

Neumopatías crónicas de apariencia tuberculosa en niños con tuberculino reacciones negativas *

Por el Dr. RIGOBERTO AGUILAR

I.—Consideraciones generales

Al hacer el estudio clínico de niños que sufren con padecimientos de las vías respiratorias, asistentes al Consultorio Infantil "Dolores Sanz", me impresionó observar que algunos de ellos, diagnosticados como sufriendo tuberculosis de primoinfección tomando en consideración los datos de la exploración clínica y las radiografías que mostraron lesiones pulmonares más o menos extensas, daban reacciones tuberculínicas repetidas veces negativas. Traté al principio de explicarme estos hechos, tomando en consideración que dichos niños se encontraban en su mayoría en estado de desnutrición avanzada y con cuadro de avitaminosis acentuadas, lo que muy bien podría ser causa de anergia tuberculínica. Mas, habiendo observado los mismos hechos en niños en buen estado de nutrición asistentes a mi consultorio particular y en algunos que, por creerlos tuberculosos, fueron enviados al Servicio de Tisiología del "Hospital Infantil", he pensado que sería de algún interés emprender el estudio de estas neumopatías que, semejando clínica y radiográficamente algunas formas de tuberculosis pulmonar, obedecen a otra etiología y pueden inducir al clínico que ignore su existencia a un error de diagnóstico.

He seleccionado algunos de los casos mejor estudiados, en los cuales no pudimos encontrar (aún buscándolo con todo empeño) ningún factor que pudiera ser responsable de negativizar las pruebas tuberculínicas; por lo que hemos considerado dicha negatividad como dato definitivo para eliminar la existencia de la infección

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 21 de octubre de 1945.

tuberculosa. Por otra parte, sólo hemos considerado como no tuberculoso al niño que se ha mostrado negativo a la aplicación intradérmica, hasta de 10 miligramos, de la tuberculina de Koch preparada por el Instituto de Higiene de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, o sea un décimo de la solución al 1 x 10 y después de haber comprobado en otros niños la eficacia de la solución empleada.

Revisando la literatura médica hemos podido enterarnos que varios autores han estudiado casos similares a los que me referiré en este trabajo: Henry M. Greenwald, Lous Nathanson y Maris Steener, presentan en un trabajo que titulan "Neumonía Crónica Asociada con Trastornos Nutritivos en Niños" (1) los resultados del estudio de nueve niños que sufrieron anorexia marcada, que no aumentaban de peso y que a la radiografía presentaron lesiones pulmonares que persistieron de unos cuantos meses a varios años; dichos niños no presentaban la infección tuberculosa y su sintomatología pulmonar fué casi siempre discreta. Los autores sospechan que la aspiración de sustancias aceitosas o grasosas bien podría haber determinado la aparición de las lesiones pulmonares. El padecimiento nunca llegó a poner en peligro la vida del enfermito.

El Dr. Franck Tissot, en su trabajo "Las imágenes Perihiliares y Pericisurales de Evolución Crónica no Bacilares en el Niño" (2), insiste sobre la frecuencia con que la primoinfección tuberculosa da imágenes radiográficas de hilitis y cisuritis con reacción pericisural, de tal manera que el clínico ante tales imágenes radiográficas diagnostica tuberculosis; presenta tres niños en los cuales las pruebas tuberculínicas repetidas resultaron negativas y concluye negando la etiología tuberculosa de las neumatías observadas.

(1) American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, Vol. 35 Núm. 4. Abril de 1936.

(2) Archives de Medecine des Enfants. Tomo 41. Núm. 1. pág. 26. Enero 1938.

Tapia y Tapia, citado por Jorge Dupont en su tesis de doctorado, estudia los "Procesos Gripales Seudo-Tuberculosos" y agrupa los hallazgos clínicos radiológicos gripales de apariencia tuberculosa en formas "neumónicas", "bronconeumónicas" y "pleuríticas".

Eizaguirre, en su "Tratado de Tuberculosis Pulmonar" (3), insiste sobre los procesos pulmonares que simulan la tuberculosis y afirma: "ni los nódulos aislados ni las sombras de tipo infiltrativo, ni las densas y extensas, ni aun las del tipo miliar, son patognomónicas de la tuberculosis".

Por último, Jorge Dupont de Buenos Aires, en su tesis de doctorado (4), estudia ocho niños que presentaron imágenes radiográficas de apariencia tuberculosa, en los cuales las repetidas tuberculinorreacciones resultaron negativas y concluye que "la sola comprobación radiográfica de una lesión pulmonar de apariencia tuberculosa no es suficiente para hacer el diagnóstico de tuberculosis y es menester que esa prueba radiográfica sea acompañada de una reacción a la tuberculina positiva o una baciloscopia positiva, que afirmaran la especificidad de la lesión".

