

LA TUBERCULOSIS DEL LACTANTE EN EL MEDIO SOCIAL POBRE

Por el Dr. ELIECER LARA H.

Médico Ayudante Instituto Madre y Niño del Seguro Obrero de Valparaíso.

El Instituto atiende la población de niños de aseguradas e hijos legítimos de asegurados, del barrio del Almendral y cerros circundantes. Por reglamento interno de las Oficinas del Niño del Seguro Obrero, se hace reacción de tuberculina a todo niño inscrito a los seis meses, doce meses y veinticuatro meses de edad, haya o no sospecha de contagio, haya o no manifestaciones de enfermedad; a los niños con tuberculina positiva, con o sin manifestaciones de enfermedad, se les hace una prueba radiográfica pulmonar.

En los dos años de funcionamiento del Instituto, febrero de 1938 a febrero de 1940, se han atendido 2,732 niños, de ellos 397 han reaccionado positivamente a la prueba de la tuberculina y se les ha tomado radiografía de pulmón. Este material se ha estudiado en dos series: en la primera se han revisado la observación clínica y la radiografía de los tuberculino positivos, caso por caso, siguiendo el orden alfabético de las madres, desde la letra A, hasta la letra F, encontrando 54 casos; en la segunda serie se revisaron todas las radiografías del archivo y la observación sólo de los casos que la radiografía demostraba alguna lesión, estos últimos son 337 casos. Este material se ha clasificado en grupos por su semejanza clínica y radiológica, sin considerar períodos de alergia y sin atenderse a ninguna de las clasificaciones conocidas por nosotros.

Grupo de Tipo N.º 1 a)

Condiciones de nutrición que corresponde a las de la eutrofia, peso normal o escasamente disminuído, examen general normal, examen pulmonar normal, enfermedades anteriores sin trascendencia. Mantoux 1 o/oo ++ = ++++. Radiografía descriptiva: figura hilar, de trama fina, más o me-

nos tupida, bilateral, que se irradia más o menos al parahileo y situada sobre campo hilar y pulmonar de fondo claro y uniforme; pequeños noditos redondos, bien limitados, sobre la trama, como granos de pimienta tirados al azar; mediastino de espesor y opacidad normal, espacio posterior bien despejado.

De este tipo son las siguientes fichas: 11291, 1064, 472, 356, 11639, 160, 11987, 26, 484, 117, 1079, 893, 93, 309, 869, 1071 284 en total 18 casos el 33,33% de la primera serie.

Grupo de Tipo N.º 1 b)

Condiciones de nutrición general como las de la eutrofia, peso normal o ligeramente disminuído, examen físico general y pulmonar normales; enfermedades anteriores con algunos empujes bronquíticos simples y de corta duración o espásticos. Mantoux 1 o/oo + = ++ = ++++. Radiografía descriptiva: trama hilar bilateral que ocupa todo o parte del hileo y que invade la región vecina de los campos, la trama es de líneas borrosas, a veces más tupida como de pequeños infiltrados; noditos densos, bien limitados, dispersos en la trama (imagen semejante a la sombra broncovascular normal, algo más ensanchada); mediastino y campos pulmonares normales.

De este tipo son los casos N.os 11423, 567, 879, 990, 229, 455, 478, 11976, 749, 29415, 11923, 646, 1061, 483, 141, 4, 666, en total 18 casos, el 33,33% de la primera serie.

Este primer grupo, dividido en dos por sólo la diferente sombra radiográfica, merecería algún comentario. No hay por qué dudar de que las reacciones de tuberculina no estén correctamente realizadas e interpretadas, por otra parte, la sombra radiográfica que se ha descrito es la que los radiólogos describen como normal y debida a la sombra broncovascular, a repleción sanguínea durante la inspiración, a ectasias por desviación del corazón en el meteorismo y en la toma de posición tendida, los noditos duros a la sombra de vasos tangenciales, etc.; por otra parte las secuelas de anteriores lesiones del hilio dejan induraciones muy semejantes, los campos secuelas de los autores.

En el primer caso, aceptando que estas sombras sean normales, la reacción de la tuberculina debería tener otra localización como causa, en nuestros casos no se encuentra por no decir que no existe, entonces tendremos que aceptar que se trata de casos de tuberculosis latente, en que la lesión primaria no dejó secuela.

En el supuesto de que estas sombras descritas fueren interpretadas como de campos secuelas tendríamos que aceptar también que se trata de tuberculosis latentes, pero en los que la lesión primaria evolucionó sin manifestaciones clínicas, circunstancia que según los textos es rara, sino imposible.

