

EL PIE EN REJON DE BANDERILLA O EN AGUJA DE GANCHO COMO SIGNO DE PROBABILIDADES EN LA SIFILIS HEREDITARIA

Hace unos meses presentaba yo a la Sociedad de Medicina Interna un estudio a propósito de heredo sifilis y heredo distrofias y en él el de cuatro signos de probabilidad que he encontrado y agregado a la ya casi interminable lista de ellos.

Son estos: la mano ateloide, la acrocianosis intermitente observada en niños heredo sifilíticos, publicado esta en «La Pediatría» de Nápoles, la encefalo-orográfica y el pié en rejón de banderilla o aguja de gancho, único del que voy a tratar en este trabajo ya que dicha modesta observación me ha valido el honor de que de ella se ocupen entre otros distinguidos colegas el Dr. Alarcón de Tampico y el Dr. J. Muñoz Turnbull.

Consiste dicho signo, que solo he observado de modo marcado en los casos de heredo sifilis graves en una actitud del pié en talus tan pronunciado, que ha hecho lo designe con ese nombre o con el de pié en aguja de gancho.

Es necesario hacer la aclaración de que en los niños pequeños, la amplitud de los movimientos articulares son en general mucho más extensos que en el adulto y los de la tibia tarsiana no hacen por supuesto excepción a la regla, pero en el signo que me ocupa ésta es tal que toca a veces la cara dorsal del pié, la anterior de la pierna y esta actitud puede con ligerísima presión llegarse a ponerlas en íntimo contacto sin que por ello acusen las criaturas el menor sufrimiento. Débese esta posición en mi concepto, decía en el trabajo a que he hecho referencia, a una preponderancia de los flexores sobre los extensores, que se hallan en estos casos en un estado de hipotonía marcadísima. Es desde luego necesario ser cauto en la apreciación de dicho signo, pues se tienen que estimar solo diferencias cuantitativas que únicamente la práctica permite interpretar sencilla y seguramente, pues de otra manera podríamos tomar como patológico algo que no lo es y sacar falaces conclusiones, si no tenemos bien observados los hechos normales para establecer una comparación con los nosológicos.

No podemos tomar dicho pié talus, por el zambo talus verdadero, pues se diferencian en su absoluta reductibilidad, en que no presenta deformación esquelética, en que se logra su corrección con el tratamiento específico y por tanto la no necesidad de aparatos ortopédicos ni menos la sección del tendón del tibial anterior, a la que es necesario recurrir como

dice Kirmisson, en ciertos casos; tampoco es conservación de la actitud fetal, pues esta difiere esencialmente de la que nos ocupa por ser la del feto más bien zambo varus y no talus.

Huetter observa que en los recién nacidos hay una marcada tendencia a llevar la punta del pie a la adducción.

Forgue hace notar que los pintores de niños, aún en los de cierta edad, reproducen esta actitud.

Y Eschricht y Darse admiten también que la actitud de los pies, durante el período intrauterino, es en adducción forzada con inversión de la planta hacia arriba y adentro, en varus equino.

Se vé pues que no es en talus y no se puede invocar por tanto para éste la persistencia de posición fetal.

El Dr. Jorge Muñoz que ha seguido el estudio y hecho necropsias ha hallado: en cadáveres de niños muertos al nacer y que no presentaban signo alguno de heredo sífilis, que es posible efectuar la maniobra de flexión forzada sin que haya resistencia ósea ni ligamentosa; sin embargo se necesita cierto esfuerzo para conseguirlo, la maniobra se facilita extraordinariamente si se secciona el tendón de Aquiles.

En el esqueleto de cadáveres de adulto es muy distinto lo que obtiene, pues aún después de seccionar todas las partes blandas es imposible realizarlo porque el esqueleto lo impide, ya «que el borde anterior de la superficie articular de la tibia se apoya íntimamente en el cuello del astrágalo, poco después de que el pie forma con la pierna un ángulo de 45°».

En este caso hay un obstáculo de orden óseo, y continúa: «De estos pequeños estudios podemos concluir que el signo se debe a hipotonía muscular, ya que en el cadáver del niño no sífilítico se puede realizar fácilmente la maniobra, tanto más si se secciona el tendón de Aquiles: corrobora esto mismo la tensión dolorosa del mismo tendón que presenta el niño sano y flacidez realiza en el caso contrario».

Se ve pues como el trabajo del Dr. Muñoz viene confirmando la hipótesis que yo había indicado.

