

UN CASO DE TETANIA

POR EL DR. DEMETRIO LOPEZ

EN respuesta a la encuesta que nuestro estimado colega Mario Torroella inició en una de nuestras últimas sesiones, inquiriendo lo que se hubiera visto o escrito sobre el síndrome tetania, con el fin de acopiar amplia información para el trabajo que tiene en estudio, nueva y magnífica orientación en la forma de preparar los trabajos académicos, me permití decirle que yo tenía ya dispuesto, para ser leído en mi turno reglamentario, un trabajo sobre el mismo asunto, basado en un caso de tetania que observé junto con el Sr. Dr. Miranda y que juzgamos como tipo perfecto de tal dolencia; aplazada la presentación de mi trabajo por diversas circunstancias vengo ahora a presentarlo a ustedes, no como fué concebido sino truncado, es decir sin comentario personal y sin la extensión que me había propuesto darle, porque traigo el deseo de cooperación para Torroella; así, expondré solamente la observación escueta, con algunos detalles, pero en forma sencilla pensando en que, al menos, tenga el interés de abrir un debate previo al meritorio trabajo que habrá de traernos Torroella; tocándome por otra parte el honor de ser escuchado en esta feliz ocasión en que se sientan en nuestro estrado distinguidos huéspedes y colegas del VII Congreso Latino Americano.

La niña María Teresa O. nació el día 9 de octubre de 1927 muy pequeña, demostrando que su poco desarrollo en el claustro materno sólo le había permitido alcanzar el peso de 2,800 kgs.

Los padres de esta niña son individuos sanos, sin tara patológica pero, además de ser esposos, son primos hermanos; y representando la consanguinidad un papel principal en la familia, pues estos esposos además del parentesco antes dicho son hijos respectivamente de padres que fueron también primos hermanos, y la rama materna, en los ascendientes de la esposa, presenta la misma característica en otra generación más.

La niña María Teresa ocupa el cuarto lugar entre los hijos nacidos del matri-

monio O; el primogénito, hidrocefálico, sobrevivió 8 meses y sucumbió víctima de un padecimiento agudo gastro-intestinal. El segundo hijo nació de tiempo, siempre expresando en sus rasgos cefálicos caracteres desproporcionados con su cuerpo, pero sin alcanzar la magnitud del primero; la crianza de esta criatura iba haciéndose sin dificultad pero, a los ocho meses como el primero, también sucumbió por idéntica perturbación del aparato digestivo.

El tercer niño vive, tiene actualmente seis años, está en buena salud, bien desarrollado, aunque puede advertir el observador, que haya tenido conocimiento de los anteriores casos, que la cabeza es un poco grande. El desarrollo intelectual es normal.

En la crianza de la niña María Teresa se pusieron todos los cuidados que la cultura, la solidez moral y la posición económica de los padres allegaron en bien de la niña. La alimentación se hizo con leche materna hasta que cumplió un año, pero desde los seis meses empezó a tomar, alternando con aquella, leche de vaca mezclada con agua en variadas proporciones y posteriormente atole de fécula de papa preparado con leche pura; hasta que por fin a los doce meses se agregó a la alimentación sopas de diferentes pastas harinosas y a los diez y nueve meses, cuando comenzó el padecimiento, motivo de esta historia clínica, la niña ya tomaba sopas, huevo, papas, caldillo de frijol y leche. Ninguna perturbación digestiva ni de ningún otro orden entorpeció este proceso de alimentación.

Los primeros dientes brotaron a los doce meses, los primeros pasos los dió a los catorce y a los diez comenzó a balbutir las primeras palabras.

El día 22 de mayo de 1929 los dos niños que forman parte de la familia O. comenzaron a toser y la temperatura en cada uno de ellos subió a 37°5. En el niño mayor desde luego se apreciaron manchas de sarampión, padecimiento que evolucionó normalmente y terminó seis días después de su comienzo. Como los niños habían estado juntos y habían enfermado el mismo día no se aisló al niño afectado del sarampión, esperando ver este padecimiento en la niña de un momento a otro; pero esto no sucedió, solo cuatro días tuvo calentura, que llegó hasta 39°, el estado catarral adquirió el carácter de una bronquitis aguda, que al desaparecer dejó a la niña en estado aparente de convalecencia. Al sexto día, 19 de junio, la temperatura que era normal, sufrió una elevación brusca hasta 39°; se pensó en el sarampión, pero la temperatura por cinco días se sostuvo en 39°7, sin que se presentara el exantema, ni ninguno de los síntomas que le preceden y sin que hubiera otra cosa más que ligeros fenómenos catarrales.

El día 6 de junio en la noche la temperatura se elevó hasta 40°4, aumentó la tos y hubo disnea, al día siguiente se apreciaron dos focos de bronco-neumonía con fenómenos asfíxicos muy intensos. A las doce horas se dió a la enfermita un baño caliente sinapizado y a las trece horas se le aplicaron, por

inyecciones subcutáneas, 500 cc. de oxígeno; en la noche repetí la inyección de la misma dosis de oxígeno y también se dieron otros dos baños sinapizados e inyecciones de aceite alcanforado.

La noche fué menos mala que el día, disminuyó notablemente el estado asfíxico y la temperatura bajó a 39°.

El día 8 el padecimiento respiratorio guardaba un estado muy satisfactorio, la temperatura descendió a 38°; se repitió la inyección de oxígeno, 300 cc.

En este proceso el Sr. Dr. Parada Gay se sirvió auxiliarme, aplicando las inyecciones de oxígeno.

