

Presentación de un caso de distrofia

Por la DRA. JOSEFA GUAY SÁNCHEZ(*)

NUESTRO CASO:

M. R. G. H. Cl. No. 1553, de 4 meses de edad, femenina, blanca, natural de La Lima, Cuneira, que ingresa el 12 de Septiembre de 1963, por vómitos y diarreas.

Historia de la enfermedad actual:

Refiere la madre que desde los 40 días de nacida la niña viene padeciendo de diarreas frecuentes, por lo que ha sido ingresada en el Hospital Provincial en varias ocasiones, siendo su último ingreso hace alrededor de 16 días por vómitos y diarreas con fiebre, decaimiento y pérdida de peso. Fue dada de alta, comenzando 8 días antes de su ingreso en este Centro nuevamente con vómitos frecuentes y diarreas líquidas amarillo-verdosas con flemas y fiebre variable de 38, 39 y 40°C.

Antecedentes prenatales: Embarazo de 9 meses.

Antecedentes natales: Parto eutócico.

Antecedentes postnatales: Llanto al nacer, no cianosis, no íctero-neonatal. Peso al nacer: 7 lbs. No. B.C.G. al nacer.

Alimentación: Pecho hasta los 2½ meses. Pelargón hasta hace 20 días. Leche de chiva en los últimos 20 días.

(*) S.M.S.R. del Hospital Rural "Lino Alvarez", San Fernando, Realengo 18, Oriente.

Desarrollo psicomotor: Dentro de los límites normales para su edad. Sostiene la cabeza y sigue los objetos con la vista.

A. P. F. Padre v/s, Madre v/s, Hermanos 4 v/s.

A. P. P. Vómitos y diarreas frecuentes.

Examen físico general: Lactante distrófica, con vitalidad disminuida y aspecto deshidratado.

Piel: Pliegue cutáneo abdominal y pliegues oblicuos en miembros.

Mucosas: Hipocoloreadas y secas.

P. A.: Disminuido.

T. C. S.: No infiltrado.

Facies: Simiesca (ojos brillantes, pestañas largas, pérdida de las bolsas de Bichat).

S. O. M. A.: Hipotonía muscular generalizada.

Faneras: n/s.

Peso: 4 lbs. 10 onz. *Talla:* 52 cms. *C.C.:* 33 cms. *Temp.* 39°C.

EXAMEN REGIONAL Y POR APARATOS:

Cabeza: Cabalgamiento de los huesos del cráneo. Fontanelas: 2½ x 2½ cms. deprimida.

Cuello: n/s.

Tronco: Costillas, esternón y escápulas, sacre y vértebras prominentes.

Extremidades: Lo referido.

A. C.: Ruidos cardíacos apagados. Taquicardia. FC. 110 x min. Pulso femoral: presente.

A.R.: F.R. 24/min., Nada patológico.

A. D.: Boca. N/S Lengua: saburral. Orofaringe: enrojecida. Abdomen: flácido, depresible, se observa el relieve de las asas intestinales, timpanismo generalizado. Hígado: rebasa 1 través dedo el reborde costal.

S. H. L. P.: Microadenopatías cervicales e inguinales.

G. U.: Nada patológico.

S. N.: Hipotonía muscular generalizada, reflectividad normal, irritabilidad.

COMENTARIOS

Constituye la distrofia, en el medio rural, una de las entidades más frecuentemente observada en la patología infantil. Podemos considerarla como un trastorno nutritivo deficitario del lac-



