Hospital Luis Calvo Mackenna
Cátedra del Prof. Dr. Aníbal Ariztía.

SEPSIS DEL RECIEN NACIDO Y DEL PRIMER SEMESTRE DE LA VIDA

Por el Dr. SAMUEL COSTA

Hemos revisado nuestras observaciones de todos los lactantes hospitalizados desde el año 1940-1945, observaciones que corresponden a la Casa Nacional del Niño y al Hospital Calvo Mackenna.

De un total de más o menos trescientos niños menores de 3 meses, 17 casos corresponden a sepsis, ya sea del recién nacido o del primer trimestre de la vida, sin tomar en cuenta aquéllos, en que asociada a ella va la sífilis, y de numerosas otras, que clínicamente podrían englobarse como tales, pero que desgraciadamente no alcanzaron a evolucionarse, por producirse el fallecimiento antes de las 24 horas, no alcanzándose a solicitar los exámenes correspondientes y no verificados por la autopsia.

Sin embargo, pese al número reducido de casos, de ellos hemos podido apreciar la sintomatología, su evolución, las diferentes modalidades clínicas, germen causal, fuente de entrada, etc., exponiendo los hechos principales encontrados, sin tener la pretensión de sacar conclusiones o resultados estadísticos, que para ello necesitaríamos cientos de casos. Es ésta una exposición y nuestra experiencia al respecto.

a) Vías de infección. — La más frecuente es la que tiene como punto de partida la herida umbilical, siguiendo a continuación las lesiones de la piel (erosiones, dermatitis), existiendo otro porcentaje cuya puerta de entrada nos pasa

inadvertida, ya que no siempre ingresa el niño recién nacido, sino después de varios días y aún semanas, lo que impide precisar su origen. Tampoco debemos desconocer la importancia del rinofarinx, que siempre lo hemos encontrado rojo, y al respecto planteamos la hipótesis al referirnos a las rino-faringitis del lactante, publicado hace más de un año.

Puerta de entrada: 6 casos ombligo.
4 casos piel.
7 casos (?).

b) **Agente causal.** — De los exámenes de laboratorio: hemocultivos, examen bacteriológico del pus de los abscesos, de los exámenes de secreción nasal, faríngea u ótica y del cultivo del L. C. R., apreciamos una mayor frecuencia del estafilocócó dorado hemolítico, después el estreptococo, además del proteus, sin desconocer la importancia que tienen numerosos otros gérmenes, pero que nosotros no hemos encontrado. Además, en muchos casos, los hemocultivos pedidos en forma repetida y sistemática, han sido negativos y positivos al examen bacteriológico de las localizaciones de la sepsis (abscesos). Creemos que la negatividad de los primeros puede deberse a que ese niño ingirió anteriormente a su hospitalización, lo que frecuentemente sucede, alguna sulfá, indicada por el médico, farmacéutico o amistad, o bien ella ha debido ser suministrada tan pronto el niño ingresa al servicio, y dada la gravedad del caso, no nos permite esperar las extracciones de sangre y otros exámenes, imponiéndose su rápida administración.

c) **Receptividad.** — Al hablar de ella, damos por sentado que son favorecidas por la sífilis y por la distrofia. En cuanto a otras causas, por algunos invocadas, podemos decir:

Total de casos: 17.

Alimentación natural: 9 casos. — Mixta: 4 casos. — Artificial: 4 casos.

Sexo masculino: 7 casos. — Sexo femenino: 10 casos.

Estación del año: Otoño: 6. — Invierno: 5. — Primavera: 1. — Verano: 5.

Lugar de nacimiento: Maternidad: 8 casos. — Domicilio: 9 casos.

Prematuridad: 2 casos. — De término: 15 casos.

CUADRO N° 1.

Nº		Ant. pers.	Alim.	Edad ing.	Peso	Estación	Sexo
1	Ant.	3,370	Artif.	2 m. 9 d.	4,680	Invierno	m.
2	p. t.	?	Mixta	2 m. 10 d.	5,560	Otoño	m.
3	p. t.	?	Artif.	22 d.	2,830	Primav.	m.
4	p. t.	2,700 M.	Natur.	19 d.	2,100	Verano	f.
5	p. t.	3,700	Natur.	1 m.	4,200	Otoño	m.
6	p. t.	3,250	Natur.	1 m. 3 d.	2,980	Invierno	f.
7	p. t.	3,600 M.	Artif.	11 d.	2,860	Otoño	f.
8	p. t.	2,830 M.	Artif.	14 d.	2,030	Otoño	f.
9	p. t.	3,150 M.	Mixta	25 d.	2,650	Verano	m.
10	p. t.	3,000	Natur.	11 d.	2,980	Verano	m.
11	p. t.	3,300 M.	Mixta	1 m. 15 d.	3,200	Invierno	m.
12	p. t.	2,900	Natur.	19 d.	2,740	Otoño	f.
13	p. t.	3,900 M.	Mixta	23 d.	2,780	Otoño	f.
14	p. t.	3,250 M.	Natur.	29 d.	3,900	Invierno	f.
15	p. t.	4,100 M.	Natur.	13 d.	4,100	Verano	f.
16	p.	?	Natur.	16 d.	2,000	Invierno	f.
17	p.	2,400	Natur.	18 d.	2,460	Verano	f.

