

- Emerson H., 1922.—"The Influence of Epidemiology on present day Methods of Control of Communicable disease".—A. J. of P. H. Vol. XIII. No. 2, Feb. (1923), pág. 100.
- Freeman A. W. and Bernard M. Cohen, 1939.—"Preliminary observations en the Epidemiology of Mental Disease".—Am. Jour. of Pub. Health, Vol. 29, No. 6, June (1939), pág. 632.
- Frobisher Martin, 1940.—"Strains of C. Displittienal in Various Parts of the United States".—Lup. to the Am. J. of P. H. Vol. 30, No. 3, March (1940), pág. 29.
- Hedley O. F., 1940.—"Rheumatic Heart Disease in Philadelphia Hospitals".—A Study of 4,653 cases of Rheumatic Heart Disease, Rheumatic Fever, Sydenham's Chorea, and Subacute Bacterial Endocarditis including 5,291 admissions to Philadelphia Hospitals from Jan 1, 1930 to Dec. 31, 1934, P. H. R. Vol. 55, oct. 11 (1940) No. 41, pág. 1485.
- Hedley O. F., 1938.—"Contributions of Edward Jenner to Modern Concepts of Heart Disease".—Am. Jour. of Pub. Health. Vol. 28. No. 10. Oct. (1938), pág. 1665.
- Lothian N. V., 1924.—"The service of epidemiological intelligence and public health statistics".—A. J. P. H. Vol. XIV. No. 4. April (1924), pág. 287.
- Lumsden L. L. and W. P. Dearing, 1940.—"Epidemiological Studies of "Tuberculosis".—A. J. P. H. Vol. 30. No. 3, pág. 219. March (1940).
-

La tuberculosis infantil a la luz de los conocimientos modernos *

Por el Dr. MANUEL ORTEGA CARDONA

El estudio de la tuberculosis infantil no puede menos que parecer desconcertante. Cuando del adulto se trata, por tuberculosis, salvo indicación precisa en contrario, se entiende generalmente la crónica del pulmón, no porque no puedan darse en él las otras manifestaciones: peritoneal, ósea, articular, ganglionar, etc., sino porque si antes eran escasas cuando se comparaban a la frecuencia de la forma crónica pulmonar, los adelantos en la profilaxis y en la higiene en materia de tuberculosis, han hecho que las formas extrapulmonares alcancen una proporción menor, según lo demuestran las estadísticas modernas.

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 19 de febrero de 1941.

Cuando del niño se trata, se encuentran en los tratados de patología multitud de formas, algunas pulmonares, aunque bien diferentes de la crónica del adulto, y otras extrapulmonares: meningitis, peritonitis, tuberculosis óseas y articulares, formas generalizadas (granulía), tifobacilosis tipo Landouzy, etc., etc. La tuberculosis pulmonar crónica como la del adulto es desconocida en la primera infancia, excepcional en la segunda y sólo alcanza alguna frecuencia en la tercera, llegando a su máximo, y siempre como enfermedad menos frecuente que en el adulto, en el paso entre la tercera infancia y la pubertad.

Si bien es cierto que en la tuberculosis crónica del adulto se distinguen diferentes formas, con toda propiedad bien pueden llamarse formas de la misma enfermedad, pues en todas ellas se conserva una cierta especificidad clínica común, todas ellas son claramente la misma enfermedad aunque con matices sintomáticos que dependen de la reacción de cada enfermo, de la amplitud y sitio de la lesión, de la intensidad de tal o cual síntoma, etc. Por el contrario, en las llamadas formas de tuberculosis infantil la especificidad clínica no aparece por ninguna parte; en efecto, nada de común (me refiero al aspecto clínico) puede hallarse entre las formas de tuberculosis pulmonar infantil y la meningitis tuberculosa, la tuberculois osteo-articular, etc. Las diferencias son aún mayores si nos referimos a las primeras manifestaciones de la infección tuberculosa del niño, que sólo se hace aparente por un proceso cuyo síntoma único es la fiebre, de dos o tres semanas de duración, y en donde el diagnóstico sólo puede hacerse mediante las reacciones alérgicas. Hay aún más, se da en el niño una tuberculosis evolutiva sin la menor manifestación de enfermedad y con un estado de salud aparente completo.

Cuando se medita sobre estas y algunas otras peculiaridades de la tuberculosis infantil, se tiene la impresión de que se trata no de formas de una enfermedad, sino de enfermedades clínicamente distintas, cuyo lazo de unión, muy fuerte por cierto, es su especificidad etiológica e histopatológica.

Los que cultivamos la especialidad de la pediatría, estamos acostumbrados a ver las formas especiales que reviste la patología infantil; pero ahondando un poco se llega a ver la razón de esas peculiaridades que siempre se encuentran en armonía con las

leyes biológicas generales. En alguno de mis trabajos anteriores me ocupé de la atrepsia, forma de desnutrición que sólo se observa en la primera infancia; desnutrición puede observarse en cualquiera época de la vida, pero atrepsia sólo en la primera infancia; y sugería en mi trabajo, que la atrepsia era el representante en la patología del metabolismo exagerado de la fisiología infantil; pero en el mismo trabajo hacía notar que ese metabolismo exagerado del niño no se apartaba de las leyes generales de la biología y encontraba su explicación, entre otras causas, muy especialmente en la gran superficie específica del lactante. Las particularidades de la fisiología infantil no podían servir de base para dar una explicación satisfactoria de esa multitud de formas que reviste la tuberculosis de la infancia; la mejor prueba de lo anterior es que los autores se hubieran concretado a dar descripciones analíticas sin que se viera un intento de sistematización; el concepto moderno de la infección tuberculosa aclara con luz meridiana este complejo capítulo de la patología infantil.

