

FIEBRE DE LECHE SECA *

Por el Dr. **MANUEL ORTEGA CARDONA**,
académico de número

La Fisiología infantil, aunque sometida a las leyes generales de la Biología, presenta en la infancia, especialmente en la primera, un conjunto de particularidades, que obligan a analizar esta época de la vida de una manera especial.

La labilidad de la materia orgánica, la excepcional importancia de los fenómenos nutritivos, la intensa y general reacción a los estímulos externos, la no terminada formación del sistema nervioso, el defectuoso funcionamiento del centro termo-regulador, etc. etc., factores todos, que concurren a dar un aspecto particular a la Fisiología infantil; y como la Patología es un trasunto de la Anatomía y la Fisiología normales, pues no podríamos concebir una alteración patológica sin su representante normal anatómico o funcional, un organismo en plena formación y funcionalmente con caracteres particulares, se revelará en Patología por cuadros especiales, algunos de ellos exclusivos y otros, aunque no exclusivos, sellados por esas características anatómicas y funcionales.

A uno de esos cuadros patológicos exclusivos de la primera infancia, la *fiebre de leche seca*, me referiré en este trabajo.

Con relativa frecuencia, he tenido oportunidad de observar entre mi clientela la fiebre de leche seca, aunque goza fama de ser un padecimiento raro; esto y la dificultad de su diagnóstico por falta de signos directos, hace que no se piense en el padecimiento y pase quizá algunas veces inadvertido.

Se encuentra durante el primer año de la vida, con mayor frecuencia en los primeros meses; durante el segundo año no he tenido oportunidad

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 9 de abril de 1917.

de verlo, lo que se explica porque las condiciones orgánicas predisponentes van desapareciendo con la edad del niño, y porque durante el segundo año, la dieta es más variada y más liberal la administración de líquido.

El padecimiento es monosintomático y se manifiesta por fiebre irregular, generalmente intermitente, con elevación frecuentemente matutina; a veces la fiebre es remitente, en ocasiones ligera alrededor de 38° , en otras alta hasta de 40° . Durante el acceso febril, sobre todo cuando es intenso, puede haber inquietud, disnea y convulsiones, pero pasada la fiebre el niño está contento, juega y no da señales de enfermedad. Con frecuencia el enfermo no pierde el apetito, sus digestiones son correctas y las evacuaciones son normales, aunque algunas veces con aspecto de mastique.

Llama la atención la existencia de fiebre y el aspecto de salud del niño, pues incluso su peso sigue aumentando; el examen más cuidadoso no revela, aparte de la fiebre, nada anormal.

La patogenia de la fiebre de leche seca, es muy oscura. Sin duda alguna que tiene cierta semejanza con la fiebre de sed del recién nacido, con la fiebre de sal y con la fiebre proteínica.

La fiebre de sed del recién nacido se presenta al tercer día de la vida, algunas veces un poco después; se acompaña de fenómenos de deshidratación: boca seca, piel que ha perdido su elasticidad, fontanela deprimida. Es en el momento de la fiebre cuando la curva de peso llega a su máxima depresión. El niño se pone inquieto, su temperatura sube y puede llegar hasta 40° ; si no se administra líquido el niño puede morir; la administración de líquido hace desaparecer rápidamente todos los síntomas, en unas cuantas horas la temperatura cede, y 24 horas después el niño presenta aspecto normal.

La fiebre de sal se presenta con bastante regularidad cuando se administra al niño solución de cloruro de sodio de 0.7 a 3%. Finkelstein dice que no importa tanto la cantidad absoluta de sal, sino la cantidad de líquidos que la acompaña; una misma dosis de cloruro de sodio administrada con bastante líquido no produce fiebre.

La fiebre proteínica, llamada también fiebre de sed relativa o fiebre de concentración, se presenta cuando dentro de una ración suficiente de líquido, la cantidad de sustancias sólidas alcanza en la alimentación, una determinada proporción, de grado variable, según las condiciones individuales. Para algunos, el elemento cuyo aumento proporcional tiene mayor relación con la producción de fiebre, es la albúmina, por lo que se le ha dado el nombre de fiebre proteínica.

En todas estas formas de fiebre, se ve clara la relación entre ella y la cantidad de líquidos ingeridos; en todas esas formas de fiebre y en la fiebre de leche seca, se observa que la administración de abundante líquido hace ceder rápidamente la hipotermia, volviendo el niño en unas cuantas horas a su estado normal. Estas variaciones violentas de la temperatura, en relación con la ingestión de líquidos, hacen evidente la diferencia entre estas formas de fiebre y la debida a procesos infecciosos.

Ahora bien, la fiebre puede explicarse por uno de estos dos mecanismos: el aumento de calor producido o la disminución del calor que se pierde. En las fiebres a que me estado refiriendo, sería el segundo procedimiento el que se pone en juego. La disminución de los líquidos orgánicos disminuye la evaporación por la piel y por el pulmón, que son los principales sitios de la regulación térmica.

