

Clínica del Prof. V. Pérez Fontana

UN CASO DE ARTRITIS BLENORRAGICA TRATADO CON PENICILINA

Por E. Anavitarte

En clínica de adultos menos con frecuencia artritis blenorragicas en sus formas y localizaciones más diversas, pero en la edad infantil y particularmente en el sexo masculino es mucho más raro encontrarlas. Se admite que en la niña es mucho más frecuente que en el varón pues existe una puerta de entrada que es la vulvo-vaginitis cuya frecuencia constituye un verdadero problema. En el varón las puertas de entrada pueden ser la oftalmia purulenta o la uretritis.

El caso que vamos a relatar tiene características llamativas y es simplemente por eso que lo comunicamos a esta Sociedad.

Se trata de un niño de 4 años de edad que ingresa al Servicio del Prof. V. Pérez Fontana porque hace 8 días, a raíz de un traumatismo que parece ser dudoso, le notan una tumefacción difusa a nivel de la muñeca derecha. Hacía unos días que su padre lo había llevado a un curandero para que le tratara un corrimiento purulento uretral.

Antecedentes familiares: Hace 1 año falleció la madre de bacilosis pulmonar.

Examen: Buen estado general. Febrícula. Piel y mucosas bien coloreadas. Lengua roja húmeda. Garganta sin particularidades.

Miembro superior derecho:

a) Inspección. A nivel de la región de la muñeca derecha se aprecia una tumefacción roja, edematosa, que toma el $\frac{1}{3}$ inferior del antebrazo, toda la mano y la base de los dedos. La mano se halla inmóvil, fija, y el pulgar está acolado a la palma y los dedos edematosos en su parte proximal.

Impotencia funcional marcada.

b) Palpación: Comenzando por el antebrazo se demuestra que los huesos que constituyen su esqueleto están libres e indoloros salvo en su parte articular con el carpo. El dolor es exquisito en las articulaciones de

la muñeca. No se aprecia normalidad anormal. Calor local. Movilidad pasiva muy dolorosa.

Clínicamente se hace el diagnóstico de artritis aguda de la muñeca derecha.

Completando el examen vemos que existe a nivel del meato uretral un corrimento purulento del cual se toma una muestra para examen bacteriológico.

Tacto rectal negativo. Resto del examen sin particularidades dignas de mención.

El estudio de laboratorio da los siguientes resultados:

Sangre: Leucocitos: 11.700; Hematíes: 3.900.000; Hb. 73 %; V. G.: 0.93; Neutrófilos: 76; Eosinófilos: 2; Monocitos: 9; Linfocitos: 13. Velocidad de eritrosedimentación: 28 mm. en la primera hora.

Exudado uretral: Células abundantes; glóbulos de pus; diplococos Gram Negativos intra y extracelulares con las características del Neisser. Alergia a la Tuberculina Positiva intensa (Hiperergia).

Estudio radiológico: (Drs. Pieroni y J. Lorenzo.):

Radiografía de ambos puños:

Lado derecho: Destrucción casi completa del núcleo epifisario del radio. Gran decalcificación en núcleos del carpo y del extremo inferior del cúbito.

Lado izquierdo: Normal.

Radiografía de tórax: Engrosamiento y extensión difusa de ambos hilios, sin poderse asegurar la existencia de una hilitis específica. Trama acentuada. A vigilar el hilio izquierdo.

Tratamiento: Se inmovilizó primero con férulas y se dió sulfatiazol a grandes dosis. Este tratamiento fracasó. Se coloca entonces un vendaje enyesado que se mantiene ocho días. Se inicia conjuntamente el tratamiento con Penicilina durante tres días, dando en total 300.000 unidades por vía intramuscular.

Se extrae el yeso y se coloca vendaje con cola de Unna. Repetimos la velocidad de eritrosedimentación que es ahora de 5 m.m. en la primera hora. (Han transcurrido 20 días de tratamiento).

Cinco días después, o sea al mes, se hace nueva radiografía y el radiólogo informa: La epífisis está aún modificada pero en forma discreta. La metafisis presenta banda clara por debajo simulando el aspecto de ostecondritis.

Resumiendo: un niño de 4 años, adquiere una blenorragia por contagio criminal y mal tratado por un curandero hace una artritis de la muñeca derecha que no mejora con el sulfatiazol y que le destruye el núcleo epifisario del radio y de algunos huesos del carpo. El enfermo tiene antecedentes bacilares y una posible hilitis de esa naturaleza.

¿Podría plantearse la etiología bacilar de la artritis?

Creemos que no, pues el tratamiento y la evolución clínica y de los estudios de laboratorio demuestran lo contrario. La velocidad de eritrosedimentación que evoluciona tan rápidamente hacia las cifras normales es un elemento de gran importancia tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y pronóstico.

Hay quien lo usa, como signo de regresión del proceso y para la extracción del vendaje de yeso (J. A. Piqué).

Creo que merece especial atención el hecho de que una artritis que ha destruido núcleos epifisarios no haya evolucionado hacia la anquilosis como es lo corriente.

El enfermo de que hablamos tuvo una recuperación funcional completa.
