

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

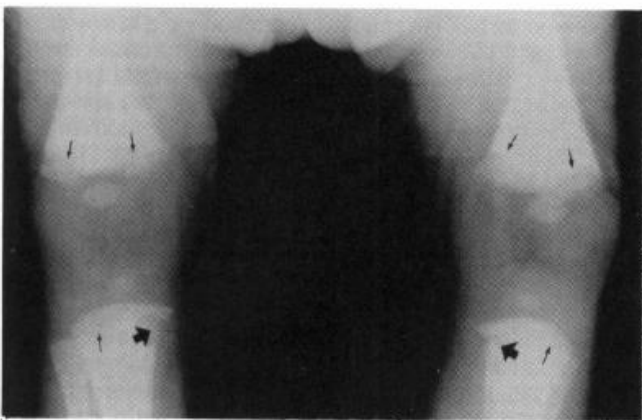
vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## Historias Clínicas

Editor: Dr. Cristián García Bruce  
Profesor Auxiliar de Radiología  
Departamento de Radiología

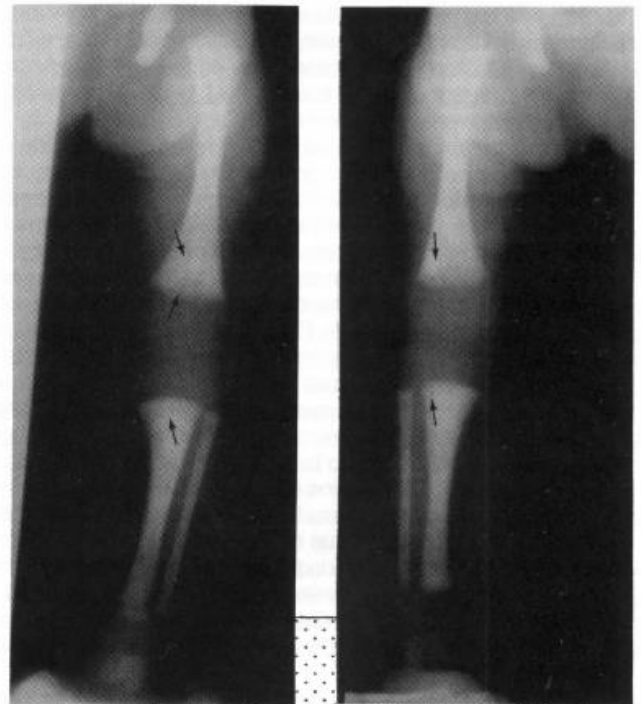
Dr. Alberto Esteves Echanique  
Médico en periodo de perfeccionamiento  
en Radiología Pediátrica  
Departamento de Radiología

Dr. Pablo Vial Claro  
Profesor Auxiliar de Pediatría  
Departamento de Pediatría



### CASO 1

Recién nacido de término, de 2.450 g de peso, nacido por parto eutócico. Presentó rinorrea sanguinolenta progresiva desde el quinto día de vida. A los 30 días de vida no movilizaba el brazo derecho y a los 60 días presentó lesiones dérmicas ampulares, pruriginosas y diseminadas. No tenía fiebre, adenopatías ni visceromegalia. Se efectuó un estudio radiológico del esqueleto al mes de vida. Se ilustra una radiografía anteroposterior de ambas rodillas (Figura 1).



### CASO 2

Recién nacido de pretérmino de 34 semanas, pequeño para la edad gestacional y 1.250 g de peso al nacimiento. Presentaba evidencias clínicas de ductus arterioso persistente, microftalmia bilateral, anemia y trombocitopenia. Se efectuó un estudio radiológico del esqueleto. Se ilustra la radiografía anteroposterior de ambas rodillas (Figura 2).



## RESPUESTAS

### CASO 1 Diagnóstico: Sífilis congénita

#### Hallazgos radiológicos

La Figura 1 muestra irregularidad y disminución de la densidad de las metafisis de ambos fémures y tibias (flechas delgadas), además de un defecto óseo en el borde interno de las metafisis tibiales (signo de Winberger) más evidente a izquierda (flechas gruesas), signos característicos de una sífilis congénita.

La madre de este niño presentaba un VDRL positivo 1:4.

#### Discusión:

Se denomina lúes congénita a la infección sifilítica contraída durante el periodo fetal. La sífilis es una enfermedad infecciosa producida por *Treponema pallidum*, una espiroqueta de gran movilidad. La enfermedad congénita es una forma secundaria y no presenta la etapa primaria o de chancro. Arbitrariamente, los signos y síntomas de la sífilis congénita se han dividido en dos formas clínicas: precoz, si las manifestaciones aparecen antes de los dos años de edad, y tardía, si aparecen más allá de esta edad.

