FRECUENCIA Y VALOR PRACTICO DE LAS RECIDIVAS RAQUITICAS CON EL GOLPE VITAMINICO (1)

Por JULIO SCHWARZENBERG L.,

Jefe de Servicio.

JOSE COUSINO A.

Ayudante.

y

AVOGADRO AGUILERA

Licenciado.

Los resultados obtenidos por nosotros hasta fines de 1939 en el tratamiento del raquitismo con la administración única y elevada de vitamina D, se presentaban como altamente satisfactorios tanto desde el punto de vista de la curación de la enfermedad, como de la tolerancia de las dosis empleadas. Las conclusiones a que llegábamos en aquella oportunidad eran categóricas en el sentido que, si bien no era posible pronunciarse en forma definitiva sobre las dosis óptimas recomendables, nos permitíamos aconsejar como dosis curativa segura la de 15 miligramos de la vitamina pura cristalizada, o sea, 600.000 unidades. De acuerdo con la literatura pertinente, presumíamos y la recidiva presentada a la Sociedad Chilena de Pediatría en Julio de 1940 lo comprueba, que las dosis menores podían exponernos a curaciones incompletas, a recidivas o a la comprobación de los casos que se catalogan como resistentes al tratamiento (pseudo-resistencia en la mayoría de los casos, según nuestro concepto). Ciertamente que en la revisión sistemática de nuestros casos durante períodos que fluctuaban entre 6 y 18 meses después del golpe vitamínico, no habíamos podido comprobar la reaparición de

(1) Trabajo presentado a la Sociedad Chilena de Pediatría en Diciembre de 1940.

síntomas raquíticos clínicos, serológicos, ni radiológicos, en ninguna de nuestras 56 primeras observaciones; pero ya el caso a que nos referimos más arriba y que fué tratado con una dosis de sólo 5 miligramos, parecía darnos la razón. Posteriormente, la revisión más detallada, y más exacta por la mayor experiencia adquirida, del material radiográfico y clínico, que se ha ido acumulando, nos demuestra que en uno de los casos publicados en nuestro primer trabajo y que habíamos catalogado como de una curación definitiva, encontramos a los 11 meses de edad, o sea, 4 ó 5 meses después de la curación real de su raquitismo, la reaparición de leves síntomas clínicos y radiológicos que desaparecieron espontáneamente en un tiempo muy corto (Obs. 3).

Ante estos hechos y por haber usado en todo el primer período de nuestro estudio desde las dosis más pequeñas hasta las más altas que se hayan usado de vitamina D en el tratamiento por el golpe vitamínico, hemos continuado hasta la fecha los controles permanentes y periódicos de los casos de nuestra primera presentación y de todos los que hemos tratado posteriormente. Los resultados de este trabajo son los que presentaremos en esta ocasión. Ahora bien, para simplificar y facilitar el entendimiento, diremos que por el momento hablaremos de dosis suficientes cuando el golpe se haya hecho con 10-15 miligramos de vitamina D y de dosis insuficientes, cuando se trate de dosis menores de 10 miligramos. Y esto no significa que pretendamos haber resuelto ya el problema de las dosis óptimas o suficientes para la curación o para prevenir las recidivas del raquitismo, ni siquiera si estimamos necesario o prudente repetir una o más veces el golpe vitamínico en los prematuros, como lo recomiendan Vollmer y otros, por ejemplo.

El número de niños tratados con golpe vitamínico hasta la fecha llega a 99 enfermos en total. Controlados clínicamente, serológicamente y radiológicamente, tenemos 41 niños, por más de 6 meses; de éstos, 17 más de 18 meses; 11 entre 12 y 18 meses, y 13 entre 6 y 12. El control se ha hecho por menos de 6 meses en 58 niños, de los cuales 27 han recibido su tratamiento muy recientemente, 21 se han sustraído al control por diversas razones y 10 han fallecido.

De estos 99 niños, 21 son prematuros, 9 controlados por más de 6 meses y 12 menos de medio año.