El diagnóstico de la fiebre de leche seca es difícil y tiene que hacerse por exclusión, ya que no hay signos directos. La falta de síntomas a la exploración no es suficiente. cuando se ve al niño por primera vez, y su padecimiento está en su principio, pues bien puede tratarse de un proceso infeccioso, que aún no se hace aparente más que por la fiebre; en la duda, ordinariamente nos vemos obligados a establecer una terapéutica anti-infecciosa. La disminución de la concentración de los alimentos y el aporte abundante de líquido, de regla en todo proceso febril de la infancia, hacen que la fiebre ceda y pensamos que el niño está curado; pero al volver a su alimentación ordinaria, la fiebre vuelve a presentarse, y ese fracaso terapéutico nos pone sobre la vía del diagnóstico.

Por lo que se refiere al pronóstico, la fiebre de leche seca no tiene ninguna importancia, ya que poco o nada altera el estado general, y una vez que se hace el diagnóstico, la curación se obtiene en unas cuantas horas; pero mientras el diagnóstico no se establece, la situación no deja de ser muy molesta, por la angustia justificada de la madre y la incertidumbre del médico, que no encuentra la causa de esos accesos febriles.

El tratamiento es obvio: cambiar la fórmula de leche seca, por alguna otra leche, y la curación se obtiene rápidamente en forma espectacular.

Dos historias clínicas de casos observados recientemente:

Caso número 1. Niña María del Pilar T., nacida el 15 de diciembre de 1946 con peso de 3.500 kg. Por hipogalactia de la madre, alimentación mixta desde su nacimiento, completos insuficientes de una cucharadita de Olak para dos onzas de agua.

Examino a la niña a los 18 días de edad, y la encuentro con peso de 3.100 kg. Ordeno aumentar progresivamente el Olak, hasta dar una cucharada grande, miel una chica y agua a completar dos onzas; alimentación mixta con pecho y botella cada tres horas y media, seis veces al día. El 14 de enero la niña pesa 3.700 kg., pero dá señales de hambre, porque la madre no tiene nada de leche. Ordeno aumentar una cucharadita de Olak en cada botella y el volumen de estas a tres onzas.

El día 21 de enero se me lleva a la niña al consultorio porque desde hace dos días tiene fiebre irregular y evacuaciones de aspecto de mastique. En el momento del examen la niña tiene 40.4º; no encuentro ningún otro signo de enfermedad.

A pesar de la falta de manifestaciones clínicas, aparte de la fiebre, temo la existencia de un proceso infeccioso y prescribo: dieta de suero mixto por unas horas, sulfadiazina y después realimentar a la niña con lecha descremada Brunn's.

Inmediatamente baja la temperatura a la normal y, tres días después ordeno cambio de leche descremada por leche semi-descremada Dryco, aumentar progresivamente hasta llegar a una medida grande y dos chicas, miel una chica, agua hasta completar tres y media onzas.

Tres días después se me vuelve a llevar al consultorio porque la niña ha vuelto a tener fiebre hasta de 40º. En los momentos del examen presenta 36.7º, ningún otro signo clínico. Sospecho entonces que se trata de fiebre por leche seca, y sin prescribir medicamento alguno, cambio la fórmula alimenticia por leche evaporada, que se ha de llevar en aumentos progresivos hasta seis onzas, miel una y media onza, agua hasta completar 22½ onzas, para dar en cinco alimentos, uno cada cuatro horas y de cuatro y media onzas cada vez. La niña no vuelve a tener fiebre y su aumento de peso es enteramente satisfactorio, llegando a 4,700 kg. el día 25 de febrero.

Caso número 2. Niño Héctor C., nacido el día 7 de abril de 1946, con peso de 3.480 kg. Alimentación mixta desde el primer mes, completos con leche semi-descremada Dryco. Alimentación artificial exclusiva tres meses después, con la misma leche. El niño se desarrolla perfectamente sin contratiempo alguno, y en marzo de 1947 o sea a los 11 meses, tiene peso de 10.950 kg. No está obeso, pues su estatura es también superior a la que corresponde a su edad.

Para esta fecha, además de su botella de Dryco, toma puré de verduras, yema de huevo, jugo de carne, caldo de frijol, jaletina y puré de plátano.

El día 1º de marzo me es llevado porque en los últimos días ha tenido fiebre por las tardes, inapetencia y estreñimiento. No encuentro nada al examen y prescribo unos papeles con benzonaftol, salicilato de sodio y sal de Vichy.

El día 3 de marzo la fiebre continúa, irregular, y no se encuentra nada al examen. La misma situación persiste el cinco de marzo, en que vuelvo a examinar cuidadosamente al niño, sin encontrar ningún signo que me explique el estado febril. Sospecho entonces que se trata de fiebre de leche seca, y, sin medicamentos, ordeno el cambio a leche evaporada; la fiebre no volvió a presentarse más.