

Casos y Referencias

*Casa Cuna. Servicio de Primera y Segunda Infancia
Prof. Dr. Raúl P. Béranger*

LA ERUPCION DENTARIA EN UN LACTANTE DE CINCO MESES REVELADORA DE UNA CARENCIA EN VITAMINA C *

•
POR LOS

DRES. RAUL P. BERANGER y MARIO M. ETCHEGOYEN

El escorbuto infantil o enfermedad de Möller-Barlow, perfectamente caracterizado y reconocido como la expresión anatómoclínica de la deficiencia de la vitamina C o ácido ascórbico, es, sin duda, cada vez menos frecuente, al menos en cuanto a su manifestación florida, tal como la vieron los médicos del pasado. Lógico es que así ocurra, dada su naturaleza de carencia específica, que permite que se lo pueda prever y curar por los medios que actualmente conocemos. Pero si el escorbuto florido, es decir con manifestaciones o síntomas llamativos, como son las hemorragias y las alteraciones óseas, es hoy día, como acabamos de expresar, menos frecuente, no lo es en cambio en su forma frustra o subclínica. Y con más frecuencia aún que esta forma, se halla la carencia inaparente, latente o asintomática, que condiciona el terreno escorbútico, terreno sólo reconocible por la investigación que orienta la sospecha o por la acción de factores de revelación, tales como las infecciones, los trastornos de absorción, y en particular los traumatismos, noción ésta de gran significación biológica.

Consideramos que nuestra observación es precisamente un caso de esta última naturaleza (escorbuto inaparente puesto en evidencia por esos factores), con algunos hechos de interés práctico, lo que justifica su publicación.

Se trata de un lactante de cinco meses, nacido a término, y que fué alimentado por la madre al seno solamente durante el primer mes, continuando luego con diluciones de leche de vaca, hasta ser admitido poco después como pupilo en la Casa Cuna porque la madre enfermó y debió ser internada en un hospital.

* Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 25 de noviembre de 1947.

Ingresa en ese entonces el niño con peso normal y con lesiones en la piel, eritematoescamosas en la parte anterior de tórax y abdomen, y eritematoerosivas en el escroto. Pronto estuvo en condiciones de ser entregado a cuidadora externa de nuestra Colocación Familiar. El estado general del niño se consideraba bueno y se desarrollaba, aparentemente, en condiciones normales. A los tres meses pesaba 5.620 g. Las lesiones de la piel persistían, algo mejoradas.

De nuevo es hospitalizado a los cuatro meses de edad, por neumopatía supurada, con acentuada pérdida de peso. La piel continúa enferma, las lesiones se han generalizado. Consultado el dermatólogo, diagnostica estreptodermitis. Por su neumopatía se trató al niño con penicilina, mejorando rápidamente, e incluso la dermatitis mejoró mucho; pero pronto se exacerbó ésta y se propaga más aún, a pesar del adecuado tratamiento local concomitante. A nivel del pliegue del cuello aparece una extensa grieta, de unos



Figura 1



Figura 2

diez centímetros de longitud, con supuración y rodeada de una zona muy congestiva y un paco sangrante. La lengua estaba enrojecida y despapilada con formación de pliegues transversales. A pesar de continuar el tratamiento con penicilina, los síntomas respiratorios se exacerbaban y continúa el niño con fiebre.

Cabe consignar que el régimen alimentario debió sufrir modificaciones en repetidas oportunidades por empujes diarreicos, que obligaron al uso de mezclas curativas (babeurre, leche albuminosa). Agregamos, como dato importante, que todas las mezclas que se usan en nuestro Servicio, tanto las curativas como las integrales, salvo raras excepciones, son acidificadas con jugo de limón; por otra parte este niño recibía semanalmente, como los demás internados, un inyección de 100 mg de vitamina C.

Una mañana se le notó en la encía superior, a nivel del sitio donde hacen su erupción los incisivos medios superiores, una coloración azulada, abultándose poco a poco la encía en los dos días siguientes hasta llegar, en esas cuarenta y ocho horas, a la formación de dos pequeñas bolsas sanguíneas sin aspecto inflamatorio (ver Fig. 1). Tal manifestación nos hizo

sospechar de inmediato su naturaleza escorbútica; por ello hicimos el estudio radiológico y la comprobación de la carencia vitamínica.

Razones circunstanciales nos impidieron dosar el ácido ascórbico en la sangre, lo que nos hubiera permitido apreciar con más exactitud el grado de carencia. Debimos recurrir entonces a la orina, donde comprobamos, mediante la prueba de reducción de Tillmans frente al colorante 2,6 dicloro-fenol-indofenol, su ausencia.

Las radiografías de esqueleto no muestran ninguna de las imágenes que tanto caracterizan la enfermedad; no se observa por lo tanto, ni aspecto vítreo de las diáfisis, ni la línea blanca de Fraenkel, ni orla o "cerclage" de los núcleos de osificación.

