

Tratamiento

Por el Dr. MANUEL TÁBOAST GONZÁLEZ

Siguiendo las pautas dadas por la Conferencia Nacional sobre Normas de Control de Lepra, celebrada en esta Ciudad en el año 1962, y las Conclusiones del VIII Congreso Internacional de Leprología, que tuvo lugar en Río de Janeiro en el año 1963, exponemos aquí los más recientes conceptos acerca de la terapéutica de la lepra.

Los medicamentos de elección en el tratamiento actual de lepra son:

Diamino Difenil Sulfona

Difeniltiourea Sulfas de acción lenta Tiosemicarbazona

El advenimiento de la *sulfona* en la terapéutica de la lepra constituye el hecho más trascendente después del descubrimiento del *Myco-bacterium leprae*, y hay quien le da tal importancia que considera dos etapas en el desarrollo de esta enfermedad, una anterior a la *sulfona* y otra posterior a la misma.

La *Diamino Difenil Sulfona* continúa siendo la droga de elección para uso general en el tratamiento de lepra, no obstante, su efecto lento, tanto clínico como bacteriológico e histológico, en los casos graves de esta enfermedad. Viene en comprimidos de 100 mgs.

Su dosificación más empleada, con la que se han obtenido buenos resultados, y la más recomendable últimamente, es de 25 mgs. dos veces por semana inicialmente, elevándola de un modo gradual, en un término de seis u ocho semanas, a un máximo de 200 mgs. también dos veces semanales.

Cuando surgen dificultades en el uso de la *sulfona* por vía oral, se utiliza el *Avlosulfon* soluble, inyectable. Y al igual que con los comprimidos, se comienza el tratamiento con pequeñas cantidades dos veces a la semana, las cuales se aumentan progresivamente hasta alcanzar las dosis de 1 c.c., equivalente a 200 mgs. de *D.D.S.*

También se usa la *sulfona de depósito inyectable* (microcristales de *d fe- nilsulfona* en suspensión al 25% en éteres etílicos de Chalmooogra) cada dos semanas, cuyo uso es útil en las zonas rurales donde el paciente está alejado de los centros de tratamiento. †

La *Difeniltiourea*, 1-(P-NN dimethylaminophenil -3- (p-n-butoxyphenil- 2-thiourea), Ciba 1906 (DPT), presentada en tabletas de 500 mgs., se emplea en dosis de 2 gramos diarios, a la que se llega por dosificación progresiva. Aunque este fármaco presenta el inconveniente (le desarrollar resistencia

pasados dos años de estarlo utilizando, tiene la ventaja de ser menos tóxico que la *DDS*, y de efectos comparables a los de la misma en las primeras etapas del tratamiento.

Sulfas de acción lenta. El real valor de las *sulfonas* en el tratamiento de lepra, corroborado por sus 25 años de empleo satisfactorio, ha hecho que las *sulfamidas* hayan sido muy poco empleadas en esta enfermedad. Asimismo, el uso de éstas fue rechazado por su toxicidad, y por la molestia de tener que repetir con gran frecuencia la dosis del medicamento para mantener niveles útiles en sangre.

Pero el advenimiento de las *sulfas de acción lenta* con las que leprólogos de fama internacional han obtenido resultados muy halagüeños, eliminó dichas dificultades. Además, las dosis que actualmente se utilizan no son de una toxicidad marcada.

A pesar de ello y de que, consultando la literatura médica, no hemos podido encontrar el síndrome de Lyell motivado por el uso de la *sulfa* en *lepra*, creemos oportuno recordar la idiosincrasia al medicamento, cuyo empleo en nuestro medio ha dado lugar a cuadros clínicos de gran importancia, como los de necrosis tóxica epidérmica.

Están empleándose la *Sulphamethoxy-pyridazirm.* (3-sulph anilami da-6-meth oxypyridazina), presentada en tabletas de 500 mgs., a dosis de 500 mgs. diarios, ó 1 gramo en días alternos, por vía oral, la *Sulphadimythosine* (Madribon), de igual dosis y vía que la anterior, y la *Acetylsulplmmethoxy-pyridazine*, por vía parenteral, dos veces al mes a dosis de 4 gramos en solución acuosa insoluble.