Todos los autores están de acuerdo en que la infección tuberculosa del niño se hace por vía pulmonar, salvo un porcentaje escaso para otras vías, entonces, por lo menos la mayor parte de estas 36 observaciones, son de infección por vía pulmonar; gran porcentaje de los afectos primarios suceden en el hilio y los que ocurren en pleno campo pulmonar tienen de inmediato relación linfática hilar y el afecto primario, por reducido y efímero que sea, deja su secuela de induración. Con estas razones me atrevo a plantear la tesis de que las sombras hiliares señaladas en estos dos grupos correspondan en la realidad a hilios patológicos, en desacuerdo con los radiólogos y con lo aceptado. La comprobación necrópsica no es posible porque estos casos no llegan puros a la autopsia. Si el caso ocurriera como lo hemos planteado, podríamos llamar a estos dos grupos **Induración hilar post-primaria**; si por el contrario, desechamos este modo de pensar deberemos llamarlos como de **Tuberculosis latente**.

Hasta hace poco era una ley de clínica que, tuberculina positiva, en un lactante era tuberculosis en actividad. En este trabajo tenemos 36 niños de edades desde los seis meses a los veinticuatro y que representan el 66,66%, de los observados, que han reaccionado positivamente, y que no se han manifestado como enfermos en todo el largo período de observación, salvo pasajeros corizas, rinoïditis o bronquitis de corta duración.

En estas condiciones tenemos el derecho de atrevernos a poner en duda esa ley y plantear la proposición de que la tuberculosis latente e inactiva es en el lactante mucho más frecuente que la tuberculosis con actividad clínica, ya que de las primeras hemos encontrado el 66,66%. La razón de esta nueva apreciación estaría en que la totalidad de las estadísticas anteriores se han realizado con poblaciones infantiles enfermas y la nuestra con una población infantil igual a la or-

dinaria de la ciudad; el Instituto atiende niños sanos para dirigir su crecimiento y tratar aquéllos que incidentalmente se enferman; además, las reacciones de la tuberculina se hace por sistema a edades determinadas sin necesidad de síntomas que la indiquen y la radiografía a todo niño con reacción positiva.

Con los conocimientos actuales de la epidemiología de la tuberculosis, es fácilmente comprensible que ocurra esta tuberculosis latente o inactiva residual, cuyo período de actividad no alcanzó a manifestarse con síntomas de enfermedad: una infección de escasos gérmenes, única o repetida a largos intervalos, produce seguramente un afecto primario pequeño, con escasa reacción general, que es suficiente para despertar la alergia sin necesidad de enfermar, acontecimiento algo parecido a la vacunación por el BCG.

Grupo del Tipo N.º 2.

Condiciones de nutrición que parecen de eutrofia, peso normal o ligeramente disminuído, examen somático general normal, examen pulmonar normal, como enfermedades anteriores, algunos empujes del tipo de la bronquitis simple, a veces del tipo espástico. Mantoux 1 o/oo ++ = +++; Radiografía descriptiva con trama hilar que ocupa todo o parte del hilio y aún lo rebasa algo, en todo muy semejante a la imagen descrita en el tipo N.º 1 y sombras extensas para mediastínicas del tipo de ganglionares, infiltrados periganglionares, sombras en chimenea, etc., sin compromiso del campo pulmonar propiamente tal.

Conforme a este bosquejo son las observaciones N.os 974, 778, 12053, 380, 257, 709, 521, 691, 819, 12031, 779, de la primera serie, 11 casos, el 20,37%; de la segunda serie el N.º 770 fallecido y el 490.

En los casos de este grupo no vemos la otra parte del Complejo Primario, sino que sólo la parte que corresponde al compromiso ganglionar, lo que nos haría presumir que se trata de período secundario. Es tan difícil, en la práctica, separar estos dos períodos que más vale no intentarlo en la clínica y designar estos casos con el nombre anátomo-radiológico de tuberculosis ganglionar traqueobronquial, con o sin infiltrado periganglionar.

Grupo del Tipo N.º 3.

Condiciones de nutrición que semejan las de la eutrofia, peso normal o ligeramente disminuído, examen general con

alguna de las lesiones de la tuberculosis ósea o ganglionar; examen pulmonar normal; como enfermedades anteriores sólo cuadros bronquiales sin trascendencia y de corta duración. Mantoux 1 o/oo +++; Radiografía descriptiva en todo igual al grupo N.º 2.

Observaciones N.os 729, 758, de la primera serie; 11537, 510 de la segunda serie. El 3.70% de la primera serie.

