

POLIOMIELITIS. EPIDEMIOLOGIA EN VALPARAISO (*)

Por los Dres. SANTIAGO MUZZO, HECTOR PUMARINO, ISRAEL ROIZBLATT y JOSE BENGEOA
Servicio de Pediatría del Hospital Deformes, Valparaíso.

El brote epidémico de cierta intensidad que hemos tenido en Valparaíso en el año 1949, nos ha movido a efectuar una revisión de los casos clínicos hospitalizados en los últimos cinco años, para sacar de ellos alguna conclusión.

Nuestro material de estudio se refiere a 60 casos hospitalizados, tanto en la Sección Pediatría del Hospital Deformes, como del Hospital de Niños; 6 de estos casos corresponden: 5 al año 1943 y 1 al año 1942.

Sanidad corresponde a los 5 primeros meses del año actual y el 50 % de los casos hospitalizados corresponde al mismo período, hecho muy significativo que debemos tomar en cuenta, ya que evidencia un aumento de esta enfermedad en nuestra ciudad, además de que el año 1948 indica también un aumento en relación con los años anteriores.

También puede verse un aumento de la mortalidad que en el total aparecen los de Sanidad con una mortalidad

Cuadro N° 1
Número de casos desde 1945 hasta el 1° de junio de 1949.

Año	Hospitalizados			Controlados por Sanidad		
	Casos	%	Fallecidos	Casos	%	Fallecidos
1945	6	11,1	0	19	21,1	0
1946	4		0	6		1
1947	4		0	2		1
1948	13	24	0	25	27,7	4
Hasta 1°-VI-49	27	50	6	38	42,2	7

Para mejor ilustración daremos a conocer los datos estadísticos proporcionados por la Jefatura Provincial de Sanidad, de los casos denunciados y controlados por este Servicio en el mismo período de año, que alcanzó a un total de 90, entre los cuales también están incluidos estos hospitalizados.

Como puede verse en el cuadro precedente, el 42.2 % del total controlado por

de 14.4 % sobre el total y de 10 % de los hospitalizados, correspondiendo el 53.8 % de este total al año 1949, de los controlados en Sanidad y el total en los hospitalizados, lo que corresponde a formas cerebrales o bulbares.

Con respecto al sexo, hay cierta predilección por los varones, pues figuran en los controlados por Sanidad 55 varones con 61.1 % y 35 mujeres con 38.9 % y en los hospitalizados 33 varones con 55 % y 27 mujeres con 45 %.

(*) Trabajo presentado a la Sociedad Chilena de Pediatría en noviembre de 1949.

Cuadro N° 2

	Hospitalizados		Controlados por Sanidad	
	Casos	%	Casos	%
Menores de 1 año	6	10	13	14.4
Desde 1 a 2 años	23	38.3	27	30
Desde 2 a 3 años	14	23.3	21	23.3
Desde 3 a 6 años	11	18.3	19	21.1
Más de 6 años	6	10	10	11.1

Con respecto a la edad tenemos el cuadro N° 2.

Puede verse en el cuadro precedente que la edad más afectada es entre 1 y 2 años y luego después le sigue la de 2 a 3 años, disminuyendo hasta los 6 años y raros después de esta edad.

En relación con la estación o período del año, hay una mayor frecuencia en el verano, y para nuestro estudio hemos considerado estos períodos en la siguiente forma, que puede apreciarse en el cuadro N° 3.

Cuadro N° 3

	Hospitalizados	Controlados por Sanidad
	%	%
1°-I a 31-III	44	44.1
1°-IV a 30-VI	28	30
1°-VII a 30-IX	7	8
1°-X a 31-XII	21	18

Formas y caracteres clínicos.

De nuestros 60 casos hospitalizados, 54 corresponden a formas espinales y 6 bulbares o cerebrales.

De las formas espinales han tenido diversas localizaciones, provocando parálisis o paresias, que por orden de frecuencia anotamos en el siguiente cuadro N° 4.

Como se ve, son los miembros inferiores los más afectados por la parálisis

infantil y de éstos el miembro inferior izquierdo alcanza el 25 % de los totales. La aparición de estas localizaciones, por lo general, se efectúa en los primeros días de iniciada la enfermedad. En esta forma tenemos que en los primeros 7 días se presenta el 69.5 % de las localizaciones, y de éstas en el 44 % se presentan en los primeros 3 días.

Cuadro N° 4

	Casos	%
Paraplegia inferior	16	26.6
Monoplegia m. inf. izquierdo	15	25
Monoplegia m. inf. derecho	8	13.3
Tetraplegia	4	6.6
Triplegia	4	6.6
Hemiplegia izquierda	3	5
Hemiplegia derecha	2	
Hemiplegia cruzada	1	
Monoplegia m. inf. izquierdo	1	

Síntomas clínicos.

