LA RINO-FARINGITIS DEL LACTANTE

Por

J. SCHWARZENBERG L. y SAMUEL COSTA

Jefe de Servicio

Ayudante

(Continuación)

Para la apreciación de los síntomas generales que provoca la rino-faringitis en el lactante, se presenta en el Asilo (Casa Nacional del Niño) y en el Hospital conectado con el (Hospital de Niños "Luis Calvo Mackenna"), un material especialmente favorable, por el control continuado que puede hacerse durante un largo tiempo de las curvas de temperatura, peso y crecimiento y por la observación permanente a que pueden someterse las alteraciones del estado general y local de los niños sanos y enfermos. Muchos síndromas, que observados bajo condiciones distintas, no pasan de ser más que incidentes pasajeros y de poca o ninguna importancia, adquieren aquí un cariz totalmente diverso, cuando se comprueba como se repiten, se prolongan en un estado de semi latencia y se exacerban o se entrelazan los unos con los otros y cuando se ve también cómo se van estableciendo defectos locales y generales a consecuencia de ellos. Enfocado el problema de la rino-faringitis desde este punto de vista y aunque no podemos negar que muchas de nuestras observaciones presentan todavía grandes defectos en el registro metódico de los detalles, es indudable que del estudio de ellas, sobre todo de las que se han llevado con toda escrupulosidad, se desprenden hechos y conclusiones de sumo interés.

Si se mira la rino-faringitis como un incidente infeccioso aislado, el estudio de las curvas térmicas nos revela para muchos enfermos un alza febril más o menos acentuada y

que no dura más que 24-48 horas; para otros, estados febriles de intensidad variable también y de 3-8 días de duración con una fiebre continua o remitente y para un tercer grupo, temperaturas elevadas, que suelen prolongarse durante semanas. La altura de la fiebre y su duración no guardan relación con la intensidad, ni con la extensión del proceso local: ciertas exacerbaciones en la curva o la reaparición de un alza febril, suele ser, en cambio, el indicio de alguna complicación. Decimos, suele ser, porque son muchas las observaciones en las que esta coincidencia no se encuentra. El estado psíquico y orgánico de los niños puede mantenerse tan sin alteración, que el alza febril constituye una sorpresa: otras veces va acompañada de llanto continuo, intranquilidad, inapetencia y decaimiento. Por lo demás, como ya lo dijimos al ocuparnos de la sintomatología local, no es raro que ésta falte en la iniciación y que se la encuentre solamente 2-3 días después de la primera alza térmica o aun después de la normalización de la temperatura. Para el que no conozca o no quiera aceptar esta peculiaridad en la evolución de la rino-faringitis, tendrán que quedar en la penumbra y con un gran signo interrogativo, muchos estados febriles del niño pequeño. Cierta es que muchas veces una recidiva a breve plazo, permite hacer un diagnóstico retrospectivo porque se presentan entonces síntomas locales evidentes. La efectividad de este hecho se comprueba en un número bastante alto de nuestras observaciones.

Si aquello vale para los lactantes tomados en general, en los prematuros, en cierto grupo de recién nacidos, en distróficos muy acentuados y en algunos diatélicos, la reacción febril frente a la infección rino-faríngea falta muchas veces y aun suele ser reemplazada por verdaderas hipotermias, tanto más graves, cuanto más intenso es el compromiso del estado general del enfermo. En estos casos la fiebre puede aparecer después de dos o más días —hemos visto prolongarse estas hipotermias hasta 15 días—, cuando el pequeño organismo ha logrado hacer la reversión de su equilibrio orgánico, funcional y humoral, que el primer ataque infeccioso había quebrantado. Puede presentarse también 1-3 días antes de la muerte, sea que hayan sobrevenido complicaciones de carácter septicémico de mayor gravedad o no. Cuando esto no sucede, la temperatura tiende a normalizarse paulatinamente, de acuerdo con la mejoría de los demás síntomas, que se presentan en cada caso. Por lo demás, vemos que en este tipo de lactantes las temperaturas sub-febriles pueden mantenerse durante semanas y meses después de terminada la fase aguda de su

rino-faringitis. Esta curva no se ve interrumpida más que por alteraciones que corresponden a alguna incidencia aguda intercurrente, semejante en todo a las que presentan los demás lactantes también. Recalcaremos que la mayoría de los pequeños enfermos que revelan esta tendencia a la hipotermia pertenecen al grupo que presenta las alteraciones respiratorias, que analizamos anteriormente, o sea, la apnea, la respiración superficial, la cianosis, etc., y el meteorismo, con lo cual se manifiesta, a nuestra manera de ver, un compromiso encefalo-bulbar o, por lo menos, del sistema neuro-vegetativo que, a su vez, puede explicar una anarquía o falla de la regulación calórica. Notorio es, además, que algunos de estos niños presentan signos encefálicos francos (estrabismo, nistagmus, estados convulsivos pasajeros, etc.).

