrosedimentación.

El otro caso es M. P., que ingresó a la edad de 13½ años, también con una historia de varias recurrencias y hospitalizaciones en un pueblo; descompensado y con gran cardiomegalia. Tres semanas después de la supresión abrupta de la hormonoterapia y con medicación de aspirina, el niño presentó un deterioro en su estado general, un aumento de los síntomas de insuficiencia cardíaca y gran malestar subjetivo. Se reinició entonces la hormonoterapia y el paciente salió compensado con digital a los 111 días de hospitalización.

#### CUADRO N° 7

#### DISTRIBUCION DE LOS SINTOMAS DE REBOTE EN LOS 13 CASOS DEL GRUPO ACTUAL\*

SINTOMAS	NUMERO	CASOS %
Aumento de temperatura	11	84.7
Aumento de la frecuencia cardíaca	10	77.7
Aumento de la frecuencia respiratoria	8**	61.6
Aumento del tamaño del hígado	7	53.9
Hemorragia nasal	3	23.1

\* Están incluídos los dos casos arriba mencionados.

\*\* Un caso sin dato.

El aumento de temperatura (cuadro N° 7), osciló entre un mínimo de 37.8°C hasta un máximo de 39.7°C, con una duración de una media hasta de 2 semanas (excepto el niño muerto). Las epistaxis fueron moderadas y no necesitaron taponamiento.

Observamos que 11 niños, a pesar de su temperatura elevada y con otros síntomas de rebote arriba mencionados, presentaron paradójicamente un bienestar subjetivo que nos detuvo para reiniciar la hormonoterapia.



La diferencia de la frecuencia de rebote entre los casos que entraron en su primer ataque y aquellos que entraron en una recurrencia, no es significativa. Hay que subrayar el hecho de que 7 de los 10 niños que ingresaron en su ataque inicial, ya habían adquirido su enfermedad varias semanas antes y sin tratamiento adecuado.

En relación con la severidad de la cardiopatía al ingreso, se observó lo siguiente: de 6 niños que se hospitalizaron con leve compromiso cardíaco, 3 mostraron el fenómeno de rebote, mientras que de 15 pacientes que entraron con severo compromiso cardíaco, 10 lo presentaron.

### C. *Condiciones al egreso hospitalario.*

#### 1. *Efectos secundarios de la hormonoterapia.*

Con la aplicación de los corticoesteroides en el tratamiento de la carditis reumática aguda, es inevitable la aparición del "síndrome de Cushing", en mayor o menor intensidad. De los múltiples fenómenos pertenecientes a esta entidad, detallamos en este trabajo solamente lo relacionado con la cara de la luna llena y con el aumento del peso corporal.

Considerando la dificultad de una apreciación exacta y objetiva de la transformación de la cara en cada paciente, tratamos de ilustrarla con fotografías de los 2 grupos estudiados. Del grupo comparativo mostramos a G., William de 6½ años, que había recibido en 11 semanas el equivalente de 2.010 mg. de prednisona en forma de dexametasona, y a O., Octavio, quien había tomado en 10 semanas 1.825 mg. de prednisona. (Figura N° 1).

El grupo actual podemos ilustrarlo con fotografías seriadas de 3 niños, que se tomaron antes del tratamiento, al terminar este y unos 2 a 4 semanas después (Fig. N° 2): V., Juan Carlos, de 4 años había recibido 1.540 mg. de prednisona en 21 días; M. María Eugenia, de 11 años, 2.240 mg. en 21 días; M. Pedro, 13 años, 2.100 mg. en 21 días.

Mientras que los 2 niños del grupo comparativo muestran un aspecto de impresionante desfiguración facial, los 3 niños del grupo actual insinúan apenas la cara redonda.



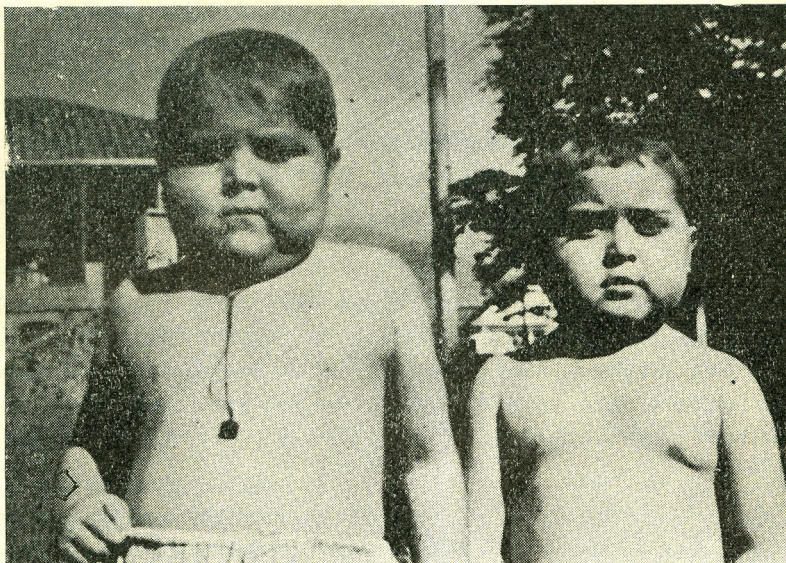
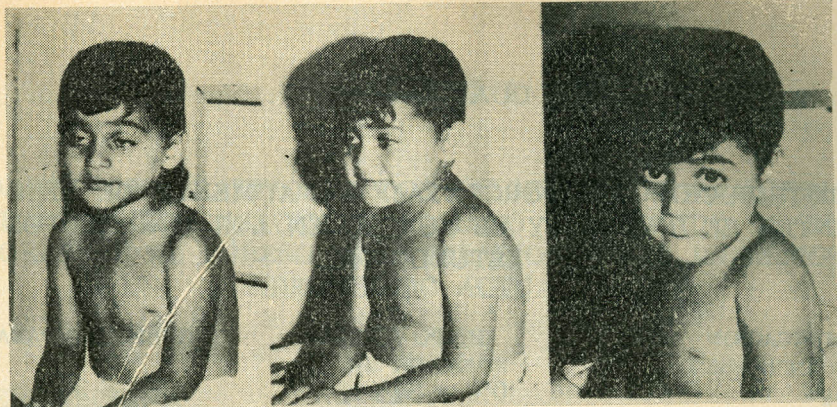
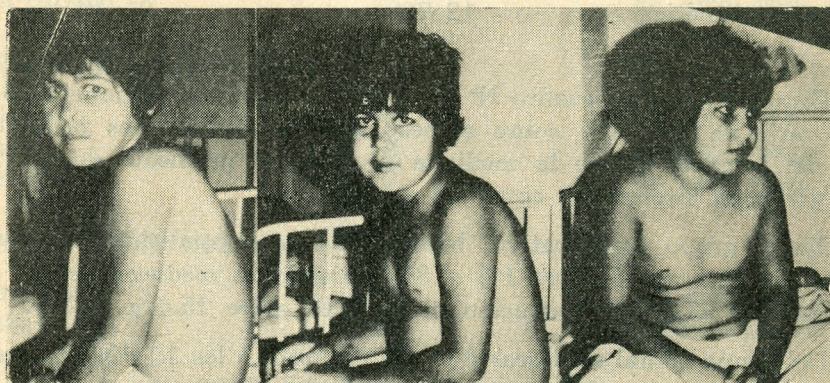


Fig. No. 1 — Grupo comparativo: a la izquierda, G., W. de 6½ años quien había recibido el equivalente de 2010 mg. de prednisona en forma de dexametasona en el curso de 11 semanas. A la derecha O., O. de 4½ quien había recibido 1540 mg. de prednisona en 10 semanas.

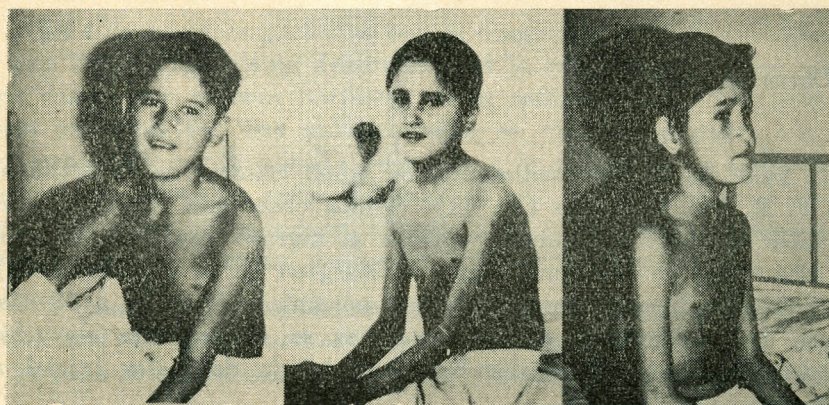




V. Juan Carlos, 4 años 11 meses  
 I Sep. 2/68                      II Sep. 19/68                      III Oct. 15/68



M. María Eugenia, 11 años  
 I Nov. 25/68                      II Dic. 13/68                      III Enero 14/69



M. Pedro, 13½ años  
 I Dic. 1/68                      II Dic. 27/68                      III Enero 14/69

Fig. No. 2 — Tres pacientes del grupo actual.



