

Caso clínico



Vol. 2, Núm. 2
Mayo-Agosto 2013
pp 79-85

Artritis no infecciosa de la rodilla, desnutrición por malabsorción monocítica y trastorno de la vinculación parental. Informe de un caso

Antonio Redon Tavera,* René Téllez Gastélum,† Margarita Guajardo Chavarría,§
Ruth Rivera Sánchez,|| Raúl Pichardo Bahena,|| Rosio Albarrán Ordaz,**
Carolina Duarte Salazar,‡§ Napoleón González Saldaña§§

- * Ortopedia Pediátrica. Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).
- † Patología Clínica (INR).
- § Psicóloga asistente.
- || Audición, Lenguaje y Atención al niño maltratado (INR).
- ¶ Anatomía Patológica (INR).
- ** Trabajo Social (INR).
- ‡ ‡ Reumatología (INR).
- §§ Infectología Pediátrica (INR).

Dirección para correspondencia:
Antonio Redon Tavera
Ortopedia Pediátrica. Instituto
Nacional de Rehabilitación.
Calzada México-Xochimilco
289, Col. Arenal de Guadalupe,
Tlalpan, México, D.F.
Tel: (01-55) 5999-1000 Ext. 14389
E-mail: antonioredon@doctor.com

Este artículo puede ser consultado
en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/rid>

Palabras clave: Malabsorción, monocítica, desnutrición, artritis, enfermedad oligoarticular, trastorno de la vinculación parental.

Key words: Monocytic, malabsorption, malnutrition, arthritis, oligoarticular disease, disvinculation disorder.

Resumen

Se presenta el caso de un niño de 9 meses de edad que ingresó con un cuadro de aparente artritis séptica aguda de la rodilla izquierda, el cual se sometió a cirugía de desbridamiento urgente, pero en quien nunca se confirmó infección. Su estado de desnutrición era extremo, con peso de 4,000 gramos a la edad de 9 meses. Consecutivamente tuvo cuadros de artritis de corta duración en diversas áreas, así como un cuadro de uveítis no granulomatosa que sugirió el diagnóstico de un proceso autoinmune. Se le encontró infiltración inflamatoria monocítica sobre la membrana basal del intestino mediante biopsia endoscópica. Tuvo aumento de la proteína C-reactiva a 65.8 mg/dL, sedimentación globular de 53 mm, aumento de IL-6 y antígeno HLA-B27 presente que se interpretaron como refuerzo del diagnóstico de autoinmunidad pero no fueron datos concluyentes. La desnutrición crítica se atribuyó a la infiltración monocítica inflamatoria del intestino. Puesto que el estado nutricional básico del paciente era considerado por los familiares como normal para el caso en particular, y se rehusó el intento de hospitalizarlo en una institución especializada para casos extremos de desnutrición (Hospital de la Cruz Blanca) se estableció el diagnóstico de trastorno de la vinculación parental. El paciente finalmente murió a la edad de 1 año y 11 meses por hemorragia digestiva alta masiva, al aplicársele una sonda nasogástrica en otro hospital para controlar la distensión abdominal que era prevalente en el niño, todo ello después de haberse resuelto un cuadro de neumonía aguda. La hemorragia es explicable por la elevada sensibilidad de la mucosa inflamatoria en el aparato digestivo, incluso al traumatismo leve.

Abstract

The case of a boy aged 9 months who was admitted by an unusual presentation of knee arthritis and monocytic malabsorption syndrome which carried him into a persistent severe malnutrition and into death is reported. Body weight at 9 months was 4,000 grams. A left knee big swelling was misdiagnosed as septic arthritis and so operated on, with postoperative negative cultures, persistent joint swelling and poor response to antibiotics. After repeating flare-ups of oligoarticular minor onsets and non-granulomatous uveitis, an autoimmune process was suspected. Monocytic malabsorption diagnosis was established after endoscopic biopsy, as a result of presence of inflammatory monocyte infiltration over the lamina propria at the jejunal mucosa. Positive HLA-B27 antigen as well as increased IL-6, C-reactive protein up to 65.8 mg/dL and sedimentation rate of 53 mm, were all non-conclusive supportive features for autoimmunity. Patient never gained body weight in spite of different unsuccessful efforts to nourish him. His prevalent general poor health condition was misinterpreted by his relatives as something normal for that baby, as the aberrant parental rationale was to refuse a late attempt to furnish feeding into a specialized non-cost nutritional facility (White Cross Hospital). Diagnosis of disvinculation disorder of parental-child bonding was so established. After relieving from pneumonia, patient