Sin lugar a dudas se ha tratado de casos en que han ocurrido una siembra hematógena, con escasa o nula localización pulmonar y los debemos designar como **Tuberculosis ganglionar traqueobronquial con siembra hematógena extrapulmonar.**

Grupo del Tipo N.º 4.

Condiciones de nutrición con los caracteres objetivos de la eutrofia, peso normal o poco disminuído, examen general negativo, examen pulmonar con el síndrome de la bronquitis persistente (más de un mes), a veces síndrome espástico, matidez leve en un solo punto: Mantoux 1 o/oo ++, Radiografía descriptiva con las sombras hiliares de los grupos N.os 1 y 2, las sombras infiltrativas mediastino-hiliares de los grupos N.os 2 y 3; extensas sombras uniformes del tipo de los infiltrados ocupando extensas zonas de los campos pulmonares y unidas en todo o en parte al hiliomediastino.

De este tipo son los siguientes casos: 274, 11998, 997, de la primera serie, tres casos, el 5.55%; un caso de la segunda serie, el 11955.

En estos casos encontramos la figura bipolar que se da como clásica de la lesión primaria y que deberíamos designar como de **Complejo bipolar Primario.**

Grupo del Tipo N.º 5.

Condiciones de nutrición que corresponden a una distrofia de grado acentuado; cuadro pulmonar que se presenta como el de la bronquitis asmatiforme persistente, de la bronconeumonía, de la neumonía; pronóstico malo (los dos casos fallecieron). Mantoux ++ en un caso; en el otro, negativo al 1 o/oo y no repetido, en todo caso indudable por la imagen de infiltrado periganglionar. Radiografía descriptiva con sombras infiltrativas extensas uniformes (en playa) uni o bilaterales separadas del mediastino; sombras nodulares de variado tamaño en los campos, a veces en conglomerada-

dos de densidad y bordes irregulares; en otras partes del campo pulmonar sombras micronodulares de diverso tamaño y poco nítidas; gruesas sombras de infiltrados hiliares o mediastínicos (sombras en gancho, triangulares de Sluka, infiltrados periganglionares, etc.).

De este tipo son las observaciones N.os 126 y 150 de la serie primera, dos casos, el 3,70% y el N.º 11985 de la segunda.

Los casos de este grupo corresponden a los de gruesos infiltrados periganglionares, con grandes siembras pulmonares hematógenas en unos casos o por irrupción de materias ganglionares dentro de bronquios en otros y los llamaríamos Tuberculosis ganglionar tráqueobronquial con siembra pulmonar, hematógena o por vía bronquial.

Si hemos de clasificar, ateniéndonos a nuestras observaciones y para nuestro uso, propondría que nos limitáramos en los diagnósticos a los cuadros diseñados; seguramente faltan algunas formas, generalizaciones miliares, meningitis, lesiones intestinales primarias, etc.

Para el uso de práctica diaria propondría la clasificación siguiente:

N.º 1.— a) Tuberculosis latente con sólo la reacción positiva a la tuberculina.

b) Tuberculosis residual o induración post-primaria: tuberculino positivas, antecedentes de actividad tuberculosa o por lo menos aspecto radiológico interpretable de induración secuela, sin actividad actual.

N.º 2.— Complejo Primario Bipolar: con sus formas de infiltración, induración, ulceración, etc.

N.º 3.— Tuberculosis ganglionar traqueobronquial: con infiltrados perifocales, epituberculosis, pleuritis mediastinos-cisurales, infiltrados hiliomediastínicos en general.

N.º 4.— Tuberculosis ganglionar traqueobronquial con siembra hematógena extrapulmonar: osteitis, artritis, adenitis, tbc. generalizadas, meningitis, etc.

N.º 5.— Tuberculosis ganglionar traqueobronquial con siembra pulmonar hematógena o broncógena (por irrupción de contenido ganglionar caseificado), con formas de bronconeumonía, neumonía, grandes conglomerados confluentes, nodulares aisladas, etc.

La exposición demuestra que todos los grupos mencionados pertenecen al primer y segundo períodos de Ranke, que en realidad son las formas del lactante; faltan en la clasificación propuesta las formas de la tuberculosis desarrollada y

no se ha tratado de considerarlas porque las observaciones, motivo de este trabajo, son de niños menores de dos años.

Al proponer esta clasificación no se ha hecho mención de períodos primarios ni secundarios debido a que en la práctica es casi imposible decir dónde termina el uno para dejar el sitio al otro, en ningún momento se ha pensado restar valor a estos conceptos que tanta trascendencia han tenido en la evolución del progreso de nuestro conocimiento de la tuberculosis del niño.

Valparaíso, enero de 1940.