

COMPLICACIONES OSTEOARTICULARES EN LA FIEBRE TIFOIDEA

Por el Dr. ALFREDO RAIMANN

Hospital M. Arriarán. Cátedras de Pediatría de los Profs. A. Baeza Goñi y Julio Meneghello.

La fiebre tifoidea, en su carácter de afección septicémica, suele comprometer el sistema esquelético, originando lesiones osteoarticulares, que se traducen en alteraciones clínico-radiológicas.

Boerhave⁶, en 1728, destaca por primera vez la existencia de complicaciones óseas en la fiebre tifoidea. Posteriormente, Maissonneuve⁸, en 1833, y Chassaingnac⁸, en 1854, aumentan el caudal de estas observaciones y atraen sobre esta materia la inquietud de clínicos y de bacteriólogos.

El descubrimiento del bacilo de Eberth, en 1880, proporcionó una base de mayor precisión en el estudio de las complicaciones esqueléticas de la fiebre tifoidea. La investigación señaló con cierta frecuencia la supuración en las lesiones óseas, fenómeno que no ocurre cuando el germen tífico se localiza en otros órganos.

En 1890 demostró Colzi⁸, experimentalmente, el poder piógeno del bacilo aislado del pus de un absceso tibial, desarrollado en una recaída de fiebre tifoidea. Después de cultivar el germen, este autor lo inyectó por vía endovenosa a una serie de 14 conejos, a los que le fracturó el fémur algunos minutos más tarde. En 11 de los animales comprobó la formación de abscesos en el lugar del traumatismo, aislando de ellos sólo el B. de Eberth.

Muschko⁸, en esa época observó un caso de osteítis costal, que se prolongó durante 7 años, encontrándose en esta oportunidad el bacilo tífico. Con posterioridad se llegó a demostrar plenamen-

te el origen septicémico de las complicaciones osteoarticulares.

Las complicaciones esqueléticas de orden tífico se traducen desde un punto de vista general, en lesiones variables, que fundamentalmente permiten catalogarse como osteítis o periostitis dolorosas, o bien como osteoartritis, a veces deformantes y que pueden conducir a fenómenos de luxación patológica. La localización de las lesiones óseas es muy variable. Así Murphy⁹, haciendo una recopilación, encontró que de 553 complicaciones óseas, 110 correspondían a las vértebras, 22 a los huesos craneanos, 142 al tórax, 57 a las extremidades superiores, 83 a las extremidades inferiores y 19 a localizaciones varias.

La frecuencia ha sido estimada en 0.45 y 0.87 % por Blake y Mason y de 0.8 por Murphy y Ross Veal⁸.

Se presentan frecuentemente en la convalecencia, aunque a veces pueden manifestarse mucho tiempo después, ya que el B. de Eberth tiene una supervivencia muy grande en el organismo. Cornil, Chantemesse y Widal, Richet y Piquet⁸ han señalado osteoperiostitis aparecidas hasta 15 años después de la enfermedad causal. Murphy demostró el bacilo en un absceso, 20 años después de la infección. Jaureguy y Simon¹¹, de Uruguay, ayudados del mielocultivo, obtienen resultados positivos en la búsqueda del germen, hasta el día 54 después del comienzo de la enfermedad.

Las complicaciones osteoarticulares en la fiebre tifoidea ocurren de preferencia en el niño y en el adulto jo-

ven. Sólo en forma excepcional han sido vistas en enfermos mayores de 25 años. Pueden ser originadas por el B. de Eberth o por cualquier otro germen de la supuración. En ocasiones hay asociaciones de gérmenes. Estas lesiones revisten distinto aspecto y gravedad y su evolución puede ser aguda, subaguda o crónica.

Material.

En el plazo de 7 años se han atendido 684 casos de fiebre tifoidea en el Hospital Manuel Arriarán, de los que se complicaron con lesiones óseas o articulares o ambas a la vez con francas alteraciones radiológicas, 8. Ha habido 6 enfermos en los que clínicamente se sospechó la existencia de una complicación ósea o articular; pero que no fué confirmada por la radiología. En otros 9 enfermos hemos observado sólo dolor a nivel de un miembro o a nivel de la región costal y que se interpretó de distinta manera, ya como neuritis o ya como osteítis. En algunos enfermos se comprometieron 2 ó más regiones en forma sucesiva.

Ninguno de los pacientes que presentaron complicaciones osteoarticulares recibió cloromicetina.

Casuística.

CASO N.º 1. — Espondilitis de la región dorsal.

I. T. O. — Obs. N.º 47/33457.

Corresponde a una enferma de 12 años, con aracnodactilia, que ingresa al Hospital el 4-II-1947 por una fiebre tifoidea de 8 días de evolución y confirmada mediante el aislamiento del B. de Eberth de las deposiciones y del pus de un absceso de la parótida.