died at age of 1 year and 11 months at another local facility, as a result of massive gastro-esophagic bleeding, consecutive to the insertion of a nasogastric tube intended to relief abdominal distention. Bleeding is described since infiltrated mucous membrane of gut is highly sensitive even to minor trauma.

Introducción

Aun sin ser de la más elevada frecuencia, en los servicios de urgencias suelen presentarse casos pediátricos con cuadros de proceso inflamatorio articular que se interpretan en forma inmediata como artritis séptica, que incluso se someten a cirugía bajo el concepto de urgencia quirúrgica, pero en quienes no se confirma el origen del cuadro infectivo y surge un diagnóstico diferente en forma secundaria.

Asimismo, pueden concurrir otros diagnósticos en un mismo paciente, los cuales pueden pasar desapercibidos al no formar parte de una urgencia, como la presencia de desnutrición extrema, que se puede atribuir a diversas causas de enfermedad celiaca como la hipersensibilidad al gluten; la esteatorrea idiopática; la intolerancia a la grasa, a carbohidratos, a proteína o almidón, al esprue tropical o no tropical, o a trastornos inflamatorios de la mucosa intestinal de origen autoinmune.¹

Una forma de maltrato consiste en la apreciación parental de un niño, cuyo estado nutricional es en extremo deficiente, pueda ser identificado por la propia familia como portador de una condición física considerada normal para el caso en particular.

El estado de déficit nutricional obedece a orígenes diferentes como ocurre en una rara infección sistémica llamada enfermedad de Whipple, causada por la bacteria *Tropheryma whipplei*.^{2,3}

No es raro observar maltrato infantil por abandono, por ejemplo, en los estratos sociales en donde la condición económica de las familias es demasiado precaria, inclusive se han encontrado casos en que los niños son regalados o son abandonados.⁴

La importancia de presentar el caso actual consiste en mostrar aspectos tales como la dificultad del diagnóstico diferencial entre diversos procesos mórbidos articulares coexistentes con una condición nutricional deficitaria extrema, y las reacciones parentales con poca aceptación al manejo multidisciplinario del paciente pediátrico depauperado.

Caso clínico

Se presentó al lactante de 9.5 meses de edad al servicio de urgencias de nuestra institución, con un cuadro de evolución de dos semanas caracterizado por fiebre y aumento de volumen de la rodilla izquierda.

En un principio, el paciente ingresó a una primera institución donde se estableció el diagnóstico de sospecha de artritis séptica de la rodilla izquierda.

Los datos de laboratorio mostraron leucocitosis de 12,400, neutrófilos 63%, linfocitos 30.6%, hemoglobina 8.5 g/dL, hematocrito 26.3 mm, proteína C-reactiva positiva y sedimentación globular de 27 mm/h, significando todo ello una reacción inflamatoria sistémica de probable origen séptico. Se le instaló tratamiento conservador mediante dicloxacilina-ceftazidima-amikacina, sin mejoría significativa, solamente con cierta disminución de la fiebre, pero con permanencia de la rodilla izquierda con el mismo aumento de volumen aún después de casi dos semanas de tratamiento.

El paciente fue referido a nuestra institución a la que ingresó por el servicio de urgencias, donde se le encontró alerta, muy reactivo, irritable, deshidratado, en llanto permanente y con peso corporal de 4 kilos. El peso esperado para su edad debería ser de alrededor de 8.25 kilos, por lo que se consideró con desnutrición de tercer grado, ya que rebasó pérdida del 50% del peso corporal ideal.