La incidencia aguda de la rino-faringitis en el lactante, cuando se enfoca aisladamente, presenta en su curva térmica las características señaladas; pero el problema cambia fundamentalmente si se analizan los registros de temperatura de aquellos niños que han permanecido durante un largo tiempo en el Servicio. Miradas en conjunto, llama la atención, desde luego, la frecuencia, mayor en el primer semestre y más alejada después, con que figuran en ellas los diagnósticos de rinitis y rino-faringitis, en correspondencia casi siempre con alzas febriles, cada una de las cuales presenta los caracteres que hemos indicado como típicos del ataque agudo rino-faríngeo. Sin embargo, en cada curva, en total aparecen ciertas modalidades que es interesante señalar. Pueden separarse numerosas observaciones, generalmente de niños mayores de 3 meses, en las que se ven aparecer periódicamente con intervalos de días o semanas, alzas de temperatura hasta 39 o más grados de uno o más días de duración y que no tienen otra explicación que la que da la sintomatología de una rino-faringitis; en los espacios libres se comprueba siempre una temperatura normal. En otros enfermos estos períodos febriles son de nivel más bajo y de evolución más arrastrada (15 ó más días de duración). Pero hay un grupo de lactantes y se trata generalmente de los que presentan sus primeros síntomas antes del mes de edad, en los cuales un control cuidadoso de la temperatura revela que entre una y otra de esas irrupciones febriles, no se obtiene, salvo uno que otro día, una normalización de la temperatura: se mantiene en ellos una curva por encima de 37,5°, cuya única justificación se encuentra en la persistencia de pequeños signos rino-faríngeos. A medida que el paciente se acerca o sobrepasa el año de edad, se van acentuando

do y prolongando generalmente los períodos afebriles, hasta desaparecer por completo, junto con la predisposición a la repetición de los catarros del rino-farinx. Las curvas de los prematuros, distróficos, raquíticos y diatésicos, nos muestran las mismas características que las de este último grupo: pero se distinguen por una mayor frecuencia y una mayor gravedad de las complicaciones y una repercusión mucho más manifiesta sobre el desarrollo y el estado general de los niños. Mientras menores sean estos enfermitos o mientras mayor sea el compromiso orgánico-humoral de ellos, tanto mayor es todavía en ellos la tendencia a hipotermias pasajeras, sobre todo frente a alguna exacerbación del proceso inflamatorio local.

Es indudable, pues, que el análisis de la curva térmica nos da indicaciones de un alto valor diagnóstico; pero no es menos interesante, desde este punto de vista, el estudio de la curva ponderal, cuya apreciación real hasta en sus más finos detalles sólo puede hacerse en las observaciones de un servicio clínico. Aquí vemos al lado de niños, cuyo ascenso ponderal no sufre la más leve alteración y que soportan una rino-faringitis con un mínimo de molestias o de manifestaciones generales, otros que presentan una detención del peso o bajas apreciables, cuya duración fluctúa entre pocos días y una semana o más. La gran mayoría de los pequeños enfermos pertenece a este último grupo. En ciertos casos, la causa para estas anomalías de la curva ponderal se encuentra en la inapetencia, en el rechazo de la alimentación y también en las dificultades que suelen presentarse en la deglución. Otras veces son la expresión de un trastorno nutritivo agudo sobre agregado (dispepsia, toxicosis, etc.), de una deshidratación interna o de una sed relativa. Y no faltan casos en los cuales no son más que la manifestación de un estado constitucional especial (hidrolabilidad, diatesis exudativa, neuropática, etc.). Sabido es, por lo demás, que ellas se presentan como acompañantes corrientes de cualquiera infección aguda en el lactante. Interesante para el caso de la rino-faringitis es que esa sintomatología aparatosa induce a ignorar el origen para-enteral verdadero y real de ella, lo que no acontece en circunstancias idénticas para el caso de una neumonía, pielitis, meningitis, etc., cuyo síndrome específico se impone con más facilidad que el de aquella. Algo análogo sucede también con la otitis media aguda, aunque en la gran mayoría de los casos, ella no es más que una extensión de la inflamación rino-faríngea al oído medio; pero su sintomatología es generalmente más impresionante, tanto objetiva como subjetivamente. El diagnóstico de la infección para-

enteral se hace a esa altura sin dificultad; pero se pasa por alto todo el período inicial, o sea, su localización rino-faríngea.

Lo corriente es que la baja de peso o la simple detención de la curva coincida con la iniciación del alza de la temperatura o con la aparición de los primeros síntomas de la rino-faringitis; pero son muchos los gráficos en que se observa un descenso ponderal progresivo durante varios días antes que se encuentren aquéllos o antes que se manifieste la fiebre. En otros se ve que los síntomas locales van acompañados nada más que de esta pérdida o detención del peso y de una reducción de la alimentación, sin que la temperatura se haya elevado y sin que el estado general se afecte mayormente. En estos casos suele presentarse uno que otro vómito aislado y a distintas horas durante los días críticos; se observan alteraciones del carácter de las deposiciones, pero con menos frecuencia. Tal como lo expusimos en lo que se refiere a la fiebre, los síntomas locales rino-faríngeos también pueden manifestarse solamente cuando la caída del peso ya se ha detenido o cuando la curva ya ha comenzado a ascender nuevamente.

