

Cuentos PEDIÁTRICOS (II)

Duérmeme mi niño...



ESCRIBE: PROF. DR.
MANÉ GARZÓN

**Duérmeme niño
Duérmeme un poco
Porque si no te duermes
¡Llamaré al coco!**

I

Fui llamado un día por mi estimado colega y amigo, el doctor Ángel Boksebaum, para ver en consulta un niño de cuatro años que estaba internado hacía pocas horas.

Me esperaba la siguiente historia, que el colega había obtenido de la madre. Era el cuarto episodio que requirió la internación de este niño y hubo otros de menor intensidad que remitieron espontáneamente. A cualquier hora del día, a veces sucediendo al sueño normal, era imposible despertarlo. Encontrándose en perfecto estado de salud, se veía afectado de un sueño incontrolable que se toma por el normal; pero no era posible despertarlo, lo que llevó a la madre a traerlo y a ser internado. Otras veces con estimulación (un baño, la mami, etcétera), se reponía y volvía a su estado normal. Era hijo de padres jóvenes y sanos. No tenía ningún antecedente perinatal.

Luego del primer episodio fue consultado un neurólogo infantil, quien luego de practicar los exámenes de rutina que fueron normales, incluso varios electroencefalogramas-hizo diagnóstico de narcolepsia y le indicó medicación estimulante con anfetaminas, pero los episodios continuaron y motivaron tres posteriores ingresos.

Ante la falta de respuesta al tratamiento indicado, y pensando en la posibilidad de la existencia de algún síndrome diencefálico con manifestaciones metabólicas, el colega requirió mi opinión luego de haber obtenido el consentimiento de la madre.

Pasamos entonces a ver al pequeño paciente. Estaba sentado tomando su desayuno, junto a su madre. Ya se había recuperado bastante del estado comatoso con que ingresara la noche anterior. Su examen clínico fue otra vez completamente normal. Pero lo interesante no era precisamente el niño, sino su madre. Era una hermosa mujer de unos treinta años, muy bien compuesta e insinuante. Vestía un traje negro ajustado que marcaba bien sus hermosas formas, aunque un poco abundantes; cintura fina; piernas de buenas proporciones, con elegantes zapatos de taco alto; estaba bien maquillada, con mesura; y tenía el pelo peinado hacia atrás formando un moño abundante y bien cuidado. Con afectada cortesía contestó mis preguntas mirándome a los ojos con cierta suficiencia, no se si burlona, provocativa o prescendente, que parecía decir que no deseaba ni le interesaba mi opinión. Tras esa

corta conversación la salud nuevamente para conversar con mi colega, y sin darme las gracias ni responder a mi «mucho gusto señora», me dijo en un tono desafiante y casi intimidatorio: «¡Ojalá, doctor, pueda dar con lo que tiene mi hijo!».

Frente a un paciente cuyo diagnóstico es difícil y ha sido visto por muchos colegas, el que hace el diagnóstico es el que llega último. Es uno de los preceptos evangélicos: «¡Los últimos serán los primeros!».

Fuimos a la enfermería. Nos sentamos. «¿Y qué te parece Mañé?», me dijo el colega. Reflexioné unos momentos, para expresar claramente mi opinión. Al entrar a la habitación había inferido la duda diagnóstica: el niño ya estaba muy bien, la apariencia exquisita de la madre, su rechazo hacia quién podía poner en duda un diagnóstico que evidentemente la protegía pues no quería admitir que se dudara de él, y al verlo puesto en duda, algo que podía más que ella marcó la evidencia y su interés en que fuera mantenido.

Creo -le dije a Boksebaum- que lo primero que hay que pensar es que a este niño se le administran drogas hipnóticas, por lo cual te sugiero hacerlas dosificar en orina por el Centro de Toxicología del Hospital de Clínicas.

A la tarde me llamó Boksebaum: se halló abundante cantidad de benzodiazepina en las muestras analizadas.