## CUADRO N° 8

### DISTRIBUCION DEL PORCENTAJE DE AUMENTO DE PESO ENTRE EL INGRESO Y EL EGRESO EN LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS

CLASIFICACION	GRUPO ACTUAL	GRUPO COMPARAT.
Rango	0% a 34%	1% a 39%
Mediana	11.3%	20.0%
Q <sub>1</sub>	6.6%	15.4%
Q <sub>3</sub>	16.6%	26.8%
Mediana aritmética	12.7%	21.4%

Como se ve en el cuadro N° 8, en el grupo actual el aumento del peso varió de 0 a 34% sobre el peso mínimo durante los primeros días del ingreso, siendo la mediana de 11.3, el promedio de 12.7% y la variación intercuartil entre 6.6 y 16.6%.

En el grupo comparativo, bajo las mismas condiciones, el aumento del peso varió entre 1% y 39%, siendo la mediana de 20, el promedio de 21.4 y la variación intercuartil entre 15.4 y 26.8%.

Del grupo actual se descartó el niño muerto a los 10 días después del ingreso y se contabilizó un caso hasta la reiniciación de la hormonoterapia.

No hay diferencia significativa entre los dos grupos.

## 2. *Datos de Laboratorio*

El valor de la eritrosedimentación como criterio de la actividad en la F. R. está discutido (10, 11). Hemos observado en un número apreciable de casos el siguiente patrón: al ingreso una sedimentación muy alta (más de 100 mm. según Westergren en la primera hora). Al terminar la hormonoterapia valores normales bajos; 10 a 15 días después de la supresión de las hormonas se mostró una elevación moderada, pero por lo regular bien por debajo del valor inicial al ingreso.

CUADRO N° 9

DATOS COMPARATIVOS DE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA, ERITROSEDIMENTACION Y TAMAÑO DEL HIGADO AL INGRESO Y AL EGRESO HOSPITALARIO EN LOS ENFERMOS DEL GRUPO ACTUAL

	No. DE CASOS	OBSERVACION
<b>HEMOGLOBINA</b>		
Aumento	12	Sin datos del muerto precoz y de otro caso.
Rebaja	5	
Sin cambio	2	
<b>ERITROSEDIMENTACION</b>		
Aumento	6	Sin datos del muerto precoz y de otro caso.
Rebaja	12	
Sin cambio	2	
<b>TAMAÑO DEL HIGADO</b>		
Aumento	2	Sin datos del muerto precoz
Rebaja	10	
Sin cambio	9*	

\* Estos 9 casos habían ingresado sin hepatomegalia.

En 4 de nuestros pacientes hemos observado el fenómeno opuesto: lo que Taran (12), llama desenmascarar la existente actividad reumática velada con valores normales de la sedimentación. Así, entraron estos pacientes con una sedimentación en límites normales. Un control practicado en la semana posterior a la supresión de la hormona, mostró una elevación entre moderada y alta de la sedimentación; sin excepción estos niños habían ingresado en insuficiencia cardíaca congestiva con una historia pre-hospitalaria de larga evolución.

El cuadro N° 9, demuestra que en más de la mitad de los casos estudiados del grupo actual, comparados con los valores al ingreso, la elevada eritrosedimentación había disminuído, la hemoglobina ha-



bía aumentado y el tamaño del hígado había regresado, al tiempo del egreso hospitalario.

### 3. *Condiciones cardíacas*

Los cuadros 10 y 11, muestran las condiciones cardíacas de ambos grupos al egreso hospitalario. El pequeño número de casos no permite evaluación estadística. A simple vista es mayor el número de problemas cardíacos serios en el grupo actual, pero también es mayor el número de casos graves al ingreso en este grupo que en el grupo comparativo. En cada uno de los grupos hay un caso de muerte que ocurrió durante el tratamiento con prednisona; en dosis alta para el caso del grupo actual, y baja para el grupo comparativo, durante el período con disminución paulatina de la droga. La muerte de los otros 2 niños del grupo comparativo tuvo lugar poco tiempo después de haber suspendido la prednisona con una cuidadosa rebaja de la droga por espacio de 11 semanas.

#### CUADRO N° 10

#### CONDICIONES CARDIACAS AL EGRESO EN RELACION CON LA SEVERIDAD DE LA CARDITIS AL INGRESO EN LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS

	INGRESO	No.	EGRESO	No.
Grupo actual 22 casos	Graves	15	Muertes	2
	Leves	7	Con problema card. considerable	9
			Sin problema card. considerable	11
Grupo comp. 21 casos	Graves	8	Muertes	3
	Leves	13	Con problema card. considerable	4
			Sin problema card. considerable	14

## CUADRO N° 11

### DETALLES DE LA EVOLUCION HACIA LA MUERTE EN LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS

Grupo actual 2 casos	Detalles: R. W. murió el 10° día de hospitalización con dosis alta de prednisona. G. I. murió a los 41 días de hospitalización, 20 días después de suspender la prednisona.
Grupo comparativo 3 casos	Detalles: G. P. sale a los 74 días al terminar la prednisona, reingresa a los 8 días y muere en 24 horas.  O. A. muere durante el tratamiento recibiendo aún 15 mg. de prednisona diaria, a los 62 días de hospitalización. P. R. sale a los 77 días al terminar la hormonoterapia, reingresa a los 11 días y muere 20 días más tarde.

#### D. EVOLUCION POST-HOSPITALARIA

##### 1. *Tiempo de evolución*

Como se observa en el cuadro N° 12, el grupo comparativo ha tenido la oportunidad de varios años de control post-hospitalario, mientras que el grupo actual tiene un máximo de observación, y eso solamente para 3 casos, entre 25 y 29 meses. La variación del tiempo de evolución no admite ningún análisis, debido a la discrepancia de la observación post-hospitalaria entre ambos grupos.

## CUADRO N° 12

### TIEMPO DE EVOLUCION POST-HOSPITALARIA PARA AMBOS GRUPOS SEGUN LA REVISION DE HISTORIAS EN MAYO Y JUNIO DE 1969

CLASIFICACION	GRUPO COMPARAT.	GRUPO ACTUAL
Rango	1 mes a 114 meses	1 mes a 29 meses
Media	92 meses	14 meses
Q <sub>1</sub>	40 meses	6 meses
Q <sub>3</sub>	102 meses	19 meses
Mediana aritmética	71 meses	14 meses



## 2. Condición cardíaca en el control post-hospitalario

Según el cuadro N° 13, se registró en el grupo actual una muerte, no debida a las consecuencias de la F. R.

Resumen de los hallazgos anatomo-patológicos por atención del Dr. Arturo Salgado C.:

“Autopsia N° 5125. M., M. E. 11 años.

Hallazgos macroscópicos: Cardiomegalia (190 g.). Parche de Mc Callum. Vegetaciones en válvula mitral. Engrosamiento del borde libre de valvas de la mitral y acortamiento de las cuerdas tendinosas.

Hallazgos macroscópicos: Endomiocarditis reumática, con lesiones principales en endocardio valvular mitral y en anillo valvular mitral.

Conclusión: Enfermedad cardíaca reumática aún activa, con lesión mitral, predominante insuficiencia - Aneurisma de arteria cerebral media, ruptura.

Hemorragia intracerebral, intraventricular y subaracnoidea, causa de muerte”.

### CUADRO N° 13

#### CONDICION CARDIACA EN AMBOS GRUPOS SEGUN LA REVISION DE HISTORIAS EN MAYO Y JUNIO DE 1969

CONDICIONES	GRUPO ACTUAL		GRUPO COMPARAT.	
	Casos		Casos	
	No.	%	No.	%
Sin cardiopatía demostrable	7	36.8	6	33.3
Con cardiopatía bien tolerada	6	31.6	7	38.9
Con cardiopatía mal tolerada	5	26.3	3	16.7
Muertes	1*	5.3	2	11.1
<b>Total</b>	<b>19**</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

\* No reumática.

\*\* Un caso de los 20 egresados vivos no volvió a la consulta.

En el grupo comparativo ocurrieron dos muertes debidas a las consecuencias de la cardiopatía reumática. Una niña murió a los

41 meses de evolución y a la edad de 12 años; un niño a los 80 meses de evolución, a la edad de 14 años; estos niños no cumplieron con la profilaxis y sufrieron varias recaídas.

Respecto al grupo actual debemos considerar la posibilidad de perder uno u otro paciente en el futuro debido a cardiopatía reumática. Por consiguiente, los datos de los dos grupos, como ya varias veces hemos mencionado, bajo este aspecto no son comparables. Desistimos de entrar en más detalles sobre el cuadro No 13, por faltar tiempo de evolución en el grupo actual.

## VI COMENTARIO Y CONCLUSION

La hipótesis de este trabajo reza así: "En la carditis reumática grave la hormonoterapia con dosis masivas, a corto plazo y con supresión abrupta, es preferible a la hormonoterapia de larga duración y con disminución paulatina de la droga, siempre y cuando la evolución hospitalaria y post-hospitalaria no ofrezca riesgos para el enfermo".

Como se ha evidenciado, no hay diferencia significativa entre los dos grupos evaluados respecto a la gravedad al ingreso, duración pre-hospitalaria de la enfermedad, edad y sexo de los pacientes. Aunque falta significancia estadística para los valores del cuadro N° 1, debido al reducido número de casos, el porcentaje de los pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca congestiva es mayor en el grupo actual.