En los prematuros, recién nacidos, que más tarde se revelan como portadores de alguna diátesis y en los distróficos, se ve que aun con una alimentación natural, los descensos de peso o una curva ponderal apenas horizontal, pueden mantenerse durante algunas semanas, como acompañantes de una sintomatología rino-faríngea indiscutible, con compromiso manifiesto del estado general o sin él. En forma muy parecida reaccionan los niños que han estado sometidos a cualquier régimen defectuoso, sea que su alimentación haya estado cargada de grasas, hidratos de carbono, etc., o que se haya mantenido en ella un déficit prolongado de cualesquiera de los elementos nutritivos esenciales. Además, el trastorno nutritivo agudo concomitante se desencadena en estos enfermos con mayor facilidad, con mayor intensidad y con mayor frecuencia. Impresionantes y de difícil reparación suelen ser las pérdidas de peso que se observan en las rino-faringitis de los neuropatas y de todos los lactantes que retienen agua sin fijarla, o sea, de los que presentan una hidrolabilidad constitucional o adquirida.

Aunque, como ya lo manifestamos anteriormente, son muchos los lactantes que soportan una rino-faringitis sin que se afecte en forma apreciable el estado general, ánimo, apetito, etc., existe, en cambio, un porcentaje muy alto de ellos en los que es posible comprobar alteraciones más o menos profundas en el aspecto, en las actitudes y en las reacciones de los distintos sistemas. Llama la atención, desde luego, que muchos

niños se tornan pálidos y ojerosos desde los comienzos de esta afección catarral y no rara vez, desde algunos días antes de la iniciación de la enfermedad y a semejanza de lo que sucede con las bajas de peso. Todo puede quedar ahí y el enfermo recupera sus colores pocos días después en la convalecencia; pero hay otros en que la coloración va rápidamente hacia un tinte terroso, amarillento o ligeramente cianótico de la piel. Mientras más pequeño o más distrófico es el lactante, tanto más bruscamente puede establecerse este cuadro: en el prematuro y en el diatéxico pueden observarse con cierta frecuencia reacciones parecidas. Sin embargo, en nuestro material se encuentran a menudo pequeños enfermos que atraviesan todo el estado agudo, sobre todo cuando es febril, con una rubicundez muy marcada de la piel de las mejillas, para ponerse pálidos inmediatamente después de la defervescencia y mantener esta palidez durante días y a veces semanas. Cambios de coloración bruscos y repetidos se suelen ver en los neuropatas y exudativos; los periodos de palidez suelen ser impresionantes en estos niños, cuya carita desencajada y afligida suele recordar la de una toxicosis o de un cuadro abdominal agudo. Estas alternativas espontáneas en el aspecto son, en general, de pronóstico grave, sobre todo en los prematuros de poca edad. Advertiremos que al hacer este análisis hemos descartado hasta donde esto es posible, toda concomitancia del síndrome rino-faríngeo con alguno de los trastornos nutritivos agudos que pueden acompañarlo.

La intranquilidad y el llanto que acompañan generalmente a la rino-faringitis suelen ser muy poco apreciables antes del segundo semestre, salvo en aquellos casos en que la afección se extiende al oído medio o que se compruebe un compromiso inflamatorio intenso de la mucosa buco-faríngea. Sin embargo, hay lactantes y se les ve aun entre los que se alimentan al seno exclusivo, que en las primeras semanas y meses de la vida manifiestan una gran agitación y un malestar intenso, cada vez que presentan un estado febril provocado por una rino-faringitis. El llanto de estos niños es desesperante, el movimiento de la cabeza, brazos y piernas es permanente, se retuercen como si sufrieran de un gran dolor y sólo descansan por pequeños periodos, después de los cuales vuelve a establecerse el cuadro anterior con igual o mayor intensidad. En algunos de estos enfermos se observan deposiciones frecuentes, pequeñas y ruidosas, sin que existan otros síntomas que justifiquen el diagnóstico de un trastorno nutritivo agudo. La alimentación se dificulta y se interrumpe muchas veces

en el día por estas crisis de agitación. Para que se produzcan situaciones como la expuesta, es evidente que debe existir una neuropatía, un sistema nervioso excepcionalmente lábil o irritable; pero no porque se haya hecho el diagnóstico de ese estado constitucional, puede dejar de pesquisarse, como sucede tantas veces, la causa provocadora inmediata de sus manifestaciones, que muy a menudo puede ubicarse en las vías respiratorias superiores y sin que haya un compromiso ótico u otra localización dolorosa. El valor del diagnóstico precoz se aprecia cuando se ha visto como sufren estos enfermos durante 8 ó más días, mientras se busca la causa de su mal, y como se mejoran a veces de un día al otro, con un simple tratamiento descongestionante de la mucosa nasal o una evacuación repetida de las secreciones nasales.

Otra forma de reacción del niño pequeño, tan o más alarmante que aquélla, es el decaimiento y la apatía. La encontramos con relativa frecuencia y puede llegar a una atonía total, falta de fuerza hasta para el llanto y para la deglución; la mímica puede desaparecer por completo y sólo por momentos se entreabren los párpados con una expresión de vaguedad y de agotamiento profundo en los ojos. El cuadro es muy semejante al que presentan las neumonías de forma atónica, descritas por Nassau y sus colaboradores.