A continuación presentamos el resumen de las historias clínicas de catorce enfermitos, los cuales presentaron neumopatías crónicas e intradermorreacciones de Mantoux negativas. Las cuatro primeras con mayores detalles para dar una idea del estudio clínico hecho a estos niños; y las diez restantes en cuadros esquemáticos.

II.—Historias clínicas

Caso número 1.—M. M. Ana Bertha.—Registro 2574.—Fue presentada a mi consultorio el día 15 de marzo del presente año a la edad de cuatro años diez meses. Antecedentes familiares: la madre fue tratada en su in-

(3) Eizaguirre E.—Tratado de Tuberculosis Pulmonar. San Sebastián. 1939.

(4) Dupont Jorge. "Imágenes Radiológicas Pulmonares de Apariencia Tuberculosa en niños tuberculino negativos. Tesis de Doctorado. Buenos Aires. 1944.

fancia de primoinfección tuberculosa, advirtiendo que radiografías posteriores han resultado negativas. En los antecedentes personales mencionaremos sólo un ligero retraso en la marcha y rino-faringitis y bronquitis frecuentes.

Al ingresar al consultorio tenía cinco meses con tos seca, frecuentemente constituida por tosidas aisladas y raras veces quintosa; tos que sólo había llegado a mejorar en ocasiones pero nunca a desaparecer; además anorexia, pérdida de peso y sudores nocturnos.

Al examen clínico encontramos: niña ligeramente desnutrida con peso de 15 kilos, pálida, amígdalas y adenoides hipertrofiados; ganglios retrocarotídeos crecidos. Se hizo diagnóstico de hipertrofia de amígdalas, adenoiditis, y de bronquitis crónica y se pidió radiografía de tórax, la cual mostró: sombra de infiltración hiliar y parahiliar derecha de regular extensión y sombra de ligera infiltración hiliar y parahiliar izquierdas. Ante dicha imagen se pensó en un proceso de tuberculosis de primo-infección y se hizo un Von Pirquet, el cual resultó negativo, y se mandó hacer reacción de Mantoux 1 x 1,000 cuyo resultado no se conoció por haber dejado de asistir la niña al consultorio. Volvió a presentarse en el mes de septiembre, indicándonos la mamá que la tos no había desaparecido y que se había notado una mejoría al principio, pero que en los dos últimos meses había empeorado mucho; su palidez se había acentuado y se había presentado un estado de adinamia y anorexia marcadas y además un estado sub-febril y sudores nocturnos. A la exploración física encontramos el signo de la percusión tusígena descrito por el suscrito, el cual nos indicó la persistencia del padecimiento pulmonar. Se tomó nueva radiografía, que mostró la misma imagen de infiltración hiliar y parahiliar derecha y acentuación de la sombra de infiltración hiliar y parahiliar izquierda.

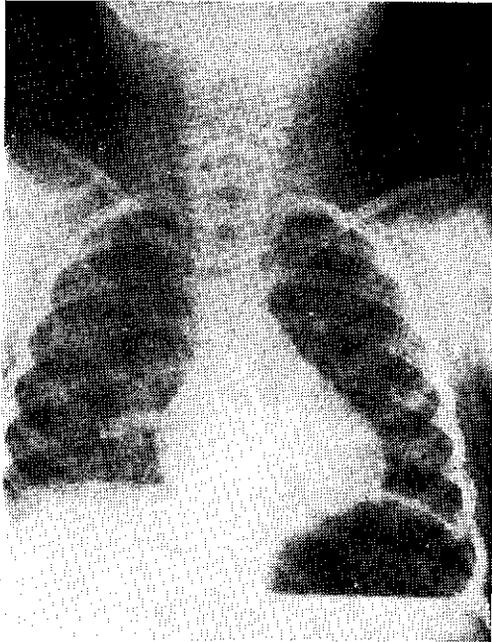
Se practicaron los siguientes exámenes: Reacción de Mantoux al 1 x 1,000 con resultado negativo. Reacción de Mantoux al 1 x 100 con resultado negativo. Reacción de Mantoux al 1 al 10 con resultado negativo.

Investigación de bacilo de Koch en contenido gástrico con resultado negativo.—Sedimentación globular que fué de doce milímetros a la hora y de treinta y cinco a las dos horas.—Biometría hemática: Eritrocitos: 3,900,000.—V. Globular: 1.—Leucocitos 10,800.—Neutrófilos 60%.—Linfocitos 33%.—Eosinófilos 1.—Basófilos 1.

En resumen, se trata de una niña que sufrió un padecimiento pulmonar que hizo pensar en una primo-infección tuberculosa; en la cual un estudio más completo sobre todas sus reacciones alérgicas nos hizo llegar a la conclusión diagnóstica de una neumopatía crónica no tuberculosa.