La duración del tratamiento, como también la duración de la hospitalización, muestran una diferencia significativa  $P < 0.01$  favoreciendo el grupo actual con un período más corto tanto de tratamiento como de hospitalización (Cuadros 5 y 6). La diferencia entre los dos grupos en cuanto a cantidad de droga ingerida por unidad es ligeramente significativa ( $P$  igual 0.04), favoreciendo al grupo actual (cuadro 4), con dosis menores de prednisona.

Un punto cardinal del debate es el fenómeno del rebote. En 13 de los 22 niños del grupo actual hemos podido observar este síndrome clínicamente. Un niño murió 20 días después de haber suspendido la hormona, agravándose su condición cardíaca, sin presentar fiebre o aumento de la eritrosedimentación. Era un caso desfavorable desde su ingreso y puede haber fallecido, de acuerdo con los ha-



llazgos de la autopsia, debido al agotamiento de su reserva por una cardiopatía de larga duración, sin actividad reumática.

Al grupo fatal (13), pueden haber pertenecido un niño del grupo actual y una niña del grupo comparativo que murieron durante el tratamiento con corticoesteroides.

11 niños pasaron el episodio del rebote sin problema, conservando un buen estado general y sin repercusión evidente sobre la condición cardíaca. En sólo un niño nos hemos visto obligados de reanudar el tratamiento con corticoesteroides, debido al deterioro general y al aumento de la insuficiencia cardíaca congestiva.

Como este trabajo se refiere a un informe preliminar por falta del tiempo suficiente de evolución para el grupo actual, no podemos ofrecer una opinión definitiva. En el momento de la revisión de las historias, el grupo actual mostró un porcentaje un poco más alto de las cardiopatías mal toleradas que el grupo comparativo (cuadro 13), lo cual relacionamos más bien con las condiciones graves al ingreso que con el método del tratamiento.

Llegamos a la conclusión tentativa de que el tratamiento de la carditis reumática grave con corticoesteroides en dosis masivas, por corto tiempo y con supresión abrupta, es recomendable tanto por el acortamiento de la hospitalización como por la reducción de la droga, por la probable reducción de los efectos secundarios potencialmente peligrosos de la misma, y posiblemente por la más rápida recuperación de la corteza suprarrenal, lo cual por falta de recursos, no se ha podido comprobar técnicamente.

Llamamos la atención sobre la necesidad de una minuciosa observación clínica durante la fase del posible rebote. Para el experto es relativamente fácil distinguir los niños eufóricos y contentos que tienen buena tolerancia al rebote, de los niños que se deterioran en su estado general y cardíaco, en los cuales se recomienda la reanudación de la hormonoterapia.

## VII. RESUMEN

1. Se presenta el estudio clínico de 22 niños ingresados al servicio hospitalario en los años de 1967 y 1968, por motivo de carditis reumática, que fueron sometidos a la hormonoterapia con dosis masivas durante 21 días con supresión abrupta.

2. Se presenta la evolución de 21 pacientes ingresados en los años 1959-1961, con carditis reumática, tratados con hormonoterapia durante 10 a 12 semanas, con reducción paulatina de la droga desde el final de la tercera semana.
3. Estadísticamente se encuentra entre estos dos grupos una diferencia significativa en la cantidad total de la droga ingerida, que fue menor en el grupo actual, como fue menor también la duración de la hospitalización.
4. Se estudia detalladamente el síndrome del rebote en el grupo actual que se manifestó en 13 de los 22 casos. En 11 casos regresó la sintomatología sin agravación del enfermo y sin necesidad de reanudar la hormonoterapia.
5. Se lanza la hipótesis: "Es aconsejable en la carditis reumática la hormonoterapia con dosis masivas a corto plazo y con supresión abrupta, si la evolución de la enfermedad no muestra riesgos para el paciente".
6. Los resultados preliminares de este trabajo insinúan que este tratamiento fue bien tolerado en la mayoría de los casos, tiene la ventaja de ofrecer menores efectos secundarios por parte de la droga y de un menor período de hospitalización.

### S Y N O P S I S

1. The study of 22 children hospitalized with Rheumatic Carditis during the years of 1967 and 1968 is presented. They were treated for 21 days with massive dosage of corticosteroids. Corticosteroids were stopped without tapering.
2. The follow up of 21 patients with Rheumatic Carditis hospitalized during the years of 1959 to 1961 and treated with corticosteroids for 10 to 12 weeks is analyzed. The corticosteroids in this group of patients were decreased gradually.
3. There is a statistically significant difference between the two groups: The first group received less corticosteroids in total and needed a shorter hospital care.
4. A detailed study of the present group showed that the rebound phenomenon was present in 13 out of 22 patients. In 11 cases the symptoms disappeared without any apparent risk and without the need of a second course of steroids.



5. The following hypothesis is presented: "The treatment of Rheumatic Carditis with intensive, short term, corticosteroid therapy without tapering is advisable, when there is no apparent risk involved for the patients".
6. The preliminary report suggests that this corticosteroid treatment was well tolerated by most of the children. It had the advantage of fewer side effects and shorter hospital care.

#### REFERENCIAS:

- 1 Hench Philip S. et al: The effect of a hormone of the adrenal cortex (Compound E) and of pituitary adrenocorticotrophic hormone on Rheumatoid arthritis. Proc. Mayo Clinic 24: 181-197, 1949.
- 2 Nadas, Alexander S.: Pediatric Cardiology. Page 176. W. B. Saunders Comp., Philadelphia and London, 1964.
- 3 Polley, Howard F.: Evolution of steroids and their value in the control of Rheumatic Disease. Mayo Clin. Proc. 45: 1-12, 1970.
4. Massell, Benedict F.: ACTH and cortisone therapy of Rheumatic Fever and Rheumatic Carditis. New Engl. J. of Med. 251: 183-190; 221-228; 263-270; 1954.
- 5 The natural history of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. 10 year report. Circulation Vol. XXXIII: 457-476. 1965.
- 6 Wilson, May G.: Advances in Rheumatic Fever 1940-1961. Pag. 191. A Commonwealth Fund Book, Hoeber Medical Division. Harper and Row, Publishers. 1962.
- 7 A comparison of short term, intensive prednisone and acetylsalicylic therapy in the treatment of acute Rheumatic Fever. Combined Rheumatic Fever Study Group Baltimore and New York City. New Engl. J. of Med. 272: 63-70, 1965.
- 8 Oberndorfer, Leni: 8 años de Fiebre Reumática. Ant. Méd. 18: 535-553, 1968. Colombia.
- 9 Markowitz y Kuttner: La Fiebre Reumática. Editorial Científico-Médica, P. 126, Barcelona, Via Layetano, 53 Madrid, Lisboa, Río de Janeiro, 1967.
- 10 Rudolph, Abraham, Moffit Hospital, San Francisco. Información personal, 1966.
- 11 Spagnuolo, Mario and Feinstein, Alvan R.: Congestive heart failure and rheumatic activity in young patients with rheumatic heart disease. Pediatrics, 33: 653-660, 1964.
- 12 Taran, Leo M.: Collected works on Rheumatic Fever. International Professional Publications. Inc. Page 185, 5-36 Meadow Lane, Flushing. N. Y., 11365, 1967.
- 13 Glancy, D. Luke et al: Fatal Rheumatic Fever in childhood despite corticosteroid therapy. American Heart J. 77: 534-537, 1969.

## TRATAMENTO INTENSIVO DA AMEBÍASE INTESTINAL CRÔNICA COM O WIN-13.146 (TECLOZAN) APLICACAO DA DOSE TOTAL EM TRES DIAS

*Donald Huggins*

Clínica de DIP da FMUFPe  
Professor Assistente  
Chefe da Seção de Gastro-  
enterologia.

En trabalho anterior (Huggins, 1969), demonstramos a atividade amebicida do WIN-13.146 (Teclozan), quando usado na dose total de 1.500 mg. em dosis dias (duas doses de 750 mg.) .

As tentativas de se reduzir o tratamento da amebíase intestinal crônica justificam-se pelo alto índice de infecção da protozoose em nosso meio e, por outro lado, pela facilidade de um esquema terapêutico reduzido de tal ordem, pois a maioria deles é bastante prolongada e geralmente não concluída pelos enfermos.

Nesta atual investigação, empregamos a dose total de 1.500 mg. de Teclozan dividida em três dias.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Tratamos 51 pacientes (38 adultos e 13 crianças) portadores de amebíase intestinal crônica, nos ambulatórios da Universidade Federal de Pernambuco, com o WIN-13.146 (Teclozan) . Dêstes 51 doentes, 39 eram do sexo feminino e 12 do masculino; a idade variou entre 4 e 66 anos e o peso oscilou entre 15 e 68 kg.



A substância foi empregada na dose de 600 mg. (dois comprimidos de 300 mg. cada), durante dois dias seguidos e uma terceira dose de 300 mg. para completar o total de 1.500 mg. Tôdas foram aplicadas de uma só vez. O diagnóstico de parasitose em jôgo foi realizado pelas técnicas de Hoffman, Pons e Janer, com sedimentação em água, durante 24 horas, e de Faust e Cob. O contrôle de cura parasitológica foi efetuado, baseado nos mesmos métodos já citados, ao fin do 30º dia após o tratamento, e também pela coloração pela Hematoxilina Férrica.

