

Sr. COORDINADOR. — Tienen la palabra los Prof. Dr. F. Herrera Ramos; A. Sáenz; F. Barrabino y M. Mizraji.

EL COMPUESTO F EN EL TRATAMIENTO DE LAS ARTROSIS

Prof. Dr. F. Herrera Ramos; A. Sáenz; F. Barrabino y M. Mizraji

Las dos bases fundamentales de la terapéutica antirreumática por esteroides están constituídas por el compuesto E o Cortisona y el Compuesto F o hidrocortisona.

El primero por vía general, es ineficaz sobre las artrosis, y prácticamente lo es también por vía local, pudiendo provocar además, fuertes reacciones congestivas por esta última vía.

El compuesto F, es inactivo en las artrosis por vía general, oral y parenteral. En cambio, es sumamente eficaz por vía local intra-articular, y también aún cuando menos, periarticular, en el tratamiento de los procesos degenerativos que estudiamos.

El compuesto F puede utilizarse en forma de:

- 1) hormona pura presentada en tabletas de 20 mgrs., para uso oral y acción sistémica.
- 2) como hormona pura en solución alcohólica al 50%, para uso exclusivo intravenoso, previa dilución y acción general.
- 3) como acetato en suspensión acuosa a 25-50 mgrs. por cc., para uso local intra o periarticular.

Nos ocuparemos exclusivamente del acetato que es la forma

(1) Trabajo del Departamento de Reumatología de la Clínica Médica del Prof. Dr. Fernando Herrera Ramos.

usada en el tratamiento local de los Reumatismos. Sus indicaciones en estos son muy amplias y una de las fundamentales las constituyen las artrosis.

Su acción sería inespecífica y es sólo una medicación sintomática. Inyectado intra o periarticular sólo tiene una acción local y carece en absoluto de acción general.

Según Hollander, desaparece rápidamente del líquido articular después de la inyección y es adsorbido por las células en suspensión y por las de revestimiento sinovial. No se sabe cuánto tiempo permanece en ellas, ni su ritmo de utilización. En cuanto al mecanismo de acción de acuerdo los trabajos de Asboe y Hansen, sería debido a la acción polimerizante que este corticoide poseería sobre los mucopolisacáridos constituyentes de la sustancia fundamental del cartilago. Devolvería a éste sus condiciones fisiológicas.

La técnica general que utilizamos después de una vasta experiencia consiste:

- 1) utilizar la suspensión de hidrocortisona intra-articular.
- 2) regular la dosis según el volumen articular.
- 3) mantener ritmo propio para cada enfermo, dividiéndolo en período de ataque, consolidación y mantenimiento, durante los cuales serán diferentes las dosis y los plazos entre las inyecciones.

Hemos usado el compuesto F en el tratamiento de artrosis de hombro, trapezometacarpiana, coxofemoral, rodilla y metatarsfalángica

Para cada articulación, existen modalidades, ritmos y cantidades de medicamento propios que exponemos a continuación:

COXOFEMORAL. — Se inyectan 25 a 50 mgrs. por vez a intervalos de 4-6-8 días al principio, en series de 10 o más inyecciones. Cuando la respuesta es favorable, el intervalo entre las inyecciones se alarga y puede llegar a ser de 15-20-30 días. Pueden hacerse varias series de inyecciones con períodos de descanso variables. Abordamos la articulación con una aguja de punción lumbar. Colocamos el paciente en decúbito lateral, se punciona la piel orientando la aguja en el plano frontal inmediatamente por encima del centro del borde superior del trocánter. La inclinación de la aguja debe ser estudiada previamente en la

radiografía, de modo que se dirija a la interlínea. Se introduce hasta que en la profundidad choca con elementos óseos. Estamos en la articulación cuando la resistencia para inyectar es semejante a la de una inyección intravenosa.

Luego de inyectado el compuesto F, es aconsejable movilizar de inmediato las superficies articulares.

Esta técnica fué descrita por Lanz y Wachsmuth en 1938. Estos autores describieron también un método de abordaje anterior. Mawson en 1946 describió un método anterior y otro posterior. Oest en 1950, describe uno lateral y Hollander en 1951, uno anterior y otro lateral pretrocantariano muy parecido este último al que publica Landsmeer y Koumans en 1954.

RODILLA. — Se aborda la articulación por vía interna o externa a nivel de la interlínea reparada, con la rodilla, siempre que sea posible en flexión de 90°, por la horizontal que pasa por el vértice de la rótula, a 2 cms. promedio de la línea media, y la aguja debe formar un ángulo de 45° con el plan horizontal de la articulación.

Se han descrito abordajes por el fondo de saco subcuadrípital que a nuestro juicio son fáciles sólo cuando hay derrame y exigen un fondo de saco ampliamente comunicante con la articulación para que sean eficaces. Puede sin embargo alcanzarse la articulación por esta vía, con la rodilla en extensión e introduciéndose por el espacio intercondíleo femoral.

Las dosis son de 25 a 37,5 mgrs. por inyección y el ritmo es el mismo que el de la cadera.

HOMBRO. — Lo abordamos por vía posterior, pasando por debajo de la bóveda acromio coracoidea. La aguja se dirige hacia adelante y adentro, y ligeramente arriba. Se punciona la piel a 4 cms. por dentro del borde externo del acromio. Se han descrito abordajes anteriores y laterales (Hollander). La dosis es de 25 mgrs. generalmente, o más, y el ritmo es el de las articulaciones anteriores.

En la trapezometacarpiana la vía de abordaje es lateral, por el borde radial, con la mano en posición intermedia, y el dedo en abducción forzada. La dosis es de 2,5 mgrs. por inyección y con el mismo ritmo.

En la metatarsofalángica, la vía de abordaje es lateral, mesial y las dosis de 2,5 a 5 miligramos.

Las indicaciones del compuesto F en las artrosis son precisas. Puede inyectarse en cualquier articulación y en cualquier localización. Sin embargo los grados I, de artrosis, que pueden beneficiar de otras medidas terapéuticas, no exigen la práctica de una inyección intra articular. Sólo la usaremos en caso de fracaso del tratamiento anterior o cuando haya urgencia en obtener una rápida mejoría. En los otros grados de artrosis la indicación es formal asociándola desde luego a los otros medios terapéuticos. Los beneficios son máximos sobre todo en los grados I, II y III de artrosis y tenemos la impresión de que aleja el momento de las soluciones quirúrgicas.

Cuando después de una serie de pruebas de 8-10 inyecciones realizadas con buena técnica, no se obtienen los resultados favorables, es inútil insistir.

Muy a menudo la inyección de hidrocortisona provoca un alivio inmediato del dolor, con aumento de la motilidad y de la elasticidad del movimiento. Por lo común en los casos favorables el efecto persiste y se acentúa en las horas siguientes y aumenta con el número de inyecciones hasta estabilizarse. Incluso a veces hemos observado disminución del número de roces desde la primera inyección.

En las artrosis puras no hay contraindicaciones. Habrá que ser cautos en los procesos mixtos (artroartitis) por el riesgo de activar una artritis de etiología específica sobreañadida al proceso artrósico. Como incidentes sólo hemos encontrado moderadas reacciones fluxivas artrálgicas con o sin derrame reactivo.

— 0 —