

LA ALERGIA EN PEDIATRIA *

Por el Dr. ALFONSO G. ALARCON,
académico de número.

Observando recién nacidos, me han llamado la atención dos hechos curiosos, interesantes y significativos: el estado catarral de la mucosa de la nariz, constante en todo recién nacido, y la aparición de un eritema discreto en la cara, que se disipa espontáneamente en el curso de algunos días y al que el vulgo en España designa con el nombre de "algorra".

El estado catarral de la pituitaria se expresa por la notable tendencia del recién nacido a estornudar bajo la influencia de factores insignificantes, como el cambio de ropas con la agitación indispensable de pañales y mantillas, la invisible tolvenera que se le produce al espolvorearle la piel después del baño o al asearle las partes delicadas, una leve corriente de aire, la luz viva en los ojos, el humo de un fumador, el manejo un poco violento de su nariz para enjuagarle el rostro o extraerle mucosidades secas.

Se advierte exquisita sensibilidad en la mucosa, que significa susceptibilidad fisiológica nativa de las terminaciones del trigémino. Además, consecutivamente a las crisis de estornudos, que llegan a presentarse en serie, aparece cierto grado de hidrorrea, se humedece la nariz y aun escurre serosidad que, al concentrarse, forma pequeñas costras cristalinas y duras que las madres acostumbran extraer con la afilada uña del dedo meñique, con el cayado de las antiguas horquillas o con el extremo romo de los modernos pasadores.

Queda el niño, además, de manera constante, con la nariz obstruída, de tal manera que da la impresión clínica de que se ha acatarrado o de que es un adenoideo.

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del día 22 de junio de 1949.

El cuadro es habitual y se le toma como accidente en la vida de los recién nacidos, sea a consecuencia de posibles enfriamientos, sea como producto de contagio por el medio familiar que los hace motivo de caricias, besos y contactos infectantes. Hasta interviene la terapéutica con tópicos nasales de aceites considerados como antisépticos, suspensiones o soluciones de sulfonamidas y aun soluciones de penicilina. No son raros los accidentes espasmódicos serios debidos a estos tópicos cuando, por estar destinados a los adultos, contienen vasoconstrictores poderosos como la efedrina y la adrenalina o el provocador de reflejos peligrosos de esta esfera nerviosa, el mentol.

El eritema facial, llamado "aljorra", algunas veces aparece también en el resto del cuerpo. Hay, además, cierta descamación furfurácea y hasta en colgajos francos de piel, hecho que forma parte de las peculiaridades fisiológicas del recién nacido.

La palabra "aljorra" no existe ni en el diccionario de la lengua, ni en el de términos médicos de Cardenal, autor español; la conozco porque la he oído en labios de señoras de origen y costumbres españolas. Suena a vocablo árabe y tal vez tenga esta procedencia; abunda ahí la partícula *alja* o *alcha* que figura en las palabras aljabá, aljamia, aljaraz y aljófár, aunque no distingo su significación ni el motivo de su presencia en el español popular actual.

Estos dos fenómenos, al primero de los cuales que hemos denominado "catarro falso de los recién nacidos" para establecer su diferencia con la verdadera infección catarral, de todas maneras posible y frecuente en estas criaturas, son bastante ostensibles para que puedan pasar inadvertidos.

Tienen el tipo de fenómenos reaccionales del organismo neonatal, propios de la condición del recién llegado al medio; parece que al entrar en contacto la mucosa y la piel de estos organismos, vírgenes de relaciones con el medio usual de la especie, procedieran a manifestar una facultad nativa y específica, la de establecer relaciones biológicas con el medio en que continúan la vida que fué prenatal; como si la novedad del medio externo les conmoviera mecanismos normales de conexión con la naturaleza, y despertara o pusiera en acción esa facultad general que no puede ser otra que la de la adaptación. El tránsito natal marca una etapa y significa un paso con cambio de medio o, por lo menos, con la supresión del organismo intermediario representado por la economía.

Tales acontecimientos en la fisiología del recién nacido están poniendo en evidencia la actividad adaptativa y mientras el nuevo organismo se pone a tono con el medio, mientras pasa a formar parte pacífica y normal del ambiente como factor de la naturaleza, hay cierta agitación en las terminaciones nerviosas del trigémino y las parasimpáticas sensitivas de la superficie corporal.

Después de un plazo breve de unas cuantas semanas, cesa el aparato reaccional y desaparece la falsa coriza y el eritema seguido de descamación, y el recién nacido conquista el dominio de la salud.

Pero hay recién nacidos para quienes estas manifestaciones no son ni leves ni pasajeras, sino que presentan estado catarral escandaloso por la fluxión, el ruido y la hidrorrea nasales o en los que el eritema sencillo es substituído por elementos cutáneos descamativos, llorosos y armados de prurito, es decir, francamente eczematosos. A estos organismos se les clasifica como alérgicos.