Probada la ausencia de vitamina en la orina, se comenzó a inyectar diariamente 100 mg de ácido ascórbico y se investigó también diariamente su aparición en la orina, tratando de comprobar así, en forma aproximada, la saturación de los tejidos, índice también del déficit vitamínico. Sólo recién con 1350 mg se dosó 5 mg % de ácido ascórbico, si bien ya se comprobaron vestigios cuando llevábamos inyectados 900 mg.

A poco de iniciado en esta forma el tratamiento, se pudo apreciar la rápida mejoría de la hemorragia gingival por la regresión y pronta desaparición de las dos bolsas hemáticas y, como hecho de gran significado, la notable mejoría de la piel, que hasta entonces se mostraba rebelde a cuanto tratamiento local se practicaba. Además fué evidente la mejoría del estado general, con franco ascenso de peso; desapareció la fiebre; y como digno de ser mencionado, se apreció un marcado cambio en el psiquismo: el niño estaba mucho más vivaz y sonríe con facilidad. En estas condiciones fué dado de alta para continuar con su asistencia en Consultorio Externo. Se suspendieron las inyecciones y se le reglamentó la dietética.

A los pocos días hicieron aparición los incisivos medios superiores en perfectas condiciones (ver Fig. 2), y posteriormente los inferiores sin la más leve manifestación hemorrágica.

COMENTARIOS

Esta observación, nos permite hacer algunas consideraciones. En primer lugar en cuanto concierne a su patogenia. Sin duda que ella se nos presenta un tanto compleja por la suma de factores que han debido actuar como determinantes o coadyuvantes. Ante todo, el hecho de que el niño debió ser alimentado desde el mes de edad con mezclas artificiales, sin poder descartar, por otra parte, las precarias condiciones alimentarias de la madre durante la gestación y durante el corto tiempo que pudo amamantar a su hijo. Asimismo, el hecho de que el niño, en su condición de pupilo, debió permanecer un determinado tiempo en la Colocación Familiar, nos hace sospechar, no sin cierto fundamento, que a pesar de las prescripciones médicas, al niño no se le suministró jugo de naranja o de limón, por razones fáciles de imaginar.

El niño se hospitaliza a la edad de cuatro meses por una neumopatía con trastorno dispéptico y una afección de la piel que fué diagnosticada como de naturaleza infecciosa (estreptodermatitis). Esta situación importa dos factores patogénicos, que se suman al de una mala alimentación arti-

ficial. En efecto, la infección es un factor reconocido como un índice de mayor requerimiento vitamínico (si bien podríamos considerarla, en este caso, como la expresión de la conocida disergia escorbútica); y el otro factor lo es el trastorno de absorción condicionado por los empujes dia-reicos que integraban el cuadro mórbido de este enfermito. Tales factores, pues, han constituido causa más que suficiente para justificar la carencia comprobada clínicamente revelada por un síntoma que se considera casi patognomónico de la enfermedad que nos ocupa, cual es el de la hemorragia gingival.

Al puntualizar la carencia C, explícitamente dejamos de considerar las otras carencias que obligadamente debieron existir en mayor o menor grado, y esto para todos los principios alimentarios, desde el momento que los factores infección y trastorno de absorción, sumados a otros constituyen los comunes denominadores de todas las carencias, noción esta de fisiopatología nutritiva bien establecida en la obra actual y que hace que estemos más sobre el concepto de la pluricarencia o del síndrome pluricarencial. En apoyo de este aserto podríamos considerar la existencia en nuestro caso de una lengua roja y despapilada y hasta la misma piel asiento de una dermatitis estreptocócica, rebelde a todo tratamiento anti-infeccioso local y general, como expresiones de una deficiencia en alguno de los factores del complejo B. La rápida mejoría de todas estas manifestaciones coincidente con la administración del ácido ascórbico y del complejo B (pues en un principio se dieron varios comprimidos de este complejo), nos autorizan a tal interpretación.

Hay también en esta observación un hecho que debe ser comentado, y es el siguiente: que a pesar de la inyección semanal de 100 mg de ácido ascórbico que el niño recibía desde su internación, es decir durante un mes, y no obstante, como lo hemos señalado, el uso de las mezclas acidificadas con limón, la carencia subsistía. Y que debió ser muy acentuada, lo prueba el hecho de haber necesitado inyectar en total más de 900 mg en días sucesivos para poder hallar los primeros vestigios de la vitamina C en la orina, y que recién al llegar a 1.350 mg se pudieron dosar 5 mg %. Tal hecho puede ser considerado o como que, a pesar de una dosis alta pero única, los depósitos de esta dosis alta se agotaron rápidamente por las necesidades existentes, o bien porque los tejidos, es decir, el "terreno biológico", en carencia crónica aún cuando no acentuada, se hicieron vitaminorresistentes exigiendo por lo tanto grandes cantidades del principio específico para poder obtener la reparación, que sólo fué posible obtenerla por haber estado el proceso escorbútico dentro del límite de lo reversible.