RECIDIVAS EN RAQUITISMO TRATADO CON GOLPE

Nombre	Diagnóstico	Golpe	Edad	Fosfemia	Evolución	Recidiva	Edad	Fosfemia	Evolución
1. Elena I. Obs. 9382	Raquitismo Coqueluche	Ostelin 100: 35 cc. = 8.75 mmgrs.	5 m. 24 d. Febrero	baja	reparac. rad. hasta 95 días. Fosfemia baja.	Clínica y radiol.	9 m. Junio	2.5 mmgrs. 1.9 mmgrs.	Raq. florido. Cu- ración con tra- tam. corriente.
2. María R. Obs. 8508	Raquitismo Distrofia	Calciferol 2 cc. = 5 mmgrs.	4 m. 13 d. Marzo	baja	reparac. rad. y clín. Fosfemia ba- ja.	Radiológica, II Golpe Ostelin 100:12½ mmgrs.	14 m. Abril	3.2	Raq. florid. Rep. total rápida.
3. María M. Obs. 8604	Raquitismo	Vigantol: 40 cc. = 12 mmgrs.	3 m. 19 d. Julio	baja	Clín. lenta. Rad. rápida. Fosfemia alta.	Clínica y radiol.	11 m. Marzo	4.7	Raq. radiol. leve. Recidiva a los 11 meses. radiol. Rep. espontánea.
4. Mario A. Obs. 8667	Prematuro	D2:1 cc. = 15 mmgrs.	3 m. 28 d. Diciembre	baja	reparac. rad. buena. Clínica arrastrada. Fosfemia más o me- nos 4.	Clínica y radiol.	12 m. Agosto	4.7	Raq. leve radiol. 1.ª recidiva a los 11 meses. radiol. 2.ª recidiva a los 21 meses. Rep. espontánea.
5. Luis P. Obs. 8948	Prematuro	D2:1 cc. = 15 mmgrs.	4 m. 7 d. Mayo	baja	reparac. rad. y clí- nica tardía. Fosfe- mia alta.	Clínica y radiol. II Golpe Rads- terin:13½ mmgrs.	18 m. Julio	4.2	Raq. leve. Rep. rápida.
6. Augusto M. Obs. 9486	Prematuro	Radsterin: 20 cc. = 10 mmgrs.	2 m. 15 d. Abril	normal	repar. rad. y clinic. Fosfemia alta.	Clínica y radiol.	7½ m. Sibre.	3.8	Raq. florid. Rep. espontánea.
7. Sonia H. Obs. 8562	Prematuro Trigémelo	D2:1 cc. = 15 mmgrs.	3 m. 28 d. Setiembre	baja	Clín. arrastr. Rad. 3 meses. Fosfemia alta.	Radiológica	12 m. Mayo	4.7	Raq. radiol. leve. Rep. espontán.
8. Margarita S. Obs. 8556	Prematuro D. exudativa	D2:1 cc. = 15 mmgrs.	5 meses Octubre	baja	Rad. rápida. Fos- femia alta.	Radiológica	9 m. Febr.	4.7	Raq. radiol. leve. 1.ª recidiva a los 9 meses (doble línea). 2.ª recidiva a los 13 meses. Rep. espontánea.
9. María A. Obs. 9480	Prematuro	Lab. Chile: 20 cc. = 10 mmgrs.	1 m. 20 d. Abril	alta	Rad. clín. y rad. a los 4 m. Repar. rápida. Fosfemia alta.	Radiol. y clín.	7 m. Sibre.	3.3	Raq. leve radiol. Rep. espontánea.

Las recidivas comprobadas hasta la fecha son 9:3 en niños de término y 6 en prematuros y de éstos, 5 en los que tienen control superior a 6 meses y uno en los que han podido vigilarse por menos tiempo.

Estas cifras indican que nuestros controles mayores de 6 meses alcanzan a un poco menos del 50 % de los niños tratados y que esta proporción es aún más desfavorable para los prematuros. Es natural que en estas condiciones no estemos en situación de presentar conclusiones definitivas; pero los hechos observados ya son tan interesantes, que estimamos de utilidad hacer su exposición, separando para ello los niños de término de los prematuros.

