Clinica del Prof. A. Ariztia
Casa Nacional del Niño.

RECIDIVA RAQUITICA POR DOSIFICACION INSUFICIENTE DE VITAMINA D

Por el Dr. J. SCHWARZENBERG

Jefe de Servicio.

y la Dra. BLANCA MONTERO SIERRA

Ayudante.

En el trabajo "Contribución al Estudio del Golpe Vitamínico en el Raquitismo", (1) presentado a la Sociedad de Pediatría a fines del año pasado, se exponían los hechos siguientes:

En términos generales puede considerarse como dosis suficiente para curar el raquitismo la de 12 a 15 mgs. de vitamina D o D2. El uso de dosis menores hace correr el riesgo de obtener mejoras sólo transitorias, de observar casos aparentemente resistentes al tratamiento, o bien, de comprobar la aparición de recidivas después de una curación satisfactoria durante cierto tiempo.

La vía de administración paraenteral (inyección intramuscular) de la vitamina presenta por ahora serios inconvenientes.

Nuestros medios de diagnóstico descansan en la búsqueda de síntomas clínicos, radiológicos y serológicos; pero no siempre coexisten estos tres elementos, presentándose muy a menudo solamente dos de ellos, o aún en algunos casos, uno sólo. El efecto rápido, casi inmediato del golpe vitamínico, que hace desaparecer la sintomatología comprobada, ha servido en muchas observaciones para verificar la efectividad de este aserto.

Con relativa frecuencia la observación clínica es incapaz de establecer si se trata de secuelas raquíticas o de un raquitismo aun en plena evolución. El estudio del P y del Ca en la sangre y, sobre todo, la radiología del esqueleto, ayudan casi siempre a zanjar esta dificultad.

(1) Rev. Ch. de Pediatría, año XI, N.º 4, abril de 1940.

Fig. 1

Fig. 1 a

Fig. 2

Fig. 2 a

Fig. 3

Fig. 3 a

Fig. 4

Fig. 4 a

Aunque en el trabajo a que nos referimos se usaron dosis de vitamina muy variables, desde 5 hasta 20 mgs., la observación cuidadosa de nuestros enfermos en un plazo de 1/2 hasta 1 1/2 años después del golpe, no nos había permitido comprobar hasta la fecha alguno de los fracasos señalados como posibles con este tratamiento.

El caso que exponemos a continuación constituye la primera recidiva que se observa en los niños estudiados y presenta de característico que frente a una sintomatología clínica escasa, demuestra un estado radiológico y serológico intensamente positivos.

Observación clínica (N.º 39 del trabajo anterior).

María R.—8508. Ingresó el 2 de enero de 1939. Edad: 1 mes 20 días. Peso: 3.800.

Pudo establecerse que su peso de nacimiento había sido 2.700 y que estuvo alimentada por su madre durante una semana; después con mamaderas de leche condensada. La madre falleció de una enfermedad aguda y desde entonces la niña estuvo cuidada por una persona extraña que la trae al Servicio. El estado general es bueno, presenta un labio leporino simple no muy extenso.

Durante los primeros meses no se aprecia nada anormal en su desarrollo, salvo una hepatomegalia discreta que se encontró desde su llegada.

A los tres meses de edad los exámenes serológico y radiológico son negativos respecto a raquitismo; pero ya se aprecia una craneotabes occipital. Alrededor de 15 días más tarde, un nuevo control indica un descenso en la fosfemia, 3.8, y Calcemia, 11. En la radiografía los huesos ya muestran ligeras alteraciones raquíticas.

A la edad de 4 meses, con P 3.6 y Ca 12, radiografía con lesiones apenas aumentadas, se encuentran signos clínicos manifiestos de raquitismo: craneotabes, rosario costal, hipotonía, abdomen globuloso.

En presencia de estos síntomas se hace un golpe, inyectando por vía intramuscular 2 cc. de Calciferol concentrado que contienen 5 mg. de vitamina D. Se produce una infiltración muy extensa, dura, dolorosa alrededor del sitio de la inyección y se propaga después a todo el miembro inferior de ese lado. La niña baja bruscamente de peso, el estado general se altera y hace una dispepsia parénteral. A los diez días, todo el trastorno había pasado y vuelve a hacer su desarrollo normal.

Un control sanguíneo tres días después del golpe, revela una fosfemia todavía baja, 3.8 y Ca 13. La radiografía indica la aparición del núcleo del húmero. A los veinte días se observa ya un ascenso del P y Ca sanguíneos (4.7 y 14) y la radiografía muestra una franca reparación. Posteriormente, un mes después el P llega a 5.

Alrededor de los siete meses de edad, y tres meses después del golpe, los síntomas clínicos han regresado, pero el P aun es 3.3 y el Ca 14; sin que

exista alguna infección concomitante que pueda explicar esa baja del P. Radiografía: huesos normales.

2

A los nueve meses: dentición ——. Un nuevo control revela que el P

4

en la sangre se mantiene bajo. 3 y Ca 10,5. Sin embargo se observa una estructura normal de los huesos en la radiografía.

