Comentario sobre el diagnóstico de la tuberculosis en la infancia *

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

La continua aportación de datos que sobre la infección tuberculosa se fueron acumulando, como fruto del estudio de laboratoristas, clínicas y patólogos, nos llevó a un conocimiento rico pero muy disperso y analítico, que se manifestaba en las obras de patología, que sostenían un capítulo sobre la infección tuberculosa en casi cada una de sus secciones, haciendo duro de comprender cómo la misma infección podía tener aspectos clínicos tan disímbolos. Era indispensable sintetizar los conocimientos sobre la materia en un cuerpo de doctrina, tanto para hacerlos más comprensibles, como de aplicación práctica más útil.

En el estado actual de nuestros conocimientos sobre la materia podemos establecer ciertos principios, que tienen sin embargo algunos puntos oscuros, que están tratando de dilucidar los investigadores, y de cuyo conocimiento se deducirán indudablemente algunas modificaciones en nuestro concepto actual; pero tomando las cosas tal como las conocemos actualmente y en forma sintética y ordenada, se pueden establecer ciertas normas sobre el diagnóstico del mal.

Establecer esos principios, anotar sus puntos aún oscuros y procurar sacar conclusiones útiles y de aplicación práctica inmediata, es el objeto que me propongo en este trabajo.

Si hacemos caso omiso de las excepciones, bien comprobadas y citadas en la literatura médica, de infección tuberculosa adquirida in útero, podemos establecer como regla clínica práctica, que el hombre nace indemne de tuberculosis y la adquiere por contagio después del nacimiento.

La primera infección del organismo humano por el bacilo de Koch produce una enfermedad, cuya principal característica es la modificación de la reacción orgánica a la tuberculina; el organis-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 5 de abril de 1946.

mo no infectado no reacciona a la tuberculina, el infectado manifiesta alergia a este producto.

Entre el momento de infección y la aparición de las reacciones, transcurre un período, que sin que se pueda dar de él un límite matemático, los estudios sobre el asunto lo fijan aproximadamente de un mes.

Se afirmaba sin contradicción, que el organismo, cuando llegaba a dominar la infección, no podía sin embargo destruir los bacilos, los que permanecían vivos y virulentos, acantonados en algún punto del organismo y dispuestos siempre a despertar de su letargo cuando hubiere ocasión; si un organismo era infectado, permanecería infectado toda la vida, se podría hablar de curación clínica, no de curación anatómica, y por lo tanto las reacciones alérgicas serían, en un organismo que alguna vez fué infectado, siempre positivas.

Los estudios más recientes demuestran, sin embargo, que pasado largo tiempo de la primera infección, y si ese organismo no ha sufrido reinfecciones endógenas y exógenas, sucede algunas veces que la reacción alérgica a la tuberculina se vuelve negativa. Si esto se debe a que ese organismo ha logrado una curación, no sólo clínica, sino anatómica y bacteriológica, o que sin lograrlo, el envejecimiento ha producido el cambio de las reacciones alérgicas, es aún un punto que se discute sin haber sido solucionado. Si sucede lo primero tendremos que modificar nuestro concepto, admitiendo que la infección tuberculosa puede, cuando menos en condiciones especiales, ser curada de una manera completa, quedando ese organismo en las mismas condiciones que otro que no hubiera sido infectado.

A este respecto cito el reciente trabajo de William H. Feldman y Henry F. Helmholtz, que durante un período de seis años estudiaron en 29 niños, muertos de otra causa que tuberculosis, sus lesiones de primo-infección, investigando la presencia de bacilos virulentos.

El estudio se llevó a cabo por medio de inyección a cuyos que se sacrificaban a las 8 semanas; en sólo 5 casos se pudo demostrar la presencia de bacilos virulentos, de donde concluyen los autores que el organismo infantil infectado por el bacilo de Koch es capaz de destruir o, cuando menos, de hacer avirulento a dicho bacilo.

Pottenger y Pottenger estudian la reacción alérgica a la tuberculina en niños a los que proporcionan un régimen rico en proteínas y grasas y relativamente bajo en hidratos de carbono, con fuerte cantidad de vitaminas naturales y extracto de corteza suprarrenal. Los autores encontraron que, en sus casos así tratados, disminuye la sensibilidad a la tuberculina; de donde concluyen que la intensidad y la persistencia de la sensibilidad a la tuberculina dependen en mucho de las deficiencias nutritivas.

De la solución que se dé a estos puntos dependerá seguramente nuestro concepto definitivo; pero, por el momento, podemos tomar como base firme que la reacción alérgica positiva a la tuberculina, significa que ese organismo está ciertamente infectado por el bacilo de Koch, aunque nada nos dice sobre la evolutividad del proceso.

Por la importancia que tiene para el diagnóstico, anoto el hecho de que ciertos padecimientos comunes en la infancia, como el sarampión, la coqueluche, la gripa, etc., hacen negativas temporalmente las reacciones a la tuberculina.

Si pasamos ahora a considerar la evolución clínica de la infección tuberculosa, habrá desde luego que tener en cuenta la diferencia entre los procesos de primo-infección y los de reinfección.

