

NOTAS CLÍNICAS

CONSIDERACIONES ACERCA DE UN CASO DE ARTRITIS SACRO-ILIACA METASTÁSICA EN EL CURSO DE UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA

P. ALVAREZ-BUYLLA y E. R. VALDÉS SANTURIO
Oviedo.

En las descripciones clásicas sobre la clínica de las endocarditis lentas bacteriémicas, encontramos siempre alusión a la presencia de las artralgias en la fase de comienzo de la enfermedad, que suele limitarse a los tobillos, rodillas u hombro, y que no son tan violentas como las del reumatismo poliarticular agudo, evolucionando en general sin tumefacción articular, diferenciables asimismo de las verdaderas artritis infecciosas metastásicas por el carácter errático y poco preciso de los dolores articulares.

Se trata, según la expresión de PONS, de un reumatoide tóxico extra-infeccioso, cuyo cuadro queda relegado a segundo término por la intensidad de los demás síntomas generales propios y específicos de la enfermedad.

En la literatura consultada por nosotros no hemos encontrado descripciones de verdaderas artritis metastásicas en el curso de la enfermedad de Osler, comprobadas clínica y radiológicamente, lo que demuestra una escasa apetencia del agente causal de la endocarditis bacteriana por las estructuras articulares.

Por otra parte, si estudiamos el grupo de las infecto-artritis metastásicas en el curso de las infecciones agudas, los casos descritos sobre la afectación de la articulación sacro-iliaca son escasos e imprecisos. Entre las enfermedades infecciosas en cuyo curso se afecta con mayor frecuencia la articulación sacro-iliaca, debe citarse en primer lugar a la poliartritis reumática, en la cual no solamente está invadida la sinovial, sino que también en ocasiones las alteraciones patológicas se extienden hacia los tejidos periarticulares (SASHIN, THEILHABER). Pero no solamente en la poliartritis reumática puede afectarse la articulación sacro-iliaca, sino también en otras enfermedades infecciosas generales, como la gripe, escarlatina, sepsis, lúes secundaria, sarampión, difteria, viruela, etcétera, etc. También en la disentería bacilar DI GASPERO observó un caso de artritis sacro-iliaca. CHANDLER describe una infección metastásica neumocócica en esta articulación. DUNCAN, COUGHLAN encuentran como causa de artritis sacro-iliaca las infecciones de origen focal, especialmente las procedentes del foco

amigdalino y también las derivadas de los focos sépticos localizados en boca, intestino, vejiga y próstata, especialmente en el curso de las enfermedades infecciosas (PETHEO, KOPARI).

También la gonococia puede ser la causa de la inflamación de la articulación sacro-iliaca, tal sucede en los casos descritos por SMITH-PETERSEN, HOVALACQUE, ROUVIERE, GRABER-DUVERNAY.

En las osteomielitis agudas de ileon la afectación de la articulación sacro-iliaca es menos frecuente que la de la articulación coxo-femoral y pasa a menudo desapercibida hasta llegar a la fase crónica. En un reciente trabajo, INGELRANS y OBERTHUR presentan 52 casos de sacrocoxalgias de este origen, procedentes del Sanatorio de Zuydcoote.

Las razones anteriormente expuestas nos inducen a presentar un caso tratado por nosotros de una endocarditis bacteriana (Hemocultivo positivo) injertado en una cardiopatía congénita (Enfermedad de Roger) con una artritis metastásica de la articulación sacro-iliaca.

Aunque se trata de un caso más de una endocarditis bacteriana sensible al tratamiento penicilínico, la rareza del mismo radica en la artritis metastásica concomitante y no conocemos en la literatura ningún caso de idéntica naturaleza. Por otra parte, existen algunas particularidades dignas de interés en su curso, evolución y tratamiento.

La enferma que nos ocupa, E. V. V., de diecinueve años de edad, con antecedentes personales que señalan una pleuresia a los diecisésis años y un infiltrado pulmonar en 1947.