Este caso se caracterizó por la extraordinaria gravedad, evidenciada en la evolución prolongada, con gran compromiso general, estado tífico intenso, tendencia hemorrágica clara, que se tradujo en frecuentes epistaxis, que requirieron cauterización; en la melena que se prolongó por espacio de una semana y en el síndrome purpúrico de predominio en las extremidades y tronco. En la segunda semana de hospitalización se presentó una parotiditis bilateral, que a derecha precisó de la evacuación quirúrgica, aislándose del pus el B. de Eberth.

La temperatura fué irregular y elevada durante 8 días; luego persiste por 12 días más; pero en forma arrastrada. Después de 3 días de apirexia, se instala un nuevo proceso febril, que dura 89 días. Este cuadro se interpretó como una probable recaída. A los 60 días de hospitalización (86 de enfermedad) se aprecia un agravamiento del estado general, fiebre de 39° y dolores en las regiones sacra e iliaca, que se exacerbaban con la presión. Pasan transitoriamente al 5º día de haber comenzado, para reaparecer al siguiente, referidos a la cadera izquierda, a partir de la región sacra. A los 70 días de hospitalización se observa una nueva alza térmica. Persiste el dolor a la presión de la articulación sacrolumbar. Se toma ese día la radiografía N.º 62273, cuyo informe es el siguiente: "Los cuerpos de las vértebras lumbares 3 y 4 se observan irregularmente contrastadas; pero esto puede ser originado por la superposición de las sombras del colon". En los días sucesivos persiste el dolor encontrado en los exámenes anteriores y a los 18 días de haber comenzado se advierte actitud de defensa con flexión de la pierna y muslo y aducción y rotación interna del miembro izquierdo. Además, había contractura muscular y dolor a la presión de la 12ª vértebra dorsal y 1ª lumbar. Días más tarde se le coloca corsé de yeso, con lo que disminuyen rápidamente los dolores, desapareciendo totalmente a los 93 días de hospitalización. A los 3 meses de haber sido colocado, se retira el yeso, existiendo en ese momento aún rigidez de la columna y una pequeña cifosis a nivel de las vértebras dorsales 10 y 11. Siete días más tarde se toma la radiografía N.º 64862, que señala una gran disminución del espacio intervertebral entre las vértebras dorsales 11 y 12.

Resumen y comentario: Este caso corresponde a una espondilitis tífica, que se presentó durante la recaída de una fiebre tifoidea grave. Este enfermo tuvo un síndrome doloroso espinal, que se acompañó de alteraciones radiológicas claras, consistentes en un acortamiento del espacio intervertebral comprendido entre las vértebras dorsales 11 y 12. Se caracterizó esta complicación por su benignidad, hecho que señala la literatura. Se debería esto a la época en que aparece, ya que lo hace generalmente en un momento en que el organismo cuenta con defensas humorales importantes. Gall³ estima que un caso de cada 1,800 fiebres tifoideas se complica de espondilitis, habiendo un predominio de los hom-

bres sobre las mujeres (83 %). El pronóstico es favorable. Se han observado recidivas, pero son raras. La curación es lenta y puede durar varios meses, terminando casi siempre con la anquilosis del segmento afectado, por lo que queda una limitación de la movilidad.

Tratamiento: Se aconseja reposo en cama dura. Cuando el dolor y la contractura han disminuido hay que realizar movilización con corset enyesado.

CASO N° 2. — Osteoartritis de la muñeca izquierda.

S. M. A. — Obs. N° 49/56637.

Se refiere a un niño de 12 años, que ingresa al Hospital el 11-V-1949 por una fiebre tifoidea que llevaba 11 días de evolución y que se confirmó con la positividad de las reacciones de aglutinación a altas tasas. Se trató de una forma muy grave, que hizo una evolución muy accidentada y con múltiples complicaciones. Entre éstas figuran una miocarditis, un púrpura tómbopénico desde el 7° día y una estomatitis máculofibrinosa a los 23 días de hospitalización. Presentó, además, edemas carenciales.

A los 23 días de hospitalización (34 de enfermedad) se aprecia un aumento de volumen doloroso, sin cambio de coloración, a nivel de la muñeca izquierda. Al día siguiente se toma una radiografía cuyo informe señala: "Discreta rarefacción ósea de la metafisis distal del cúbito". Dos días más tarde existe edema bastante considerable y la palpación revela dolor en el extremo distal del cúbito. En los días sucesivos se nota una regresión del proceso. A los 34 días de hospitalización (11 de haber comenzado la complicación) se toma una nueva radiografía que informa: "Aumento de las sombras de las partes blandas de la región radiocarpiana. Osteoporosis de los huesos del carpo con disminución de la nitidez de los contornos de ellos". Al día siguiente se nota reaggravación del proceso; existía otra vez calor local y discreto cambio de coloración, acompañados de impotencia funcional relativa, por lo que se punciona la articulación, obteniéndose 1 cc de líquido opalescente, cuyo cultivo dió desarrollo de B. de Eberth de tipo VI.

