

## CARTAS AL EDITOR

Con verdadero agrado hemos leído la reciente publicación de Betancur y col, sobre su experiencia con el tétanos en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín. Resulta de mucha utilidad que los hospitales Universitarios publiquen su casuística sobre una enfermedad que ha debido ser controlada en nuestro país desde hace años. Nos parece de interés hacer algunos comentarios sobre el trabajo en referencia. En primer lugar los autores encuentran una mortalidad global del 32%, sin embargo, al analizar las tablas presentadas se puede observar que los ocho pacientes que murieron fueron clasificados como tétanos grave, obteniéndose así una mortalidad para este grupo del 57.1%. Diferentes autores aceptan que la mortalidad del cuadro tetánico está relacionada con varios factores entre los cuales se destaca la clasificación de la enfermedad en leve, moderada o grave, presentándose la muerte básicamente en éste último grupo en el cual se observan severos espasmos musculares de difícil control y por lo común acompañados de trastornos del sistema nervioso autónomo (SNA) (2-4).

La casuística del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, informada por Vergara y col hasta 1984, corresponde única y exclusivamente al grupo de tétanos grave (5) cuya mortalidad fue del 50% aproximadamente, lo cual está de acuerdo a las series informadas por otros autores (6). Por lo tanto creemos que no es prudente comparar la mortalidad en la serie de Betancur y col con la de otras publicaciones específicamente referidas al tétanos grave.

En segundo lugar los autores no informan la

duración del período de progresión de sus enfermos, el cual, entendido como el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y la primera contractura generalizada, está relacionada inversamente con la severidad y mortalidad de la enfermedad (7) tal como quedó demostrado en los casos publicados por nosotros en 1984 (5) y actualizados en 1987 (57 casos presentados en el II Congreso Latinoamericano y V Colombiano de Medicina Tropical (8) en los cuales que se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la duración del período de progresión y el curso de la enfermedad: (5.9 y 2.3 días respectivamente,  $P < 0.002$ ); cuando se correlacionó el período de incubación con el curso de la enfermedad no se encontró una diferencia estadística significativa entre los dos grupos (9.7 y 7.4 días, respectivamente), tal como lo informan otros autores (9).

Se encontraron además diferencias entre los datos del texto, donde se presentan 27 pacientes y los presentados en las tablas, donde se informan 25 pacientes. Se practicaron 16 traqueostomías y sólo consideraron 13 pacientes (o 14) como graves lo cual contradice la definición de tétanos grave expresada en material y métodos.

Estamos de acuerdo con Betancur y col que el uso de propranolol no es una medida terapéutica adecuada para el manejo de la disautonomía simpática, por lo cual también nosotros hemos comenzado a utilizar la morfina en siete casos observados en el presente año. Así mismo consideramos que el uso de la ISHAT por vía intratecal puede reducir la morbi-mortalidad de la

enfermedad como lo ha informado Veronesi (XVIII Congreso Internacional de Medicina Interna Bogotá, Agosto de 1986) entre otros. (10)

Es indispensable que las autoridades sanitarias y los médicos hagan énfasis en lo importante de extender el cubrimiento de la primovacunación y del uso de los refuerzos en la prevención de la enfermedad.