**RESULTADOS:** Como se observa no quadro 1. 52 pacientes medicados, cêrca de 39 casos, ou seja, 76,47% obtiveram cura parasitológica com uma única série de tratamento. Efetuando nôvo curso de tratamento nos 12 casos restantes, conseguimos cura em 6 doentes, ou seja, 11,76%, o que eleva o percental de cura parasitológica para 45 casos, ou seja, 88,23%.

Fracasso terapêutico foi assinalado em 6 enfermos (11,76%) e a substância foi muito bem tolerada pelos pacientes, não se registrando nenhum efeito colateral.

#### QUADRO Nº 1

##### RESULTADO DO TRATAMENTO INTENSIVO DA AMEBIASE INTESTINAL CRÔNICA COM WIN - 13.146 (TECLOZAN).

##### APLICACÃO DA DOSE TOTAL EM TRÊS DIAS

DOSE UTILIZADA	600 mg X 2 dias + 300 mg X 1 día = 1.500 mg em três dias.
CASOS CURADOS	1ª série — 39 casos — 76.47%
	2ª série — 06 casos — 11.76%
	TOTAL — 45 casos — 88.23%
CASOS NÃO CURADOS TOTAL	— 06 casos — 11.76%
CASOS TRATADOS	TOTAL — 51 casos—

## COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES.

HUGGINS (1969), tratando 51 pacientes portadores de amebíase intestinal crônica com o WIN - 13.146 na dose total de 1.500 mg. em dois dias sucessivos, obteve um índice de cura parasitológica na ordem de 84.3% (43 casos) com uma única série de tratamento. Com nôvo curso de tratamento, conseguiu elevar o percentual de cura para 94%. Taxas bastante expressivas, em relação ao período certo de tratamento. Nenhum efeito colateral relacionado à droga foi relatado.

### QUADRO Nº 2

#### TRATAMENTO REDUZIDO DA AMEBÍASE INTESTINAL CRÔNICA PELO TECLOZAN (WIN - 13.46). APLICAÇÃO DA DOSE TOTAL EN DOIS E TRÊS DIAS.

Autor Año	Dose Total	Casos	Cura	EF. Colaterais
Daher & 1969	1.500 mg (3 Días)	103	100 %	11.6%
Cariry & Silva - 1969	1.500 mg (2 Días)	142	90.9%	10 %
Huggins 1969	1.500 mg (2 Días)	51	84.3% (94%)	0
Huggins 1969	1.500 mg (3 Días)	51	76.47% (88.23%)	0

DAHER (1969), utilizando o WIN-13.146 na posologia de 500 mg. por dia, durante três dias consecutivos, em 103 pacientes, obteve cura parasitológica em 100% dos casos. En 11.6% dos pacientes verificaram-se manifestações colaterais de pouco significado.

CARIRY E SILVA (1969), medicando 142 pacientes com o WIN-13-146, na dose total de 1.500 mg., em dois dias, conseguiram cura parasitológica em 90.90% dos casos, ou seja, em 129 doentes. Verificaram ainda que o produto, na dose empregada, não induzin nenhum efeito colateral.

Diante de nossas experiências e dos outros autores, concluimos que o Teclozan (WIN - 13.146), quando utilizado na dose total de 1.500 mk. em 2 ou 3 dias sucessivos, mostrou ser um excelente amebicida. As van-



tagens de ordem prática que advém com êstes novos esquemas terapêuticos são sobejamente reconhecidos, pois, além do fato de representar facilidade de manejo com a substância, representa também, por sua elevada eficácia e baixa toxicidade, notável progresso nos campos da terapêutica da amebíase intestinal.

**RESUMO:** O Autor tratou 51 pacientes portadores de amebíase intestinal crônica com o WIN - 13.146 (Teclozan), na dose total de 1.500 mg. dividida em três dias consecutivos. Obteve, com uma única série de tratamento, cura parasitológica em 76.47%, ou seja, 39 casos e, com nova série de tratamento, conseguiu elevar o percentual de cura para 88.23% (45 casos). A tolerância ao produto foi excelente, não tendo os pacientes relatado qualquer manifestação colateral.

**SYNOPSIS:** The Author treated 51 patients suffering from Chronic intestinal amoebiasis with WIN - 13.146 (Teclozan) in a total dosage of 1.500 mg. divided in three consecutive days. Thirty-nine patients (88.23% were cured after the second course of treatment.

The drug was very tolerated by all of the patients, and finally the Author concludes that WIN - 13.146 (Teclozan) in such a preconized therapeutic schedule is an excellent amoebicide.

#### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos aos Produtos Winthrop, Inc. o fornecimento do WIN - 13.146 (Teclozan), empregado na presente investigação.

#### REFERENCIAS

- 1 CARIRY, N. A., Silva, M.A.C.T. - Tratamento da Amebíase Intestinal com Teclozan (Falmonox). Estudo comparativo de esquemas terapêuticos. "O Hospital", Rio de Janeiro, 76: 1033 - 1037, 1969.
- 2 DAHER, H. R. - Amebíase Intestinal, Terapêutica da Duração Reduzida com o Teclozan. "O Hospital", Rio de Janeiro, 75: 879 - 884, 1969.
- 3 HUGGINS, D. - Tratamento Intensivo da Amebíase Intestinal Crônica. Resultados obtidos com o WIN - 13.146 (Teclozan). "O Hospital", Rio de Janeiro, 75: 1035 - 1039, 1969.

## LEISHMANIASIS, SU TRATAMIENTO CON PIRIMETAMINA

### Estudio de 18 casos.

\* Gonzalo Calle V.

\*\* Juan Pedro Velásquez B.

### INTRODUCCION

La Leishmaniasis es una parasitosis que tiene predilección por las áreas rurales, que llega a ser endémica en Asia, Litoral del Mediterráneo, ciertas zonas del Africa y casi toda Centro y Sur América. La Leishmaniasis tegumentaria americana, producida por la *Leishmania Brasiliensis*, es una enfermedad endémica que prevalece en varias zonas boscosas de Colombia, tales como la región de Urabá, Chocó, áreas selváticas de la Costa Atlántica y Pacífica y existe al parecer un foco endémico en el municipio de Anorí, Departamento de Antioquia (1). Se adquiere cuando un mosquito del género *Phlebotomus* (*Lutzomya*) inocular las formas de leptomonas, las que al penetrar a las células retículo-histiocitarias en la dermis adoptan la forma de *Leishmania* intracelular, induciendo una reacción granulomatosa crónica (2). De las formas clínicas que presenta la enfermedad la más frecuentemente observada en nuestro medio es la forma cutánea pura, en segundo lugar la forma muco-cutánea, siendo de muy rara observación la Leishmaniasis visceral en Colombia (3).

\* Jefe de la Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

\*\* Profesor Auxiliar de la Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.



A la ciudad de Medellín, específicamente al Hospital Universitario San Vicente de Paúl, afluyen la mayor parte de los pacientes de áreas propias del Departamento de Antioquia y de otras regiones del país. Esto se debe a las facilidades técnicas y científicas que prestan un grupo de servicios que laboran en dicho centro hospitalario: Servicio de Dermatología, Dpto. de Medicina, Dpto. de Anatomía Patológica, Dptos. de Microbiología y Laboratorio General del Hospital.

Como norma general en el Servicio de Dermatología tratamos la Leishmaniasis de la siguiente manera: Forma cutánea, usamos de preferencia y por vía intramuscular, los antimoniales (fuadina, glucontime, anthiomaline, repodral) asociados o no a los antimaláricos del tipo de Difosfato de Cloroquina y similares. No obstante los antimoniales en los últimos 5 años han venido desapareciendo paulatinamente del comercio. La forma muco-cutánea la tratamos con Anfotericín B, vía endovenosa, con resultados ampliamente satisfactorios; esta droga no la utilizamos generalmente para la forma cutánea, ya que hemos tomado como norma aplicarla únicamente en pacientes hospitalizados y consideramos que la mayor parte de las Leishmaniasis cutáneas puras no requieren hospitalización.

Debido a lo anterior, la forma tegumentaria pura o con escaso compromiso de mucosas presenta un problema terapéutico y por lo tanto quisimos experimentar en nuestro medio un método oral para el tratamiento de la Leishmaniasis. Es por esto que presentamos a continuación nuestras experiencias durante un año, con un nuevo fármaco de efecto antimalárico, la Pirimetamina.

## MATERIAL Y METODOS

La Pirimetamina es el 2-4 diamino 5-p, cloro fenil, 6 etil pirimidina, constituye un moderno preparado de acción antipalúdica muy destacado, que fue conocido en 1951 como droga de acción contra los plasmodios humanos. Se sostiene que su actividad se desarrolla en especial sobre los esquizontes en fase de división, resultando evidente su acción sobre los trofozoítos y su acción antipalúdica se ejerce al parecer, tanto sobre el plasmodium falciparum como sobre el plasmodium vivax; sin embargo su mejor indicación es el empleo profiláctico.