El proceso inflamatorio se mantuvo sin variar hasta los 69 días de hospitalización, momento en el cual se aprecia una franca reducción del aumento de volumen de la cara dorsal de la muñeca; pero persiste siempre el dolor a la palpación de la interlínea articular por su cara palmar. Siete días más tarde hay aún escaso dolor a nivel de la interlínea articular y que desapareció 2 días después. Se tomaron dos nuevas radiografías de control, una de ellas (N° 71315) a los 45

días de hospitalización, en un momento en que estaba en plena evolución el proceso articular y en la que se comprobó un pequeño defecto óseo del semilunar de la mano izquierda. Diez días después de haber mejorado clínicamente la artritis, se tomó una última radiografía (N° 71749), en la que se observan algunas zonas de osteoesclerosis dentro del semilunar.

El tratamiento consistió en inmovilización con valva de yeso y vendaje. Posteriormente se hizo movilización pasiva y luego activa. La recuperación fué completa.

Resumen: Se trató de una fiebre tifoidea muy grave y con múltiples complicaciones. Una de ellas fué la osteoartritis de la muñeca izquierda, que corresponde a una localización rara dentro de este tipo de complicaciones producidas por el B. de Eberth. Se presentó en plena convalecencia de la enfermedad. La etiología precisa pudo ser determinada mediante la punción del proceso articular. Su evolución fué benigna y no dejó secuelas.

CASO N° 3. — Osteoartritis de la articulación coxofemoral izquierda.

S. A. A. — Obs. N° 46/12206.

Niña de 6 años de edad, que ingresa al Hospital el 19-VII-1946 por una fiebre tifoidea que llevaba 20 días de evolución. A los 5 días de haber comenzado el cuadro infeccioso, acusa dolor permanente a nivel de la cadera y rodilla izquierdas y 4 días antes de consultar en el hospital, observa la madre aumento de volumen de estas articulaciones. El examen físico de ingreso mostró una niña muy pálida, enflaquecida y con discreta cianosis de los labios y uñas. Tenía hepato y esplenomegalia. Las articulaciones coxofemoral, rodilla y tibiotarsiana izquierdas estaban aumentadas de volumen, dolorosas, con coloración violácea y con calor local.

Al ingreso se plantean las hipótesis diagnósticas de septicemia o enfermedad reumática. Sin embargo, la positividad de las reacciones de aglutinación a títulos elevados en forma repetida, unido a los hallazgos clínicos, inclinó el diagnóstico hacia una fiebre tifoidea.

A los 2 días de hospitalización se observa un aumento de volumen difuso del muslo izquierdo y que era especialmente notorio a nivel de su parte alta. Tres días más tarde se coloca el miembro inferior en extensión continua, con lo que pasan las molestias subjetivas. A los 20 días de estadía en el hospital se palpa el fémur muy aumentado de volumen; pero aparentemente algo dismi-

nido con respecto a los exámenes anteriores.

El 21-IX-46 se traslada a Cirugía, en donde se le toma una radiografía, cuyo informe es el siguiente: "Osteomielitis de todo el fémur izquierdo, cuya diáfisis forma un gran sequestro envuelto en su casi totalidad por hueso periosteal de neoformación. Hay una luxación de la cadera de este lado. "Ese día se coloca una tracción con estribo. El 12-XI-46, o sea, a los 103 días de haber comenzado la enfermedad, se toma una nueva radiografía, cuyo informe es: "Osteomielitis de toda la diáfisis y epífisis superior del fémur izquierdo. En comparación con la radiografía anterior se observa una reabsorción casi total de la epífisis superior, a la vez que una regeneración acentuada de la diáfisis". Dos días más tarde se coloca un yeso pelvipedio.

6-III-47: Se retira el yeso. Se observa una deformación en el contorno de la cadera. La movilidad pasiva era poco dolorosa; la activa estaba muy limitada. Una radiografía de control revela todavía actividad del proceso, por lo que se coloca nuevo yeso por 2 meses.

20-V-47: Se aprecia el miembro en posición satisfactoria. Hay cierto grado de movilidad de la cadera, pero que es dolorosa. Rodilla con movilidad muy limitada y dolorosa. Fémur muy engrosado, pero indoloro. No se aprecia gran aumento de volumen del muslo. La radiografía N° 60048 revela destrucción completa de la cabeza femoral. Sólo se aprecia el cuello, que se apoya en la parte superior de la ceja cotiloidea. Hay regeneración casi completa del fémur y desaparición del sequestro observado anteriormente. Se coloca nuevo yeso.

19-IX-47: Abierto el yeso en valva se encuentra que persiste la movilidad de la cadera en flexoextensión. Rodilla izquierda siempre con movilidad muy limitada. Longitud espino maleolar: 51.5 cm a izquierda; 53.5 cm a derecha.

25-IX-47 (Radiografía N° 61682): "El resto que queda del cuello anatómico (1/3 externo) aparece encajado en un pequeño neocotilo que se ha formado en la parte superior del cotilo. El núcleo del trocánter mayor simula una cabeza".

