

UN CASO DE PALUDISMO CONGENITO

Por el doctor Humberto Gómez Herrera.

Historia N° 1.100.—Clínica Obstétrica. Hospital de San Juan de Dios. VII-9. 1947.

Historia de la niña. Peso 3.200 gramos. Respiración espontánea, presentación de cara.

VII. 9 1947.: Hepato y esplenomegalia que llegan a 3 dedos por debajo del reborde costal. Cianosis, convulsiones en miembros inferiores, superiores y cara, nistagmus horizontal, fontanela **tensa**, gran deshidratación. Foco bronconeumónico en la base izquierda. Cianosis, disnea, aleteo nasal, bradicardia, mirada de terror, quejido continuo, hipomanía muscular, miosis. No hay reflejo a la luz ni de presión palmar, ni de presión plantar, ni de Collin. Actitud: miembros en extensión, no llora, reflejo de Moro negativo.

Punción lumbar: líquido hemorrágico a gran tensión.

Indicaciones: vitamina K, Lobelina, oxígeno, sangre materna, lavada 30 cc., vía intraósea, penicilina 10.000 unidades cada 3 horas. Sueros por vía subcutánea.

Se ordena examen de sangre sospechando una Eritroblastosis fetal dando el siguiente resultado:

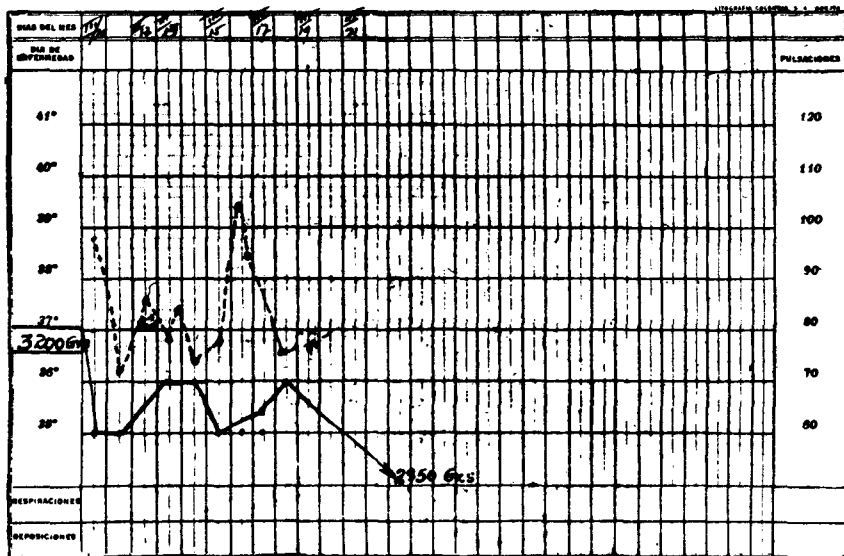
Sí hay eritroblastos. Formas sexuales de Plasmodium vivax. 1 cada 4 campos.

VII-10/47: Miembros ligeramente flexionados, ligera hipotonía muscular, pupila normal, reflejo a la luz normal. Reflejo depresión plantar positivo, de Collin positivo. Gran vascularización de la conjuntiva. Mirada normal. No hay convulsiones, llora al examen, deposición normal. Reflejo de Moro positivo.

VII-11/47: Tranquilo, ligeramente cianosado, mejor actitud; llora al examen, pupila normal, gran hematoma subconjuntival bilateral, ligero aleteo nasal, foco bronconeumónico en la base izquierda. Abdómen: circulación colateral bastante marcada, bazo e hígado en:

igual estado. Deposición normal. Reflejo de Moro positivo. Reflejo patelar contralateral positivo, reflejo a la luz normal, reflejo de succión normal.

CUADRO DE TEMPERATURA



Indicaciones: Penicilina, sangre materna lavada 30 c.c., leche al ácido láctico, atebrina 0.01, 2 veces al día.

VII - 12/47: Gran mejoría. Iguales indicaciones.