¿Qué ocurrió? Se le comunicó a la madre el hecho, lo que la enfureció, pero ¿contra quién? ¿Contra una pequeña empleada que cuidaba al niño cuando ella iba a trabajar! Recién entonces entró en escena el padre del niño, quien también acusó a la pobre muchacha. Policía, jueces y otras derivaciones. ¿Qué ocurría? Una perspicaz investigación que llevó a cabo el médico tratante permitió saberlo. El padre del niño era viajante de comercio, que hacía giras al interior en forma periódica. En estos periodos la madre, hermosa femme de trente ans, recibía de noche o de tarde a su amante, y para que el niño no lo viera -era un niño muy vivaz, difícil de dominar, que ya hablaba de todo- le administraba dosis variadas, según el programa que iba a desarrollar con su novio, y cuando se angustiaba al no poder despertarlo; ¡corría a internarlo!

II

Los trastornos del sueño son un tema de consulta diaria en pediatría. La enorme mayoría de esas consultas son por falta de sueño, en general por interrupción con llanto de éste en la noche. Las hipersomnias son raras, salvo las que, como la que comentamos, tienen origen tóxico. Quedan sin correcto diagnóstico algunas, en las que niños de dos a cuatro años son llevados a la emergencia de hospitales por depresión neuropsíquica marcada, nunca severa, pues no nos es posible obtener datos de ingestión de medicamentos y el estudio toxicológico no arroja ninguna anomalía.

Por tanto, exceptuados estos casos, el exceso de sueño en forma prolongada y profunda, o la crisis paroxística de sueño o narcolepsia, así como la habilidad para estar alerta en el primer sueño o filagripnia, son fenómenos clínicos excepcionales. La que más he tenido oca-

sión de observar es la narcolepsia, que se confunde en una misma entidad de herencia autosómica dominante con la cataplexia (crisis brusca de pérdida de tono o parálisis de causa no orgánica, no tumoral ni metabólica), desencadenada en general por una emoción. Los estudios recientes de pupilografía con luz ultravioleta han permitido identificar el estado de la pupila en la oscuridad (midriasis) y en el sueño (miosis) pudiéndose detectar así muchos casos de baja expresividad y por tanto asegurar mejor la herencia dominante.

Cataplexia, narcolepsia y otras lepsias son más leídas que asistidas, pero sin embargo existen. He tenido ocasión de tratar algunos casos y su sintomatología es igual a la referida en la intoxicación que narramos. Casi no se observan más los casos de origen diencefálico, generalmente tumorales, descritos en la literatura clásica. Basta recordar el mencionado por Francisco Soca de una paciente que durmió durante dos años por un tumor en la base del cráneo. Y los observados como secuelas de la encefalitis letárgica de von Economo luego de la epidemia de gripe del año 1918. Recordemos las crisis de sueño que presenta el síndrome de Pickwick (el famoso niño de la novela del mismo nombre de Dickens), que se caracteriza por obesidad, hipercapnia crónica y sueño imperioso. Debemos incluir aquí también la disautonomía o síndrome de Riley. La forma pura es un episodio cerebral paroxístico de origen genético o desconocido. Sus características son la presentación inopinada de un deseo incontrolable de dormir y entrada en un coma del cual espontáneamente se recupera en tiempos variables (minutos y horas). El examen clínico es normal y sólo el electroencefalograma aporta algún elemento de positividad para el diagnóstico. El tratamiento que existe no es del todo eficaz. Se usan los anfetaminas, metifenidatos y antidepressivos tricíclicos, pero la respuesta a ellos no es segura ni satisfactoria.

Si bien el diagnóstico de narcolepsia es imperioso hacerlo, y aun muchas veces se puede presentar con electroencefalograma normal, debe siempre sospecharse la posibilidad de una intoxicación intencional. Las formas de abuso del niño van desde las traumáticas hasta las que son provocadas por drogas o medicamentos.

III

El caso que comentamos entra perfectamente dentro del síndrome de niño abusado. ¿Cuál sería la conducta correcta? Vimos que la ingestión ocasionó más perjuicios que beneficios sobre todo para la víctima, quien generalmente sigue siendo sometida a la agresión.