Al explicarse las causas de esta hipotonía, él invoca el insuficiente desarrollo y la inarmonía del sistema nervioso en los niños de esa edad así como la incompleta mielinización, desconexiones con los centros reguladores etc., que explican los desórdenes y reacciones aparentemente anómalos de estos niños y que en estos casos los centros reguladores del tono o están lesionados o sus desconexiones con la médula son mucho más marcadas que en el estado normal e impiden que en los músculos correspondientes exista la tonicidad normal de ellos, inclinándose más a lo último ya que los ataques a los núcleos grises obedecen más frecuentemente a otra etiología (encefalitis epidémicas, coreas, etc.) que vienen a realizar los síndromes extrapiramidales.

Por su parte el Dr. Alarcón en carta dirigida al Dr. Muñoz le dice, haciendo alusión a uno de los casos clínicos en que el Dr. Muñoz halla el signo en una niña heredosifilítica que presenta persistente el síndrome de Alarcón, la dispepsia transitoria del lactante:

«El asunto me interesa desde varios puntos de vista. Primeramente,

me congratulo de que Usted tenga por aceptado y lo use corrientemente el nombre que he propuesto en nosología, de Dispepsia Transitoria de los lactantes, y que de Usted a la persistencia del síndrome más allá de los noventa días de la vida, el valor clínico que yo he señalado como exponente de heredo sífilis

El primero de los casos que usted consigna, es sumamente interesante para mí. A la vez que le sirve para corroborar la opinión acertada del Dr. Torroella sobre el valor de la distrofia como estigma de especificidad luética, confirma, con el automatismo indiscutible de la presencia de dos verdades que se ratifican una a la otra, el valor de mi signo sobre la dispepsia transitoria atípica por prolongación.

Estoy de acuerdo con usted en la fisiología del Pié en Rejón de Banderilla. En un estudio que tengo hecho sobre el pié zambo congénito y que forma parte de un libro que preparo sobre vagotonismo de la primera edad, así veo yo también el mecanismo patogénico de la deformidad. Para mí, este pié talus y las otras modalidades del pié zambo congénito, se deben a la desconexión patológica entre los centros corticales y los músculos de la extremidad.

Hay como usted sabe, una insuficiencia piramidal fisiológica, y yo creo que hay además una insuficiencia simpática, igualmente fisiológica. El treponema, entre otros factores de menor categoría, o retarda la mielinización de las fibras cortico-medulares, o definitivamente suprime la conexión por esclerosis.

De manera que hay dos razones para la constitución del pié que nos interesa: la hipotonía del elemento extensor, como usted lo dice que cede al máximo, y la hipertonia del elemento flexor, que forma parte de la hipertonía muscular generalizada, propia del organismo a esa edad.

En el talus la flexión no es tan enérgica como en el varus equino en el que llega hasta la creación fetal de deformaciones esqueléticas; pero de todas maneras es lo suficiente para constituir pasajera y remediablemente, por regla general el pie en rejón de banderilla, que es otro pie paralítico,



Fig. 1.

muy bien considerado como estigma de heredo-sifilis, si no segura, por lo menos muy probable.

Estas ideas, entran dentro de mi plan del trabajo, solo que yo atribuyo la parálisis de los extensores a una lesión medular relacionada con la espina-bífida oculta. Ombredanne ha confirmado esta relación en los casos que ha visto de deformidad del pié en el recién nacido.»

Pueden verse claramente estas actitudes en las fotografías sacadas para ello, una en el trabajo que publiqué en «Medicina» correspondiente al 1º de julio de 1931 y en las que a continuación se ven, obtenidas por el Dr. Muñoz. En la Fig. Nº 1 se vé la flexión que puede obtenerse en un niño normal tomado como término de comparación. Las figuras Nos. 2 y 3 presentan pies en rejón de banderilla que pueden tomarse como típicas.

