

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE LAS INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL

G. GUTIERREZ, H. ROCHA

Un grupo seleccionado de pacientes con infecciones bacterianas primarias o secundarias fué sometido a tratamiento con Rifampicina o Lincomicina. La asignación de tratamientos se hizo por el método de "Randomización", catalogándose la investigación como una "experiencia abierta controlada entre pacientes".

El *Estafilococo coagulasa positivo* y el *Streptococo beta hemolítico*, prevalecieron sobre otras bacterias. La mayoría fueron infecciones producidas por un sólo patógeno (72.2%). Las infecciones mixtas lo fueron entre gram positivos entre sí (*estafilococo-estreptococo*) y en menor número entre un gram positivo y un gram negativo o por dos gram negativos.

Los resultados clínicos, entre curaciones, mejorías notables y mejorías leves, fueron del 94.9% para la Lincomicina y de 92.5% para la Rifampicina, cifras muy satisfactorias en el manejo de estos procesos infecciosos bacterianos. La diferencia anotada carece de significación estadística.

Con Lincomicina se observaron crisis diarreicas en cinco casos y con Rifampicina un caso de cefalea intensa. Estos trastornos secundarios clínicos, así como la anomalía de las pruebas funcionales hepáticas observadas con los dos antibióticos, están dentro del potencial tóxico que le corresponde a cada antibiótico.

INTRODUCCION

Durante el último cuarto de siglo las penicilinas y otros antibióticos han revolucionado el tratamiento de las enfermedades infecciosas. La mayoría de las afecciones causadas por bacterias gram positivas pueden ahora tratarse con éxito y se está dominando un número creciente de infecciones causadas por gram negativos. También el mejor conocimiento actual de la acción de los antimicrobianos sobre la célula bacteriana, ha facilitado en la práctica

Trabajo realizado en las Secciones de Dermatología de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional y de Microbiología del Centro Hospitalario de San Juan de Dios de Bogotá. Sustentado con "Grant" del Gruppo Lepetit S. p A. Milán (Italia).

Dr. Guillermo Gutiérrez A.: Profesor Asociado de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Jefe de la Sección de Dermatología; Dr. Hernando Rocha Posada.: Profesor Asistente de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Jefe de la Sección de Microbiología, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

Solicitud de separatas al Dr. Gutiérrez.

clínica una selección menos empírica de los quimioterápicos.

El estudio de las drogas antibacterianas se ha extendido más allá del análisis simple de los efectos bacteriostáticos y bactericidas. Hoy en día se exige un análisis orgánico de la compleja interrelación entre huésped y microorganismo. No es la resistencia genética a las drogas la causa más común del fracaso de éstas. Dentro de una relación existente entre dos organismos vivos, uno parásito y otro huésped, hay muchas causas para el fracaso de drogas activas. Por otra parte, los antibacterianos pueden producir trastornos orgánicos de importancia (traducidos por fenómenos tóxicos) y fenómenos de génesis indirecta como son las reacciones de agudización, de depresión de las reacciones inmunológicas, de sensibilización del organismo, la disbacteriosis y las superinfecciones.

A pesar de ello, todavía debemos tener muy en cuenta el efecto mismo de los antibacterianos y emplearlos preferentemente en atención a su acción letal sobre las bacterias. Se debe también tener presente que ciertos medicamentos crean resistencia más fácilmente que otros (1). De esta forma la Estreptomina, Eritromicina, Novobiocina, Lincomicina y Rifamicinas, hacen una resistencia más o menos rápida, mientras la Penicilina, Tetraciclina, Cloxamfenicol, Gentamicina, Colisticina y Polimixina B, la hacen más lentamente. Por otra parte, algunos microorganismos son más susceptibles de hacerse resistentes; el *Estreptococo* y la *Escherichia*, por ejemplo. Por el contrario, la *Salmonella*, la *Klebsiella* y las *Pseudomonas*, son susceptibles de hacerse resistentes, pero más lentamente (1).

La presente investigación es una experiencia controlada, abierta, "entre pacientes", con subdivisión en grupos según la etiología bacteriana y asignación casual, según escala de Random, de los tratamientos del grupo total. Se ensayaron comparativamente la Rifampicina y la Lincomicina.