Si excluimos los prematuros, tenemos 32 niños de término tratados y controlados por más de 6 meses y entre ellos se han presentado 3 recidivas raquíticas. Dos de esos enfermitos han recibido una dosis insuficiente de vitamina D, es decir, por debajo de 10 miligramos y han hecho en la recidiva un raquitismo florido grave, como puede verse en el cuadro adjunto y en las observaciones respectivas. Uno de estos casos ya ha sido publicado por uno de nosotros en colaboración con la Dra. Blanca Montero S., el otro es muy semejante, de tal manera que nos ahorraremos su descripción detallada.

El tercero de estos niños, que recibió una dosis de 12 miligramos de vitamina D (suficiente según nuestro esquema), hace en los 17 meses consecutivos al golpe vitamínico dos recidivas cortas, leves, con sintomatología clínica y radiológica poco manifiesta y que curan espontáneamente. Como ya lo habíamos hecho notar en una de nuestras publicaciones anteriores, llama la atención que en este enfermo la fosfemia se mantiene alta durante todo el tiempo de su observación, mientras que en los dos casos anteriores ella oscila después del golpe vitamínico alrededor de 3 mmgrs., descendiendo en uno de ellos hasta 1.9. Esto parece confirmar una de las deducciones de nuestra publicación del mes de Julio, a saber, que a pesar de la curación clínica y radiológica obtenida, la persistencia de cifras bajas del P., durante un tiempo después del golpe, puede ser indicadora de la insuficiencia de la dosis de vitamina D administrada.

A propósito de la sintomatología de la recidiva raquítica es interesante hacer notar que para los casos en que el raquitismo primitivo se haya reparado totalmente por el golpe vitamínico, aquélla debe presentarse con los caracteres absolu-

tamente iguales a la primera vez. Y en efecto, los dos primeros de estos casos demuestran que las cosas suceden así; pero ya en la era anterior al golpe vitamínico, observadores experimentados habían demostrado que, cuando las recidivas se producían antes de la curación completa, se dificultaba la interpretación clínica, serológica y radiológica de los cuadros resultantes y mucho más, si se sucedían con intervalos muy cortos. Las nuevas líneas de calcificación provisoria pueden sucederse en dos o más etapas sucesivas separadas entre sí por una banda transversa clara más o menos angosta y a veces imperceptible. Esto es lo que junto a una sintomatología clínica muy poco apreciable y a una fosfemia dentro de los límites normales, se pudo observar en la Obs. 3. Para los casos semejantes nosotros hablamos simplemente de "la doble línea epifisiaria".

Dado el reducido número de casos que hemos observado hasta la fecha, nada podemos decir aún sobre la importancia que pueda tener en la producción de las recidivas la edad en que se haya administrado el golpe vitamínico; pero nos parece lógico suponer y algunos hechos parecen indicarlo ya, que mientras más prematuro sea el golpe, tanto mayores son las probabilidades de que se produzcan las recidivas. Tan problemático como esto permanece aún para nosotros la influencia de la estación o época del año en que ellos puedan presentarse con mayor frecuencia.

Analizado en forma sumaria el aparente fracaso de nuestro tratamiento del raquitismo por medio del golpe vitamínico en estos casos de niños a término, puede concluirse que con dosis suficientes de vitamina D solamente se producen recidivas en el 3,5 % de los casos controlados por un tiempo suficientemente largo y que ellas hasta la fecha revisten el carácter de una alteración leve y que cura espontáneamente, manteniendo en sus manifestaciones un nivel subclínico. El problema toma otro cariz si se observan los casos tratados con dosis insuficientes, o sea, menores a 10 miligramos de vitamina D pura cristalizada. En esas circunstancias pueden aparecer recidivas con todas las características del raquitismo florido, aunque su proporción tampoco parece ser alta. La posibilidad de su probable aparición puede ir precedida de una fosfemia persistentemente baja después del golpe vitamínico primitivo. Estos accidentes curan con la repetición del golpe, tal como lo hizo la enfermedad en su primera aparición.