d) **Sintomatología.** — El estado general siempre se encuentra alterado. Existe decaimiento marcado, postración, llanto débil, es decir, un estado de intoxicación.

En estrecho paralelismo con estos signos, hay anorexia, rechazo de la alimentación, vómitos y siempre deposiciones cortadas y grumosas, hasta la del tipo de enterocolitis.

Fiebre. — La curva térmica es de gran variabilidad; en algunos, temperatura alta de 2 a 3 días, alrededor de 38° o más, con períodos subfebriles; otros con temperaturas apénas marcada, no siendo raros los casos que tenemos en que evolucionaron sin fiebre.

Piel. — Su coloración es siempre característica, palidez intensa, grisácea, de elasticidad generalmente disminuída. Frecuente es la cianosis, que se localiza principalmente alrededor de la boca y en las extremidades. Hemos observado algunos casos con petequias y equimosis y muchos con ictericia, de intensidad variable; además, algunos casos con pequeñas zonas necróticas en las extremidades (émbolos sépticos).

Edema. — Lo presentan la mayoría de nuestros casos, de extensión y localización variable, lo más frecuente de las extremidades anteriores, al igual que el escleredema.

Adipoesclerema. — En una de nuestras observaciones se presentó en forma de nódulos aislados, algo duros (indura-

ción del tejido celular), adipoesclerosis que fué confirmada al corte histológico.

Tonicidad muscular. — No hemos encontrado ninguna característica, principalmente evolucionan con gran hipotonía.

Abscesos. — Los presentan alrededor de la mitad de los casos, distribuidos en diferentes partes del cuerpo, principalmente en el cuero cabelludo, o en las superficies articulares dependientes de zonas osteoarticulares.

Mucosas. — La mucosa bucal la mayoría de las veces se encuentra roja; la lengua siempre participa del enrojecimiento, recubriéndose, además, de una gruesa capa de saburra, inducto grisáceo sucio, que respeta la punta y los bordes; casi siempre hay algorra.

Faringe. — Siempre enrojecida.

Pulmones. — Nada hay característico, debemos sí anotar en los períodos finales fenómenos atelectásicos y posteriormente bronconeumónicos, que se injertan en la mayoría de estos niños y que siempre es la complicación final.

Corazón. — Los tonos, en la mayoría de los casos se presentan muy apagados.

Abdomen. — Bastante meteorizado y globuloso algunas veces, otras deprimido, más frecuente lo primero, en relación tal vez con la hipotonía muscular y con fenómenos circulatorios, éxtasis que produciría el meteorismo. No son raros los casos en que se aprecia cianosis de la pared, desarrollo venoso marcado y petequias.

Hígado. — Siempre aumentado de volumen, de consistencia variable.

Bazo. — La mayoría de los casos presentan un bazo aumentado de volumen, aumento de tamaño que los hemos podido seguir, a medida que evoluciona la enfermedad y siempre confirmado en la anatomía patológica.

Lesiones óseas. — Tenemos desde la pequeña alteración, revelada por una irregularidad en la línea de calcificación, hasta las macroscópicamente visibles osteomielitis y osteocondritis. Son varios los casos en que las radiografías no nos revelan alteraciones de ninguna naturaleza, habiendo otras tan evidentes, por no decir groseras, que bien podrían confundirse con las presentadas por la sífilis. No todos nuestros casos tienen radiografías.

Riñones. — No hemos tenido oportunidad casi de palparlo. Salvo en un caso en que había una piuria demasiado intensa.

CUADRO N° 2.

Hemocultivos.

Total casos:	8 con hemocultivos	5 (+)	3 estreptococos hemolíticos
17	9 sin hemocultivos	3 (—)	2 estafilococos

Examen bacteriológico abscesos.

Total casos:	3 estreptococos dorado hemolítico
17	5 estafilococos dorado hemolítico

LABORATORIO

Hemocultivo. — No siempre nos ha resultado positivo por las razones expuestas en un principio, y desgraciadamente no se ha podido, en todos los casos, por la brevedad del tiempo, en relación con la gravedad del cuadro, que produce el fallecimiento en algunas oportunidades, a las pocas horas de hospitalizado.

