III.—RAQUITISMO EN EL LACTANTE DISTROFICO

Por los Dres. JULIO MENEGHELLO, OSCAR UNDURRAGA,
JORGE ROSSELOT y JULIO HASBUN

Se realizó estudio planificado de 70 casos de raquitismo, detallando la sintomatología clínica, humoral y radiográfica; se completó el análisis con la evolución que estos síntomas y signos experimentaron con posterioridad al tratamiento de la afección con golpe vitamínico D.

La frecuencia de raquitismo en nuestro período de estudio fué baja, alcanzando el 9,3 % de los lactantes hospitalarios. Esta cifra está de acuerdo con lo ya establecido acerca de la menor proporción de raquitismo en lactantes con estado nutritivo deficiente, que es el caso de la clientela de nuestros hospitales.

Las características de peso y talla de los lactantes que integran nuestro material de estudio se consignan en el gráfico N° 1.

El mayor número de casos fué observado en los meses de invierno y primavera (42), registrándose la menor frecuencia en los meses de otoño. La condición social, que resume factores higiénicos y alimenticios, que seguramente juegan papel en la etiología del raquitismo, fué deficiente en las 36 ocasiones en que se estudió. En la mayoría de nuestros enfermos existía inadecuado régimen alimenticio antes del ingreso al hospital, habiéndose calificado, como francamente malo, en 49 ocasiones.

Destacamos como hechos de gran importancia en nuestro material, la concomitancia al trastorno nutritivo crónico de múltiples infecciones, que generalmente motivaron la hospitalización del enfermo. Pensamos que estas circunstancias han contribuido a dar fisonomía propia a la afección, dificultando, en ocasiones, la interpretación de los síntomas o de su evolución.

GRAFICO N° 1.

Sintomatología del raquitismo en el distrófico.

Nuestra casuística se refiere a 50 observaciones, que contaron con síntomas clínicos, humorales y radiográficos, englobando también otros 20 casos, en que se advirtieron únicamente alteraciones clínicas y humorales, pero que no evidenciaron lesiones radiográficas típicas de raquitismo. En su ma-

GRAFICO N° 2.

yoría, este segundo grupo se integra por lactantes menores, que probablemente, en razón de su temprana edad, sólo acusaron "pequeño raquitismo", como lo llama Garrahan, sin compromiso radiográfico evidente.

En el gráfico N° 2 pueden apreciarse los hechos de más interés, deducidos del análisis de la sintomatología clínica y radiográfica. Hay que señalar la gran precocidad del cráneotabes, presente en el 100 % de los menores de 4 meses; el rosario costal es también un síntoma precoz, pero registra su mayor incidencia hacia el tercer cuatrimestre; finalmente, el engrosamiento epifisiario demostró ser una alteración tardía, que no se observó en menores de 4 meses y que progresivamente alcanzó su mayor frecuencia pasado el primer año de vida, época en que se advirtió en el 67 % de los casos.

Las lesiones radiográficas típicas de la afección estuvieron ausentes en general en los lactantes menores, que como ya señalamos, constituyeron el grupo de raquitismos clínico-humorales. Resulta muy evidente en el gráfico, el ascenso progresivo del compromiso radiográfico, que va desde el 9 % en el primer cuatrimestre, hasta el 100 % al término del primer año.

Entre las alteraciones óseas, que se observaron en clínica con menor frecuencia, vale referirse a 17 casos de deformaciones craneanas, 20 de deformaciones torácicas y 3 desviaciones de la columna. Se registró consistencia blanda del tórax en 36 observaciones y en 4 oportunidades se anotó la presencia de canales de Harrisson. Hemos considerado como alteraciones secundarias, a aquellos síntomas no específicos, de etiología múltiple y comunes a raquíticos y distróficos. El análisis de nuestros casos nos permitió evidenciar en 29 oportunidades franco retraso psíquico, alteraciones de la estado-dinamia en 32 ocasiones, hipotonía muscular en 58 pacientes y retardo de la irrupción dentaria en 35 casos.

Aquellos raquíticos que tuvieron certificación radiográfica de sus lesiones óseas, demostraron, con mayor constancia, la aparición de espolones y engrosamiento epifisiario, signos presentes en el 100 % de los casos. Dos de los síntomas más específicos de raquitismo, la presencia de copa y el deshila-chamiento, se anotaron, respectivamente, en el 84 y 88 %.

Por su gran constancia valdría citar también otras alteraciones óseas, no raras de encontrar en huesos de distróficos, tales como el adelgazamiento de la cortical y la osteoporosis; con menor frecuencia se consignaron periostitis, incurvaciones

y fracturas. Los núcleos de osificación se mostraron osteoporóticos en 23 ocasiones y no eran visibles en 9 casos; a veces el tratamiento contribuyó a dilucidar la participación del raquitismo en este fenómeno. Las lesiones radiográficas del grupo de raquitismos clínico-humorales fueron mínimas y no específicas, registrándose la mayor frecuencia para la osteoporosis y los espolones.

GRAFICO Nº 3.

Entre las modificaciones humorales cabe destacar la gran constancia de la hipofosfatemia, cuyo promedio fué de 2.74 ± 0.077 mgr. %. Como es conocido, la calcemia no experimentó variaciones importantes con respecto del promedio en lactantes normales. El promedio fué de 10.07 ± 0.178 mgr. %.

Involución del raquitismo en el lactante distrófico.