1.—Elena L. Obs. N.º 9282. Ingreso: 30-Nov.-39. Edad: 3 meses.
Diagnóstico: Coqueluche.

Síntomas raq.: A los 3 meses (1.º-Dic.) Cráneos tabes, tórax blando, rosario costal.

Ca y P: 11 y 3.6.

Radiología (+).

Golpe: Ostelin potencia 100, a los 5 meses (23-Feb.) 35 cc. = 8.75 mmgrs. = 350,000 Unidades.

Evolución: Los síntomas clínicos desaparecen a los 95 días después del Golpe. La radiología demuestra una reparación satisfactoria y completa. La fosfemia sube a la normal 5 semanas después del Golpe, para evolucionar posteriormente baja.

Recidiva: A los 9 meses (26-Jul.)

Cráneos tabes, rosario, retracción insp. base del tórax, rodete, hipotonía.

Ca y P: 4.5 y 12.

Radiología (+).

Evolución: Clínica, serológica y radiológicamente, las lesiones se acentúan progresivamente hacia un raquitismo florido. (18-Oct.) Ca y P: 2.5 y 12 y después P hasta 1.9.

Comentario: Raquitismo recidivante grave, sin tendencia a la reparación espontánea, que se presenta en un niño a término, golpeado antes de los 6 meses, con dosis insuficiente y curado de la recidiva con un tratamiento corriente con ostelin potencia 100.

2.—Mario R. Obs. N.º 8508. Ingreso: 2-Eñ.-39. Edad: 1 mes 20 días.
20 días.

Diagnóstico: Raquitismo. Distrofia.

Síntomas raq.: A los 3 meses (13-Feb.) Cráneos tabes occipital poco acentuada.

Ca y P: 11 y 3.8.

Radiología (+).

Golpe: Calciferol a los 4 meses (12-Mar.) Vitamina D inyectada intramuscular: 5 mmgrs. = 200,000 Unidades (2 cc.).

Evolución: Cura clínica y radiológica a los 3 meses después del golpe. Fosfemia baja (normalización pasajera).

Enfermedad intercurrente: Se opera de Labio Leporino.

Recidiva: A los 14 meses (11-Abr.-40) Rosario, incurvación de las tibias.
P y Ca: 3.2 y 7.5.

Radiología: raq. florido.

Golpe: Ostelin potencia 100 a los 14 meses (24-Abr.-40): 12.5 mmgrs. = 500,000 Unidades.

Evolución: Reparación rápida clínica y radiológica. Fosfemia normal.

Comentario: Raquitismo recidivante grave, que se presenta en un niño a término, golpeado antes de los 6 meses con dosis insuficiente y curado con Golpe (dosis suficiente) a los 14 meses.

3.—María M. Obs. N.º 8604. Ingreso: 15-Jul.-38. Edad: 3 meses
8 días.

Diagnóstico: Raquitismo.

Síntomas raq.: A los 3 meses 8 días. Cráneos tabes, rosario rodete epifisiario, hipotonía discreta.

P y Ca: 3.3 y 10.5.

Radiología (+).

Golpe D2: 1 cc. A los 2 meses 19 días (26-Jul.) = 15 mgrs. = 600,000 Unidades.

Evolución: La reparación radiológica es rápida con intensa rección periosteal. Reparación clínica lenta. Fosfemia alta.

Recidiva: A los 11 meses (4-Mar.-39). Cráneotabes discreta y fontanela anterior ampliamente abierta.

P y Ca: 4.7 y 11.

Radiología (+).

Evolución: Los síntomas radiológicos se reparan espontáneamente; el lapso con doble línea es pequeño; se trata entonces de una recidiva de corta duración.

A los 20 meses (2-Dic.-39).

No hay síntomas clínicos.

P y Ca: 4.3 y 11.

Radiología: descalcificación; líneas transversales fémur y tibia.

Comentario: Niño a término golpeado con dosis suficiente antes de los 6 meses y que presenta una recidiva leve (hallazgo radiológico), que cura espontáneamente.

