

tes; si procedemos a estudiar las razones en que se apoya, vemos lo insuficiente de las mismas. En efecto, dicho autor estudia sólo 34 casos, pero en la fase de declinación, sin edemas ya, ni hipertensión. Ya dijimos al comienzo que el proceso anatomopatológico es idéntico, e incluso la patogenia será la misma. Sin pretender aquí entrar en esta cuestión en la que continúa la discusión de la teoría isquémica de VOLHARD; la de la capilaritis glomerular de FAHR, y la de considerar a la nefritis aguda como una manifestación más de un proceso general de capilaritis; es notorio que la mayoría de los autores se inclinan hacia la tesis de FAHR de capilaritis y vasoconstricción, en cuyo apoyo están los estudios anatomopatológicos, los trabajos recientes sobre la renina y las experiencias de WILSON y BYRON, sobre las que no queremos insistir. Pero aun admitiendo la identidad patogénica y anatomopatológica, no por eso hay que negar las diferencias clínicas que la dan un matiz especial y la evidente divergencia en cuanto a la etiología. Por ello, a pesar de la afirmación de HURST de que se trata de la nefritis ordinaria modificada por las distintas condiciones de vida del soldado, es más lógico admitir con VOLHARD, BECHER, VOIT, ARNOLD, etc., que estamos en presencia de una nefritis aguda de etiología y sintomatología distintas a la ordinaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABERCROMBIE. — Citado por HURST.  
ANTHON y KUCZIUSKI. — Citados por BECHER, JIMÉNEZ DÍAZ, etc.  
ARNETH. — Citado por BECHER.  
ARNOLD. — Deutsch. Arch. f. Klin. Med., 557, 190, 1943.  
BLACKFAN. — Bull. Johns Hopkins Hosp., 39, 69, 1926.  
BLACKFAN y MCKE. KHANN. — Journ. Amer. Med. Ass., 97, 1.052, 1931.  
BECHER. — Münch. Med. Wschr., 1, 1, 1941.  
BICKL, GUYELY y DEMOLE. — Rev. Med. Suisse, 63, 86, 1943.  
BROWN. — Citado por FISHERBERG.  
BRUNS. — Z. Klin. Med., 83, 1918.  
CAMERON. — Edimb. M. J., 1939.  
CITRON. — Citado por BECHER.  
CRUICKSHANK. — Lancet, 275, 1941.  
DUNN. — J. Path. Bact., 51, 169, 1940.  
DUNN y MCNEE. — Brit. Med. Jour., 745, 1917.  
EPPINGER. — Klin. Wschr., 9, 2.043, 1930.  
FAHR. — Deutsch. Med. Wschr., 52, 735, 1926.  
FISHERBERG. — Hypertension and Nephritis. London, 1934.  
FUTCHER. — Arch. of Int. Med., 2, 1940.  
GAAL. — Arch. Kindh., 126, 65, 1942.  
GILSANZ. — Rev. Clin. Esp., 3, 189, 1941.  
GILSANZ, MARINA y ESCALADA. — Rev. Clin. Esp., 7, 274, 1942.  
GIORDANO. — Clínica, 8, 309, 1942.  
GIRONÉS y Roca. — Actas del Congreso Med. Mil de Castellón, 449, 1939.  
GROBER. — Citado por BECHER.  
GROS. — Münch. Med. Wschr., 76, 655, 1929.  
HARMSEN. — Citado por VOLHARD.  
HERXHEIMER. — Zeigler's Beiträge, 64, 454, 1917-18.  
HIRSCH. — Handb. d. arztl. Erfahrungen in Weltkrieg, 589.  
HULSE. — Citado por BECHER.  
HUME y NATRASS. — Quart. Jour. Med., 21, 1, 1927.  
JIMÉNEZ DÍAZ. — Lecciones de Cátedra, curso 1942-43.  
JUNGEMANN. — Hoffmann. Los médicos alemanes en la guerra mundial. Calpe, 1922.  
KEITH y THOMSON. — Jour. Urol., 3, 87, 1919.  
LANGE. — Nord. Med., 2.549, 1940.  
LEHMANN. — Citado por VOLHARD.  
LEIDTITZ. — Die Praxis der Nierenkrankheiten. Berlin, 1934.  
LONGCOPE. — Internat. Clin., 1938.  
LONGCOPE, O. BRIEN, MCGUIRE, HANSEN y DENNG. — Jour. Clin. Invest., 5, 7, 1927.  
MCZEAN. — Albuminuria and War Nephritis Among British Troops in France. Londres, 1939.  
MAGNUS-ARLESEN. — Citado por BECHER.  
MASUGI. — Klin. Wschr., 14, 373, 1935.  
MASUGI y SATO. — Virchow's Arch., 293, 391, 1936.  
MÜLLER, L. R. — Citado por HURST.  
MURPHY y PETERS. — Journ. Am. Med. Ass., 1942.  
MURPHY y RASTETTER. — Journ. Am. Med. Ass., 111, 668, 1938.  
NARBA. — Citado por MURPHY y PETERS.  
NONNENBRUCH. — Med. Welt., 47, 1939.  
NONNENBRUCH. — Zbl. inn. Med., 273, 1940.  
NONNENBRUCH. — Deutsch. Med. Wschr., 1, 442, 1942.  
OSMAN. — Guy's Hosp. Rep., 86, 1936.  
PLAST. — Brit. Med. Jour., 1, 987, 1936.  
SARRE y SOSTMANN. — Klin. Wschr., 1, 8, 1942.

