

Clinica Pediátrica.  
Prof. Dr. Arturo Scroggie.

## ESTUDIOS SOBRE LA DISENTERIA BACILAR DE LA INFANCIA

Por los Dres. ALFONSO COSTA y HERNAN ROMERO

En los años 1936-37 y luego en 1938-39 realizamos 2 estudios sobre el rol de los bacilos disentéricos en la etiología de las enterocolitis de la infancia. El primero de nuestros trabajos fué publicado, formando el capítulo sobre "enfermedades diarreicas de la infancia", del libro de uno de nosotros (H. R.): "Algunos problemas de salubridad" (1). El segundo fué comunicado a la Sociedad Chilena de Pediatría en la sesión del 17 de octubre de 1940 (2).

Hemos estimado de interés, compilar en una sola publicación, nuestras experiencias sobre este tema, ya que éstas mantienen su actualidad y ya que nuestros resultados, reunidos, adquieren mayor valor.

**Método de trabajo.** — Estudiamos de preferencia a los enfermos atendidos en el servicio de lactantes del Hospital Roberto del Río. Dicho servicio contaba en aquella época con 49 camas. Para no estrechar demasiado el círculo de nuestros enfermos, los tomamos también de otros servicios del hospital, como así mismo de diversas instituciones (Consultorios de la Caja de Seguro Obrero, del Consejo de Defensa del Niño, etc.). Pero nos circunscribimos únicamente a aquellos casos de los que podríamos obtener información clínica y bacteriológica satisfactoria.

Además de los enfermos con enterocolitis clínicamente diagnosticada, estudiamos enfermos sin enterocolitis que nos

(1) Hernán Romero: "Algunos problemas de salubridad". Imprenta El Esfuerzo. Santiago de Chile. 1938. Páginas 201 a 217.

(2) Revista Chilena de Pediatría. Año 1940. Volumen II. páginas 792 a 796.

sirvieron de control y en especial para buscar la presencia de portadores de bacilos disintéricos.

Seguimos personalmente la evolución clínica de los enfermos y presentamos al Prof. Scroggie, para su interpretación, los casos dudosos o de mayor interés.

Para la realización del examen bacteriológico empleamos las técnicas habituales en estos casos. No las describiremos y nos contentaremos con señalar que: las muestras fueron sembradas, al poco tiempo de emitidas, en agar lactosado y que para el diagnóstico de las especies de bacilos disintéricos, además de las propiedades bioquímicas, utilizamos sueros aglutinantes que nos fueron facilitados por el Dr. Carlos Garcés.

**Resultados.** — Hicimos nuestros estudios en dos períodos. El inicial desde el 1.º de junio de 1936 hasta el 30 de marzo de 1937. El segundo período comenzó el 6 de octubre de 1938 y lo terminamos el 26 de enero de 1939.

**Primer período.** — Durante 10 meses (junio de 1936 a abril de 1937), estudiamos 368 enfermos. Cuarenta y ocho tenían un cuadro clínico de enterocolitis y los 320 restantes, que nos sirvieron de control, padecían de otras afecciones.

Practicamos 847 coprocultivos, o sea, en promedio 2.3 a cada enfermo.

Entre los 48 casos de enterocolitis encontramos bacilos disintéricos en 14 enfermos, lo que representa un 29.1 %.

Los bacilos encontrados fueron:

Bacilo de Shiga, en 5 enfermos.

Bacilo de Flexner, en 8 enfermos.

Bacilo de Sonne, en 1 enfermo.

Las edades de estos disintéricos iban desde 2½ meses hasta 8 años, distribuidos en la siguiente forma:

de 2½ meses, 1 enfermo.

de 4 a 6 meses, 2 enfermos.

de 8 a 12 meses, 3 enfermos.

de 2 a 3 años, 5 enfermos.

de 4 a 8 años, 3 enfermos.

Dieciocho enfermos fallecieron, lo que da una letalidad por enterocolitis de 37 %. Entre los que tenían bacilos disintéricos, murieron el 28 % y entre los que no se halló este germen, el 41 %.