Es un hecho reconocido la dificultad diagnóstica de la parálisis infantil en su comienzo, afección que, por lo general, se toma por un cuadro gripal y que sólo en épocas de epidemia puede pensarse en ella, avaluando bien ciertos síntomas que la hacen sospechosa y que la punción lumbar confirma en algunos casos.

Hemos querido señalar los síntomas más frecuentes que se han presentado en nuestros hospitalizados y que el inte-

rogatorio cuidadoso de la madre nos ha podido proporcionar. Estos son por orden de frecuencia, como puede apreciarse en el cuadro N° 5.

Cuadro N° 5

Fiebre	93.5 %
Mialgias	53.7 %
Trastornos gripales y vías respiratorias	32.7 %
Transpiración	23.6 %
Vómitos	18 %
Diarreas	11 %
Cefaleas	10 %
Convulsiones	3.7 %

Hay otros síntomas secundarios que no hemos tomado en consideración, como ser anorexia, decaimiento, etc.

Puede verse que la fiebre casi nunca falta y que, por lo general, no es muy alta. La siguen las mialgias con un 53.7 %, que ya es una proporción considerable como para hacer sospechar la enfermedad y es, por lo tanto, un síntoma digno de tomarse en consideración. En los lactantes este síntoma puede apreciarse por el dolor que se despierta al tomarlo, y que muchas madres lo señalan diciendo que el niño llora al tomarlo o al mudarlo.

Las transpiraciones que se han indicado como un síntoma de valor diagnóstico, en nuestros casos sólo se presentan en el 23.3 %.

Algunos casos suelen presentarse con vómitos y diarreas, lo que dificulta el diagnóstico, sobre todo en verano, dada la frecuencia en esta época del año de los trastornos digestivos.

Las contracturas musculares son frecuentes, sobre todo en los músculos de la nuca y los de la columna, presentándose en el período agudo y procediendo a la parálisis. Cuando estas contracturas provocan la rigidez de la nuca y de la columna, acompañándose de vómitos, hecho relativamente frecuente, es muy fácil confundir esta afección con una meningitis y es sólo la punción lumbar la que dilucida el diagnóstico.

Las parálisis, como se sabe, son de tipo flácido y se acompañan de abolición de reflejos, especialmente de los patelares. Debemos sí señalar el hecho de que

muchas veces en el comienzo de la enfermedad, los reflejos se encuentran exagerados y también en algunos casos cerebrales o bulbares.

Con respecto a la sensibilidad, tanto técnica como dolorosa, se encuentra conservada, existiendo muchas veces una hiperestesia cutánea.

Para finalizar nuestro estudio, nos vamos a referir a nuestros casos de formas cerebrales o bulbares, para lo cual me voy a permitir hacer un breve comentario de cada una de ellas.

H. P. L. Ficha N° 70,650. Sexo masculino, de 3 años de edad. Ingresó el 7-V-49.

La enfermedad se inicia hace 3 días con temperatura, transpiración profusa y paresia del miembro superior izquierdo, contracturas de los músculos del lado izquierdo de la cara.

A su ingreso: febril, sudoroso, sensorio, obnubilado.

Mistagmus, pupilas en miosis, reflejos a la luz conservados.

Parálisis facial central del lado izquierdo.

Tetraplegia, con reflejos patelares abolidos, plantar conservado. Abdominales abolidos. Fallece antes de las 24 horas.

L. R. P. Ficha N° 12,123. Sexo masculino, de 4½ años. Ingresó el 17-III-49.

Se inicia su enfermedad hace 3 días con fiebre, transpiración y vómitos. El día antes de su ingreso: parálisis miembro superior derecho.

A su ingreso se constata parálisis facial derecha, parálisis de los músculos dorsales, espinales y de la nuca. Parálisis miembro superior derecho.

Fallece al segundo día de su ingreso con un cuadro asfíctico.

I. A. S. Ficha N° 70,376. Sexo femenino, de 2½ años. Ingresó el 8-IV-49.

Se inicia su enfermedad hace 3 días con fiebre, transpiración y dolores musculares agudos.

Se constata en el servicio parálisis flácida de los miembros inferiores, hipotonía muscular, hiperestesia cutánea, reflejos patelares abolidos.

Fallece bruscamente a las 16 horas de su ingreso con cuadro asfíctico y cianosis.

M. H. C. Ficha N° 69,640. Sexo femenino, de 3½ años. Ingresó el 25-I-49.

Febril hace 3 días, transpiración y dolores musculares agudos, muy decaído. A su ingreso sudoroso, febril, mistagmus.

Parálisis músculos de la nuca y tetraplegia. Masas musculares dolorosas. Hiperestesia.

En la tarde ataques convulsivos, dificultad respiratoria y embotamiento del sensorio. Continúa grave y fallece a las 22.30 horas del mismo día.

