Casos clínicos

UN CASO DE LÚES CONGENITA DIAGNOSTICADA EN LA AUTOPSIA Y SU IMPORTANCIA MEDICO SOCIAL

por los Dres. JULIO ESPINOZA S. y ALFREDO DABANCENS L.

Instituto de Anatomía Patológica y Servicio de Lúes del Hospital "M. Arriarán".

El diagnóstico clínico de la lúes congénita puede en ocasiones ser bastante difícil, si no imposible, por el solo examen físico del enfermo. Una ayuda importantísima la constituye la anamnesis, pero a veces ésta es negativa en lo que se refiere a lúes de los padres, ya sea por ignorancia efectiva o por ocultamiento y entonces no quedan sino las posibilidades del examen serológico, la ultramicroscopia de lesiones sospechosas, la radiografía de huesos largos y en raras circunstancias la Anatomía Patológica. Esta última manera de llegar al diagnóstico ocurrió en un caso recientemente atendido en el Hospital Arriarán y constituye el motivo de nuestra comunicación.

Fanny R. (Obs. Clín. Nº 103.640/52), de 40 días de edad, fué llevada por la madre a la Posta Infantil del Hospital el día 16 de junio de 1952, a las 9.30 horas, por edemas que comenzaron dos días antes en el pie derecho y después se generalizaron.

La historia tomada en la Posta dice:

Padre sano, Kahn negativo. Madre sana, Kahn no se ha hecho. Tres embarazos a término. Los otros 2 niños vivos y sanos. Abortos 0. Nacida de término. Parto normal. Peso al nacer: 3.400 grs. No tuvo ictericia. Vacunada con B. C. G. Alimentada al pecho cada 3 horas. Sólo rara vez quedaba con hambre. No fué controlada.

Enfermedad actual: Se inicia hace una semana con coriza, tos y quejido respiratorio. Estridor bronquial. Vista por médico le diagnosticó estado gripal y se le dió fenalgina. Antes de ayer se notó el pie derecho hinchado; Ayer, edema generalizado.

Examen físico: Lactante grave. Palidez muy marcada de la piel y mucosas. Edema generalizado blando. Equimosis del dorso de los pies. Máculas del tamaño de una moneda de 20 centavos, congestivas, en el tronco y una en la cara. Otras máculas de mayor tamaño, de bordes ligeramente sollevantados, en la fosa ilíaca izquierda. Las mismas lesiones menos intensas en los brazos. Fontanela depresible normal. Mucosa bucal pálida. Pulmones nada especial. Corazón: soplo sistólico suave de la punta. Abdomen abombado, doloroso. Intenso edema de la pared. Bazo palpable. Hígado a 2,5 cms.

Diagnóstico: Síndrome edematoso. Anemia. En observación sepsis.

Tratamiento: Transfusión sanguínea. Penicilina sódica, 100.000 U. cada 4 horas. Estreptomicina, 60

mgs. cada 4 horas intramuscular; oral, 100 mgrs. cada 6 horas. Nestalba, 60 grs. cada 3 horas.

Evolución: La temperatura registrada a las 11 A. M., 36°; a las 18 horas, 36,9°. La alimentación indicada la recibió bien a las 11 horas, 15 horas y 18 horas. La transfusión se practicó a las 14.50 horas con 400 cc. de sangre conservada del grupo O y no tuvo incidentes. El estado general, no obstante, siguió agravándose en tal forma que a las 18.30 horas el médico de turno anota "comprobación de muerte". Al día siguiente se le practicó la autopsia, que permitió establecer como verdadero diagnóstico de esta enfermita una lúes congénita por las razones que se pasan a describir.

Necropsia Nº 277/52: Niña de piel blanca, con esclerema de los miembros inferiores y manchas equimóticas de la piel del dorso de ambos pies y cara externa de la articulación tibio-tarsiana izquierda.

Cráneo: Huesos blandos. Fontanela anterior mide 4 x 3 cms.

Senos venosos de la dura-madre: Con sangre líquida.

Cerebro: Corteza rosada muy pálida; al corte es rosada y edematosa.

Oídos medios: El derecho con regular cantidad de líquido purulento; izquierdo, nada especial.

Diáfragmas: Sexto espacio en ambos lados.

Timo: Pequeño, rosado y de consistencia blanda.

Tórax: Articulaciones condro-costales aumentadas de volumen, alcanzan el tamaño de una lenteja.

Pulmones: Aumentados de volumen y consistencia. Superficie externa rojiza con zonas rojo-oscuras en las regiones paravertebrales. Superficie de sección rojiza con algunas formaciones nodulares de color amarillento del tamaño de lentejas en ambos lóbulos inferiores y más pequeños a nivel del lóbulo superior derecho; al seccionar estos lóbulos conservan su forma.

Corazón: Contraído. Punta ocupada por el ventrículo izquierdo.

Cavidades cardíacas: Con sangre líquida y coágulos cruóricos.

Miocardio: Rosado-pálido, turbio.

Comunicación interauricular: Abierta (5 mms.).

Conducto arterio-venoso: Permeable.

