

Hospital Manuel Arriarán.
Cátedra de Pediatría
del Prof. E. Cienfuegos.

TRES CASOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA (*)

Por los Dres. JULIO MENÉGHELLO y JULIO GUASCH

Introducción.

Con motivo del ingreso a nuestro Servicio de Medicina del Hospital Arriarán de tres enfermos que presentaban una artritis reumatoídea, hemos querido dar a conocer sus observaciones clínicas, agregando un breve comentario de esta afección que, además de su escasa frecuencia en épocas tempranas de la vida, tiene la importancia de pertenecer a las enfermedades de etiología aun desconocida.

Daremos primero a conocer algunos detalles, obtenidos del estudio de los enfermos, destacando los que tienen relación más directa con el cuadro articular que ocupa nuestra atención.

CASO N.º 1

O. A. A. — 12 años. S. F. Obs. N.º 70712. Ingresó el 25-X-43.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Nació de término de parto normal. Dentición a los 7 meses; primeros pasos a los 11 meses de edad. Su pasado mórbido se reduce a coqueluche a los 3 años y sarampión a los 7, sin complicaciones.

Enfermedad actual. — Su enfermedad se inició a la edad de 7 años con tumefacción dolorosa de las articulaciones interfalángicas, con excepción de

(*) Entregado para su publicación el 25 de setiembre de 1944.

las distales, acompañada de estado febril, gran decaimiento y sudoración profusa. Pasado el periodo agudo, que según datos de la anamnesis duraba alrededor de dos semanas, se establecían progresivamente deformidades y rigideces en las articulaciones afectadas. En esta forma, en repetidos brotes, que aparecían de preferencia en primavera y verano, se comprometieron sucesivamente y siempre en disposición simétrica, las articulaciones metacarpofalángicas, radiocarpianas, codos, tibio-tarsianas y en último término la columna cervical, quedando la mayoría de ellas con su movilidad limitada, lo que condujo a la enferma a un estado de relativa invalidez. El estado general se afectó notable-



Caso N.º 1.—Articulaciones interfalángicas fusiformes.

mente en los comienzos de la enfermedad, siendo marcados el enflaquecimiento y la astenia. Además, llamó la atención el enfriamiento de las extremidades y la aparición de desarrollo piloso abundante en la cara dorsal de brazos y antebrazos y a lo largo de la columna vertebral. En el terreno psíquico se observó tendencia a la depresión y gran emotividad en la enferma.

Examen físico. — A su ingreso comprobamos una enferma en buen estado nutritivo (33.800 kgrs.), con desarrollo psíquico en relación a su edad. La piel húmeda y caliente mostraba mayor pigmentación en la cara dorsal de los brazos y antebrazos, donde podía apreciarse un marcado desarrollo piloso. Las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas y radiocarpianas de ambas

manos aparecían aumentadas de volumen; no existía rubicundez ni dolor, pudiéndose comprobar a la palpación engrosamiento de los tejidos blandos periarticulares. Tanto la movilidad activa como la pasiva estaban muy limitadas. A nivel de la columna cervico-dorsal, presentaba la enferma una xifosis irreductible. Las articulaciones tibiotarsianas tenían muy ligera limitación de los movimientos de extensión.



Caso N.º 1.—Xifosis cervico-dorsal.

La búsqueda de focos infecciosos sólo reveló algunas caries de 4.º grado, cuyo estudio bacteriológico describimos aparte.

El desarrollo de los caracteres sexuales estaba de acuerdo con la edad de la enferma que ya se encontraba en la crisis puberal. El resto del examen físico no presentaba detalles de importancia.

Examen de laboratorio:

Orina: normal.

Reacción de Kahn: (—).

Reacción Mantoux 1 x mil: (—).

Hemograma (26-X-43): glóbulos rojos. 4.760.000; glóbulos blancos. 17.400; fórmula normal.

Sedimentación (26-X-43): 10 mm.

Fosfemia: 3.8 mgrs. % (5-XI).

Calcemia: 8.9 mgrs. %.

Fosfatúria: 16.2 mgrs. %.

Calciuria: 8 mgrs. %.

Serinas: 27.7 grs. %.

Globulinas: 20.8 grs. %.

Ascorbinemia: 0.56 mgrs. %.

Electrocardiograma normal.

Sedimentación: 20 mm. (18-XI).

Fosfemia: 4.6 mgrs. % (25-XI).

Calcemia: 10.6 mgrs. %.

Fosfatasa: 3.8 U. Bodansky.

Calciuria: 14.5 mgrs. %.

Fosfúria: 17.2 mgrs. %.

Sedimentación: 9 mm. (3-XII).

Ex. contenido de carie dentaria: (directo) asociación fusoespirilar en regular cantidad. Cocos en cadena: (cultivo) regular cantidad de colonias de streptococo viridans.