Número de casos con hemocultivo: 8.

Hemocultivo negativo: 3 casos.

Hemocultivo positivo (+++): 5 casos; 2 con estafilococos dorado y 3 con estreptococo hemolítico.

Pus abscesos. — Examen bacteriológico.

3 casos estreptococo hemolítico.

5 casos estafilococo dorado hemolítico.

CUADRO N° 3.

Sintomatología más importante.

17 casos:

Íctericia	Abscesos	Lesiones óreas	Piuria	Edema	Hepat.	Esplen.
4	8	3	4	9	14	13

Anatomía patológica. — Ella se ha hecho en 10 casos y los signos principales, someramente enumerados, son:

Piel seca, palidez terrosa.

Tumefacción de casi todas las vísceras.

Tumefacción del miocardio.

Tumefacción del hígado.

Hiperplasia de la pulpa esplénica.

Tumefacción renal, que se acompaña en algunos casos con nefritis intersticial supurada y de infiltración grasosa.

Bronconeumonía.

Huesos, en varios casos de los autopsiados, los huesos macroscópicamente han sido normales; pero sin corte histológico. Esto no contando los casos en que ha habido lesiones de osteomielitis o de osteocondritis.

Tratamiento. — Las pésimas condiciones generales y nutritivas en que estos niños se hospitalizan, nos obligan a actuar en la forma más rápida posible. Preocupación primordial es la de colocarlos en condiciones alimenticias que les sean más favorables en el transcurso de una enfermedad tan grave. La dietética se supedita a cada niño en particular. En los casos de gran repercusión del tubo gastrointestinal, con vómitos pertinaces, diarrea intensa, deshidratación marcada, indicamos, ya sea una corta D. H. o dieta hidratante en dosis progresivas de 50, 100 y 150 grs. por kilogramos de peso, haciendo pequeños agregados de leche humana, descremada al comienzo, y pasando paulatinamente a L. H. completa y posteriormente, siempre que las condiciones del niño lo permitan y su tolerancia mejore, con pequeños agregados de Eledón. En los casos de gran deshidratación y que no resisten el aporte líquido por os, recurrimos a la vía endovenosa, en forma de flebotomía con suero glucosado al 10 % y Ringer, o al suero glucosado hipertónico.

En los procesos locales: abscesos, actuamos quirúrgicamente, incindiéndoles en forma amplia, dejando algunas veces drenaje. En los procesos supurados del ombligo, el tratamiento indicado es siempre seco, en forma de tocamientos y aplicaciones de sulfatiazol en polvo, sulfacol, y desde hace poco más de un año, penicilina local.

Sobre la temperatura casi no actuamos; son contados los que tenemos con temperatura de 39° ó más, y si ello es necesario, nos basta con una pequeña dosis de aspirina o fenalgina.

Transfusiones sanguíneas: Todos los casos que hemos evolucionado, presentan anemia marcada, por lo tanto, han recibido transfusiones (10 a 20 cc. por kilo de peso), día por medio al comienzo, posteriormente más distanciadas y cuyo número nos lo dice el control hematológico, que se practica en forma sistemática.

Sulfanilamida y sulfopirina. — Empleadas desde el comienzo y tan pronto el niño ingresa, aun cuando no tengamos los análisis de laboratorio correspondientes.

Hemos usado de preferencia el sulfatiazol y la sulfadiazina en dosis de 10-20 centigramos por kilogramo de peso, inclinándonos más al empleo de esta última, porque hemos observado una mayor tolerancia.

Penicilina. — De los 17 casos se ha empleado en 8 casos, en dosis de 5,000 U. O. por kilo de peso, en las 24 horas y suministrada cada 3 horas y aunque el tratamiento no ha sido exclusivo a base de penicilina, sino que el niño ha recibido, en la mayoría de los casos, sulfas, no dada en forma simultánea, sino en el transcurso de la enfermedad y generalmente al comienzo de su hospitalización. De todas maneras hemos podido apreciar los excelentes resultados con ella obtenidos, ya que de los 8 casos tratados, sólo en 2 se produjo el fallecimiento, resultado muy distinto antes de la era penicilínica.

Total de casos: 17.

Fallecidos: 10; sólo en 2 se empleó penicilina.

Sanos: 7; todos tratados con penicilina.

De todo lo que hemos expuesto, aunque en forma un tanto somera, se revela la enorme gravedad de esta enfermedad, dado el alto porcentaje de mortalidad que nos proporciona, pero que ahora último la hemos visto disminuir cuando al empleo de sulfas se ha venido a agregar la penicilina, obteniendo resultados bastantes halagadores, que día a día nos irá permitiendo mirar con menos pavor y con más optimismo el pronóstico de la sepsis.