Laringe y tráquea: Mucosa rosado-pálida.

Anillo linfático de Waldeyer: Poco desarrollado.

Amígdalas: Pequeñas y sin alteraciones.

Abdomen: Con discreta circulación venosa colateral.

Hígado: Aumentado de consistencia. Superficie externa rojiza con algunas zonas amarillentas. Al corte es de igual color, con escasas zonas amarillentas y algo transparentes.

Bazo: Aumentado de volumen, de color rojo-oscuro

y consistencia algo firme. Al corte es de igual color y el raspado no amasa sustancia. Tres brazos supratentóricos, uno del tamaño de una avellana y los otros dos del tamaño de semillas de cáñamo.

Estómago: Dilatado, contiene líquido blanquecino. Mucosa rosada.

Páncreas: Blanquecino y de consistencia algo firme.

Suprarrenales: Con la sustancia medular grisácea. Ríñones: Superficie externa roja, algo lobulada. Al corte presentan la cortical rosado-pálida, turbia; la medular roja.

Vejiga: Contraída y sin contenido.

Recto: Mucosa rosada con sus pliegues borrados. Mesenterio: Con numerosos ganglios, los mayores miden 5 mm. de diámetro.

Centítes: Nada especial.

Intestinos: Con escaso líquido amarillo. Mucosa rosada y de aspecto liso.

Lúnea: de calcificación provisional de los huesos largos. Engrosada y de color gris-amarillento.

Exámenes histopatológicos: Pulmón derecho (lobulito inferior): Cona silíneo, parcialmente fibroso.

Hígado: Intensa hepatitis intersticial difusa. Tumefacción turbia aumentada de la célula hepática. Sudán III negativo.

Bazo: Folículos pequeños. Intensa hipertonía de la pulpa roja. Abundante pigmento sanguíneo. Fibre y fagocitado.

Ríñones: Tumefacción turbia regularmente manchada. Sudán III negativo. Escasos y pequeños focos intersticiales a base de elementos mononucleados (linfocitos y mononucleados grandes).

Páncreas (cabeza, cuerpo y cola): Intensa y difusa pancreatitis crónica intersticial.

Interpretación de plant (Lavadi): Practicada en el hígado, bazo y pulmón (goma), dió resultado positivo en el hígado (*cf. espiroquetas*).

Diagnóstico autopsio-patológico: Lúes congénita. Hepatitis y pancreatitis intersticial difusa. Nódulos gonosos múltiples de ambos pulmones, los mayores del tamaño de una lenteja. Osteocondritis de los huesos largos. Otitis media supurada derecha. Tumefacción turbia del estómago, hígado y riñones. Edema de los menbranos interiores. Edema y anemia del cerebro.

Conducto arterio-venoso: permeable. Tres brazos supratentóricos. Lobulación fetal de ambos riñones.

Con las piezas anatómicas a la vista se llamó a uno de nosotros (A. D. L.) para que conociera el caso.

Naturalmente que esta autopsia nos proporcionó una gran enseñanza, al mismo tiempo que nos indujo a procurar que la luz con ella obtenida fuera también provechosa para los desventurados padres de la chica fallecida, y así, después de unos días, procedimos a citarlos por intermedio de la enfermera domiciliaria.

Esta citación no tuvo inmediata acogida por el natural resentimiento hacia el Hospital donde había dejado de existir la chica, pero con labor paciente y persuasiva se logró que un día llegara al Servicio de Lúes

la madre y una vez impuesta, con gran exajeración, de la verdadera enfermedad que le había arrebatado a su hija, se interesó por traer también al padre, lo que ocurrió varios días después. Así pudimos obtener una nueva historia más completa y exacta, que es la siguiente:

Padre: José R., 22 años. En 1930, mientras hacía su Servicio Militar, tuvo erosiones en el pene. Recibió solamente tratamiento local. No se hizo serocontrol. Algunos meses más tarde, en enero de 1931, serocontrol positivo en el Seguro. Le colocaron 3 inyecciones de penicilina. No siguió control en el resto del año. En enero de 1932 nuevo serocontrol positivo en el Seguro. Recibió otras 3 inyecciones de penicilina. Se procuró oleara monostecarato de aluminio con intervalos de 5 días. 3,600,000 U. en total (datos éstos de 1932, obtenidos en el Seguro por la enfermera domiciliaria). No habló nunca de su enfermedad a su conviviente.

Madre: Eliana J., 27 años. No acusa contagios venéreos. Dos hijos de un primer conviviente, quien vive y es seronegativo. Los niños viven en San Fernando. De su actual conviviente ha tenido sólo la hija que falleció. Durante el embarazo de Fanny consultó 2 veces en la Maternidad del "Barros Leico" (a los 7 y 8 meses). Fue atendida por matrona. No se hizo ficha ni serocontrol. Parto en la misma Maternidad: membranas rotas artificialmente. Todo normal. No se hizo serocontrol. No hay anotación de penicilina respecto del niño. A los 3½ días alta sana. (Datos obtenidos por la Dra. Sudzuky).

A los 40 días consultó a la Posta Infantil por las razones que ya vimos y la niña quedó hospitalizada en observación de sepsis.

