

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
Y HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**

**CURSO DE TERAPEUTICA INFANTIL,
PARA GRADUADOS**

(Julio 19 — Diciembre 3)

V CONFERENCIA

INFECCIONES RESPIRATORIAS

(Agosto 16 de 1958).

**Ponentes: Doctor Humberto Gómez Herrera, Encargado de Cátedra.
Doctor Samuel Klahr B., Jefe de Clínica.**

Para el estudio de las infecciones respiratorias, de tan común ocurrencia en el niño, las dividiremos en infecciones:

- a) Del tracto superior: nariz, faringe y laringe (comprendiendo como anexos senos óseos de la cara, amígdalas y adenoides);
- b) Del tracto medio: tráquea y bronquios;
- c) Del tracto inferior: pulmones.

Es importante el diagnóstico diferencial de las distintas entidades respiratorias del niño, ya que teniendo un diagnóstico correcto será fácil aplicar el tratamiento correspondiente; sólo daremos normas generales terapéuticas en algunas afecciones más comunes o que presentan algunas dificultades.

Rinitis agudas:

Resfriado común viral (sinónimos: gripa, coriza, romadizo, etc.).

Bacteriana (secundaria, por neumococo, estreptococo, estafilococo, *H. influenzae*, *B. piocianico*).

Rinitis banal del lactante (2º - 3er. mes).

Fase aguda rinitis crónica.

Rinitis crónicas:

Bacterianas específicas: Diftérica, sifilitica.

Infección vecina: Sinusitis, amigdalitis crónica.

Obstrucción parcial: Adenoides, pólipos, hipertrofia cornetes, cuerpos extraños.

Malformaciones nasales: Tabique desviado.

Alérgica: Polinosis.

Atrófica: Oeena.

RESFRIADO COMUN VIRAL

Síntomas: Estornudos, catarro abundante. Escolar (adulto): Cefalea, malestar, dolores musculares o ligera adinamia, ronquera. Lactante: Fiebre, a veces elevada, anorexia, insomnio, vómito o diarrea parenteral frecuente.

Epidemiología: Período incubación, 24-48 horas. Duración promedio, 4 días. Complicaciones por extensión o sobreinfección bacteriana: Sinusitis, otitis media, mastoiditis, amigdalitis, laringitis, bronquitis, neumonía.

Tratamiento: 1. Reposo o disminución de actividades; 2. Sintomáticos como aspirina (60 mgs. por año, cada 4 horas, después de cinco años, 0.33 gms.); 3. Gotas nasales: Efedrina, neosinefrina, nafasolina (no usar aceites); 4. Posición favorable en el lactante (lateral, boca abajo); 5. Antibióticos, sólo para complicaciones (fiebre elevada, curso prolongado) o como preventivo en niños prematuros, débiles, post-operados (sulfas).

Profilaxis: 1. Aislamiento; 2. Vacunas virales, acción corta, variedad de cepas; antibacterianas, no tienen efecto, pero disminuyen complicaciones bacterianas; 3. *Vitaminas A-D y C:* no tienen mayor efecto, aunque su deficiencia sí favorece rinitis frecuentes; 4. "Acostumbramiento": baños fríos, deportes, aire libre, no son realmente efectivos.

Medidas inútiles: Uso de purgantes y enemas; alcalinos y expectorantes; sudores y tisanas. Superabrigar al niño.

Medidas perjudiciales: Uso de emplastos y pomadas en el pecho. Forzar alimentación en el lactante (respetar anorexia).

FARINGITIS AGUDA

Formas clínicas:

Exudativa:

Folicular o pultácea (estreptococo hemolítico).

Pseudomembranosa (difteria).

Congestiva (no exudativa).

Etiología:

Bacteriana: 1. Escarlatina; 2. Difteria; 3. Estreptocócica; 4. Tos ferina; 5. Otras: Pneumococo, estafilococo, hemophilus influenzae; asociación fusoespirilar.

Viral: 1. Enfermedades erúptivas; 2. Herpes simple; 3. Resfriado común; 4. Influenza; 5. Adenovirus faríngeo-conjuntival (S. D. F.); 6. Poliomieltis; 7. Pleurodinia; 8. Mononucleosis infecciosa; 9. Co-riomeningitis linfocitaria y otras encefalitis; 10. Psitacosis. Ornitosis.

AMIGDALITIS**Agudas:**

Congestivas: Faringotonsilitis (bacterianas y virales).

Exudativas:

Foliculares o pultáceas (estreptococo hemolítico).

Pseudomembranosas (diftéricas y pseudodiftéricas).

