
NOTAS CLINICAS

UN CASO DE ACRODINIA INFANTIL

Por el doctor Eudoro Martínez.

La Acrodinia es una enfermedad poco estudiada entre nosotros. En la siguiente observación es posible un error en el diagnóstico, pero como su sintomatología se halla de acuerdo con una de las formas clínicas de Acrodinia, según la descripción de Servel de Cosmi, en su Tesis —París, 1930—, creemos oportuno darla a conocer a la Sociedad de Pediatría.

História N° 4048.

Protección Infantil Municipal.

Servicio de enfermedades crónicas.—Enero, 1933.

Nombre: B. V.

Edad: 4 años. Peso, Kgs. 13,760. Talla, Mts. 0,89.

Natural de Facatativá.

Antecedentes hereditarios: Los padres viven. Reacción de Wassermann de la madre, negativa; un aborto. Séptimo hijo; los demás hermanos viven y gozan de buena salud. No hay antecedentes alcohólicos.

Antecedentes personales: Nació a término; alimentada con el pecho hasta la edad de siete meses; los primeros dientes aparecieron a los ocho meses; caminó y principió a hablar al año y medio. Catarros bronquiales, diarreas frecuentes.

Antecedentes de la enfermedad: A principios del año pasado notaron los padres en esta niñita, que hasta entonces había vivido en buen estado de salud y de una mentalidad normal, cambios en el carácter, llantos sin motivo, disgustándose fácilmente y revelando un estado de profunda tristeza. Estos síntomas, acompañados de insomnio y frío en los pies y las manos, duraban tres o cuatro días, y después de períodos de dos a tres semanas, de relativa normalidad, reaparecían. Dos meses después le notaron pereza para caminar, cansancio cuando la obligaban al menor ejercicio, deseos de permanecer en la cama o de que la tuvieran alzada. Luego apareció un brote en el cuello y en el dorso de las manos; el brote de las manos, doloroso, hacía llorar la enfermita, quien manifestaba la sensación de haberse quemado. Estos dolores duraron tres semanas.

Esta sintomatología, sin fiebre, sin convulsiones, sin estados delirantes, sin perturbaciones digestivas, siguió su evolución, mejorando unos días, exaltándose otros. A fines del año, bruscamente sobrevino una parálisis facial, y por este motivo resolvieron traerla a la consulta de la Protección Infantil.

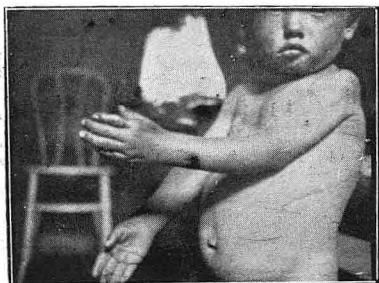
Estado actual: Al examen general, parece que nos encontramos en el período de declinación de la enfermedad. Los síntomas van regresando, dejando algunos, lesiones quizá irremediables; para mayor claridad, los describiremos en el siguiente orden:

Psiquismo: Dos síntomas llaman la atención, la indiferencia y las perturbaciones de la afectividad: la enfermita no manifiesta ninguna de las actividades propias a su edad, no ríe, no le da importancia a los juguetes ni a los juegos infantiles; lo mismo se siente al lado de la madre, como de las personas extrañas. No revela alegría, ni tristeza; contesta difícilmente, sin que haya perturbaciones en el lenguaje.

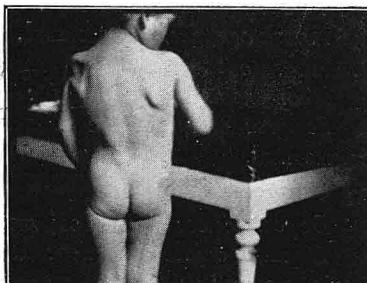
La inteligencia, la voluntad, la atención, normales. La memoria, difícil de explorar, por su edad y su indiferencia, parece normal.