Una última radiografía tomada algunos meses más tarde, muestra un progreso hacia la regeneración total de la diáfisis femoral.

Resumen: Este caso corresponde a una artritis de la articulación coxofemoral izquierda, con osteomielitis del fémur, formación de un gran sequestro, reabsorción de la epífisis superior y luxación de la cadera. Se discutió mucho la etiología del proceso. Pensamos que este caso corresponde más bien a una osteomielitis

y artritis por germen piógeno del tipo del estafilococo. El hemocultivo practicado resultó negativo y desgraciadamente no se practicó una punción de la articulación.

A pesar de la tracción e inmovilización tuvo una evolución muy arrastrada, debiendo prolongarse ésta por espacio de 1 año 2 meses. Como secuela quedó un acortamiento del miembro inferior izquierdo.

CASO N° 4. — Osteoartritis del fémur y articulación coxofemoral derecha. Artritis de la rodilla derecha.

J. L. C. S. — Obs. N° 49/57964.

Se trata de un niño de 6 años que ingresa al hospital el 15-VI-46 por una fiebre tifoidea que llevaba ya 16 días de evolución. El diagnóstico se confirmó mediante el hemocultivo.

Clínicamente se trató de una tifoidea muy grave. Este estado de gravedad se mantuvo durante 12 días, plazo en el cual estuvo inconsciente, no se alimentaba o lo hacía en forma muy deficiente, el estado general era pésimo, presentó supuración del oído derecho durante algunos días y hubo un franco compromiso del miocardio. En los días sucesivos fué mejorando paulatinamente, iniciándose el tratamiento con cloromicetina a los 14 días de hospitalización. La fiebre desapareció 4 días más tarde. Pasa luego 19 días afebril. A los 42 días de hospitalización (26-VII-49) presenta nuevamente alzas térmicas, está más decaído y a nivel de la rodilla derecha acusa dolor y ligero aumento del calor local. Sigue luego un período febril de 25 días, en que la temperatura fluctuaba entre 38 y 39°. Dos días más tarde hay también signos de inflamación a nivel de la región trocánteriana.

Al día siguiente se toman las radiografías Nos. 71597-98-99, que informan: "No se observan lesiones óseas".

A los 50 días de hospitalización se agrega impotencia funcional del miembro inferior y posición viciosa en flexión de la pierna sobre el muslo y de éste sobre la pelvis. Había dolor en la parte interna de la interlínea articular e intenso dolor en una zona del tamaño de un peso a nivel del cóndilo femoral derecho. Esta sintomatología regresó pronto, influida tal vez por la acción de los antibióticos.

El 5-VIII-49 se inicia el tratamiento con sulfatiazol y penicilina, colocándose en el plazo de 10 días, 3,300,000 U.

El 12-VIII-49 acusa nuevamente ligero dolor a nivel de la rodilla derecha, la que se nota con los relieves anatómicos menos marcados. Una semana más tarde siente dolor a nivel de la cadera derecha. Existía fiebre desde 2 días antes. Nuevamente adoptó el ni-



Radiografía N° 72616: Se observa descenso del fémur y una diástasis del hueso con respecto a la cavidad cotiloidea. Hay una mayor alteración ósea a nivel del cuello. Existe una formación ósea por encima de la cavidad cotiloidea.

no una posición viciosa. A nivel de la cadera derecha se observaba una zona de infiltración muy dolorosa y con aumento de la temperatura local.

Se tomó la radiografía N° 72003, en la que se observa un proceso destructivo a nivel del cuello del fémur.

El 20-VIII-49 se punciona la articulación, obteniéndose un líquido hemorrágico, cuyo cultivo resultó negativo.

El 7-IX-49 se toma la radiografía de control N° 72282, en la que se observa un descenso apreciable del fémur. Una nueva radiografía (72616), tomada 16 días más tarde, muestra una reducción de la cabeza femoral; pero hay una gran diástasis respecto a la cavidad cotiloidea. Se coloca un yeso pelvipedio en abducción máxima. No se logró una rotación interna suficiente, por existir rigidez marcada a nivel de la articulación y no se insistió con maniobras forzadas por temor a la fractura a nivel del cuello.

El 27-IX-49 se toma la radiografía N° 72772, en la que se aprecia una reducción satisfactoria y se indica control en 3 meses.