Examen de secreción faríngea: neumococos; no hay streptococo hemolítico.

Estudio radiológico:

Teleradiografía N.º 41027.

Diámetro transversal del corazón normal para la edad. Silueta cardíaca normal.

Coefficiente cardio-torácico: 44.2 %.

Radiografías N.os 41413 y 41058.

Columna vertebral: no se observan lesiones.

Radiografía N.º 41172.

Muslo derecho: no existen lesiones óseas.

Radiografía N.º 41059 (ver foto N.º 1).

Manos: contornos irregulares y difusos de los huesos del carpo en ambas manos. Muy discreta atrofia ósea. Reducción del espacio articular de las articulaciones y en algunas metacarpo-falángicas.

Radiografía N.º 41060.

Pies: no se observan lesiones óseas.

Tratamientos efectuados:

Régimen alimenticio rico en albúminas y vitaminas.

Golpe de vitamina D: 420.000 U.

Vitamina C: 500 mgrs. por vía endovenosa, durante 10 días.

Calciferol: 20 gotas diarias durante 10 días.

Transfusiones de sangre: 50 cc. día por medio, en total 10.

Fisioterapia: masajes y movilización metódica de las articulaciones enfermas. Maniluvios prolongados en agua caliente, practicados diariamente.

Evolución. — En su estado de 56 días, apreciamos una manifiesta mejoría del estado general de la enferma; evidenciada por el cambio de carácter y el ascenso de más de 2 kgrs. de peso. Durante 2 días presentó ligeras alzas febriles acompañadas de discreta tumefacción y dolor en las articulaciones metacarpofalángicas, algunas interfalángicas y radiocarpiana izquierda.

Con los tratamientos ensayados, se consiguió, además de la mejoría del estado general, un notable aumento de la movilidad de las articulaciones enfermas. Sobre las deformidades, no se evidenció ningún cambio digno de señalar.

CASO N.º 2.

J. D. D. — 11 años. S. M. Obs. N.º 70876. Ingresó el 5-XI-43.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No acusa enfermedades anteriores de interés. Su alimentación ha sido satisfactoria.

Enfermedad actual. — Se inició en 1941, con brotes articulares periódicos, que afectaron sucesivamente y en forma simétrica las articulaciones de las manos, pies, rodillas, hombros y caderas. Durante el periodo agudo, las articulaciones se ponían tumefactas y dolorosas y el enfermo presentaba cefalea, fiebre y transpiración profusa. Posteriormente y en forma progresiva se establecían deformidades y anquilosis de las articulaciones enfermas. El estado general se comprometió intensamente, llegando el enfermo a un grado avanzado de miteria fisiológica, lo que, unido a la impotencia funcional de sus miembros, lo transformaron en un inválido.

Examen físico. — El examen físico nos reveló un enfermo en deficiente estado nutritivo, de hábito asténico, cuya impotencia de los miembros inferiores le hacía imposible la deambulación. Llamaba la atención la intensa atrofia muscular generalizada, estando algunos músculos, como el deltoides, reducido a escasas fibras musculares.

Las lesiones articulares eran numerosas. Los hombros aparecían deformados, siendo marcados los relieves óseos; los movimientos de elevación de los brazos estaban limitados. A nivel de los codos existía una anquilosis en un ángulo aproximado de 140°. Las articulaciones radiocarpianas estaban también en anquilosis; las manos habían adoptado una posición fija en flexión, aducción y ligera pronación, de modo que el enfermo no podía hacer uso de ellas. También estaban rígidas las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, estando estas últimas en ligera flexión.

Las rodillas se encontraban en anquilosis fibrosa, flectadas las piernas sobre los muslos en un ángulo de 120° la derecha y 90° la izquierda. Los movimientos de la articulación tibiotalariana eran limitados en la flexión.

El examen de la cavidad bucal demostró una hipertrofia amigdalina simple y la presencia de caries dentarias superficiales.



Caso N.º 2.—Anquilosis de codos y rodillas.
Manos en aleta de foca.

Examen de laboratorio:

Orina: normal.

Reacción de Kahn: (—).

Reacción de Mantoux 1 x mil: intensamente positiva.

Hemograma: glóbulos rojos, 6.280.000; glóbulos blancos, 6.400; fórmula: linf., 13 %; seg., 72 %; mon., 11 %; eos., 3 %.

Fosfemia: 4.3 %.

Calcemia: 10 mgrs. %.

Fosfuria: 27.6 mgrs. %.

Calcúria: 14 mgrs. %.

Ascorbinemia: 1.15 mgr. %.

Colesterinemia: 1.63 mgr. %.

Sedimentación: 14 mm. (8-XI-43).