MATERIAL Y METODOS

Fueron admitidos al ensayo aquellos pacientes que presentaron las siguientes características:

- 1) Diagnóstico de piodermitis bacteriana.
- 2) Aislamiento de estafilococo y/o estreptococo u otra flora mixta que comprenda por lo menos uno de estos gérmenes.

Se excluyeron en cambio los pacientes que resultaron alérgicos a las Rifamicinas, los que sufrían contemporáneamente de afecciones hepáticas, de trastornos de la esfera hematopoyética o de graves alteraciones de la función renal. Así mismo, se excluyeron del cómputo final de los resultados, aquellos casos que en el curso del ensayo desarrollaron nuevas enfermedades o complicaciones que obligaron el empleo de otros antibióticos.

Se admitieron al ensayo pacientes que llenaron los requisitos arriba especificados, hasta un total de 79 casos útiles para el cómputo final de los resultados. Cada paciente seleccionado fue asignado, según el resultado del diagnóstico bacteriológico preliminar, a uno de los tres grupos siguientes:

GRUPO A: Aislamiento del *Estafilococo* coagulasa positivo.

GRUPO B: Aislamiento del *Estafilococo*, asociado a *Estreptococo* piógeno o a otros gérmenes patógenos.

GRUPO C: Aislamiento de flora piógena mixta.

Los pacientes recibieron a medida que ingresaron al ensayo, un número progresivo de orden por el que se identificó cuál de los dos tratamientos en estudio le correspondía, mediante apropiadas técnicas de randomización.

La distribución parcial de los casos en los tres grupos se supuso resultaría desigual, siendo condicionada por la frecuencia epidemiológica de cada etiología y, con toda probabilidad, la mayoría de los casos correspondería a los grupos A y B.

De cualquier manera, la randomización fué compuesta de manera tal que cubrió todas las posibles combinaciones de distribución, hasta la hipótesis extrema de que todos los casos se concentraran en uno sólo de los 3 grupos.

Es por lo tanto evidente que el total de los 79 casos requeridos en este ensayo, fué formado por la suma de los casos que correspondieron a cada grupo. Los pacientes que se excluyeron en el curso de la experimentación fueron substituidos por nuevos casos a los que se les asignó dentro del grupo que les correspondió, según lo dicho anteriormente, el mismo número de orden y por consecuencia el mismo tratamiento del caso que substituyeron.

Tratamiento. Los pacientes recibieron diariamente por 10 días, 600 mgs. de Rifampicina (en dos tomas de 300 mgs.) los pacientes asignados al grupo de control se trataron diariamente por 10 días, con 1500 mgrs. de Lincomicina por vía oral (una cápsula cada 8 horas). Los enfermos de uno y otro grupo fueron además sometidos a un decostrado inicial de las lesiones y lavado con suero fisiológico.

Evaluación de los resultados. La evaluación fué clínica y bacteriológica. Se tomaron en cuenta las eventuales modificaciones del cuadro clínico inicial, particularmente en lo que se refería al estado y a la extensión de las lesiones cutáneas, que fueron documentadas fotográficamente antes y después del tratamiento. El estudio bacteriológico, repetido 7 y 12 días después del comienzo del tratamiento, persiguió comprobar la desaparición del patógeno identificado con el examen diagnóstico inicial.

Antes de comenzar el tratamiento, después de una semana y al finalizar el mismo, fueron efectuados los siguientes exámenes paraclínicos de control:

- transaminasa (GPTS)
- bilirrubinemia fraccionada
- fosfatasa alcalina
- tiempo de protrombina

- cuadro hemático
- recuento de plaquetas
- parcial de orina

En la evaluación de los resultados se conceptuó como "curación" aquellos casos en los que se obtuvo completa desaparición de las lesiones; "notable mejoría" cuando se presentó desaparición del estado inflamatorio e infeccioso con persistencia de la dermatosis causante; "mejoría leve" cuando se observó declinación de las lesiones en su mayoría, pero con persistencia de escasos elementos en actividad; "fracaso" cuando no se observó ninguna modificación favorable.