M. G. L. Ficha N° 70,513. Sexo femenino, de 2½ años. Ingresó el 22-IV-49.

Su enfermedad se inicia hace 3 días con fiebre, transpiración. El día antes de su ingreso le nota hemiplegia izquierda primero y luego del lado derecho.

A su ingreso niña febril, sudorosa, quejumbrosa, sensorio lúcido.

Parálisis facial central derecha. Tetraplegia flácida con abolición de reflejos.

En el servicio se agrava, hay dificultad para la respiración y deglución. Fallece a las 16 horas de su ingreso.

J. S. A. Ficha N° 69,769. Sexo masculino, de 2 años. Ingresó el 1°-II-49.

Se inicia hace 7 días con fiebre moderada, tos y coriza, posteriormente se le nota decaído, indiferente y presenta vómitos. Consulta médico particular, quien lo envía al hospital para su estudio.

A su ingreso: sub-febril, faringe roja, escasos signos bronquiales, indiferente, bostezos frecuentes.

No hay rigidez de la nuca. Raya meníngea positiva. Kenig esbozado.

La punción da líquido claro a presión, sólo hay un ligero aumento de la glucosa, con lo cual se descarta la meningitis.

Sigue embotado, signos meníngeos descritos; ahora hay rigidez de la nuca, lo que se acentúa posteriormente.

Se repite la punción al séptimo día con igual resultado. A esta altura se constata parálisis flácida total de los miembros inferiores con abolición de los reflejos.

Como sigue grave, la familia solicita el alta y fallece en casa.

Por estos casos relatados puede verse que estas formas cerebrales o bulbares son, en su mayoría, de iniciación brusca, con rápida invasión de los nervios craneales, siendo los más frecuentemente afectados la facial, glosa faríngeo, motores del ojo, etc., y la mayoría de las veces muerte brusca por parálisis bulbar.

Es muy significativo el último caso que se inicia en forma insidiosa, tomando después el carácter de una afección meníngeo encefálica y tardíamente pre-

sentando una paraplegia flácida con abolición de reflejos.

Con respecto a anatomía patológica sólo se ha hecho el estudio microscópico, no revelando él nada especial fuera del edema y congestión encefálica.

Lo importante es el examen histológico, lo que no se ha hecho en nuestro hospital por falta de medios para efectuarlo.

Resumen.

Es un hecho confirmado que la poliomielitis ha aumentado en forma notoria en nuestro país en los últimos años.

Estudios estadísticos efectuados en Valparaíso demuestran un marcado aumento de esta enfermedad en los últimos 5 años y en especial durante el primer semestre del año en curso, 53.8 % del total de casos presentados.

Se presentan 60 casos durante un período de 5 años con una mortalidad de 14 %.

Formas bulbares o cerebrales se presentaron en un 10 % de los casos, todos fallecidos.

Insisten los autores en el diagnóstico precoz de estas graves formas de poliomielitis, única manera de poder iniciar un tratamiento oportuno, que puede salvar la vida del enfermo.

Summary.

It is a fact that poliomyelitis has increased a great deal in our country in the last few years.

Statistical studies made in Valparaíso show a marked increase in this disease in the last five years and especially in the first half of the present year (53.8 % of the total of the cases presented).

Sixty cases have been studied during a period of five years. A mortality rate of 14 % has been reported.

Ten per cent of the above reported cases were bulbars or cerebral forms. All of these were fatal.

Authorities in this disease insist that an early diagnosis of this very severe form of poliomyelitis is absolutely necessary in order to be able to begin an early treatment which might be able to save the person's life.

Bibliografía.

- PHILLIP, M. y STIMSON, M. D. — The treatment of acute Poliomyelitis together with some suggestions on diagnosis. The Journal of Pediatrics. July-1949. New York.
- MEYER PH. D., EDITH. — Psychological considerations in a group of children with Poliomyelitis. The Journal of Pediatrics. July-1949. Boston Mass.
- HARRY, R.; LITCHFIELD y LEON, H. — Terapéutica de la infancia. December-1948.
- HOLT, L. E. y HOWLAND, J. — Tratado de Pediatría.
- Prof. Dr. FINKELSTEIN, H. — Tratado de las enfermedades del niño de pecho.
- Prof. FEER, EMILIO. — Tratado de las enfermedades de los niños.
- DAVISON, W. C. — The compleat Pediatrician. Fifth edition.
- GESSELL. — The first five years of life.
- PFAUNDLER y SCHLOSSMANN. — Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia.
- Poliomyelitis current Literature. The National Foundation for Infantile Paralysis.
- MC. QUARRIE BRENNEMANN. — Practice of Pediatrics.
- INTERNATIONAL MEDICAL DIGEST.
- GARRAHAN, JUAN P. — Medicina Infantil. 1946. Buenos Aires.
- MORCHIO, LUIS. — Pediatría. Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil. Uruguay.