Electrocardiograma: taquicardia sinusal. Moderada desviación del eje eléctrico a la izquierda. Probable alteración miocárdica.

Examen de desgarro: no hay desarrollo de bacilos de Koch en medio de Petragiani.

Sedimentación: 3 mm. (11-II-44).

Hemograma (26-XII-42): glóbulos rojos, 7.470.000; glóbulos blancos, 7.400; fórmula: eos., 4 %; bac., 11 %; seg.: 60 %; linf., 18 %; mon., 7 %.

Estudio radiológico:

Radiografía pulmonar N.º 41260.

Sombras tenues irregulares, en parte con aspecto de vacuolas en ambas bases pulmonares. Diafragmas borrosos. Velamiento del hiatus costal derecho.

Conclusión: ¿Secuela de proceso agudo pulmonar? ¿Bronquiectasia?

Deformación y ensanchamiento de la extremidad del arco anterior de la cuarta costilla izquierda.

Radiografía N.º 41410.

Pelvis y columna doro-lumbar: no existen lesiones óseas.

Radiografía N.º 41971 (ver foto N.º 3).

Rodilla derecha: atrofia marcada del esqueleto con reducción del espacio articular.

Radiografía N.º 41915 (ver foto N.º 2).

Manos: la atrofia del esqueleto es más manifiesta. Tendencia a las subluxaciones de las articulaciones metacarpo-falángicas de los dedos 2.º, 3.º, 4.º y 5.º. Ligera deformación de los dedos y de la articulación radiocarpiana.

Tratamientos efectuados:

Régimen alimenticio rico en albúminas y vitaminas.

Calciferol: 20 gotas diarias durante 10 días.

Transfusiones: de sangre, 50 cc. día por medio, en total 9.

Masaje y movilización de los miembros afectados. Bajo anestesia, férulas correctivas de la posición de las manos. Extensión por medio de tracción con estribo de los miembros inferiores.

Evolución. — Durante su permanencia de 32 días en el Servicio de Medicina, apreciamos una notable mejoría del estado general. Se mantuvo afebril, presentando sólo un episodio de corta duración, con dolor en la columna cervical, acompañado de ligera reacción térmica. Además, comprobamos un aumento de la movilidad de las articulaciones enfermas.

En el Servicio de Cirujía se dió a los miembros una posición útil. Extensión de los inferiores y ligera hiperextensión de las manos sobre los antebrazos, consiguiendo con esto una notable mejoría de la función.

CASO N.º 3

R. L. M. — 9 años. S. M. Obs. N.º 79452.

Antecedentes hereditarios. — Padres y 9 hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Nacido de término, en parto normal. No ha tenido enfermedades de importancia.

Enfermedad actual. — Se inició a los 3 años de edad con estado febril, rumefacción y artralgias en disposición simétrica, que se mantuvo aproximadamente 3 meses, después de los cuales se establecieron rigideces y deformaciones articulares.

No fué posible precisar más antecedentes de la evolución del cuadro clínico, por estar el enfermo separado de sus familiares que residen en una ciudad muy distante.

Examen físico. — Enfermo pálido, de constitución asténica en muy deficiente estado nutritivo. Llama la atención la intensa atrofia muscular, que es más manifiesta en los segmentos vecinos a las articulaciones afectadas. La piel delgada y pálida aparece más pigmentada en la cara de extensión de los antebrazos. Existen pequeños ganglios axilares y uno de mayor tamaño subaxilar derecho. El examen de la cavidad bucal revela mala implantación y forma de los dientes. El tórax de tipo asténico, aparece aplanado en sentido antero-posterior. Se comprueba indemnidad cardio-pulmonar. No existe aumento de tamaño del hígado ni del bazo.

Las extremidades presentan múltiples deformidades que han creado una completa invalidez del paciente. La extensión de los antebrazos sobre el brazo está limitada, alcanzando un ángulo de 140°. Las manos adoptan una posición en ligera flexión y aducción; estando los movimientos de extensión muy limitados. Los dedos se encuentran flectados sobre la mano y presentan engrosamiento de las articulaciones metacarpofalángicas y aumento fusiforme de las interfalángicas, observándose indemnidad de las distales; la movilidad de las articulaciones afectadas está limitada.

A nivel de las rodillas, existe una anquilosis movable en un ángulo aproximado de 90°. Se observa aumento de volumen de la articulación, en cuya apreciación influye, sin duda, la intensa atrofia muscular de los segmentos adyacentes.

Examen de laboratorio:

Orina: indicios de glucosa.

Reacción de Mantoux 1 x mil: (—).

Radioscopia de tórax: (—).

Hemograma (31-V-44): glóbulos rojos, 4.200.000; glóbulos blancos, 8.200; fórmula: normal.

