

Complicaciones del sarampión (*)

Por el Dr. LUIS ESPINOSA GARCÍA CÁCERES (**)

No es nuestro interés al presentar, este modesto aporte al X Congreso Médico Nacional, señalar nada realmente nuevo en el ejercicio de nuestra profesión, pero sí llamar vuestra atención, en algunos aspectos de la evolución del sarampión observados y considerados por nosotros en el Hospital Anti-infeccioso de la Habana "Las Animas".

No consideraremos la evolución de la enfermedad en sí en el día de hoy, prefiriendo prestar nuestra mejor atención a sus complicaciones, aunque creemos necesario antes que nada hacer constar que en nuestro servicio la evolución de esta enfermedad se realiza siempre sin complicaciones de ninguna especie y que las que hemos tratado y considerado hoy aquí, se han observado en enfermos que nos han llegado con ellas presentes.

Las estadísticas de nuestro servicio demuestran que en el año de 1962 y en este mes de enero de 1963 tratamos 804 casos de los cuales hemos tenido las siguientes complicaciones: bronco-neumonías 8, neumonías 2, trastornos digestivos 6, otitis media 1.

Hemos tratado llegados ya complicados de la calle las siguientes; bronco-neumonías 35, encefalitis y mielitis 13.

Como se podrá observar, la presencia de complicaciones en los pacientes que

han llegado a nuestro servicio con la enfermedad en su período inicial o bien en el de estado son mínimas en cuanto a complicaciones secundarias se refiere y prácticamente nulas en cuanto a complicaciones específicas.

Ahora bien ¿cómo entendemos esto? En nuestro medio se acostumbra en muchas ocasiones hacer el tratamiento de la enfermedad en el hogar y a veces sin asistencia médica calificada, dado lo benigno de su evolución en gran número de casos, de aquí que se sigan métodos anticuados y la presentación de complicaciones sea mucho más frecuente.

Consideramos estas complicaciones clasificándolas en primer lugar como específicas de la misma virosis y cuando decimos esto nos referimos a las encefalitis, encefalo-mielitis y mielitis que van a ser objeto de consideración especial en nuestro trabajo, y las complicaciones secundarias producidas por elementos bacterianos (estreptococos, estafilococos, H. influenza, neumococos, bacilo de Koch, etc, etc...) que aprovechando la mayor susceptibilidad del sarampiñoso desarrollan las conocidas otitis, neumonías, bronconeumonías, pielonefritis, y tuberculosis evolutiva entre otras.

De estas últimas es necesario decir que no las referiremos ya que son de todos perfectamente conocidas en cuanto a su mecanismo de producción y tratamiento ocupando mejor nuestra atención en las complicaciones específicas

(*) Trabajo presentado al X Congreso Médico Nacional, celebrado en la Habana del 17 al 24 de Febrero de 1963.

(**) Médico Jefe de la Sala Finlay, Hospital "Las Animas".

y de éstas desde luego las mielitis dada su rareza en todas las descripciones y el hecho de haber aumentado su incidencia en nuestro servicio últimamente.

Aunque se ha discutido la etiología de las encefalomielitis y mielitis atribuyéndolas a la existencia de un virus neurotrofo reactivado accidentalmente o bien a expresión de fenómenos alérgicos nosotros entendemos y aceptamos con los que así lo afirman, y algunos han demostrado, que son producidas por el mismo virus sarampionoso presente en el L.C.R.

Estas complicaciones aparecen comúnmente en el período de declinación del exantema cuando ya la fiebre ha cedido. En estos momentos la elevación súbita de la temperatura nos hace pensar rápidamente en la instalación de una complicación apareciendo inmediatamente síntomas generales variables de acuerdo con la gravedad del caso. De manera que si en ocasiones ellos son graves y aparatosos en otras son leves e insidiosos.

Esta sintomatología está constituida, cuando lo que se va a instalar es una encefalitis, por fiebre alta de 40 grados o más, cefalea, somnolencia, confusión mental, pudiendo llegar a las convulsiones, al delirio y al coma. Después aparecen las parálisis de los miembros superiores e inferiores, manifestaciones de incontinencia de orina y de heces, trastornos de la sensibilidad entre otras manifestaciones encefalo-medulares lo que nos demuestra cómo a los síntomas encefálicos se va añadiendo sintomatología medular, de aquí que se consideren que en la gran mayoría de los casos la encefalitis sarampionosa no permanece como tal constituyendo una verdadera encefalo-mielitis.

En otros casos cuando lo que va a instalarse en una mielitis esta sintomatología encefálica falta al mismo tiem-

po que los síntomas generales son más ligeros y posteriormente a la elevación súbita de la temperatura lo que se presentan son parálisis motoras de los miembros inferiores de tipo flácido, trastornos sensitivos constituidos por parestesias, dolores radicales en las áreas afectadas donde además está disminuída la sensibilidad. Los reflejos ósteo-tendinosos están abolidos aunque de inicio pueden estar exagerados.

También se presentan siempre trastornos viscerales constituidos por retención de orina y de heces dependientes de la pérdida de la función esfinteriana con debilitamiento de la sensación. Esta sintomatología es dependiente de la extensión de la inflamación medular o bien de su localización o sea referible al segmento afectado. Hemos visto como en ocasiones ella progresa semejando una mielitis ascendente afectando incluso a los miembros superiores cuando el segmento cervical llega a tomarse.

El L.C.R. presenta una tensión normal o ligeramente aumentada, es de aspecto limpio, con ninguna o ligera pleocitosis desde 0 hasta 100 ó 200 células en su mayoría linfocitos, las proteínas son normales o ligeramente aumentadas presentando una reacción de Pandy positiva. El azúcar es normal. Los cultivos son negativos. No hay otros hallazgos de laboratorio a no ser una leucocitosis con neutrofilia en el hemograma.