Se ha sugerido que la Pirimetamina dada semanalmente por períodos largos puede esterilizar lentamente las formas de plasmodium vivax en los tejidos, indicándose además que actúa solamente en el período de



división nuclear de los parásitos con prolongada recuperación en los casos de plasmodium sp. en donde la sincronización de la división parasitaria no ha sido establecida. Si las formas, inoculadas por los vectores al instalarse en los tejidos para producir las formas cutáneas y mucocutáneas, pasan a la fase de Leishmania y si, después de algún tiempo se multiplican por división nuclear, sería el momento cuando la droga actuaría contra el parásito. Si aceptamos que tal cosa ocurre, no deberían producirse nuevas lesiones resultantes de la distribución hemática de nuevos parásitos, ya que la droga se encargaría de destruirlos agotando indirectamente, el sitio primario después de un cierto tiempo. (4).



Foto 1 - La lesión original.

Nosotros consideramos, como ha sido bien comprobado desde el punto de vista bioquímico que la Pirimetamina actúa inhibiendo la síntesis endógena de ácido folínico a partir de ácido fólico, tanto en el hombre como en el protozoo. En tratamientos prolongados con Pirimetamina en el hombre le acarrea paulatinamente una deficiencia de ácido folínico; este fenómeno se logra impedir administrando el ácido folínico que aporta la levadura de pan fresca, o también mediante el factor Citovo-



rum (LEUCOVORIN) de tal forma, que su administración sirve para el hombre, no así para el protozoo (5).

A pesar de lo anterior, en muy pocos casos tratamos esta deficiencia de ácido folínico y tomamos como base las manifestaciones clínicas y los estudios hematológicos, por atenernos a un plan terapéutico no prolongado y asesorado con períodos de descanso, como veremos más adelante.

Nosotros utilizamos comprimidos de 25 mgs. que nos depararon mínimos efectos colaterales indeseables, toxicidad particularmente baja y la ventaja de ser absolutamente insaboro, lo cual facilita su administración en los niños.

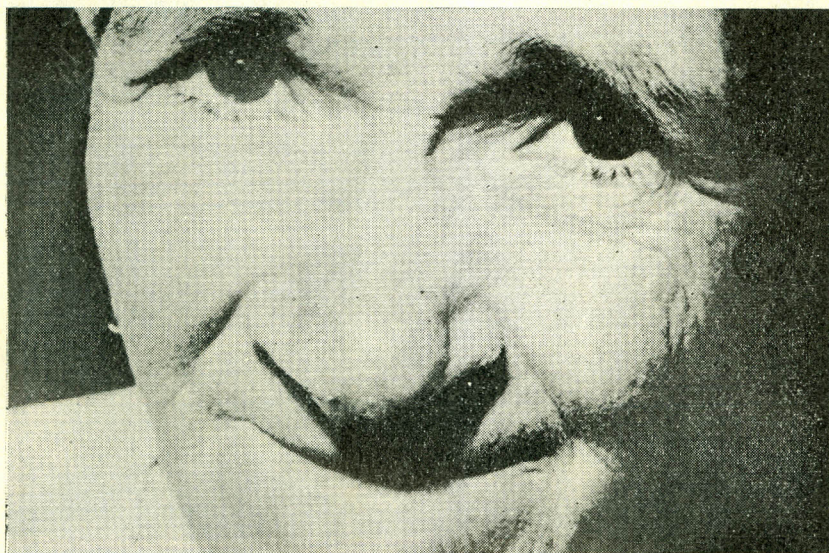


Foto Nº 2 - Aspecto del paciente después del tratamiento.

Durante un año estudiamos 20 pacientes, de los cuales asistieron a todos los controles 18, que son los que únicamente consideramos en el presente estudio. A todos se les practicó: a) historia clínica y en su mayor parte fueron hospitalizados durante el primer ciclo; algunos se trataron ambulatoriamente; b) intradermorreacción de Montenegro practicada con varios antígenos, es decir, los que se utilizan de rutina en el Dpto. de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad de



Antioquia y otro que hemos hecho directamente como control especial en nuestro Servicio de Dermatología (Leishmanin Antigen). Prepared at the Wellcome Research Laboratories Beckenham, England. Burroughs Wellcome & Co. London. The Wellcome Foundation Ltd.); c) frotis para estudio en fresco y cultivo; d) biopsia de la lesión en todos los casos; e) los exámenes considerados de rutina para ingreso a las salas hospitalarias, como son: hemograma completo, coprológico, citoquímico de orina, glicemia, serología; f) en algunos casos exámenes más específicos como radiografía, estudios de médula ósea, con lo cual se buscaba descartar otras entidades patológicas. Es de advertir que pacientes anémicos, parasitados, desnutridos, etc., recibieron tratamiento previo. Finalmente, los pacientes fueron fotografiados antes, en medio y después de terminado el tratamiento. (Ver Fotos).

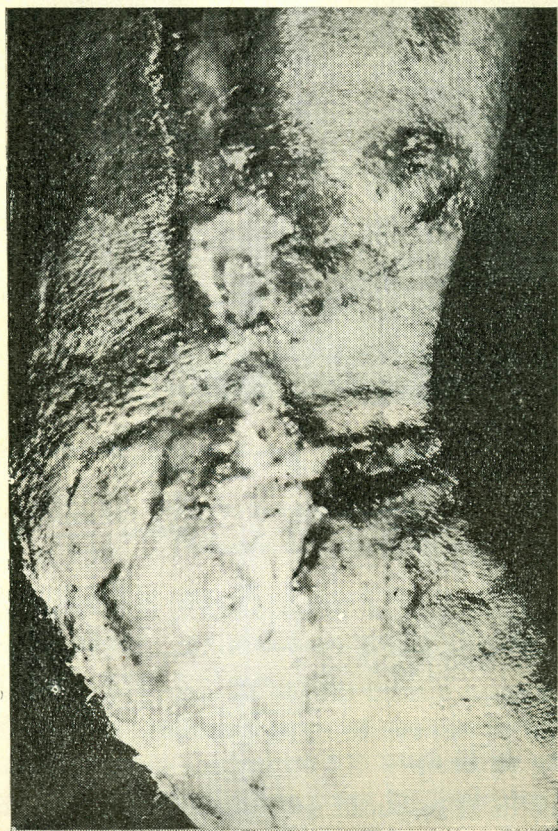


Foto Nº 3 - Otra de las lesiones.



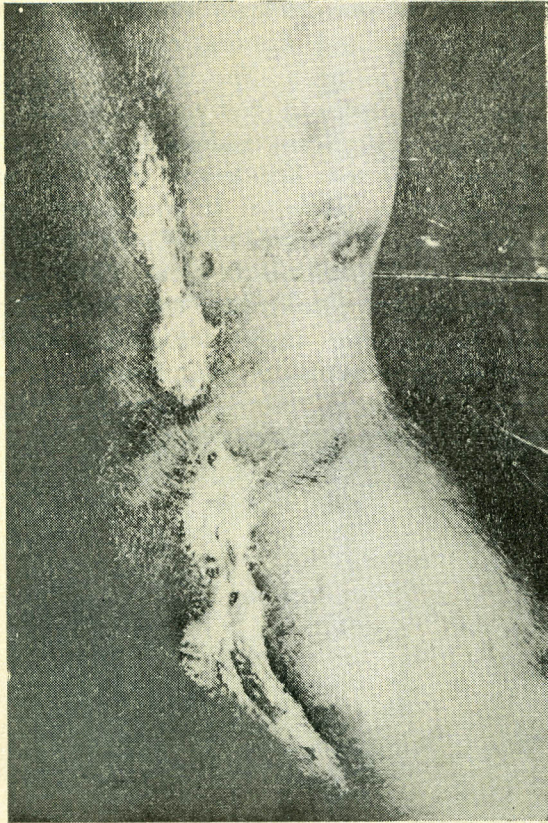


Foto N° 4 - El paciente de la Foto 3, después del tratamiento.

Practicado todo lo anterior hemos seguido los siguientes esquemas de tratamiento, para pacientes hospitalizados:

- a) 50 mgs. diarios, o sea 2 tab. de 25 mgs. al día durante 15 días;
- b) Descanso de 10 días.

Para pacientes ambulatorios:

- a) 50 mgs. diarios, o sea 2 tab. de 25 mgs. al día durante 15 días;
- b) Para niños 1 mg. por kilogramo de peso día, por 15 días;
- c) Descanso de 15 días.

Dependiendo de la respuesta al tratamiento, estos ciclos se repetían hasta un máximo de 4, como total, excepción del caso N° 16 que recibió 6 ciclos sin respuesta.