Sobre estas *sulfas* puede decirse que sus resultados terapéuticos igualan, y a veces superan, a los obtenidos con las *sulfonas*,

principalmente en la forma tuberculoide.

La *Thiosemicarbazom'* (TB-1/698), presentada en comprimidos de 25 y 50 mgs., se utiliza a dosis de 50 mgs. diarios, a través de la primera semana, elevándolas seguidamente, de modo lento, a 150 mgs. diarios. Este fármaco, aunque de efectos satisfactorios en las neuritis, ofrece el inconveniente de la resistencia.

Repetimos que el tratamiento de elección está formado por los cuatro medicamentos antes señalados, y que el empleo de éstos se puede basar en distintos esquemas, bien usando la droga específica sola, alternándola con otra, o en combinación, buscando de tal modo evitar las resistencias que surgen a menudo.

Además, se utilizan la *Isoniazáda* (Hidrazida del ácido isonicotínico), en comprimidos de (150) mgs., a la dosis de 5 mgs. por kilo de peso, el *Etisul* (Dietilditiosolisoptalato), para uso externo, a 5 gramos dos veces por semana, la *Vadrine* (oxidiasolona), la *Cicloserina* (D-4-aminoisozolidinona), la *Kamamicina* y otras preparaciones, ninguna de las cuales son ampliamente recomendables por diversas razones.

Antes de comenzar el tratamiento específico, debemos procurar que el enfermo se encuentre en las mejores condiciones, así como tratar cualquier afección intercurrente y atender su buen estado de nutrición.

Una vez considerado el tratamiento de la lepra en su período de estado, pasamos a referirnos al *brote de lepra*.

En el brote de lepra, cuando ya se tiene descartado cualquier proceso intercurrente que desencadene el cuadro o lo estuviera manteniendo, el tratamiento es diferente según corresponda a un tuberculoide o a un lepromatoso.

En el primer caso, cuando tenemos un paciente virgen de tratamiento específico iniciamos éste con la dosificación adecuada, y si el brote se produce durante el mismo aumentamos las dosis, aunque teniendo siempre en cuenta suministrarle además los medicamentos a que más adelante nos referiremos.

La terapéutica del *brote lepromatoso*, o *reacción lepromatosa*, consiste en eliminar, si es posible, las causas desencadenantes (foco de infección, etc.), aunque condicionando siempre el tratamiento a la intensidad de los episodios reaccionales, por lo que, durante las manifestaciones agudas, el tratamiento específico tendrá que ser mantenido, disminuido o suspendido, según la repercusión que motive en el estado clínico del paciente.

El resto del tratamiento será a base de un tratamiento básico general, para combatir los fenómenos de repercusión sistémica, y un tratamiento sintomático, que actúe sobre las manifestaciones agudas.

Los medicamentos indicados para ambas circunstancias son:

1. *Antimoniales*, como el tártaro emético, que se usa por vía endovenosa y viene en ampulas de 5 c.c., comenzando por dosis de 1 ó 2 c.c. diarios, aumentándolas hasta 5 c.c. diarios o a días alternos.
2. *Calcio* en forma de gluconato o de cloruro, también por vía endovenosa, diariamente o alternándolo con el anterior.
3. *Antimaláricos*, como la Cloroquina, que se presenta en tabletas de 0.25 gr., y se usa a dosis de dos tabletas diarias por 15 días, y después a razón de una diaria.
4. *Antihistamínicos* (Benadrilina, Meclizina, etc.) a dosis habituales.
5. *Antibióticos* (Cloramfenicol, Estreptomina, Tetraciclina, etc.), en dosis usuales.
6. *Thiosemicarbazona* (TB-1/698), por su efectividad en las neuritis según antes dijimos.
7. *Hemotransfusiones* de 300 c.c. semanales.
8. *Venoclisis* de hidrolizado de proteína o de suero glucosado con vitaminas hidrosolubles.
9. *Corticoesteroides* y *ACTH*: El tratamiento puede hacerse comenzándolo con *ACTH* endovenoso y continuándolo, cuando se note mejoría, con *corticoesteroides* por vía oral, o bien empleando *corticoesteroides* solo desde el comienzo del tratamiento. Se usan en casos de extrema gravedad, bajo riguroso control y por poco tiempo, debido a que "mientras más tiempo lleva el enfermo bajo la acción del *corticoesteroides* más difícil es la suspensión de esta droga, y a veces la simple reducción de la dosis produce una recaída (fenómeno de rebote) que obliga a nueva alza de la dosis y al establecimiento de un verdadero círculo vicioso".