En general, la situación que se presenta del segundo semestre en adelante, es muy diversa. En esta época el niño manifiesta su malestar corrientemente por medio del llanto, la intranquilidad, falta de sueño y rechazo de la alimentación. Esto explica, hasta cierto punto, porque se ha arraigado y se mantiene todavía el concepto tradicional y rutinario de la "dentición" como causa de esta sintomatología, cada vez que ella se presenta sin que la acompañen síntomas locales muy resaltantes. Tenemos a la vista algunas curvas de tiempo atrás, en las que no se encuentra, frente a ciertas alzas febriles de esta época, otra anotación causal que "dentición" o "dispepsia" y, sin embargo, ella va seguida en el transcurso de los días contiguos en muchas observaciones de la comprobación de una rino-faringitis, de una bronquitis o de una otitis. La inspección cuidadosa de esos enfermitos nos ha enseñado, en cambio, que la mayoría de las veces no se deja de comprobar en esos casos una rino-faringitis, leve las primeras veces en su sintomatología directa y de mayor intensidad y extensión, cuando las repeticiones han sido frecuentes y su acción distrofiante, más aparente. Controlados, además, sistemáticamente por el oto-rino-laringólogo, estos niños revelan en un

porcentaje muy alto, síntomas de un compromiso ótico, los cuales regresan paralelamente a la inflamación rino-faríngea y con mucha frecuencia, sin que haya habido necesidad de recurrir a una paracentesis. Por lo demás, si se considera que la inspección meticolosa de la nariz y de la faringe se descuidaba y se descuida generalmente y que estos lactantes pueden presentar una diarrea o una dispepsia franca, se comprenderá por que un cierto número de los incidentes mencionados figura con el diagnóstico simple de "dispepsia", ignorándose su punto de partida respiratorio. Esto resulta más explicable aun, si se toma en cuenta que muy a menudo la fiebre de estos catarrós rino-faríngeos no alcanza a persistir más que durante las primeras 24-48 horas y que aparece entonces como normalizada bajo la acción de la dieta hídrica, que se prescribe como de rigor en esas circunstancias.

Cuando expusimos los síntomas locales de la rino-faringitis, decíamos que la obstrucción nasal y el dolor a la deglución provocaban con suma frecuencia dificultades en la alimentación y que éstas podían llegar hasta la incapacidad total para realizar la mamada. Al lado de ellas y dependiente, sin duda alguna, de una reacción especial del sistema nervioso, se manifiesta la inapetencia, que puede ser el sintoma inicial de la enfermedad, que puede acompañarla durante toda la evolución o que aparece al final de ella o luego después de la defervescencia. Esta falta del apetito, que muchas veces se suma a las dificultades de origen obstructivo, es en el niño alimentado al seno, una de las causas más comunes para la interrupción de la lactancia, cuando no se prevé a tiempo y no se combate con paciencia. Cuando en estas circunstancias el hijo no quiere o no puede mamar, depende del tiempo que dure la falta de estímulo de la glándula mamaria, el que se establezca en la madre una hipo o agaláctea. La lactancia puede restablecerse, si la neuropatía no es demasiado rebelde. Frente a sus manifestaciones extremas, muchas veces no queda otro remedio que recurrir a la alimentación con leche ordeñada, a la alimentación mixta o artificial y aun a los alimentos concentrados. En los niños que ya están con régimen artificial, suelen presentarse situaciones semejantes, que obligan a fraccionar o a concentrar la alimentación. La inapetencia, el negativismo de estos enfermos puede llegar a un grado tal que es necesario someterse al capricho invencible de ellos, instituyendo regímenes unilaterales y hasta irracionales, con el único objeto de evitar una inanición demasiado prolongada. Esto puede hacerse sin mayor riesgo, siempre que se tenga presente que es ineludible

volver al régimen normal lo antes posible. Las distrofias o carencias que se producen cuando no se procede en esta forma, ponen en grave peligro la vida de estos niños y terminan casi siempre con una inapetencia crónica y rebelde que va derecho a un estado de hambre y a la descomposición. La diszergia y las deficiencias nutritivas se aumentan recíprocamente y el círculo vicioso que se forma, pone a prueba todos nuestros recursos terapéuticos y dietéticos.

Si bien es cierto que gran parte de la sintomatología descrita es la expresión de una reacción especial del sistema nervioso central y del complejo vago-simpático, no es menos efectivo que en ninguno de los enfermos que hemos tenido a la vista para describirla, existe una base objetiva lo suficientemente clara, para establecer el diagnóstico de un compromiso inflamatorio del encéfalo o de las meninges. Al hacer el análisis de la obstrucción nasal y de sus consecuencias, señalamos entre éstas el opistotono, la agitación, la apatía, el meteorismo y las alteraciones cardio-vasculares y respiratorias, como las más frecuentes; pero dejamos constancia también, que sólo excepcionalmente habíamos encontrado en el líquido céfalo-raquídeo las alteraciones correspondientes a una meningitis serosa. Y, sin embargo, en las autopsias que se han podido hacer de lactantes fallecidos durante uno de los accidentes respiratorios, hemos comprobado casi siempre una intensa congestión y edema del cerebro y un aplanamiento más o menos acentuado de las circunvoluciones. No podemos negar, además, que la inmensa mayoría de las meningitis supuradas que se ven en el lactante, revelan como síndrome premonitor de ellas una inflamación del rino-farinx, a tal punto que hasta para la meningitis meningocócica ciertos autores han querido establecer un síndrome rino-faríngeo con caracteres específicos. Por lo demás, en algunas de nuestras observaciones hemos visto que junto a algunos o al conjunto de los síntomas descritos, los enfermos presentan nistagmus, estrabismo, fibrilaciones de los músculos de la cara, movimientos de los labios (con propulsión rítmica de la lengua, boca de pescado, etc.), convulsiones generalizadas o de uno o más miembros y estados contrácturas parciales o totales pasajeros. El líquido céfalo-raquídeo es generalmente normal o revela alteraciones químico-citológicas, que no alcanzan a salir de lo normal. Este cuadro se insinúa apenas en las primeras 24-48 horas, se intensifica y generaliza paulatinamente después, para decrecer y desaparecer entre los 6-10 días siguientes, cuando no ha producido el desenlace fatal durante uno de los ataques convulsivos, que

