Casa Nacional del Niño.
Clínica Pediátrica Prof. Ariztia.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE OSTEOPATIAS SIFILITICAS ATIPICAS EN EL LACTANTE

Por la Dra. ELENA ANCICH DE BARRIOS

Se ha querido presentar algunos casos de sífilis del lactante que tiene el interés de haberse hecho aparente en forma más tardía que lo habitual, es decir, después de un período de latencia clínica, serológica y radiológica y cuyas primeras manifestaciones específicas son las lesiones óseas.

Se trata de lactantes, algunos sin estigmas específicos o antecedentes claros de lúes y que han tenido a su ingreso y en los primeros meses de observación reacciones serológicas y radiografía de hueso negativas y que posteriormente, por control de un raquitismo, se encuentra en las radiografías, lesiones de periostitis y osteomielitis lúética que son confirmados por R. de Wasserman intensamente positivas.

Los síntomas clínicos de las osteopatías sifilíticas son escasos y es la radiología la que tiene la mayor importancia.

Los casos que se presentan corresponderían al tipo que Pick describió con el nombre de osteomielitis fibrosa rarefaciente. Se considera la tercera forma de osteopatía sifilítica, siendo, como se sabe, la primera, la osteocondritis y la segunda, la periostitis osificante.

En la osteomielitis lúética se distinguen, según Epstein, dos formas: la forma central, que se presenta como manchas claras, a veces redondas, irregulares y que contrastan claramente de la zona normal más oscura, con tejido esponjoso bien diseñado, el hueso se puede ver como agujereado. Las zonas claras no están bien limitadas con el tejido óseo vecino. La otra forma es la marginal, en la cual el hueso aparece como mordido o que muestra una formación de lagunas en la zona cortical.

Se ha demostrado que anatómopatológicamente no se trata de verdaderos gomas, sino de tejido de granulación ricos en espiroquetas. Se trata de osteomielitis fibrósa que no va hacia la supuración.

Tanto en la forma central como en la marginal, se llega generalmente a la formación de capa periostal que designa Parrot y Recklinghausen como sarcófago y que se distingue de la periostitis sifilítica corriente que acompaña a los huesos largos en forma de sombra difusa.

Hochsinger ha descrito una osteomielitis de los huesos cortos metacarpianos, metatarsianos y falanges. Las lesiones son múltiples, pero no simétricas.

Estos focos de rarefacción ósea, según muchos autores, se curan rápida y fácilmente en pocas semanas de tratamiento.

Respecto a la patogenia, según Shoenfeld, como lo consigna el Dr. Araya, en un trabajo muy completo publicado antes, se trataría de procesos osteíticos u osteomielíticos que serían la consecuencia de una osteocondritis y no formaciones independientes. Sin embargo, esta opinión es discutible, ya que en los casos 2 y 6 que han sido seguidos con radiografías desde el nacimiento, no se ha producido la osteocondritis como primera lesión, sino que sus primeras manifestaciones óseas han sido de osteomielitis.

A continuación citaremos algunos casos de osteopatías lúéticas por nosotros observados.

OBSERVACION N.º 1

E. A. — Ingresa a la Casa Nacional a la edad de 5 meses, con peso de 4,080 grs. y 55 cms. de talla.

Antecedentes hereditarios. — Padre de 46 años, hospitalizado por artritis supurada cadera derecha. Reacción de Wassermann negativa. Madre, 38 años, ciega por tumor supraquiasmático, con reacción de Wassermann en el embarazo negativa. Hijos 10, de los cuales viven 9.

Antecedentes personales. — Nace de término, con 3,000 grs. de peso. Alimentación natural, un mes después artificial. Al ingreso se le hacen reacciones de Wassermann y Kahn, que resultan negativas. No hay estigmas de lúes. Se comprueba raquitismo clínico, serológico y radiológico, por lo que se le hace golpe vitamínico con Calciferol, 15 mmgrs.

La Radiografía N.º 1 muestra las lesiones raquíticas y las dos siguientes, su evolución después del golpe. Pero la cuarta radiografía

Fig. N.º 1.