El examen físico del padre fué negativo.

Serología: Kalin positivo 4 U.

El examen físico de la madre fué igualmente negativo. Kalin positivo 20 U. Ambos iniciaron de inmediato tratamiento específico con penicilina G, procurada oleara monostecarato de aluminio con intervalos de 5 días. Recibieron un total de 6,600,000 U. cada uno y en seguida se les hizo una cura de consolidación con bismuto 2 veces por semana, con un total de 20 cc. cada uno.

En la actualidad su serología es:

Padre: Reacción Kalin positiva 3 U.

Madre: Reacción Kalin positiva 4 U.

Comentario y conclusiones

Consideramos que esta observación tiene gran interés clínico, sanitario y social y nos merece los siguientes comentarios:

1) El diagnóstico presunto de sepsis del recién nacido estaba, a nuestro juicio, bien planteado, pues se reunían los síntomas fundamentales de una sepsis, a saber: gran compromiso del estado general, palidez de piel y mucosas, edema generalizado, hepato y esplenomegalia. La suma gravedad y la evolución rápidamente fatal no dió tiempo para precisar cuál era el germen causante de la

sepsis. No se alcanzó a hacer hemocultivos, hemograma, exámenes serológicos, etc. La integridad de la piel y mucosas no permitió pensar en la lúes. Al parecer, las lesiones maculosas cutáneas no tenían aspecto específico y no había erosiones que indujeran a practicar ultramicroscopía.

2) Aun cuando no se pensó en sífilis, la chica alcanzó a recibir dos dosis de penicilina con 4 horas de intervalo, pero esto ocurrió demasiado tarde y la droga no logró ningún beneficio.

3) Si analizamos la lúes del padre, vemos que esas "erosiones del pene", que presentó mientras hacía el Servicio Militar, engañaron a un personal tan entrenado en venéreas como es el perteneciente a Sanidad Militar y así sólo se hizo tratamiento local. Meses más tarde, cuando en el Seguro se comprobó lúes seropositiva, se consideró suficiente un tratamiento con 3 inyecciones de penicilina y la labor educativa no fue lo suficientemente amplia y provechosa como para impedir que este individuo poco después contagiara a su conviviente, ni menos para que, le pusiera remedio a este contagio.

4) La contaminación de la madre fue inaparente y cuando ella acudió a controlar su embarazo, se malogró su buena iniciativa, por no haberse hecho ficha clínica para examen médico, serológico, etc., sino que en dos ocasiones fue atendida por matrona que se limitó a revisar las mediciones externas del embarazo mismo. Se perdió así la oportunidad de hacer tratamiento curativo in útero en esos últimos meses del embarazo.

5) El parto normal, sin manifestaciones genitales ni placentarias sospechosas de lúes, con niña aparentemente sana, indujo a darla de alta a los tres días y medio, sin practicarle tampoco serocontrol en esa oportunidad.

6) Finalmente, la llegada del niño a la Posta Infantil en el estado demasiado grave que hemos descrito, con una historia muda y sintomatología clínica no específica, permitió que esta lúes siguiera oculta y que la enferma se hospitalizada al lado de otros niños, sin que fueran consideradas necesarias precauciones especiales de aislamiento y profilaxis, lo cual desde el punto de vista sanitario puede considerarse como eventual fuen-

te de contagio por el uso no absolutamente individual de los diversos utensilios de la sala.

7) Llega así sin diagnóstico a la mesa de Morgagni y ahí, por fin, se descubre la verdadera enfermedad que le quitó la vida.

Nos complace dejar constancia de que fue la autopsia la que permitió tratar a los padres, en especial a la madre, que nunca había recibido tratamiento específico, y así se va a dejar a esta pareja en condiciones de procrear otros hijos sanos.

Resumen

Se relata el caso de una niña de 40 días que en estado grave consulta en la Posta Infantil, donde se le hace el diagnóstico de sepsis, falleciendo a las 48 horas. El estudio necrópsico reveló una lúes congénita, diagnóstico por el cual fue descubierta en seguida la lúes de los padres y tratada en consecuencia. Se comenta la dificultad del diagnóstico de lúes por el solo examen físico del enfermo, si no se agudiza el interrogatorio anamnético y se practican los exámenes serológicos correspondientes, así como también se recalca la importancia de educar al paciente en el sentido de completar su tratamiento específico para evitar el contagio venéreo. Finalmente se insiste en la necesidad de pesquisar la sífilis en cada embarazada, para no perder la oportunidad de un tratamiento curativo de la madre y el feto.

Summary

The author reports a case of a 40 day old female infant who severely ill consulted at the first aid station, where they diagnosed septicemia, dying 48 hours afterwards. The autopsy revealed congenital syphilis after which, the syphilis in both parents, was diagnosed and treated. The authors comment on the difficulty of diagnosing syphilis only by the physical examination and stress the importance of educating the patient in the sense of completing his specific treatment, thus avoiding contagion. Finally they insist on the necessity of investigating the possibility of syphilis in the pregnant mother so as not to lose the opportunity of treating both mother and fetus.