

Hospital de Niños
Manuel Arriarán.
Sección Medicina Interna
del Prof. Cienfuegos.
(Servicio de Lúes).

UN CASO DE ESPONDILITIS LUETICA EN UN LACTANTE DE 3 MESES Y MEDIO DE EDAD

Por el Dr. ALFREDO DABANCENS L.

Sergio C. — N.º 2832. Se inscribe el 26-V-41 a la edad de 3 meses 14 días.

Antecedentes familiares. — Padre: 26 años, seronegativo. Sin antecedentes de lúes. (Reactivado en el servicio permaneció seronegativo).

Madre: 26 años, lúes serológica diagnosticada en el 8.º mes de este embarazo. Antes había sido seronegativa. Alcanzó a tratarse sólo con unas 6 inyecciones de bismuto antes del parto.

Ha tenido un primer hijo que es sano y seronegativo, 3 abortos, de los cuales 2 provocados y en seguida este niño.

No hay antecedentes de tuberculosis.

Antecedentes personales. — Nació en la Maternidad "Barros Luco" en parto normal. Pesó 3,400 grs. Pecho exclusivo hasta la fecha de su inscripción. A los 2 meses llanto nocturno, obstrucción nasal y palidez progresiva. Hace unos 15 días le notan torpeza para mover los miembros inferiores y mayor tendencia al llanto.

Examen físico. — Estado general muy deficiente. Pesa 3,680 grs. Facies de lúes congénita, estridor nasal. Palidez acentuada. Bazo se palpa duro. Hígado a 2 cms. Sifilides papulosas perianales. Impotencia funcional discreta de ambos miembros inferiores, los que se palpan edematosos en sus

partes blandas con aumento de volumen de los huesos largos, y acusan dolor al tocarlos.

Lo que más llama la atención es una cifosis dorsal, angular indolora, acompañada de ligera escoliosis dorsal derecha. (Fotos N.os 1 y 2).

La madre no había advertido esta deformidad del niño, por lo que se impresionó bastante al tener conocimiento de ella.

La comprobación de esta cifosis nos indujo a solicitar el valioso concurso de nuestro colega Dr. Bisquertt, a cuya profunda versación en Ortopedia se debe en parte principal la feliz evolución del enfermito.

Exámenes practicados en el niño. — 1) Serología: Reacc. Wass. +++. Reacc. Kahn +++. 2) Radiografía, de la columna: "Proceso destructivo que compromete los cuerpos vertebrales de las IV, V y VI dorsales, las que se ven totalmente destruidas y fusionadas entre sí. Cifosis de la columna dorsal superior.

Atraso de la osificación de las vértebras cervicales y dorsales superiores, cuyos centros de osificación aparecen aún aislados.

Conclusión: "Mal de Pott luético". — Dr. Valenzuela.

3) Reacción de Mantoux: 1 o/oo negativo.

4) Radiografía pulmonar: negativa.

Diagnóstico. — Lúes congénita. Parrot de los miembros inferiores. Espondilitis luética dorsal.

Diagnóstico diferencial. — Se descartaron las siguientes enfermedades:

1) Enfermedad de Klippel-Feil. — Afección congénita, caracterizada por anomalías numéricas o morfológicas de las vértebras, especialmente cervicales. En nuestro caso existe un proceso de Osteitis destructiva de algunas vértebras dorsales.

2) Enfermedad de Kummel-Verneuil. — Afección post-traumática caracterizada por rigidez de la columna y osteoporosis no destructiva de los cuerpos vertebrales. En nuestro caso no hay antecedente alguno de traumatismo y no hay osteoporosis sino osteitis destructiva.

3) Mal de Pott. — Radiológicamente no hay manera de hacer la diferenciación entre una osteitis destructiva tuber-

culosa y una osteitis destructiva sifilítica de los cuerpos vertebrales, sin embargo, el Mal de Pott queda descartado por la negatividad del Mantoux al 1 o/oo, la negatividad de la radiografía pulmonar, la falta absoluta de antecedentes de tuberculosis y finalmente por la edad del enfermito, circunstancia esta última que por sí sola casi bastaría para descartar la localización vertebral del Bacilo de Koch, pues, no había tenido materialmente tiempo para llegar ahí.

4) Las neoplasmas de la columna. — Cualquier neoplasma queda descartado porque aquí no se trata de proliferación de los cuerpos vertebrales, sino de destrucción de los mismos y, además, porque el estado general del enfermito, en lugar de empeorar con el tiempo ha mejorado en forma visible.

5) La Osteitis. — A gérmenes piógenos, queda descartada por la evolución afebril que ha tenido nuestro enfermito y la falta absoluta de los síntomas generales que acompaña a todo proceso piógeno.

Finalmente la reparación evidente observada, en las radiografías de control en el curso del tratamiento específico constituye también una contraprueba de que se trataba de una espondilitis sifilítica.

Tratamiento. — 1) Desde el primer día de asistencia al Servicio, el niño ha estado sometido a tratamiento específico, el que se inició con fricciones mercuriales y desde el 4.º día se hizo una cura de ataque intensiva con Neoarsolán intramuscular, día por medio, hasta completar 49 centigramos, o sea, 12 centigramos por kilo de peso, en un espacio de 3 semanas. Continúa en seguida con una cura mixta, por vía bucal, con Arsipentol y Protoyoduro de Mercurio, en dosis suficientes y repetidas durante 9 semanas más.

2) El tratamiento ortopédico ha consistido en la fijación de la columna mediante una férula de yeso posterior removible que se ha mantenido por espacio de tres meses. Ver Foto N.º 3.

3) Como tratamiento complementario se ha indicado Vitamina D. en forma de Radsterin y Calcio en forma de Solución de lactato de Calcio.

Se ha complementado, además, la alimentación natural con leche condensada y leche de vaca en diluciones adecuadas, se ha dado jugo de naranjas y últimamente sopas.

Evolución. — Lo primero que desapareció, fueron las Sifilides y en seguida la pseudo parálisis de Parrot.

El estado general fué mejorando rápidamente la tolerancia por el tratamiento específico ha sido perfecta. La Férula la soportó bastante bien y en ningún momento se produjeron escaras. El peso ha subido de 3,680 a los 3 m. $\frac{1}{2}$, a 6,300 a los 7 meses.

Al terminar la primera cura, la serología fué menos intensamente positiva: Wass. +. Kahn ++.

La evolución radiológica es la siguiente:

A los 2 meses y medio de observación el informe dice: Las alteraciones de la IV, V, VI dorsal persisten con parecidos caracteres a los observados en las radiografías anteriores, existiendo cierto grado de osteoesclorosis en relación con las vértebras afectadas.

A los 4 meses de observación:

“Han aumentado las manifestaciones de reparación que ya existían en la radiografía anterior. La osteoesclorosis es más intensa”.

Al cumplir este tiempo de inmovilización, la madre se ha resistido a que se coloque al niño en una nueva férula de yeso y no ha podido mandar hacer un aparato de celuloide que le aconsejó el Dr. Bisquertt.

Por el momento se tiene en observación sin inmovilización alguna. La cifosis persiste, pero es mucho menos apreciable. La columna se muestra bastante firme y el niño no acusa dolor alguno al tomarlo. Ha iniciado ya la segunda cura antisifilítica y será controlado continuamente respecto a su lesión vertebral.