De los 18 pacientes, el de menor edad fue de 8 meses y el de mayor edad, 48 años; 12 pertenecían al sexo masculino y 6 al sexo femenino; respecto a la procedencia, 11 pertenecían a diferentes regiones del departamento de Antioquia, 5 al departamento del Chocó, 1 al departamento del Valle del Cauca y 1 al departamento de Caldas. (Ver Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1  
EDAD, SEXO Y PROCEDENCIA

Caso N°	Edad	Raza	Sexo	N° Hist.	Procedencia
1	43	Mestiza	M	500233	Turbo Antioquia
2	42	Blanca	F	398235	Turbo Antioquia
3	43	Mestiza	M	I.C.S.S.	Tarazá Antioquia
4	13	Morena	F	524065	Yolombó Antioquia
5	45	Mestiza	M	521492	Betania Antioquia
6	21	Blanca	M		San Carlos Antioquia
7	22	Mestiza	F		San Carlos Antioquia
8	8 m.	Mestiza	M		San Carlos Antioquia
9	46	Mestiza	M		Pto. Berrío Antioquia
10	20	Mestiza	M	525683	Valdivia Antioquia
11	9 m.	Mestiza	F		Ituango Antioquia
12	29	Mestiza	F	496943	El Palmar Chocó
13	21	Negra	M		Quibdó Chocó
14	33	Negra	M		Condoto Chocó
15	29	Negra	M	521456	Murrí Chocó
16	48	Negra	M	525290	Bellavista Chocó
17	42	Morena	M	I.C.S.S. 10659	B/ventura Valle
18	23	Mestiza	F	521680	Magd. Caldas

En el Cuadro N° 2 se puede apreciar el predominio de las lesiones a nivel de las extremidades, con la concomitancia en varios de ellos de lesiones a nivel facial, nasal y aún en labio inferior.

La más frecuente ocupación de los pacientes fue la de agricultor y como caso curioso se tuvo 2 niños de 8 y 9 meses de edad, respectivamente, los cuales hemos considerado como los pacientes de menor edad atacados por esta afección.



## CUADRO N° 2

### SITIO DE LA LESION Y EVOLUCION

Caso N°	Sitio de la lesión	Evolución
1	Brazo y antebrazo izquierdo	No recuerda
2	Brazo izquierdo	3 meses
3	Antebrazo izquierdo	No recuerda
4	Pierna izquierda	4 meses
5	Mejilla izquierda	4 meses
6	Región lumbar izquierda	3 meses
7	Brazo izquierdo - Mejilla izquierda	3 meses
8	Ambos brazos - Mejilla izquierda	3 meses
9	Ambos antebrazos - Región lumbar derecha	3 meses
10	Antebrazo izquierdo - Cuello D.	3 meses
11	Brazo izquierdo	4 meses
12	Tabique nasal	2 años
13	Muñeca izquierda - Dorso	2 años
14	Mejilla izquierda	1½ años
15	Tabique nasal	2 meses
16	Extremidad inferior izquierda	2 años
17	Región lumbar izquierda	3 meses
18	Labio inferior izquierdo	3 meses

### RESULTADOS

Los resultados se catalogaron de la siguiente forma:

- a) Excelente: cuando hubo curación de las lesiones;
- b) Bueno: franca mejoría sin llegar a la curación;
- c) Regular: disminución de un 50% de la extensión de las lesiones;
- d) Sin respuesta: ninguna modificación de las lesiones.

En el Cuadro N° 3 se puede apreciar que 13 pacientes tuvieron una respuesta excelente (72%); 2 una respuesta buena (11%); 1 una respuesta regular (6%); 2 sin respuesta (11%).



CUADRO N° 3

LEISHMANIASIS, SU TRATAMIENTO CON PIRIMETAMINA

RESULTADOS.

Caso No.	No. Ciclos Pirimetamina	Excelente	Bueno	RESULTADOS	
				Regular	Sin Respuest.
1	4	X			
2	3	X			
3	3	X			
4	2	X			
5	1		X		
6	6	X			
7	4	X			
8	4	X			
9	1	X			
10	2	X			
11	1	X			
12	4		X		
13	3			X	
14	3	X			
15	2				X
16	6				X
17	2	X			
18	2	X			
		—	—	—	—
		13	2	1	2

No se estableció una correlación entre el número de ciclos de Pirimetamina y la respuesta, si tenemos en cuenta por ejemplo que los casos Nros. 9 y 11 recibieron un ciclo y la respuesta fue excelente; el caso N° 18, aún con lesión en labio inferior recibió 2 ciclos y la respuesta fue excelente; hubo una mala respuesta en los casos 15 y 16 con tabique nasal y a la extremidad inferior izquierda, respectivamente.

Se pudo demostrar, como se aprecia en el Cuadro N° 2. que mientras más antigua era la lesión, mayor número de ciclos o cantidad de Pirimetamina, requirieron.

Si tenemos en cuenta que en el presente estudio se incluyen pacientes que tenían no sólo lesiones cutáneas, sino algunas de compromiso

mucoso, obteniendo curación en el 72% de los casos y franca mejoría en el 11%, todo esto nos permite decir que el tratamiento de la Leishmaniasis tegumentaria americana con Pirimetamina es altamente satisfactorio.

## CONCLUSIONES

a) En el presente estudio se demuestra que la Pirimetamina, droga antimalárica, es efectiva en el tratamiento de la Leishmaniasis tegumentaria americana siendo sus mejores resultados en la forma cutánea pura.

b) Ante la escasez o ausencia de antimoniales en nuestro medio, la Pirimetamina viene a solucionar con gran eficacia este problema terapéutico.

c) La Pirimetamina tiene la ventajas de su administración oral, es bien tolerada y de mínimos efectos tóxicos.

d) Finalmente, por su aspecto económico y su fácil administración ofrece grandes ventajas para los habitantes de nuestras áreas tropicales, selváticas y carentes de los técnicos recursos hospitalarios que se requieren para la aplicación de fármacos intramusculares o endovenosos (Anfoteriín B).

## RESUMEN

Se estudian 18 pacientes que padecen Leishmaniasis tegumentaria americana.

Se exponen las experiencias con un nuevo fármaco el 2-4 diamino 6-p, cloro fenil, 6-etil pirimidina. La Pirimetamina, antimalárico de uso oral.

Se demuestran sus resultados satisfactorios en el tratamiento de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana: Excelentes en un 72%; franca mejoría en un 11%; lo cual brinda globalmente un 80% de resultados bondadosos.

Se hace énfasis en su fácil administración, buena tolerancia, mínimos efectos tóxicos y bajo precio.

No reemplaza al tratamiento con antimoniales ni con Anfoteriín B, pero sí abre un nuevo campo terapéutico para los pacientes atacados de Leishmaniasis en áreas tropicales y carentes de recursos.



## SYNOPSIS

Eighteen patients with American Leishmaniasis have been studied. The use in these patients of a new Antimalarial Agent, Pyrimethamine (2 - 4 diamino 6 - p, Chlorophenyl, 6 - ethyl pyrimidine), gave satisfactory results in 83% of the cases, with excellent response in 72% and marked improvement in 11%.

We would like to emphasize its advantages of ready administration, good tolerance, minimal side effects and low cost.

It does not seem to be a substitute for the Antimony (compounds or Amphotericin B) in the treatment of American Leishmaniasis, but it appears to be an effective agent useful in patients from certain tropical areas un where facilities for treatment are not readily available.

## AGRADECIMIENTO.

Agradecemos a los Departamentos de Patología, Microbiología y Parasitología por habernos brindado su colaboración en el presente estudio. Igualmente a los Laboratorios Carlo Erba quienes suministraron la droga para el presente estudio.

## REFERENCIAS

- 1 Robledo, M.; Calle, G.; Cárdenas, V.: Leishmaniasis Tegumentaria en Antioquia. Antioquia Médica. Vol. 15: 321, 1965.
- 2 Restrepo, M.; Velásquez, J. P.; Robledo, M.: Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Presentado ante la Academia de Medicina de Medellín, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 1969.
- 3 Gómez, A.: Leishmaniasis visceral en Colombia. Ant. Méd. Vol. 15 Nº 5, pág. 323, 1965.
- 4 Solano, E.; Vargas, M.: Leishmaniasis. Su tratamiento con Pirimetamina. Primer Congreso Mexicano de Dermatología: Memorias, pág. 522, 1963.
- 5 Frenkel, J. K. and G. H. Hitchings: Relative reversal by Vitamines (p-amino-benzoic; folic and folinic acids) of the effects of sulfadiazine and Pyrimethamine on toxoplasme, mouse and man. Antibiotic. and Chemoth. 7: 630, 1957.
- 6 Vera, M. C.; Vera, R.: Parasitosis, Salud y Desarrollo. (Epidemiología Parasitaria y de Enfermedades Comunicables). Ant. Méd. Vol. 15 Nº 5, pág. 279, 1965.

## INCIDENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN LA MUJER

DRES. JAIME BOTERO U. +  
ALFONSO JUBIZ H. +

Nemir y Middleton (1), hicieron una encuesta en muchachas de colegio y encontraron incontinencia urinaria de esfuerzo en un 52.4%. En un 5% ocurría con una intensidad y frecuencia tales que constituía un síntoma molesto. El principal factor desencadenante que encontraron fue la risa. No se conocen más estadísticas de estudios similares hechos en mujeres nulíparas jóvenes. Newman y Northup (2), estudiaron en 1961 la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en 1.000 mujeres consecutivas de las que asistían a una clínica ginecológica y encontraron que ocurría como queja primaria en un 3.8% de los casos, y que existía historia positiva, sin que constituyera la queja principal, en un 33.8%.