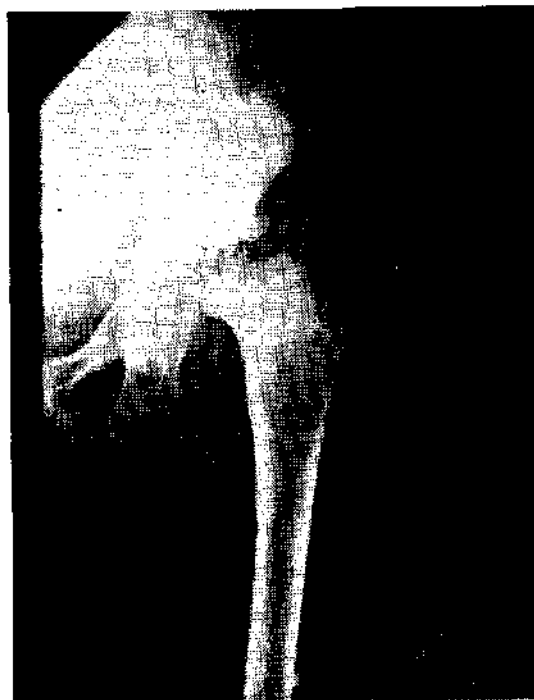
Un año más tarde aun se mantenía el yeso por actividad del proceso (radiografía N° 215).

Resumen: Corresponde esta observación a un niño que presentó una fiebre tifoidea muy grave, tratada con cloromicetina, que a los 60 días de haber comenzado, presentó una artritis de la rodilla derecha, que cedió pronto, tal vez por efecto de los antibióticos; pero que luego tuvo una artritis de la cadera derecha, con un proceso destructivo a nivel del

J. L. C. S. — Caso N° 4.

Radiografía N° 72003: Se aprecia un proceso de rarefacción del cuello femoral derecho y alteraciones de la estructura de la cortical interna. Además, hay una luxación patológica.

cuello femoral y una luxación patológica. No nos fué posible determinar la etiología exacta del proceso articular, ya



J. L. C. S. — Caso N° 4.

Radiografía N° 215: Se ve una destrucción del núcleo epifisiario proximal del fémur y una luxación patológica. Hay formaciones osteofíticas por encima de la cavidad cotiloidea.

que el líquido extraído por punción articular resultó estéril. Un hemocultivo hecho en el momento de iniciarse la artritis de la rodilla derecha desarrolló un estafilococo dorado hemolítico. Asociando estos hechos se puede pensar que éste fué el germen causal del proceso articular. La evolución fué muy arrastrada y después de un año de estar enyesado aun no hay evidencia de curación. Seguramente quedará con secuela.

CASO N° 5. — Osteomielitis de la epífisis superior del fémur derecho.

N. C. A. — Obs. N° 43/11806.

Enfermo de 7 años que ingresa al hospital por una fiebre tifoidea el 22-IX-46. La enfermedad actual se había iniciado en los últimos días de agosto. Ocho días antes del ingreso se queja de dolores en el triángulo de Scarpa y muslo derechos, que le impiden moverse y sentarse solo. En el momento del ingreso había dolor al menor movimiento de la articulación coxofemoral derecha. También existía ictericia, además de los síntomas y signos propios de la tifoidea.

La evolución se caracterizó por una curva febril intermitente. La ictericia se notaba apenas a los 15 días de hospitalización. El dolor que el niño localizaba en un principio en la articulación coxofemoral derecha, desaparece totalmente al cabo de un mes. Se piensa, en vista de que tanto la sintomatología física como la radiológica era negativa, que se trataba de un proceso de periartritis o de periostitis, que no alcanzó a comprometer el hueso.

Permanece en cama sin síntomas durante 20 días más. A los 51 días de hospitalización se le autoriza levantarse. Nuevamente siente dolor a nivel del muslo derecho y la fiebre reaparece, alcanzando hasta 39°. Se toma una radiografía (57023) de la cadera y se comprueba una osteomielitis de la epífisis superior del fémur derecho, con coxa vara concomitante. El 22-XI-46 se coloca tracción hasta el 4-XII-46. Ese día se inmoviliza con yeso. El 14-II-47 se toma una radiografía (58443), que revela persistencia de las lesiones del cuello del fémur. El 15-IX-47 aun no hay reparación ósea, por lo que se coloca nuevamente yeso. El 12-XII-47 se toma la radiografía N° 62866, que revela una franca mejoría; pero la cadera tiene tendencia a la coxa vara. Deambula sin dificultad. El 17 de ese mes se coloca calzón de yeso. Permanece en estas condiciones durante 4 meses. Un examen hecho en abril de 1948 permite apreciar que el niño ha curado desde el punto de vista clínico. Subjetivamente se siente bien. Se

toma una radiografía de control, que muestra la existencia de una coxa vara.

Resumen: Este caso corresponde a una osteomielitis de la epífisis superior del fémur derecho con coxa vara concomitante. De esta observación se desprende la conveniencia de tomar una radiografía para descartar una lesión ósea o articular, cuando clínicamente hay fundamento para sospecharla. A pesar de haber estado 20 días sin sintomatología, bastó levantarlo para que ésta reapareciera. Esta complicación mejoró con tracción e inmovilización con yeso. Como secuela quedó una coxa vara.

CASO N° 6. — Artritis sacroiliaca derecha.