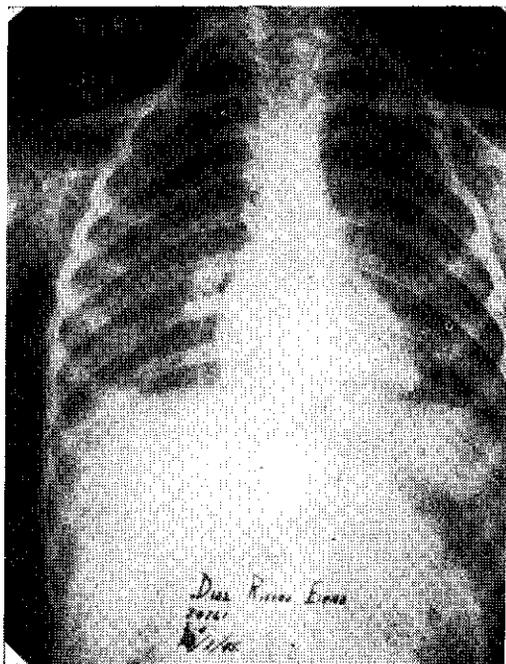
Caso número 2.—D. R. Elena.—Ingresó al servicio de tuberculosis del Hospital Infantil el 22 de enero de 1945 a la edad de cinco años y salió el 24 de mayo del mismo año. En los antecedentes familiares anotamos: la madre y el padre fueron tosedores crónicos y dos hermanos murieron de

NEUMOPATÍAS CRÓNICAS DE APARIENCIA TUBERCULOSA



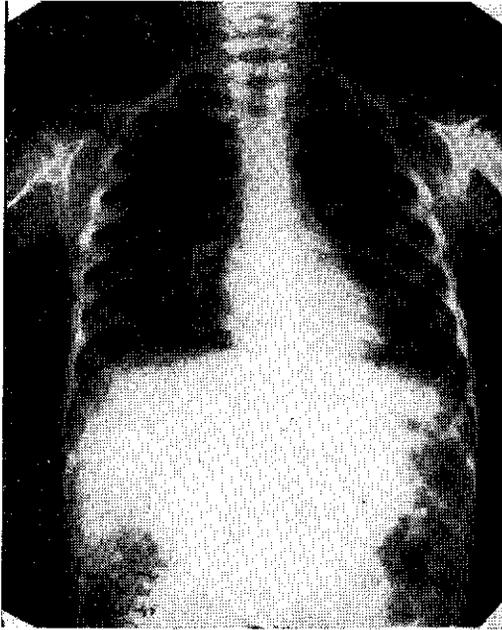
Caso núm. 1.—M. M. Ana Berta.—Infiltración hiliar y para-hiliar derecha.

NEUMOPATIAS CRONICAS DE APARIENCIA TUBERCULOSA



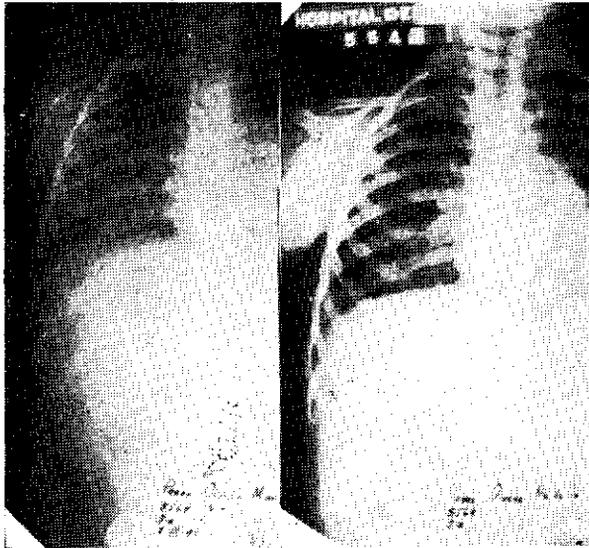
Caso núm. 2.—D. R. Elena.—Sombra de infarto de ganglios bronquiales derechos e imagen en velo sugerente de participación pleural en la base.

NEUMOPATIAS CRONICAS DE APARIENCIA TUBERCULOSA



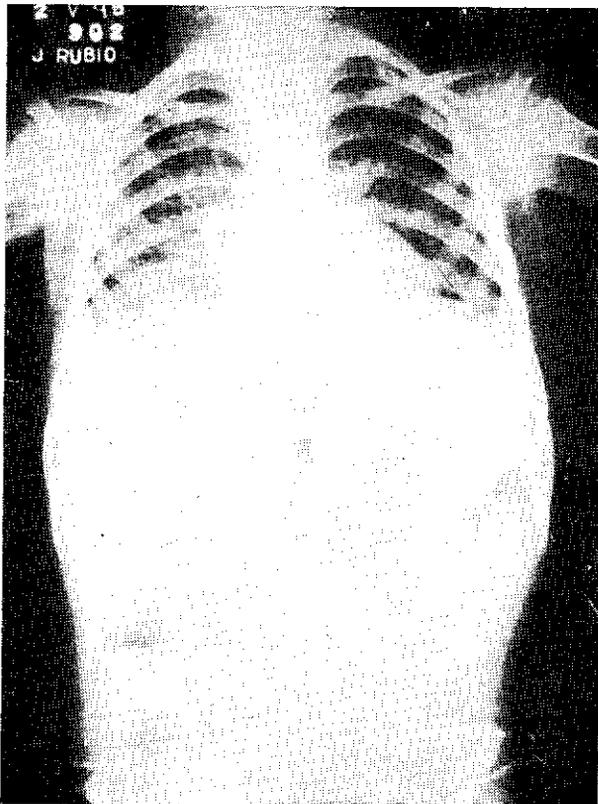
Caso núm. 2.—Foto 2.—Tres meses después.
Persisten las sombras correspondientes a los
ganglios bronquiales.