En los 326 pacientes que nos sirvieron de control y que no tenían enterocolitis, no encontramos nunca bacilos disintéricos.

**Segundo período.** — Durante 3 meses y 20 días transcurridos entre el 6 de octubre de 1938 y el 26 de enero de 1939, estudiamos 250 pacientes. Tomamos a todos los enfermos que fueron hospitalizados en el servicio de lactantes y agregamos algunos niños de otros servicios.

Cabe notar que del total de enfermos estudiados, más de los 4/5 tenían menos de 2 años, como podrá deducirse del estudio del cuadro N.º 1, en que hemos indicado el número de niños por grupos de edades.

CUADRO N.º 1

## Edades del total de enfermos estudiados.

de 0 a 3 meses	49 enfermos
de 4 a 6 "	30 "
de 7 a 9 "	37 "
de 10 a 12 "	27 "
de 13 a 18 "	39 "
de 19 a 24 "	22 "
de 2 años y más	46 "

Del total de pacientes estudiados, 84, o sea, el 33.6 % tenían enterocolitis clínicamente diagnosticada y los 166 restantes sufrían de diversas afecciones que anotamos en el cuadro N.º 2, advirtiendo que sólo hemos indicado para cada enfermo el diagnóstico más importante.

CUADRO N.º 2

Diagnóstico de los enfermos de control.  
(Sin enterocolitis).

Dispepsia	39
Enteritis tuberculosa	3
Toxicosis	14
Afecciones digestivas	17
Afecciones pulmonares	44
Afecciones cardíacas	2
Afecciones neurológicas	5
Afecciones cutáneas	2
Enfermedades por carencia	9
Enfermedades infecciosas	11
Trastornos nutritivos crónicos	11
Otras afecciones	9

Nos referiremos ahora a los enfermos en los que se hizo el diagnóstico clínico de enterocolitis, que ya dijimos que son 84. Llama desde luego la atención que el 85 % de estos enfermos tienen menos de dos años de edad, como también la diferencia entre el primero y segundo año de vida con 54 y 18 enfermos, respectivamente, como se podrá comprobar en el cuadro N.º 3, en que hemos colocado las edades de estos enfermos.

CUADRO N.º 3

## Edades de los enfermos de enterocolitis.

de 0 a 3 meses	8 enfermos
de 4 a 6 "	16 "
de 7 a 9 "	18 "
de 10 a 12 "	12 "
de 13 a 18 "	13 "
de 19 a 24 "	5 "
de 2 a 5 años	10 "
de 6 a 12 "	2 "

En cuanto a la importancia de la morbilidad hospitalaria por enterocolitis debe deducirse de la cifra que de 189 pacientes atendidos durante este tiempo en el Servicio de Lactantes, 60 sufrían de enterocolitis, lo que representa el 31,7 %. Precisa, sin embargo, señalar que se trataba de la época del año en que existe una mayor prevalencia de la enfermedad.

Practicamos 775 coprocultivos, o sea, un promedio de 3,3 por cada enfermo.

Encontramos bacilos disintéricos en 25 pacientes, pero sólo 23 de éstos sufrían de enterocolitis. Los dos restantes eran portadores que habían tenido esta afección hasta 1½ y 2 meses, respectivamente.

Los bacilos aislados fueron:

Bacilo de Shiga, en 5 enfermos.

Bacilo de Flexner, en 17 enfermos.

Bacilo de Sonne, en 3 enfermos.

Si consideramos que en 11 de las 84 enterocolitis, no se hizo el examen bacteriológico, nos restan 73 enfermos, en los

cuales encontramos 23 con bacilos disentéricos, lo que nos da un 31,5 %.

La investigación bacteriológica fracasó o no se hizo en 11 enfermos, porque: en 5 no se alcanzó a tomar la muestra (3 retirados por la familia el mismo día del ingreso y 2 fallecidos a las pocas horas de ser recibidos); y en 6, las siembras fueron inutilizadas por el desarrollo del bacilo proteus que nos impidió verificar la existencia de bacilos disentéricos.

La letalidad global por enterocolitis fué de 42.8 %, siendo más elevada en el primer año de la vida, donde llegó a 52 %, para bajar a 33 % en el segundo año y disminuir hasta 16 % para niños de dos años o más.