Sedimentación (1-VI-44): 8 mm.



Caso N.º 3.—Deformidades y anquilosis múltiples.

Calcemia: 10.1 mgrs. %.

Reacción de Kahn: (—).

Uremia: 0.37.

Glicemia: 1.41.

Electrocardiograma: ritmo normal. Desviación acentuada a la derecha.
Probable alteración miocárdica.

Sedimentación (30-VI-44): 7 mm.

Hemograma (23-VI-44): glóbulos rojos, 4.780.000; glóbulos blancos, 15.300; linfocitosis.

Sedimentación (8-VII-44): 9 mm.

Hemograma (10-VII-44): glóbulos rojos: 4.580.000; glóbulos blancos, 10.200; moderada linfocitosis y desviación a la izquierda.

Estudio radiológico:

Radiografía N.º 44473-74 (ver foto N.º 4): manos: intensa osteoporosis de todo el esqueleto, con atrofia de la cortical. Superficies articulares de los huesos del carpo, metacarpo-falángicas e interfalángicas de aspecto irregular y borroso, con reducción del espacio articular. Deformación de los dedos y tendencia a la subluxación. Engrosamiento de las partes blandas.

Radiografía N.º 44475: rodillas: osteoporosis intensa; reducción del espacio articular; atrofia marcada del esqueleto.

Radiografías N.os 44477 y 44478: codos: iguales procesos a los descritos en la rodilla. Tendencia a la anquilosis.

Conclusión: artritis reumatoidea.

Tratamientos efectuados:

Defecación dentaria.

Régimen alimenticio rico en albúminas y vitaminas.

Transfusiones sanguíneas: 80 a 100 c.c., en total 4.

Vitamina C: 50 mgrs. por vía bucal durante 10 días.

Sales de oro: aurolipán. en dosis semanales de $\frac{1}{4}$ y $\frac{1}{2}$ c.c., por vía intramuscular (este tratamiento en la fecha actual, está en su iniciación). Tracción continua de las extremidades inferiores.

Masajes y movilización de las extremidades superiores.

Evolución. — Ha permanecido 58 días en el Servicio, durante los cuales presentó un episodio febril en relación con un brote de varicela. Hemos observado una mejoría discreta del estado general, mayor extensión de las extremidades inferiores por efecto de la tracción esquelética y un aumento de la movilidad en las articulaciones de las manos.

Comentario. — Ha servido de base para catalogar nuestros enfermos, la clasificación que hace de las artritis crónicas de causa desconocida, el Comité de la Asociación Americana de Reumatismo (3). Según ella, pertenecerían los casos presentados a las artritis atróficas o reumatoideas, entre las cuales la enfermedad de Still sería un síndrome propio de la infan-

cia, caracterizado, además de las manifestaciones articulares, por la existencia de esplenomegalia, leucocitosis y adenopatías caracterizadas.

Destacaremos los puntos de mayor importancia obtenidos de estudio de nuestros enfermos, señalando, al mismo tiempo, las diferentes opiniones adquiridas en los libros y revistas que hemos consultado.

1. Edad: se inició la afección, según datos obtenidos de las respectivas anamnesis a la edad de 3, 7 y 9 años (Obs. N.º 3, N.º 1 y N.º 2). Coinciden diferentes autores (9) en que la enfermedad puede manifestarse en cualquiera época de la vida, correspondiendo al comienzo de la segunda infancia una tercera parte de los casos y los dos tercios restantes a la pubertad y edad adulta. Considerando en especial el síndrome de Still, se inicia generalmente entre los 2 y 5 años de edad, siendo un hecho excepcional el caso citado por Gentili, que se presentó en un lactante de 4 meses.

2. Sexo: de nuestros pacientes, 2 pertenecen al sexo masculino y uno al femenino. Brannemann (1) considera más frecuente la enfermedad en las mujeres, lo que no es aceptado por otros autores, que dicen que la artritis reumatoídea afecta indiferentemente a individuos de ambos sexos.

3. Factores predisponentes: se citan como factores predisponentes, el estado económico, el hábito asténico, la inestabilidad del sistema vasomotor, los shocks emotivos (I y II). En relación a esto, debemos señalar que nuestros enfermos, pertenecen a una clase social que está en déficit nutritivo; corrobora esto el hecho de que mejoraron notablemente en su estado general con el régimen de hospital. Sin embargo, algunos investigadores (4) han demostrado que el aporte nutritivo de un grupo de 31 enfermos que padecían de artritis reumatoídea, era igual al de otro grupo de individuos escogido al azar. No obstante, en el curso de la enfermedad, se comprobaban diferentes manifestaciones de carencia interpretadas por los autores, como debidas a un aumento en los requerimientos, o a perturbaciones de la asimilación creadas por la enfermedad.

