

EL PRONÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR DEL LACTANTE VISTO DESDE UN DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO

Dres. M. SALVAT y E. ALEGRET

ENTRE los 22.000 niños visitados en la sección de Infancia, que dirige uno de nosotros (SALVAT), del Dispensario del Instituto Antituberculoso de Barcelona, hasta el final del año 1953, hemos encontrado 130 que enfermaron de tuberculosis pulmonar o ganglionar intratorácica antes de cumplir el primer año, no habiendo visto ninguno inferior a la edad de tres meses por ser éstos visitados en los servicios de puericultura o pediatria.

Estos 130 enfermos los hemos dividido en cinco grupos:

1.º El primer grupo, constituido por diez lactantes de 5 a 12 meses, presentan formas *caseosas ulceradas*; se distingue por la rapidez evolutiva, por la gran extensión y profundidad de las lesiones, por la pérdida notable y continuada de peso y por la intensidad de los fenómenos toxi-infecciosos seguidos de muerte.

2.º El segundo grupo lo constituyen doce lactantes de 5 a 12

meses con *diseminación pulmonar de nódulo pequeño*, en cinco casos como manifestación primaria, en los otros siete como secundarios a un proceso exudativo ulcerado. Todos estos casos son anteriores al empleo de los antibióticos. De los doce, ocho han fallecido y de los otros cuatro desconocemos su fin.

3.º El tercer grupo lo forman cinco niños de 4 a 9 meses con *diseminaciones discretas*, relativo buen estado general y con aumento de peso. Tres de estos enfermos los hemos podido seguir de cuatro a seis años curados.

4.º En el cuarto grupo, el más numeroso, incluimos a sesenta y ocho lactantes de 4 a 12 meses con imágenes *infiltrativas parenquimatosas* y reacción ganglionar más o menos visible. De éstos, seis han fallecido, uno a los dos años y cuatro meses de meningitis, once han asistido a una sola visita y diez han sido observados durante poco tiempo para poder precisar su evolución. Los cuarenta y uno restan-

tes, veintiuno de los cuales han sido seguidos desde un mínimo de dos años a un máximo de dieciséis, excepto un caso de recidiva, todos han curado en un plazo inferior a un año y cuatro meses.

5.º Finalmente, el último grupo comprende treinta y cinco niños de 4 a 12 meses que han llegado a la visita con *lesiones en franca regresión* o con imágenes *residuales*; uno falleció de causa desconocida y los restantes curaron, habiendo podido seguir a siete de ellos de dos a doce años.

El estudio detallado de estos casos nos ha permitido comprobar que sobre la evolución favorable o desfavorable de la enfermedad influyen dos clases de factores: los debidos al ambiente o medio social en que se desenvuelve el niño y los debidos a la forma clínica de la enfermedad, ambos influidos más o menos por las medidas profilácticas o terapéuticas que aplicamos.

Las condiciones económico-sociales, así como el mantenimiento de las reglas higiénicas se traducen de una manera manifiesta en las condiciones de nutrición y de defensa del lactante y de un modo especial, en lo que se refiere a la calidad y eficacia de los contagios en la vida en común, pues son estos niños lo más expuestos al contagio de individuo a individuo, o sea con bacilos procedentes de focos abiertos al exterior y, por tan-

to, de intensa virulencia. Por dichas razones se impone la separación inmediata del niño enfermo del foco de contagio, de tal manera, que la experiencia nos ha enseñado que es difícil lograr la involución de la enfermedad mientras el lactante enfermo conviva con el causante de la infección.

En general, se concede especial importancia pronóstica a las condiciones de cantidad, número, virulencia o agresividad bacilar ante las de resistencia del individuo y la influencia medicamentosa; sin embargo, clínicamente es muy difícil, diríamos imposible, ponderar dichas características, y, por lo tanto, conocer íntimamente las condiciones en que se desarrolla la lucha entre el bacilo y el organismo. Además, actualmente empezamos a enfrentarnos con lactantes contagiados con bacilos procedentes de enfermos que han sido tratados largo tiempo con antibióticos y quimioterápicos cuyo grado de agresividad desconocemos, y los exámenes clínico-radiológicos que hemos practicado en este sentido no nos permiten sentar conclusiones respecto al curso evolutivo de la enfermedad en los lactantes contagiados con supuestos bacilos resistentes o dependientes.

Otro elemento pronóstico de valor es la constitución del lactante y también la edad, ya que cuanto menor es ésta mayor es la tendencia evolutiva a la extensión, difusión y caseificación. Después de los

seis meses el niño se defiende mejor, sobre todo si se ha separado del foco de contagio en un momento propicio.

Los síntomas clínicos de toxinfeción, como son la temperatura, anorexia, sudores, así como los signos estetoacústicos, son de un valor pronóstico no despreciable; sin embargo, el signo más elocuente y que puede considerarse como un índice seguro de mal pronóstico es «la pérdida progresiva de peso».