La disposición especial del prematuro para hacer un raquitismo es conocida y universalmente aceptada. De ahí que estos niños presenten un material esencialmente adecuado para un estudio como el que estamos efectuando. De nuestros 99 niños tratados, 21 son prematuros y el porcentaje de recidivas entre ellos es alto, casi alarmante a primera vista: en 9 controlados más de 6 meses, encontramos 5 recidivas y en 12 controlados por un tiempo menor, 1, lo que da la cifra poco tranquilizadora de más o menos un 25-30 % para la totalidad de este grupo. Ciertamente es, además, que todos estos pacientes han recibido el golpe vitamínico con dosis suficientes de vitamina (10-15 mgrs.). Y, sin embargo, el resultado real del tratamiento no es tan desconsolador como podría aparecer por estos datos, ya que todas las recidivas encontradas, aun las de aquellos casos que la han hecho dos veces después del golpe, han sido nada más que hallazgos radiológicos y han curado espontáneamente. Esto vale también para aquel niño (Observación N.º 5), que habiendo presentado una recidiva leve y con radiología dudosa, recibió un segundo golpe con Radsterin (dosis suficiente), porque tal como lo dejamos establecido en nuestro primer trabajo, este procedimiento no tenía otro objeto que confirmar, al igual de lo que observamos en los raquitismos dudosos de primera instancia, por los síntomas de una reparación intensa después del golpe vitamínico, la exactitud de nuestra interpretación anterior al tratamiento. Otro hecho curioso, que hasta acá nos ha llamado la atención, es que la sintomatología clínica de estas recidivas es tan vaga o tan poco manifiesta que en la mayoría de los casos nos hemos

visto obligados a catalogarla como dudosa o negativa. Y por último, sorprende el hallazgo de una fosfemia baja sólo excepcionalmente y en ese caso, muy pasajera; casi todos los niños mantienen un fósforo alto durante la evolución de su recidiva.

4.—Mario A. Obs. 8667. Ingreso: 29-Ag.-38. Edad: 1 día.

Diagnóstico: Prematuro.

Síntomas raq.: A los 3 meses (5-Nov.). Rosario, rodetes epifisarios.

P y Ca: 3.1 y 10.5.

Radiografía (+).

Golpe D2: 1 cc. a los 4 meses (26-Dic.) = 15 mmgrs. = 600,000 Unidades.

Evolución: Clínicamente la reparación es rápida, se para afirmado, pero pida. Fosfemia alta.

1.ª Recidiva: A los 11 meses

(29-Ag.-39).

Hipotonía muscular acentuada.

P y Ca: 4.7 y 12.

Radiología (+).

Evolución: Clínicamente la reparación es rápida, se para afirmado; pero persisten deformaciones raquíticas leves. El control siguiente pone de manifiesto:

2.ª Recidiva: A los 21 meses

(1.º-Jun.-40).

No se aprecia progreso clínico.

P y Ca: 4.7 y 12.

Radiología (+).

Evolución: La reparación clínica continúa lenta. Radiológica satisfactoria. Fosfemia alta.

Comentario: Prematuro con raquitismo florido, golpeado con dosis suficiente antes de los 6 meses, que presenta síntomas de reparación de una primera recidiva a los 11 meses y una segunda recidiva a los 21 meses; ambas curaron espontáneamente. Vale la pena hacer notar que el desarrollo de este niño no fué satisfactorio por lo que fué catalogado como hipoplásico.

Ambiente Social: Casa Nacional del Niño.

5.—Luis P. Obs. N.º 8948. Ingreso: 18-Feb.-39. Edad: 1 mes.

Diagnóstico: Prematuro.

Síntomas raq.: A los 3 meses (31-Mar.). Rosario, rodete, hipotonía.

P y Ca: 2.8 y 12.

Radiología (+).

Golpe: D2: 1 cc. a los 4 meses (8-Mayo) = 15 mmgrs. = 600,000 Unidades.

Evolución: La craneotabes (que aparece después de los síntomas arriba descritos) desaparece al mes después del golpe, los demás síntomas mejoran gradualmente; en los últimos controles se aprecian todavía rosario y pequeñas deformaciones torácicas con tórax resistente. La radiología hace una reparación rápida. Fosfemia alta.