van acompañados, la mayor parte de las veces, de apnea y cianosis. Este síndrome de una encefalitis, evidente para nosotros, no es muy frecuente y constituye en realidad, una complicación de la rino-faringitis, semejante a la meningitis aguda que también suele observarse en el transcurso de ésta. Esta encefalitis se diferencia fundamentalmente, tanto por el comienzo insidioso, la sintomatología y la evolución, de los síndromos convulsivos que se observan en algunos lactantes y niños cada vez que sufren una infección o un alza térmica brusca. Estos sobrevienen repentinamente y los hemos visto repetirse varias veces junto a cada nueva rino-faringitis simple o complicada. En cierto número de estos enfermos se han comprobado los signos de una espasmofilia: pero en otros faltan por completo. En estos últimos podría pensarse en una irritación encefálica, producida por una acción toxi-infecciosa fugaz, ya que se trata siempre de accidentes de una duración relativamente corta. Aunque éstas son complicaciones, las mencionamos aquí, porque muchos de los síntomas generales expuestos podrían interpretarse como manifestaciones de una encefalitis frustra y que no alcanza a dar más que una sintomatología incipiente e incompleta. Esto se hace más plausible si se tiene en cuenta que hoy en día se tiende a aceptar que muchas de estas infecciones gripales serían causadas por virus y que la flora microbiana que se encuentra en el rino-farinx actuaría sólo secundariamente (Dochez y otros).

Como ya lo dijimos, hay quienes sostienen que la rino-faringitis no desempeña ningún rol en la génesis de los trastornos nutritivos agudos y crónicos. Sin embargo, los que así piensan, aceptan una causa para-entérica (bronconeumonía, pielonefritis, otitis, etc.) de la dispepsia o de la toxicosis, por ejemplo. Si esas localizaciones infecciosas son capaces de producir una alteración metabólica semejante, ¿por qué no ha de serlo la rino-faringitis, que al fin de cuentas no es ni más ni menos que una infección e inflamación localizada a un área más o menos extensa de la mucosa respiratoria y que puede comprometer, como lo hemos visto ya, en forma grave todos los demás sistemas del pequeño organismo? En el niño más grande y en el adulto se trata generalmente de una afección netamente local, sin repercusión apreciable sobre el estado general, y en el lactante suele suceder lo mismo: pero en nuestras observaciones vemos que es mucho más frecuente que el catarro rino-faríngeo vaya acompañado de vómitos, diarrea, baja de peso, síntomas tóxicos, etc., o sea, de un conjunto nosológico que estamos habituados a interpretar como

un trastorno nutritivo agudo. Por otra parte, nuestras curvas demuestran que la repetición o mantención de la infección de la parte superior del árbol respiratorio termina tarde o temprano en una distrofia y a veces en una descomposición. No discutimos que hay muchas dispepsias, toxicosis y distrofias que nada tienen que ver con una rino-faringitis u otra de las infecciones para-enterales; pero repetimos que nuestra estadística comprueba que los trastornos nutritivos puros constituyen en los últimos años una minoría pequeña frente a los que reconocen como causa una infección extraintestinal y sobre todo, del árbol respiratorio. A nuestra manera de ver, las conclusiones erradas se producen y se mantienen por desconocimiento del síndrome causal, que es de difícil ubicación cuando no se le busca especialmente, y porque en este caso se toma generalmente como causa lo que no es más que una consecuencia, es decir, que la rino-faringitis no se diagnostica todas las veces que existe y cuando se diagnostica, esto sucede tardíamente, en plena reparación del trastorno nutritivo, el cual aparece entonces como determinante de la aparición de aquella.

Trataremos de analizar este problema de tan alto interés práctico con una revisión de nuestro abundante material, tomándolo desde los trastornos metabólicos más simples o parciales hasta los más complejos. Desde luego, observamos que se nos presentan recién nacidos, prematuros o no, que maman en perfectas condiciones durante los 8-20 días primeros, que a esa altura hacen su primera infección rino-faríngea con o sin temperaturas y que conjuntamente con ella decaen bruscamente, que rechazan en seguida toda alimentación y que presentan la coloración pálida, terrosa y a veces, cianótica, ya descrita. Agregado a ese cuadro se observa una mucosa bucal intensamente roja, lengua seca con papilas prominentes o lisa, con aspecto de carne cocida, y ligeras manchas de algorra, sin que exteriormente puedan comprobarse signos de una deshidratación manifiesta. Sin embargo, para corregir este cuadro tan alarmante, basta generalmente una hipodermomó o flebotomía con suero fisiológico, solo o con suero glucosado, con suero de Ringer o de Hartmann, etc. Nosotros preferimos y nos ha dado siempre buen resultado, la ingestión forzada de agua ligeramente azucarada, agua de té o agua con suero de Ringer. Con ello basta para producir en la mayoría de los casos un cambio favorable tan brusco y rápido del aspecto de gravedad que presentan esos enfermos, que se llega a dudar muchas veces de la justificación de los te-