J. V. I. — Obs. N° 47/29617.

Se trataba de un niño de 11 años de edad, que ingresa al hospital el 28-VII-47 por una fiebre tifoidea confirmada, que llevaba 24 días de evolución. Una semana antes de consultar y en concomitancia con fiebre alta y mantenida, apareció un dolor intenso y continuo, ubicado especialmente en la región de la cresta iliaca derecha. Este dolor se exacerbaba con los movimientos y se irradiaba hasta el talón. El examen físico de ingreso mostró, además de la hígato y esplenomegalia, propias de la fiebre tifoidea, dolor difuso a lo largo de la extremidad inferior derecha y que era más acentuado en la parte proximal del miembro. Al tercer día de hospitalización existía dolor exquisito en el borde posterior del trocánter mayor. También había dolor intenso al movilizar la articulación coxo femoral y al palpar suavemente cualquier punto cercano a ella. Se notaba, además, dolor de mediana intensidad en la parte baja del muslo y alta de la pierna y escaso dolor en la parte distal de la extremidad. Al 8° día de hospitalización se precisa una zona intensamente dolorosa en la articulación sacroiliaca derecha. Persistía siempre el dolor en la cara posterior del trocánter mayor. En los días sucesivos fué disminuyendo el dolor y ya a los 20 días estaba en condiciones de caminar, pero claudicando. Posteriormente también pasó esto y se dió de alta en buenas condiciones. El 27-VIII-47, a los 31 días de hospitalización y 55 de enfermedad, se toma una radiografía cuyo informe fué el siguiente: "La articulación sacroiliaca derecha se observa de límites difusos. Hay una pequeña zona de osteoesclerosis en el ala derecha del sacro".

Resumen: Esta observación corresponde a una fiebre tifoidea, que a los 32 días de evolución se complicó con una artritis

de la articulación sacroilíaca derecha y que evolucionó en el plazo de 3 semanas. La radiografía mostró, además, la existencia de una pequeña zona de osteoesclerosis en el ala derecha del sacro.

CASO N° 7. — Periostitis de la tibia izquierda.

G. M. M. — Obs. N° 85734.

Se refiere a un enfermo de 10 años, que ingresa al hospital por una fiebre tifoidea confirmada, que llevaba 7 días de evolución. A los 49 días de enfermedad se observa un aumento de volumen muy doloroso en el borde interno del 1/3 inferior de la tibia. En este sitio existía ligera rubicundez. Cuatro días más tarde se observa una tumefacción del tamaño de una moneda de un peso en la zona antes descrita. En los días sucesivos desaparecieron los signos de inflamación, quedando sólo el aumento de volumen indoloro en la región tibial. Se tomó la radiografía N° 47318, que reveló una periostitis.

Resumen: Se trató en el presente caso de una fiebre tifoidea de mediana gravedad en un niño de 10 años y que en plena convalecencia presenta como complicación una periostitis de la tibia izquierda y cuya sintomatología regresó rápidamente.

CASO N° 8.

R. M. A. — Obs. N° 71811.

Corresponde a un enfermo de 12 años, que ingresa al hospital por una fiebre tifoidea confirmada, el 9-XII-43. Llevaba en el momento del ingreso 3 días de evolución. Se trató de una fiebre tifoidea de mediana gravedad, que se mantuvo febril durante 31 días. En el curso de su hospitalización presentó abscesos múltiples del cuero cabelludo. A los 22 días de hospitalización se aprecia un padizado a nivel del pulgar izquierdo, que se vacía, dando salida a escaso pus y se procede a

Algunas características de los 8 enfermos de fiebre tifoidea que presentaron complicaciones osteoarticulares.

Obs. N°	Edad	SEXO	APRECIACION PROBABILITARIA DEL CURSO CLINICO DE LA F. TIFOIDEA	EPOCA DE APARICION DE LA LESION (días de enfermedad)	TIPO DE LA LESION	LOCALIZACION DE LA LESION	SINTOMATOLOGIA Y EVOLUCION CLINICA					
							GENERAL		LOCAL			
							COMPROBADO GENERAL	FIEBRE	SUBJETIVOS		OBJETIVOS	REGRESION
1. T. O. 47/33459	12	F	GRAVE	66	Espandilitis	11 y 12 vertebrae dorsales	Accentuado	39°	Región sacro-ilíaca 18 ds. se aprecia en la 12ª y 13ª lumbar	30 días	Contratura muscular en la 12ª y 13ª lumbar	3m. 25 ds.
S. M. A. 49/56637	12	M	GRAVE	34	Osteoartritis	Muñeca izquierda	No hubo	Período antibiótico	Muñeca izquierda	55 días	Calor local enrojecimiento de vol. impotencia funcional	48 días
S. E. A. A. 46/12206	6	F	GRAVE	15	Osteoartritis	Fémur y art. coxo-femoral izquierda.	Accentuado	Propia de la enfermedad 39°	Art. coxo-femoral y tibio-tarsiana izquierda	14 días	Aumento de vol. calor local coloración violácea	45 días
N. C. A. 46/11806	7	M	GRAVE	14	Osteomielitis	Fémur derecho	Propia de la enfermedad	Propia de la enfermedad 39°	Δ de Searpa y muslo derecho	38 ds.	Miembro derecho a bducción y rotación externa. Aumento de volumen dolor y aplastamiento de él	
J. L. C. S. 49/57964	6	M	GRAVE	58	Artritis	Rodilla derecha	Accentuada	40°	Rodilla der.	16 ds.	Aumento del calor local Rubicundez	16 ds.
				60	Osteoartritis	Fémur y art. coxo-femoral derecho					Región del triángulo mayor y art. coxo-femoral	1 año
J. V. 1 47/22617	11	M	MEDIANA GRAVEDAD	17	Osteoartritis	Sacro Art. sacro-ilíaca derecho	Propia de la enfermedad	37,5°	Cresta ilíaca der. irradiada al talón 1º. Luego a nivel de la art. sacro-ilíaca derecha	27 ds.	No se observo	
G. M. M. 44/85734	10	M	MEDIANA GRAVEDAD	5	Periostitis	Tibia izquierda	No hubo	37°	Borde interno de la tibia región inf.	8 días	Aumento de vol. tercio inf de la pierna izquierda Rubicundez	8 días
R. M. M. 43/71811	12	M	MEDIANA GRAVEDAD	27	Osteítis	Pulgar izquierda (falange distal)	No hubo	40°	Falange distal pulgar izquierda	27 ds.	Dolor-calor. Aumento de volumen. Cambio de coloración.	27 días