Curación clínica y curación biológica son dos conceptos distintos pero que expresan una noción, en el terreno de una vitaminología, bien precisa y bien establecida. Estas y otras consideraciones que podríamos hacer, nos llevan a refirmar los conceptos de Mouriquand dados a conocer

en la excelente y medulosa monografía que escribiera sobre “Avitaminosis y Noción del Terreno”, principalmente en relación con las distrofias infantiles, y publicado en los “Archives de Médecine des Enfants”, de noviembre de 1939. Expresa el maestro francés, que el déficit incipiente de una determinada vitamina, origina sobre los tejidos en los que actúa de una manera específica, alteraciones sólo revelables al microscopio. La distrofia se inicia y progresa a medida que la carencia aumenta o se prolonga, a pesar de que en el terreno clínico el aspecto del sujeto es todavía el de la eutrofia. La distrofia es entonces aún inaparente o asintomática, y sólo se hará aparente o sintomática por los progresos mayores de la carencia o por la acción de factores de revelación como lo son las infecciones en general y, en el caso muy particular de la carencia C, los pequeños traumatismos y los procesos congestivos de variada etiología.

Tal es la interpretación que hacemos de nuestro caso al considerar la erupción dentaria como factor de revelación de la carencia existente. Desde ya por el síntoma en sí, tan característico y frecuente en el cuadro florido de un escorbuto (pero en tal circunstancia, es decir, en el escorbuto manifiesto, la hemorragia en la encía puede preceder, acompañar, o subsistir a la erupción dentaria). En segundo término, por haber coincidido la formación de los dos pequeños hematomas en los sacos dentarios de los incisivos con el hecho de estar éstos en pleno trabajo de erupción. No dejamos de considerar, sin embargo, que todo cuanto estaba ocurriendo en el niño —sobre todo el estado distrófico y la ya mencionada lesión rebelde y sangrante del cuello— era sin duda expresión de la carencia, aunque no tan elocuente como lo fué la hemorragia dentaria. Lo prueba la rápida mejoría, y hasta podemos decir curación, de todas las manifestaciones mórbidas, con el suministro de altas dosis de ácido ascórbico.

Es oportuno continuar señalando, siempre de acuerdo con Mouriquand, que cuando un sujeto ha sufrido una hipovitaminosis, aún después de la curación clínica persiste la distrofia de los tejidos sobre los que actúa la vitamina, y en consecuencia debe hacerse un tratamiento intenso y prolongado para poder llegar a la curación biológica o sea a la curación del terreno; sumando a esto la noción de que, sobreviniendo una nueva carencia, los síntomas aparecerán y se desarrollarán rápidamente, a pesar del menor grado de déficit vitamínico, por el estado de mayor sensibilidad o requerimiento en que se encuentran los tejidos antes afectados.

El conocimiento de estos últimos conceptos nos llevan a reafirmar que lo que en medicina se llama “terreno” (mayor o menor susceptibilidad para contraer ciertas y determinadas afecciones, y mayor o menor resistencia para la curación) y que antes se atribuía a factores hereditarios, congénitos, adquiridos, climáticos o hábitos de vida, etc., está en realidad conformado o determinado en muchas ocasiones por la difusión o pre-carencia de las vitaminas o de los otros principios indispensables, hoy bien conocidos, lo cual nos revela, y esto es una noción de trascendental im-

portancia, que ciertos "terrenos" pueden ser modificados del todo o por lo menos en gran parte, mediante una apropiada y oportuna terapéutica vitamínica o de los otros principios específicos en déficit.

CONCLUSIONES

1º La hipovitaminosis o carencia en vitamina C, y en general todas las hipocarencias, tal como la hemos comprobado y tal como la hemos comentado, en base a los conocimientos actuales de la vitaminología y en especial a los conceptos expresados por Mouriquand, es más frecuente de lo que se piensa, y está condicionada, sea por los trastornos de absorción o por su mayor requerimiento. El déficit por falta de aporte en realidad no debería ser considerado como factor patogénico, por ser del dominio pediátrico la indispensable necesidad de suministrar tal vitamina en las muy variadas formas en que se lo puede realizar en la práctica de la dietética infantil.

2º Que por lo tanto, el cuadro del escorbuto florido, salvo muy raras excepciones, dejará de ser tal por ser perfectamente prevenible, y que sólo la precarencia o terreno escorbútico podrá continuar como problema pediátrico, pero de fácil solución y fácil comprobación; basta para ello tenerlo presente.

3º Que los niveles de saturación del organismo con ácido ascórbico, determinados en el plasma o suero sanguíneo y que generalmente oscilan entre 0,5 y 1,5 mg por 100 cm³, sólo pueden ser mantenidos por el aporte diario de 20 a 30 mg.

4º Y que el concepto de pluricarencia debe dominar siempre al de carencia específica.