Recidiva: Reingresa a los 17 meses. Distrofia (30-Jun.-40).

A los 18 meses (2-Jul.). Hipotonía, anemia, esternón prominente, canales de Harrison, tórax blando.

P y Ca: 4.3 y 12.

Radiología: dudosa.

Golpe: Radsterin (27 cc.) a los 18 meses (12-Jul.): 13.5 mmgrs. = 540.000 Unidades.

Evolución: Se controla hasta la edad de 20 meses: los síntomas clínicos persisten, la reparación radiológica es rápida y la fosfemia se mantiene alta.

Comentario: Prematuro, en el que se espera la aparición de los síntomas clínicos de un raquitismo florido para dar el golpe (dosis suficiente). Presenta síntomas clínicos de una recidiva reciente cuando reingresa al 1½ año de edad, la que se trata con un nuevo golpe (dosis suficiente), lo que pone de manifiesto una reparación radiológica rápida.

Ambiente Social: Casa Nacional del Niño hasta los 13 meses.

Colocación Familiar hasta los 17 meses.

Casa Nacional del Niño hasta los 20 meses.

Colocación Familiar hasta la fecha.

6.—Augusto M. Obs. N.º 9486. Ingreso: 5-Mar.-40. Edad: 1 mes 3 días.

Diagnóstico: Prematuro.

Síntomas raq.: Aparecen cerca de los 3 meses de edad en las radiografías y clínicamente después del golpe, acentuándose radiológicamente también.

(7-Mar.).

P y Ca: 4.7 y 12.

Radiología (+).

Golpe: Radsterin (20 cc.) a los 2 meses 13 días (15-Abr.) = 10 mmgrs. = 400.000 Unidades.

Evolución: A los 4 meses (10-Jun.). Cráneotabes, rosario y rodete.

P y Ca: 4.5 y 11.

Reparación radiológica rápida e intensa.

Recidiva: A los 8 meses (29-Oct.). Cráneotabes leve; persiste rosario y rodete.

P y Ca: 3.8 y 11.

Radiología: raquitismo acentuado.

Comentario: Prematuro en el cual el tratamiento evidencia la aparición de síntomas radiológicos de intensa reparación; los síntomas clínicos se manifiestan después del Golpe en forma florida. Presenta a los 8 meses después de una reparación completa, una recidiva raquítica exclusivamente radiológica y serológica. Reparación espontánea y rápida.

Ambiente Social: Casa Nacional del Niño.

7.—Sonia N. Obs. N.º 8562. Ingreso: 13-Jun.-38. Edad: 13 días.

Diagnóstico: Trigemelo. Prematuro.

Síntomas raq.: A los 3 meses 22 días

(22-Set.).

Rosario, rodete, hipotonía.

P y Ca: 3.4 y 9.5.

Radiología (+).

Golpe: D2: 1 cc. a los 4 meses (28-Set.) = 15 mmgrs. = 600.000 Unidades.

Evolución: Reparación clínica lenta. Radiológica satisfactoria. Fosfemia alta.

A los 7 meses reingreso: Coqueluche. Distrofia.

Recidiva: A los 12 meses (23-May.-39). No hay síntomas clínicos.

P y Ca: 4.7 y 13.5.

Radiología (+).

Comentario: Prematuro, trigemelo, que presenta una recidiva raquítica a los 12 meses (hallazgo radiológico), después de una reparación con Golpe con dosis suficiente. La recidiva se repara espontáneamente a breve plazo.

Ambiente Social: Casa Nacional del Niño hasta los 5 meses.

En su casa muy insalubre hasta los 7 meses.

Casa Nacional del Niño hasta el año 7 meses.

En su casa después.

Situación económica muy mala.

8.—Margarita S. N.º 8556, Ingreso: 4-Jun.-38. Edad: 1 mts.

Diagnóstico: Prematuro.

Síntomas raq.: A los 4 meses. (Set.-38). Hipotonía muy acentuada.