NEUMOPATIAS CRONICAS DE APARIENCIA TUBERCULOSA



Caso núm. 3.—P. O. María de la Luz.—Infiltración hiliar y parahiliar derechas. 5 meses de separación entre las dos radiografías.

NEUMOPATIAS CRONICAS DE APARIENCIA TUBERCULOSA



Caso núm. 4.—R. J. Luciano.—Infiltración hilar y parahiliar bilateral de predominio derecho.

padecimientos pulmonares agudos. En los antecedentes, personales: tos ferina, escarlatina y muy frecuentes rinofaringitis y bronquitis.

Al ingresar tenía tres meses con tos seca, tosidas aisladas, en ocasiones quintosa y emetisante; febrícula vespertina y sudoración abundante; había enflaquecido y se había puesto pálida.

A la exploración física encontramos: desnutrición ligera, palidez, amígdalas y adenoides hipertrofiados, ganglios del cuello crecidos, tímpanos rojos. En el tórax ligera sub-matidez en ambas bases, respiración ruda en ambos espacios interescapulares. La radiografía tomada a su ingreso mostró un infiltrado multinodulillar bilateral; sombras al parecer correspondientes a infartos de los ganglios bronquiales derechos, imagen en velo, sugere de participación pleural en ambas bases.

La reacción de Von Pirquet practicada el 27 de enero resultó negativa. La reacción de Mantoux al 1 x 1000 practicada el 27 de febrero resultó negativa; la reacción de Mantoux al 1 x 100 practicada el 5 de marzo resultó negativa. La practicada el 15 de marzo al 1 x 10 resultó negativa y otra practicada el primero de abril también al 1 x 10 resultó negativa.

La investigación del bacilo de Koch en tres lavados gástricos, practicados el 23 de enero, el 10 de marzo y el 7 de abril, resultó negativa.

La sedimentación globular dió los siguientes resultados: El 23 de enero: a los sesenta minutos 10 m.m. El día 10. de marzo a los sesenta minutos 21 m.m. El día 6 de abril a los sesenta minutos 21 m.m.

Las reacciones luéticas de Kline y Kahn: negativas.

Examen coprológico: huevecillos de himenolepis nana y quistes de amiba histolítica. Examen de la orina: normal.

Biometría: el 27-I-45: Eritrocitos 4.530,000. V. G. 0.91 Leucocitos 9,400. Linfocitos 24%. Monocitos 6%. Eosinófilos 1%. Basófilos 0. Neutrófilos 69. El 15 — III — 945: Eritrocitos 4.340,000. Hemoglobina 82%. V. G. 0.94. Leucocitos 7,220. Linfocitos 36. Monocitos 5, Eosinófilos 0. Basófilos 0. Neutrófilos 59%. El 6 — IV — 45: Eritrocitos 4.880,000. Hemoglobina 80%. Valor globular 0.83. Leucocitos 5,800. Linfocitos 67. Monocitos 8. Eosinófilos 3. Basófilos 0. Neutrófilos 22.

Nuevas radiografías practicadas posteriormente mostraron la disminución progresiva hasta la desaparición del infiltrado nodulillar, persistiendo las sombras de infiltración hilar y parahilar bilateral de predominio derecho y con acentuación de las sombras correspondientes a los ganglios bronquiales.

La temperatura, durante los cuatro meses que permaneció en el servicio de tuberculosis, osciló entre 37.6 y 38.2. El peso al ingresar fué de 13 kilos y al salir de 15 kilos 240 gramos.

En resumen, se trata de una niña que ingresó al servicio de tuberculosis después de tres meses de sufrir síntomas pulmonares, en la cual la radiografía dió una imagen de apariencia granúllica que fué considerada como de origen tuberculoso; pero en la cual el estudio minucioso realizado en el

Hospital nos llevó a la convicción de que se trataba de una neumopatía crónica no tuberculosa.

