

TETANOS GENERALIZADO, CURADO CON SUERO INTRA - RAQUIDEO, PREVIO EVIPAN

Juan Carlos PRAVIA

Presentado en la Sesión del 14 de Mayo de 1941

SEGUNDO CASO

Creo interesante presentar a la Sociedad de Cirugía este segundo caso de tétanos generalizado, curado con suero intrarraquídeo previo Evipán. En el año 1938 presenté otro caso igual a éste, y curado con un procedimiento análogo.

En todos los casos de tétanos generalizados (en adultos) que vi curados, daba la rara coincidencia que a todos se les había hecho suero intrarraquídeo, de 6 a 8 inyecciones.

En cambio todos los tétanos que he visto marchar mal, no se les había hecho suero intrarraquídeo, a pesar que en algunos de ellos se les había inyectado suero intravenoso en cantidades grandes, lo mismo que subcutáneo e intramuscular, en algunos con anestesia general cloroformo de larga duración, otros con Evipán y otros sin anestesia.

Esto, creó en mi convicción que el suero intrarraquídeo en casos de tétanos, era de un gran valor.

Los tétanos tratados así curaban, a pesar de ser muy graves todos ellos, con estado general muy malo, pulso filiforme como en dos de nuestros casos y con crisis de cianosis grandes.

En cambio en tétanos clínicamente benignos (si benigno puede considerarse un tétano por una sintomatología poco ruidosa) tratados solamente con suero subcutáneo, intravenoso, con o sin anestesia y en cantidades grandes, agravarse el enfermo de un momento a otro y morir.

Se ha dicho mucho de acción de la toxina tetánica sobre el sistema nervioso, pero se sabe en realidad muy poco, todas son presunciones y teorías. Se ha dicho que las anestесias hacen desprender la toxina tetánica, y en esos momentos es cuando hay

que inyectar suero para neutralizarla por distintas vías, pero todas son suposiciones y vistas del espíritu, porque en concreto no hay nada demostrado.

Se ha dicho que las sustancias que hay disueltas en el líquido céfalorraquídeo no tiene acción sobre el neuro eje, por la poca permeabilidad de las meninges, opinión que será muy autorizada, pero que yo no comparto porque hay hechos reales en la clínica que dicen todo lo contrario; como por ejemplo: la acción del suero antimeningocócico, en las meningitis a meningo, o las sufamidas intrarraquídeas en las meningitis a estrepto o neumó, y en los casos que hemos tenido la suerte de ver curados de tétanos con suero intrarraquídeo.

Estamos firmemente convencidos, que solamente el suero intramuscular, subcutáneo, o intravenoso, con anestesia o sin anestesia, es insuficiente muchas veces y hay que recurrir al intrarraquídeo, y que nunca hace mal y puede salvar al enfermo, sobre todo si se hace previo un Evipán, que nos resuelve todo el problema principal en estos enfermos sentarlos, hacer desaparecer el opistótonos y las contracturas.

¿Debemos esperar que un Tétanos benigno se transforme en grave para hacer el suero intrarraquídeo?

No. "D'emblée" debemos emplear el suero intrarraquídeo como lo hemos hecho nosotros en este caso que les presento.

El cuadro del enfermo cambia desde el momento que se le hace el suero intrarraquídeo: mejora, las crisis se espacian y no son tan intensas, sobre todo si lo hacemos cada 48 horas, previa una anestesia con Evipán.

Veamos la historia clínica del caso y su tratamiento, (que es muy parecido al anterior) y algunas consecuencias lógicas de la comparación de los dos casos.

En la noche del 21 de Octubre de 1940 nos traen al Sanatorio Español, un enfermo, de 38 años de edad, casado, uruguayo, sin antecedentes personales de importancia, con un tétano generalizado. Cuadrícula N° 41477.

Este enfermo había recibido un traumatismo hacía 10 días, a consecuencia del cual fué internado en un Hospital, comprobándose allí que tenía una fractura de Dupuytren izquierda, y un estallido del escafoides del mismo lado.

En el miembro inferior derecho tenía una fractura, del 1°, 2° y 3° metatarsiano. Le hicieron una raquianestesia, una reducción de sus fracturas, y una bota de yeso en cada pierna. No se le hizo suero antitetánico. Cinco

días después es dado de alta y se va a su domicilio. El domingo 20 dice el enfermo: amaneció con las mandíbulas duras, y siempre tuvo dolores, que del pie izquierdo se suben al muslo, como calambres. El lunes 21 de noche es cuando ingresa.

Mirar el enfermo y hacer el diagnóstico es todo uno.

Enfermo delgado musculoso, con 39° de fiebre, pulso muy chico, hipotenso 140 por minuto, crisis de contracturas generalizadas, con opistótonos muy marcados cada 10 o 15 minutos, y cianosis en las contracturas.

Lo primero que hacemos.—Acostar al enfermo y hacerle una anestesia con Evipán ($\frac{1}{2}$ amp. intravenosa); sentamos al enfermo, le hacemos una punción muy fácil, extraemos 20 c.c. de líquido céfalorraquídeo e inyectamos 20 c. c. de suero antitetánico del I. de Higiene, intrarraquídeo muy lentamente, e inyectamos 130 c. c. de suero antitetánico 70 subcutáneo y 50 intramuscular.

El líquido céfalorraquídeo es completamente límpido (cristal de roca).

Aprovechando la anestesia abrimos las dos botas y sacamos unos pedazos de yeso, que mandamos al laboratorio, junto con el líquido céfalorraquídeo, para buscar "bacilus" tetánicos; respuesta que fué negativa como veremos después.