P y Ca: 5.1 y 10.

Radiología (+).

Golpe: D2: 1 cc. a los 5 meses (3-Oct.) = 15 mmgrs. = 600,000 Unidades

Evolución: Mayor vivacidad y mejoría de su aspecto general. Reparación radiológica rápida. Fosfemia normal.

1.ª Recidiva: A los 9 meses (Feb.-39). No hay síntomas clínicos.

P y Ca: 5.8 y 12.5.

Radiología (+).

2.ª Recidiva: A los 13 meses (Jun.-39). No hay síntomas clínicos.

P y Ca: 5.3 y 11.

Radiología (+).

Evolución: Reparación espontánea controlada hasta los 28 meses.

Comentario: Prematuro, tratado con golpe con dosis suficiente, que hace dos recidivas (hallazgo radiológico). Por su desarrollo deficiente, este niño fué catalogado como hipoplásico.

Ambiente Social: Casa Nacional del Niño hasta los 23 meses.

Colocación Familiar.

9.—Maria A. Obs. N.º 9480. Ingreso: 28-Feb.-40. Edad: 2 días.

Diagnóstico: Prematuro.

Síntomas raquíticos: Aparecen después del golpe dado como profiláctico, sólo radiológicamente.

Golpe: Vit. D. (Lab. Chile) 20 cc. al mes 20 días (14-Abril) = 10 mmgrs. = 400,000 Unidades.

Evolución: Desde los primeros días después del Golpe presenta signos de reparación periosteal y epifisiarios. Fosfemia alta (cuatro controles).

Recidiva: A los 7 meses (10-Set.). Cráneo tabes discreta.

P y Ca: 3.3 y 11.2.

Radiología (+).

Comentario: Prematuro que se trata con Golpe como medida profiláctica, el que evidencia síntomas de reparación raquítica que evolucionan satisfactoriamente hasta los 4 meses. El control a los 7 meses presenta un raquitismo recidivante leve clínico, radiológico y serológico. Reparación espontánea.

Ambiente Social: Casa Nacional del Niño.

Interesante es hacer resaltar entre estos casos de recidivas en prematuros las Obs. N.os 6 y 9. Estos enfermitos recibieron el Golpe Vitamínico como ensayo profiláctico a los 2½ meses y al mes 20 días respectivamente, cuando aun no

presentaban signos clínicos, ni radiológicos, ni serológicos de raquitismo. Inmediatamente después se ponen de manifiesto en forma indiscutible los síntomas radiológicos de una reparación rápida y satisfactoria, lo que demuestra que, a pesar de la falta de síntomas, estábamos en el momento del golpe, ya en presencia de un raquitismo inicial. A pesar de esto, los síntomas clínicos de un raquitismo florido aparecen después del golpe y regresan espontáneamente, con rapidez y paralelamente a la curación radiológica. Con esto queda demostrado en la misma forma que ya habíamos observado en otros casos que, a pesar de la aparición de los síntomas clínicos después del golpe, éste había sido efectivo y útil.

Curioso es también que se trate de aquellos dos prematuros del grupo, de los que presentaron recidivas, que recibieron el golpe a más temprana edad y que fueron los únicos de estos enfermos que durante la recidiva mostraron una fosfemia baja. A pesar de ello, la recidiva hizo una evolución rápida hacia la curación, sin que se hubiera repetido un tratamiento anti-raquítico, o sea, que no presenta diferencia alguna con el resto de las observaciones.

Los casos restantes recibieron el golpe vitamínico después de los 3 meses de edad y antes de los 6. La fecha de aparición de las recidivas con relación a esta circunstancia, tal como con respecto a la estación del año en que se presentan, aun no puede precisarse. Tal como para los niños de término, es necesario que esperemos un mayor tiempo de observación y un número mayor de enfermos, para hacer deducciones estadísticas que tengan una base segura. Sin embargo, el hecho de que hasta la fecha hayamos encontrado en el prematuro una mayor frecuencia de estas recidivas subclínicas, que curan todas espontáneamente, y que el golpe haya sido administrado en todos ellos alrededor de los 3 meses de edad, parece indicar, al igual que para los niños a término, que mientras más prematuramente se haya hecho el tratamiento, tanto más probable es la aparición de una recidiva. Por supuesto que nos referimos nada más que a los casos que hayan recibido una dosis suficiente de vitamina D.

