

## Trabajos Originales

### **BREVE COMENTARIO CRITICO SOBRE EL CONCEPTO, LA DENOMINACION Y LA CLASIFICACION DE LOS LLAMADOS TRASTORNOS NUTRITIVOS DEL LACTANTE (1)**

Por el Dr. JUAN P. GARRAHAN

Profesor titular de Clínica Pediátrica (Buenos Aires).

En América latina, y en España e Italia, está muy difundida la designación de "trastornos nutritivos" —originariamente alemana— para los casos de distrofia y de diarrea del lactante, vinculados esencialmente a fallas alimentarias, y así mismo, la idea de la acción conjunta de varios factores etiológicos (alimento, infección, constitución, etc.) en la determinación de los mismos, y la tendencia a clasificarlos en cuatro grupos (distrofia, dispepsia, descomposición, toxicosis), con subdivisiones varias.

Nosotros consideramos que todo ello debe ser modificado. Nunca hemos simpatizado con la designación de "trastornos nutritivos", demasiado amplia, si bien la aceptábamos por el renovador concepto que le diera origen y la repercusión útil que ella tuviera en la práctica.

Creemos, de acuerdo a lo ya clásico, que los tres factores etiológicos mencionados, intervienen casi siempre, en diversa medida y en variados modos de interrelación, para originar los cuadros clínicos de trastorno nutritivo con que tiene que enfrentarse el pediatra. Pero sostenemos que la génesis de dicho trastorno, lo inicial y fundamental para su producción radica en la carencia alimentaria. Esta carencia constituye el factor etiológico esencial, y sobre todo, es el elemento que le da individualidad nosológica a los trastornos en cuestión.

Por otra parte, nos parece que los cuatro cuadros clínicos de las clasificaciones

corrientes no tienen rigurosa autonomía, ni están correlacionados. Sólo cabe, en nuestro concepto, describir un solo cuadro clínico, con diversas variantes y posibles contingencias episódicas.

De aceptarse lo que acabamos de expresar, que no discrepa, en su aspecto conceptual, con lo casi sancionado en la actualidad por la pediatría, se modificaría sustancialmente el modo de encarar el tema en las descripciones escritas, lo cual tendría repercusión de orden didáctico en la enseñanza. Ello sería beneficioso a nuestro entender, porque la idea del "trastorno nutritivo del lactante" surgiría así más clara, más nítida, despojada de innecesarias complejidades etiopatogénicas, como las que aparecían en los clásicos capítulos de la pediatría alemana, y aun perduran en algunos libros. Sería también beneficioso, porque la descripción clínica, unificada, de la distrofia carencial del lactante, su caracterización diagnóstica y la discriminación, ante el caso clínico, de los factores etiológicos que se superponen en su producción, se simplificaría, facilitándose así el desempeño de los médicos en la práctica y su más acertada conducta terapéutica. Y por fin, el registro estadístico llegaría a ser más uniforme, y de tal suerte, más comparables las observaciones de las distintas clínicas.

En abril de 1949 disertamos en la Sociedad Argentina de Pediatría sobre lo antedicho, fundamentando ampliamente nuestro modo de ver. La cuestión fué debatida: dicho modo de ver, aceptado por algunos, fué criticado por otros, con-

(1) Colaboración en homenaje a la pediatría chilena, que tan amplia y profundamente se ha ocupado de los trastornos nutritivos del lactante (J. P. G.).

siderando que las designaciones y las clasificaciones clásicas resultaban más claras y esquemáticas para los estudiantes y médicos prácticos. Pero nuestro firme convencimiento de que el esquema médico atrayente por su claridad, debe ser desechado cuando está en pugna con la realidad clínica y con los conceptos bien definidos, nos ha decidido a modificar sustancialmente el modo de escribir, para los médicos generales y los pediatras prácticos, lo relativo a trastornos nutritivos del lactante. De ello da idea la siguiente introducción, sintética, a un capítulo sobre el tema:

#### LA DISTROFIA CARENCIAL DEL LACTANTE (1)

**Reseña histórica. Conceptos. Causas. Designación. Clasificación.**

Ya desde antiguo se comprobó que los niños de pecho, sobre todo los del primer trimestre, caían enfermos frecuentemente, y morían, por enfermedades del aparato gastrointestinal, que se acompañaban de adelgazamiento y hasta de consunción. Se hablaba de gastroenteritis, de cólera infantil, de atrepsia. Este último cuadro clínico descrito magistralmente por Parrot el siglo pasado, expresaba el grado máximo de la caquexia progresiva del niño de pocos meses.