RESULTADOS

La observación comparada fué realizada en 79 pacientes con infecciones bacterianas primarias (25 casos) o dermatosis complicadas con infección bacteriana (54 casos), que asistieron a la consulta externa de la Unidad de Dermatología del Centro Hospitalario de San Juan de Dios.

Del grupo seleccionado, 44 eran hombres y 36 mujeres, con edades que oscilaron entre 9 y 71 años. Recibieron tratamiento con Lincomicina 39 de ellos y 40 con Rifampicina. Fueron eliminados dos casos, uno tratado con Lincomicina que no regresó a control y uno tratado con Rifampicina, en el que se discontinuó el tratamiento por haberse presentado intensa cefalea. Fue reemplazado por el No. 81.

Se hizo estudio bacteriológico a 70 pacientes de los cuales uno fué negativo; de los 9 casos restantes, cinco correspondieron a erisipelas cerradas (dos de ellos en la cara) en los cuales fué difícil colectar una muestra, y en los otros cuatro casos no se hizo el estudio por haber asistido los pacientes en días previos a fiestas y precisar de tratamiento inmediato.

La dermoepidermitis microbiana, la erisipela y la sarna infectada constituyeron el 54.4% de nuestros casos, correspondiendo a varias dermatosis infectadas el 45.6% restante (Tabla 1).

Tabla 1.— Grupo de estudio: 79 casos.

DIAGNOSTICO	LINCOMICINA	RIFAMPICINA	TOTAL
1 Dermoe dermatitis Microbiana	13	8	21
2 Erisipela	6	6	12
3 Sarna Infectada	4	6	10
4 Dermatitis de Contacto Infect.	3	5	8
5 Abscesos Piógenos	2	3	5
6 Impétigo Vulgar	2	2	4
7 Eczema Dishidrótico Infectado	2	2	4
8 Eczemátide Seborréica Infect.	1	3	4
9 Eczema Numular	1	1	2
10 Psoriasis Pustulosa	1	0	1
11 Acné Rosácea	1	0	1
12 Pénfigo Familiar	0	1	1
13 Ulcera Post-traumática Infect.	0	1	1
14 Hidrosadenitis	0	1	1
15 Eczema Solar Infectado	1	0	1
16 Panadizo Piógeno	1	0	1
17 Forunculosis	1	0	1
18 Prurigo de Hebra Infectado	0	1	1
TOTAL	39	40	79

En los aislamientos bacterianos se demostró una definitiva prevalencia del estafilococo coagulasa positivo y del estreptococo beta hemolítico sobre bacterias gram negativas (Tabla 2). De los 92 aislamientos conseguidos, 73 (79.3%) correspondieron a estas bacterias gram positivas. Igualmente el estafilococo prevaleció como causante único de la infección (59.4%). La asociación de estafilococo con estreptococo beta hemolítico fué del 15.9% (Tabla 3). El estreptococo beta hemolítico fué aislado como único causal sólo en 1 caso (1.4%). En general los aislamientos no mostraron diferencia en los casos tratados con Rifampicina y Lincomicina (Tabla 2).

Infecciones por un sólo germen se observaron en 21 casos (58.3%) de 36 tratados con Rifampicina y en 26 (78.7%) de 33 que recibieron Lincomicina (Tabla 2). Asociaciones bacterianas las presentaron 15 de los tratados con Rifampicina (41.7%), de los cuales 13 por 2 patógenos y 2 por 3 gérmenes. Fueron menos numerosas las infecciones mixtas en el grupo tratado con Lincomicina: 7 casos, todos de asociación de dos gérmenes (Tablas 2 y 4).

Sobre el grupo de 79 pacientes incluidos en el estudio (Tabla 5), treinta casos fueron considerados como de curación clínica con los dos antibióticos empleados, casos que correspondían en general a una evolución aguda: 16 (40%) tratados con Rifampicina y 14 (35.8%) tratados con Lincomicina; 33 de mejoría notable: 15 (37.5%) con Rifampicina y 18 (46.1%) con Lincomicina; finalmente 11 mejoraron levemente con Rifampicina (15%) y 5 (12.8%) con Lincomicina. Se observaron 5 fracasos, 2 con Lincomicina (5.1%) y 3 con Rifampicina (7.5%). De los fracasos tratados con Rifampicina, 2 eran producidos por estafilococo y un tercero por estafilococo asociado a estreptococo beta hemolítico; los dos casos tratados con Lincomicina eran producidos por estafilococo. No se observaron fracasos en los casos producidos por gérmenes gram negativos asociados entre sí o a gram positivos.