FIG. 1

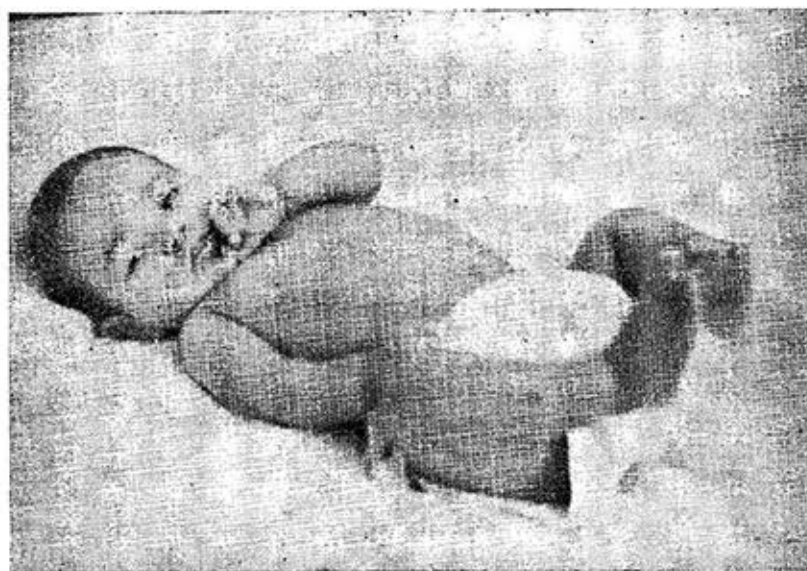
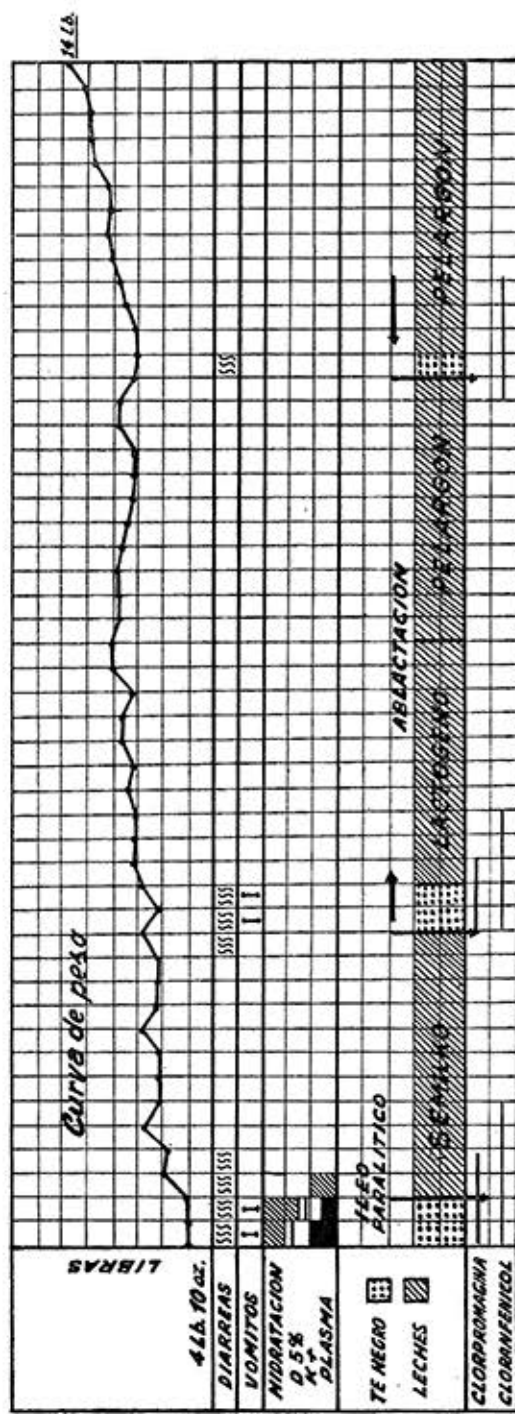


FIG. 2

DESDE SEPTIEMBRE 1963 → 5 meses → ENERO 1964



EVOLUCION, COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO

tante, de carácter primario y de evolución crónica, que se manifiesta, por una pérdida, estancamiento o escaso desarrollo ponderal.

Existen discrepancias entre distintos autores, en que la distrofia es siempre de carácter secundario, mientras que para otros es siempre de carácter primario. Si hacemos la observación desde el punto de vista de la *distrofia propiamente dicha*, llegamos a la conclusión de que siempre es primaria y que sólo en muy pocos casos es secundaria, como por ej., en la consecutiva a la fibrosis quística del páncreas.

Son muchos los casos de distrofia observados en nuestros 6 meses de Medicina Rural, y ello se debe a que existen diversos factores en el medio rural, que contribuyen a que el número de casos sea mayor que en las ciudades. Entre estos factores, merecen citarse en primer lugar el *factor económico*, y el factor cultural (ignorancia, supersticiones, malos hábitos alimenticios), la higiene ambiental.