En relación a los otros factores predisponentes citados, dos de nuestros pacientes tenían un manifiesto hábito asténico, y en el otro pudimos comprobar una labilidad vasomotora evidenciada por el frecuente enfriamiento de sus extremidades.

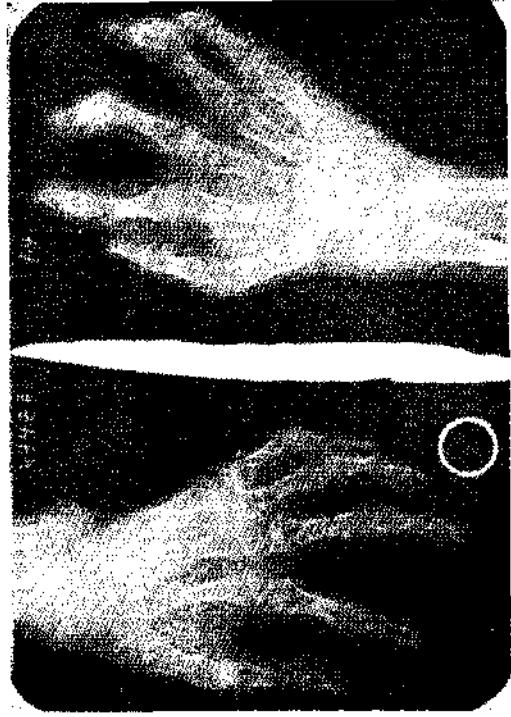
4. Forma de comienzo: el comienzo en todos los casos fué insidioso con reacción febril y compromiso poliarticular simétrico. Las primeras articulaciones afectadas fueron las interfalángicas de ambas manos con excepción de las distales.

Es ésta la forma de comienzo más frecuente, aunque se describen formas de iniciación aguda o subaguda (3). A veces síntomas prodrómicos preceden a las manifestaciones articulares, como cefalea, fatiga, laxitud, entumecimiento de las extremidades, pérdida de peso y debilidad general. En los niños es frecuente que la artritis reumatoidea haga su aparición después de una infección, especialmente del árbol respiratorio superior.

5. Síntomas clínicos principales: en nuestros enfermos, los primeros síntomas que llamaron la atención, fueron el estado febril, acompañado de dolor y tumefacción articular, en disposición simétrica, que afectó en forma sucesiva las pequeñas articulaciones de las manos, muñecas, codos, rodillas, pies, comprometiendo en último término las de la columna cervical. Constituidas las lesiones articulares como las comprobamos en el examen físico de recepción, ofrecían ciertos rasgos característicos. Adoptaban una rigurosa disposición simétrica, ofreciendo las pequeñas articulaciones de los dedos una forma de huso, dando a éstos un aspecto de rosario. La palpación permitía apreciar un engrosamiento de los tejidos blandos periarticulares. Tanto la movilidad activa como pasiva estaba limitada y era ligeramente dolorosa. En las articulaciones de mayor tamaño, además de las deformidades no características, predominaban los fenómenos de anquilosis en posiciones viciadas.

Se describe como un hecho específico de la enfermedad que nos ocupa, la disposición simétrica de las lesiones articulares. El engrosamiento de los tejidos que rodean a la articulación, corresponde a una inflamación de la sinovial y elementos blandos periarticulares, que en el período agudo se evidencia clínicamente con rubor, tumefacción y dolor. En un comienzo se produce congestión y edema de los tejidos; rápidamente proliferan las células sinoviales y hay una activa infiltración de elementos, especialmente linfocitarios. Posteriormente, queda como residuo de este proceso inflamatorio, un engrosamiento fibroso de las estructuras blandas que rodean a la articulación, condicionando su característica deformidad.

En etapas más avanzadas se erosiona el cartilago, siendo, a veces, completa su destrucción, lo que conduce a la formación de adherencias entre las superficies articulares, con la con-



Caso N.º 1.
Foto N.º 1.—Radiografía 41059.



Caso N.º 2.
Foto N.º 2.—Radiografía 41915

Caso Nº 3.
Foto Nº 4 Radiografía 4-473-74.



Caso Nº 2.
Foto Nº 3 Radiografía N.º 41971.



siguiente anquilosis fibrosa y después ósea, si va seguida de depósito de sales calcáreas.

En los huesos se producen fenómenos de atrofia, exteriorizados por disminución de espesor de la cortical y reducción del número de trabéculas óseas a nivel de las epífisis. en la médula se observa un aumento en la vascularización.