Los resultados clínicos sobre un total de 69 pacientes que tuvieron cultivos positivos, y por lo cual se situaron dentro de uno de los tres grupos de elección propuesta de acuerdo a la etiología bacteriana, son ligeramente diferentes a los expuestos anteriormente debido a la dis-

Tabla 2.—Aislamiento bacteriano. No. casos estudiados: 70

	RIFAMPICINA *	LINCOMICINA **	TOTAL	
	(36 casos)	(33 casos)	No.	%
Estafilococo Coag. +	31	30	61	66.2
Estreptococo Beta Hem.	7	5	12	13.0
Serratia	2	2	4	4.3
Pseudomona Aerug.	2	1	3	3.3
Proteus mirabilis	3	-	3	3.3
Escherichia coli	2	1	3	3.3
Escherichia intermedium	-	2	2	2.2
Paracoli haffnia	2	-	2	2.2
Klebsiella aerobacter	-	1	1	1.1
Estreptococo viridans	1	-	1	1.1
TOTAL	50	42	92	100.0%

* Infección simple : 21 (58.3%)
 Infección mixta 2 pat. : 13 (36.1%)
 Infección mixta 3 pat. : 2 (5.6%)

** Infección simple : 26 (78.7%)
 Infección mixta 2 pat. : 7 (21.2%)

Tabla 3.—Prevalencia bacteriana sobre 69 casos positivos bacteriológicamente.

GERMEN	No.	%
Estafilococo Aislado	4.1	59.4
Estafilococo + Estreptococo Beta Hemolítico	1.1	15.9
Estafilococo + Gram Negat. + Gram Negativo Aislado	9	13.0
Estrept. Beta Hemol. Aislado	5	7.2
Estreptococo viridans + Gram Negativo	1	1.4
Gram Negativos Asociados	1	1.4
TOTAL	6.9	99.7

cordancia numérica. Fué exitoso el tratamiento en el 88.8% de los que recibieron Rifampicina y en el 91.3% de los que recibieron Lincomicina (Grupo A etiología estafilocócica pura). En el grupo B (estafilococo asociado a estreptococo o a otra bacteria) los éxitos fueron del 92.3% para los tratados con Rifampicina y del 100% para los que recibieron Lincomicina. Finalmente, en el grupo C (flora mixta) todos los casos tratados con los dos antibióticos respondieron satisfactoriamente.

En resumen: 91.6% del total de los casos fué exitoso con Rifampicina y 93.8% con Lincomicina (Tabla 6).

Variaciones en los valores de las pruebas de laboratorio se observaron con los dos antibióticos. Con Rifampicina se observó elevación de la bilirrubina total en el 11.4% (Tabla 7), sobrepasando los 5 mg. en un caso. La transaminasa pirúvica se vió elevarse en el 23.3% y la fosfatasa alcalina en el 7.6%. Disminución no acentuada de las plaquetas se observó en dos casos (6%). Con el uso de Lincomicina se elevaron los valores de GPTS en el 14.2% y hubo reducción de las plaquetas, no superior al 25% del valor inicial, en el 6.2%.

Los trastornos clínicos secundarios fueron menos aparentes con la Rifampicina: sólo un caso de cefalea intensa. Con Lincomicina cinco pacientes (12.8%) presentaron crisis diarreicas y uno (2.5%) eritema nudoso.