La infección tuberculosa es considerada actualmente como una entidad, que pasa como todo ser biológico por diferentes estados evolutivos. Las diferentes manifestaciones de tuberculosis no son, según este concepto, la enfermedad en distintas formas de presentación, sino partes de una misma entidad en diferentes períodos de evolución.

Muchas analogías han permitido comparar a la sífilis con la tuberculosis, y así como la primera, siendo una misma enfermedad, tiene manifestaciones distintas según su período evolutivo, de la misma manera la tuberculosis es una misma entidad que pasa por tres períodos, cada una de ellas con sus manifestaciones propias.

Al tratar de tuberculosis hay que descartar la tuberculosis congénita, pues si bien se encuentran en la literatura médica casos bien comprobados de ella, son tan raros, que patólogos y clínicos están acordes en considerarlos como verdaderas excepciones; para el clínico como regla general, toda tuberculosis infantil es una infección adquirida después del nacimiento. La edad en que se efectúa la infección es variable y las estadísticas demuestran que en la actualidad tiene lugar en épocas más tardías de lo que antes ocurría; pero en la edad adulta se pueden considerar infectadas

el ciento por ciento de las personas; sin embargo muchas de éstas, a pesar de estar infectadas, pasan toda la vida sin dar manifestaciones de la enfermedad.

Lo más común es que la infección se efectúa por vía aérea y en el pulmón, formándose allí una lesión a veces tan pequeña que se demuestra con dificultad: es el chancro de inoculación; de allí pasa la infección al ganglio satélite; está actualmente demostrado que la tuberculosis ganglionar, considerada antes como primitiva, es siempre secundaria al chancro de inoculación. Estas dos lesiones: chancro y ganglio satélite, forman el complejo primario, base anatómica del primer período clínico de la enfermedad.

Del complejo primario los gérmenes invaden al organismo siguiendo dos vías: por los linfáticos llegan al canal torácico, vena cava, corazón derecho, y vuelven al pulmón sembrándolo de lesiones; por la circulación general son llevados a los demás órganos de la economía. Todas estas lesiones son el substratum anatómico de las manifestaciones clínicas del segundo período de la enfermedad. Por último, el despertar de las lesiones latentes constituye el tercer período.

Parece obvio advertir que no siempre la infección tuberculosa recorre en todo individuo necesariamente sus tres períodos evolutivos. Según la resistencia orgánica y la inmunidad, se encuentran algunas personas que no dan en toda su vida señal de la infección aun llevándola; otras darán manifestaciones de uno u otro período, y algunas las tendrán de dos, etc.

Estos conocimientos nos dan una clara explicación de la diversidad de formas que encontramos en la tuberculosis infantil. Desde luego conviene anotar que entre la infección y las manifestaciones clínicas transcurre un período de incubación de cuatro a seis semanas; esta es la razón por la cual no se puede dar tuberculosis clínica por infección postnatal en el primer mes de la vida.

Una vez constituido el complejo primario puede no dar síntomas; otras veces se manifiesta por fiebre que dura generalmente dos a tres semanas y cuya naturaleza sólo puede determinarse por las reacciones alérgicas. Otras veces la fiebre se acompaña de síntomas locales, constituyendo las formas pulmonares de la tuberculosis infantil.

El tiempo en que está en actividad el complejo primario no

puede determinarse con exactitud; pero estudiando la sedimentación globular, que es la última prueba que vuelve a lo normal, se calcula que el período en que está vivo el complejo primario y capaz por lo tanto de dar manifestaciones de enfermedad y originar la generalización de ella, es aproximadamente de dos años; de donde se deduce que una reacción alérgica a la tuberculina en la primera infancia indica siempre, aun en ausencia de manifestaciones clínicas, una tuberculosis evolutiva.

La tuberculosis secundaria puede seguir inmediatamente a la primaria y sus manifestaciones clínicas son: la tuberculosis miliar, la meningitis, la pleuresía y la peritonitis tuberculosas.

El período terciario no sigue necesariamente al secundario; puede haber imbricación de manifestaciones, es decir, que durante la evolución del terciarismo pueden aparecer manifestaciones secundarias y a veces éstas se presentan cuando el enfermo parecía estar ya curado. Los representantes del terciarismo tuberculoso son: la tuberculosis pulmonar crónica, la tuberculosis ósea y articular y el lupus. Lo que distingue al terciarismo de las manifestaciones secundarias no es tanto el modo de sucesión, sino la reacción del organismo; las manifestaciones secundarias son de carácter exudativo, mientras las terciarias son productivas.

En lo que se refiere a la tuberculosis crónica pulmonar, se sabe actualmente que nunca aparece antes de 4 años del principio de la infección y esto explica que sea desconocida en la primera infancia y rara en la segunda.

En resumen y a modo de conclusiones, cabe mencionar las siguientes:

1.—La tuberculosis es una entidad patológica que pasa por tres períodos evolutivos.

2.—A cada período evolutivo corresponden determinadas manifestaciones que no son formas de la enfermedad sino aspectos parciales de ella.

3.—En clínica toda tuberculosis es el resultado de una infección postnatal.

4.—No hay tuberculosis clínica en el primer mes de la vida.

5.—La reacción alérgica a la tuberculina en la primera infancia indica siempre una tuberculosis evolutiva.

6.—La tuberculosis pulmonar crónica, como la del adulto, no se da en la primera infancia.