extraer la uña. Se encontró un trayecto fistuloso profundo, con exposición de la falange ósea. El pus dió desarrollo a estafilococo dorado hemolítico. Ocho días más tarde se inicia el tratamiento con sulfatiazol, a razón de 3 g diarios, durante 12 días. A los 45 días de hospitalización se toma la radiografía N° 42094, que informa: "Osteítis de la falange distal. Desprendimiento epifisiario". Ese día se extrajo fácilmente la falange. Cuatro días más tarde ya no se aprecia supuración a nivel del pulgar izquierdo y la herida cicatriza en buenas condiciones.

Resumen: Se trata en este caso de una fiebre tifoidea que en el curso de su evolución presentó numerosos abscesos del cuero cabelludo y de donde procedieron seguramente los gérmenes que originaron la osteítis de la falange distal del pulgar izquierdo, complicación que sólo vino a mejorar cuando se extrajo este segmento.

En el cuadro anterior se resumen las características de mayor interés observadas en los 8 enfermos de fiebre tifoidea que presentaron complicaciones osteoarticulares con lesiones radiológicas.

Resumen y comentario.

En el cuadro pueden observarse algunas de las características más importantes que presentaron nuestros enfermos. Como puede verse, la edad fluctuó entre 6 y 12 años. El compromiso esquelético pudo demostrarse generalmente pasada la segunda semana de enfermedad, apareciendo las lesiones en períodos oscilantes entre 5 y 66 días a partir del comienzo de la afección. El curso clínico de la tifoidea fué calificado en 5 ocasiones como grave y en 3 como de mediana gravedad. En los casos calificados como graves, hubo en 3, además de la complicación ósea, varias otras. El tipo de la lesión, así como su localización, fué variable: así hubo una espondilitis de la región dorsal; 1 osteoartritis de la muñeca izquierda; 2 osteoartritis de la articulación coxofemoral y fémur; 1 osteomielitis del fémur derecho; 1 osteítis del sacro y de la articulación sacroilíaca derecha; 1 periostitis de la tibia izquierda y, finalmente, una osteítis de la fa-

lange distal del pulgar izquierdo. La sintomatología se tradujo en algunos casos en gran compromiso del estado general y fiebre; en otros, en cambio, sólo se apreciaron fenómenos locales, consistentes en dolor y alteraciones de tipo inflamatorio, como tumefacción, etc. En general, se observó una rápida regresión del dolor, salvo 1 caso de artritis de la cadera, que lo presenta un año después de la lesión y pese a la inmovilización que se le ha impuesto. En cuanto a los síntomas objetivos regresaron a veces antes que el dolor, y otras, después. Las lesiones radiológicas correspondieron a aquellas que se observan en cualquier proceso óseo o articular de origen inflamatorio. En la mitad de los casos se observó leucocitosis; los demás tuvieron un recuento normal. La sedimentación estuvo alterada, a veces con valores muy elevados; pero es necesario considerar que muchos casos se presentaron en plena convalecencia de la fiebre tifoidea y entonces ésta es de por sí elevada. Sólo se observaron secuelas en los casos de osteoartritis de la cadera, consistentes en acortamiento del miembro o coxa vara y en el caso de la espondilitis, que quedó con una pequeña cifosis.

En un enfermo se logró aislar el B. de Eberth mediante la punción de la articulación afectada (osteoartritis de la muñeca).

El tratamiento consistió en inmovilización, especialmente con yeso; en tracción, cuando el caso así lo requería y en la administración de antibióticos, cuando estuvieron disponibles.