DISCUSION

Las infecciones bacterianas de la piel constituyen un grupo muy importante en

Tabla 4.—*Infecciones mixtas.No. Casos: 22.*

ASOCIACION PATOGENA	RMP	LMC	TOTAL
Estaf. Coag. + Estrep. β -Hem.	7	4	11
Estaf. Coag. + Escherichia coli	1	1	2
Estaf. Coag. + E. intermedium	1	1	2
Estaf. Coag. + Klebsiella aerob.	-	1	1
Estaf. Coag. + Haffnia	1	-	1
Estaf. Coag. + Proteus mirabil.	1	-	1
Serratia + E. intermedium	1	-	1
Serratia + E. viridans	1	-	1
Estaf. Coag. + Estrept. β -Hem.	-	-	-
P. aeruginosa	1	-	1
Estaf. Coag. + Haffnia + E. coli	1	-	1
TOTAL	15	7	22

Tabla 5.—*Resultados clínicos (79 Casos).*

ANTIBIOTICO	Curación	Mejoría Notable	Mejoría Leve	Fracaso	TOTAL
LINCOMICINA *	14(35.8%)	18(46.1%)	5(12.8%)	2(5.1%)	39
RIFAMPICINA**	16(40%)	15 (37.5%)	6(15.0%)	3(7.5%)	40
TOTAL	30	33	11	5	79

* LINCOMICINA: Cinco pacientes presentaron crisis diarreicas. Uno presentó Eritema Nudoso. No hubo interrupción del tratamiento.

** RIFAMPICINA: Un caso de tratamiento interrumpido al 4o. día por cefalea.

Patología Dermatológica por su gran frecuencia, por la variedad de gérmenes causantes, por sus aspectos morfológicos, su evolución, su pronóstico y su tratamiento.

Son producidas principalmente por estafilococo y estreptococo (2,3) y en algunas ocasiones por asociación de gérmenes gram negativos y gram positivos, originando cuadros clínicos variados de evolución aguda, subaguda y crónica (4). Estas infecciones pueden ser primarias o implantarse sobre diversas dermatosis, especialmente aquellas que se acompañan de componente vesículo-ampoloso. El curso depende de la virulencia del agente causal,

del número de gérmenes agresores, del estado de las barreras de defensa naturales de la piel (sebo, sudor y capa córnea) y del estado inmunitario del enfermo.

Los modernos avances de la terapéutica con antibióticos, han venido a resolver el problema de la lucha contra las piodermis. Sin embargo, su empleo sistemático implica la posibilidad de enfermedad iatrogénica, por lo cual deben indicarse en forma precisa y por el tiempo justo. Las sensibilizaciones, las modificaciones de la flora intestinal, las reacciones de intolerancia, la aparición de mutantes resistentes, las sobreinfecciones y fundamentalmente, las le-

Tabla 6. Resultados clínicos sobre 69 casos positivos bacteriológicamente (70 casos estudiados).

GRUPO EN ESTUDIO	RIFAMPICINA				LINCOMICINA				TOTAL Casos
	Exito		Fracaso		Exito		Fracaso		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
GRUPO A (Estafilococo Coag. +)	16	88.8	2	11.2	21	91.3	2	8.7	41
GRUPO B (Estafilococo Coag. + asociado a Estrept. Beta-Hem. u otro germen).	12	92.3	1	7.7	7	100	-	-	20
GRUPO C* (Flora mixta)	5	-	-	-	3	-	-	-	8
TOTAL	33 (91.6)		3 (8.4%)		31 (93.8%)		2 (6.2%)		69

(*) Gérmenes Gram Negativos aislados o asociados; asociación de Estreptococo viridans y Gram Negativo; Estreptococo Beta Hemolítico aislado.

Tabla 7. Pruebas de laboratorio.

PRUEBA	RIFAMPICINA				LINCOMICINA			
	Práct.	Sin cambio	Elev.	Dism.	Práct.	Sin cambio	Elev.	Dism.
Bilirrubina total	35	31	4* (11.4%)	—	34	34	0	—
G P T S	30	23	7** (23.3%)	—	28	24	4 (14.2%)	—
F. Alcalina	30	26	4 (7.6%)	—	34	34	0	—
Plaquetas	33	1	—	2*** (6.0%)	32	30	—	2*** (6.2%)

* Tres casos elevación no superior a 1.5 mg%. Un caso de 5 mg%.

** Seis casos con elevación leve. Un caso con elevación acentuada.

*** La disminución no sobrepasó el 25% del valor inicial.

siones orgánicas y/o funcionales de algunos aparatos y sistemas (5), constituyen parte de esta nueva enfermedad por medicamentos.

