



Cruz-Hernández M  
Catedrático emérito de Pediatría. Barcelona.

Correo electrónico: mchbcn@gmail.com

Recibido: 02-10-2015 Aceptado: 03-10-2015

Vox Paediatrica 2015; XXII(2):44-45

## Difteria en cataluña el año 2015

En los inicios de la primavera de 2015 el autor de este relato vivió un día de involuntaria y dudosa gloria al ser requerido por la Web del Colegio oficial de médicos de Barcelona, un diario de prensa escrita y el canal 33 de la TV. El motivo era la búsqueda de un médico que tuviera experiencia propia acerca de una enfermedad olvidada, pero causante de la muerte de un niño en edad escolar: la difteria. Me hicieron recordar mi experiencia con esta infección, lo que no es fácil, por el mucho tiempo pasado, porque suelo practicar el deber ético del olvido, y procuro no caer en las trampas de la nostalgia, sin compartir con algunos que el terreno de la medicina se va haciendo tan amplio, que hay que eliminar las enfermedades viejas para dejar sitio a las nuevas.

### Primeras vivencias

El conocimiento de la difteria lo vivió el autor al comenzar la licenciatura de medicina (Granada, 1945) y más como alumno interno numerario, aumentando su preocupación desde 1951 en el desempeño de varios puestos asistenciales. En esta etapa granadina conoció todos los tipos de difteria, que producía cada año miles y luego centenares de muertes, sobre todo en niños con una sintomatología variada: el bacilo diftérico puede invadir muchos órganos (desde los ojos y la nariz hasta los genitales, pasando por el ombligo), pero la lesión más frecuente es la angina o amigdalitis diftérica, que había que conocer pronto por sus síntomas clínicos. El médico se encontraba con un niño de pocos años que presentaba fiebre escasa, dolor de garganta, voz gangosa y cuello hinchado por grandes adenopatías. Al abrir la boca de la criatura aparecía el síntoma más valioso y preocupante: las membranas sobre las amígdalas de color blanco sucio, con tendencia a sangrar y extendiéndose a las partes próximas, por ejem-

plo los pilares que delimitan las amígdalas. Dada la frecuencia de la enfermedad, esto bastaba para el diagnóstico clínico y el comienzo del tratamiento. Desde entonces fue norma pediátrica no concluir ningún examen clínico de un niño sin ver su garganta (1,2,3).

### Fase de epidemia

La enfermedad empezó a declinar por el efecto lento de la vacuna antidiftérica, obligada pero no bien cumplida a partir de los años 1943-45. Sin embargo, todavía le preocupó en la siguiente etapa profesional en Cádiz desde 1957 hasta finales de 1964. Allí se daban más casos de la enfermedad que en Granada, porque había barrios y poblaciones con peores condiciones sociales y sanitarias, y la vacunación estaba mal cumplimentada. En el Hospital Mora de la Facultad de Medicina había una sala dedicada exclusivamente a los niños con difteria, sobre todo los que presentaban otra forma frecuente de la infección: la laringitis, crup o garrotillo (4). En este caso, por propagación desde la garganta o de manera primaria, las membranas estaban más abajo, en la laringe. Por ello aparecía un niño con llanto ronco, tos perruna y dificultad creciente para respirar hasta estar asfixiándose con mirada angustiada, labios morados y gran retracción del tórax. En el hospital se hacía la intubación o traqueotomía y el problema quedaba resuelto, por el momento, si se llegaba a tiempo. En cierto modo, el aparato crup diftérico avisaba con presteza del problema y obligaba a la aplicación de un tratamiento temprano y eficaz. Por el contrario, si el foco estaba en la nariz, era más fácil caer en un diagnóstico tardío con un peor pronóstico al dar tiempo a la agresión por las toxinas. En su primer año en Cádiz, el Autor fue llamado en consulta por un colega. Cuando llegó, el médico del pueblo ya había realizado una traqueotomía urgente en la misma mesa de

la cocina del cortijo. Le salvó así la vida al pequeño que estaba asfixiándose entre grandes sufrimientos. La curación se completó con el suero antidiftérico aplicado sin dilación al terminar la consulta.