Crónicas:

Hipertróficas: Grados I, II, III y IV.

Crípticas (llamadas también "frambuesiformes").

Tratamiento:

1. Antibióticos de corto y amplio espectro;

2. Medidas locales: Antibióticos chupados (adyuvantes).

Los colutorios y los gargarismos son inútiles.

3. Indicaciones: Amigdalectomía: a) Hipertrofia, grado IV; b) Amígdalas crípticas e hipertróficas, juzgadas como foco séptico; c) Amigdalitis pultácea resistente a tratamiento continuo; d) Amigdalitis exudativa de frecuente repetición (mensual o bimensual); e) Adenitis cervical y submaxilar secundaria, permanente; f) Portadores de difteria en las amígdalas, resistentes a tratamiento médico; g) Enfermedad reumática o glomerulonefritis (no en fases agudas).

LARINGITIS**Agudas:**

1. Estridulosa (viral); 2. Espasmódica (falso crup), infecciosas o alérgicas; 3. Diftérica; 4. Laringotraqueobronquitis aguda (bacteriana); 5. Edema laríngeo (alergia, trauma, cuerpo extraño).

Crónicas:

1. Infecciosa crónica (TBC, sífilis); 2. Parasitarias (leishmania); 3. Rinoscleroma; 4. Neoplásica benigna (papiloma, fibroma); 5. Neoplasia maligna (carcinoma).

Tratamiento:

La laringotraqueobronquitis, el crup diftérico y el pseudocrup son enfermedades graves que *requieren hospitalización y atenta observación*. Si las medidas específicas (antitoxina, antibióticos, antihistámicos) y la permanencia en oxígeno húmedo no mejoran el cuadro dis-neico (inspiración) ni la cianosis, *debe recurrirse a la traqueotomía*.

BRONQUITIS

Agudas:

1. Virales (sarampión, resfrío común, influenza); 2. Bacterianas (pertussis; cocáceos, hem. influenza, bac. Friedlander); 3. Parasitarias (anquilostoma, áscaris); 4. Alérgicas: bronquitis espasmódicas.

Crónicas:

1. Tuberculosa; 2. Espiroquetosis de Castellani; 3. Micosis (moniliasis, histoplasmosis, coccidiomicosis); 4. Sinusitis crónica (foco séptico); 5. Mucoviscidosis; 6. Bronquiectasia; 7. Alergia respiratoria.

INFECCION RESPIRATORIA CRONICA

Factores etiológicos:

1. Reinfecciones frecuentes (bacteriana o viral); 2. Foco séptico: Amigdalitis, adenoides, sinusitis, otitis, mastoiditis, abscesos dentales; 3. Alergia: polvo, pólenes, gotas nasales; 4. Carencias: desnutrición, avitaminosis, anemia; 5. Mucoviscidosis; 6. Manifestación psicósomática (tensión emocional); 7. Susceptibilidad individual y familiar.

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LA NEUMONIA

I. *Bacteriana*: a) Neumococia (2ª y 3ª infancia); b) Estafilocócica (1ª infancia); c) Tuberculosis (tuberculina); d) Estreptocócica (post-tos ferina o influenza, estreptocócica, fiebre reumática); e) Bac. de la influenza (meningitis); f) Bac. de Friedlander; g) Mucoviscidosis; h) Tularemia.

II. *Espiroquetas*: En la sífilis congénita: neumonitis alba.

III. *Rickettsias*: a) Fiebre Q.; b) Fiebre de las montañas; c) Tifus.

IV. *Micótica*: a) Histoplasmosis; b) Moniliasis; c) Blastomicosis; d) Coccidiomicosis; e) Esporotricosis; f) Actinomicosis.

V. *Protozoos*: a) Toxoplasmosis; b) Pneumocistis carinii.

VI. *Por aspiración*: a) Lipoide; b) Intoxicación por kerosene; c) Cuerpos extraños; d) Polvo de estearato de zinc; e) Leche y otras sustancias alimenticias; f) Como causa secundaria a la tonsilectomía.

VII. *Infiltración eosinófila*: a) Síndrome de Loeffler o neumonía eosinófila; b) Eosinofilia con lesiones viscerales diseminadas: eosinofilia, leucocitosis, elevación globulina sérica, infiltración pulmonar, hepatomegalia, convulsiones. Raro.

VIII. *Neumonía por células plasmáticas*: Neumonía intersticial plasmocelular de los prematuros.

IX. *Por virus*: a) Neumonía atípica primaria; b) Neumonitis producida por virus (varios) Adams; c) Mononucleosis infecciosa; d) Eritema multiforme exudativo.

