

Grave desnutrición en el niño mayor

DR. FERNANDO MAÑÉ GARZÓN

Siempre han sido excepcionales los casos de desnutrición extrema o caquexia en los niños luego del primer o segundo año de vida. Pero es muy importante, cuando se presentan estos inusitados casos, tener un concepto general de las diferentes etiología que los pueden ocasionar.

En 1965, siendo asistente (grado 3) de mi maestro, el profesor José María Portillo, al pasar visita en la sala 6 (de varones) del Hospital Pedro Visca, el jefe de clínica (hoy grado 2) y su practicante interno me presentaron un paciente que acababa de ingresar al cual sólo habían hecho el examen físico y el interrogatorio a la madre.

Se trataba de un niño de ocho años, procedente de una zona rural del departamento de Rocha, que era enviado por caquexia progresiva. Pesaba en ese momento 11 quilos, y medía 115 centímetros. Era la imagen misma de la desnutrición extrema, emaciado, y como dijo alguien alguna vez no se sabía si era un sujeto muy flaco o un esqueleto gordo. ¡Piel y huesos!, como vulgarmente se dice. Llamaba la atención que su medio social no era del todo malo. Provenía de una familia pobre del medio rural, puesteros de una estancia. Si bien allí la vida era en todo primitiva (rancho de paja y terrón, aljibe, guiso de boniatos, zapallo y chicharrones las más de las noches y un poco de charque de capón y alguna galleta dura por añadidura), no correspondía a una desidia ni su piel ni su ropa, ni la compostura modesta pero digna y sana de su mare. Ésta tenía cara demacrada pero ojos vivaces y su estado psíquico no era depresivo. Ella relató que siempre fue flaco, pero que últimamente esa delgadez se había acentuado, se alimentaba poco, estaba estreñido, con vómitos intermitentes que se habían hecho frecuentes y cefaleas de ritmo insidioso. Aparte del estado general referido, el examen físico fue totalmente normal.

Reiteré el interrogatorio a la madre, examiné personalmente otra vez al niño, y comenzamos a considerar el caso tan simple como extraño que se nos presentaba: desnutrición crónica y extrema de apariencia primitiva que afecta más el peso que la estatura, en un niño que se alimenta muy poco por no apetecer (no por carencia de

alimentos ofrecidos) y con vómitos muy escasos y cefaleas no características.

Luego de considerar las posibles etiologías, lo más probable era que se tratara de un síndrome de emaciación diencefálica, por un tumor de la base del cráneo, un craneofaringioma de larga evolución, como ya había observado en otra oportunidad. De acuerdo con esta hipótesis, sugerí que se realizaran de manera urgente radiografía de cráneo y estudio oftalmológico (campimetría y fondo de ojo), y que con estos resultados lo volviéramos a ver al día siguiente.

Afortunadamente el interno, joven sensato de irrefrenable instinto quirúrgico, no tuvo la misma opinión, y sin dejar de coordinar los exámenes que yo sugerí pidió hora urgente al Servicio de Radiología para realizar un estudio contrastado gastroduodenal.

A la mañana siguiente, al llegar al hospital, lo primero que hice fue interesarme por el grave y desnutrido paciente y ver el resultado de los exámenes que había solicitado. Con total tranquilidad, el interno me extendió el resultado de la radioscopia (las placas aún estaban en el Servicio de Radiología), que informaba de la existencia de un vólvulo total de estómago. Era un estómago totalmente libre, mediano, rotado, que reducía casi constantemente su capacidad a una cantidad insignificante con muy intermitente y escaso pasaje al duodeno. La radiografía de cráneo y el estudio oftalmológico por supuesto fueron normales.

“¡Clemencia para los vencidos!”, exclamé, y felicité al interno por su brillante diagnóstico. La historia de vómitos era escasa, caprichosa, no impresionaba como la causa de tan grande desnutrición. El niño iba a la escuela caminando, tenía que andar casi dos kilómetros, y en el trayecto vomitaba escasamente... La mentalidad mecánica y simplista (¡Dios nos libre de juzgarla!) del futuro cirujano le impuso... ¡No le guardemos rencor!, al contrario, debemos estar agradecidos por la lección que nos dio ¹.

Llamamos de inmediato a nuestro malogrado amigo, Julio César Arruti, del Servicio de Cirugía del profesor Eduardo Anavitarte. El paciente pasó a ese servicio y poco días después lo operó, fijando la tuberosidad gástrica al diafragma y la

Extraído de Mañé Garzón F. Memorabilia: una introducción a la pediatría. Montevideo: SMU, 1997: 161-6, (tomo 1).

1. Lamento no recordar, por no haberlo consignado en mis datos tomados en ese momento, el nombre del practicante interno que hizo este hermoso como rápido y benefactor diagnóstico. Quizá llegue a él, seguramente hoy un distinguido cirujano, este relato y me lo haga saber para consignar su nombre ¡en una nueva edición!

gran curvatura descendida mediante un ligamento al mesogastrocólico. Quedó así expedita la continuidad intestinal.