El segundo día (22 de Oct.). Inyectamos 100 c. c. de suero, 50 subcutáneo y 50 intramuscular. El enfermo está un poco mejor, las crisis no son tan intensas, pero todavía duran bastante, tiene trastornos en la deglución, no puede deglutir líquidos, le produce tos, porque la gran contractura de los músculos faríngeos llevan hacia la tráquea los alimentos.

Este punto lo resolvimos al otro día, en la segunda anestesia con Evipán, poniéndole una sonda nasal como a los operados de laringe, y así pudimos alimentar al enfermo 10 o 12 días sin ningún inconveniente.

El tercer día (23 de Oct.). Hacemos una segunda anestesia con Evipán intravenoso ($\frac{1}{2}$ amp.), una punción lumbar, de líquido siempre claro cristal de roca, esta limpidez nos demuestra, para nosotros, que el suero que inyectamos 48 horas antes por esa vía se había reabsorbido. Esto lo comprobamos en las punciones sucesivas que le hicimos a este enfermo.

Retiramos 20 c.c. de líquido céfalorraquídeo, inyectamos 20 c.c. de suero antitetánico. Hacemos 60 c. c. de suero intramuscular.

Aprovechando la anestesia sacamos los dos aparatos de yeso. En la pierna derecha hay cuatro flictenas en la parte dorsal del pie, con un líquido serosanguinolento. Extraemos unos fragmentos de piel que enviamos numerados al laboratorio para investigar bacilos.

En la pierna izquierda.—Las cosas eran distintas; allí sospechábamos estaba la puerta de entrada, por los dolores en forma de calambre de que nos hablaba el enfermo.

Había cinco escaras, dos pequeñas y poco profundas en el dorso del pie, que resecamos, numeramos y enviamos a laboratorio; las otras tres escaras eran laterales y muy profundas, llegaban al tejido celular subcutáneo.

Las resecamos todas, desinfectamos bien con yodo, éter, varias veces, operación que hicimos todas las veces que se anestesió al enfermo, vale decir, cinco veces. Enviamos numeradas las escaras al laboratorio.

El Dr. Hormaeche nos informa días después en cuanto a "Bacilus" Tetánico lo siguiente:

Líquido céfalloarraquídeo: Negativo.

Yeso (fragmentos): Negativo.

Pie derecho (piel): Negativo.

Pie izquierdo (piel, escara supurada): Se ha aislado una especie identificada completamente como el "B. Tetanis".

El cuarto día (24 de Octubre) el enfermo estaba mejor en cuanto a sus crisis de opistótonos, dolores y contracturas, pero nos hizo una retención de orina que suponemos por espasmo del cuello vesical, y tuvimos que sondarlo. Se le hacen 50 c. c. de suero antitetánico subcutáneo, y 50 intramuscular.

Quinto día (25 de Octubre). Le hacemos la tercera anestesia con Evipán y la tercera inyección intrarraquídea de 20 c. c. de suero. 40 cc. de suero intramuscular. Se curan las escaras, y además ponemos una sonda Nélaton a permanencia para evitar los sondeos repetidos de su vejiga.

Sexto día (26 de Octubre). — El enfermo está muy mejor. Pulso de 100, fiebre $37 \frac{1}{2}$, se alimenta muy bien por su sonda nasal, buena diuresis; le hacemos 60 cc. subcutáneo.

Séptimo día (27 de Octubre). — Cuarta anestesia con Evipán, cuarta punción lumbar, líquido claro. 20 cc. de suero intrarraquídeo solamente.

Octavo día (28 de Octubre). — El enfermo sigue mejor; le hacemos 50 cc. subcutáneo y 50 cc. intramuscular.

Noveno día (29 de Octubre). — Quinta y última anestesia con Evipán, punción lumbar líquido ligeramente turbio; 20 cc. de suero intrarraquídeo y 20 cc. subcutáneo.

Desde ese día no inyectamos más suero a este enfermo. En total, en nueve días le hicimos:

	<i>Sud - intramuscular</i>	<i>Evipán</i>	<i>Intrarraquídeo</i>
1er. día	130 cc.	1	20 cc.
2º "	100 "	—	— "
3º "	60 "	1	— "
4º "	100 "	—	— "
5º "	40 "	1	20 "
6º "	60 "	—	— "
7º "	— "	1	20 "
8º "	100 "	—	— "
9º "	80 "	1	20 "
	670 cc.	5	100 cc.

Comparando este caso con el anterior, a este enfermo le inyectamos solamente 670 cc subcutáneo e intramuscular, al otro le habíamos inyectado 930 cc. del mismo suero del I. de Higiene, como se ve la diferencia es de un 40 % menos, en cambio le hici-

mos en nueve días 5 anestésias con Evipán, igual que al otro, y 100 cc. de suero intrarraquídeo.

Este era un tétanos muy grave, más grave que el otro probablemente, ya que tenía espasmos faríngeos y trastornos urinarios importantes y sin embargo, necesitamos menor cantidad de suero. En nuestro caso anterior, al tercer día de estar hospitalizado recién inyectamos suero intrarraquídeo, en cambio en éste a la media hora de ingresar el enfermo ya tenía su anestesia hecha y su suero intrarraquídeo inyectado.

¿Será esa la causa porque necesitó menos suero este enfermo que el otro?

El enfermo hizo una reacción sérica que mejoró con tratamiento apropiado. A los 12 días de su estada en el Sanatorio, se le retira la sonda nasal porque la deglución la hace muy bien. A los 20 días se le retira la sonda vesical, orina sin ninguna dificultad. A los 53 días es dado de alta, completamente curado de su tétanos y una radiografía nos muestra sus lesiones óseas en vías de consolidación completa.

Examinado hace poco tiempo camina perfectamente bien, con una ligera claudicación de su pierna izquierda.

¿No será que la vía intrarraquídea es la más activa?