El tratamiento de base de la infección leprosa activa se mantendrá hasta lograr el blanqueamiento del paciente según los criterios acordados al respecto.

No obstante, esto, actualmente está aceptado que en los casos cerrados debe prolongarse dos años más el tratamiento, así como seguir observando clínica y bacteriológicamente a los enfermos a través de los cinco años subsiguientes, mientras que en los casos abiertos se recomienda continuar tratándolos durante un período de tiempo mayor, o sea, en vez de dos, de tres años adicionales, y proseguir después adminis-

trándoles de por vida la mitad de la dosis terapéutica normal usada.

CONCLUSIONES

1. El medicamento de elección en el tratamiento de la lepra continúa siendo la Diamino Difenil Sulfona.
2. Se recomiendan dosis iniciales de 25 mgs. dos veces por semana, aumentándolas paulatinamente hasta alcanzar, en seis u ocho semanas, un máximo de 200 mgs. también dos veces semanales.
3. Para ciertos casos se aconseja la D. D. S. por vía parenteral.
4. Se reconoce la importancia que tiene el tratamiento con el Ciba 1906 y las sulfas de acción lenta.
5. Asimismo, se aconseja usar la droga específica sola, alternándola con otra, o en combinación.
6. En el brote leprótico es de valor el tártaro emético, el calcio, algunos antibióticos, etc. Los corticoesteroides y el ACTH pueden usarse solamente en casos excepcionales y por corto tiempo.
7. Después del blanqueamiento de las lesiones se aconseja continuar el tratamiento dos y tres años en los casos cerrados y abiertos respectivamente.
8. Además, se recomienda continuar observando los casos cerrados durante los cinco años subsiguientes, y tratando, con la mitad de las dosis normales empleadas, los casos abiertos de por vida.

SUMMARY

The drug for choice in the treatment of leprosy is still the Diamino Diphenyl Sulfone.

The initial dose must be of 25 mgs twice a week, increasing to 200 mgs. in 6-8 weeks (also twice a week).

In certain cases the D.D.S. by parenteral administration is recommended.

It is recognize the importance that has the Ciba 1906 and the sulfas of slow- ly action in the treatment.

It is recommended the use of the spe- cific drug alone, alternating with another drug or in combination.

At the leprosy bud, the tartar emetic is of valué, as the calciun, some antibiotics, etc.

The corticosteroids and the ACTH could be used only in exceptional cases and for short periods.

After the whitening of the lesions it is recommended to continué the treat- ment for two or three years in the cióse and open cases respectively.

It is also recommended to continué the follow-up of the cióse cases during the next five years. For the treatment of open cases the lialf of the normal doses employed can be apply, during the rest of their life.

RESUME

Le médicament d'élection dans le trai- tement de la lépre est encore la Diamino Diphenil Sulfona.

On recommande des doses initiales de 25 mgs deux fois par seinaine et on doit l'augmenter progressivement jus- qu'a arriver a six ou huit semaines á une quantité de 200 mgs deux fois par semaine.

Pour un groupe des cas on recom- mende la D. D. S. par voie parenthé- rale.

On y signale l'importance qui a le traitement avec Ciba 1906 et les sulfa- mides d'action lente.

On recommande aussi l'emploi de la drogue, seule, L'alternant avec une autre, ou en combinaison.

Dans la poussée lépresuse sont de grand valeur le Tartre Emétique, le calcium, quelques antibiotiques, etc.

Les corticoides et le ACTH peuvent être employés dans des cas rares et par un temps court.

