

USO CLINICO DEL CURARE

PROFESOR ALFONSO ESGUERRA GÓMEZ

A tiempo que se estaba desarrollando algunos ensayos experimentales en el Laboratorio de Fisiología, con el ánimo de analizar los fenómenos del tétano muscular y de los temblores, llegó a nuestras manos cierta literatura médica que hacía referencia a los ensayos de adaptación del curare a la terapéutica. Como nosotros también nos habíamos interesado por el estudio de la acción del curare, nos decidimos a ensayar en un caso clínico esta sustancia descubierta por los indios del Orinoco y alto Amazonas.

ORIGEN DEL CURARE EMPLEADO.—Fue traído por Gonzalo Montes D. en 1939 de la Comisaría del Vichada. Pertenece a la clase de los curares de calabazo; su aspecto físico, una vez triturada la sustancia, es el de un polvo carmelita negruzco, parcialmente soluble en agua. La solución es de sabor amargo y cierto olor que recuerda el amoníaco. Se hicieron en el laboratorio ensayos en animales para determinar su actividad y toxicidad. Se pudo establecer así que el producto era activo y no poseía toxicidad apreciable distinta de la que le da su acción farmacológica específica. De estos ensayos también se concluyó la forma de aplicación y dosificación que luego se empleó en el caso clínico que se resume a continuación:

D. B. U., 33 años de edad; natural de Soacha. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales: hace 20 años tuvo fiebre tifoidea; hace 15 años sufrió de una enfermedad que le fue diagnosticada como encefalitis letárgica.

La enfermedad actual le comenzó hace unos cinco años por un temblor fino de la mano derecha; con el tiempo este temblor se ha extendido a otras partes del cuerpo, se ha hecho más intenso y se ha complicado de disartría y dificultad para la marcha,

El estado actual del paciente denota que padece de un síndrome de Parkinson: Temblor espontáneo de los dos miembros superiores y de la pierna derecha. Debilidad muscular que ha ve-

nido acentuándose progresivamente; y rigidez que se traduce por la cara inexpresiva, la marcha difícil y la resistencia que presenta para los movimientos pasivos.

El reflejo rotuliano está exagerado del lado izquierdo y disminuido en el derecho. Hay disartría.

Septiembre 7.—Se inicia el tratamiento con la inyección subcutánea de un cuarto de centigramo de curare en solución acuosa. Al cabo de veinte minutos el paciente dice que se siente un poco más expedito para ejecutar movimientos y el temblor le ha disminuido. Este efecto es apreciable en la gráfica del temblor tomada con el tremógrafo. Sin embargo, al cabo de una hora el efecto ha desaparecido.

Septiembre 8.—Se inyectan tres cuartos de centigramo de curare en la misma forma. El efecto de sedación del temblor no apareció sino al cabo de dos horas; esta vez la mejoría fue más acentuada y le duró por espacio de cuatro horas.

Septiembre 11.—Se le inyectó por vía intramuscular uno y tres cuartos centigramos de curare en solución acuosa. A la hora y cuarto el efecto es bastante notorio; el temblor de la pierna derecha ha desaparecido; el facies del paciente es más expresivo y la marcha se hace más fácilmente. El paciente experimentó sensación de cansancio durante dos horas, después de las cuales ha continuado sintiéndose bien.

Septiembre 13.—El enfermo se presenta con el brazo izquierdo sin temblor; el lado derecho tiene temblor pero menos intenso y en general el paciente dice que está bastante mejor. Es de hacerse notar que la mejoría producida por la última inyección ha durado dos días. Se le aplica una inyección de un centigramo y medio de curare por vía subcutánea. Creemos que esta dosis no debe sobrepasarse en este enfermo para proporcionarle franco alivio de sus síntomas diskinéuticos sin producirle la sensación de cansancio que experimentó con la dosis de la vez anterior. Se citó al paciente para el día 15.

Es de notarse la completa ausencia de perturbaciones secundarias bajo la influencia de esta droga.