

Año X

Septiembre de 1939

Tomo XII, N° 3

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires
Instituto de Pediatría y Puericultura

Valor clínico de la eritrosedimentación en el reumatismo articular agudo de la infancia (*)

por los doctores

Mamerto Acuña y **Alfio Puglisi**
Director del Instituto Médico agregado

Hasta hace poco tiempo, tratábamos nuestros enfermos de reumatismo articular agudo con criterio puramente empírico y personal, y casi siempre cesábamos de dar la medicación adecuada poco tiempo después que desaparecieran los signos clínicos de la enfermedad. Pero, este criterio no nos daba satisfacciones y muchos de nuestros niños, volvían a tener el mismo cuadro nosológico poco tiempo después de la mejoría clínica, dando a menudo formas más graves seguidas de complicaciones. En otras ocasiones eran los síntomas de una cardiopatía evolutiva que se insinuaba sin mayores ataques reumáticos después del primer episodio. Afortunadamente en estos últimos años poseemos un índice que nos orienta con gran certeza, cuándo debemos intensificar, disminuir o cesar en la terapéutica, en otras palabras, nos indica que el reumatismo progresa, se estaciona o está vencido. Es la velocidad de sedimen-

(*) Presentado a la Sociedad Argentina de Pediatría, sesión del 27 de junio de 1939

tación de los hematíes, la preciosa reacción que nos guía en la terapéutica del reumatismo articular agudo en la infancia.

En pocos años se ha vulgarizado esta prueba que ya es de práctica diaria y de rutina en los laboratorios, de aquí que sólo daremos algunas breves nociones sobre ella misma. En la sala se utiliza desde el año 1934, fecha en que De Filippi publicó un trabajo al respecto.

Stoll, puso de manifiesto que “en el reumatismo febril la costra es tan espesa e inflamatoria que se percibe apenas un poco de sangre o partes rojas. Confirmado por Andral, Gavarret, Hayem, y recientemente por M. P. Weil “la sangre de los reumáticos pertenece al grupo de las “sangres flegmáticas francas”, o sea, que la fibrina está muy aumentada en ellos.

Numerosas teorías se han dado para explicarla, pero las más modernas y que parece adaptada por los fisiólogos son las siguientes 1.^a, de que es debida a una modificación en la carga eléctrica respectiva de los hematíes y del plasma Faharaeus, Luizenmeyer Hoerber, la otra, da mayor importancia a la labilidad del plasma sanguíneo Oettingeu, Starlinger etc. Ambos hechos quizá influyan para producir el fenómeno.

Claro está que otros factores influyen y cada uno de ellos retardan o aceleran el proceso de la precipitación de los glóbulos rojos, por ejemplo cantidad y tamaño de los hematíes, cantidad de hemoglobina, cantidad y relación entre fibrinógeno y globulinas, el grado coloidal, la tensión osmótica, aglutinabilidad, viscosidad, grasas, sales y gases de la sangre, etc. Como vemos los factores son múltiples, pero es general a la hiperhinosis que se debe el mayor grado de sedimentación de los hematíes, como consecuencia, según Graham.

Esta reacción no nos permite diagnosticar la enfermedad, ni es específica, ni es patognomónica del reumatismo, denota sí un estado particular patológico del plasma sanguíneo, de la composición biológica de la sangre, y a través de ella conocemos la intensidad del ataque reumático o de otro muy pequeño número de afecciones que fácilmente podemos despistar

Existen otros factores *no patológicos* que es necesario tener en cuenta y que puedan influenciar, aunque en pequeño grado, el resultado de esta reacción, por ejemplo la introducción de algunos medicamentos, de proteínas, en especial inyectadas, situaciones físicas y meteorológicas, baños, cansancio, variaciones de la

presión atmosférica, estado higrométrico del ambiente, situaciones fisiológicas estado de ayuno o después de la ingestión de alimentos, el período menstrual, embarazo, variable con la edad y con el sexo, etc., muy influenciada después de la inyección de tuberculina en los individuos contaminados.

No tiene, ya lo dijimos, valor diagnóstico y se halla elevada aún en otros reumatismos, como el gonocócico y tuberculoso, pero en todos los casos tiene un gran valor pronóstico *es proporcional a la intensidad de las manifestaciones patológicas articulares*

Bezangon y prácticamente *atestigua actividad patológica que hay que combatir, indicando suspender el tratamiento sólo cuando ha descendido a lo normal la eritrosedimentación.*

La prueba es fácil en su técnica y muy sensible de aquí que se obtengan valores más o menos iguales aunque sea afectada por distintos laboratoristas.

