Cátedra Extraordinaria de Clínica Pediátrica
y Puericultura.
Prof. A. Baeza Goñi.
Hospital Manuel Arriarán.

ESTUDIOS EN EL LACTANTE DISTROFICO

Por los Dres. J. MENEGHELLO, H. NIEMEYER, O. UNDURRAGA,
J. ROSSELOT, J. GUASCH, J. HASBUN, S. RUBIO, G. GIL,
E. BARILARI, L. COURTIN y N. ESPINOZA (*)

Introducción.

La Sociedad Chilena de Pediatría, en la celebración de su vigésimo quinto año de vida, ha encargado recoger la experiencia de los diversos Servicios de niños sobre un tema muy amplio y difícil de abordar. El problema del trastorno nutricional crónico no es sólo asunto que concierne al médico, sino que tiene hondas raíces en todo el sistema económico-cultural-social de las naciones hispano-americanas. Es fundamentalmente en la miseria popular y en la escasa educación, donde reside la clave del origen de estos trastornos y es allí donde debe llegar toda solución que aspire a ser seria y permanente.

Resulta desalentador que la mayor parte de nuestro esfuerzo profesional tengamos que dirigirlo a las soluciones transitorias y muchas veces infructíferas. En nuestros hospitales, el mayor número de camas debe destinarse, durante meses, a corregir la alimentación defectuosa con que hasta entonces han logrado sobrevivir los niños y a tratar procesos mórbidos, que dependen casi exclusivamente de estas deficiencias.

(*) Agradecemos a la enfermera jefe del Servicio de Lactantes, señorita Sara Muñoz, por su cooperación inteligente.

No nos corresponde a nosotros abordar en detalle este importante aspecto económico-social del trastorno nutritivo crónico, ni insinuar soluciones que sabemos complejas y de difícil ejecución, porque los otros relatores, en este Congreso, se ocuparon preferentemente de ello. Creemos que por muchos años más, seguiremos asistiendo al espectáculo triste que señalamos y ante esta realidad inmediata, nuestra actitud no puede ser otra que prestar, como médicos, todo nuestro concurso profesional para contribuir al alivio de estos niños desamparados.

Después de varios años de contacto con la patología del lactante hospitalizado, se nos ha hecho evidente la necesidad de resumir la experiencia adquirida y de precisar en forma un poco más rigurosa, conceptos y hechos que venían quedando de la observación cotidiana de nuestros enfermos. Estábamos convencidos de que la comprobación, y en cierto sentido, el redescubrimiento en nuestros niños, de los hechos observados por los autores clásicos, constituye un imperativo de la investigación pediátrica que intenta fundarse en su propia realidad y no en conceptos obtenidos en otro material humano y en otro ambiente.

Esta primera y modesta etapa de comprobación, basada en un estudio detallado y conforme a un plan, es necesaria, para evitar que los conceptos admitidos en los textos extranjeros se transformen en dogma. Estimamos, además, que de la observación planificada deben salir los conceptos generales, y que del análisis metódico y paciente de un extenso número de enfermos, se pueden obtener aquéllos con mucho más corrección que de la experiencia individual y más o menos intuitiva.

Es en este sentido y apoyándonos en estas ideas, como encontramos la justificación para trabajos que muchas veces no pretenden hacer un aporte original.

Nuestros planes de trabajo han consistido en forma primordial en seguir la evolución del enfermo con toda su sintomatología, dejando constancia en la ficha clínica aún de los pequeños detalles que parecían superfluos, pero que después se han revelado de gran importancia al hacer la recopilación de los datos. Según el cuadro clínico de que se trataba, hacíamos una serie de exámenes de laboratorio complementarios que servían para dar mayor precisión al diagnóstico. Estos exámenes se repetían con una frecuencia tal que nos permitieran apreciar momentos importantes en la evolu-

ción de la enfermedad y pudieran servirnos para avaluar una determinada terapéutica.