Debido a que la espiroqueta llega por vía transplacentaria, el hígado es el primer órgano afectado; desde allí puede comprometer todos los sistemas y tejidos del organismo, con distinto grado de severidad.

Las localizaciones más frecuentes de la infección congénita, además del hígado, son los huesos, piel, boca, nariz, vulva, ano, pulmón y sistema nervioso central.

La presentación clínica es variable e impredecible. Puede existir gran compromiso del estado general y un estado séptico, o bien presentar alteraciones clínicas muy pobres y ser de comienzo monosintomático. Las manifestaciones clínicas más frecuentes que presentan los recién nacidos con lúes congénita precoz son hepatomegalia, anomalías esqueléticas y fracturas, bajo peso de nacimiento, esplenomegalia, pénfigo palmoplantar, lesiones cutáneo-mucosas, pseudoparálisis de Parrot, rinitis mucosanguinolenta y otras alteraciones, como ictericia, anemia, edema y nefritis.

Las alteraciones radiológicas de la lúes congénita aparecen en forma precoz, afectan con mayor frecuencia a los huesos largos y comprometen fundamentalmente la metafisis, donde se observan fragmentación y destrucción o bandas de densidad disminuida.

En alrededor de 25% de los casos puede existir una forma de destrucción ósea localizada del borde interno y proximal de ambas tibias (signo de Winberger) que ha sido considerado prácticamente patognomónico de la enfermedad. También son frecuentes las fracturas patológicas en las regiones de destrucción metafisiaria, con abundante formación de callo óseo. Puede existir también compromiso de las diáfisis con reacción y engrosamiento del periostio. La infección respeta la epifisis.

Las lesiones sifilíticas congénitas del cráneo y huesos planos suelen ser líticas y bien marginadas.

Aproximadamente seis semanas después del tratamiento se producen una restitución y cicatrización ósea total.

El diagnóstico diferencial desde el punto de vista radiológico incluye fundamentalmente osteomielitis e hiperparatiroidismo.

### CASO 2 Diagnóstico: Rubéola congénita

#### Hallazgos Radiológicos

La Figura 2 muestra una disminución en la densidad de las metafisis de ambos fémures y tibias, con múltiples imágenes lineales de trayecto longitudinal, que determinan un aspecto "en tallo de apio" (flechas), característico de rubéola congénita.

La madre de este recién nacido presentaba antecedentes de rubéola diagnosticada a las 10 semanas de embarazo.

#### Discusión

El síndrome de rubéola congénita corresponde a la infección transplacentaria por virus rubéola, que puede producir daño teratogénico, incluyendo cardiopatías congénitas (ductus arterioso persistente, estenosis pulmonar), defectos oculares (cataratas, retinopatía pigmentosa, microftalmia, glaucoma congénito), defectos de audición (sordera sensorioneural). El daño teratogénico ocurre cuando la infección materna se presenta en el primer trimestre de embarazo.

Además del daño teratogénico, la infección produce daño por el proceso inflamatorio propiamente tal, expresándose como encefalitis, retinitis, miocarditis, anemia, trombocitopenia, hepatitis, neumonía, alteraciones óseas y retraso del crecimiento intrauterino.

Dentro de las secuelas del síndrome de rubéola congénita se incluyen hipoacusia, sordera, cardiopatías, daño cerebral variable, diabetes juvenil, trastornos tiroideos, panencefalitis progresiva, etcétera.

Se han descrito alteraciones óseas en el 20%-50% de los casos de rubéola congénita, que aparentemente son secundarios a trastornos tróficos y no a la infección local por el virus. Radiológicamente, se observa una mayor transparencia generalizada de las metafisis, con líneas radioopacas longitudinales, lo que ha sido descrito como aspecto "en tallo de apio", siendo más frecuente en las rodillas. Las zonas provisionales de calcificación son irregulares. En los casos más graves, las metafisis pueden verse irregulares e incluso con destrucción ósea y fracturas patológicas. La maduración ósea está retrasada. La reacción perióstica es poco frecuente.

Estas alteraciones radiológicas suelen estar presentes al nacer, y se hacen más evidentes durante las primeras semanas de vida. Si la enfermedad se resuelve, estas lesiones desaparecen en 3-6 meses; de lo contrario, puede producir lesiones crónicas. El diagnóstico diferencial de las alteraciones radiológicas incluye fundamentalmente la infección por citomegalovirus.

#### REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Coblenz DR et al. Roentgenographic diagnosis of congenital syphilis in the newborn. SANA 1970; 212:1061-1064.
2. Cremin BS, Fisher RM. The lesion of congenital syphilis BM. J Radiol 1970; 43:333-341.

#### REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Highman JH. Congenital osseous rubella. Clin Radiol, 1967; 18:445-499.
2. Rudolph AS et al. Osseous manifestations of congenital rubella syndrome. Am J Dis Child 1965; 110:428-433.