Esta reacción significa en todo momento un estado especial de la sangre, que puede ser patológico o no, según produzca valores altos o normales y que siempre es índice de estado actual de los humores, dándonos indicaciones diagnósticas cuando acompaña a otros complejos sintomáticos de la enfermedad y *nos afianza en el pronóstico sólo cuando se efectúa en series más o menos regulares.*

Múltiples investigadores han tratado de fijar las cifras normales de la eritrosedimentación en la infancia, pero en general se acepta Brock, hasta 1 1/2 años 1.^a hora, 14 mm., de 2 a 4 años 1.^a hora 10 mm., 4 a 14 años, 8 mm. En general se acepta como valores normales de los 4 a los 14 años, 1.^a hora hasta 12 mm.

Gorter-Vallette, Rosenkranz, etc

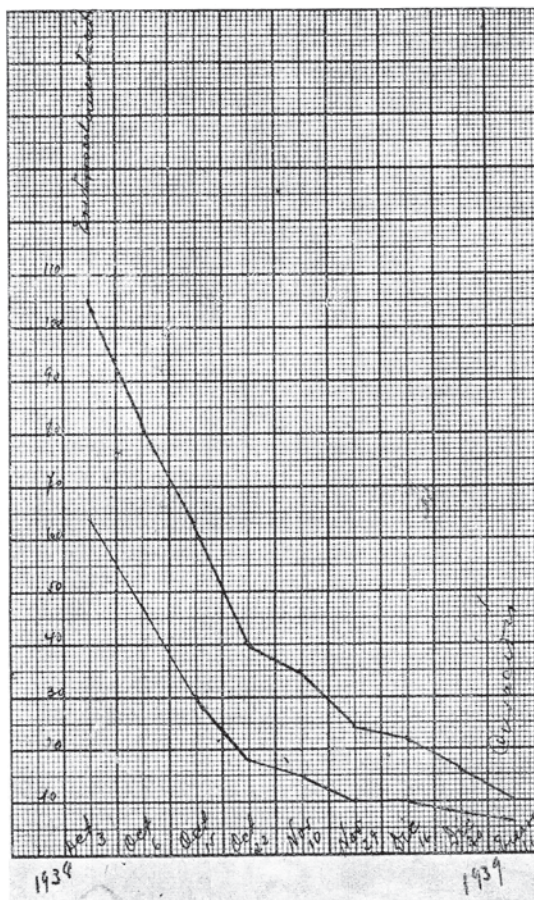
En el reumatismo articular agudo, estas cifras ascienden a 60, 80 y 100 mm. en la 1.^a hora y 80, 100 y 150 mm en la 2.^a hora, lo que nos da una clara idea de la intensidad de este ataque articular. Desciende después de unos días de mejorado el cuadro, se normaliza al cabo de meses de reposo y tratamiento y suele acelerarse con cada brote reumático y con cada complicación.

La técnica que seguimos es la de Westergren, y en algunos casos, por dificultad en extraer sangre de vena o por experimentar otro sistema, seguimos el nuevo método de Chattas, cuya técnica es más sencilla y los valores, exactamente iguales a los del primero.

Con este método, además, hemos podido casi establecer los valores de 1.^a y 2.^a hora ya a los 30 minutos.

La V de S. se halla acelerada en múltiples afecciones infec-

eiosas, tuberculosis evolutivas en especial, pues las agudas mi-
liar de la infancia , se hallan poco modificada por ausencia de
destrucción tisural. En los últimos años, numerosísimos estudios
se han efectuado en este renglón un estudio completo véase en
B. Enquin Valeur clinique de la reaction de sedimentation dans la
tuberculose pulmonaire de l'adulte