Los datos de laboratorio son un buen recurso para comprobar el curso de la infección, entre ellos la eritrosedimentación, de un valor relativo, pero no específico, y la demostración del bacilo de Koch en el jugo gástrico, cuya presencia consideramos de mal pronóstico en el lactante.

En el lactante, las reacciones a la tuberculina son casi siempre de difícil interpretación pronóstica. Antes de los seis meses las reacciones acostumbran a ser pequeñas y poco intensas, después de esta edad se observan las reacciones características de la infancia, debiéndose considerar de mejor pronóstico las reacciones intensas, aun las flictenulares, lo que se comprende si tenemos en cuenta que la reacción traduce un grado de potencial reaccional del organismo como lo prueba la negativación de la reacción en los casos malignos.

En el lactante pueden observar-

se todas las formas anatomorradiológicas que se observan en el niño; sin embargo, son típicas de la primera edad las formas caseificantes, neumónicas y bronconeumónicas, ocupando grandes extensiones de parenquima, con cavidades, grandes bloques ganglionares y las formas granúlicas de grano fino, lesiones mortales a breve plazo. Pasados los seis primeros meses se observan enfermos con imágenes infiltrativas parenquimatosas con reacción y a veces con diseminación, más o menos discreta, que separados del foco de contagio y sometidos a un buen régimen pueden regresar y curar.

No son raros los casos con intradermorreacción positiva que presentan lesiones mínimas, residuales y aun algunos sin lesiones visibles, casos que hemos seguido durante mucho tiempo sin que hayamos podido apreciar ninguna otra manifestación específica.

En tanto los exámenes radiológicos no descubren una imagen cavitaria, no se demuestra la presencia del bacilo de Koch en el jugo gástrico (eliminadas las posibles causas de error) y no disminuye el peso, aun en los casos de extensas infiltraciones y grandes adenopatías, puede esperarse la curación.

Merece mención especial la influencia que la vacunación con el B. C. G. tiene sobre la evolución de la tuberculosis del lactante. En lo que se refiere al poder de protec-

ción de esta vacuna, no hemos de insistir, pues está suficientemente demostrado. En el Instituto Antituberculoso, desde el año 1924, se han practicado 21.600 vacunaciones en recién nacidos por vía oral, procedimiento al cual seguimos fieles hasta el momento actual; cuidan de la buena administración de la vacuna el médico de la familia, la comadrona y, por lo general, las enfermeras visitadoras del Instituto.

No hemos observado ningún accidente atribuible a la vacunación y en todos los casos se ha demostrado su eficacia.

Entre los 130 enfermos de menos de un año comprendidos en este estudio, 22 han sido vacunados con B. C. G., no obstante, no han sido separados del foco de contagio; dos de estos enfermos presentaron formas malignas de los grupos 1.º y 2.º, falleciendo a los pocos días de haber sido examinados; ocho han sido incluidos entre los sesenta y ocho del grupo 4.º con imágenes infiltrativas parenquimatosas, uno murió al cabo de un mes y otro curó a los cuatro meses, pero a los veintiocho meses falleció a consecuencia de hemoptisis, y los restantes curaron en un espacio de tiempo entre uno y seis meses, excepto dos, que tardaron trece meses; los otros doce, cuya edad oscilaba entre los cinco y once meses, en el momento de la primera exploración presentaban imáge-

nes de regresión o residuales y han continuado curados.

Es decir, de los 22 lactantes enfermos vacunados, 19 curaron en poco tiempo, lo cual confirma el pronóstico favorable de la vacunación, ya que con ella hemos podido comprobar una disminución de las formas malignas y de la meningitis, cuya frecuencia veíamos iniciarse al final del primer año de la vida.

El pronóstico de la tuberculosis pulmonar del lactante tiende cada día a mostrarse más benigno. La disminución progresiva de las formas malignas se viene observando desde hace mucho tiempo, pero últimamente, gracias a los medios profilácticos y de inmunización, se manifiesta de una manera más acentuada.

Nuestra guerra civil constituyó un período de difícil estudio, debido a la movilidad e inestabilidad de población; en la post-guerra ha continuado manifestándose la disminución progresiva de la mortalidad.

El empleo de los antibióticos y quimioterápicos ha planteado la cuestión más sobresaliente de la actualidad, por lo que se refiere al pronóstico; ésta es la de indicar los beneficios que estas terapéuticas pueden reportar en los casos de tuberculosis pulmonar del lactante como medio profiláctico y curativo.

De los resultados obtenidos has-

ta el presente, podemos deducir que su empleo puede, en determinados casos, evitar los procesos de diseminación hematógica. Respecto a los efectos curativos resulta todavía hoy difícil deslindar los beneficios atribuibles a la medicación de los obtenidos por la curación espontánea, casi siempre de evolución más rápida en el lactan-

te que en el niño mayor y en el adolescente.

La coexistencia, casi en todos los casos, de las dos lesiones, parenquimatosa y ganglionar, crea el dilema de que mientras el empleo de los antibióticos se halla indicado en las lesiones pulmonares, no se halla justificado en los casos de gangliomatosis intratorácica.