- SAVIOLI. — Abst. del Journ. Am. Med. Ass., 94, 2.030, 1930.  
SCHITTENHELM. — Citado por BECHER.  
SCHURER. — Citado por BECHER.  
SIMPSON. — Lancet, 688, 1941.  
THANNHAUSER. — Citado por VOLHARD y BECHER.  
TOENIESSEN. — Deutsch. Arch. f. Klin. Med., 129, 183, 1919.  
TOPPER. — Citado por VOLHARD y BECHER.  
VOIT. — J. Kurze arztl. Fortbild., 35, 15, 1942.  
VOLHARD. — Münch. Med. Wschr., 37, 1.346, 1916.  
VOLHARD. — Deutsch. Med. Wschr., 45, 1.649, 1919.  
WILSON. — Citado por McLEAN.  
WILSON y BYRON. — Quart. J. Med., 10, 65, 1941.

## OTOMASTOIDITIS DEL LACTANTE (\*)

M. SUÁREZ

Profesor de Pediatría de la Universidad de Zaragoza

La otomastoiditis del lactante se presenta a pediatras y otólogos como un problema de palpitante actualidad y trascendencia. La infección se considera cada vez más como motivo primordial de los trastornos digestivos y nutritivos del lactante; no tiene, pues, nada de extraño que adquieran acusado relieve los estudios que traten de precisar cuál sea la influencia de las infecciones localizadas sobre el aparato digestivo y nutrición del niño de pecho. Los pediatras admiten, con más o menos reservas, desde hace ya dieciocho años, la importancia de la otomastoiditis o mejor otoantritis en la patología de dichos sistemas. Ésta sería la justificación de que les presentase esta comunicación con el ánimo de escuchar las valiosas opiniones de los prestigiosos otorrinolaringólogos aquí presentes.

Brevemente voy a exponer algunos aspectos de la cuestión, especialmente aquellos relacionados directamente con la clínica.

La frecuencia, según las estadísticas, es muy grande, y ya PARROT y TROECHS encuentran en las autopsias de 70 a 100 por 100; CANINO, entre 1.885 lactantes enfermos, un 26,2 por 100; HARTMANN un 75 por 100, entre otros autores citados por SCHENEEGANS. Pero no sólo es la otitis aguda catarral o purulenta, sino la otitis latente y antritis oculta las que en realidad nos plantean serios problemas en el orden diagnóstico y terapéutico.

Sobre la frecuencia de la antritis, SOKOLOV la encuentra en 12 por 100 de las otitis entre 1.089 lactantes, y lo que es más importante en 55 casos los tímpanos eran normales.

La fácil presentación de la infección ótica del niño de pecho se debe, como es sabido, a condiciones anatómicas especiales, a particularidades histológicas y a la frecuencia con que se contraen a esta edad rinofaringitis, sin olvidar que el estado nutritivo, alimentación, constitución, etc., condicionan también no sólo la frecuencia sino el pronóstico, como veremos más tarde.