Numerosos investigadores sostienen que las piodermitis, especialmente las causadas por estafilococo o estreptococo, deben ser

tratadas sistemáticamente desde su comienzo con antibacterianos (6), como manera de prevenir complicaciones metastásicas (caso de las estafilocócicas), o enfermedades por reacción antígeno-anticuerpo, como la glomerulonefritis y la fiebre reumática (cuando está presente el estreptococo beta hemolítico).

Conocemos bien el efecto positivo de numerosos antibióticos en este tipo de afecciones cutáneas. Las penicilinas naturales y semisintéticas (2,7), la Eritromicina (7,8) y la Lincomicina (9-13) se han utilizado ampliamente en el tratamiento de las infecciones causadas por estafilococo y estreptococo. También se han empleado las Tetraciclinas frente a bacterias gram positivas (8) y gram negativas, lo cual las hace muy útiles en las formas mixtas de infección. La asociación Trimetoprim-sulfametoxazol se ha mostrado eficaz en el 92.3% de casos de infecciones bacterianas primarias y secundarias (14). Tópicamente se ha usado la Neomicina, pero debido a las reacciones de sensibilidad a veces catastróficas, se ha limitado su uso.

Asociado a este tratamiento causal, debe controlarse cualquier otra enfermedad de base a veces predisponente a estas infecciones. La diabetes no controlada y el uso de inmunosupresores (15) constituyen ejemplos de esta situación.

Nuestros hallazgos bacteriológicos están de acuerdo con los reportados por otros autores. Es notoria la prevalencia del estafilococo y estreptococo beta-hemolítico (11-16) sobre otras bacterias. Sin embargo, Macmillan y Col. (2), en un estudio realizado en soldados del Vietnam, encontraron asociación de estas dos bacterias en el 68%, estafilococo aislado en el 14% y estreptococo aislado en el 8%; en nuestro estudio fué del 15.9% para la asociación, 59.4% para el estafilococo y solo el 1,4% para el estreptococo aislado.

Las infecciones por gram negativos aislados, o asociados a gram positivos, ascendieron al 23.1% en comparación con el 18% relatado por Macmillan.

Los resultados clínicos fueron satisfactorios con los dos antibióticos, superando la Lincomicina muy ligeramente a la Rifampicina (93% a 95% con el primero y 91% a 93% con el segundo). Es posible que en esta diferencia haya influido el mayor número de pacientes con infecciones mixtas en el grupo tratado con Rifampicina, que en el grupo que recibió Lincomicina (Tabla 2).

Un análisis discriminado muestra mayor número de curaciones con Rifampicina que con Lincomicina, pero la diferencia no es significativa. También fué evidente que los dos antibióticos controlaron mayor número de infecciones mixtas en comparación a las producidas por estafilococo aislado. Esta situación es comprensible para la Rifampicina que tiene un amplio espectro de acción, a diferencia de la Lincomicina que es de espectro reducido. Sin embargo, es posible que en las infecciones mixtas, en donde estaba presente casi siempre el estafilococo, fuera éste el germen principal y el gram negativo el de asociación transitoria.

Nuestros resultados clínicos con Rifampicina son similares a los reportados por otros autores en series similares; las cifras relatadas están entre el 84% y el 96% de éxitos (16-22). Algunos de nuestros casos tratados con Rifampicina mostraron una resolución de sus lesiones sorprendentemente rápida, hecho ya reportado por Ayala L. en 1.969 (17).

Los trastornos secundarios clínicos y de laboratorio que observamos en nuestro grupo, han sido comentados en estudios previos. La Lincomicina presenta como uno de sus trastornos cardinales a la diarrea, de intensidad variable (23), que se presenta entre el 5% y 50% de los casos tratados (24-26). También puede presentar ligera depresión hematopoyética y anormalidad de las pruebas funcionales hepáticas (13) como en nuestros casos.