El laboratorio, a su segundo ingreso, mostró: leucocitosis de 22,600 con diferencial de neutrófilos 87%, linfocitos 9.6% y monocitos 2.6%; plaquetas 381,000, hemoglobina 9.0 g/dL, hematocrito 27.4 mm, glucosa 65.4 mg/dL, urea 23.0 mg/dL, creatinina 0.3 mg/dL, proteína C-reactiva 65.8 mg/dL, sedimentación globular 53 mm/h, acetona en orina 80 mg/dL, albúmina 30 mg/dL, bacterias + y leucocitos 4-5 por campo.

La rodilla izquierda subsistía con el mismo aumento de volumen ya referido y con presencia de líquido intra-articular. Con todos los datos anteriores, se consideró razonable ratificar el diagnóstico original probable de artritis séptica de la rodilla izquierda, con el cual el niño se sometió a cirugía de desbridamiento y lavado de la articulación en forma inmediata.

Se obtuvo una moderada cantidad de líquido sinovial amarillento turbio, tipo agua de piña, pero sin material purulento, lo cual es poco congruente después de dos semanas de evolución para un proceso infeccioso. El cultivo fue negativo y no se cuenta con más datos en relación con la cirugía o el resultado del líquido obtenido.

Puesto que la condición nutricional y de hidratación del paciente era muy precaria, se le transfundieron

tres unidades de paquete globular y dos unidades de plasma fresco congelado durante el transoperatorio y en el postoperatorio inmediato, continuando después con hidratación parenteral. Se le trató con dicloxacilina como único plan de manejo antibiótico por vía intravenosa, y la nutrición oral se inició en cuanto el paciente la toleró. Su aspecto general era de niño maltratado por abandono (*Figura 1*).

La historia clínica anterior refería un peso normal al nacimiento de 3,400 g y una ganancia de peso corporal normal según el relato materno, hasta la edad de siete meses, cuando le fue retirada la alimentación al seno materno. A partir de ese momento se observó una tendencia a la rápida pérdida de peso corporal, con la cual subsistió hasta el momento de su ingreso, aunque nunca fue cuantificada.

El niño era el décimo primer descendiente dentro de una familia en la que el padre había tenido cuatro hijos varones de una madre diferente. Los dos primeros

hijos habían fallecido sin conocer la causa. La madre también había tenido dos hijas por cuenta propia y consecutivamente ambos progenitores tuvieron cinco hijos más de ambos, siendo el *propositus* el último de los cinco y de los once en total. Se constituyó el concepto de familia reintegrada por la sexta autora.

Ninguno de los diez hermanos mayores había sufrido de trastornos de la nutrición, no obstante el bajo ingreso económico de la familia. La escolaridad de los padres era de educación primaria.

Al momento de su ingreso, el paciente carecía de acta de nacimiento y su esquema de vacunación se encontraba incompleto. Con tales datos y ante el cuadro de desnutrición se determinó el diagnóstico de trastorno de la vinculación parental por la tercera autora.

Su nivel de desarrollo motriz era deficiente, sin capacidad para mantener la sedestación y su capacidad de comunicación era prácticamente nula, sin fijar la mirada y sin reacciones afectivas, pero todo ello llegó a ser considerado como algo normal para su caso en particular y solamente se le trasladó al hospital por la condición de su rodilla.

Lo anterior ameritó revisión por el servicio de atención al niño maltratado a cargo de la cuarta autora, en el cual se le instaló un plan de tratamiento mediante educación de cuidados maternos con enfoque particular en el concepto de vinculación padres-hijo y del intercambio de diálogo y sonrisa, estimulación en la actividad motora, giro del tronco, gateo y sedestación; el uso de utensilios de comida, entrenamiento con chupón para mejorar la succión oral, conjuntamente con esquema básico de horario para la administración de alimentos, baño y sueño durante el día y la noche.

La nutrición oral se realizó con leche entera de vaca y licuado de carne con vegetales, continuando con la hidratación parenteral y antibiótico por 3 semanas.

Se obtuvo una rápida ganancia de peso de 2,100 g de (4,000 a 6,100 g) pero hacia el final de la segunda semana la ganancia se perdió de manera progresiva y regresó a 4,900 g, que fue muy cercano al peso corporal inicial. En realidad se debe asumir que no existió tal ganancia ponderal, sino que el paciente se sobrehidrató con soluciones en forma transitoria, regresando a su estado original.