La relación entre otoantritis y trastornos nutritivos continúa siendo motivo de controversia. Los casos de otitis manifiesta, con o sin antritis, no pre-

(\*) Comunicación a la Sección de Otorrinolaringología de las Jornadas Médicas Españolas. Zaragoza. Septiembre 1943.

sentan dificultades para el clínico, en cuanto su diagnóstico es fácil y su terapéutica es la habitual de estos procesos; pero para el pediatra suponen todavía un cierto interés por la sintomatología digestiva y los trastornos generales a que pueden dar lugar, aun cuando sobre los primeros estimo se ha exagerado algo. Entre nuestros protocolos encontramos muchos lactantes que presentaban otitis manifiesta con supuración y otorrea espontánea que no tuvieron el menor síntoma digestivo, y es que, como dice BESSAU, la tendencia a la infección es ya un signo de alteración somática y la manifestación digestiva, principalmente, diarrea, y la ótica serían expresión de la misma causa, aunque existan casos en que la dependencia sea evidente.

En otros enfermos predominan los síntomas generales, como en el siguiente:

V. F. Diez meses. Lactancia materna. Antecedentes sin interés. Hace dos meses comenzó con vómitos a continuación de las tetadas, que han continuado ininterrumpidamente y resistiendo a toda medicación, tenía algunos días fiebre y el peso disminuía progresivamente. Hace quince días, supuración espontánea de oído derecho. En la actualidad presenta facies de color pálido terroso, mirada triste, signos de deshidratación, distrofia intensa y supuración abundante del oído. Se aconseja antrotomía, que no se practica por circunstancias ajenas a nosotros. En esta enfermita era normal el análisis de orina, la radiografía de pulmón, y su fórmula hemática acusaba 22.040 leucocitos.

En este caso no ha habido diarrea, siendo las deposiciones normales, y sólo un día fueron disépticas, sobresaliendo la distrofia y los vómitos, que constituyen un síntoma frecuente.

El hecho de que en las infecciones localizadas la diarrea no sea de frecuente presentación, no es sólo patrimonio de las otitis, sino que hemos visto, por ejemplo, lactantes afectados de neumonías en distintas formas clínicas, con graves alteraciones del estado general y sin síntomas digestivos, o aquel otro niño de siete meses, que en el curso de una distrofia con diarrea, tiene un absceso motivado por una inyección y entonces, con la colección purulenta establecida, disminuye la diarrea, que no reaparece ni cuando tiene una necrosis profunda y extensa de los tejidos, que es cuando es visto por nosotros.

En resumen, podemos decir que la otitis manifiesta puede ser causa de trastornos nutritivos, pero no es lo frecuente, y en ocasiones son del mismo origen y en otras la otitis es secundaria a la distrofia.

MARRIOT y su escuela establecieron en 1925 el criterio de que una *otitis latente* o *antritis oculta* es responsable de los trastornos digestivos agudos en un 85 por 100 de los casos. Esta opinión es defendida por una serie de autores, entre otros ALDEN, COSTEN, MICHEL, FINDLAY, BROCKMANN, BURGERS en América; KOENIGSBERGER y TREPEL, LANGE, PASCHLAU, HOFFMAN y BARWICH, GYÖRGY, KELLER, en Alemania; RIBADEAU-DUMAS, RENAUULT, GRENET, RHÖMER, en Francia, mostrándose contrarios RITSCHER, MARFAN, FEER, GOPPERT, FRESER y FINKELSTEIN, aun cuando éste no niega existen casos en que la relación causal es evidente.

Entre esta diversidad de opiniones podemos deducir, del enjuiciamiento de nuestras observaciones y de la lectura de la literatura a nuestro alcance, que

la otoantritis latente o la antritis oculta puede presentarse: a) como manifestación en el curso de un trastorno nutritivo, constituyendo una circunstancia agravante, son las otoantritis secundarias de Ribadeau-Dumas; b) en forma primaria, son las otoantritis primitivas del mismo autor.