El 16 de septiembre de 1948 y cuando se encontraba en tratamiento de una hidroxiadenitis, acusa de manera brusca un dolor en la región torácica acompañado de fiebre y escalofríos. Le administran sulfamidas con las cuales disminuye la fiebre, pero no así los dolores torácicos.

Quince días más tarde siente dolores muy intensos a nivel de la articulación sacro-iliaca derecha y por las tardes fiebre de 38 y 39 grados. Le diagnostican de reumatismo y le administran salicilatos con los cuales disminuyen los dolores, pero no la fiebre, que llega por las noches a 40 grados.

Como los dolores son muy persistentes a nivel de la articulación sacro-iliaca, es vista por otro especialista de enfermedades articulares, que le diagnostica de una artritis sacro-iliaca, y le propone el tratamiento de la misma con inmovilización en cama de yeso.

El día 1 de diciembre de 1948 es vista por nosotros, presentando los siguientes datos interesantes de exploración: Estremecimiento catáreto a la palpación en la región precordial. Soplo rudo de propagación transversa y de una intensidad máxima a nivel del tercer espacio intercostal izquierdo hacia su parte interna.

La exploración osteoarticular nos da los siguientes datos: Actitud escoliótica convexa hacia el lado izquierdo. No existe contractura lumbar. La flexión activa

del tronco es interrumpida por el dolor en el momento que la pelvis comienza a vascular y continuando si se le permite la flexión de la rodilla derecha. Signo de Huc positivo, fijación de la sacro-iliaca durante la marcha. Dolor a la presión y a la movilización de la sacro-iliaca derecha a través de la tuberosidad isquiática (Signo de Paillard). Dolor a la abducción forzada del miembro derecho flexionado en rotación externa referido a dicha articulación (Signo de Laguerre). En decúbito lateral, dolor en la articulación derecha cuando se verifica una presión sobre el ala ilíaca correspondiente (Signo de Volkmann). En decúbito ventral, dolor muy acusado en la hiperextensión pasiva del muslo derecho previa fijación del sacro.

Examen radiográfico: Irregularidades en el contorno de la linea articular sacro-iliaca derecha con decalcificación de la porción sacra articular (fig. 1).

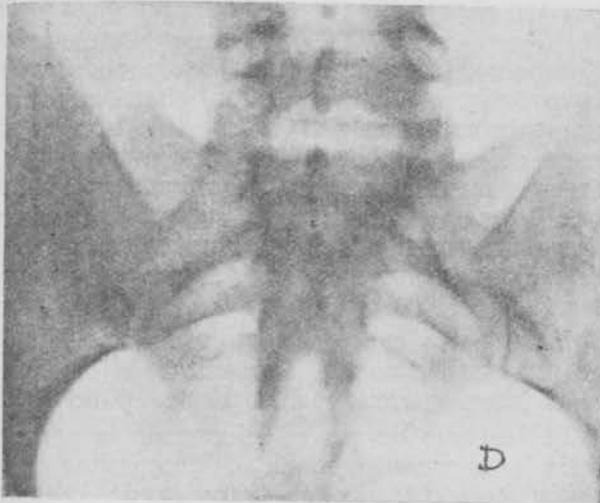


Fig. 1.—Examen radiográfico antes del tratamiento: Irregularidades en el contorno de la linea articular sacro-iliaca derecha con decalcificación de la porción sacra articular.

Se le diagnostica de una artritis sacro-iliaca metatarsica y la presencia de una cardiopatía congénita (enfermedad de Roger) nos hace sospechar que nos encontramos ante un caso de enfermedad de Osler dado el carácter persistente de la fiebre.

Tres días más tarde, la positividad del hemocultivo al estreptococo viridans (46 colonias por c. c.) confirma nuestra anterior suposición.