El tratamiento consistió en el golpe vitamínico, utilizándose las vías oral y paraenteral. Se administraron 600,000 unidades de vitamina D, en general en dosis única. Sólo 2 casos precisaron de un segundo golpe vitamínico, pudiéndose en uno de ellos hablar de fracaso del primer tratamiento.

En general, lo hemos estimado satisfactorio, asistiéndose en clínica principalmente a la desaparición del cráneotabes, hecho comprobado en 31 casos, la mayoría de las veces antes

del mes. El rosario costal, el engrosamiento epifisiario y, en general, las deformaciones esqueléticas, no experimentaron modificaciones apreciables, pudiendo estimarse como síntomas residuales. Los síntomas clínicos de orden secundario demostraron remisiones paralelas a la regresión del cuadro distrófico o a la desaparición de la enfermedad intercurrente. Esto ocurrió con las modificaciones del psiquismo, el progreso de la estado-dinamia y la irrupción dentaria.

El estudio humoral señaló la normalización de 44 fosfatemias, ocurriendo este fenómeno por excepción en forma tardía en 4 oportunidades: para 18 casos se registraron elevaciones del fósforo, hasta alcanzar casi niveles normales, antes de los primeros 20 días. Aun cuando hemos estimado satisfactorio los resultados obtenidos en la corrección de la hipofosfatemia, es evidente que nuestros hallazgos no corresponden a las modificaciones casi inmediatas de que hablan otros autores.

CUADRO N° 1

Plazo de desaparición de algunos síntomas radiográficos en 50 raquiticos.

Plazo Días	Deshilachamiento N° de casos	Copa N° de casos	Espolones N° de casos
1-10	4	1	0
11-20	12	0	3
21-30	13	4	2
31-50	3	2	3
51	3	1	4
Total	35	8	12

La reparación radiográfica fué evidente en la gran mayoría de los casos, advirtiéndose como síntoma más precoz del proceso reparador, la aparición de nueva línea de calcificación, hecho que pudo señalarse en 26 casos dentro del primer mes. En el cuadro N° 1 puede apreciarse la regresión también temprana, del deshilachamiento, fenómeno apreciado antes del mes en 29 observaciones. La desaparición de signos como la copa y los espolones fué menos frecuente y más bien tardía. El depósito de calcio se observó a menudo y con mayor intensidad entre la segunda y tercera semana. Tanto la pe-

riostitis como el adelgazamiento de la cortical y la osteoporosis experimentaron discretas modificaciones. La aparición de núcleos de osificación ocurrió en 6 oportunidades en forma tan precoz, que pudo suponerse que el golpe vitamínico había tenido algún papel.

Analizado en conjunto el resultado obtenido en la reparación del raquitismo, pensamos que ha sido satisfactorio, ya que nunca comprobamos vitamíno-resistencia. En 26 casos se asistió a la reparación total clínica, humoral y radiográfica; sólo en 2 ocasiones la reparación radiográfica fué parcial, en los plazos de 30 y 50 días que pudieron observarse los enfermos, pero en ambas oportunidades existió reparación humoral. En 4 casos no hubo reparación clínica pero se advirtió reparación humoral o radiográfica. En 7 observaciones no se consignó reparación humoral, existiendo reparación clínica o radiográfica. En los casos restantes, hubo reparación clínica o humoral parcial, pero siempre existió curación radiográfica.

CUADRO Nº 2

Estado nutritivo y reparación del raquitismo.

Reparación	Distrofia		
	I	II	III
Clínica	67 %	83 %	100 %
Radiográfica	95 %	98 %	100 %
Humoral	83 %	81 %	90 %
Nº de enfermos	18	42	10

La apreciación del tratamiento avaluado en relación con el grado de trastorno nutritivo crónico presente, no permitió señalar una influencia de éste en la involución de los síntomas específicos de raquitismo. Es ilustrativo al respecto el cuadro Nº 2, en que se aprecian porcentajes de reparación, semejantes en los distintos grupos de distróficos.

La regresión de los síntomas secundarios fué mucho menos manifiesto como consecuencia de los múltiples factores que los condicionaron. Creemos que muchas de estas alteraciones en mayor o menor grado han sido determinadas por la distrofia concomitante, de modo que al persistir, refle-

jarían su relación con el trastorno nutritivo crónico en vías de reparación. Es posible que la distinta velocidad de involución de estos síntomas esté de acuerdo con la diferente especificidad de los mismos, regresando en forma llamativa y rápida aquellas alteraciones que indiscutiblemente se determinan en la avitaminosis.

La influencia del tratamiento antirraquítico sobre el curso del trastorno nutritivo crónico, plantea un problema difícil de resolver, por cuanto su sintomatología compleja es el resultado de múltiples carencias, pudiendo suponerse que la única forma en que este hecho puede valorarse es en la regresión de síntomas comunes a distróficos y raquíticos, pero sin que pueda en definitiva delimitarse la independencia patogénica de estos trastornos.

Resumen.

- 1) El raquitismo es una enfermedad poco frecuente en el lactante distrófico.
- 2) Su sintomatología típica, tanto clínica como radiográfica, está en íntima relación con la edad de los pacientes.
- 3) A veces se asocian a los síntomas específicos, otros secundarios, probablemente determinados por la distrofia concomitante.
- 4) En distróficos raquíticos, sometidos a golpe vitamínico, la involución de las lesiones específicas es rápida, manifiesta e independiente del trastorno nutritivo. La regresión de los síntomas secundarios es tardía, poco evidente y paralela a la mejoría de la distrofia.
- 5) Es posible que la velocidad de reparación de algunos síntomas proporcione un criterio para señalar la especificidad de los mismos.