mores que habían asaltado al médico. En general y ayudados algunas veces con una o más transfusiones sanguíneas, pasamos en estas circunstancias, de la hidratación inicial, que es siempre de pocas horas de duración, y sin transición, a la alimentación completa, que el niño tenía antes de establecerse este cuadro y que casi siempre es todavía el seno exclusivo. Este síndrome, que se nos presenta la mayoría de las veces antes del mes de edad, ha sido interpretado por nosotros como la consecuencia exclusiva de una falla en el metabolismo del agua, primer escalón de un trastorno nutritivo agudo de mayor trascendencia. El resultado casi inmediato de la hidratación forzada así parece demostrarlo y la tolerancia por una realimentación completa tan perfecta, prueba que aun no ha alcanzado a producirse una alteración metabólica de tal alcance que pueda ser catalogada entre los trastornos nutritivos agudos corrientes.

Un cuadro semejante, aunque no tan brusco, agudo y grave generalmente en sus comienzos, lo vemos también en el lactante y sobre todo, en el prematuro, cuando ya están más allá del primer mes de edad. Lo presenta tanto el niño a alimentación materna exclusiva, como el que está alimentado artificialmente; puede acompañar la rino-faringitis del eutrófico y del distrófico y se observa, aunque con menos frecuencia, también en el pre-escolar. De acuerdo con los trabajos de L. F. Meyer, Nassau, Jahr y Kahn, etc., tanto éste como el síndrome anteriormente descrito para el recién nacido, cae en el grupo de los trastornos que hemos designado como deshidratación celular interna en las infecciones agudas del lactante y del pre-escolar (Schwarzenberg, Arch. Latino-americanos de Pediatría; tomo XXI, N.º 8, año 1927). Descrito en detalle y discutido ampliamente en aquella oportunidad, nos ahorraremos una nueva insistencia sobre sus peculiaridades y su significado. Sólo diremos que para salvar este cuello, hemos recurrido a la dieta hiperazucarada, haciendo como en el caso anterior una vuelta rápida a la alimentación natural, cuando no existían signos de un trastorno nutritivo más avanzado y cuando ya el síndrome había cedido (2 ó más días, con un máximo de 5). Los resultados han sido siempre halagadores y en todo semejantes a los que presentamos en el trabajo de nuestra referencia. Estimamos que cualesquiera de las dietas hidrocarbурadas, llamadas por algunos hidratantes y tan en boga en la actualidad, puede ser tan benéfica como aquélla; tan es así, que en estas circunstancias las usamos indistintamente. Volvemos a repetir, el

diagnóstico de la infección rino-faríngea, discutido casi siempre cuando la inflamación local no es muy aparente en estos enfermos, se confirma, a pesar de todo, por la aparición de los síntomas locales después del accidente, por la comprobación de la lesión concomitante del oído por parte del oto-rinolaringólogo o por la coincidencia de otras infecciones gripales en la familia o en el servicio a que pertenece el enfermo. Suelen coexistir, además, síntomas bronquiales fugaces y de poca extensión.

El trastorno nutritivo que acompaña la rino-faringitis puede quedar circunscrito, tal como pasa con cualquiera otra infección aguda en esta época de la vida, a esa alteración exclusiva del metabolismo del agua, que hemos designado como deshidratación celular interna. Ella puede regresar como lo hemos expuesto; pero puede ser la iniciación de un trastorno más amplio o presentarse conjuntamente con toda la sintomatología de éste. Efectivamente, en nuestras observaciones, encontramos muy a menudo, tanto en el comienzo como en el transcurso de la rino-faringitis, la dispepsia franca, el enterocatarro y la toxicosis. Importa e interesa en estos casos que se establezca si el origen de estos trastornos nutritivos agudos es para-enteral o nutritivo puro y para la primera de estas posibilidades, a qué localización infecciosa extra-intestinal corresponde la causa de ellos. La infección para-enteral puede sospecharse en los primeros días y cuando aun no han podido comprobarse los síntomas locales de la rinofaringitis, por el hecho que la dieta hídrica no ha sido capaz de normalizar la temperatura. Indicio de que existe una infección o que, por lo menos, prevalece un factor infeccioso sobre el metabólico o nutritivo, es, además, según nuestra experiencia, la coexistencia del síndrome de deshidratación celular interna y sobre todo de su componente escleredema. Posteriormente es posible, casi siempre, corroborar el diagnóstico por la comprobación de los síntomas locales directos e indirectos o desecharlo ante la evidencia de cualquiera otra infección, sea intestinal o para-enteral. El valor del diagnóstico causal reside en que establecido el origen para-enteral de estos trastornos, en muchos enfermos, sobre todo después del segundo semestre de edad, las medidas dietéticas pueden ser de aplicación breve y restringida y que al cabo de pocos días esté restablecido el régimen normal de alimentación. Tenemos un sinnúmero de dispepsias y aun de enterocatarros provocadas por un catarro rino-faríngeo, en las que no hemos tenido necesidad de recurrir a prescripciones dietéticas especiales: ha bas-