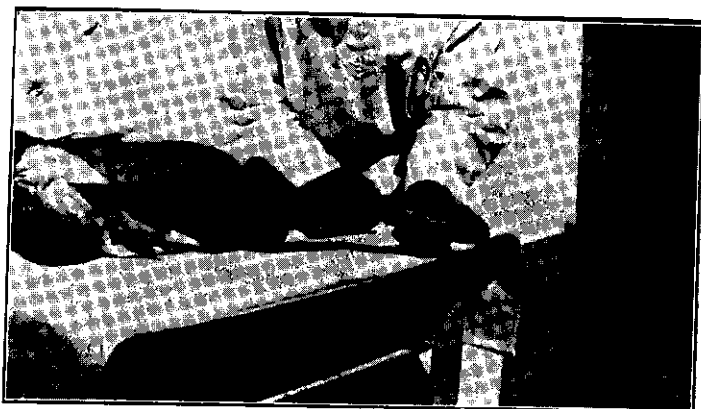


Fig. 2

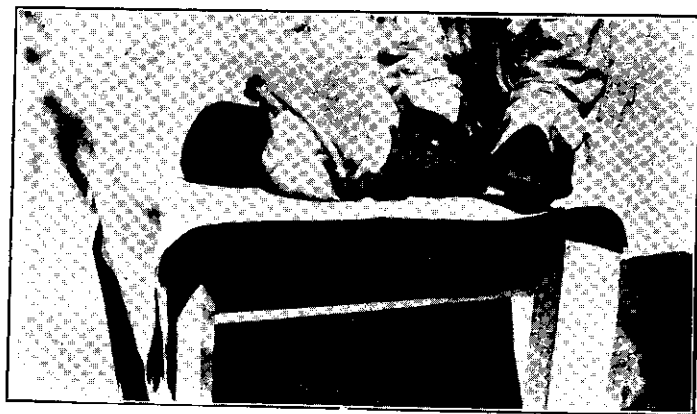


Fig. 3

La fotografía N° 4 debida al Dr. Cárdenas de la Vega es de un niño



Fig. 4

heredo-sifilítico con una voluminosa espina bífida y que presenta el pie en aguja de gancho y estudiado por él, con los caracteres que corresponden al pie en rejón de banderilla y no al zambo talus, dato digno de tomarse en cuenta dado que las deformaciones de esta índole frecuentemente coinciden con dicha malformación.

Dr. Mario Torroella.

Comentarios

Doctor Manuel ESCONTRIA.— Me parece de mucho interés este trabajo y de bastante mérito, encuentro en él un motivo de comentario en que casi siempre en niños entre los 7 y los 10 años en quienes se encuentra el pie plano hay la probabilidad de producir el pie en rejón de banderilla; en todos esos niños si se forza un poco la extremidad del pie ve uno que la flexión se extiende mucho más allá que en un niño normal; en cambio si se trata de provocar un equinismo se encuentra una resistencia como la que corresponde a un niño en esa edad; sugiero que, puesto que

estos pies en rejón de banderilla no requieren un tratamiento local, ni se hace un tratamiento manual o quirúrgico, sino que es un tratamiento específico el que los modifica, que se procure para el futuro ver si el pie tiende a tener la deformidad del pie plano puesto que se ha encontrado en el pie plano esa tendencia a provocar el pie en rejón de banderilla. En los niños de pie plano si se investiga con cuidado se encuentra un porcentaje de heredo sifilíticos enorme, mucho mayor del promedio normal. No podríamos saber cuantos heredo-sifilíticos hay en México, pero según los datos de Salubridad se encuentra que el 30% de las mujeres que concurren a los centros de higiene dan reacciones positivas y por consiguiente más del 30% de los que concurren a los centros higiénicos son heredo-sifilíticos, así podríamos decir aproximadamente que el 30% de los niños son heredo-sifilíticos, mientras que en los niños que padecen el pie plano, por lo menos el porcentaje asciende al 70% y es por consiguiente interesante averiguar las relaciones que hay en esto.

Dr. Ignacio Gonzalez Guzman.— Comenzaré por pedir perdón al Sr. Dr. Torroella por hacer un comentario de su trabajo, cuya índole es muy ajena a los asuntos que me dedico; pero su contenido, interesante desde muchos puntos de vista obliga al comentario.

Al considerar la patogenia del pie en rejón de banderilla, alude a modificaciones del tono muscular y a frecuente heredo lues. Ambos hechos me parecen interesantes ya que la sífilis hereditaria lesiona con gran frecuencia los centros simpáticos, ya se trate de los periféricos, de los medulares o de los superiores, que se pretende colocar en el diencefalo, y es bien sabido que esas lesiones simpáticas acarrearán trastornos del tono muscular de tipos variados y modificaciones del tono vascular o ambos a la vez, lo que patentiza mejor su origen.

Juzgo que sería muy interesante estudiar estos enfermitos desde el punto de vista de su sistema neuro-vegetativo y de la búsqueda de lesiones huesosas craneales en la región periinfundibular pues no sería sorprendente encontrar allí, exostosis que irritasen o inhibiesen centros simpáticos; como yo acabo de observar en una joven purpúrica.

En el caso particular del pie en rejón de banderilla es posible que los centros afectados sean los médulo-lumbares y que esa alteración fuese la consecuencia de una desconexión de ellos ya sea con los centros periféricos o bien con los diencefálicos. Y pienso más bien en una desconexión fisiológica y no en una destrucción o en una falta de desarrollo por la mejoría marcada que un tratamiento adecuado puede producir en casos analógicos.