El posoperatorio tuvo sus particularidades. Fue inquietante. Luego de salir del período anestésico, la tolerancia digestiva fue tal que aumentó un quilo por día, recuperó el peso rápidamente, y con celeridad su estatura.

||

Adjuntamos una tabla con las causas de desnutrición severa en el niño, excluyendo al lactante.

Es bastante rara la caquexia de apariencia primitiva en el niño, pero es necesario tener presente sus múltiples causas (ver tabla). Debemos descartar en primer término las falsas caquexias o desnutriciones, que agrupamos como lipodistrofias, es decir, afecciones que tienen en común la falla al producir el panículo adiposo subcutáneo en forma específica y muchas veces sólo limitado a un sector del organismo. La piel, la dermis, asienta directamente sobre la aponeurosis muscular, o sobre el periosteo. Se conoce un conjunto de formas de gravedad variable que podemos dividir entre las de origen genético y las adquiridas o vinculadas a la vejez: son las lipodistrofias.

Entre las verdaderas, destaquemos en primer término el síndrome celiaco histórico. Solíamos ver niños llegados al hospital por la llamada crisis celiaca. Pacientes afectados de esta enfermedad no diagnosticada y de larga evolución, y que una infección u otra causa ambiental precipitaba en una grave diarrea con deshidratación y acidosis. El segundo grupo está formado por aquellos casos que tiene por origen una alteración de la morfogénesis. En primer término son neurológicas, como los tumores hipotalamoquiásmáticos, incluyendo entre ellos el craneofaringioma de larga evolución. Recordemos un caso, Jorge Barreto, que en 1959 ingresó al hospital Pedro Visca pesando nueve kilos, y que llamaba la atención que lo toleraba relativamente bien. Sus padres intentaron todo por hacerlo engordar. Su crecimiento longitudinal estaba afectado pero no en proporción, lo cual le daba un aspecto aterrador. Los estudios radiológicos y sobre todo los neumocentelogramas y una arteriografía bitemporal mostraron un tumor del hipotálamo anterior. Fue operado por nuestro viejo amigo Atilio García Güelfi. Encontró un enorme glioma del que pudo extraer gran parte pero no todo. Se trató de un glioma benigno que estudió el inefable Pedro Médoc, histopatólogo ejemplar del sistema nervioso. La operación lo mejoró y cobró peso, pero quedó con una severa ambliopía. Lo recordamos, hasta hace pocos años, en la estación Atlántida del viejo Ferrocarril del Este, donde tocaba el acordeón, con lo que se ganaba el sustento y era por todos querido. No sé si aún está por esas intermediaciones.

Causas de desnutrición severa de apariencia primitiva en el niño

A. Falsas (por falla de formación primaria del panículo adiposo)

- Genéticas
- Lipodistrofias
 - Síndrome de Berardinelli
 - Enfermedad de Marfan
 - Homocistinuria
- Dolicoostenomelia

B. Verdaderas

- Síndrome celiaco (nanismo de Herter)
- Alteraciones de la morfogénesis
 - Tumores de la base del encéfalo
 - del quiasma óptico (síndrome de Russell)
 - craneofaringioma
 - pinealoma
 - Disgenesia tiroidea
 - hipotiroidismo (forma atrófica)
 - Malformaciones digestivas altas
 - reflujo gastroesofágico
 - vólvulo crónico de estómago
- Causas desconocidas
 - Enfermedades inflamatorias del intestino
 - ileítis regional de Crohn
 - colitis ulcerosa
- Causas funcionales
 - Anorexia nerviosa
 - histérica
 - maniaco depresiva
 - esquizoide
 - Vómitos autoprovocados

|||

Las malformaciones digestivas pueden conducir a la desnutrición por falla de capacidad digestiva, como el caso de vólvulo crónico de estómago que hemos descrito, pero puede haber otras formas como la plicatura gástrica, alteraciones gastroesofágicas, etcétera ².

Un grupo aparte es el que forman las alteraciones de origen desconocido y otras funciones de base orgánica estructural. Entre ellas encontramos la llamada inflamación intestinal crónica, enfermedad compleja de posible origen genético y autoinmune, que configura la llamada ileítis regional de Crohn y la multiforme colitis ulcerosa, a la que deben agregarse numerosas variedades ³.

Las de causa funcional son aún más misteriosas, como la anorexia nerviosa en sus diferentes formas histérica, depresiva, esquizoide o psicótica. También y muy cercanas a éstas debemos colocar los llamados vómitos neuróticos o autoprovocados y la rumiación.

2. Mañé P (Alberto). Vólvulo de estómago. An Fac Med Montevideo 1926; 11: 791-3.

3. Prat D. Íleo, 1927, 1: 332. Castiglioni JC, Bergalli LE, Camaño ME, Ituño C. Vólvulo agudo de estómago. Cir Uruguay 1972; 42: 413-33.