tado con dejar que el enfermo restrinja durante uno o varios días su alimentación ad libitum y que reemplace lo que deja de ingerir por cantidades suficientes de líquido. En estos casos, la intolerancia gástrica, la diarrea y la curva de peso se normalizan paralelamente a la atenuación de los síntomas infecciosos y al restablecimiento del apetito. Como comprobación casi experimental de lo dicho, estamos en situación de presentar algunas curvas de niños que han tenido una rino-faringitis repetida, en los cuales frente a uno de sus cuadros infecciosos acompañados de una dispepsia, se instituyó el régimen dietético pertinente, de corta duración y con buen resultado; 15 ó más días después y frente a una situación exactamente igual se dejó que el niño restringiera su alimentación, se reemplazó el déficit con agua y se obtuvo el mismo resultado, con una reparación más corta. Esto demostraría, a nuestro juicio, que aunque se presenten deposiciones alteradas y frecuentes, uno que otro vómito y una baja de peso, el trastorno nutritivo no ha alcanzado en esas condiciones la alteración funcional suficiente para que se justifique la prescripción de una dieta hídrica y la realimentación progresiva, que si se repite con intervalos muy cortos, no es indiferente.

Por lo demás, ya Finkelstein hablaba de las diarreas irritativas, producidas por vía simpático-parasimpática (acción de toxinas) y que pueden observarse en cualquiera infección paraenteral, sin que se logre establecer un trastorno nutritivo propiamente tal. Por otra parte, ya citamos el caso de los lactantes alimentados al seno exclusivo, en los que la rino-faringitis puede ir acompañada de deposiciones frecuentes, desagregadas, mucosas, etc., que se normalizan también, sin que tengamos necesidad de intervenir en nada para corregirlas aunque se hayan manifestado conjuntamente con uno que otro vómito y una detención o baja de la curva de peso. Si en estos enfermos se forma, como se ve muy a menudo, un eritema peri-anal más o menos intenso y si esta inflamación compromete el esfínter, lo sobrepasa e invade una parte de la mucosa del recto, puede aparecer un tenesmo más o menos acentuado, el número de deposiciones se eleva y éstas toman un carácter mucoso o muco-sanguinolento. Ante esta sintomatología se impone para muchos el diagnóstico de enterocolitis y se instituye la terapéutica correspondiente, tanto más si no se ha hecho el diagnóstico de la rino-faringitis o de otra infección para-enteral. Sin embargo, tenemos a la vista algunas observaciones de lactantes, en los cuales esta sintomatología desaparece con la mejoría del catarro respira-

torio y sin que se hubiera prescrito ninguna medida dietética especial. Hemos hecho el análisis extenso de todos estos fenómenos con el único objeto de recalcar cuán difícil se hace muchas veces en estas circunstancias establecer cuándo y cómo se inicia realmente un trastorno nutritivo agudo o una complicación intestinal, en qué condiciones debe hacerse el tratamiento pertinente y cuándo puede evitarse un régimen de restricción alimenticia.

Cuando estos trastornos nutritivos agudos se presentan con el catarro respiratorio del distrófico, diatéxico o prematuro, sus manifestaciones y sus consecuencias son mucho más graves. Ya en ellos no es posible mirarlos como afecciones secundarias y sin trascendencia, como puede hacerse en muchos de los casos anteriores, porque el daño de la pared intestinal es aquí generalmente más intenso y más extenso y la alteración resultante del quimismo intestinal y del metabolismo es mucho más profunda también. Las consecuencias graves de esta situación se ven en muchas curvas en más de alguna oportunidad y casi, sin excepción, todas las veces que la rino-faringitis se acompaña de un trastorno nutritivo agudo. La gravedad que reviste la repercusión de una infección como la rino-faringitis sobre el estado general, se nos revela cuando ésta se injerta en el periodo de reparación de un trastorno nutritivo agudo o de una distrofia y cuando se comprueba, como lo observamos con frecuencia, que el alimento tolerado hasta ese momento en perfectas condiciones, actúa de ahí en adelante como un verdadero veneno (Czerny, Keller, Finkelstein, etc.). El máximo de fragilidad en este sentido lo vemos en los lactantes que han sido alimentados con un exceso de harinas, en los hidrolábiles y en los neurópatas y exudativos.

Para una mejor comprensión y explicación de muchos de los síntomas generales anteriormente expuestos y de algunas de sus formas, nos parece de interés recalcar que en numerosas autopsias de lactantes fallecidos dentro de las primeras 24-48 horas de enfermedad, a causa de una de las infecciones llamadas hiperagudas o hipertóxicas, hemos comprobado alteraciones específicas de la mucosa intestinal y de otros órganos, semejantes a las que se observan en la inhibición capilar, en el shock. En algunas de ellas, la única localización inflamatoria o infecciosa que pudo establecerse, se encontraba en el rino-farinx. Si esta alteración se presenta en forma indiscutible en los casos de esas infecciones foudroyantes nos parece que no es descabellado pensar que puedan

existir lesiones semejantes, aunque de menor intensidad, en el período inicial o de invasión de cualquier estado infeccioso y también de la rino-faringitis (en su carácter de infección general en el lactante) y a pesar que su transcurso posterior se haga en forma menos brusca, aguda y dramática. Las manifestaciones a distancia y el compromiso del estado general podrían explicarse a base de estos hechos por la participación vago-simpática que seguramente genera o exacerba muchos de los síntomas descritos, tan es así que hasta las llamadas por Finkelstein diarreas irritativas (entero-colitis secundarias) se producen para él por esta vía. Es lógico suponer, además, que tales repercusiones sean más frecuentes, más evidentes y de mayor trascendencia en los sujetos afectos a una labilidad especial de su sistema nervioso, como son los prematuros, diatésicos y algunos distróficos, por ejemplo. En algunas de nuestras observaciones se ve, por último, que esta sensibilidad exagerada puede ser adquirida también y manifestarse solamente después que el niño ha sufrido varias invasiones infecciosas de este tipo.