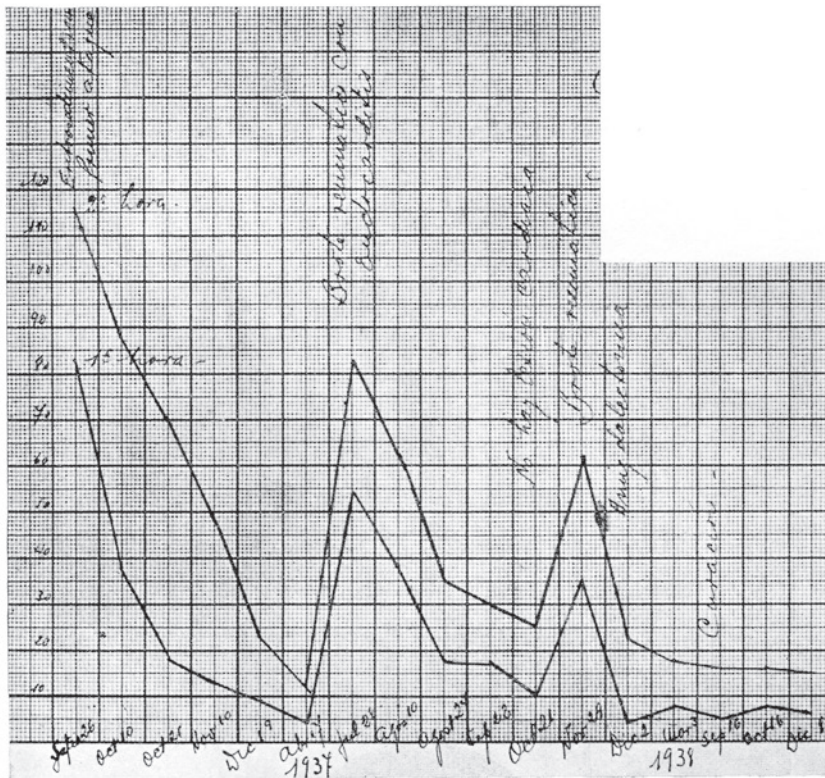


Cuadro 1

Agregaremos que el *salicilato de soda* no modifica la reacción,
de modo que en el curso del reumatismo articular agudo, ella se
normaliza cuando el proceso se ha detenido.

En los cardíacos reumáticos es posible que se acelere la velo-
cidad de sedimentación, sin que haya nuevo proceso reumático ar-

ticular o extraarticular, ello puede ser debido a que la insuficiencia cardíaca se ha acentuado, la capacidad funcional ha disminuído y es el CO_2 que aumenta en la sangre y trae como consecuencia un aumento de la eritrosedimentación, esos mismos enfermos, cuando se compensan por la acción de los estimulantes cardíacos habituales, mejoran sus reacciones de sedimentación, sin haberles instituído medicación específica salicilada.

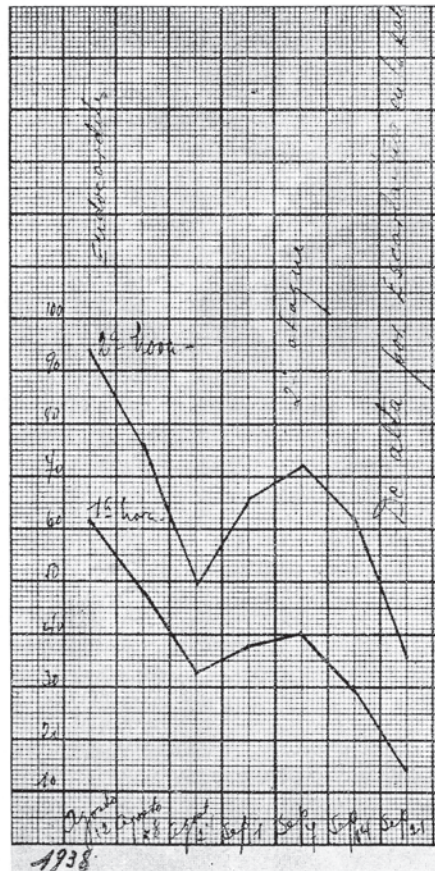


Cuadro 2

En general, efectuamos la reacción cada 3 a 4 días, a la segunda semana cada 7 días, y luego, cuando todo aparenta haberse apagado, cada 15 días. Esto es relativo y las necesidades clínicas y comodidades para efectuarla determinan los intervalos para estos exámenes sanguíneos.

La curva de la eritrosedimentación es semejante en casi todos los casos: altísima en el primer ataque reumático, desciende