Se señalan como deformidades características la xifosis a nivel de la columna cervical (Obs. N.º 1) y la flexión de las articulaciones interfalángicas y rodillas (Obs. N.º 2 y N.º 3). Consideramos de interés citar la opinión de Díaz Nielsen, que interpreta las rigideces articulares, no como el efecto de una anquilosis, sino como la consecuencia de una contracción de los músculos vecinos, que tienden a dar a la articulación una posición de alivio.

Entre los síntomas generales tiene importancia la reacción febril. Según la descripción del cuadro, que hacen diferentes autores, ésta puede ser ligera o elevada, adoptando el tipo remitente o intermitente; se mantiene lo que dura el período activo que puede ser de semanas o meses. En dos de nuestros enfermos, asistimos a un corto episodio evolutivo, pudiendo comprobar sólo una ligera reacción térmica de leves manifestaciones articulares.

Un hecho llamativo, que presentaban 2 de nuestros pacientes, era la intensa miseria fisiológica. La grasa y músculos habían desaparecido casi totalmente, coincidiendo con lo que se describe en las etapas avanzadas de la enfermedad. En estos casos la atrofia muscular se diferencia de la de miopatías de origen nervioso por conservarse normales los reflejos y al electro-diagnóstico no se evidencia lesión medular.

En la piel anotamos como signos de importancia su delgadez, humedad y temperatura fría, condiciones debidas a alteraciones de la circulación periférica, características de esta afección; además, existían zonas con manifiesta hiperpigmentación. Se describen en la piel fenómenos de atrofia, pigmentaciones de tinte bronceado, placas de vitiligo, eritemas y en un 3 % de los casos psoriasis (3).

No comprobamos en nuestras observaciones esplenomegalia ni adenopatías. Este último signo, aunque no obligado, se considera más constante, siendo la esplenomegalia variable en su frecuencia entre un 5 y 10 % de los casos. (3)

El examen clínico y medios de laboratorio demostraron en los enfermos que citamos en este estudio, indemnidad

del endocardio, lo que se señala como característico de la artritis reumatoídeas. Sin embargo, no concuerdan con esto las conclusiones obtenidas por T. Bayles (7), del estudio anátomo-patológico de 23 casos de artritis reumatoídea, entre los cuales encontró un 22 % con lesiones valvulares cardíacas semejantes a las de la enfermedad reumática; es posible, dice el mismo autor, que hubieran existido simultáneamente ambos procesos.

Con relativa frecuencia, 25 % según Portis, (9) se encuentra en esta afección una pericarditis adhesiva que ha sido precedida de un derrame serofibrinoso escaso. Generalmente no da síntomas, siendo su comprobación un hallazgo de autopsia.

Por la importancia que se ha dado a las infecciones focales en la etiología de esta enfermedad, señalamos sin poder establecer ninguna relación de causa a efecto que uno de nuestros pacientes tenía un foco dentario, en el cual el estudio bacteriológico reveló la presencia de estreptococos viridans, que ha sido considerado por algunos (1) como el agente responsable de cuadro que ocupa nuestra atención. Otro de los pacientes tenía una bronquiectasia, que no dió manifestaciones clínicas, siendo evidenciada radiológicamente.

6. Investigaciones de laboratorio: cuadro sanguíneo: en uno de los enfermos encontramos una leucocitosis a expensas de los neutrófilos; otro (Obs. N.º 2) tenía una poliglobulia, que relacionamos con la existencia de una bronquiectasia, y una ligera leucopenia con disminución de los linfocitos y aumento discreto de los monocitos. El tercero presentaba una moderada leucocitosis con infocitosis.

En esta afección, el cuadro hematológico es variable. Generalmente, hay anemia hipocroma, cuyo grado guarda relación con el período de la enfermedad. En la fórmula blanca se observa una leucocitosis moderada en los períodos activos, pudiendo existir leucopenia en las etapas avanzadas (3).

Felty (6) ha descrito un síndrome que se incluye en el grupo de las artritis reumatoídeas, caracterizado por leucopenia acompañada de hígato y esplenomegalia.

Sedimentación: ingresados nuestros pacientes en períodos inactivos de la enfermedad, no presentaron aumento de la velocidad de sedimentación globular digno de mención; sin embargo, observamos una ligera elevación de ésta, en uno de los enfermos que hizo una corta poussé evolutiva.

Es un signo propio de los períodos activos, la velocidad de sedimentación acelerada (3), que puede alcanzar valores de 50 y 100 mm., lo que constituye un elemento de valor para el diagnóstico diferencial con la osteo-artritis hipertrófica.

Composición química de la sangre; la dosificación de la calcemia, fosfemia y fosfatasa dieron valores normales. Igualmente la ascorbinemia demostró cifras normales. Las albúminas séricas en uno de los pacientes, presentaban una disminución global, con alteración del cociente por aumento relativo de las globulinas. La colesterinemia era normal.

