AFECCIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS EN LA POBLACION ESCOLAR CHILENA

Por el Dr. AUGUSTO LATORRE AGÜERO

(Dir. Gen. de Protección a la Infancia y Adolescencia).

En calidad de médico escolar me ha correspondido, desde hace varios años, estar diariamente en íntimo contacto con el alumnado de nuestras Escuelas Públicas; por lo cual he podido formarme una idea bastante aproximada de la naturaleza de sus dolencias, especialmente en el campo de mi especialidad, la otorrinolaringología.

Los alumnos de estas Escuelas Públicas pertenecen, en su gran mayoría, a los modestos hogares de nuestra clase obrera y representan, seguramente la parte más considerable de nuestra población infantil.

Los otorrinólogos que en los diversos servicios hospitalarios atienden a los niños de la clase menesterosa, por examinar lógicamente sólo los casos patológicos, no pueden formarse una idea exacta de la frecuencia real de sus afecciones. Por tal motivo, he creído de interés dar a conocer algunos datos estadísticos relacionados con la frecuencia y naturaleza de las afecciones crónicas otorrinolaringológicas en nuestra población infantil.

De antemano debo advertir que estos datos son puramente personales. Me habría sido muy fácil obtener informes en la Sección Estadística de nuestro Departamento y presentar una estadística basada en varias decenas de miles de observaciones; pero, precisamente, es lo que he querido evitar, porque las fichas con el "Cuadro de Salud" de los escolares, son hechas por médicos generales o pediatras, que no siempre tienen el mismo criterio que nosotros, los otorrinólogos, en lo que se refiere al diagnóstico e importancia de las afecciones de nuestra especialidad. Así, por ejemplo, es frecuente que el médico general diagnostique "amigdalitis cró-

nica" ante lo que para nosotros es sólo una "hipertrofia simple de las amígdalas"; o bien, que no investigue sistemáticamente y, por lo tanto, se le pasen inadvertidos, los casos de obstrucción nasal, disfonías, hipoacusias, etc.

Por esto considero que los datos estadísticos que voy a presentar, aunque basados en un número reducido de observaciones, se acercan más a la realidad que los que podrían obtenerse de una estadística oficial más numerosa, pero hecha por médicos no otorrinólogos.

En la ejecución del presente trabajo hemos perseguido 3 objetivos principales:

I.—Determinar la frecuencia de las afecciones crónicas otorrinolaringológicas más importantes, en un grupo numeroso de escolares, aparentemente en buenas condiciones de salud, para tener así una idea aproximada de su porcentaje en la gran masa de la población escolar.

II.—Establecer cuáles son las causas más frecuentes de la obstrucción nasal en los escolares, y

III.—Estudiar qué factores son los que posiblemente influyen en la aparición de la rinitis crónica atrófica simple, enfermedad muy frecuente en nuestro país.

I.—Frecuencia de las afecciones otorrinolaringológicas crónicas en la población escolar.

Para este estudio examinamos un grupo de 3.280 escolares de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre 7 y 14 años. Estos niños fueron examinados durante los años 1940, 1941 y 1942, y eran alumnos de las Escuelas Públicas Nos. 27, 101, 157, 161, 168, 296 y 300, de esta capital.

En todos los casos, antes de iniciar el examen de cada niño, empezamos por el interrogatorio de los padres y, a falta de éstos, de otros familiares o personas que convivieran con él; investigando cuidadosamente los antecedentes mórbidos del niño y haciendo especial hincapié en su pasado amigdaliano y en los síntomas propios de la obstrucción nasal.

Damos gran importancia a este interrogatorio, indispensable para un diagnóstico correcto, porque el niño, por lo general, no relata sus molestias, sino que, al contrario, ante el temor de una probable intervención quirúrgica, las niega.

Continuamos después con el interrogatorio del niño; dando a sus respuestas, como es de suponer, un valor muy relativo. Este interrogatorio forma, en realidad, ya una

parte del examen y nos puede revelar, inmediatamente, la existencia de una disfonía, de una hipoacusia, etc.