### MATERIAL Y METODOS

Inspirados por los estudios anteriores, nos propusimos averiguar la incontinencia urinaria de esfuerzo en un grupo de pacientes de 15 años en adelante, en las consultas externas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y de la Clínica Luz Castro de Gutiérrez, de Medellín, relacionando la gravedad de la misma con la presencia o no de síntomas ginecológicos, con la edad y paridad de las pacientes y con la ocurrencia de un parto o de una intervención obstétrica o

+ Del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.



ginecológica. Se encuestaron 1.000 pacientes, 514 con síntomas ginecológicos y 486 con otros síntomas, y se analizaron las respuestas en relación a los parámetros anotados.

El siguiente es el cuestionario que fue contestado oralmente por cada paciente y la manera como se anotaron las respuestas:

1 — ¿Cuántos años tiene?

Edad	Clave
15 - 24	1
25 - 34	2
35 - 44	3
45 - 54	4
55 - 64	5
65 y más	6

2 — ¿Cuántos hijos ha tenido?

Paridad	Clave
0 - 3	1
4 - 6	2
7 y más	3

#### PREGUNTAS SOBRE INCONTINENCIA:

- 3 — A usted se le sale la orina cuando tose, estornuda, se ríe o levanta alguna cosa pesada? Sí \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_
- 4 — La salida de orina ocurre solamente en pequeña  
 ña cantidad y con los esfuerzos muy grandes? \_\_\_\_\_: Ligera
- 5 — Ocurre aún con pequeños esfuerzos y es en  
 cantidad abundante, pero solamente de pies? \_\_\_\_\_: Moderada
- 6 — O se presenta aún con pequeños esfuerzos  
 y estando usted acostada? \_\_\_\_\_: Severa
- 7 — Le empezó después del último parto? Sí \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

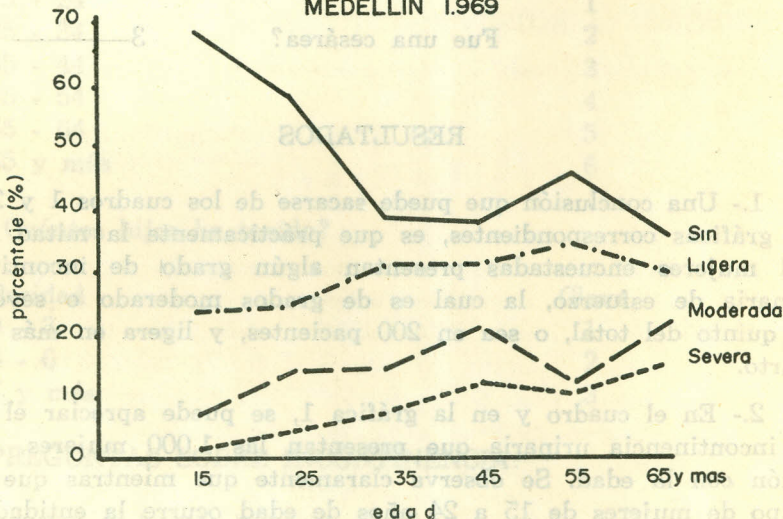




4.- En las mujeres que tienen síntomas ginecológicos, la incontinencia ligera aumenta en frecuencia en las edades superiores, mientras que la moderada muestra sólo ligeras fluctuaciones y la severa aumenta en forma notoria en los grupos más altos de edades (Cuadro y gráfica 3).

grafica 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GRADO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN 1.000 MUJERES SEGUN LA EDAD.- HOSPITAL U.S.V.P. Y CLINICA LUZ CASTRO. MEDELLIN 1.969



J. Botero y A. Jubiz

CUADRO N° 1

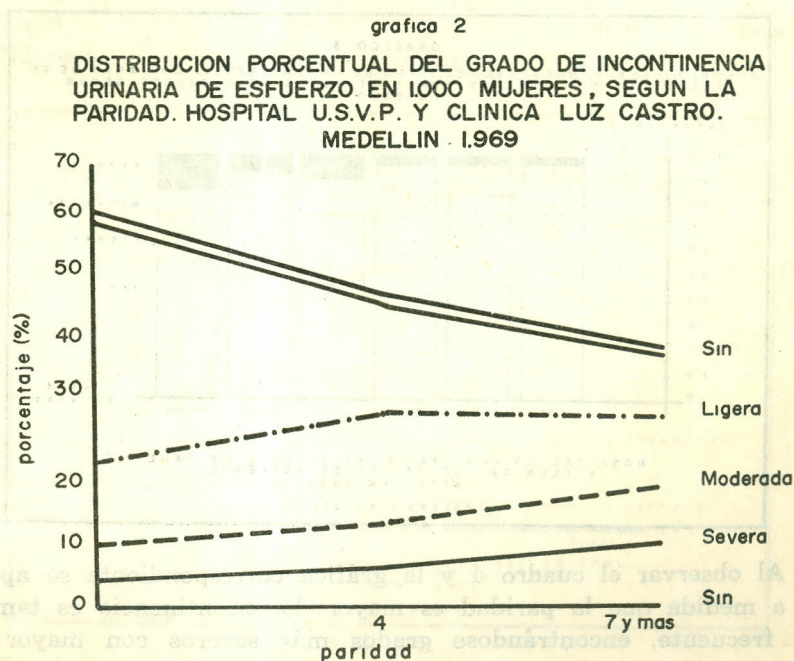
Distribución porcentual del grado de incontinencia urinaria de esfuerzo en 1.000 mujeres, según la edad. Hospital San Vicente de Paúl y Clínica Luz Castro. Medellín - J. Botero y A. Jubiz

Grado de incont.	Edad					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y más
Sin	67.7	57.7	48.0	37.4	45.0	35.1
Ligera	23.6	24.6	30.8	30.6	33.8	29.4
Moderada	6.9	13.1	14.0	20.2	11.2	20.5
Severa	1.6	4.3	7.2	11.6	9.8	14.7
Total	99.8	99.7	100.0	99.8	98.8	99.7
Número	186	296	250	163	71	34

## CUADRO Nº 2

*Distribución porcentual del grado de incontinencia urinaria de esfuerzo en 1.000 mujeres, según la paridad. Hospital San Vicente de Paúl y Clínica Luz Castro. Medellín - J. Botero y A. Jubiz. 1969*

Grado de incontinencia	Paridad		
	0-3	4-6	7 y más
Sin	62.5	49.0	41.6
Ligera	23.9	31.1	30.1
Moderada	9.9	12.9	18.1
Severa	3.5	6.4	10.0
Total	99.8	99.4	99.8
Número	421	231	348



J. Botero y A. Jubiz



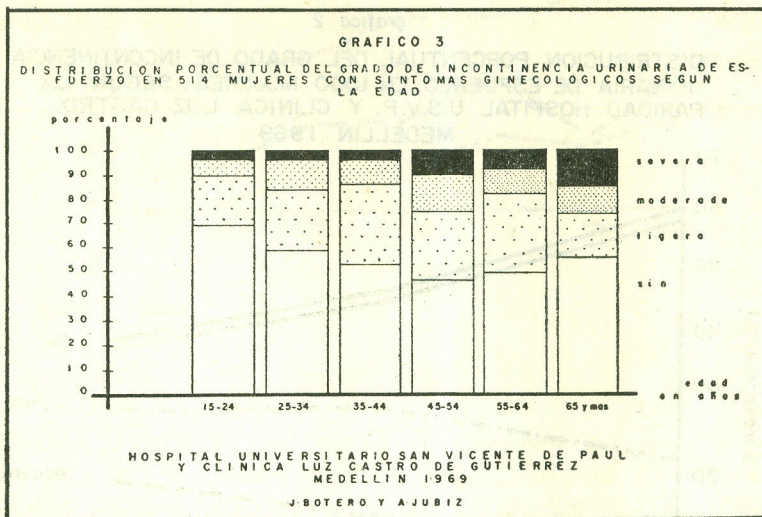
### CUADRO N° 3

*Distribución porcentual del grado de incontinencia urinaria de esfuerzo en 514 mujeres con síntomas ginecológicos, según la edad.*

*Hospital San Vicente de Paúl y Clínica Luz Castro. Medellín.*

*J. Botero y A. Jubiz. 1969*

Grado de incont.	Edad						Total
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y más	
Sin	69.8	60.6	53.4	44.5	48.2	33.3	56.0
Ligera	21.9	24.0	33.5	27.7	34.5	40.0	27.8
Moderada	5.4	13.1	9.9	16.9	10.3	13.3	11.6
Severa	2.7	2.2	3.0	10.8	6.9	13.3	4.4
Total	99.8	99.9	99.8	99.9	99.9	99.9	99.8
Número	73	183	131	83	29	15	514



Al observar el cuadro 4 y la gráfica correspondiente se aprecia que a medida que la paridad es mayor, la incontinencia es también más frecuente, encontrándose grados más severos con mayor frecuencia en los grupos de más alta paridad. Así, si se suman la moderada y la severa, se ve que alcanza solamente al 9% del total en el grupo 0 a 2 de paridad, mientras que es del 15% en el grupo de 4 a 6 y del 24% en el grupo de paridad más alta. Comparando

las gráficas 3 y 4 se observa que tiene más influencia la edad que la paridad, en la ocurrencia de distintos grados de incontinencia.