La composición química de la sangre en la artritis reumatoidea no tiene nada de característico, siendo generalmente normal (3). Se han descrito casos, con disminución de la ascorbinemia, sin que esto tenga relación al parecer con el cuadro clínico, pues la administración de vitamina C normaliza los niveles sanguíneos de ésta, sin influir en la evolución de la enfermedad. Además, se ha comprobado en algunos casos, descenso del colesterol sanguíneo y aumento de las globulinas séricas, lo que permanece aún inexplicado.

Hallazgos radiológicos: el estudio radiológico nos ha evidenciado, engrosamiento de las partes blandas (Obs. 3), atrofia ósea, pérdida de los contornos de los huesos a nivel de las articulaciones, con tendencia a la fusión de ellos, reducción del espacio articular y subluxaciones de las pequeñas articulaciones de los dedos.

Según diferentes autores (3-5), los signos radiológicos óseos de la artritis reumatoidea, guardan relación con la etapa evolutiva de la enfermedad. Precozmente no se encuentra nada, o sólo una decalcificación general del esqueleto, más manifiesta a nivel de las articulaciones afectadas. Se puede observar, además, tumefacción periarticular o derrame intra-articular.

Posteriormente, aparecen erosiones del cartílagos, reducción del espacio articular, anquilosis fibrosa u ósea y subluxaciones por destrucción de los extremos óseos que constituyen la articulación.

Recordamos nuevamente, que la anquilosis puede producirse en algunos casos, por la contracción de los músculos vecinos, como observamos en uno de nuestros pacientes, que presentando clínicamente una anquilosis de la columna cervico-dorsal, no evidenciaba ninguna lesión radiológica de la misma.

7. Evolución y pronóstico: la afección en nuestras observaciones siguió un curso crónico, en forma de empujes, que en uno de los casos tenían preferencia estacional, siendo más frecuentes en primavera y verano.

Esta evolución en períodos de actividad alternados con períodos de reposo, es característica de este proceso. Las fases de remisión pueden, a veces durar años, simulando curaciones, lo que da un inmerecido valor a alguno de los variados recursos terapéuticos.

En lo que se refiere al pronóstico, en la enfermedad de Still, es desfavorable, siendo la curación excepcional. Puede evolucionar durante largo tiempo hasta llegar a la caquexia, si antes no aparece una infección intercurrente. Se citan casos de curso rápidamente mortal (9).

Transcribimos las conclusiones de la Asociación Americana de Reumatismo sobre el pronóstico de la artritis reumatoidea: 25 % de los enfermos siguen un curso progresivamente fatal; 25 % sanan, y un 50 % mejoran con los tratamientos. Son signos desfavorables para el pronóstico (3), la atrofia muscular grave, anemia, taquicardia, sedimentación alta persistente, pérdida de peso y debilidad general.

8. Etiología: la etiología de la artritis reumatoidea permanece aún desconocida. Entre las numerosas teorías, la infecciosa es la que tiene más argumentos a su favor. El aspecto del cuadro clínico, con reacción febril, leucocitosis, sedimentación alta y los fenómenos inflamatorios articulares concuerdan con esta etiología.

Los gérmenes individualizados como responsables de la producción de la artritis, ya sea por una acción bacteriana directa o por toxinas, son el estreptococo hemolítico y el estreptococo viridans. Nicholls y otros investigadores (1) han encontrado hemocultivos positivos para el estreptococo viridans en el 62 % de los casos. Leichtentritt (9) insiste en que la artritis reumatoidea es una septicemia crónica, en la que circulan escasos gérmenes en la sangre, por lo que es necesario usar técnicas especiales en los cultivos para pesquisarlos.

Se ha demostrado que el suero de estos enfermos aglutina en un 40 a 50 % de los casos, al estreptococo hemolítico a alto título (1 x 160), siempre que el proceso haya estado en actividad durante varios meses. Es un test de valor en diagnóstico diferencial, que según los mismos autores (1) no ten-

dria aplicación en medicina infantil, por ser en los niños negativo.

No consideraremos en detalle las teorías metabólica, parasitaria, endocrina y alérgica, porque no tienen una base científica sólida, quedando su estudio fuera del alcance de esta breve publicación.

Para terminar diremos que, interpretando la patogenia de la artritis reumatoídea, a través de las lesiones locales y generales que determina, se ha llegado a la conclusión que es una enfermedad de los tejidos derivados del mesoderma (8).

9. Diagnóstico diferencial (3.9): es necesario considerar en el diagnóstico diferencial los siguientes cuadros articulares:

1.º Artritis gonocócica: limitadas, no simétricas y responden a la terapia sulfamidada. El examen del líquido articular es un elemento útil para el diagnóstico, ya que revela la presencia de gonococos.