Si todo lo dicho anteriormente vale para los trastornos nutritivos agudos, que una simple rino-faringitis puede desencadenar en el lactante, no es menos evidente que puede ser ella también, tal como lo hace, por lo demás, cualquiera otra infección, la que lo lleva paulatinamente a una distrofia y hasta a la descomposición. Este hecho se percibe sin lugar a dudas cuando la inflamación naso-faríngea se repite periódicamente o se mantiene durante un tiempo más o menos largo tal como se observa en numerosas de nuestras curvas, en las cuales la distrofia es la consecuencia de días y semanas de inapetencia, de intolerancia por el alimento y de dificultades mecánicas en la alimentación, que de tiempo en tiempo reaparecen y caen con todo el peso de la insuficiencia nutritiva prolongada sobre el organismo infantil. Este aspecto particular lo da especialmente la forma recidivante de la rino-faringitis, que se encuentra sobre todo en el primer año de la vida; pero se ve también en aquella forma, que ya describimos, y que aun en el lactante alimentado al seno exclusivo, mantiene durante un largo tiempo la inflamación local, una temperatura subfebril y a veces más alta y todos los trastornos de carácter general de que hemos hablado y que sin transición provienen directamente del estado agudo y lo prolongan. La acción distrofiante de esta infección subaguda recidivante o mantenida salta aun más a la vista y llega a ser impresionante, cuando en el transcurso de ella se comprueban

las agravaciones que produce cualquiera de las complicaciones de la rino-faringitis (otitis, bronquitis, etc.) y que figuran frecuentemente como causa determinante de los trastornos nutritivos agudos, que se observan simultáneamente. Comúnmente son ellas las que aparecen en la clínica y son ellas las que determinan la etiqueta de estos accidentes, cuando en realidad no son más que brotes incidentales de la invasión o extensión de la infección que se mantiene y que puede comprobarse en el rino-farínx. Esto se demuestra, sin lugar a dudas, cuando el examen local se hace con cuidado y en lo posible diariamente; otra prueba evidente la dan la persistencia y la exacerbación de los infartos ganglionares correspondientes, como puede verse en muchas de nuestras observaciones. Por otra parte, corrobora este aserto el que nuestro otorino-laringólogo, solicitado para el examen repetido de estos niños y sin advertencia previa, haya comprobado la mayoría de las veces, una sintomatología local idéntica a la que nosotros habíamos anotado. Por las razones que ya hemos expuesto antes, no puede extrañar que el diagnóstico clínico se haya hecho en algunos casos con dos a seis días de antelación al del especialista; esta divergencia ha sido tanto más frecuente, cuanto menor era el lactante y cuanto mayor era su distrofia y su prematuridad. Lo importante para nosotros está en que, a pesar de estas divergencias más aparentes que reales, a la postre se llegara siempre a un diagnóstico concordante y sin que se hubiera trabajado de acuerdo o con consulta previa. Si esta cooperación se llevara a cabo sistemáticamente en los servicios de lactantes y con mayor frecuencia, el porcentaje de los diagnósticos de la rino-faringitis se elevaría en forma notable y sus modalidades, sus complicaciones y sus consecuencias sobre el organismo infantil, serían seguramente más conocidas.

La interpretación de esta sintomatología sombría y complicada, que puede presentarse en la iniciación o en el transcurso de una rino-faringitis, suele hacerse aún más difícil, cuando se agrega a ella en forma aguda o subrepticia una de las infecciones intestinales del tipo de las shigellosis, salmonellosis u otras. En algunos casos y llama la atención que muchos de ellos correspondan a niños eutróficos, hemos observado que después de dos o más días de evolución de un síndrome naso-faríngeo, se instala bruscamente un cuadro de enterocolitis, acompañado de una elevación notoria de la temperatura y de manifestaciones tóxicas intensas. En otros y más frecuentemente en lactantes distróficos, esta entero-

colitis aparece en forma insidiosa y llega a su culminación en el lapso de algunos días. La comprobación bacteriológica es posible en la mayoría de los casos y corresponde siempre a niños sometidos a una alimentación artificial o, por lo menos, mixta. La mayor incidencia de esta infección agregada la encontramos en los meses de primavera y verano. En las autopsias que se han podido hacer se comprueba por un lado el compromiso del árbol respiratorio superior, con extensión al oído, etmoides o pulmón, y por el otro, las lesiones específicas de una enterocolitis aguda. Entre los niños que han llegado a la mesa de necropsia se encuentran los que han fallecido a las 24-48 horas después de la instauración del cuadro intestinal y los distróficos, que después de ella han ido rápidamente a la descomposición.

(Continuará).