(Fig. N.º 1) es tomada a los ocho meses de edad, época en que hace tumefacciones de las articulaciones mediotarsoiana derecha y 1.º y 2.º metacarpiano. Se discute el diagnóstico y se solicita Reacción de Wassermann que resulta intensamente positiva. Una radiografía de extremidades muestra zona de osteolisis en forma de lagunas con destrucción ósea y osteomielitis en la extremidad distal del radio izquierdo y húmero izquierdo y extremidad distal y proximal del cúbito derecho. Pericititis osificante marcada de los huesos largos. Focos de osteomielitis de los primeros y segundos metacarpianos derechos. Se somete a tratamiento específico y las lesiones regresan, como puede verse en las radiografías posteriores.

En resumen, se trataría de un niño sin antecedentes específicos, que se controló al ingreso con reacciones serológicas negativas, que a los 6 y 7 meses tiene radiografías sólo con lesiones raquíticas y que a los 8 meses hace tumefacciones de las articulaciones y cuyas radiografías revelan la osteopatía ya descritas con reacción de Wassermann intensamente positiva.

OBSERVACION N.º 2

M. R. — Ingres a la Casa Nacional por fallecimiento de la madre, a la edad de 25 días con peso de 2,400 grs. y 50 cms. de talla.

Antecedentes hereditarios. — Del padre nada se sabe. Madre, reacción de Wassermann negativa en el embarazo.

Antecedentes personales. — Prematuro de 8 meses. Nace con 2,500 grs. de peso y 48 cms. de talla. La placenta pesó 750 grs. Alimentación natural al principio, después artificial. Al ingreso se le hace reacción de Wassermann y Kahn, que resulta negativo. Su desarrollo es lento y es víctima de infecciones. A los cuatro meses hace un coriza sanguinolento con estridor nasal. Se hace nueva reacción de Wassermann y Kahn, que resulta negativo y una radiografía N.º 1 normal. A los 10 meses pesa 6,200 grs. Para investigar raquitismo se pide una fosfemia y calcemia, que da 3,8 y 10 y por su fosfemia baja, se pide radiografía de extremidades (Fig. N.º 2), que da la siguiente imagen: Ensanchamiento de la zona cortical a nivel de las epifisis de los huesos largos, sobre todo marcada a nivel de la extremidad distal del fémur. Pericititis osificante de los huesos largos. Zonas de osteolisis en forma de lagunas en la extremidad distal y proximal de la tibia y peroné y extremidad distal y proximal de cúbitos y radlos. Diagnóstico osteomielitis y osteopericititis luética. Se confirma el diagnóstico con una reacción de Wassermann positiva, tres cruces.

Fig. N.º 2.

Se somete a tratamiento específico con el esquema de Müller y se nota en las siguientes radiografías reparación franca de las lesiones y la estructura de los huesos se va acercando a la normal.

Comentario de este caso es más o menos como el anterior.

OBSERVACION N.º 3

N. A. — Ingres a la edad de tres meses, con peso de 3,200 grs. y 51 cms. de talla.

Antecedentes hereditarios. — Padres sin reacción de Wassermann.

Antecedentes personales. — Nace de parto espontáneo, con peso de 2,620 grs. Placenta pesa 700 grs.

Al ingreso se comprueba una distrofia, raquitismo y lúes. Wasserman positiva, tres cruces. Radiografía de extremidades (Fig. N.º 3) muestra periostitis osificante intensa a nivel tibia derecha, periostitis del fémur y huesos del antebrazo. Osteomielitis marginal de la extremidad inferior del húmero.

La segunda radiografía (Fig. N.º 4) muestra más marcadas lesiones de periostitis osificante de los huesos largos y zonas de osteomielitis central de la extremidad distal del húmero y cabeza del radio.

Después se ha seguido controlando sus lesiones durante el tratamiento y se observa que los huesos adquieren estructura más normal, sólo la cabeza del radio aun no normaliza su forma.