Por último, después de un breve examen general, pasamos al examen de la especialidad. En lo referente a este examen, por falta de medios, tuvimos que limitarnos a consignar en este grupo de niños solamente las afecciones amigdalianas, la obstrucción nasal en general y las otorreas crónicas.

Damos a continuación los resultados obtenidos:

1. Afecciones amigdalianas: Entre éstas distinguiremos las amigdalitis crónicas y la hipertrofia simple de las amígdalas:

A) Amigdalitis crónicas: Para su diagnóstico nos basamos en los antecedentes de amigdalitis agudas a repetición y en los signos objetivos, tales como salida de secreción purulenta a la presión de las criptas, enrojecimiento de los pilares (signo de Lott-Bourgeois), etc.

De los 3,280 escolares examinados, 204 (6,2 %) padecían de amigdalitis crónica. La forma hipertrófica fue la más frecuentemente encontrada: 112 veces (o sea, el 54,9 % del total de amigdalitis crónicas). La forma atrófica sólo la encontramos en 32 casos (15,6 %).

B) Hipertrofia simple de las amígdalas: Bajo este rubro incluimos todos aquellos casos de amígdalas hipertróficas, pero de aspecto y de consistencia normal, sin ningún signo objetivo propio de amigdalitis crónica y sin antecedentes de amigdalitis agudas a repetición.

En 380 (11,5 %) de nuestros examinados, existía una hipertrofia simple de las amígdalas. En exámenes posteriores pudimos comprobar, también, que la hipertrofia simple de las amígdalas, en el 50 % de los casos se acompaña de adenoides voluminosos.

Otras afecciones amigdalianas, tales como micosis, lúes, etc., no encontramos.

2. Obstrucción nasal: La importancia de la obstrucción nasal en la edad escolar, por su repercusión somática y psíquica, es demasiado conocida, lo mismo que sus caracteres clínicos, por lo cual aquí sólo me limitaré a consignar los resultados de nuestra investigación.

496 escolares, del total de 3,280, o sea, el 15,1 %, padecían de obstrucción nasal.

3. Otorreas crónicas: Entre los examinados, 71 niños (2,1 %) sufrían de otorrea crónica uni o bilateral.

II.—La obstrucción nasal en los escolares y sus causas más frecuentes.

Para el estudio de las causas de la obstrucción nasal nos basamos en el examen de 1,130 escolares de ambos sexos, cuyas edades variaban entre 7 y 14 años. Estos niños fueron examinados durante los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio de 1944, en el Servicio de Otorrinolaringología de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, por los otorrinólogos de este servicio, doctores Barrios, Grunwald, Marcoleta y el suscrito.

Todos estos niños habían sido enviados de las diferentes Escuelas Públicas y Liceos, por los médicos escolares, con el diagnóstico de obstrucción nasal, para determinar sus causa e indicar el tratamiento correspondiente.

Al simple examen externo, en la inmensa mayoría de ellos, no se observaba nada de especial. La típica "facies adenoidea", con sus conocidas deformaciones faciales, es en realidad poco frecuente. El estado de salud general era también bastante bueno, en la gran mayoría y, como lo ha hecho notar muy acertadamente Worms, en muchos de estos niños la insuficiencia respiratoria nasal se manifestaba únicamente en la noche durante el sueño.

En muchos casos había también varias causas asociadas responsables de la obstrucción nasal; en tales circunstancias, para nuestra estadística, consignamos sólo la causa que consideramos la principal.

Damos a continuación, por orden de frecuencia, los resultados obtenidos:

1. Adenoides: En 577 casos (51,0 %) la obstrucción nasal se debía a adenoides voluminosas.

2. Rinitis crónicas: En 409 casos (36,1 %) la causa de la obstrucción nasal fué una rinitis crónica.

Entre éstas distinguiremos la forma crónica simple o catarral, la rinitis crónica hipertrófica, la rinitis crónica atrófica simple (o rinitis atrófica banal de Laurens), las rinitis espasmódicas y la rinitis atrófica ozenosa u ozena.

a) Rinitis crónica simple o catarral: Esta forma la encontramos en 45 casos (3,9 %), pura o asociada a otras alteraciones, como ser: adenoides, malformaciones del tabique nasal, etc.

b) Rinitis crónica atrófica simple: Es ésta la variedad de rinitis crónica más frecuentemente observada entre los escolares.