El día 9 observamos algunas manchas de sarampión: de este día al 12 no hubo ninguna anomalía en la evolución del mal; el estado general de la pequeña paciente fué satisfactorio, apreciándose solamente disfonía intensa.

El día 13 un grito repentino dado por la niña descubrió un estado convulsivo del pie izquierdo, que también estaba fuertemente contracturado; la contractura duró como dos minutos y el accidente doloroso se repitió cuatro o cinco veces más. Al día siguiente las convulsiones se repitieron con más frecuencia, se hicieron de más larga duración y se extendieron a las piernas y a los brazos; la temperatura osciló entre 37°5 y 38°. El tratamiento instituido fueron baños calientes y poción con bromuro de sodio, valerianato de amoníaco.

El día 15 me fué dado observar una fortísima contractura de caracteres tetánicos, los grupos musculares de la cara entraron en contractura unos seguidos de otros determinando un rictus especial; ondas de convulsión sucediéndose unas a otras agitaban a los mismos músculos; la nuca, rígida, manteniendo la cabeza echada hacia atrás y los ojos torcidos y convulsos daban un aspecto imponente. Los músculos del cuello, del pecho de la pared abdominal, de los brazos y de las piernas estaban igualmente contracturados y agitados por pequeñas ondas de convulsión. Cuarenta minutos duró esta penosísima situación y tras de este ataque, otros más se sucedieron con espacios de tiempo de 20 a 30 minutos.

Este cuadro no podía ser un estado espasmofílico, como se había pensado la víspera; eliminando un estado meningítico vino a mi mente el síndrome de tetania relacionado con el papel endocrínico que desempeñan las glándulas paratiroides y las deficiencias en el metabolismo del calcio. No fué posible verificar el examen de la orina, porque este líquido se excretaba en muy pequeñas cantidades en cada movimiento convulsivo y sólo pudo apreciarse que las ropas quedaban intensamente manchadas, con un color amarillo semejante al que produce el ácido pícrico.

Mandé buscar desde luego algún preparado de glándulas paratiroides preferentemente el que existe en el comercio con el nombre de «Para thor—ne» y entre tanto el medicamento me era llevado ocurri a consultar el caso Sr. Dr. Francisco de P. Miranda,



Miranda y yo presenciábamos un nuevo ataque con las características antes descritas y conformes con el diagnóstico clínico del síndrome tetania, hicimos la aplicación de medio centímetro cúbico de «Para thor-mone», a las 4 de la tarde. Hasta las 10 p. m., nada había variado y apliqué otro medio centímetro cúbico de Para thor-mone. Al día siguiente se nos dijo que al partir de la segunda inyección los ataques fueron más ligeros y con intervalos de una hora; el tiempo de duración más largo fué de 15 minutos; la enfermita tuvo largos momentos de descanso. Durante el día se contaron 16 ataques, algunos fueron ligeros y con meros muestras de dolor; se aplicaron tres inyecciones del extracto de paratiroides, elevándose las dosis hasta un centímetro cúbico en cada inyección.

El día 17 fué muy apreciable la mejoría, sólo se registraron 10 ataques, 4 muy ligeros, uno duró 18 minutos, otro 12 minutos y los demás variaron entre 1 minuto y 5 minutos. Tres inyecciones de paratiroides, de un centímetro cúbico cada una hicieron el gasto terapéutico del día.

El día 18 sólo de cuando en cuando se observaron ligeras convulsiones de los músculos y la niña daba ligeros gritos de dolor. Se puso 1 cc. del extracto de paratiroides. El 19 ya no hubo ningún ataque, la temperatura bajó hasta 37°2, sin embargo se aplicó un 1 cc. de Para thor-mone.

En los días 20, 22, 24 y 28 de junio se hizo la aplicación de 1 cc. de Para thor-mone en cada día y el día 5 declaramos a la niña en convalecencia. La temperatura normalizada, restablecido el apetito y vuelta la orina a su estado normal, se estableció una alimentación a base de harinas, puré de manzana, leche y pan.

El restablecimiento completo de la salud fué tardado pues apenas la niña pudo volver a sostenerse en pie tres meses después.

El diagnóstico clínico fué confirmado por la terapéutica, quedando así demostrada la relación tan grande que existe entre el síndrome denominado tetania, la insuficiencia paratiroidea, la diferencia del metabolismo cálcico, y el medio infeccioso en que se desarrolló. En el tratamiento nos preocupamos también por asegurar el aprovechamiento del calcio y juntamente con el remedio endocrínico ministramos 1 gramo y medio de lactato de calcio por día en poción; es sin embargo muy aleatorio el beneficio que este medicamento haya podido proporcionar, pues en primer lugar no es fácil admitir que la niña haya ingerido la bebida cálcica por el estado de contractura que hubo en los dos primeros días, posteriormente, cuando la niña estuvo ya en actitud de beber, continuamos ministrando el lactato de calcio, pero ya para entonces la modificación del síndrome se había logrado exclusivamente con el preparado de cápsulas paratiroides; es posible que estas hayan movilizado el calcio existente en el organismo y hécholo entrar en circulación por reactivación de las

propias glándulas paratiroides; pero esta hipótesis y otras más que ocurren al analizar el asunto y juntamente con los antecedentes hereditarios y el fenómeno completamente anormal y atípico de la infección sarampionosa, obligan a comentarios que son los que espero reciban buena acogida en el ansiado trabajo de nuestro buen amigo Torroella.

México, a 15 de enero de 1980.

DEMETRIO LOPEZ.