Recuerdo que cuando yo hice mi posgrado en Pediatría, en la clínica pediátrica de Robert Debré en el período 1954-1956, se presentó el caso de un lactante que orinaba sangre. Los pañales estaban empapados en ella y la madre se mostraba sumamente angustiada. Todos los estudios fueron negativos: examen de orina, pielografía, crisis sanguínea, y otros. En vista de ello, se suscitó a la madre un pañal impregnado en sangre y se hizo analizar. El estudio de la hemoglobina demost-

tró que era de origen bovino. La señora concurrió nuevamente y se mostró muy interesada en que curaran a su hijo. Luego de una muy delicada consulta entre los médicos se decidió decirles solamente: «La sangre del pañal no corresponde a la sangre de su hijo».

Cabe hacer una clara distinción entre este caso, de abuso del niño, y el síndrome de Munchausen por procuración. El que narramos es un acto premeditado dirigido a un fin racional y que supone una integridad psíquica de la persona que lo lleva a cabo, del cual obtiene un beneficio real. Si bien en el anterior se trata también del niño abusado, existe en general en esta otra situación, un estado momentáneo reiterado o no de desequilibrio psíquico que agrede al niño en forma directa, el que se realiza sin un fin racional ni premeditado (battered child en el sentido clásico), por ejemplo simulando en él una enfermedad, como en el síndrome de Munchausen, y que también sería provocado por un grave estado neurótico en quién lo procura.

IV

Pero no quedan aquí los diferentes agravios de los que son objetos los niños. Una madre que había internado a su pequeño bebé en una sala de lactantes del hospital Pedro Visca narró que una noche, charlando con otra madre, ésta le dijo algo, acongojada aún por la enfermedad de su hijo a quien al día siguiente le darían el alta. Aquella madre, vieja conocedora de las libertades y deslices de la internación, tomando la angustia de la otra por su deseo de permanecer en el hospital, le dijo muy suelta de cuerpo: «¡No te preocupes, dale esta noche una mamadera de cerveza y mañana estará de nuevo deshidratado y grave!».

V

Otro tipo de agresión es el que he denominado síndrome de Medea. Es aquel miembro de la pareja desavenida que ha quedado solo y a cargo de los hijos, mientras el otro ha formado una nueva familia y pretende ser feliz como si nada hubiera pasado. El primero, entonces, como venganza por el abandono físico, psi-

quico, moral y social, recurre al medio más refinado y quizá el único al cual el otro miembro es sensible; ¡la salud de sus primeros hijos! Luego de usar todos los medios para configurar enfermedades que urde con enfermiza imaginación pero que son refutadas por el médico o por el buen sentido, arremete con desenfrenada pasión morbosa y expone a sus hijos al factor agresor manejado por su mente o mano. Fomenta el enfriamiento, el alimento escaso e impropio, la medicación agresiva, el vestido miserable, la provocación depresiva, el medio familiar insano. Así preparados, van a pasar el fin de semana con su otro padre, que quiere y debe ser feliz en la nueva pareja, muchas veces ya con un pequeño hijo. Estos se presentan sucios, en andrajos, tristes, hambrientos y cursando diferentes tipos de estados catarrales o digestivos, que les provocan ahora tos, que producen en la inmaculada casa del bebé tan cuidado, o vómitos junto al baño e inmaculados pañales recién planchados; cosa que tocan, rompen; cosa que tocan, ensucian...

Tuve ocasión de asistir a una de estas tragedias, en concreto a esta tragedia de Eurípides en la época moderna. Fueron siete hijos con quienes una madre diabólicamente agresiva se propuso vengarse de su marido de la manera más refinada y cruel. Su prédica maniaca, avalada en su opinión por la Gracia de Dios, fue socavando fríamente el amor de sus hijos hacia el padre, en pecado infame de divorcio y nuevo casamiento. Mientras permitía a unos verlo, a otros los analizaba en el rigor de la afortuna minándoles todo respecto o cariño. Unos y otros le eran así afrentados. Unos por presencia, desprolijos y torpes, depresivos o agresivos; otros por ausencia, negándole el saludo o en ocasión agrediendo físicamente. Uno a uno fue pasando por el refinado tormento, que terminó por angustiarnos a todos. Unos cayeron en graves trastornos de conducta; otros en desamparación total, admitiendo una sola relación frente a la dádiva y la claudicación.

¿No es esto lo mismo que hizo Medea con los hijos que tuvo con Jasón?

LIPITOR
Atorvastatina

el nuevo estándar para reducir los lípidos

Lipitor es mucho más que bajar el colesterol

Pfizer