Caso número 3.—P. O. María de la Luz.—Ingresó por primera vez al Servicio de Consulta Externa del "Hospital Infantil" a la edad de 2 años 3 meses; y a la sala I del Servicio de Tuberculosis el día 5 de marzo del presente año, a la edad de 3 años 6 meses. En sus antecedentes familiares se recogió como dato de interés el tener un hermano tuberculoso. En sus antecedentes personales patológicos anotamos rinofaringitis, bronquitis frecuentes y otitis, y en tres ocasiones padecimientos de las vías respiratorias, que el médico tratante diagnosticó como bronconeumonías.

Al ingresar a la Consulta Externa tenía un mes con catarro y tos y con febrícula vespertina; además, sudores nocturnos. Se practicó reacción de Von Pirquet, la cual resultó negativa. Habiendo continuado con la misma sintomatología en las siguientes consultas, se tomó el día 20 de febrero del presente año una radiografía de tórax, la cual mostró la existencia de una sombra de infiltración del hilio y base del pulmón derecho. Se practicó reacción de Mantoux al 1 x 1,000, que fué leída como positiva, y se le envió al Servicio de Tuberculosis con el diagnóstico de tuberculosis de primo-infección.

El examen efectuado en dicho servicio el día 3 de abril dió los siguientes datos: ligera desnutrición, faringe roja, tímpano derecho congestionado, ganglios del cuello ligeramente crecidos y, a la exploración del tórax, sólo estertores húmedos medianos, diseminados. El padecimiento siguió un curso regresivo durante los primeros meses; el estado general mejoró, las radiografías tomadas el 7 de abril y el 5 de mayo mostraron disminución de las sombras. La sedimentación globular, que al ingreso fué de 42 mm. en 1 hora, descendió al mes a 10 mm. Un nuevo Mantoux al 1 x 1,000, practicado el 5 de abril, resultó negativo; no habiendo encontrado ninguna causa que justificara esta negativización se practicó el día 17 otro Mantoux al 1 x 100 con resultados igualmente negativos, por lo que se anotó en la hoja de evolución lo siguiente: Hay datos contradictorios en la historia de esta niña, las primeras pruebas tuberculínicas resultaron positivas, tiene un hermano tuberculoso; en cambio, las pruebas de Mantoux practicadas posteriormente resultaron negativas y no habiendo causa que explique esta anergia creemos que esta niña sufre un proceso pulmonar no específico de probable origen naso-faríngeo. Un nuevo Mantoux al 1 x 10, practicado el 21 de mayo de 1945, resultó también negativo; pero habiéndose observado en las radiografías tomadas el 29 de mayo y el 23 de julio la aparición de nuevos focos de infiltración se practicó un nuevo Mantoux al 1 x 10, que también resultó negativo. La última radiografía practicada el 21 del pasado mes se aprecia mejoría notable de las lesiones pulmonares. La última sedimentación globular fué de 12 mm. a la 1 hora. Las baciloscopias en contenido gástrico, han resultado todas negativas. La fiebre ha sido poco elevada, con peque-