Con la Rifampicina se presentan trastornos secundarios que pueden ubicarse en tres grupos (27): a) Aquellos dependientes de alteraciones dermatológicas, neurológicas y renales, b) Alteración de las pruebas funcionales hepáticas (27-31) especialmente la elevación de las transaminasas, fosfatasa alcalina y bilirrubina. La ictericia que puede presentarse en el sujeto sano parece ser debida a hipersensibilidad a la droga, en tanto que en el sujeto con trastorno hepático previo, se debe a un bloqueo en la etapa de excreción de la bilirrubina (29,31,33). Algunos autores (32) han insistido en la posibilidad de que la ictericia se deba en algunos casos a una verdadera hepatitis de tipo

mixto, colestática y citolítica. c) Trastornos inmunoalérgicos, de reciente conocimiento, que aparecen fundamentalmente en pacientes sometidos a tratamientos intermitentes (27). Precisamente, algunos de nuestros pacientes presentaron trastornos que podemos ubicar dentro de cada uno de los tres grupos expuestos. Solo en el caso que presentó cefalea intensa, se hizo perentoria la interrupción del tratamiento; en los casos de elevación de la bilirrubina, GPTS y F. alcalina se insistió en él, normalizándose las pruebas una vez concluido. Los descensos del número de plaquetas fueron leves y asintomáticos.

Concluimos afirmando que los dos antibióticos en estudio se mostraron positivamente eficaces en el tratamiento de estos estados infecciosos dérmicos.

SUMMARY

A selected group of patients with either primary or secondary bacterial infections underwent treatment with Rifampicin or Lincomycin. The specific treatment was chosen at random, and it was considered to be an open controlled study among patients.

Positive coagulase Staphylococcus and β -hemolytic Streptococcus prevailed over other bacteria. Most of the infections were caused by only one pathogen (72.2%). Mixed infections were caused by gram-positive bacteria (Staphylococcus-Streptococcus), and to a lesser extent by a gram-positive and a gram-negative one, or by two gram-negatives ones.

The clinical results — counting complete cures, great and mild recoveries — were of 94.9% for Lincomycin and of 92.5% for Rifampicin. These figures were highly satisfactory for the treatment of these particular bacterial infections. The difference between the above mentioned figures lacks any statistical significance.

Diarrhea was observed in 5 cases under Lincomycin treatment and severe headache in one case under Rifampicin. These secondary effects as well as the liver function test abnormalities are within the toxic potential range for each antibiotic.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ruiloba, J.: Concepto sobre el manejo de los antimicrobianos. Primer Forum Internacional sobre el tratamiento de las enfermedades infecciosas. Acad. Nal. de Med. México. Edit. Flores Mercado y C. A. Fernández, 13, Oct. Nov., 1.969.
- 2.- Mcmillan, R. M. and Hurwitz, M. R.: Tropical Bacterial Pyoderma in Vietnam: improved therapeutic regimen. J.A.M.A. 210:1734, 1.969.
- 3.- Sauer, C. Gordon.: Bacteriología dermatológica. Enfermedades de la piel. p. 96., Edit. Interamericana, S.A., 1a. Edic., 1.963.
- 4.- Staphylococcus Problem on single Ward Charity Hospital. Year Book of Dermatology, p. 379, 1.961.
- 5.- Lewis, G. M.: Piodermatitis. Dermatología Clínica. 1.966.
- 6.- Cárdenas, J. V.: Piodermatitis: Fundamentos de Medicina. Univ. Antioq. Col., Tomo I, 2a. Edic., 1.969.
- 7.- Burckhardt, W.: Enfermedades infecciosas de la piel: Atlas y Compendio de Dermatología y Venereología. p. 32, Edit. Labor S.A., 1.966.
- 8.- Hewitt, W. L., Fine-Gold, S. M. and Monzon, O. T.: Antimicrobial Agents and Chemotherapy, p.32, 765, 1961.
- 9.- Grondin, C., St. Martín, M. and Potvin, A. Lincomycin and Staphylococcal Infection. A Clinical study of 18 cases. Canad. Med. Assoc. J. 92:1062. 1.962.
- 10.- Hall, J. H., Tindall, J. P., Callaway, J. L. and Smith, J. G.: The Use of Lincomycin in Dermatology South. Med. J. 61:1287, 1.968.
- 11.- Holloway, W. J. and Scott, E. G.: Clinical Experience with Lincomycin. Amer. J. Med. Sci. 949: 691, 1.965.
- 12.- Kanne, B.: Lincomycin in Dermatology Practique. Canad. Med. Assoc. J. 93:200, 1.965.
- 13.- Sanders, E.: Lincomicina: hechos, fantasías y futuro. Clin. Med. de Norteamérica, p. 1295, Sept., 1.970.
- 14.- Rodríguez, P.R. y Quintero, P. A.: Tratamiento de las piodermatitis con Bactrim. Universitas Médica, Bogotá, XIV (1), 1.972.
- 15.- Bacterial Infection of the skin rees. Current Therapy, 1971.