Pronto se advirtió que las enfermedades gastrointestinales del lactante se producían sobre todo en los que estaban privados de la crianza materna, particularmente en el verano. Y con el advenimiento de la era pasteriana, la preocupación pediátrica al fin del siglo pasado y al comienzo del actual, se orientó hacia la búsqueda del germen que causara las diarreas y el cólera infantil, y hacia la obtención de una leche pura y estéril para emplear en la alimentación artificial del lactante. Pero fueron muy escasos los progresos obtenidos mediante la esterilización de dicho alimento, las prácticas higiénicas y los pretendidos tratamientos

anti-infecciosos. La cuestión de las enfermedades gastrointestinales del lactante llegó a constituir serio problema para la medicina social, que en los últimos cincuenta años se desarrollara cada vez con mayor pujanza. Y para los pediatras e investigadores la citada cuestión llegó a ser no solamente arduo problema clínico, sino interrogante abierto que estimulaba las pesquisas aclaratorias. En este aspecto, la preocupación científica salió del marco de la anatomía patológica y de la bacteriología para introducirse en los dominios del metabolismo. Con ayuda de la ciencia de la nutrición, de la fisiología y de la química biológica.

Se llegó de tal suerte a contemplar el lactante con caquexia y diarrea, no como a un enfermo del aparato digestivo, como se lo hacía antes, sino como a un niño con serias alteraciones de su nutrición. Y ello no significó meramente un progreso conceptual, porque repercutió en la clínica, con beneficio para los niños enfermos. Fué así que en la segunda década de este siglo comenzó a difundirse la designación de "trastornos nutritivos" impuesta por Czerny en Alemania, Czerny, Finkelstein y otros investigadores alemanes contribuyeron, en primer término, al estudio de la nutrición del lactante, a las investigaciones clínica y de laboratorio que pusiera en claro la razón de ser de muchos síntomas, y diera bases más seguras para un nuevo modo de actuar. Czerny iluminó la orientación diagnóstica y terapéutica mediante la definida noción de los principales factores causales (constitución, alimentación, infección), y acentuando lo relativo a las "diátesis", llamó la atención, además, sobre los trastornos del metabolismo intermedio. Finkelstein preconizó y difundió el empleo del "criterio funcional", aminoró la importancia de la sospechada infección específica intestinal, exaltó la primacía del "daño por alimento", de la influencia del calor del ambiente, etc., y aclaró en parte el mecanismo fermentativo de las diarreas. De todo ello surgió una nueva actitud médica: el menosprecio por el significado de la alteración de las deposiciones y de las medicaciones in-

(1) Capítulo renovado, en la 7ª edición (en prensa; próxima a aparecer) de *Medicina Infantil*, Edit. "El Ateneo". Buenos Aires, 1,150 páginas.

testinales, y el dirigir la preocupación terapéutica hacia la alimentación más completa, eludiendo dietas excesivas y reducciones prolongadas de alimento. Dióse así un paso firme de progreso, que en lo práctico se afianzó con el debido empleo del "babeurre" (también muy difundido en Francia), de la leche albuminosa de Finkelstein y de la alimentación más precoz con cereales, verduras y frutas, y que, en lo científico, echó las bases de lo más reciente, de lo dominante en la actualidad: mejor conocimiento del requerimiento nutritivo, del metabolismo y de la infección.

La nueva noción de los trastornos nutritivos tuvo gran proyección en clínica pediátrica: el médico de niños dejó de observar minuciosamente el "pañal", no se dieron más clases para estudiantes con exhibición de "pañales" (las más variadas deposiciones) como único elemento didáctico — hemos alcanzado a asistir a alguna de esas clases —, perdieron las madres la costumbre de enviar a los consultorios médicos exclusivamente la deposición para que el pediatra diagnosticara y prescribiera el tratamiento: y de tal suerte, dejó ésta de reinar como elemento decisivo para el juicio clínico, elemento que justificaba entonces prolongadas dietas y privaciones alimenticias, que llegaron a ser fatales: "morire guarito" (morir curado) fué la triste e irónica expresión de un gran pediatra italiano ante el pequeño lactante que lograba tener una deposición satisfactoria cuando su desnutrición llegaba a ser incurable . . .

Así orientada la observación y la conducta clínica, pronto se advirtió que el "hambre", la insuficiencia de alimento, desempeñaba importante papel en la producción de los trastornos nutritivos. En la Argentina, quienes fueron discípulos de Centeno (1907-1918) le escucharon siempre predicar contra las dietas excesivas y las pretendidas medicaciones intestinales; y le oyeron aconsejar imperativamente, con intención didáctica, ¡"puchero"! (es decir, sopas, verduras, carne), para los lactantes mayorcitos, de un año de edad o más, que no progresaban alimentados entonces con "tímidas ma-

maderas". En aquellos tiempos (1915-1918) nosotros aprendimos ya, bajo la influencia de Elizalde, Schweizer y Navarro, a aumentar sin temor la ración alimentaria a los desnutridos diarreicos, cosa que para algunos era una herejía . . .