De los varios centenares de enfermos que han pasado por el Servicio de Lactantes, de mayo de 1944, fecha en que iniciamos nuestro estudio, hasta agosto de 1947, hemos seleccionado para la presentación en esta reunión, sólo aquéllos en que pudo seguirse con exactitud nuestro plan. En numerosas oportunidades ingresaron los enfermos en tal estado de gravedad, que fallecieron en las primeras horas de hospitalización, por lo cual no pudieron ceñirse a nuestras exigencias de estudio. Es obvio que esta selección hace que no se reflejen en nuestras estadísticas en forma exacta, ciertos aspectos de las enfermedades que estudiábamos. Pero este criterio discriminativo se imponía por la índole de nuestro trabajo, que era fundamentalmente, conocer la evolución de estas enfermedades y la influencia que ellas pudieran tener sobre el curso del trastorno nutritivo crónico.

Dentro de los trastornos nutritivos crónicos, existen dos problemas fundamentales, que son: las carencias alimenticias de todo orden y los procesos infecciosos que con frecuencia acompañan a los niños desnutridos. Indudablemente que nuestro niño distrófico es el producto de una hipoalimentación global, que comprende carencias, tanto de proteínas, grasas, hidratos de carbono, como de vitaminas y sales. Esta multiplicidad de carencias revelada por las encuestas alimentarias prolijas, condiciona las características más sobresalientes del niño distrófico pequeño. Es llamativo que el lactante menor desnutrido no presente corrientemente signos manifiestos de una carencia específica. No se encuentran con frecuencia lactantes escorbúticos ni beribéricos y las xeroftalmías constituyen una curiosidad diagnóstica. Sin embargo, la investigación de laboratorio suele revelar signos, en que se hacen aparentes cada uno de los elementos en carencia. Así puede descubrirse una hipoproteïnemia, una hiperqueratinización microscópica de los epitelios o una prueba de saturación del ácido ascórbico deficiente, etc.

En este sentido hemos practicado algunas investigaciones que parcialmente presentamos en los capítulos de raquitismo e hipovitaminosis C. Las carencias múltiples se exteriorizan por síntomas muy generales de todos los sistemas, que están señalando la profunda alteración metabólica de cada una de las células que integran el organismo. Estas perturbaciones bioquímicas son de tal magnitud que llegan a modificar la morfología del niño, de modo que pueden diseñar perfecta-

mente una sintomatología física peculiar del lactante distrófico.

Al lado de este tipo de manifestaciones, se encuentran otras muy importantes, que corresponden a la respuesta inmunitaria deficiente del distrófico. Este niño no sólo es presa fácil de infecciones de todo orden, sino que éstas adquieren modalidades de intensidad, de duración y de repercusión en el estado general que los separan nuevamente del niño eutrófico. El análisis de estas características lo hemos emprendido en aquellos procesos infecciosos que con mayor frecuencia se presentan en el niño distrófico o que dependen más directamente del trastorno nutritivo. Así, exponemos nuestros resultados en relación con el estudio de las enterocolitis, piurias, otitis, bronconeumonías y lúes congénita.

Otros problemas del niño desnutrido, que hemos investigado simultáneamente, han sido ya publicados (*) o serán comunicados con posterioridad.

En el desarrollo de los temas hemos dado la mayor importancia a los datos que constituyen nuestra experiencia personal, y hemos omitido las reseñas bibliográficas, con el objeto de lograr una mayor brevedad en la exposición. Con este mismo propósito y para mayor claridad, hemos recurrido con frecuencia a la representación gráfica.

La experiencia clínica ha sido recogida por todos nosotros, trabajando armónicamente, pero como algunos han debido tomar mayor responsabilidad en el desarrollo de determinados temas, figuran como autores de los capítulos correspondientes.

Para obtener una imagen gráfica del grado de distrofia, en relación con el peso y la talla, en los distintos grupos de lactantes estudiados, hemos utilizado la técnica propuesta en 1941 por Wetzell, adaptada por el Dr. Francisco Mardones Restat, a las cifras de desarrollo normal del lactante chileno obtenidas por la Dra. A. Kirschbaum en el Servicio de Madre y Niño de la Caja de Seguro Obligatorio.

(*) Meneghello, J.; Rosselot, J. y Undurraga, O.: Estudios en el lactante distrófico. I. Fenililina en la lúes congénita. Rev. Chil. de Pediat. 17: 733, 1946. — Niemeyer, H. e Iturra, S.: Estudios en el lactante distrófico. II. Determinación post-mortem de los lípidos hepáticos. Rev. Chil. de Pediat. 18: 141, 1947.