Estas otoantritis primitivas latentes u ocultas pueden o no dar síntomas digestivos. KOENIGSBERGER y TREPEL admiten cuatro formas clínicas: 1.<sup>a</sup>, enfermedad febril, aguda o crónica recidivante; 2.<sup>a</sup>, forma séptica; 3.<sup>a</sup>, forma meningítica; 4.<sup>a</sup>, con trastornos nutritivos; mientras que CSAPO distingue con GYÖRGY 5 formas: forma séptica (sepsis otógena), tóxica (con predominio de la exicosis), sépticotóxicas (con hemorragias), distrofia o descomposición otógena, y con síntomas disenteriformes. Es decir, que una otoantritis oculta puede aparecer ante nosotros con cuadros clínicos bien diferentes. En nuestra casuística son más frecuentes la forma séptica y la distrofiante, habiendo recientemente observado un caso de forma meningítico-tóxica cuya historia resumida transcribo, por ser su sintomatología muy instructiva:

J. F. Dos meses, lactancia materna. Peso: 5,600 kilogramos, 7-IX-1943. Desde hace veinticuatro horas, fiebre de 38°, con intranquilidad, agitación, vómitos. Lloro con frecuencia y escasas micciones según refiere la madre. La exploración de aparato respiratorio es negativa, la orina extraída por cateterismo es normal. Se envía a un otorrinolaringólogo para su exploración. Por circunstancias especiales no veo al enfermito hasta el día 14, en que lo traen con aspecto grave, signos de toxemia, vómitos, opistótonos muy pronunciado que dicen comenzó hace cuatro días y ha ido aumentando. La punción lumbar proporciona líquido claro normal con ligera pleocitosis, la temperatura es de 39,5. Diagnóstico otoantritis, a pesar de no haber encontrado signos locales. Es practicada la miringotomía (Dr. OBÓN) de oído derecho, saliendo una gota de pus. Al día siguiente el niño está mejor, la temperatura máxima es de 38°, pero ante la persistencia de los síntomas se punciona oído izquierdo con igual resultado que el derecho. El día 16, convulsión generalizada; no fiebre; la toxemia ha desaparecido; el 17 el niño está bien. Como tratamiento coadyuvante, tónicos cardiovasculares, suero Ringer y glucosado y sintomático.

En la forma séptica se trata de niños que la negatividad de síntomas y de datos de exploración unido a veces a alguna manifestación local, nos hace sospechar la otitis; en ocasiones la otoscopia nos ha confirmado el diagnóstico; en otras hemos hecho practicar la miringotomía (Dr. SAN Pfo) con resultado feliz que confirmaba el diagnóstico.

El estudio de las relaciones entre otoantritis y trastornos nutritivos se completa estudiando la siguiente cuestión: Observar entre los trastornos digestivos agudos que vemos en clínica, cuántos tienen por causa una otoantritis, y en este sentido podemos afirmar que, en nuestro medio por lo menos, esto es poco frecuente. Ni en la dispepsia aguda, ni en la tóxica, ni en las diarreas en general podemos comprobar la otoantritis como causa más importante. Más bien, creemos que la mayoría son o concomitantes o secundarias al trastorno digestivo, estando en este aspecto de acuerdo con la opinión ya citada de BESSAU. Pero en cualquiera de los casos supone un empeoramiento del pronóstico.

DIAGNÓSTICO. — Las dificultades diagnósticas son grandes. "El drama está en la carencia de diag-

nóstico clínico", ha dicho CATHALA. Los signos locales tienen poco valor y aun la otoscopia puede ser negativa o poco demostrativa. Los síntomas generales y la evolución son los que deciden. Ésta se hace, en general, en tres estadios, según la descripción de KELLER. Al principio es una rinofaringitis con detención o descenso de la curva de peso, fiebre, a veces vómitos aislados y más raramente deposiciones disépticas; más tarde pueden aparecer dos síntomas importantes: brusca pérdida de peso y vómitos incoercibles. En los casos por nosotros observados, los vómitos intensos, repetidos, persistentes a toda medicación, eran uno de los síntomas más señalados, como en las historias clínicas anteriormente expuestas. La fiebre puede no ser alta y las deposiciones todavía casi normales. Entonces, en cualquier momento, puede presentarse el tercer período caracterizado por el síndrome tóxicosico, y en el que destacan como más privativos del origen ótico, la expresión de la *factes* con su angustia y color terroso, cara tan característica que para nosotros constituye un dato de positivo valor, y la *hipertonía* con hiperquinesia, especialmente de las extremidades superiores, constituyendo las llamadas manos de director de orquesta, por SOKOLOV, y que encontramos también casi siempre. En este período la fiebre suele ser alta y los trastornos disépticos desproporcionados, por su poca intensidad, a la gravedad del enfermito.