Sistema nervioso. Motilidad: A la inspección y palpación, observamos hipotonía muscular generalizada, marcándose especialmente en los músculos abdominales (fot. 1). No hay parálisis en los miembros; los movimientos voluntarios de los diferentes grupos musculares, son fáciles y perfectamente coordinados, exceptuando los de la cara, debido a una parálisis facial derecha de origen central (fot. 1).

El equilibrio, de pie y en la marcha, normales; no hay signo de Romberg. No hay convulsiones, contracturas, ni temblor.



Fotografía 1^a.



Fotografía 2^a.

Llaman la atención las atrofias musculares, predominando en los músculos espinosos del lado izquierdo (fot. 2) y en los músculos hipotenares e interóseos de las manos (fot. 1).

Reflejos cutáneos, tendinosos, pupilares, normales.

Reflejos de defensa bastante disminuidos. Esfínteres normales.

Sensibilidad: No manifiesta dolor alguno. Al explorar la sensibi-

lidad superficial y profunda, no podemos sacar ninguna conclusión, debido a la indiferencia y a la marcada disminución de los reflejos de defensa; sin embargo, parece que en la región dorsal de las manos se halla perturbada, tanto al dolor, como al frío y al calor.

Trastornos vasomotores. Síntomas cutáneos. Sudores frecuentes, que producen erupciones de sudamina y le han dado a la piel un aspecto pelagroso, especialmente en el cuello y en el dorso de los dedos y las manos.

Este eritema (fot. 3) indoloro en la actualidad, fue muy doloroso en el principio de la enfermedad.

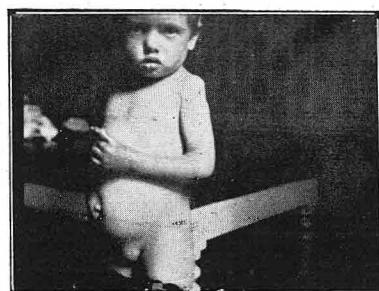


Figura 3^a.

Aparato circulatorio: Como síntoma especial, podemos anotar la taquicardia, 110 pulsaciones por minuto.

Tensión arterial, normal.

Aparato digestivo: normal.

Aparato respiratorio: normal.

Exámenes de Laboratorio:

Sangre: Reacción de Wassermann, negativa. Numeración de glóbulos, normal.

Orina: normal.

Deposiciones: normales; no hay parasitismo intestinal.

Líquidocefalo-raquídeo: Reacción de W., negativa. Fórmula leucocitaria, normal.

Diagnóstico: La sintomatología descrita nos hace pensar en las siguientes enfermedades: Heredo-sífilis, intoxicación arsenical, encefalitis, meningitis, parálisis general juvenil, parálisis infantil, atrofia muscular progresiva, Acrodinia infantil.

Heredo-sífilis: La hemos descartado, porque además de la falta de antecedentes y el resultado negativo de las reacciones de W., las lesiones son demasiado diseminadas, unas sobre el psiquismo, otras sobre sistemas musculares, sin tendencia alguna a localizarse.

Intoxicación arsenical: Algunos casos presentan síntomas semejantes. La excluimos, por la falta de antecedentes y de signos hepáticos.

Encefalitis: La encefalitis evoluciona de distinta manera; en su principio se acompaña de vómitos frecuentes, somnolencia, temblor, in-coordinación, estados comatosos, nistagmus, etc.

Meningitis: En esta enfermedad predominan: fiebre, vómito, dolores de cabeza, convulsiones, coma, alteraciones en la fórmula leucocitaria del líquido cefalo-raquídeo.

Parálisis general juvenil: No existe antes de los seis años. Las perturbaciones psíquicas se acompañan de estados delirantes; nunca se observan atrofias musculares y evoluciona hacia la demencia total.

Parálisis infantil: Hay hipotonía muscular y atrofias musculares. No existen alteraciones en el psiquismo.

Atrofia muscular progresiva: El tipo Charcot Marie se encuentra en niños de 5 a 10 años; las lesiones se marcan de preferencia sobre los cordones posteriores de la medula, de modo que al lado de las atrofias musculares, que principian por los miembros inferiores, son perfectamente claras las perturbaciones sensitivas. No se acompaña de parálisis facial ni de alteraciones psíquicas. La atrofia muscular progresiva, tipo Dejerine, es una entidad familiar con los mismos caracteres del tipo anterior.

