CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS SECUELAS DE LA PARALISIS INFANTIL EN EL HOSPITAL ARRIARAN

Por el Dr. AGUSTIN INOSTROSA

Jefe del Servicio de Cirujía del Hospital Arriarán.

El aporte que tengo el honor de presentar al 3.er tema oficial de nuestro Congreso, no es en realidad un estudio de conjunto de las secuelas de parálisis infantil en Chile. Sólo se limita a exponer los datos estadísticos recogidos en los últimos cinco años en la Sección Cirujía del Hospital de Niños "Manuel Arriarán".

Por la circunstancia de no existir en nuestro país esta enfermedad de carácter epidémico, el número de observaciones es reducido, pero de todos modos las consideramos de interés, pues estimamos que es una contribución que puede servir de base para estudios futuros, al mismo tiempo que de alguna utilidad para gravar más ideas, que por lo demás son de conocimiento de todos mis colegas.

Ellas se refieren a 99 casos, de los cuales muchos han sido ya tratados y algunos aun permanecen en tratamiento y corresponden al año 1937, veinte casos; al año 1938, once casos; al año 1939, veinte casos; al año 1940, veinte y un casos y al año 1941, diez y ocho casos, a través de estas cifras se puede ver que la aparición de los casos se ha presentado con una regularidad de veinte por año.

Como se comprende, estas cifras no sólo corresponden a la ciudad de Santiago, casi un tercio o sea veinte y ocho casos han sido pacientes que han llegado de fuera en demanda del tratamiento. De estos veinte y ocho casos unos quince provienen de las ciudades o poblados vecinos a la Capital, lo que elevaría la cifra de casos de la Provincia de Santiago a 84.

Llama la atención que buen número de ellos corresponden a pequeños pueblos ubicados hacia la región Sur Oriente de la ciudad, esto es, a Lo Vial, Lo Ovalle, La Legua, Puente Alto, Las Condes y El Salto.

En Santiago mismo la aparición no tiene una distribución precisa, sin embargo podemos afirmar que también su mayor frecuencia se observa en el Sector Sur Oriente de la ciudad.

Por lo que al sexo se refiere, parece que no hay predisposición. Las cifras son sensiblemente iguales, apenas una marcada preferencia por el sexo femenino. Hombres se registran 45 casos, en tanto que las mujeres han sido atacadas en 54 casos, o sea, un porcentaje igual a las cifras anotadas.

A pesar de que en la gran mayoría de los casos los síntomas iniciales del ataque agudo pasan desapercibidos hemos podido verificar que la mayor frecuencia se observa hasta los 2 años, con un ligero predominio dentro del primer año de la vida. Así es como tenemos dentro del primer año de edad el número de casos es de 44 y entre el primero y segundo año es de 40 casos. De 2 a 4 años, 14 casos, y de 5 a 10, sólo un caso. No hemos registrado ningún caso en el cual el ataque inicial se haya presentado sobre los 10 años de edad.

Sin lugar a duda que los grupos musculares preferentemente afectados son los correspondientes a los miembros inferiores, en algunos casos se acompañan de parálisis de otros grupos musculares, tales como los de los miembros superiores, abdomen y tórax.

Entre los 99 casos registrados en nuestra estadística, 98 casos presentaban trastornos motores de los miembros inferiores, existiendo, además, parálisis de otros segmentos en 11 casos.

Los grupos más frecuentemente paralizados son los músculos de las piernas y entre estos el tibial anterior.

No creemos del caso en una comunicación de esta naturaleza explayarnos en la explicación de los tratamientos.

A pesar de ser de todos conocidos, debemos insistir en que el tratamiento médico debe ser siempre instituido en el bien entendido de que el tratamiento ortopédico será iniciado tan pronto como sea posible o sea al final de la crisis y sin esperar las posibles regresiones. Esta medida tiene como objeto facilitar la vuelta de las funciones musculares al mismo tiempo que prevenir las deformaciones secundarias.

Los miembros serán mantenidos en buena posición por medio de tablillas, goteras o aparatos enyesados con lo cual se evitan las aptitudes viciosas o distensiones articulares, mientras se llevan a cabo los demás tratamientos tales como los masajes, baños, diatermia, aplicaciones eléctricas. Estas últi-

mas se aconsejan iniciarlas 2 a 3 semanas después de la aparición de los trastornos motores.

Una importancia enorme tiene la reeducación funcional, que debe ser metódica y continuada. En lo posible hecha por un kinesiterapeuta para evitar pérdidas de tiempo, el ejercicio, muchas veces prácticamente inútiles.

En cuanto al tratamiento quirúrgico podemos decir que se han descrito hasta ahora un sinnúmero de técnicas operatorias que sería largo describirlas.

Todas ellas responden a las tres indicaciones, base de las operaciones ortopédicas y que son:

El restablecimiento de las condiciones estáticas en la forma más favorable.

Suplir las funciones musculares abolidas. Consolidan las articulaciones relajadas.

Con la experiencia recogida en nuestro servicio creemos que por sobre todo tiene sus mejores indicaciones los trasplantes tendinosos, las artrodesis y las artroirrisis.

Casi siempre unas son el complemento de las otras, así, por ejemplo, en una artrodesis si no es seguido de trasplante tendinoso, puede verse posteriormente reproducirse la actitud viciosa, a lo menos, en parte y vice-versa.

La edad más apropiada para este tratamiento operatorio está entre los 12 y 15 años. Naturalmente que hay casos en los cuales es posible se deberá practicar antes de dicha edad, como sucede con algunas indicaciones de tenotomias.

En un buen número de casos de nuestros pacientes desconocemos los resultados posteriores por tratarse de enfermos fuera de Santiago o porque los padres se niegan a continuar los tratamientos en vista del largo tiempo que para ello se necesita y sin considerar que muchas veces constituyen la única chance para el futuro de nuestro paciente.

Conclusiones.

I. La poliomielitis anterior aguda o enfermedad de Heine-Medin no tiene en Chile carácter epidémico.

II. La aparición de los ataques agudos se observa sobre todo hasta el segundo año de la vida, después de los cuales su permanencia es mucho menor, no habiendo sido observados casos sobre los diez años.

III. Ataca indistintamente ambos sexos.

IV. Afecta de preferencia los miembros inferiores, con ligera preferencia por el lado derecho.

La bilateralidad de la parálisis alcanza a casi un tercio de los casos.

V. Los mejores resultados en el tratamiento de las secuelas se alcanzan con operaciones que deben interesar tanto el esqueleto como el sistema tendinoso, a condición de que ellas se efectúen en una edad conveniente.

VI. Dado el gran número de casos de resultados desconocidos o de tratamientos incompletos, se recomienda a los Servicios organizados un control sistemático en cada uno de ellos.

VII. Existiendo en gran número de casos la necesidad del empleo de aparatos Ortopédicos de difícil obtención para la clientela hospitalaria, se recomienda la creación como agregados a los Servicios de Ortopedia de Gabinetes Mecánicos para la confección de ellos.