Entre los demás factores que favorecen esta entidad clínica tenemos:

1. *Tipo de alimentación*: Sabido es que todo lactante cuya alimentación sea la leche materna no sufrirá de distrofia, a no ser que se trate de una hipogalactia sin dieta suplementaria. Los niños sometidos a una alimentación artificial están más expuestos debido a que no están recibiendo un alimento equilibrado. Hay que valorar también la dilución y concentración de los distintos tipos de leche. La falta de adición de carbohidratos. La alimentación a base de otros alimentos, como la harina, dando lugar a la distrofia farinácea.
2. *Edad*: Mientras más corta sea la edad del lactante hay mayores

riesgos, por lo que será fácil comprender que en los niños prematuros el peligro es mayor.

3. *Las infecciones*: Debemos considerarlas, más que como causa de distrofia, una consecuencia de la misma.
4. *Constitución*: Aunque algunos autores citan la constitución como otro factor desencadenante de distrofia, no debe dársele valor, pues si sabemos que la principal causa de la misma es el hambre, y las malas condiciones sociales, no podremos pensar que exista una constitución distrófica hereditaria.

Son muchas las clasificaciones que se han hecho acerca de la distrofia, siendo la de la escuela mejicana (Gómez), la más aceptada entre los pediatras cubanos. Gómez la clasifica según el peso en: Desnutrición de primer grado, aquellos con un peso entre 85 y 75% en relación con el peso normal para la edad. Desnutrición de segundo grado, peso entre 75 y 60% del peso average teórico y desnutrición de tercer grado por debajo del 60%. Luego tenemos otros tipos de clasificación como la de Marfán y la escuela francesa, la cual se basa en la pérdida de tejido adiposo, y así tenemos la hipotrepisia ligera cuando se ha perdido el tejido adiposo de abdomen y tórax; hipotrepisia seria cuando la pérdida se ha extendido además a las extremidades y atrepisia cuando se afecta finalmente la cara de esta pérdida de tejido adiposo. Otros como Finkelstein la considera o la divide en: a) con diarreas b) sin diarreas; atrofia a la consunción progresiva y a su período final, descomposición.

La clasificación de la escuela mejicana de acuerdo con el peso teórico nos luce más exacta puesto que es más objetiva.

CONCLUSIONES

1. El caso al que nos referimos se trata de una lactante con una distrofia de III grado, pues solamente llegó a nuestro Centro con el 36% de su peso teórico normal, complicado con una gastroenteritis aguda con deshidratación, al presentarlo queremos aclarar que no pretendemos que este trabajo sea original, lejos de serlo, carece de originalidad, sólo deseamos resaltar su valor más que científico, desde el punto de vista socio económico en el medio en el cual nos desenvolvemos en la actualidad.
2. Resaltar la incidencia de distrofias en el medio rural.
3. Que el distrófico en el medio rural, hace menos complicaciones y es menos resistente al tratamiento antibiótico.
4. Contribuir a la disminución del índice de mortalidad de la niñez campesina debida a esta entidad.
5. Mejorar la cultura del campesino, terminando con la ignorancia, supersticiones, malos hábitos de alimentación.
6. Insistir con las madres sobre la necesidad de la lactancia materna y en los casos en que ésta fuera imposible; orientarlas sobre la alimentación complementaria o suplementaria más adecuada.
7. Tratar con las Organizaciones de Masas de que sea mejorado el abastecimiento de los diferentes tipos de leche en los distintos Cuarterones, haciendo un Censo de Lactantes, ya que generalmente la leche más fácilmente disponible en la Tienda del Pueblo de nuestro Cuartón y por lo que podemos deducir en las demás poblaciones rurales, es la leche condensada, a pesar de ser este un medio rural, y por otra parte sabemos sus desventajas cualitativas en lo que respecta a su pobre contenido en proteínas y grasas, por lo que podemos decir que constituye la causa principal de distrofia en el medio que nos preocupa.
8. Y por último exhortar a todos los compañeros médicos rurales, a que divulguen la enseñanza de la Puericultura, contribuyendo con ello a que la niñez cubana se desarrolle sana y feliz.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Varela, G.: Etiología y tratamiento de la Distrofia, Rev. Cubana Pediat., 34: 84, 1962.
- 2.—Gómez, F. et al.: Desnutrición de 3er. grado y Kwashiorkor, Bol. méd. Hosp. inf. México, 9: 281, 1952.
- 3.—Gómez, F., Ramos Galvan, R., Gravioto, J. and Frenk, S.: Malnutrition in Infancy and Childhood with Special Reference to Kwashiorkor, Advances in Pediatrics, 7: 131, 1955.