				(Dr. Toussaint).		un año y medio ha mejorado pero no sanado, a pesar de sulfas y penicilina.
M. H. Arturo. Reg. 2014.	1 año.	Ant. familiares: 3 hermanos muertos de bronconeumonía. Desde los 5 meses rinofaringitis y bronquitis frecuentes que se acompañan de fiebre.	Niño desnutrido. Peso 7 kilos. Talla 67 ctms. a los 7 meses. Signo de percusión tusígena.	Sombra de infiltración hiliar y parahiliar bilateral.	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg. 1 x 10 neg.	D. Ingreso: T. B. de primo-infección. D. final: neumopatía no tuberculosa. Ha mejorado ligeramente.
P. R. Carlos. Reg. 3575.	3 años.	Ant. familiares sin importancia. Desde 1 año tos y fiebre que dura 1 a 2 semanas, para reaparecer después de 10 a 15 días. Ronca y duerme con la boca abierta.	Buena nutrición. Peso 16.400 kg. Talla 94 ctms. Tejido linfático nasofaríngeo hipertrofiado e infectado. Signo percusión tusígena. Roncus y sibilancias.	Sombra de infiltración hiliar y parahiliar derechas.	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg. 1 x 10 neg.	D. Ingreso: T. B. de primo-infección. Final: neumopatía no tuberculosa. No ha vuelto a consulta.
M. A. David. Reg. 2414.	3 años, 6 meses.	Ant. familiares sin importancia. Personales: bronquitis de repetición. Hace un mes fiebre, tos y sudores.	Bien nutrido. Peso 15,400 kg. Signo percusión tusígena. Biometría: globulos rojos 4,600.00. Leuc. 7,000. Linf. 41 m. 7. Neutrófilos 51%.	Sombra de adenopatía hiliar y parahiliar derecha (clínica Dr. Campos).	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg.	D. Ingreso: T. B. Pulmonar. Final: neumopatía no tuberculosa. Hasta última consulta había mejorado ligeramente.
J. B. Javier. Reg. 3372.	6 años.	Antecedentes familiares sin importancia. Personales: varicela, sarampión y escarlatina. Durante más de 6 meses fiebre poco elevada y en ocasiones sudores nocturnos; duerme con la boca abierta y ronca.	Buena nutrición. Peso 20,800 kg. Talla 1.14 ctms. Ningún dato respiratorio.	Sombra de adenopatía bronquial bilateral y ligera infiltración de predominio derecho. (Dr. Vargas).	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg. 1 x 10 neg.	D. Ingreso: T. B. de primo-infección. Final: neumopatía no tuberculosa. Después de un año de evolución ha mejorado notablemente.
R. Manuel. Reg. 3017.	1 año.	Antecedentes familiares sin importancia. Desde hace dos meses fiebre de 37.5 a 38.6. Ronca; duerme con la boca abierta; sudores nocturnos.	Buena nutrición. Peso 10,440 kg. Talla 75 ctms. Hipertrofia amígdalas y adenoides; otitis izquierda. Ganglios retrocarotídeos crecidos. Reacciones luéticas, negativas. Examen de orina y materias fecales negativos. Biometría: eritrocitos 5,240,000; leucocitos, 26,000.	Sombra de gruesa adenopatía paratraqueal izquierda. En lateral, espacio claro posterior ocupado por sombras ganglionares. (Dr. Vargas).	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg. 1 x 10 neg.	D. Ingreso: Adenoiditis y T. B. de primo-infección. Operado de amígdalas y adenoides. 3 meses después persiste fiebre a pesar tratamiento con penicilina y sulfas.
A. V. Sergio. Reg. 3613.	1 año.	Antecedentes familiares sin importancia. A. Personales: colitis mucosanguinolenta y rinofaringitis. 2 meses con fiebre de 37.2 a 38. Palidez, coriza, anorexia, sudores nocturnos.	Regular nutrición. Peso 9,100 kg. Talla 72 ctms. Hipertrofia amígdalas y adenoides. Signo de la percusión tusígena. Reacciones luéticas negativas. Biometría: eritrocitos 3,480,000; leuc. 7,900; linf. 75; neutrofilos 20.	Sombra de adenopatía bronquial izquierda con ligera infiltración parahiliar. En lateral, imagen de adenopatía hiliar. (Drs. Vargas y Toussaint).	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg. 1 x 10 neg.	D. Ingreso: neumopatía tuberculosa. Final: neumopatía no tuberculosa. El tratamiento sulfamidico no modificó el padecimiento; la fiebre persiste.
M. H. Ricardo. Reg. 3399.	1 año, 2 meses.	Antecedentes familiares sin importancia. A. Personales: rinofaringitis y colitis. Cuatro a cinco meses con tos que no ha cedido a ningún medicamento. Duerme con la boca abierta y ronca. Sudores y en ocasiones fiebre.	Buena nutrición. Peso 10 kilos. Talla 76 ctms. Tejido linfático nasofaríngeo hipertrofiado e infectado. Signo percusión tusígena; estertores en el vértice derecho (roncos y sibilancias).	Opacidad de infiltración difusa yuxtahiliar bilateral, adenopatía paratraqueal derecha. (Dr. Vargas).	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg. 1 x 10 neg.	Primer diagnóstico: T. B. de Primo-Infección. Final: neumopatía no tuberculosa. Durante 2 meses de observación sólo hubo ligera reducción de sombras radiográficas.
J. T. Andrés. Reg. 3603.	11 meses.	Antecedentes familiares: madre asmática. A. Personales: rinofaringitis y bronquitis desde 3 meses; operada adenoides. Tiene 2 meses con estado subfebril de 37.7o. y a veces 38 grados; tose raras veces.	Buena nutrición. Peso 9,440 kg. Talla 73 ctms. Faringe roja; tímpano derecho congestionado; examen orina, materias fecales y reacciones luéticas negativas. Sangre: e: 6,250,000; leuc.: 18,680; linf: 50; mon. 12; neut. 34%.	Ensanchamiento mediastino superior por adenopatía paratraqueal derecha. En lateral, ganglios traqueobronquiales crecidos. Infiltración parahiliar discreta.	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg. 1 x 10 neg.	D. Ingreso: Adenoiditis. D. final: neumopatía no tuberculosa. Después tratamiento por penicilina y sulfas continúa neumopatía.
Del M. R. Clara. Reg. 3082.	3 años, 6 meses.	Antecedentes familiares sin importancia. A. Personales: Geofagia; faringitis y bronquitis durante 3 años. Ronca y duerme con la boca abierta.	Ligera desnutrición. Peso 13,300 kg. Talla 95.5 ctms. Amígdalas y adenoides hipertrofiados, ganglios de cuello crecidos.	Sombra de adenopatía paratraqueal derecha; infiltración hiliar bilateral de predominio izquierdo. (Dr. Segura Millán).	Von Pirquet negativo. Mantoux al 1 x 1,000 neg. 1 x 100 neg.	D. Ingreso: Hip. de amígdalas y adenoides y bronquitis de repetición. D. final: Neumopatía crónica no tuberculosa. Evolución: a los 3 me-

ñas oscilaciones de 37.20, 37.60, y sólo en raras ocasiones ha alcanzado a 38o. con motivo de padecimientos intercurrentes de la rinofaringe y en una ocasión con motivo de la varicela. Los exámenes de orina, de materias fecales y las reacciones luéticas resultaron negativos.