Encontramos 225 niños (19,0 %) afectados de esta forma de rinitis, o sea, el 55 % del total de rinitis crónicas observadas, pertenecían a este tipo.

c) Rinitis crónica hipertrófica: Esta variedad la encontramos en 93 casos (8,2 %), ya sea aislada o asociada a otras afecciones.

d) Rinitis espasmódicas: Aquí hemos incluido todas las formas de rinitis vasomotoras, incluso las rinitis alérgicas. Por falta de elementos no nos fué posible hacer el estudio alérgico en estos casos. Encontramos, entre nuestros examinados, 29 niños (2,5 %) que padecían de este tipo de rinitis.

e) Rinitis crónica atrófica ozenosa u ozena: En 17 niños (1,5 %) observamos esta afección, con sus clásicos caracteres: atrofia del esqueleto nasal, mucosa pálida y seca, costras verdes de mal olor, etc.

3. Malformaciones del tabique nasal: En 120 casos (10,6 %) la obstrucción nasal se debió a malformaciones del tabique nasal, tales como desviaciones, crestas, espinas, espesamientos, etc.

4. Sinusitis frontal: Encontramos 15 casos (1,3 %).

5. Sinusitis maxilar: Sólo encontramos 9 casos (0,7 %).

En resumen, la causa más frecuente de obstrucción nasal en los escolares, son las vegetaciones adenoidea (51 % de los casos), siguiendo después las rinitis crónicas (36,1 %). Entre estas últimas, la forma que predomina es la atrófica simple (19 %).

III.—La rinitis crónica atrófica simple en los escolares.

La rinitis atrófica simple se caracteriza por una atrofia acentuada de los cornetes, que permite observar fácilmente, por rinoscopia anterior, el rinofárinx y los movimientos de elevación y de descenso del velo del paladar. La mucosa nasal se presenta pálida, húmeda, con secreción mucopurulenta, escasa o abundante, pero sin mal olor.

Es ésta una afección que abunda mucho en nuestra población infantil. Ya hemos visto que es la causa del 19 % de los casos de obstrucción nasal; pero, como es una enfermedad que muchas veces no da síntomas de importancia, pasa a menudo desapercibida para los familiares del niño, de modo que es probable que su verdadera frecuencia sea aún mayor de lo que creemos. Esto sólo podría determinarse, en

forma aproximada, haciendo el examen nasal sistemático en una gran masa de niños.

Paciente muy cercano del ozena, se ha pensado que los factores que influyen en la etiología de la rinitis atrófica simple, deben ser aproximadamente los mismos que se han invocado para esta afección, a saber: la herencia sífilítica, la herencia tuberculosa, la desnutrición, el alcoholismo de los padres, etc.

Precisamente, en el presente trabajo, hemos tratado de determinar la mayor o menor importancia de estos distintos factores, basándonos en el estudio hecho de un grupo de 150 escolares de ambos sexos, afectos de rinitis atrófica simple. La edad de estos niños fluctuaba entre 7 y 14 años. 67 eran de sexo masculino y 83 de sexo femenino.

En cada uno de estos niños se practicaron los siguientes exámenes e investigaciones:

1. Examen médico general completo.
2. Determinaciones exacta del peso y estatura.
3. Examen radioscópico del tórax.
4. Estudio minucioso de los antecedentes mórbidos del niño y de sus familiares, investigando especialmente todo lo relacionado con la sífilis y la tuberculosis.

Los resultados obtenidos en el curso de nuestra investigación fueron los siguientes:

De los 150 niños examinados, 103 (68,6 %) tenían un peso inferior a lo normal y un estado de desnutrición manifiesto: eran niños pálidos, delgados, aspecto demacrado, etc.