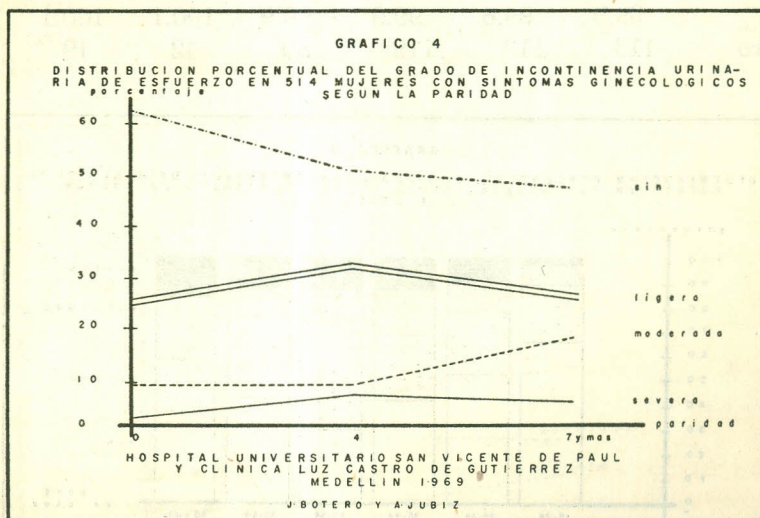
#### CUADRO N° 4

*Distribución porcentual del grado de incontinencia urinaria de esfuerzo en 514 mujeres con síntomas ginecológicos según la paridad.*

*Hospital San Vicente de Paúl y Clínica Luz Castro. Medellín.*

*J. Botero y A. Jubiz. 1969*

Grado de incontinencia	Paridad			Total
	0 a 3	4 a 6	7 y más	
Sin	65.8	52.5	48.6	56.0
Ligera	25.3	32.6	26.8	27.8
Moderada	8.0	8.5	18.0	11.6
Severa	1.0	6.4	6.5	4.4
Total	100.1	100.0	99.9	99.8
Número	190	141	183	514



En el cuadro y gráfica 5, se observa que en las mujeres sin síntomas ginecológicos ocurre más frecuentemente la incontinencia de esfuerzo, pues se presenta en un 52% del total de casos, un 8% más de lo que ocurre en las mujeres con tales síntomas. Por lo demás,



la incidencia aumenta igualmente a medida que se asciende a los grupos de edades superiores, siendo la incontinencia moderada la que muestra un incremento más notorio y sostenido, seguida por la forma severa.

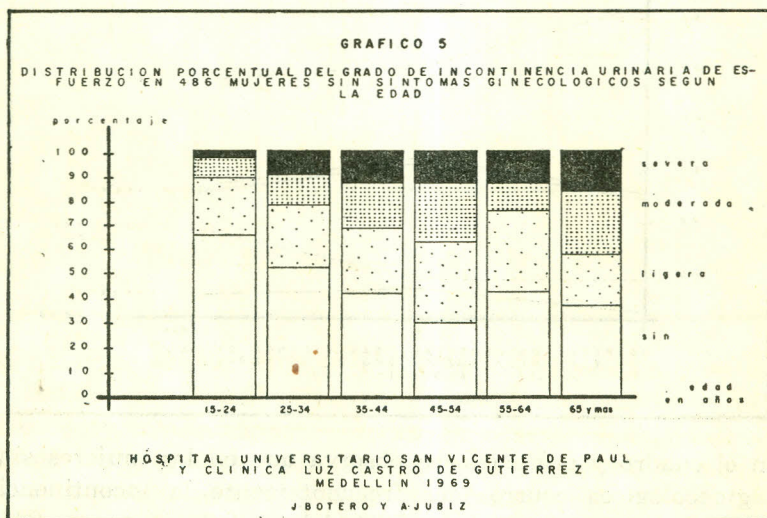
### CUADRO N° 5

*Distribución porcentual del grado de incontinencia urinaria de esfuerzo en 486 mujeres sin síntomas ginecológicos, según la edad.*

*Hospital San Vicente de Paúl y Clínica Luz Castro. Medellín.*

*J. Botero y A. Jubiz. 1969*

Grado	Edad						%
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y más	
Sin	66.4	53.0	42.0	30.0	43.0	37.0	48.1
Ligera	24.8	25.6	27.7	33.7	33.3	21.0	27.7
Moderada	7.8	13.2	18.5	23.7	11.9	26.3	15.4
Severa	0.9	7.8	11.7	12.5	11.9	15.8	8.6
Total	99.9	99.6	99.9	99.9	100.1	100.1	99.8
Número	113	113	119	80	42	19	486



El cuadro y gráfica 6, muestran los mismos hallazgos, en una proporción un poco mayor que el cuadro 4 y su gráfica. En cuanto al antecedente de trauma quirúrgico u obstétrico previo, en 11 pacientes existía alguna historia anterior, pero en la mayoría de los casos, 98 de los 111, era el último parto.

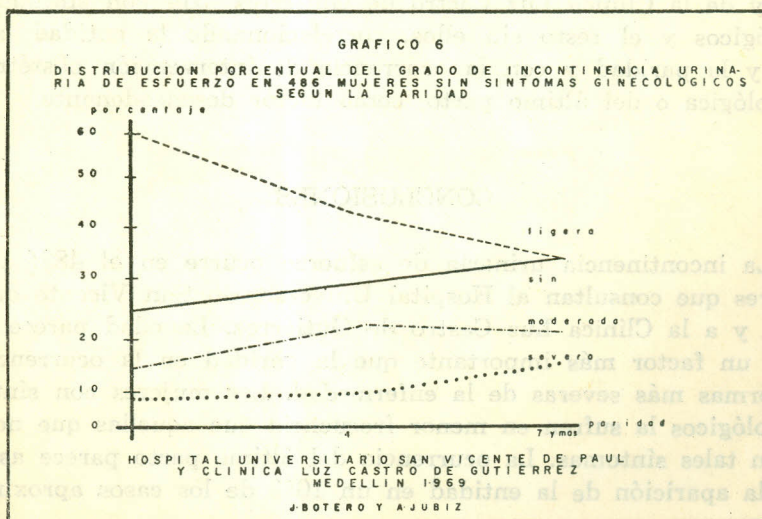
### CUADRO N° 6

*Distribución porcentual del grado de incontinencia urinaria de esfuerzo en 486 mujeres sin síntomas ginecológicos según la paridad.*

*Hospital San Vicente de Paúl y Clínica Luz Castro. Medellín.*

*J. Botero y A. Jubiz. 1969*

Grado	Paridad			Total
	0-3	4-6	7 y más	
Sin	59.9	44.4	33.5	48.1
Ligera	22.8	28.9	34.1	27.7
Moderada	11.6	20.0	18.3	15.4
Severa	5.6	6.7	14.0	8.6
Total	99.9	100.0	99.9	99.8
Número	232	90	164	486





## COMENTARIO

Si se comparan las encuestas realizadas por Newman y Northup y la nuestra, se observa que equiparando nuestro grupo de pacientes con síntomas ginecológicos, que es de 514 mujeres, con el de los autores mencionados, que es el grupo total, parece más frecuente la incontinencia urinaria de esfuerzo entre nosotros, pues ocurre en un 44% del total, mientras que en el grupo de Newman y Northup ocurre solamente en un 33.8%. Tal vez las condiciones nutricionales de nuestras pacientes, así como su alta paridad, puedan en parte explicar esta diferencia.

No nos propusimos en esta investigación averiguar la proporción de pacientes que consultaban primordialmente por incontinencia, pero de todas maneras es una cifra muy pequeña.

## RESUMEN

Se presentan los resultados de una encuesta sobre incontinencia urinaria de esfuerzo que se hizo a 1.000 mujeres de las que asistían a las consultas externas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y de la Clínica Luz Castro de Gutiérrez, 514 con síntomas ginecológicos y el resto sin ellos, correlacionando la entidad con la edad y la paridad y con la ocurrencia de intervención obstétrica o ginecológica o del último parto, como factor desencadenante.

## CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria de esfuerzo ocurre en el 48% de las mujeres que consultan al Hospital Universitario San Vicente de Medellín y a la Clínica Luz Castro de Gutiérrez. La edad parece constituir un factor más importante que la paridad en la ocurrencia de las formas más severas de la enfermedad. Las mujeres con síntomas ginecológicos la sufren en menor frecuencia que aquellas que no presentan tales síntomas. La ocurrencia del último parto parece asociarse a la aparición de la entidad en un 10% de los casos aproximadamente.

## SYNOPSIS

The incidence of urinary stress incontinence in patients who consult to the outpatient department of the San Vicente de Paúl Hospital and the Clínica Luz Castro in Medellín, Colombia, is 48%. Age seems to constitute a more important factor than parity in the occurrence of the more severe forms of the disease. Women with gynecologic symptoms are less affected by incontinence than those who do not present such symptoms. The occurrence of the last delivery seems to be associated with the initiation of the disease in 10% of the cases, approximately.

### REFERENCIAS:

- 1 Nemir, A. & Middleton, R. P.: Stress incontinence in young nulliparous women. A statistical study. Amer. J. Obstet. Gynec. 68 (4): 1166, Oct. 1954.
- 2 Newman, H. P. & Northup, J. D.: Female urinary stress incontinence. Amer. J. Surg. 102 (5): 633, Nov. 1961.