En resumen: se trata de una niña que ha sufrido frecuentes padecimientos de la rinofaringe y procesos broncopulmonares; éstos antes de su ingreso al Hospital, fueron diagnosticados como bronconeumonías banales; y a su ingreso al Servicio de Tuberculosos y tomando en consideración los resultados de las pruebas tuberculínicas probablemente mal interpretadas, se consideraron como de naturaleza tuberculosa. El estudio posterior hecho en el Servicio da argumentos suficientes para pensar en la existencia de un tipo especial de neumopatía crónica no tuberculosa.

Caso número 4.—R. J. Luciano. Fué presentado a mi consultorio el día 3 de mayo del presente año a la edad de 3 años y 6 meses. Antecedentes familiares: sin importancia. Antecedentes personales: Es gemelo; ha sufrido frecuentes rinobronquitis y colitis.

Desde hace dos años sufre frecuentes trastornos digestivos, principalmente diarreas, meteorismo muy exagerado y un estado de desnutrición avanzada. La diarrea es constante, aumentando con la ingestión de grasas, legumbres y con los atoles. A estos trastornos digestivos se asociaron bronquitis banales, los cuales siempre se acompañaron de fiebre. Quince días antes de ser llevado al consultorio, la tos y el estado febril se acentuaron y apareció ligera disnea. La exploración dió los siguientes datos: desnutrición de segundo grado; el peso de 12 kilos y la talla de 89 centímetros; palidez acentuada, orzuelos en párpado izquierdo, la faringe roja; en el tórax además de algunos roncus y sibilancias, el signo de la percusión tusígena, que persistió durante un mes; el vientre muy aumentado de volumen y meteorizado. Se tomó radiografía del tórax, la cual mostró una sombra de infiltración basal y parahilar derecha y de infarto de los ganglios bronquiales del mismo lado; además sombras de infiltración menos extensa en el pulmón izquierdo. Se diagnosticó enfermedad celiaca y probable tuberculosis de primo-infección.

La reacción de Von Pirquet resultó negativa, el niño mejoró de su síndrome celiaco con el tratamiento indicado, ganando un kilo de peso en un mes, aunque persistiendo la tos y el estado subfebril. En el mes de septiembre los síntomas pulmonares se acentuaron, reapareciendo el signo de la percusión tusígena; la radiografía mostró una ligera disminución de la infiltración de la base derecha y la aparición de una discreta infiltración parahilar derecha superior. Las reacciones de Mantoux al 1 x 1000, al 1 x 100 y al 1 x 10 resultaron negativas.

En resumen: niño con enfermedad celiaca, que ha sufrido durante seis meses una neumopatía de apariencia fímica y en el cual la serie de pruebas tuberculínicas y la falta de antecedentes tuberculosos no permiten eliminar dicha etiología.

III.—Consideraciones sobre los casos observados

La lectura de las historias clínicas de estos 14 niños de edad comprendida entre los 11 meses y los 6 años; todos con procesos pulmonares crónicos de apariencia tuberculosa y en los cuales un estudio clínico más completo y el resultado de las tuberculino-reacciones dieron argumentos que nos han permitido catalogarlos en el grupo de neumopatías crónicas no tuberculosas, sugiere una serie de consideraciones de orden clínico y etiopatogénico.

El estudio clínico de estos niños muestra que en su mayoría la sintomatología solo podía permitirnos afirmar la existencia de rinofaringitis y bronquitis de repetición. Los signos que indican la existencia de un proceso pulmonar más bien fueron escasos: submatitez en uno de ellos, estertores subcrepitantes en dos.

Los elementos que nos llevaron al diagnóstico del padecimiento pulmonar fueron los siguientes: 1o. La persistencia del estado subfebril en niños con rinofaringitis y bronquitis frecuentes. 2o. El signo de la percusión tusígena, y 3o. El estudio radiográfico.