Après le blanchiment des lésions on recommande continuer le traitement deux ou trois ans dans les cas ouverts ou fermés respectivement.

Enfin, on recommande de continuer l'observation des cas fermés pendant les cinq ans suivants et les traiter avec la moitié des doses normales employées, les cas ouverts de par vie.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Alfonso Armenteros, José*: "Necrolisis Epidérmica Tóxica". Revista Cubana de Medicina, 1-3-11, Mayo-Junio, 1962.
2. —*Arguelles Casal, Dario*: "El Camoquin en la Reacción Lepra". Boletín de la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía, 13-2-7, Junio, 1956.
3. —Conclusiones del Seminario de Leprología de Cuernavaca y del VIII Congreso Internacional de Leprología. Edit. Ministerio de Salud Pública, Gobierno Revolucionario, República de Cuba.
4. —*Degros, R.*: "Consideraciones sobre el Tratamiento de la Lepra. Informe sobre el Primer Congreso de la Sociedad Internacional de Dermatología Tropical", 19. Edit. Ministerio de Salud Pública, Gobierno Revolucionario, República de Cuba, 1964.
5. —*Floch, H.*: "Surlachimiothérapie de la Lépre par la Diamino-Diphenyl-Sulfone". Leprología, 6-2-15, Julio-Diciembre 1961. Organó de la Sociedad Argentina de Leprología.
6. —*Gatti Juan, C., Cardama, José, E. y cois.*: "Resultado de los Primeros Meses de Tratamiento con Sulfametoxipiridazina en Lepra". Leprología, Organó de la Sociedad Argentina de Leprología, 6-2: 214, Julio-Diciembre, 1961.
7. —*Gómez Orbaneja, José y García Pérez, Antonio*: "Lepra", 297. Edit. Paz Montalvo, Madrid, 1953.
8. —*González Prendes, Miguel A. y cois.*: "La Atebrina en el Tratamiento de la Reacción Leprótica". Boletín de la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía, 12-3-194, Septiembre, 1955.
9. —*Languillon, J.*: "El Tratamiento de la Lepra con las Sulfonamidas". Informe sobre el Primer Congreso de la Sociedad Internacional de Dermatología Tropical, 21. Edit. Ministerio de Salud Pública, Gobierno Revolucionario, República de Cuba, 1964.
10. —*Marcau, Augusto, R., Carboni, Eduardo A. y cois.*: "Tratamiento de la Lepra con Sulfas de Acción Lenta". Leprología, Organó de la Sociedad Argentina de Leprología, 6-2-221, Julio-Diciembre, 1961.
11. —Ponencia sobre Terapéutica y Criterio de Alta en Enfermos de Lepra. Conferencia Nacional sobre Normas de Control de Lepra, Revista Cubana de Medicina, 1-6-1, Noviembre-Diciembre 1962.
12. —*Saúl A., Vargas S. y Romero, E.*: "La Sulfametoxipiridazina en el Tratamiento de la Lepra", Primeros Resultados obtenidos en México". Revista Mexicana de Dermatología, 1-1-37, Marzo, 1965.
13. —*Velázquez, B., Lorenzo*: "Terapéutica con sus Fundamentos de Farmacología Experimental", 162. Edit. Científico-Médica, Madrid, 1958.
14. —*Wilkinson, Félix F., Manzi, Ricardo O. y cois.*: "La Sulfadimetozina en el Tratamiento de la Lepra. Resultados al año de observación". Leprología. Organó de la Sociedad Argentina de Leprología, 6-2-192, Julio-Diciembre, 1961.