2.º Reumatismo poliarticular agudo: son artritis fugaces, sensibles al tratamiento con salicilato de sodio. La fiebre es continua durante los accesos, a diferencia de la artritis reumatoídea, en que adopta un curso discontinuo. En esta última afección, el compromiso endocárdico es excepcional. Además, la sangre en la enfermedad de Bouilleau, tiene un alto título de estreptolisina y el test de aglutinación del estreptococo es negativo.

3.º Artritis tuberculosa: generalmente monoarticular o compromete pocas articulaciones. Evoluciona en forma continua, sin empujes a diferencia de la artritis reumatoídea.

4.º Reumatismos infecciosos: toman una o pocas articulaciones y corrientemente se encuentra su relación con focos sépticos.

5.º Artritis luética: también es monoarticular o afecta a escaso número de articulaciones; las reacciones específicas y la respuesta al tratamiento, son medios de valor en el diagnóstico diferencial.

6.º La enfermedad de Still, el síndrome de Felty, la psoriasis artropática y la enfermedad de Marie Strumpell, se consideran dentro del grupo de las artritis reumatoídeas.

10. Tratamiento: reposo físico, régimen alimenticio rico en proteínas y vitaminas, pequeñas transfusiones repetidas, constituyeron la base del tratamiento en nuestros enfermos. Además, empleamos grandes dosis de vitaminas D y C, medida aconsejada por algunos autores (3). Unimos a esto

los masajes musculares y movimientos sistemáticos de las articulaciones y cuando el daño era muy intenso (Obs. 2 y 3) practicamos la corrección de las posiciones viciosas, bajo anestesia, manteniendo posteriormente los miembros en férulas de contención, con lo que se consiguió darles una posición útil.

Sería largo señalar los numerosos tratamientos que figuran en la literatura médica, ensayados en esta enfermedad. El Comité de la Asociación Americana de Reumatismo (3) considera como recursos de comprobada eficacia, el reposo general y local y la mejoría del estado nutritivo con vitaminas, hierro y transfusiones. Se da también valor a la extirpación de los focos infecciosos, medida que practicamos en uno de los enfermos. Entre los medicamentos empleados, son las sales de oro las que gozan de mayor prestigio. Su acción se explicaría por sus propiedades bactericidas y estimulantes de los factores inmunitarios. Se ha demostrado que el suero de pacientes sometidos a terapia aurica, adquiere propiedades bactericidas frente al estreptococo hemolítico. El éxito de esta medicación es variable, siendo para autores europeos de un 17 a 58 %, y para autores americanos de un 2 a 46 % (13). Administramos sales de oro a uno de nuestros pacientes, sin que podamos sacar ninguna conclusión de su eficacia, por ser todavía muy breve la duración del tratamiento.

Para terminar, diremos, que de nuestra escasa experiencia recogida de la observación de tres enfermos de artritis reumatoidea, podemos afirmar que las medidas destinadas a modificar el estado general, como son el reposo, alimentación adecuada, transfusiones sanguíneas y administración de vitaminas, son de utilidad, porque si no consiguen una mejoría manifiesta de las lesiones articulares, actúan favorablemente sobre el estado nutritivo, lo que, a su vez, cambia el psiquis de estos niños, deprimido por su triste estado de invalidez.

Bibliografía.

- 1.—SMITH, RICHARD M.; GALLUP, HENRY E.; OSGOOD, ROBERT B. — Brennemann's Pract. of Pediatric. Ed. W. F. Prior Company, 1942.
- 2.—DEGKWITS, R. — Tratado de pediatría. Ed. Labor, 1935.
- 3.—JORDAN, E. P. — J. Am. M. Ass. 119: 1089. 1942.
- 4.—Nutrition Reviews. 2:5. 1944.
- 5.—CAMP, J. D. — Ann. of Rheum. Dis., 1943.
- 6.—TALKOV, R.; BAUER, W. y SHORT, Ch. — New England J. of Med. 227: 395. 1942.
- 7.—BAYLES, T. — A. J. of M. Sciences, 1943.
- 8.—KELIKIAN, H. — Surg. Ginec y Obst. IV, 1943.
- 9.—DIAZ NIELSEN, J. R. — Arch. Arg. de Pediatría. VIII. 1941.
- 10.—DIAZ NIELSEN, J. R. y KIRCHMAYR, E. A. — Arch. Arg. de Pediatría. I. 1942.
- 11.—JORDAN, E. P. — Rev. Asoc. Med. Arg. 56: 532-542. IX. 1942. 15-30.
- 12.—GARCIA, G. y AGUILERA, A. — Rev. Chil. de Pediatría, 13: 828-835. IX. 1942.
- 13.—ROSEMBERG, E. F. — Proc. of de Mayo Clinic. Vol. 17. IV. 1942.