Finkelstein, en 1924, destacó la importancia del factor insuficiencia de alimento en la producción de trastornos nutritivos en los alimentados artificialmente, al par que estudiaba la posible acción nociva de los diversos elementos constitutivos del mismo. De ello surgió lo de las dietas breves, el aporte proteico con la leche albuminosa, la provisión equilibrada y suficiente de glúcidos que eviten la diarrea, el aumento de los mismos (en lugar de la dieta) para mejorar algunos casos de deposiciones anormales, y lo más atrevido (Davisohn) de concentrar la leche y aumentar los glúcidos para mejorar la diarrea de algunos recién nacidos (1).

Se hablaba ya entonces del "hambre", pero se mantenía predominante la noción del "daño por alimento". La palabra carencia se insinuaba. Había invadido la medicina con motivo del descubrimiento de las vitaminas, que llegaron a explicar la etiología de algunas enfermedades sin recurrir al factor de agresión (microbiano, tóxico-alimenticio, etc.), valorando lo que significa para la nutrición y la salud que el alimento tenga o no carencias determinadas.

Comienza a difundirse entonces un nuevo modo de ver: Marriott, en la primera edición de su libro (1930), anota que "en contraposición con la vieja teoría de la sustancia dañosa debe considerarse el punto de vista más reciente de la deficiencia de la leche de vaca en ciertos constituyentes esenciales (minerales y vitaminas)". Se refiere aquí, sobre todo, a minerales y vitamina, pero en el mismo

(1) En un artículo escrito por Finkelstein en Chile, poco antes de morir, aparecen interesantes detalles — incluso anecdóticos — sobre la evolución de la doctrina de los trastornos nutritivos y de la alimentación artificial (Finkelstein H. Cincuenta años de alimentación artificial del lactante. Recuerdos personales. Arch. Urug. de Ped., 1940, XI, 308).

libro destaca Marriott lo relativo a la insuficiencia proteica, motivo dominante y central de la "gran carencia" por así decirlo, que azota aún algunos ambientes pobres de nuestra América.

Más recientemente, Bessau (Monat. f Kind, 1935) desarrolla la doctrina de la carencia para explicar los trastornos nutritivos, poniendo en evidencia que la misma puede ser factor de diarreas, lo que le confiere mayor significación a dicha doctrina.

No es oportuno que nos extendamos en más largas argumentaciones, para llegar a la conclusión siguiente: los llamados trastornos nutritivos del lactante son esencialmente de causa carencial.

Ha llegado a ser clásico decir que los "trastornos nutritivos" del lactante obedecen a causas múltiples, a saber: el alimento (por ser carencial, inadecuado o dañoso), la infección y la constitución, sin desconocer la importancia de los factores de ambiente: meteorológicos, etc. Entre las causas señaladas suele destacarse la infección, que es más frecuente en los mal alimentados y que se prolonga y evoluciona desfavorablemente en los desnutridos: es evidente aquello de que "enferman por el alimento y mueren por la infección". Pero es indudable también que la causa primera, el punto de partida, es la carencia alimenticia. No por otro motivo los capítulos de los clásicos alemanes hablaban de "trastornos nutritivos en los lactantes alimentados artificialmente", que solían estar "mal alimentados". Porque hoy día, quienes dirigen la alimentación con competencia, comprueban que los tales trastornos nutritivos, prácticamente no se producen en los niños de los ambientes acomodados y cultos. Si el niño (aun de pocos meses) es debidamente alimentado y cuidado, si es tratado convenientemente cuando enferma (es decir, si es tratado sin prolongar la carencia), excepcionalmente presenta trastornos nutritivos. Y esto ocurría aún antes del advenimiento de sulfamidas y antibióticos. El análisis de las historias clínicas de los lactantes distróficos del hospital pone en evidencia cómo

predomina en el pasado de los mismos la alimentación insuficiente y desarmónica, y los desaciertos en el cuidado y el tratamiento, dominando siempre las restricciones excesivas y prolongadas del alimento. Salta a la vista, pues, que la causa de los trastornos nutritivos es esencialmente carencial. Lo que no significa restarle importancia —que la tiene grande— a la intervención de la infección, en primer término, y a la de los otros factores mencionados.

En nuestro concepto, los "trastornos nutritivos" deben concebirse como carenciales: pero al asistir al lactante que los padece, debe considerarse, además de la carencia (para corregirla paulatinamente), los demás factores, la infección en primer término, que debe ser siempre pesquisada y tratada convenientemente, tratamiento éste que exige también en ciertos casos que se corrija activamente la citada carencia. Queda así armonizada la noción conceptual con la actitud práctica.