Se le confecciona un lecho de reclinación tipo Lorenz para la inmovilización de la articulación sacro-iliaca y el día 15 del mes de diciembre de 1948 se inicia un tratamiento general con penicilina por vía intramuscular con una dosis diaria de 500.000 U. O. fraccionada en dosis cada dos horas. Periódicamente se le practican hemocultivos, recuento de glóbulos rojos, fórmula leucocitaria y V. de S. cuyos valores, así como los de la curva térmica, pueden apreciarse en las figuras 2 y 3 y en el cuadro que se acompaña.

Al día siguiente de comenzado el tratamiento penicilínico y de forma espectacular, cesa bruscamente la fiebre y disminuye de intensidad el dolor a nivel de la articulación sacro-iliaca derecha. En la semana siguiente se repite el hemocultivo encontrándose una negativización completa del mismo.

La terapéutica complementaria con extracto hepático, ácido fólico y hierro modifican en los días siguientes el cuadro de anemia secundaria propio de la enfermedad. Pero como a los diecisésis días de tratamiento penicilínico se mantuvieran elevados los valores de la V. de S., aumentamos la dosis de penicilina a 1.000.000 de U. O.

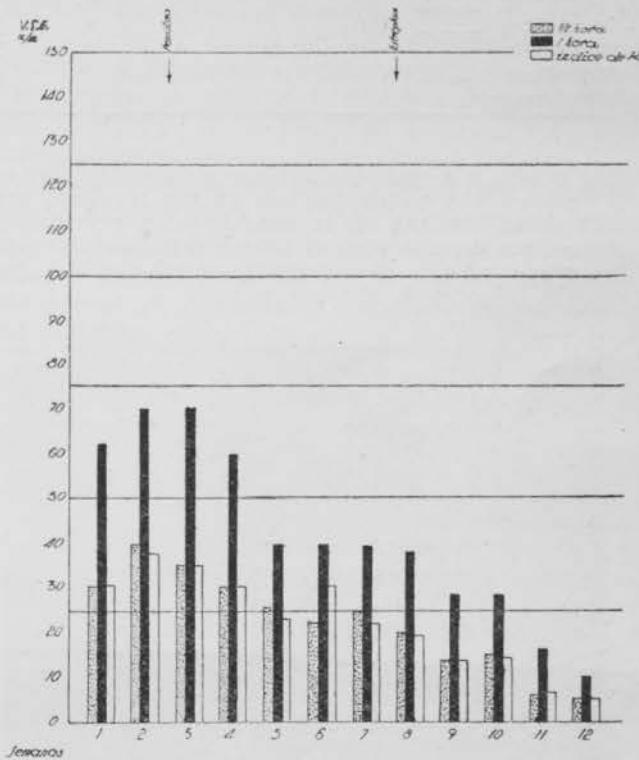


Fig. 2.—Valores de la velocidad de sedimentación de los eritrocitos en nuestro caso.

diarias administradas gota a gota por vía intramuscular. A los treinta y tres días de comenzado el tratamiento penicilínico se suspende éste con una dosis total de 25 millones U. O. Como se mantuvieran todavía elevados los valores de la V. de S. y sospechando una ligera resistencia u habituación del germen a la penicilina, quisimos consolidar la curación de nuestro caso instaurándole un tratamiento estreptomicínico a la dosis de un gramo diario por espacio de treinta días. Con este medicamento los valores de la V. de S. comenzaron a descender y al final del tratamiento eran completamente normales.