16. VII/47: Gran ictericia (atebrina?). Bazo e hígado en igual estado.

18. VII/47: Disminuye le hepato y esplenomegalia.

21. VII/47: Gran baja de peso, diarrea mucosa, alcalina, ulceración del talón izquierdo, subictericia, *bazo e hígado no son palpables*.

Indicaciones: Dieta, lactado de Ringer en solución dextrosa 200 c.c. subcutáneo. Sulfasuccidina, vitamina K.

22. VII/47: Sale del Servicio por insistencia de los padres.

En la historia de la madre hay el antecedente de que ha tenido dos embarazos anteriores con fetos muertos y que hace 10 años vive en Bogotá. Ha sufrido ataques palúdicos.

Otros exámenes de Laboratorio.

Julio 12/47. Examen Nº 26909. Laboratorio Santiago Samper.

Hematies 4.320.000. Leucocitos 9.000 por m.m3.

Hemoglóbina 85 por 100. Valor globular 0.98.

Pelimonucleares neutrófilos, 80 por 100.

Linfocitos medios, 20 por 100.

Julio 14/47. Examen N° 27.039.

Hemáticas 5.020.000. Leucocitos 11.200 por m.m³.

Hemoglobina 100 por 100. Valor globular, 1.

Polimorfonucleares neutrófilos 48 por 100.

Polimorfonucleares eosinófilos 2 por 100.

Linfocitos pequeños 45 por 100.

Elementos anormales.

Metamielocitos neutrófilos 5 por 100.

NOTA: Han disminuído notoriamente los eritroblastos, solamente se encuentran dos en toda la preparación.

Examen N° 27.079.

Investigación: Hematozoario.

No se observa hematozoario en la muestra examinada.

Julio 16/47. Examen N° 27.418.

No se observa hematozoario. Solamente se observa un eritroblasto por preparación.

Comentario. Manson Bahr dice: "El paludismo congénito es raro, pero es indudable que existe. Algunos han pensado que en estos casos debe haber un desgarro mecánico o hemorragia placentaria, por los cuales el parásito pasaría a la sangre fetal".

"Lopatín sugirió la emigración intrauterina de los eritrocitos infectados de la madre al feto a consecuencia de alteraciones vasculares maternas, o podría ser como resultado de una abrumadora infección palúdica que la misma placenta sufriera modificaciones patológicas".

Algunos autores afirman que el niño está protegido por anticuerpos maternos durante los dos primeros meses y que sólo puede haber infección palúdica fetal siempre y cuando haya lesión placentaria.

Otros dicen que no es necesaria la lesión placentaria, sino que haya gran cantidad de parásitos en la placenta.

Según opinión de Laffont Schetz, Van Der Branden, Jaso y Arbelo, Eckestein (citados por Arce) para considerarlo como congénito debe reunir las siguientes condiciones:

1º Comprobación del paludismo en el niño.

2º Que la madre sufra de paludismo con accesos durante el embarazo.

3º Sincronismo de los accesos febriles entre la madre y el hijo

4º Comprobación del mismo tipo de plasmodio en la madre y el hijo.

Según estas consideraciones, en el presente caso sólo se llena la primera condición. Las otras condiciones no las encontramos. Hay un antecedente digno de tenerse en cuenta y es el de que la madre ha tenido dos embarazos anteriores con fetos muertos lo que está de acuerdo con las comprobaciones hechas de que el paludismo produce la muerte del feto en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFIA

Manson Bahr. Enfermedades Tropicales.

Holt y Mc Intosh. Tratado de Pediatría.

Arce. Patología del recién nacido.

González L. Carlos. Algunas observaciones sobre paludismo congénito (tesis).

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

CALLE 10, NO. 13.99 = BOGOTÁ = COLOMBIA = APARTADO 400

Se desea el cambio con las publicaciones congéneres.

Es desitja el canvi amb les publicacions similars.

Om voldría cambiar ambe las publicacions similares.

On accepte des échanges avec les publications congéneres.

Si desidera il cambio colle publicazioni congeneri.

Aceitam-se permutas com publicacoes congéneres.

Exchange with similar publications is desired.

Wir bitten um Austausch mit ähnlichen Fachzeitschriften.