Se ve entonces, que las manifestaciones alérgicas tal vez tienen antecedentes inmediatos en el dominio de la fisiología; que parecen precedidas por un estado fisiológico semejante al estado patológico reconocido como alergia, lo cual induce a suponer que la facultad de adaptación, propia del recién nacido, después de ejercer cruzando sus primeras armas con el medio, alcanza su determinismo al adaptarse el ser, o no lo logra y entonces el organismo continúa luchando de manera indefinida; este es el estado alérgico, que no es más que una condición crónica de inadaptación. El alérgico es un organismo en armas, un luchador permanente, un inadaptado a su medio.

Hemos tomado los dos ejemplos ostensibles de la condición que consideramos como pre-alérgica, si cabe la posibilidad de considerar estados que no pertenezcan decididamente ni a la fisiología pura ni a la patología franca; pero es indudable que fenómenos semejantes acontezcan en todo el organismo. La mucosa digestiva tiene también expresiones pasajeras de lucha por la adaptación y así podría considerarse el cuadro agitado que nosotros hemos descrito con el nombre de dispepsia transitoria de los lactantes.

Al tratar de explicar su patogenia, habíamos atribuído el síndrome al vagotonismo nativo del organismo humano por causa de las insuficiencias piramidal y simpática, propias de la edad neonatal. Este criterio se robustece con el de las reacciones de los tipos que estamos considerando supuesto que hay estrecha relación entre la fisiología entonces predomi-

nante del sistema vago y las manifestaciones alérgicas y las que ahora consideramos como de tipo pseudoalérgico.

Lo prueban las circunstancias propias del síndrome, que inicia su sintomatología veintitún días después del nacimiento, es decir, tiene plazo preparatorio, se disipa espontáneamente a los noventa días de la edad del lactante, se corrige antes con atropina y precede síndromes neurovegetativos, como la gastroneurosis emetizante o enfermedad de los vómitos habituales de Marfán.

En este concepto la dispepsia transitoria de los lactantes sería un síndrome de crisis de adaptación digestiva al medio que, al disiparse como es la regla al nonagésimo día de la edad del lactante, significaría el ingreso del organismo infantil a su equilibrio con la naturaleza, y al prolongarse anormalmente más allá del plazo citado conduciría a síndromes subagudos o crónicos de inadaptabilidad indefinida o alergia digestiva.

Asimismo sucedería con los síndromes que en todos los grados tienen asiento en las vías respiratorias inferiores.

El asma y los cuadros asmatiformes, tan frecuentes entre los lactantes, serían también síndromes de inadaptación al medio aéreo o también digestivo con expresiones respiratorias.

Y así sucesivamente; la revisión de la patología venial de la primera infancia, está sembrada de cuadros inesperados, violentos, aparatosos, cíclicos y benignos cuyo sello no siempre se distingue como el que en el fondo corresponde a la condición de lucha de inadaptación, al principio pasajera y posteriormente crónica, si el organismo, a fuerza de reaccionar insistentemente, se sensibiliza específicamente a los alérgenos con los que no ha podido llegar a entenderse.

Esta concepción acerca de la patogenia de la alergia, observada en los albores de la vida postnatal, es decir, sorprendida por la pediatría en la vida neonatal, nos parece importante porque permite al espíritu clínico encontrar los primeros pasos de una condición orgánica de naturaleza obscura y de muy difícil dominio por la terapéutica. Es decir, como pasa en física con todo movimiento que se inicia, da oportunidad a tomar medidas que en esa edad son eficaces como no lo son en edades posteriores, o al menos sirve para reconocer el terreno sobre el que va a evolucionar la existencia y para prever y entender la fisonomía que los organismos alérgicos van a tener en el resto de la existencia.

Acudamos ahora a nuestra experiencia clínica para ilustrar este pensamiento teórico.

Hechos de la vida común de la pediatría como: el falso catarro, la "aljorra" y la dispepsia transitoria, curan espontáneamente; abundan en la vida del lactante los síndromes cíclicos de tipo alérgico: las colitis de repetición, los empachos periódicos, las llamaradas febriles, los vómitos periódicos con acetonemia, los brotes de eritemas ortigados de tipo prurigo, estrófulo, urticaria, edema de Quinke, eczema, asma infantil y aun síndromes epilépticos pasajeros.

Larga sería la enumeración de la casuística en que se ha inspirado este parecer nuestro. Hemos encontrado casos de todas clases de manifestación alérgica con la apariencia de cuadros infecciosos, que se han disipado rápidamente con la terapéutica antialérgica.

No hace mucho recibimos el caso de un lactante de 6 meses, cuyo cuadro era aparentemente desconsolador: desnutrido, disneico, cianótico, sudoroso, tosedor, con tos húmeda y respiración ruidosa por el paso difícil del aire a través de una barrera de moco, con temperatura de 39°1, vómitos mucosos, anorexia y estreñimiento.

El niño procedía de una clínica en donde se le había atendido con los mejores recursos terapéuticos, *cinco bronconeumonías* . . .