A pesar, pues, de existir síntomas que nos hacen presumir, y aun en ciertos casos casi asegurar el diagnóstico de otoantritis, es preciso antes de afirmar el diagnóstico descartar la presencia de otros procesos infecciosos. Y así se excluirá la pielitis mediante análisis de orina extraída por cateterismo, una afección aguda del aparato respiratorio haciendo inclusive, en los casos dudosos, una radiografía de pulmón, y practicar un análisis del líquido céfalorraquídeo, sobre todo cuando presenta signos meningíticos.

La punción del antro, recomendada por HIRONDEL como prueba diagnóstica, no nos parece sea decisiva en la mayoría de los casos, y aunque carecemos de experiencia, podemos pensar en las dificultades de valoración, cuando sabemos las variaciones anatómicas individuales del antro, en cuanto a su situación, lo que hace que las punciones negativas no puedan ser de significación alguna y aún las llamadas positivas pueden inducir a error por el contenido normal del antro.

La negatividad de la exploración respiratoria, urinaria y meningoencefálica principalmente, unido a los síntomas de infección y alteraciones generales con las características anteriormente expuestas, imponen el diagnóstico de otoantritis oculta, al que pueden ayudarnos todavía el hemograma, leucocitosis con

desviación izquierda, la positividad del examen otoscópico, realizado por personal habituado a estas exploraciones en el lactante, y sobre todo el examen radiológico. La radiografía, bien practicada, puede ser un buen auxiliar, recomendando SONNAUER las técnicas de MAYER y de SCHÜLLE, por proporcionar mejor visualización del antro y áticus que la de STENVERS, preferida por KELLER, teniendo en cuenta para la interpretación radiológica que la mastoides se encuentra durante el primer año de la vida en la primera fase del proceso de neumatización, según la sistemática de WITTMACK.

El diagnóstico de antritis es fácil de establecerlo en el curso de una otitis purulenta.

El pronóstico ha sido bien precisado recientemente en el trabajo de DUDAS y HALKA; depende del germen causal, siendo más graves las formas mixtas neumostreptococo y en orden decreciente el neumococo y en tercer término el estafilococo; de la edad, constitución, alimentación, de la enfermedad concomitante, si la hay, estado general del lactante, prematuridad, carácter de la epidemia, condiciones climáticas y posibilidades terapéuticas.

El criterio terapéutico a seguir en las otoantritis ocultas podemos sintetizarlo en los siguientes principios:

a) En la otoantritis primitiva, la antrotomía precoz, con miringotomía previa, puede curar el proceso, y la indicación operatoria no admite dudas.

b) En las secundarias, los resultados no son tan brillantes, pero como la intervención no agrava el pronóstico, dada la sencillez e inocuidad de la técnica, somos partidarios de la operación.

c) Siendo los síntomas generales más que los locales los que han de decidir el diagnóstico y, por tanto, la intervención, la indicación operatoria es, por ahora, fundamentalmente pediátrica, y es necesario que nuestros colegas otólogos acepten practicar una operación de mínimo riesgo, como es la antrotomía en el lactante, aun cuando no se presente signo alguno otológico.

d) La antrotomía deberá ser bilateral y sobre sus beneficiosos resultados nos informa KELLER en su magnífico trabajo.

#### BIBLIOGRAFÍA

- CATHALA, J., LORRAIN y MOREL. — Bull. Soc. Ped., París, 34, 505, 1936.  
DUDAS, P. y HALKA, S. — Arch. Kinderheilk., 122, 85, 1941.  
GYÖRGY, E. — Arch. Kinderheilk., 116, 243, 1939.  
GRENET, H. y HIRONDEL, J. — Press. Médicale, 39, 533, 1942.  
KELLER, W. — Z. Kinderheilk., 62, 714, 1941.  
KOENIGSBERGER, E., y TREPPEL, G. — Klin. Wschr., 1.312 y 1.433, II, 1932.  
LEMER, BLOCH y CASEJUST. — Les otites latentes du nourrisson. Congrès de la Soc. Franc. de O. R. L. París, 1935.  
SCHNEEGANS, E. — Rev. Franc. de Ped., 15, 425, 1939.  
SOKOLOV, A. S. — Z. Kinderheilk., 54, 10, 1933.  
SONNAUER, P. — Arch. Kinderheilk., 122, 77, 1941.