Por lo expuesto, se ve que los resultados de nuestros estudios difieren de las conclusiones a que han llegado casi todos los investigadores que se han preocupado de este problema. La explicación única que encontramos para ello está en que nuestros controles han podido hacerse con mayor frecuencia, con intervalos más cortos y por un período más

largo, que los que presentan todos los trabajos publicados hasta la fecha. Y todavía más, se han hecho siempre a la vez desde un punto de vista clínico, radiológico y serológico. En esta forma hemos podido pesquisar alteraciones radiológicas y serológicas, tal como anormalidades en la evolución de la enfermedad, que, por lo general, escapan a los controles más espaciados o unilaterales. Así se nos ha hecho más fácil también correlacionar y explicarnos estos hallazgos dentro de la cadena sintomática de la evolución de nuestros enfermos.

El cuadro adjunto y las observaciones resumidas que intercalamos en este trabajo, ilustran lo que hemos expuesto y nos inducen a concluir por el momento que:

1.º En los niños raquítics a término, observados y controlados por un tiempo suficientemente largo y tratados por medio del golpe vitamínico con dosis suficientes de vitamina D (10-15 mmgrs.), pueden presentarse recidivas leves, verdaderos hallazgos radiológicos, que curan espontáneamente. Son, por lo demás, excepcionales.

2.º Cuando en estos niños el tratamiento se ha hecho con dosis inferiores a 10 mmgrs., pueden observarse recidivas graves, verdaderos raquitismos floridos, que curan con un nuevo golpe o con el tratamiento corriente.

3.º En los prematuros, estas recidivas, hallazgos radiológicos solos o acompañados de muy escasa sintomatología clínica, pueden presentarse aún con dosis suficientes de vitamina D. También curan espontáneamente y no tienen importancia.

4.º Hasta la fecha no hemos observado en nuestros enfermos, niños a término o prematuros, recidivas después de un golpe vitamínico con dosis suficientes, que por no curar espontáneamente, hubieran hecho necesario un nuevo golpe o tratamiento anti-raquítrico.

5.º En consecuencia, podemos afirmar hasta el momento que las dosis superiores a 10 mmgrs. de vitamina D preservan al niño de cualquiera recidiva que pueda imponer uno o más golpes vitamínicos posteriores, como se propone de parte de algunos autores.

6.º En la mayoría de estos enfermos, cuya recidiva cura espontáneamente, la fosfemia se ha mantenido dentro de límites normales después del golpe vitamínico y sólo en dos de ellos experimenta una baja pasajera durante la recidiva.

7.º Todas las recidivas se presentaron en niños cuyo tratamiento con golpe se efectuó antes de los 6 meses de edad

y han sido más apreciables, mientras más prematuramente se haya hecho aquél.

8.º Una fosfemia baja durante algún tiempo después del golpe, a pesar de una reparación clínica y radiológica evidente, debe hacer presumir la posibilidad de una dosificación insuficiente de la vitamina D.

9.º Con una dosificación suficiente, el porcentaje de recidivas es bajo y su importancia clínica y práctica es nula, por cuanto todas curan espontáneamente. Con dosis inferiores a 10 mmgrs. de vitamina D, su frecuencia tampoco es elevada y en todo caso curan como el raquitismo de primera instancia, con un nuevo golpe o con un tratamiento anti-raquítico corriente.

Nos parece, por lo tanto, que con una dosis suficiente de vitamina D en el tratamiento del raquitismo por medio del golpe vitamínico, las recidivas que pueden presentarse, como las que hemos comprobado en nuestras observaciones, no tienen valor, ni interés práctico, y que los casos catalogados como resistentes a esta terapéutica se deben, en su gran mayoría, a insuficiencia en la dosificación de la vitamina.