Acrodinia Infantil: Haciendo un resumen, encontramos: síntomas psíquicos, motores, cutáneos, taquicardia, exámenes de laboratorio normales; precisamente, el conjunto sintomático de la forma Psico-motriz de Acrodinia. Basados en estos argumentos y ante la imposibilidad de catalogarlo entre las enfermedades anteriores, hemos pensado, sea éste un caso de Acrodinia Infantil.

Etiología. Patogenia. Pronóstico.

Aceptado el diagnóstico de Acrodinia, nos queda por investigar cómo se enfermó esta niñita y el por qué de las lesiones. Problema difícil por tratarse de un caso aislado, la enfermedad desconocida entre nosotros y por el desacuerdo en que se hallan los trabajos que hemos consultado:

En la comunicación académica de Chomel, describe la Acrodinia (dolores en las extremidades) como enfermedad infecto-contagiosa, basándose en las observaciones de Genest y Chardon en la forma epidémica como apareció en el Hospital María Teresa. (París, 1830).

Tholozan la denomina Padionalgia (dolores en los pies). La atribuye a insuficiencia alimenticia, por haberla observado durante la guerra de Crimea (1854).

Babingale, de Londres, la confunde con la enfermedad del Hormiguero, antiguo Ergotismo, que produjo tantos estragos, durante tres siglos, en Francia, Alemania, Polonia. (1890).

Entre los autores americanos, unos creen sea una forma especial de

Encefalitis epidémica; otros se explican las lesiones por la acción de enfermedades agudas en terrenos preparados por insuficiencias glandulares. (1928).

Con los datos anteriores, a ninguna conclusión podemos llegar sobre la verdadera naturaleza de la enfermedad, y, como dice Cervel de Cosmi, bien puede tratarse de una entidad infecciosa, de una entidad relacionada con la gripe, las enfermedades eruptivas, la encefalitis epidémica o tener su origen avitamínico, como el de Beriberi, la Pelagra, (1930).

En lo que sí hay común acuerdo es en el pronóstico. En todas las descripciones, la Acrodinia es una enfermedad sub-aguda que evoluciona lentamente hacia la curación. Este detalle, que está en favor de nuestro diagnóstico, explica la falta de estudios Anatomo-patológicos y el desacuerdo de los autores que hemos consultado.

Tratamiento: Conforme a las diversas teorías, existen varios tratamientos y no encontramos inconveniente en aconsejarlos a la enferma de nuestra observación: Higiene, alimentación equilibrada, vitaminas, compuestos pluriglandulares, aplicaciones eléctricas, Rayos X, Rayos ultravioletas, etc.

Bibliografía:

Roberto Debré, Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París. "Formas Clínicas de Acrodinia Infantil." (Presse Medicale).

Servel de Cosmi. "Acrodinia Infantil". Tesis. (Le Monde Medicale).

Feer. "Neurosis del Sistema Vegetativo. Acrodinia". (Revue Française de Pédiatrie).

Schaeder. "Enfermedad de Feer". (American Journal Diseases of Children).

Lust. "Enfermedad de Feer o Acrodinia". (Tratado de enfermedades de los niños).

Observación presentada a la Sociedad de Pediatría por el socio de número doctor Eudoro Martínez G. en la sesión del mes de septiembre de 1933.

UN ERROR DE DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Por el Dr. Luis Laverde.

En el servicio de niños del Hospital San Rafael, en donde por lo ordinario la consulta se compone únicamente de modestas diarreas, de bronquitis catarrales y banales gripes, llega hoy una enfermita en cama. Lo raro del transporte hace que se invierta el turno para examinarla desde luego y saber de qué se trata.

Es una primorosa chiquilla de siete años de edad. El padre, sencillito campesino, nos relata de una vez la historia de la enfermedad.