X. *Por virus*: e) Sarampión, varicela, viruela; f) Psitacosis, ornitosis; g) Coriomeningitis linfocitaria; h) Influenza (epidémica); i) La neumonía de células gigantes. Enf. de Hecht crónica e intersticial post-sarampión.

XI. *Disfunción autonómica familiar*: Neumonitis de repetición.

DIAGNOSTICO DE LA NEUMOPATIA DEL LACTANTE

I. Estado anímico del enfermo: anorexia, indiferencia, somnolencia, postración.

II. Comprobación de la dificultad respiratoria: aleteo nasal, elemento de gran valor diagnóstico que debe ser observado estando el niño tranquilo.

III. Cianosis.

IV. Ronquido, estridor, signos que se presentan solamente cuando hay obstrucción alta en las vías respiratorias.

V. Quejido espiratorio, signos característicos de lesión pulmonar.

VI. Ligero o franco opistótonos, explicado por la necesidad del lactante de aplicar su entrada de aire, debido a la gran cercanía del vestíbulo laríngeo al piso de la boca complicada por la obstrucción nasal, más o menos intensa en estos casos.

VII. Tos: se puede presenciar un acceso de tos, y no debemos alarmarnos por la tos con mucha flema, en cambio es de temer la tos apagada, difícil, que aumenta la cianosis y que es el índice de las neumopatías intersticiales. La ausencia de tos no descarta la existencia de una neumopatía, signo negativo que se observa con más frecuencia en el recién nacido.

VIII. Tiraje y disnea: síntomas de aparición precoz y de intensidad variable muy especialmente relacionados con la edad, y es así como comprobamos su aparición precoz cuanto más pequeño es el niño.

IX. Percusión: suave, difícil de interpretar.

X. Auscultación: no se espera encontrar muchos signos positivos a la auscultación en el lactante, pues en muchos casos no se halla el soplo, índice de condensación. En otras ocasiones el soplo aparecerá y desaparecerá de un momento a otro por un acceso de tos o por el llanto. Re-

cordar que normalmente se ausculta respiración ruda y soplo bronquial en la región interescapulo-vertebral derecha, signo que aumenta pudiendo hacer pensar en soplo tubario cuando el niño llora. Debemos recordar lo dicho acerca de la predominancia en el lactante de las formas intersticiales extrabroncoalveolares, y comprenderemos entonces perfectamente por qué existiendo una lesión pulmonar, en ocasiones extensa, no se oye nada a la auscultación. En este caso, si se insiste en la auscultación, se observa en algunos sitios una muy fina lluvia de estertores crepitantes, y si entonces el niño llora y luego se tranquiliza, y continuamos la auscultación, se comprobará que el lugar de la localización de los estertores ha cambiado, y lo que antes parecía ocupado ahora está libre, en cambio ha ocupado otros lugares. Signo sorprendente de un gran valor diagnóstico es la presencia del aumento de la cianosis y la disnea al levantar al niño o al cambiarlo de posición. Es tan precoz en algunas ocasiones este síntoma que antes de que se presenten los signos de dificultad respiratoria, disnea, cianosis, la madre lo ha notado anteriormente, la explicación es la siguiente: el llanto provoca congestión circulatoria, lo que aumenta la congestión y el edema intersticial en el mesénquima pulmonar. Es característico de las neumonías intersticiales el aumento intenso de la cianosis por el llanto, por el cambio de posición, y esto tanto más evidente cuanto más pequeño es el lactante.

XI. Fiebre: la fiebre no se puede valorar como signo de infección aguda, ya que en muchas ocasiones la enfermedad evoluciona, en unos casos, sin fiebre, y en otros, con hipotermia, muy especialmente durante el período de recién nacido, con mayor razón en el prematuro. En el lactante mayor la fiebre puede presentarse alta y permanente. En muchos casos es imposible hacer el diagnóstico de lesión pulmonar, localización, extensión, tipo anatómico, y orientar un pronóstico. Se comprueba el aleteo nasal, subcianosis o cianosis franca, disnea, acompañada o no de tiraje, fiebre o hipotermia, pero la auscultación comprueba muy pocos signos o casi nada.

Rayos X. Discordancia entre los hallazgos radiológicos y los signos clínicos y funcionales. Polimorfismo de las lesiones, punto de partida hilar, aspecto de algodón de las infiltraciones, ausencia de sistematización lobar o segmental, fugacidad de las imágenes.

Laboratorio: Ausencia de leucocitosis y polinucleosis, leucopenia inicial, moderado aumento de la sedimentación, crioaglutininas a 4°C en diluciones 1:32 en el 50% de los casos, aglutininas antiestreptococo MG en el 20% de los casos.