Hasta el año cuatro meses los exámenes clínicos no dan cuenta de ningún síntoma de raquitismo. La niña anda sola, fontanela anterior $1\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{2}$ cm.

Se hace operar entonces el labio leporino y la enfermita permanece un mes en un Servicio de Cirugía.

Volvió a nuestro Servicio, y recordando que la dosis de vitamina D administrada en este caso había sido pequeña, y la normalización de la serología, solamente pasajera, se buscaron una vez más los síntomas de raquitismo.

Se encontró entonces un rosario costal muy discreto, un tórax de consistencia apenas disminuida, ligera retracción inspiratoria de la base, rodete epifisiario no muy manifiesto e incurvación poco apreciable de las tibias. Dentición:

2

——. Retroceso en sus funciones estáticas, no quiere andar después de su re-

4

greso de Cirugía. En cambio el psiquis no sólo se había desarrollado normalmente, sino que era más bien precoz; a pesar de sus 17 meses era la entretención de todos en el Servicio. La fosfemia era de 3,2 y la calcemia de 7,5. La radiografía del carpo demuestra, como puede verse, un raquitismo florido con formación de copas y núcleos borrosos casi sin límites y sin estructuras (Fig. 1).

Con estos antecedentes se repite el golpe vitamínico: Se administró Ostein. Potencia 100 por vía bucal, alcanzando en el plazo de tres días la dosis de 500,000 U. o sea 12,5 mgs., que fué bien tolerada. Cinco días después se hace un control serológico, que dió una fosfemia de 4,7 y calcemia de 8,5. La radiografía se tomó nueve días después del golpe vitamínico y demuestra una reconstrucción inmediata de la arquitectura ósea (Fig. 2). Diez días después se repite la radiografía y puede observarse en ella como progresa la reparación (Fig. 3). La zona epifisiaria y metaepifisiaria están casi normalizadas y la reconstrucción del tejido esponjoso de la diáfisis ha continuado su avance. El segundo control serológico dió 4,3 y 10, P y Ca, respectivamente.

Dos semanas después se hace una nueva radiografía (Fig. 4), que evidencia un mayor avance de todo el proceso de reparación. La fosfemia es, entonces, de 4,7 y la Calcemia de 13. El 7 de junio de 1940, o sea, un mes y días después, de diagnosticada la recidiva raquítica, ya se obtiene una radiografía casi normal de los huesos (Fig. 5) y valores de P y Ca de 4,5 y 11,5, respectivamente.

Es interesante recalcar que en la primera radiografía el límite periosteal de los huesos es borroso, sus bordes tienen aspecto de franjas o de peine. En las

radiografías posteriores se comprueba la calcificación del periostio y la desaparición del aspecto festoneado. La estructura y el límite de los núcleos de osificación, que en la primera radiografía apenas se evidencian, en la segunda ya se hacen más manifiestos, y en la tercera y las posteriores se van normalizando paulatina y progresivamente. La metáfisis, que en las primeras radiografías después del golpe aparece como banda homogénea, transversa de 1 1/2-2 cm. de altura, ya en las últimas muestra una trabeculación fina y bien evidente.

Epicrisis.—Prematuro, que presenta sus primeras manifestaciones de raquitismo a los 3 meses de edad. Se trata con 5 mgs. de Calciferol inyectado por vía intramuscular, que a pesar de que provoca un intenso edema doloroso de todo el miembro inferior respectivo, consigue la curación clínica y radiológica del raquitismo al cabo de dos meses. En cambio, el P sanguíneo (Fig. 6), que se había normalizado alrededor del mes después del golpe, en todos los controles posteriores se mantiene bajo (alrededor de 3) a pesar de que hasta la edad de un año cuatro meses la enfermita no vuelve a presentar ningún síntoma clínico de raquitismo. A esa altura, y después de una estada de un mes en un servicio de Cirugía, se comprueban síntomas muy poco apreciables de un raquitismo; pero una disminución considerable del P sanguíneo y lesiones radiológicas de los huesos de gran intensidad y extensión.

La curación de esta recidiva se obtiene muy rápidamente con una dosis de 12,5 mgs. de vitamina D (Ostelín Potencia 100) administrada per os.

Estimamos que del estudio de este caso se desprende:

1.º Que la dosis de 5 mgs. de vitamina D no basta siempre para proteger a los enfermos de una recidiva raquítica.

2.º Que este hecho es de importancia para la orientación del golpe vitamínico en la profilaxis del raquitismo.

3.º Que a pesar de la curación clínica y radiológica obtenida, la persistencia de cifras bajas del P, durante largo tiempo después del golpe, puede ser indicadora de la insuficiencia de la dosis de vitamina D administrada.

4.º Que la sintomatología clínica puede revelar un raquitismo leve o aún dudoso, que serológica y radiológicamente demuestre, sin embargo, caracteres de gravedad por la extensión e intensidad de las alteraciones.