INDICE POR MATERIAS - Vol. 7, No. 3

Junio 30, 1968

A	
Anatomía patológica de la lepra.—Dr. José J. Pedrera	363
E	
Estudio anatomoclínico radiográfico de cien casos de neoplasias pleuropulmonares primitivas.—Dr. Luis Llerena Rojas y cois	273
I	
Inmunidad e inmunopatología; alergia y enfermedades autoinmunes.—Dr. A. H. Gómez Echevarría	335
L	
Lepra.—Epidemiología y control.—Dr. Bartolomé Sagaró	370
Lepra tuberculoide.—Dr. Jorge R. Delgado Camocho y cois	323
M	
Manifestaciones clínicas de la lepra.—Dr. Arturo Dubé Dubé	358
S	
Symposium de lepra. Conclusiones del Prof. Dr. Carlos Castañedo Pardo	355
T	
Scintigrafía tiroidea con I ¹³¹ . La. Dr. Juan Oliva y col.....	291
Síndrome de Sezary-Baccaredda (Eritrodermia reticulocítica) Breve recuento fisiopatológico de la reticulosis. Presentación de un caso.—Dr. Pedro Regalado Ortiz González y cois	311
T	
Transmisión experimental.—Dr. José J. Pedrera	367
Tratamiento.—Dr. Manuel Táboas y González ..	376
V	
Vaguetomía en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal. La. Cinco años de experiencia en el Hospital Docente de Emergencias.—Dr. Nicasio Gálvez Fermín y cois	303
Valoración estadística del "Angulo de Fase" en los casos normales, cancerosos y psicóticos sometidos a potenciales de corriente alterna.—Dr. J. Menéndez Feros y cois	257

INDICE POR AUTORES - Vol. 7, No. 3

Junio 30, 1968

C

Castañedo Pardo, Prof. Dr. Carlos.—Conclusiones del Symposium de lepra..... 355

D

Delgado Camocho y cois., Dr. Jorge R.
Lepra tuberculoide 323
Dubé Dubé, Dr. Arturo.—Manifestaciones clínicas de la lepra 358

G

Gálvez Fermín y cois., Dr. Nicasio.—Vaguetomía en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal. La . Cinco años de experiencia en el Hospital Docente de Emergencias 303

Gómez Echevarría, Dr. A. H.—Inmunidad e inmunopatología; alergia y enfermedades autoinmunes 335

L1

Llerena Rojas y cois., Dr. Luis.—Estudio anatomoclínico radiográfico de cien casos de neoplasias pleuropulmonares primitivas 273

M

Menéndez Feros y cois., Dr. J.—Valora

ción estadística del “Angulo de Fase” en los casos normales, cancerosos y psicóticos sometidos a potenciales de corriente alterna .. 257

O

Oliva y col., Dr. Juan.—Scintigrafía tiroidea con I¹³¹. La 291

P

Pedrerá, Dr. José J.—Anatomía patológica de la lepra 363

Pedrerá, Dr. José J.—Transmisión experimental 367

R

Regalado Ortiz González y cois., Dr. Pedro.—Síndrome de Sezary-Baccaredda (Eritrodermia reticulocítica). Breve recuento fisiopatológico de la reticulosis. Presentación de un caso 311

S

Sagaró, Dr. Bartolomé.—Lepra epidemiológica y control 370

T

Táboas y González, Dr. Manuel.—Tratamiento 376

El

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas,

le anuncia que puede ofrecer los siguientes servicios:

COPIAS FOTOSTATICAS DE LIBROS, REVISTAS Y FOLLETOS

Cada página reproducida \$ 0.10

INVESTIGACIONES BIBLIOGRAFICAS

Se aplicará la siguiente escala:

hasta 10 fichas	0.50
De 10 hasta 30 fichas	1.20
De 30 hasta 50 fichas	1.50
más de 50 fichas a razón de \$0.03 la ficha	

TRADUCCIONES

De los idiomas Inglés, Francés, Ruso, Italiano y Portugués al Español:

la cuartilla 2.50

De los idiomas Alemán, Búlgaro, Checo, Escandinavo,

Húngaro, Polaco, Rumano y Asiáticos al español:

la cuartilla 3.50

Se entenderá por cuartilla un pliego de papel de 8V2" x 11", escrito a máquina a dos espacios.

Estos precios rigen para los usuarios individuales, así, como las Instituciones del Ministerio de Salud Pública.

Solicite nuestros servicios, acompañando giro postal o cheque a la orden del CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CIENCIAS MEDICAS, 23 y N (2do. piso), Vedado, La Habana.