Se mantiene el reposo en cama de escayola durante

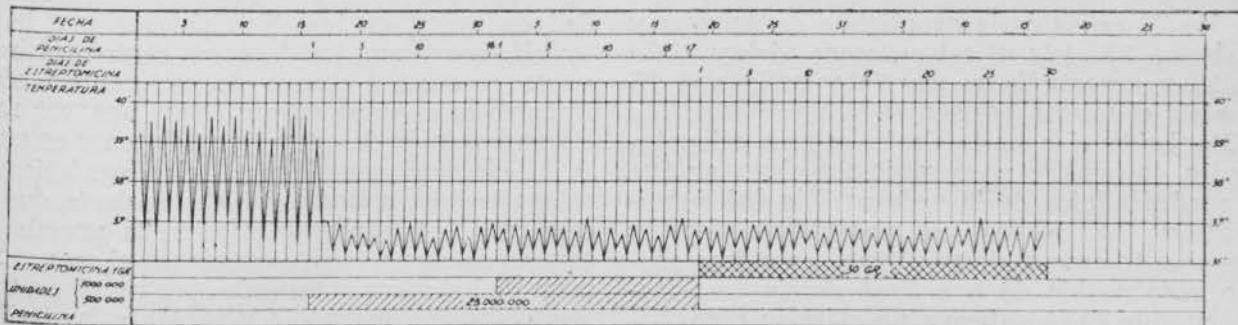


Fig. 3.—La curva térmica en la que van expresadas las dosis de antibióticos y en la que se puede apreciar el descenso espectacular de la misma ante el tratamiento penicilínico.

Cuadro de los valores de la serie roja, leucocitos, y fórmula leucocitaria.

SEMANAS	Penicilina						Estreptomicina					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Glóbulos rojos ...	3,1	3	3,8	4,2	4,6	4,5	4,5	4,6	4,5	4	4,8	4,8
Hemoglobina	65	62	70	80	82	85	85	86	80	79	82	83
Reticulocitos	5	4	12	15	12	7	6	5	4	3	3	3
Leucocitos 15.200	15.200	16.000	10.500	8.200	800	6.200	6.300	6.200	4.500	5.000	4.900	5.200
F. juveniles	0	2	3	6	4	3	4	2	2	1	0	0
Segmentados	60	58	63	51	53	53	37	38	38	37	36	37
Linfocitos	40	35	23	26	28	30	53	50	51	52	54	52
Monocitos	0	3	4	8	6	6	4	4	5	4	4	5
Eosinófilos	0	2	6	9	8	7	2	6	4	6	6	6
Basófilos	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0

más tiempo y a mediados del mes de abril de 1949 se le practica una radiografía que da por resultado una normalidad absoluta en la imagen de la articulación sacro-iliaca derecha (fig. 4). Hasta principios de junio del mismo año no se le permite abandonar el lecho, dándola entonces de alta por curación.

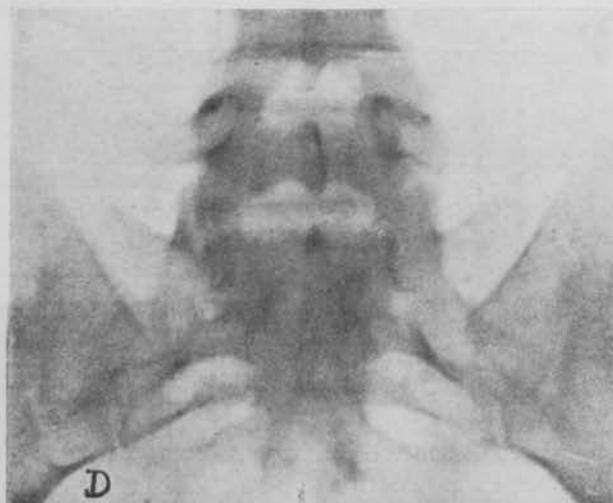


Fig. 4.—Control radiográfico efectuado después del tratamiento. Normalidad del cuadro articular.

COMENTARIOS.—Revisando el mecanismo etiopatogénico del caso que nos ocupa, podemos deducir los siguientes comentarios: Nos encontramos ante un caso de una enfermedad de Osler (Hemocultivo-positivo), cuyo agente causal ha sido el estreptococo viridans, agente más común en los casos de hemocultivos positivos. En el 90 por 100 de las estadísticas de LIBMAN y FRIEDBERG. En el 91 por 100 de la de LEHMAN. De los 28 casos de la estadística de ARJONA y ALÉS, en 23 aísla el estreptococo viridans. De los 27 casos estudiados por TRÍAS DE BES, en 25 se aísla el mismo germe.