En un organismo atacado por primera vez por el bacilo de Koch, se produce una enfermedad, que ateniéndonos a la mayoría de los casos, tiene tendencia espontánea a la curación. Por el contrario, los procesos de reinfección, ya sea endógena o exógena, son esencialmente crónicos, con muy escasa tendencia a la curación espontánea y aún de difícil curación terapéutica. Si esta diferencia es debida a la alergia a la tuberculina, previa a todo proceso de reinfección, o reconoce otras causas, es aún un punto muy controvertido; pero siendo el hecho indudable, ha servido de base, al hacer la síntesis de la infección tuberculosa, para dividirla en dos grupos de procesos: la primo-infección y los procesos de reinfección, ya sean de origen endógeno o exógeno.

Fácil es desde el punto de vista teórico definir y limitar la primo-infección, debiéndose considerar como tal, el foco primero algunas veces de múltiple localización, del bacilo en el organismo, y su adenitis consecutiva, conjunto bien conocido con el nombre de complejo de Ranke; pero es también verdad que en algunos ca-

esos concretos de la práctica, es difícil y a veces imposible determinar si el caso en estudio corresponde a un proceso de primo o reinfección tuberculosa.

Sin olvidar los puntos oscuros a los que antes me he referido sobre la curación de la infección, y mientras éstos son aclarados por los investigadores, se acepta como regla clínica práctica, que sólo se puede obtener la curación "clínica" del mal, quedando el organismo infectado, pero con una infección latente, lo que permite distinguir entre infección tuberculosa evolutiva o tuberculosis enfermedad, y tuberculosis no evolutiva o infección tuberculosa.

Y puesto que en algunos casos, la diferenciación entre un proceso de primo y de reinfección es muy difícil o imposible, algunos anotan como punto central en el diagnóstico la evolutividad o latencia de la infección.

Qué tiempo dura un proceso de primo-infección en pasar al estado latente, es decir, a la curación que podemos esperar, es otro punto que aún no ha podido ser determinado; pero aceptando que ese tiempo puede ser variable y haciendo estudios de sedimentación globular, que parece ser el signo de evolutividad que más tarda en desaparecer, se ha fijado un término medio de dos años; de donde se sigue una conclusión de grandes alcances y es que en la primera infancia las reacciones alérgicas positivas a la tuberculina indican seguramente un proceso evolutivo, y esta misma conclusión es aplicable cuando, por controles sucesivos, se puede afirmar que la positividad de las reacciones alérgicas es reciente.

La primo-infección tuberculosa pasa inadvertida en un 75% de los casos. Algunos autores sostienen que siempre hay manifestaciones clínicas, pero que son mal interpretadas. Lo cierto es que, cuando se buscan, se encuentran con cierta frecuencia los casos de primo-infección, manifestados clínicamente bajo el aspecto de un proceso febril sin caracteres especiales.

En todo caso, la mayoría de las veces nos encontramos con niños en aparente estado de salud, en los cuales ni el examen clínico ordinario, ni los rayos X, pueden poner de manifiesto que son portadores de infección tuberculosa, lo que sólo se conoce por la reacción a la tuberculina.

En los otros casos con manifestaciones clínicas y radiológicas

ostensibles, y que comprenden el 25% de las primo-infecciones, es bien conocido que ni los signos clínicos ni los radiológicos son específicos, y por lo tanto no se puede basar en ellos de manera firme el diagnóstico de la naturaleza del mal, y sólo las reacciones a la tuberculina nos permiten afirmar con certeza, que existe una infección tuberculosa cuando son positivas, y negarla cuando lo son reiteradamente negativas.

De donde se concluye que la reacción de Pirquet y el Mantoux practicado con diferentes diluciones, constituyen el medio único y seguro en el diagnóstico de la infección tuberculosa. Tengo para mí que, también en el adulto, puede sacarse gran provecho del estudio de las reacciones alérgicas a la tuberculina, pues si bien cuando son positivas sólo nos dicen que ese organismo ha sufrido una infección tuberculosa, que bien puede datar de tiempo atrás y estar en estado no evolutivo, las reacciones reiteradamente negativas permiten afirmar que la infección que aqueja al paciente no es de naturaleza tuberculosa, a pesar de que los signos clínicos y radiológicos así lo hicieran pensar.

Para reconocer la evolutividad en los casos en que faltan las manifestaciones clínicas ostensibles, tenemos que recurrir al estudio de la temperatura, tomada en la boca o en el recto, mañana y tarde y durante un tiempo suficiente, para poder descubrir las pequeñas y fugaces alteraciones, y el estudio de la sedimentación globular, que parece ser un signo precoz de evolutividad y el que tarda más en desaparecer.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, someto a la consideración de ustedes las normas que seguimos en la Casa de Cuna por lo que se refiere al diagnóstico de la tuberculosis en nuestros asilados.

Además del estudio clínico completo, se practican las pruebas tuberculínicas, con las siguientes normas:

1a.—Se practican en todos los asilados a su ingreso y después cada año en los que hubieren resultado negativas.

2a.—Se practica primero la cuti-reacción de Van Pirquet, y, en los que se observa resultado negativo, la intra-dermo-reacción de Mantoux.

3a.—El Mantoux se hace con dilución al 1 por 1000, y si resulta negativo al 1 por 100.

4a.—El intervalo entre cada prueba debe ser de una semana como mínimo.

Todo niño que da positiva alguna de las pruebas anteriores se considera tuberculoso y se le hacen los siguientes exámenes: radiografía del tórax, sedimentación globular, toma de temperatura dos veces al día, en la boca o en el recto.

Según el resultado de estos exámenes, se clasifican los tuberculosos en: evolutivos y no evolutivos.

En los clasificados como tuberculosos evolutivos, se practica lavado gástrico para investigar bacilo de Koch.