Hace una semana se le hace nuevo Wassermann y resulta negativo y la última radiografía muestra sensible mejoría de sus lesiones óseas.

OBSERVACION N.º 4

J. V. — Ingres a la edad de 8 meses con peso de 3,450 grs. y 55 cms. de talla.

Antecedentes hereditarios. — Padre aparentemente sano. Wassermann negativo. Madre, reacción de Wassermann y Kahn negativo en 1940.

Antecedentes personales. — A la edad de un mes, hizo una toxicosis. Se repara y es alimentada artificialmente hasta los 8 meses en que ingresa con una distrofia grave, anemia de 3.100.000 y signos clínicos de una lúes que se confirman con una reacción de Wassermann que resulta intensamente positiva. Una radiografía de extremidades da focos de osteomielitis en la extremidad distal de los radios y cúbitos, sobre todo marcada en la extremidad distal de la tibia derecha. Ensanchamiento de las zonas epifisarias de los

Fig. N.º 8.

Fig. N.º 4.

huesos largos. Periostitis osificante, sobre todo marcada en los húmeros y peroné. Zonas de descalcificación en la extremidad distal y proximal de las falanges.

Se somete a tratamiento específico y las lesiones se han modificado favorablemente.

OBSERVACION N.º 5

F. C. — Ingres a la Casa Nacional a la edad de 4 meses, con 3,200 grs. de peso y 51 cms. de talla.

Antecedentes hereditarios. — Padre alcohólico. Reacción de Wassermann negativa. Madre, 41 años. Reacción de Wassermann negativa en el embarazo. 3 abortos espontáneos de 4, 5 y 6 meses. Una hermana sana.

Antecedentes personales. — Prematuro de 8 meses. Se ignora peso de nacimiento. A los dos meses hizo una pseudoparálisis de Parrot, que curó espontáneamente. Al ingreso se constata una distrofia, raquitismo y hernia umbilical. Reacción de Wassermann, dos cruces y radiografía de extremidades (Fig. N.º 5) revela periostitis osificante de los huesos largos, sobre todo marcada en la extremidad distal del húmero, zonas de osteomielitis marginal en la extremidad proximal de la tibia y distal del húmero. Destrucción casi completa de la cabeza del radio izquierdo. (Fig. N.º 6).

Está en tratamiento específico.

OBSERVACION N.º 6

T. V. — Ingres a por hospitalización de la madre a la edad de 14 días, con 1,820 grs. de peso y 44 cms. de talla.

Antecedentes hereditarios. — Madre, reacción de Wassermann, tres cruces en 1940. Escaso tratamiento.

Antecedentes personales. — Nace por cesárea 7 meses. Placenta pesó 450 grs. Al ingreso al servicio se comprueba prematuridad, algorría y coriza. Se alimenta con leche humana.

Se le hace Reacción de Wassermann, resulta negativa. Comienza a tener infecciones y se le hacen transfusiones. Al mes 20 días de estar en el servicio, se le toma radiografía de extremidades y encontramos las siguientes lesiones: Osteomielitis marginal de las extremidades distales de ambos húmeros. Doble línea en la extremidad distal de cúbitos y radios.

Conclusiones. — Después de la exposición de estos casos, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

1.º Que la falta de signos clínicos y serológicos en los

Fig. N.º 5.

Fig. N.º 6.

primeros meses de la vida, no excluye la posibilidad de una lúes que puede aparecer algo más tardíamente que lo habitual.

2.º Que los tipos de osteopatías observados, no corresponden a las lesiones más comunes de osteocondritis y periostitis.

3.º Que la mayor frecuencia actual de estos tipos de lesiones se debe tal vez a mayor conocimiento de estas enfermedades y mayor difusión de los tratamientos de las madres, fenómeno observado en otras partes y que parece repetirse aquí.

BIBLIOGRAFIA

GLADSMAN. — Introducción a la Pediatría.

PEDRO ARAYA CH. — Lúes congénita del lactante.

ERICH MULLER. — Enciclopedia enfermedades de la infancia (Pfaundler).

JADASSHOHN. — Hochssinger sífilis congénita.