Siguiendo el estudio de la cadena etiopatogénica de nuestro caso, podemos observar que el cuadro clínico de la endocarditis fué desencadenado, coincidiendo con una hidroxiadenitis, que en este caso pudiera actuar como foco séptico responsable de una bacteriemia transitaria, ya que en la enferma no existían otros focos (dentarios, amigdalinos, etc.) a quienes pudieramos hacer responsables de la infección.

Tampoco se han descrito casos de endocarditis consecutivos a esta afección glandular genuinamente estafilocócica. Es posible que en este caso el estreptococo fuera un agente de infección secundaria una vez abierta la lesión y que la bacteriemia tuviera lugar en una de las frecuentes manipulaciones habituales en los enfermos sobre las mencionadas lesiones glandulares.

En nuestro caso, el factor local de fijación es una malformación congénita: la comunicación interventricular o enfermedad de Roger.

Del estudio de las relaciones de la endocarditis lenta y malformaciones congénitas de corazón, y siguiendo los trabajos de BOUCAUT, ABBOTT, BOLDERO, BEDFORD, se desprende que las válvulas aórticas bicúspides se complican de endocarditis maligna en un 25 por 100 de los casos, siguiendo luego con una frecuencia del 20 por 100 la persistencia del conducto arterioso de Botal y la comunicación interventricular. Dada la rareza de la primera de estas marformaciones, la mayor frecuencia corresponde a la comunicación interventricular o enfermedad de Roger, o sea, el caso que nos ocupa.

Otro hecho que debemos señalar en este caso es la presencia de una anemia secundaria que ha respondido favorablemente al tratamiento con extracto hepático, hierro y ácido fólico.

En un reciente trabajo publicado por uno de nosotros en colaboración con BOTAS GARCÍA BARBÓN, hacíamos resaltar que el síntoma anemia no había sido valorado como un elemento de primer orden en el diagnóstico de la enfermedad de Osler, en las descripciones que hacen los clásicos y aun los doctores contemporáneos sobre el cuadro clínico de esta enfermedad. Nuestro caso viene a confirmar, una vez más, nuestra opinión de que es muy de tener en cuenta el síntoma anemia para el diagnóstico de esta afección, aunque si bien es cierto que en este caso el comportamiento de la anemia, en contraposición a lo que sucede en el mayor número de los casos observados por nosotros, tuvo una respuesta favorable y rápida a la medición antianémica, hasta el punto de que no fueron precisas transfusiones de sangre.

Otro hecho importante a tener en cuenta es la respuesta favorable y espectacular de este caso a la terapéutica penicilínica, en contraposición a la resistencia en el descenso de los valores de la V. de S.

Hemos establecido al comienzo del tratamiento una dosis de 500.000 unidades Oxford, dosis con la que PRIEST obtuvo la curación en un 100 por 100 de los casos, administradas por espacio de cuatro semanas.

La desaparición de la fiebre, negativización del hemocultivo y desaparición del dolor tuvo lugar después de las primeras dosis; ahora bien, el hecho de mantenerse elevadas las cifras de velocidad de sedimentación nos indujo a ampliar la dosis a un millón de unidades Oxford diarias, administradas gota a gota por vía intramuscular por espacio de diecisiete días, con cuya dosis tampoco se logró un descenso a los valores normales en las cifras de la V. de S. La tolerancia de estas dosis elevadas de Penicilina por vía intramuscular fué enteramente satisfactoria. Posteriormente la terapéutica estreptomicínica de un gramo diario instaurada para consolidar el tratamiento, logró en espacio de pocos días volver a la normalidad las cifras de la V. de S., lo que indica existía una cierta resistencia o habituación del germen para el primer antibiótico empleado.