Insistiremos sobre el signo de la percusión tusígena, que me ha tocado en suerte describir y el cual consiste en producir un acceso de tos al percutir sobre el tórax. Para que el signo tenga todo su valor el acceso debe producirse cuantas veces se percute, siempre que se deje transcurrir un espacio de tiempo de más o menos medio minuto a un minuto entre cada percusión. Obrando así, su presencia permite afirmar la existencia de una lesión pulmonar cuya naturaleza toca al clínico aclarar. Debo advertir que jamás se ha encontrado el signo en las bronquitis agudas o crónicas, ni en la tosferina, ni en el asma infantil; y sólo se ha presentado cuando dichos padecimientos se han complicado con procesos pulmonares más o menos extensos. En los niños motivo de este estudio, la presencia del signo en ocho de ellos nos hizo afirmar la existencia de un padecimiento pulmonar que el estudio radiográfico vino a comprobar. En los que no presentaron dicho signo, fueron la persistencia de la fiebre y la repetición de la bronquitis lo que nos determinó a pedir el estudio radiográfico.

Diagnosticada la neumopatía, la semejanza de la imagen radiográfica con las observadas principalmente en los procesos de primo-infección tuberculosa, lleva al clínico a considerarla de tal

naturaleza; pero en nuestros casos la falta absoluta, salvo en dos de ellos, de antecedentes fímicos, nos hizo practicar una serie de reacciones tuberculínicas, con el fin de afirmar o de negar su naturaleza tuberculosa. Habiendo resultado dichas reacciones negativas en todos los casos y no habiendo encontrado ninguna causa que pudiera explicar la desaparición de la alergia en caso de que fueran tuberculosos, hasta donde la clínica pueda permitirnoslo, nos creemos autorizados para negar la existencia en ellos de la infección tuberculosa. De lo anterior surge la siguiente pregunta: si estas neumopatías no son tuberculosas ¿cuál es su etiología y cuál su patogenia?

Creo que el estudio clínico de los enfermitos puede darnos datos para formular algunas hipótesis a este respecto. Desde luego, casi todos ellos sufrieron padecimientos crónicos de la nasofaringe y bronquitis de repetición. ¿No sería posible que la lesión pulmonar hubiera sido producida por gérmenes que partiendo de la rinofaringe hubieran ganado por vía bronquial descendente el parenquima pulmonar y hubieran anidado en él, como lo hace el bacilo de Koch, produciendo las lesiones pulmonares y ganglionares que muestran las radiografías?

Otra hipótesis podría deducirse de las íntimas relaciones existentes entre la cadena ganglionar del cuello y la mediastínica: podríamos suponer que en algunos casos la infección de los ganglios del cuello podría propagarse a los del mediastino y alrededor de estos producirse procesos inflamatorios periganglionares, como también se observa en las adenopatías tuberculosas.

Creo que estas hipótesis pueden, si no explicar completamente la producción de estas neumopatías, por lo menos servir de orientación para hacer estudios más completos que nos permitan aclarar este asunto.

En relación con la evolución de estas neumopatías sólo podemos afirmar que siguen un curso generalmente benigno; y que ninguna de ellas ha llegado a repercutir tan profundamente sobre el estado general del enfermito que hubiera puesto en peligro su vida. No podemos por el momento precisar su duración porque muchos de ellos aún están en evolución después de más de 6 meses de observación; aunque sí hemos notado que todos siguen un curso lento pero regresivo. La terapéutica por las sulfadrogas y

la penicilina no ha dado los resultados brillantes obtenidos en otros tipos de neumopatías. A mi parecer, es el tratamiento del estado general a base de una buena dietética, vitaminas, extracto de hígado y transfusiones en casos de desnutrición, así como el tratamiento de la infección del tejido linfático nasofaríngeo, lo que debe intentarse para lograr la curación de éstos enfermitos, mientras el conocimiento más completo de la etiopatogenia nos permita una terapéutica más eficaz.

Intencionalmente no he querido en este trabajo ahondar en consideraciones doctrinarias sobre las diversas neumopatías que en alguna forma pudieran confundirse con las que hoy presento. Para terminar deseo expresar que la finalidad que he perseguido al presentar este trabajo ha sido, por una parte, insistir sobre la existencia en los niños de neumopatías crónicas que clínica y radiográficamente pueden ser confundidas con las tuberculosas, y en la necesidad de hacer en los casos sospechosos estudios más completos sobre todo de las reacciones tuberculínicas, que nos permitan evitar un error de diagnóstico con las consecuencias terapéuticas, sociales y morales que pudieran sucederle; y, por otra parte, hacer algunas breves consideraciones sobre su etiología y patogenia que pudieran servir de base a más serias y completas investigaciones.

Resumen

Se presentaron catorce casos de niños de once meses a 6 años de edad, con neumopatías crónicas clínica y radiográficamente de apariencia tuberculosa, en los cuales las intradermorreacciones tuberculínicas hasta de 10 miligramos resultaron negativas, sin haberse encontrado causa alguna que pudiera explicar una pérdida de la alergia, por lo que fueron consideradas como no tuberculosas.

Dichos niños presentaron al mismo tiempo infecciones crónicas de la rinofaringe y en su mayoría bronquitis de repetición, por lo que se sospecha que estas infecciones pudieran intervenir en la etiología de las neumopatías.