La presencia o ausencia de bacilos disentéricos no fué acompañada de alteraciones de la cifra de la letalidad. En efecto, de 23 enfermos con bacilo disentérico, fallecieron el 39 % y de 61 sin bacilo disentérico, fallecieron 44 %.

En lo que hace a la letalidad relacionada con la especie de bacilo disentérico, lo escaso de nuestros enfermos no nos autoriza a ninguna reflexión. Sólo nos limitaremos a señalarla.

Con Bacilo de Flexner: 17 enfermos; fallecen 7.

Con Bacilo de Sonne: 5 enfermos; fallece 1.

Con Bacilo de Shiga: 3 enfermos; fallece 1.

La influencia del estado nutritivo sobre la letalidad fué decisiva. Refiriéndonos únicamente a los niños de 2 años, tenemos:

13 eutróficos, con 15 % de letalidad.

59 distróficos, con 52 % de letalidad.

La contaminación disentérica fué igual en ambos grupos: 23 % en eutróficos y 25 % en los distróficos.

La duración total de la enfermedad fué en promedio de 23 días en los enfermos con bacilo disentérico y 49 días en los que no se encontró este germen.

De los 84 pacientes, 68 presentaron un solo ciclo o crisis en la evolución de su enfermedad y 16 tuvieron dos o más crisis separadas por intervalos de salud aparente. Apartamos una y otra modalidad de evolución, relacionándola con el hallazgo de bacilos disentéricos y como se podrá observar en el cuadro N.º 4, no encontramos que la presencia de estos gérmenes condicionase esta modalidad de la evolución.

## CUADRO N.º 4

## Influencia del hallazgo bacteriológico sobre la evolución de la enfermedad.

	Con bacilos disentéricos		Sin bacilos disentéricos	
Evolucionan en 1 crisis .....	22 casos	88 %	46 casos	77 %
Evolucionan en 2 o más crisis ..	3 casos	12 %	13 casos	23 %
Total .....	25 casos	100 %	59 casos	100 %

La sangre en las heces se encontró en proporción sensiblemente igual en ambos grupos: 61 y 66 %, respectivamente.

Las fechas de iniciación de las enfermedades estuvieron distribuidas en estos meses, en la siguiente:

Octubre .....	22 enfermos
Noviembre .....	40 "
Diciembre .....	10 "
Enero .....	5 "

Se eliminaron de la lista anterior algunos enfermos, en los que no se pudo precisar suficientemente este dato.

**Resumen de ambos períodos.** — En 2 períodos que abarcan un total de 13 meses y 20 días, examinamos clínicamente y bacteriológicamente a 618 enfermos, en su mayoría del servicio de lactantes del Hospital Roberto del Río.

Efectuamos 1,622 coprocultivos, o sea, un promedio de 2.6 a cada enfermo.

488 enfermos nos sirvieron de control y no sufrían de enterocolitis. En 2 de éstos encontramos bacilos disentéricos. Eran pacientes que habían tenido enterocolitis hacía 1½ mes y 2 meses respectivamente. Por esta razón, los clasificamos como portadores. El hallazgo de portadores es, por lo tanto, de 4 por mil.

132 enfermos sufrían de enterocolitis y entre éstos se encontró el bacilo disentérico en el 29,1 %.

Los bacilos aislados fueron:

- Bacilo de Shiga: 8 veces.
- Bacilo de Flexner: 25 veces.
- Bacilo de Sonne: 6 veces.

La letalidad global fué aproximadamente 40 %, siendo sensiblemente igual entre los enfermos disentéricos y los no disentéricos.

La letalidad estuvo influida: notablemente por la edad del enfermo, siendo más alta en los niños menores; y por el estado nutritivo, pues es mucho menor en los niños eutróficos que en los distróficos.

La duración de la enfermedad fué el doble en los enfermos en los cuales no se encontró bacilo disentérico.

La presencia de bacilos no influyó en el modo de evolucionar en una o más crisis.

Tampoco influyó sobre la presencia de sangre en las deposiciones.