Antecedentes de tuberculosis pulmonar encontramos en 16 casos, repartidos como sigue: en uno de los examinados el examen de rayos reveló una adenopatía hilar; en 4 casos había antecedentes de adenopatía hilar en años anteriores, y en 3, de pleuresía; en 6 casos había antecedentes de tuberculosis pulmonar por parte de los padres, ya sea padre o madre tuberculosa, y en 2 casos había una tuberculosis pulmonar de uno de los hermanos.

En lo que respecta a la sífilis, sólo en 1 caso el padre de uno de los niños examinados, tenía un Wassermann positivo y estaba en tratamiento específico. En 5 observaciones había sólo antecedentes sospechosos en los padres, tales como aortitis, abortos seriados, etc., pero sin confirmación serológica.

Pudimos comprobar, también, que en muchas ocasiones, la rinitis atrófica simple presenta un carácter familiar;

no es raro encontrar familias en las cuales varios hermanos y los padres sufren de esta dolencia.

En resumen, en la etiología de esta afección, la sífilis y la tuberculosis no parecen desempeñar ningún papel de importancia. En muchos casos, esta afección tiene un carácter familiar, pero lo que llama especialmente la atención, es la frecuencia con que se observa la desnutrición en estos niños, que en el grupo de nuestros examinados alcanzó al 68.6 % de los casos.

Luego, un factor de importancia en la etiología de esta enfermedad, podría ser la desnutrición unida a ciertas carencias vitamínicas. En efecto, como lo ha demostrado el Dr. Alberto Duarte, el régimen alimenticio habitual de los niños de nuestro pueblo, es muy pobre en vitaminas A y D, y en albuminas, que normalmente se encuentran en alimentos tales como la leche, mantequilla, huevos, carne, etc., que son precisamente los que nuestra población consume en muy escasa cantidad, por razones de economía.

A este factor desnutrición y carencial, se agregarían también otros de carácter social, como ser: el alcoholismo y el desaseo, tan frecuentes en nuestro pueblo. La falta de higiene de las fosas nasales contribuye a la agravación de este mal, por el acúmulo de secreciones, y justamente entre nuestros examinados y sus familiares, el desaseo abundaba en proporción igual o mayor que la desnutrición.

Tomando en consideración todo lo dicho anteriormente, se explica que esta enfermedad sea poco frecuente en otros países, como por ejemplo, en la República Argentina, en donde yo mismo tuve oportunidad de comprobarlo personalmente, país en donde la alimentación, hábitos de higiene y temperancia de las clases populares, son muy superiores a los de nuestro pueblo.

La extraordinaria abundancia de la rinitis crónica atrófica simple en nuestro medio, sería entonces una consecuencia, en gran parte, derivada de nuestros problemas sociales.

Un punto interesante relacionado con la rinitis atrófica simple, sería su probable transformación en ozena, en ciertas circunstancias. Esto es posible y nosotros hemos visto niños o adultos que padecen de esta dolencia, en los cuales hay periodos en que existe a nivel de sus fosas nasales, verdaderos estados de transición entre el ozena fresco y la rinitis atrófica simple; presentándose la mucosa nasal en estas circunstancias, seca, con costras abundantes y discreto mal olor.

Es frecuente también que la rinitis atrófica simple co-exista con otras afecciones, tales como amigdalitis crónica, adenoides, hipertrofia simple de las amígdalas, etc. De los 150 niños examinados por nosotros, 19 (12,6 %) padecían de amigdalitis crónica; 14 (27,3 %) de hipertrofia simple de las amígdalas, y 23 (15,3 %) de adenoides voluminosas. Creemos que en estos casos debe evitarse, en lo posible, toda intervención quirúrgica susceptible de agravar el estado nasal y de favorecer la aparición de un ozena. Les recordaré a este respecto que una de las más modernas teorías en la patogenia del ozena es la de Halasz, quien sostiene que se debe a una insuficiencia hormonal amigdaliana. Sin pretender apoyar esta teoría, la experiencia nos ha demostrado que la amigdalectomía, en muchos casos, parece agravar el curso de la rinitis atrófica.