ATELECTASIA INFECCIOSA AGUDA DEL LACTANTE

La mortalidad por afección bronco-pulmonar es aún muy alta en menores de un año, y tal vez sea debida a grandes zonas de atelectasia, que a la clínica es imposible conocer, si no se auxilia del estudio radiológico. La evolución mortal de esta entidad hace que se haga estudio

radiológico en todo lactante con neumopatía, para hacer un tratamiento correcto.

Etiología y patogenia: Tejido pulmonar que no contiene aire, atrofiado. Reversible en todos sus estados, pero si dura mucho tiempo la fibrosis y la bronquiectasia, puede desarrollarse.

Síntomas: Disnea severa, retracción epigástrica y supraesternal, sin estridor. Respiración muy superficial (razón por la cual no se oyen estertores). Cianosis y disnea (no mejora con el O_2). Facies gris pálida. Shock. Aumento de la cianosis al llanto o al cambio de posición. Tos, a veces seca, por sacudidas, improductiva. Temperatura normal o subnormal. Retracción del tórax del lado de la lesión con desplazamiento del corazón hacia el lado enfermo. Disminución de movimientos del tórax, a veces, elevación del diafragma.

Broncoscopia: Secreción mucopurulenta muy abundante.

Radiología: Sombra de límites irregulares, convexa a veces, desplazamiento de la tráquea y corazón hacia el lado enfermo.

Tratamiento: Broncoaspiración. Antibióticos.

NEUMONIA LOBAR. — Típica.

Edad: A partir de los 3 años.

Localización: Cima derecha. Base izquierda. Neumonía central.

Síntomas: Principio brusco. Escalofrío. Vómito. Disnea. Aleteo nasal. Dilatación aberturas nasales. Tos (a veces ausente). Dolor de costado, abdominal (pseudoapendicular). Iniciación con signos meníngeos.

Signos físicos: Herpes labial. Enrojecimiento de la mejilla del mismo lado. Expectorcación mucosanguinolenta (ausente en los pequeños). Submatidez. Soplo (cima de la axila). Aumento de la trasmisión del llanto. Estertores crepitantes, no siempre presentes al principio. Ausencia de expansión en región subclavicular. Contractura unilateral de los escalenos.

Formas clínicas: *Abortiva* (frecuente por el uso precoz de quimioterapia y antibióticos). Neumonías dobles sucesivas. Neumonía de recaída a los diez o quince días. Neumonía masiva. Neumonía doble de conjunto.

Complicaciones: Pleuresía purulenta. Absceso pulmonar. Pericarditis. Miocarditis. Cor pulmonale. Meningitis. Peritonitis. Otitis. Síndrome, deshidratación.

TRATAMIENTO DE LAS NEUMOPATIAS AGUDAS

Evitar:

- Exceso de temperatura corporal y ambiental;
- Ventosas y cataplasmas;
- Almohada.
- Gotas nasales aceitosas. Purgantes.

Se recomienda:

- Temperatura ambiental entre 15 y 20 grados.
- Libertad de movimientos. Cambio de movimientos.
- Humedad en las incubadoras entre el 50 y el 90%.
- Vigilar la deshidratación.
- Tratar el colapso circulatorio y la falla cardíaca (será tema de una conferencia posterior).
- Vigilar la aparición de edema pulmonar, de cianosis, de taquipnea.
- Combatir síntomas gastrointestinales (constipación).
- Tratar la tos seca (humedad, oxígeno, Alevaire).
- Tratar la tos húmeda (cloruro de amonio, codeína, antihistamínicos), analgésicos (codeína, aspirina).
- Anticonvulsivantes, si se necesitan.
- Transfusiones.
- Alevaire (nebulizaciones).

Tratamiento etiológico:

- Sulfas: 0.20 a 0.30 gms. por kilo/día (cada 4 o 6 horas).
- Penicilina: 50.000 a 100.000 U. por kilo/día.
- Clortetraciclina (aureomicina), tetraciclinas, cloramfenicol, mixticlín, bristaciclina (A): *de 20 a 50 mgs. por kilo/día.*
- Novobiocina: 15 mgms. por kilo/día.
- Spontina (Abbot), vía endovenosa, en dextrosa al 5%: 250 mgms. del polvo en 125 cc. de solución dextrosada.
- Espiramicina (provamicina): 50 a 75 mgms. por kilo/día.
- Micostatin (antifungoso): 400.000 U. —4 cc.— cada 6 horas.