Con lo expresado se circunscribe el cuadro clínico de "trastorno nutritivo" al caso de alteración nutritiva (carencial) primitiva. Cuando lo dominante y primario sea la infección (niño bien nutrido anteriormente, afectado de infección tuberculosa o de sepsis, por ejemplo, que llegan a perturbar en mucho su nutrición) no ha de considerárselo "caso de trastorno nutritivo", sino "caso de infección X o Z". Y del mismo modo, recurriendo a otro ejemplo, no ha de caracterizárselo con la dicha designación sino con la de "estenosis del píloro", al lactante caquéctico por vómitos debidos al obstáculo pilórico.

No es posible entonces mantener designación tan amplia, "como trastornos nutritivos", que se justifica para muchas y diversas enfermedades que se acompañan de desnutrición. Y no se justifica ya hablar como antes, de "trastornos nutritivos de los lactantes alimentados artificialmente", porque tales trastornos no se producen en los debidamente alimentados.

Consideramos que dicha designación tuvo su razón de ser en tiempos pasados, cuando se pretendía difundir entre los médicos la idea de la enfermedad nutricional contrapuesta a la gastrointestinal, y a la vez, destacar los peligros de la alimentación artificial, cosas que ya no se justifican para los médicos de los centros civilizados.

Proponemos, en consecuencia, que se emplee la difundida y justificada designación de distrofia. Porque en última instancia el "trastorno nutricional" de referencia, de acuerdo a la concepción pediátrica que acabamos de expresar, es una desnutrición por carencia alimenticia primitivamente exógena, agravada frecuentemente por otros factores (infección, constitución, etc.), que perturban la ingestión o el aprovechamiento del alimento. Es, pues, una perturbación de la nutrición por alimentación defectuosa. Y distrofia, etimológicamente, quiere decir: mala alimentación y, a la vez, mala nutrición (trofos en griego significa alimento y nutrición; lo mismo ocurre en alemán con la palabra Ernährung). Ningún otro término nos parece más adecuado; y si aceptamos que lo dominante es la carencia y se trata del lactante, nada más justificado que hablar genéricamente de "distrofia carencial del lactante", designación que empleamos por primera vez en esta 7ª edición, sustituyendo a la de "trastornos nutritivos", que nunca nos diera satisfacción completa (ver ediciones anteriores). Usada, pues, la palabra distrofia como equivalente de desnutrición, tiene un definido sentido clínico, ya que la desnutrición se la aprecia en la práctica, clínicamente.

Tuvo transitoria aceptación entre nosotros la designación de disontia, empleada por Bessau para los trastornos que nos ocupan. Etimológicamente, disontia quiere decir "estado alterado", o "desviación del estado normal", y su alcance, según el pediatra citado, es más amplio que el de trastorno de nutrición: se refiere a la perturbación total de la vitalidad, entendiéndose por vitalidad, a la suma de todas y cada una de las funciones vitales. Consecuentemente, para Bessau,

distrofia tendría un sentido material, cuantitativo; y disergia, un sentido funcional, cualitativo. Nos parece muy discutible esta caracterización, atrayente por su simplicidad.

Las clasificaciones corrientes de los trastornos nutritivos, derivadas la mayoría de las de Finkelstein, destacaban cuatro grandes cuadros clínicos: distrofia, dispepsia, descomposición (o atrepsia) y toxicosis. Así lo hacíamos nosotros también en ediciones anteriores de este libro, y bajo el rubro de "trastornos nutritivos" estudiábamos separadamente los citados cuatro cuadros clínicos, vinculados, sin embargo, recíprocamente, como lo hicieran la mayoría de los autores y lo destacaran sobre todo, gráficamente, Göppert y Langstein (ver Garraban J. P., "Medicina Infantil", 5ª ed., 1942, pág. 195). Pero ahora consideramos que sólo se justifica considerar un cuadro clínico, el de la distrofia, describiendo sus variantes y gradaciones. La descomposición (o atrepsia) es un grado avanzado de la distrofia. La dispepsia, un cuadro de trastorno gastrointestinal, imputable a una incapacidad funcional debida a la misma distrofia, a lo inadecuado del alimento y a la variable intervención microbiana. Finalmente, no creemos que la toxicosis deba figurar como subcapítulo de los trastornos nutritivos, ni considerársela como "trastorno nutricional agudo": se trata en rigor de un síndrome caracterizado clínica y fisiopatológicamente (deshidratación y "shock") que con frecuencia se presenta en los distrofos.

De acuerdo con lo que acabamos de expresar, ordenaremos así el estudio de las distrofias carenciales del lactante: 1º Distrofia en el niño criado al pecho; 2º Distrofia en el niño criado artificialmente: a) distrofia simple; b) distrofia grave (descomposición o atrepsia); 3º Distrofias carenciales de causa más definida (distrofia farinácea, escorbuto, distrofia pluricarencial, etc.). Luego, en capítulos aparte hemos de considerar lo relativo a Diarrea del lactante (dispepsia, colitis, etc.) y a Toxicosis (deshidratación aguda).