Y hace 50 años, al llegar a principios de 1965 a Barcelona, todavía tuvo alguna relación médica con la difteria. Los médicos que formaban el equipo de pediatría del Hospital Clínico refieren que el año anterior, en 1964, cuando él andaba en la batalla para resolver el concurso-oposición de la cátedra de pediatría de Barcelona, ellos luchaban contra la difteria y tuvieron que hacer más de una traqueotomía de urgencia en el cuarto de curas existente a la entrada de la sala de lactantes. Su frecuencia por suerte disminuía de manera evidente y la asistencia pediátrica en todos los sentidos estaba siendo mejorada. Recuerda una visita ya en Barcelona de un niño alrededor de 7 años: su familia había observado con temor que no podía ver ni tragar bien. Sobre la marcha pudo demostrar que tenía restos de membranas en la garganta, no veía de cerca por parálisis de la acomodación y al beber un poco de agua, le salía por la nariz (parálisis del velo del paladar). Lo peor fue que al completar el examen clínico auscultó una enorme aceleración del latido cardíaco y en el vientre un aumento del tamaño del hígado, alertando que estaba padeciendo una miocarditis con insuficiencia cardíaca. Eran unas típicas lesiones a distancia producidas por la toxina del bacilo diftérico, siendo preciso el ingreso del paciente en el departamento de pediatría del Hospital Clínico. Allí en esta etapa, se asistían de preferencia casos complicados con nefritis y parálisis diftéricas en extremidades, confundidas a menudo con la polio. Ahora, la difteria comparte con las enfermedades minoritarias, raras o de baja prevalencia (5) su frecuencia menor de 5 por 10.000 en la fase de endemia, pero no se incluye en ellas- como otras infecciones- por conocer bien su etiología y terapéutica .

### Normas básicas de diagnóstico y tratamiento

¿Cómo hacía entonces el diagnóstico de difteria?. Estaba basado sobre todo en el ambiente epidémico, la falta de vacunación, el no haber sufrido antes la enfermedad y el examen clínico. En caso necesario se recurría a una extensión sobre porta con el material obtenido del borde de las placas diftéricas para su estudio al microscopio o mejor en un cultivo rápido. Ahora todo es más exacto pero más complicado al disponer de numerosas pruebas hasta el PCR del ADN del germen, pero se tiene en contra la tardanza posible en detectar la enfermedad. La responsabilidad del nuevo médico es buscar la manera de hacer compatibles la acuciante problemática actual, pensar en el cambiante futuro y no olvidar por completo el pasado (6).

El tratamiento era y es relativamente sencillo: ante todo, inyección de suero antidiftérico obtenido del caballo inmunizado. Al ser de otra especie, producía casi siempre una reacción: la llamada enfermedad del suero (urticaria, fiebre, inflamación de las articulaciones).

Luego el suero fue purificado hasta convertirse en antitoxina pura, mucho mejor tolerada y con dosificación diferente según la forma clínica. Además, con la llegada de los antibióticos el tratamiento y la prevención contó con otro elemento útil: el bacilo diftérico es sensible a la penicilina y a la eritromicina, con lo que se elimina no ya la toxina sino el propio microbio y se evita que persista en la garganta, convirtiendo al paciente o a una persona próxima en un portador.

¿Qué más atenciones de tratamiento eran posibles? El enfermo con laringitis se solía colocar bajo la ya obsoleta tienda de oxígeno y si la toxina había tenido tiempo de propagarse y producir lesión en diversos órganos, era preciso recurrir al cuidado hospitalario correspondiente. Fármacos utilizados en la miocarditis, junto al reposo y la oxigenoterapia, eran los corticoides y la digitalización en ausencias de arritmia, y más adelante carnitina (7).

### Profilaxis

Para la prevención el método número uno consiste en la vacuna. Se utiliza el llamado toxoide diftérico, o sea, la toxina del bacilo diftérico inactivada por la acción del calor y formol, pero con su poder inmunizante frente a la toxina aumentado gracias a la absorción con hidróxido de aluminio y luego gracias a la asociación con otras vacunas como las del tétanos y tos ferina. Es la conocida vacuna triple bacteriana a la que más adelante se unirían las muy eficaces para prevenir otras tres infecciones causadas por el hemófilus, los neumococos y los meningococos.

### Bibliografía

1. Cruz M. Manual de Pediatría, 3ª edición. Ed. Ergon. Majadahonda, 2013
2. Cruz M Tratado de Pediatría. 10ª edición. Ed. Ergon. Majadahonda, 2011
3. Galdó A, Cruz M. Tratado de Exploración clínica en Pediatría. Ed. Masson. Barcelona, 1995
4. Brines J, López Piñero J.M. El garrotillo hispano. Ed. Albatros. Valencia. 2011.
5. Cruz M, Bosch J. Manual ilustrado de enfermedades raras. Ed. Ergon. Majadahonda, 2014.
6. Cruz M. Sesenta años de pediatría inacabada. Ed. Ergon. Majadahonda, 2010.
7. Corretger JM, Cruz M, G. Hachero J., Moraga F. Infectología pediátrica. 2ª ed. Editorial Amolca. Caracas, 2011.