Dr. Manuel Escontría.— Me referiré a lo dicho por el Dr. González Guzmán me parece que hay cierta contradicción entre el principio y el final de sus palabras porque dijo que la espina bifida era una falta de cerradura del canal raquídeo que provocaba al aparición de un tumor de la piel lleno de líquido cefalo-raquídeo y después habló de la posibilidad de una lesión por ataque de los centros nerviosos cerca de la médula. En realidad en la espina bífida siempre hay una aplasia de elementos nerviosos. Hace

poco el Dr. Torroella operó una niña que vino de Tapachula y tenía un tumor nervioso dentro de la bolsa. Recuerdo que el viejo profesor Broca nos decía que nunca operemos estos niños antes de ver si caminan, a menos de que se les ulcere la piel. Es probable que en multitud de ocasiones las aplasias nerviosas son tales que impiden la marcha normal.

Dr. Ignacio Gonzalez Guzman.— Al Sr. Dr. Escontria debo decir que probablemente no precisé mis conceptos. Yo no he dicho que las posibles lesiones de los centros simpáticos consistan en procesos destructivos o en faltas de desarrollo como las que origina la espina bífida sino que he aludido a desconexiones fisiológicas que bien pudieran haber sido, causadas por estados congestivos, de infiltraciones leucocitarias o de alteraciones gliales en su seno o en su contorno.

Por lo demás la espina bífida no debe considerarse como un tumor, si damos a esta palabra la connotación que le corresponde. Se le considera como una malformación embrionaria, como una falta de oclusión del neuroporo posterior y no tiene una significación especial para considerarla como un blastoma, el hecho de encontrar en su interior elementos nerviosos.

Dr. Mario Torroella.— Doy las gracias por los comentarios tan interesantes que se han hecho a mi trabajo y tomo en cuenta la indicación de Escontría, ver si es posible seguir estos niños con objeto de saber si presentan más adelante el pie claro.

RESUME

Le Dr. Torroella a présenté il y a quelques mois à la Société de Médecine Interne, une étude sur quatre signes probables d'hérédosyphilis, qu'il a rencontrés: la main atéloïde, l'acrocyanose intermittente, la gencive orographique et le pied en «rejon de Banderilla».

L'étude qu'il présenté se réfère au dernier des signes mentionnés, pour lequel on ne peut pas invoquer la persistance de la position fœtale qui ne doit à plus prépondérance des fléchisseurs sur les extenseurs en état d'hypotonie, et qui se distingue du vrai pied-bot par sa reductibilité absolue, par l'absence de déformation squelettique et par l'efficacité du traitement spécifique.

Il rappelle l'opinion du Dr. Muñoz, d'après laquelle l'hypotonie est due à une déconnexion pathologique entre les centres corticaux et les muscles de l'extrémité, et il rappelle également qu'à propos d'un cas du Dr. Muñoz dans lequel, en plus du pied «en rejon de banderilla», il y avait la dyspsie transitoire des enfants, au sein décrite par le Dr. Alarcon comme exposant d'hérédosyphilis, cet investigateur présente l'opinion qu'en plus d'une insuffisance pyramidale physiologique il y a une insuffisance sympathique physiologique également, et que dans la constitution du pied, objet de ce travail, il faut considérer autant l'hypotonie de l'élément extenseur comme l'hypertonie de l'élément fléchisseur.

Le Dr. Torroella diffère de cette façon de penser, vu qu'il attribue la paralysie des extenseurs à une lésion médullaire relationnée avec la spinalifida cachée, re-

lation qui a été confirmée par Ombredanne dans les cas qu'il a vus de déformités du pied chez un nouveau-né.

Pour finir, il accompagne son travail de quelques photographies en accord avec les idées exposées précédemment.

SUMMARY

Some months ago, Dr. Torroella presented to the Internal Medicine Society, a study on four probable signs of heredo-syphilis which he had made with: ateloid hand, intermitent acrosianosis, orographic gum, and foot in «rejon de banderilla».

His study refers to the last of these signs, for which it is not possible to appeal the foetal position, which is due to the preponderance of the flexors in the regard to the extensors in a state of hypotony, and which is distinguished from the true zambo talus for its absolute reducibility, for the absence of deformation of the skeleton, and for the efficacy of the specific treatment.

He recalls Dr. Muñoz opinion, according to which hipotony is due to a pathological disconnection between the cordial centers and the muscles of the extremity and recalls also that, in reference with a case of Dr. Muñoz, besides the foot in «rejon de banderilla», there was the transitory dyspepsia of the breast-children described by Dr. Alarcon as an exponent of heredo-syphilis, this investigator asserts the opinion that besides a pyramidal physiological insufficiency there is also a sympathetic physiological insufficiency, and that in constitution of the foot, the hypotony of the extensor element and the hypertonia of the flexor element must be considered.

Dr. Torroella differs from this of view, since he attributes the paralysis of the extensors to a medular lesion related with the hidden spinal bifida, relation that has been confirmed by Ombredanne in the cases which he has seen of a foot deformation in new born babies.

To finish, he accompanies his work with several photographs in accordance with the ideas previously exposed.