Esta nena, oriunda de Anaime, región cafetera, ha sufrido siempre de las molestias que consigo trae la uncinaria: amarillosa, pálida, enflaquecida, sin apetito, había visto agravarse su mal, hasta la semana pasada, en la cual, con motivo de unas deposiciones en las que arrojó 23 ascárides, fue traída a la ciudad.

Vista entonces por uno de los más afamados curanderos, le recetó éste un frasco de un vermífugo de su invención, lo que tuvo como consecuencia el que se cerrara el intestino, no dejando pasar por él materias ni gases desde hace cinco días.

La niña, en estado de hipotermia, puesto que el termómetro apenas alcanza a subir a 35 grados; con un pulso de 150, casi imperceptible, profundamente deprimida, no tiene fuerzas ni para hablar: sólo rechaza, eso sí, cualquier contacto sobre su abdomen, inclusive el del vestido, que le es perfectamente intolerable.

El abdomen es amplio, desarrollado, pálido, está surcado por innúmeras ramas de circulación colateral. Algo más abultado hacia el lado izquierdo, sus paredes están perfectamente contracturadas, en "Ventre de Bois", tan hiperestésicas que dificultan enormemente la palpación y percusión. Insidiosamente, ante la historia, se presenta el recuerdo de un caso semejante observado en la clínica del Prof. Peña en Bogotá, donde idéntica anamnesis dió por resultado una laparotomía que liberó un nudo con 93 ascárides que cerraba el tránsito del tubo digestivo.

El estado de la niña, en perfecta oclusión desde 5 días antes, impone, previo calentamiento y tónicos, la intervención operatoria.

Dormida sobre la mesa, no basta el sueño clorofórmico para aflojar las paredes abdominales. Se pone de presente aún más el aspecto vacío de la fosa ilíaca derecha.

Al hacer la incisión muscular, el peritoneo se presenta haciendo hernia en la herida, lo que facilita intensamente la formación del pliegue seroso, del que surge, al cortar con el bisturí, inundando profusamente el campo operatorio, un líquido rojizo claro con aspecto de ascitis hemorrágica.

La sorpresa es comprensible, puesto que dicho síntoma, unido a la circulación colateral observada antes de la laparotomía, hace suponer la presencia de una masa tumoral en el vientre, siendo ésta de carácter maligno, ya que las ascitis hemorrágicas son en la generalidad propias del cáncer.

Efectivamente, en contradicción completa con la anamnesis, al ampliar la abertura peritoneal se presenta a la vista una masa violácea, encapsulada, que ocupa todo el fondo de la abertura y no permite ver por parte alguna el intestino.

Una exploración profunda, llevando la mano al interior del abdo-

men, hace apreciar el enorme tumor, que lo llena por completo. Esférica hacia arriba, en donde rechaza contra la cúpula diafragmática y el hígado todo el tubo digestivo aplastado, se continúa hacia abajo sin que se encuentre solución de continuidad con los huesos de la pelvis. Sobre su cápsula brillante se abren los pétalos del pabellón de la trompa y corren por debajo de la serosa de envoltura el ligamento redondo y la trompa hacia una diminuta matriz que parece colgar de la neoformación.

En la imposibilidad de obrar es preciso cerrar el abdomen y esperar el fallecimiento de la paciente, la que muere a las 10 de la noche, sin haber podido hacer nada para salvarla.

La autopsia muestra una enorme masa de aspecto sarcomatoso en el ligamento ancho izquierdo; correspondiendo al ovario izquierdo, su compañero, pequeñísimo, se presenta en el lado derecho.

El corte deja apreciar una formación lobulosa y blanda, llena de un jugo grosella espeso, con todos los caracteres de un sarcoma legítimo.

Hé aquí cómo de una anamnesis equivocada condujo a pensar que la niña estaba afecta de una obstrucción intestinal de origen verminoso, cuando en realidad había sido causada por la presencia de un gran sarcoma, de un tiempo mucho mayor desarrollándose, lo que no supieron los padres, quienes la trajeron a la sala del Hospital, logrando únicamente el suministro de una provechosa lección de clínica quirúrgica.