Toda esta sintomatología tiende a desaparecer en pocos días retornando rápidamente la función de los esfínteres y más tarde las parálisis. De la casuística de nuestro servicio hemos traído dos historiales de ambas formas que vamos a resumir.

El primer caso se trata de una encefalitis post-sarampionosa.

Se trata de un paciente de 16 años, que refieren sus familiares que a los siete días de haber comenzado su saram-

pión y haber desaparecido la fiebre, ésta apareció nuevamente llegando hasta 40 grados, presentando cefalea intensa, vista extraviada, fija, movimientos continuos de ambos miembros superiores, dolor en epigastrio y retención de orinas y de heces fecales.

El examen físico de este paciente demuestra que no deambula adoptando el decúbito supino, su estado es estuporoso, con la vista fija, globo vesical palpable en hipogastrio. Rigidez de nuca, hiporreflexia ósteotendinosa, miembros inferiores paralizados y contracturados.

Este enfermo después de un tratamiento con Penicilina, Prednisona, ACTH, Vitamina B12 y complejo B, Dextrosa parenteral al 5%, cateterismo vesical, enemas evacuantes es dado de alta curado a los diez días de este tratamiento.

El segundo caso se trata de una mielititis del tipo transversa.

Paciente de 15 años que refiere que a los ocho días de haber comenzado su sarampión y después que su fiebre había desaparecido rápidamente volvió a subir la temperatura hasta 40 grados con gran debilidad de ambos miembros inferiores que le imposibilitaban la marcha, así como también retención de orina y de heces.

El examen físico de este enfermo demuestra que no deambula adoptando el decúbito supino, con palidez de piel y mucosas, y la lengua está depapilada. Presenta parálisis flácida de ambos miembros inferiores donde todos los reflejos ósteotendinosos están abolidos. La sensibilidad está muy disminuída desde las regiones inferiores del abdomen hasta los miembros inferiores. Los reflejos cutáneos abdominales están abolidos, los medio e inferior. Los reflejos ósteotendinosos de los miembros superiores están presentes sin que se note nada de importancia en los pares craneales. El

L.C.R. es claro y limpio, con tensión normal, dos células, glucosa 50 mgs., Proteínas aumentadas a 120 mgs. y el Pandy es positivo con dos cruces.

Este paciente es tratado con altas dosis de vitamina B12, Dextrosa al 5% parenteral, Tetraciclina, prostigmine, cateterismo vesical, enema evacuante. Es dado de alta curado a los 15 días de tratamiento.

Habíamos dicho que describiríamos el tratamiento que seguimos en nuestro servicio de la Sala Finlay del Hospital "Las Animas". Haciendo consideraciones personales sobre este tratamiento producto de nuestras observaciones. Pues bien nuestras prescripciones en el sarampión en período inicial o bien en el de estado libre de complicaciones es el siguiente:

La sulfadiazina como profiláctico de las complicaciones secundarias es el quimioterápico de elección. Se ha discutido mucho sobre la posibilidad de la intervención de un factor alérgico en el curso de esta enfermedad, cuestión que nosotros compartimos dado los resultados favorables que obtenemos por el uso habitual de los antihistamínicos comprobando que mejora el prurito acortando al mismo tiempo la duración del exantema y del enantema que se hacen más ligeros. Prescribimos también la loción de zinc para el prurito. Utilizamos también la codeína oral como el antitusígeno de elección. Los colirios de corticoides los utilizamos en las conjuntivitis intensas.

Como quiera que las manifestaciones gastro-intestinales son escasas, instituímos una dieta de entrada constituída por jugo, leche y puré de vegetales que ampliamos hasta hacerla completa inmediatamente que comienza a ceder la fiebre y el malestar general, y nunca hemos tenido que suspenderla. Consideramos que la hipocalimentación produc-

tora de avitaminosis alarga la evolución del sarampión y lo hace más susceptible a complicaciones.

Es para nosotros de especial importancia en este tratamiento los mejores cuidados de la higiene personal y ambiental y es por esto que nuestros enfermos se bañan a diario con lo que creemos facilitamos la eliminación de los productos de descamación más rápidamente y los de otros elementos tóxicos. El medio ambiente bien acreado sin temor de ninguna clase a las corrientes de aire que desde luego tratamos de evitar. Mantenemos al enfermo en reposo aunque no de manera absoluta. Es necesario señalar que nunca necesitamos la utilización de la Gama-globulina ni de los sueros inmunes. De esta forma damos de alta a nuestros enfermos en un término nunca mayor de 10 días.

BIBLIOGRAFIA

Manual de Merck. 8a. edición. Pág. 700.

Manual de Merck. 8a. edición. Pág. 1463.

Roscoe L. Pullen: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmisibles. Pág. 76.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

- 1º—Revisamos las complicaciones del sarampión especialmente las específicas.
- 2º—La frecuencia de complicaciones en nuestro servicio es prácticamente nula.
- 3º—Las complicaciones que hemos tratado llegan ya establecidas a nuestro servicio.
- 4º—Hemos presentado dos casos de encefalitis uno y otro de mielitis del tipo transversal considerándolos como típicos.
- 5º—Revisamos la terapéutica de la enfermedad y sus complicaciones haciendo resaltar que un buen tratamiento acorta la evolución de la enfermedad y evita las complicaciones como los hemos observado en nuestro servicio.

Archivos Hospital Las Animas.

Garrahan, Juan P.: Medicina Infantil. 6a. edición. Pág. 370.

Russel L. Cecil: Tratado de Medicina Interna. Traducción de la 7a. edición, págs. 25 y 74.