El comportamiento favorable de este caso a los antibióticos confirma también lo expresado por uno de nosotros en colaboración con BOTAS, en el trabajo anteriormente mencionado, en el cual estableciamos que existe una diferenciación principalmente post-terapéutica; pero posiblemente clínica de dos cuadros endocardíticos. La genuinamente osleriana, hemocultivo positivo, sensible a los antibióticos y asentando en sus formas más puras sobre corazones indemnes de afección reumática, principalmente cardiopatías congénitas, y el hemocultivo negativo abacteriano o abacteriémico, que para nosotros no es más que una forma especial maligna del reumatismo, la llamada por BARD asistolia inflamatoria; carditis evolutiva por PICHON y RIVIERE; reumatismo maligno de HUCHAR, o, como LAUBRY la definió más recientemente, endocarditis reumáticas evolutivas.

Admitimos la existencia no infrecuente de formas mixtas donde el proceso séptico asienta sobre las lesiones valvulares reumáticas, activas o no, pero que el tiempo viene a demostrar en muchas con su final que el antibiótico actuó sobre la infección microbiana estreptocócica, pero, en cambio, la afección reumática siguió evolucionando hasta la producción de las visceropatías malignas fatales.

Por último, el hecho más importante y que, como hemos dicho anteriormente es el que nos ha movido a hacer la presentación de este caso, es la coexistencia en el cuadro clínico de la endocarditis de una artritis sacro-ilíaca.

El hecho ya señalado de que en nuestro caso actuó como foco séptico una hidroxiadenitis, afección genuinamente estafilocócica, y por

otra parte la escasa apetencia de los gérmenes que infectan habitualmente el endocardio por las estructuras articulares, nos lleva a admitir la hipótesis de que en nuestro caso los agentes causales de la endocarditis y de la infección articular han sido distintos. Posiblemente en esta última actuó el estafilococo como germen que muestra gran apetencia sobre las estructuras articulares, y en cambio sobre el endocardio actuó el estreptococo viridans, agente de infección secundaria en el foco séptico estafilocócico.

Este caso nos puede servir como base para efectuar un detenido análisis sobre el cuadro articular en el curso de las endocarditis bacterianas, y un estudio más detenido de un mayor número de casos nos llevará a conclusiones más ciertas de si en realidad el germen endocardítico es capaz de actuar de una manera directa sobre las estructuras articulares, produciendo verdaderas artritis metastásicas, o bien si, por el contrario, como suponemos en nuestro caso, éstas son debidas a una coincidencia de dos gérmenes distintos y con apetencias tisulares distintas en el foco séptico de la infección.

NEURONITIS (*)

F. LÓPEZ RUIZ

Córdoba.

El cuadro clínico de la neuronitis o síndrome de Guillain Barré constituye, a nuestro modo de ver, una verdadera entidad, pues con algunas variantes, tiene una forma de comienzo, signo y síntomas, curso, evolución y terminación bastante típicos. Si además de esta razón aducimos que no es un proceso del todo raro (seis enfermos nuestros en la clientela privada de cinco años), son motivos por los que creemos de algún interés hacer esta comunicación, no obstante existir magníficas contribuciones de autores nacionales y extranjeros^{1, 2, 3, 4, 5}, etc. Antes de proseguir señalaremos que la etiología, patogenia, anatomopatología y terapéutica son en la neuronitis, como en tantos otros problemas de la clínica, cosas no resueltas. No vamos, por tanto, a ocuparnos de ellas. Tampoco nos vamos a detener en la descripción de cuadros polineuríticos parecidos al de la neuronitis, como los descritos después del empleo de la vacunación antirrábica⁶ y en el curso de algunas formas de difteria^{3, 4, 10}, también con alteración liquídiana (aunque menos manifiesta que en el Guillain Barré) y síndrome parético más insidioso que el neurítico, como señalan GASKILL y KORB⁴. Por otra parte, en estos cuadros dif-

(*) Comunicación a la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba el 13-I-1950.