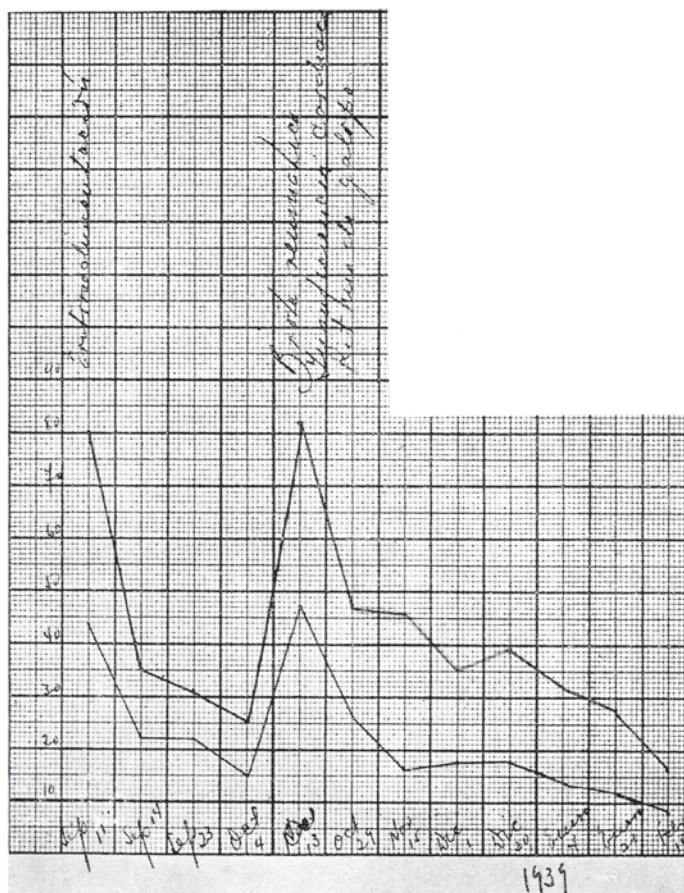
tro sedimentación se mantiene elevada, desciende con mucha lentitud después de cada brote articular o de cada complicación, ejemplo, cuadro 2, reumatismo poliarticular agudo, desciende a lo normal recién a los 7 meses, un nuevo episodio a los 4 meses, esta vez con endocarditis, eleva la eritrosedimentación de nuevo, aunque no



Cuadro 4

alcanza, como sucede casi siempre, los límites del primer ataque cura de este segundo brote, hablamos de la reacción y no de los síntomas clínicos a los 5 meses nuevo ataque un mes después, vuelta a subir la reacción, para descender a lo normal, lentamente meses después, cuando el niño ya hacía tiempo que clínicamente se había curado, incluso de su complicación cardíaca.

Cuando la enfermedad no es atendida rigurosamente y se ha complicado, y el reumatismo cardíaco es francamente evolutivo y de allí arrancan como foco séptico sucesivos brotes reumáticos articulares la eritrosedimentación no desciende jamás a lo normal. La curva indica la agudeza o atenuación de la enfermedad, pero en



Cuadro 5

ningún momento su curación, ejemplo cuadro 3, de un niño que lo seguimos durante cuatro años, con reumatismo a brotes sucesivos, con endocarditis, insuficiencia cardíaca, con lesiones cardíacas que se acentúan y progresan, durante los 4 años, digo, la eritrosedimentación jamás bajó a los límites próximo a lo normal, índice

harto elocuente que nos indica que la enfermedad en ningún momento fué vencida.

Cuando no observamos las reglas antedichas, reposo y medicación hasta que se normalice la reacción, el niño no está al abrigo de otro brote, ejemplo, cuadro 4, niño con reumatismo y endocarditis que se interna, al mes es dado de alta en buenas condiciones, en la casa no observó las prescripciones recomendadas y cayó con un nuevo ataque días después

Y por último, cuando nos lleguen niños con reumatismos articulares, complicados o no, cuya iniciación se remonta a meses o años, tratarlos como si fuera el primer ataque si la reacción es elevada, porque se pueden obtener éxitos sorprendentes como en el caso 5 Niña con reumatismo de un año, nos consulta con nuevo brote y endocarditis a los 20 días de un nuevo ataque, llegó a tener seria insuficiencia cardíaca con ritmo de galope izquierdo y curó de su reumatismo y complicación al cabo de seis meses de internación. Caso brillante que nos enseña a no abandonar el tratamiento y a no precipitarnos en el pronóstico

En síntesis, la eritrosedimentación es una guía preciosa en el tratamiento del reumatismo articular agudo de la infancia dándonos indicaciones respecto de la intensidad del ataque reumático, proporcionándonos un índice evolutivo de alto valor cuando dichos análisis se efectúan en serie, en la hora actual no se debe prescindir de ella para instituir tratamiento, y juzgar de la evolución y pronóstico de esta seria enfermedad

En el reumatismo poliarticular del niño la eritrosedimentación no sirve para diagnosticar la afección, permitiendo en cambio, guiar el tratamiento a seguir, pues, mientras ella denuncie cifras elevadas, aun en ausencia de síntomas dolorosos, significa infección en potencia y probabilidades de nuevos brotes, la continuación del tratamiento salicilado se impone.

La ausencia de manifestaciones reumáticas coincidiendo con la eritrosedimentación normal es de buen augurio, justificando la cesación de todo tratamiento, el que habrá de imponerse de nuevo, si un examen posterior acusara repunte de la misma.

Resumiendo, diremos, pues *que el estudio en serie de la eritrosedimentación orienta y guía respecto a la evolución y el tratamiento de la enfermedad de Bouillaud en la infancia.*