Los padres llegaban desolados, porque creían traer al niño en la 6ª bronconeumonía y encontraban desesperado el caso.

Huían de aquel centro de pediatría porque, presentando el niño cierta tendencia intermitente al opistótonos, les había sido propuesta una neumoencefalografía, con las reservas consiguientes al recurso de diagnóstico. Presentaban una radiografía de tórax en la que se ostentaba cierto grado de bronquitis.

Cinco bronconeumonías con breves intervalos de convalecencia, son, en nuestro concepto, más que suficientes para acabar no digamos con el organismo depauperado que teníamos a la vista, sino con el cuerpo de un atleta. Por lo menos ya debía estar ese niño a las puertas de la atrepsia o de la desnutrición extrema y el caso no era así.

Desnutrido el niño por regímenes de restricción impuestos o debidos a la anorexia, era sólo un enflaquecido, y no un caquéctico. Era, además, un organismo termolábil e hidrolábil; se deshidratava y se hidratava a la vista de sus familiares y sufría hipertermias inexplicables.

Se le instituyó terapéutica hidratante por vía venosa y se le aplicó transfusión; se le instituyó régimen de leche cruda de burra, se le suprimió toda medicación antibiótica, empleada con superabundancia, se abolieron las sulfonamidas y se le prescribió un antihistamínico de síntesis,

aconsejando cierta liberalidad en el abrigo. A la auscultación cuidadosa no se encontró nada que hiciera sospechar bronconeumonía ni síndrome alguno de carácter infeccioso.

Al regresar el niño a su casa, fué desabrigado como había sido prescrito y, media hora más tarde, su temperatura era normal. Veinticuatro horas después se había disipado el cuadro aparatosamente grave que hemos descrito, no sin continuar, en escala menor el síntoma predominante de murcorrea traqueo-brónquica.

Quisiéramos presentar también el cuadro de una niña nacida hace 5 años en pleno choque alérgico materno y que tuvo en el acto convulsiones subintrantes que a poco se disiparon, aparentemente con transfusión y luz ultravioleta. En la actualidad la niña es sana y robusta.

Quisiera también referirme a un caso de pseudoencefalitis acaecido en una niña de 3 años de edad en la convalecencia de bronconeumonía y con diagnóstico de encefalitis de causa desconocida, quizá por virus, en una clínica importante.

Para establecer el diagnóstico etiológico, se mandó practicar una punción lumbar y, por accidente, el médico interno extrajo mayor cantidad de líquido céfalorraquídeo, del necesario para las investigaciones de laboratorio. En el acto la niña salió del cuadro aparentemente encefalítico como por arte de magia y orinó abundantemente, habiendo presentado anuria por todo ese día. La hipertensión craneal, autora del cuadro soporoso, era para nosotros un edema de Quinke cerebral, una hidropesía ventricular de causa alérgica. La niña pertenecía a una familia notablemente víctima de evidentes cuadros de alergia cutánea.

Quisiera presentar en sus pormenores el caso de un niño de 8 años considerado como de síndrome de epilepsia jacksoniana de espina irritativa desconocida y con accesos localizados a la pierna derecha hasta en número de 12 al día, caso en el que la electrocefalografía corroboró el diagnóstico y en el que, habiéndose encontrado radiológicamente huellas de hipertensión craneal, fué posible disipar el cuadro convulsivo mediante régimen equilibrado y digerible y administración de un antihistamínico de síntesis.

El niño no padece un solo acceso, a pesar de no tomar ya el antihistamínico, desde hace un año siete meses. Este caso pudo muy bien deberse a edema de Quinke cerebral localizado, como si fuera una "lesión poco amplia y superficial, situada en las cercanías de la zona motora izquierda," según las propias palabras del neurocirujano a quien se consultó el caso.

Tratado el niño exclusivamente como dispéptico, con régimen, y como alérgico con un antihistamínico, curó del síndrome, aparentemente para siempre.

No queremos negar que en este caso exista y subsista la espina suelta en las cercanías de la zona motriz; lo que creemos es que, tomando como blanco de la tormenta vascular el taquidema de Quinke, la alergia creaba intermitentemente un foco de hipertensión, punto de partida del síndrome de Jackson en este niño.

Pero el tiempo apremia y la amable atención de la Academia merece mi más profundo respeto.

Concluyamos concretando ideas: la fuente probable del estado alérgico en la especie humana está en la facultad del organismo para relacionarse con el medio adaptándose individualmente a él. Cuando por herencia, por sensibilización prenatal o insuficiencia de la facultad mencionada, el organismo no logra adaptarse al medio, subsiste el esfuerzo orgánico defendiéndose de la agresión y manteniéndose en armas a la defensiva. El estado alérgico sería, entonces, un fenómeno de inadaptación crónica que viniera congénitamente acompañando al recién nacido o se creara y organizara sensibilizándose en la hora de los primeros esfuerzos de la economía que fué incapaz de adaptarse.