No sabemos hasta qué punto la administración de cloromicetina será capaz de suprimir las alteraciones óseas descritas, ni tampoco el efecto que tendrá el fármaco en la lesión ya instalada. Recientemente, Traisman y Champlin¹⁰ han publicado un caso de osteomielitis con localizaciones múltiples producida por una *Salmonella Typhimurium*, que respondió al tratamiento con cloromicetina. Por otra parte, Morse y Geiser⁸ tratan con éxito un caso de complicación ósea producido por el B. de Eberth.

Meneghello y cols.⁵, en 100 niños con fiebre tifoidea tratados con cloromicetina, solo observaron 1 enfermo con complicación osteoarticular. Corresponde al caso N° 4 de nuestra casuística.

Otro aspecto que vale la pena comentar, es el de un grupo de 9 niños, que en forma brusca experimentaron un vivo y violento dolor, sea a nivel de una costilla o de un hueso de las extremidades. En algunas oportunidades, este dolor, que estaba localizado en un punto preciso, se acompañaba de ligero aumento de volumen circunscrito. Ni la administración de aspirina ni otros calmantes ejercían el menor efecto. Hubo veces en que fué necesario recurrir a la morfina. El cuadro pasó en general, en forma rápida y el estudio radiológico no logró demostrar lesión ósea. Creemos que estos casos pueden corresponder a osteítis mínimas, que no alcanzan a visualizarse a rayos.

Finalmente, ha habido un grupo de 6 enfermos con manifestaciones típicas de artritis o de osteítis; pero en los cuales el estudio radiológico mostró una indemnidad del hueso o de la articulación estudiada.

Conclusiones.

1) Las manifestaciones osteoarticulares con lesiones radiológicas son raras en la fiebre tifoidea. En nuestra casuística se presentaron en el 1.16 % de los casos.

2) En general este tipo de alteraciones aparece más allá de la tercera semana de evolución de cuadros tíficos graves o de mediana gravedad.

3) En muchas ocasiones no existe un notorio compromiso general.

4) Las alteraciones locales regresan a menudo en forma arrastrada.

5) En cuatro ocasiones apreciamos secuelas que correspondieron a fenómenos de cifosis, coxa vara y acortamiento del miembro.

6) El tratamiento actual consiste esencialmente en inmovilización ortopédica, a menos que se demuestre acción de los nuevos antibióticos.

7) Seis enfermos tuvieron manifestaciones típicas de osteítis o de artritis, re-

velando el estudio radiológico indemnidad del hueso o articulación estudiada.

8) En 9 enfermos se observaron manifestaciones dolorosas violentas y bruscas, en relación tal vez con osteítis mínimas.

Summary.

Osteoarticular manifestations with radiological lesions are rare in typhoid fever. The authors found them only in 1.16 % of their cases.

These lesions generally appear after the third week in severe or moderately severe cases and in many cases without a marked general involvement.

The local lesions regress slowly. In 4 cases there remained as sequelae kyphosis, coxa vara and shortening of an extremity. Present day treatment consists of orthopaedic immobilization unless good results are demonstrated with the newer antibiotics. Six patients had typical manifestations of osteitis or arthritis with negative X ray studies. Nine patients had severe joint pains of short duration probably due to very minute foci of osteitis.

Bibliografía.

- 1.—ABBASSY SHAFIK. — Mielitis compresiva debida a un absceso tífico subperiosteal. Arch. of Ped. 63: 63, 1946.
- 2.—ABT, J. y ABT, A. — Breneman. Tomo 2, cap. 30, pág. 17.
- 3.—ALLENDE, G. y ZARAZAGA, J. — Observaciones de 6 casos de espondilitis tífica. Rev. de Ortopedia y Traumatología 6: 89, 1946.
- 4.—HARRIES y MITMAN. — Práctica clínica de las enfermedades infecciosas. Pág. 442. Editorial Miguel Servet, Madrid-Barcelona, 1943.
- 5.—MENEGHETTO, J.; UNDURRAGA, O.; GALLO, A. y RAIMANN, A. — Tratamiento de 100 casos de fiebre tifoidea en el niño con cloramfenicol (cloromicetina). Rev. Méd. de Chile 89: 307, 1951.
- 6.—MORSE, CH. y GEISER, F. — Arch. Int. Med. 85: 230, 1950.
- 7.—MINOR, G. y WHITE, L. — Ann. Int. Med. 24: 29, 1946.
- 8.—NOTTI, P. y MIYARA, S. — Rev. de la Asoc. Méd. Arg. 81: 125, 1947.
- 9.—PILOD, M. — Encyclopédie Médico Chirurgicale. Capítulo 8021, pág. 12.
- 10.—TRAISMAN, H. y CHAMPLIN, G. — Jour. of Ped. 38: 244, 1951.
- 11.—JAUREGUY, M. y SIMON, G. — Arch. de Ped. del Uruguay 18: 296, 1947.