- 16.- Bonu, G., Bechini, E. e Santolo, G. P.: Osservazioni sull'uso della Rifampicina in Dermatologia Venereologia. *Minerva Med.* 60: 4840, 1.969.
- 17.- Ayala, L.: La Rifampicina in Dermatologia e Venereologia. *Ciornale Ital. di Dermat. Minerva Dermat.* 44:665, 1969.
- 18.- Bertellotti, L.: La Rifampicina nella Terapia Dermatologica. Tavola rotonda sulla Rifampicina, Firenze, p. 63, 28 Marzo, 1.969.
- 19.- Capelli, E.: La Rifampicina in Dermatologia. Esperimentazione Clinica. *Arch. E Maraglino. Pat. Clin.*, 35: 395, 1.969.
- 20.- Gandola, M. e Peverelli, G.: La Rifampicina in Terapia Dermatologica. *Minerva Dermat.* 43:524, 1.968.
- 21.- Kaminsky, A. Benzaquen, I. de C. y Sehtman, L.: Ensayo terapéutico de la 3(4-metil-piperazonil iminometil) Rifamicina S. V. (Rifampicina) en dermatosis bacterianas y otros. *Sem. Med. Buenos Aires*, 133: 53, 1.968.
- 22.- Serena, A.: La Rifampicina nella Practica Dermatologica. *G. Med. Marca Trevig.* 26: 642, 1.968.
- 23.- Anotaciones Farmacológicas: Reacciones Secundarias a los antibióticos. *Antioquia Médica*, 17:185, 1.967.
- 24.- Kaplan, E. and Weinstein, L.: Lincomycin. *Pediat. Clin. North. Amer.* 15:131, 1.968.
- 25.- Price, D. J. E., O' Grady, F.W., Shooter, R. A. and Weaver, P.C.: Trial of Phenoxy Methyl Penicillin Phenethycillin and Lincomycin in Treatment of Staphilococcol sepsis in a Casualty Department. *Brit. Med. J.* 3:407,1.968.
- 26.- Sanders, E.: Lincomycin vs. Erithromycin: a choice or an echo. *Ann. Int. Med.*, 70:585, 1.969.
- 27.- Bachini, V. y Binda, G.: Análisis de los efectos colaterales de la Rifampicina. Presentado al III Simposio Internacional sobre Quimioterapia de la Tuberculosis. Bogotá., Sept. 4-9, 1.972.
- 28.- Brocard, H., Akoun, G., Depiere, A., Muon, N. et Tobé, F. M.: La Rifampicine dans le Traitement de la Tuberculose Pulmonare. *Tuberc. et Pneumol. (Paris)*, 33 bis: 173, 1.969.
- 29.- Laudano, O.M.: Efecto de la Rifampicina sobre la depuración plasmática y excreción biliar de la bromosulfaleína, en el hombre. *II Farmaco*, XXVII: 622, 1.972.
- 30.- Merère, P., Stain, J. P., Chauvet, M. C., Luee, J.P. et Leprovost, J.: Essais cliniques de la Rifadine (Rifampicine). *Tuberc. et Pneumol. (Paris)*, 33 bis: 199, 1.969.
- 31.- Rodríguez, G.E., Spetale, M de R., Robledo, H. A. de Morisali, L. S. y Rasserro, J.: Estudios sobre la función hepática en ratas tratadas con Rifampicina oral durante periodos prolongados. *II Farmaco*, XXVII: 633, 1.972.
- 32.- Lesebre, R., Ruffino, J., Teissier, L., Achard, F. et Brefort, G.: Les icteres an cours du traitement par la Rifampicine. *Tuberc. et Pneumol. (Paris)*. 33:393, 1.969.
- 33.- Lees, A. W., Asgher, B., Hashem, M. A. and Sinha, B.N.: Jaundice after Rifampicin. *Brit. J. Dis. Chest* 64: 90, 1.970.