#### REFERENCIAS

- 1.- BETANCUR J, GOMEZ L, CASTELLANOS R., Tétanos Acta Med Col 1987; 12: 289-293.
- 2.- WERNSTEIN L. Current concepts: Tetanus. N Engl J Med 1973; 298: 1293.
- 3.- FURSTE W. Tetanus by 1980: A Disease of only historical significance in the United States of America. J Trauma 1979; 10: 831.
- 4.- STOLL BJ. Tetanus. Pediat Clin North Am 1979; 26: 415.
- 5.- VERGARA I, GOMEZ A, PEREZ G. Tétanos grave. Acta Med Col 1984; 9: 37-42.
- 6.- VERONESI R. Tétanos. En Doencas Infecciosas e Parasitarias. 1982. 455-473.
- 7.- PEREZ G. Tétanos grave. Acta Neurol 1985; 1: 19.
- 8.- SIERRA E, SARAVIA J, PEREZ G, et al. Tétanos grave. Informe de 57 casos. Biomédica 1987; 7 (suppl): 61.
- 9.- BILLAUDELE HG. Theories en the pathogenesis of tetanus and their origins. In Eckmann L ed. Principles in tetanus Berlin: Hans Huber Pubi 1967; 149-153.
- 10.- The Seventh international Conference on Tetanus. Copanello (Catanzaro) Italy, 1984. Editorial. J Trauma 1987; 27: 99-103.

Atentamente,

Drs. Ignacio Vergara García, Profesor Asociado Jefe Unidad de Neurología; Germán Pérez Romero, Profesor Asistente, Unidad Medicina Interna; Alvaro Reyes, Residente III, Medicina Interna. Facultad Medicina Universidad Nacional. Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

#### RESPUESTA

Respondo la carta de los Doctores Vergara, Pérez y Reyes en relación con el trabajo sobre tétanos publicado en la última edición.

El informe de Tétanos presentado en el Volumen 12, No. 4, de 1987 (1) se refiere como se dice en la introducción a 25 pacientes adultos, manejados en Salas Generales del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín. La mortalidad global de este grupo fue de 32% y tienen razón los doctores Vergara, Pérez y Reyes cuando afirman que este dato no se puede comparar con la mortalidad informada por ellos de 50% pues la serie (2) del Hospital San Juan de Dios en Bogotá se refería únicamente a tétanos grave, manejado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En cuanto a la no información sobre la duración del período de progresión: como se afirma en la discusión de nuestro trabajo, este dato no se pudo determinar con exactitud en la mayoría de las historias por falta de una "información más detallada de la sintomatología de parte de los médicos que hacen la remisión del caso" (1). El informe se refiere en todo momento a 25 pacientes. Por un error de transcripción en el texto de la página 290 se habla de ocho enfermos con tétanos leve; seis moderado y 13 severo; cuando realmente como lo señalaron las tablas el informe habla de siete pacientes con tétanos leve, cuatro moderado y 14 severo en total 25 pacientes.

La traqueostomía se practicó a todos los pacientes de tétanos severo y a dos pacientes del grupo de moderado; sabemos que es una conducta basada en los hallazgos clínicos y algunas veces difícil de tomar en su momento adecuado, la realización de este procedimiento en dos pacientes con tétanos moderado no

contradice la definición de materiales y métodos como lo afirman los colegas.

Saludamos los comentarios del grupo de profesores del San Juan de Dios y vemos que coincidimos en apreciaciones y procedimientos, producto de la práctica y de las dificultades de manejo de una entidad como el tétanos por desgracia aún frecuente en nuestro medio y con alta mortalidad. El futuro nos podrá reafirmar sobre la validez de las apreciaciones novedosas: como la no correlación entre el período de incubación y el curso de la enfermedad; el manejo de la hiperactividad simpática con morfina punto sobre el cual no tenemos aún adecuada casuística para sacar conclusiones y el beneficio de la gammaglobulina tetánica por vía intratecal.

Lamentablemente en este problema aún tenemos que mejorar en Colombia, cosas tan simples en la prevención, como que todo servicio de urgencias tenga a su disposición antitoxina tetánica o lo que sería mejor gamaglobulina tetánica para el manejo de las heridas tetanógenas.

#### REFERENCIAS

- 1.- BETANCUR J, GOMEZ L, CASTELLANOS R. Tétanos. Acta Med Col 1987; 12: 289-293.
- 2.- VERGARA I, GOMEZ A, PEREZ G. Tétanos Grave. Acta Med Col 1984; 9: 37-42.

Atentamente

Dr. Julián Betancur M., Profesor Titular de Medicina Interna.