La fiebre desapareció, pero la rodilla izquierda subsistió con aumento de volumen de difícil resolución (*Figura 2*).

Ante la falta de ganancia en el peso corporal, se estableció el diagnóstico de síndrome de malabsorción, por lo que el paciente fue trasladado al Instituto Nacional de Pediatría. En aquella tercera institución



Figura 1. Se puede observar al paciente de nueve meses de edad, con extrema desnutrición, sarcopenia y deshidratación, así como en una actitud irritable permanente. Debe asumirse que se encontraba, muy probablemente, con dolor.



Figura 2. La imagen tomada después de 10 meses de la cirugía muestra el aspecto clínico de la rodilla izquierda con persistencia de aumento de volumen residual que no desapareció con tratamiento alguno.

donde fue manejado por el octavo autor, el paciente presentó episodios de fiebre, inflamación articular en la cadera izquierda y en la rodilla operada; nuevamente con leucocitosis de 31,200, plaquetas 845,000 y sedimentación globular de 53 mm sin que existiera un foco séptico que ameritara tratamiento quirúrgico. Se le aplicó tratamiento intravenoso con clindamicina por 24 días y ceftriaxona por 30 días. Secundariamente apareció infección urinaria por *Candida albicans* que se trató con fluconazol.

El paciente presentó un cuadro de vómito no en proyectil y lo que se consideró como movimientos estereotipados de la cabeza. El electroencefalograma y la tomografía computada del cráneo fueron normales.

Se le encontraron precipitinas positivas como reacción a la leche de vaca y además sangre oculta en heces. Se cambió la leche de vaca por leche de soya.

Como estudio diagnóstico se le realizó panendoscopia que reveló cambios inflamatorios en esófago, estómago, íleon y recto. Las biopsias obtenidas de la mucosa intestinal mostraron infiltración por monocitos sobre la membrana basal (Figura 3) considerando como primera posibilidad diagnóstica la de malabsorción por infiltración monocítica inflamatoria, como lo establecieron los autores segundo y quinto del presen-

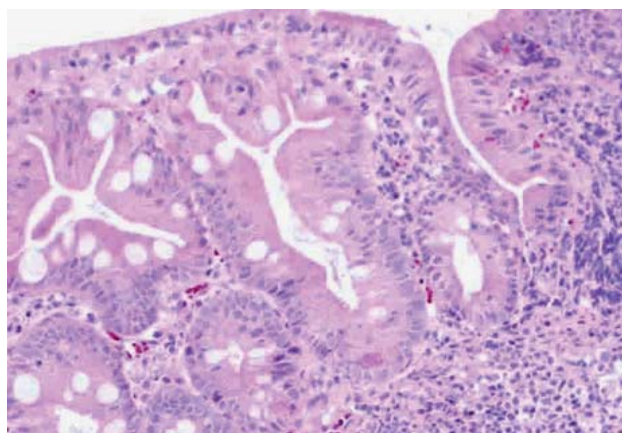


Figura 3. La infiltración de monocitos sobre la membrana basal de la mucosa yeyunal se puede considerar como una causa del trastorno de malabsorción, ya que el proceso inflamatorio de la mucosa entorpece su capacidad de absorción.

Imagen en color en: www.medigraphic.com/rid

te informe. No se encontraron macrófagos espumosos, como se describe en la enfermedad de Whipple.

No se obtuvo mejoría del proceso febril con el manejo antibiótico, por lo cual se suspendió. Al suspender dicho tratamiento, apareció un proceso inflamatorio uveal no granulomatoso y de nuevo periodos de inflamación articular en rodillas, codos, caderas y tobillos, de poca intensidad y sin presencia de líquido intraarticular.

Otros estudios, como el de procalcitonina 0.125, fue negativo para infección; sin embargo, el antígeno HLA-B27 fue positivo y también se encontró aumento de IL-6, todo ello como reacción inflamatoria probablemente, no específica.

Puesto que todos los datos orientaron a la existencia de un proceso autoinmune se instaló tratamiento con corticoides, con mejoría casi inmediata del cuadro de artritis múltiple, y la fiebre desapareció. Sin embargo, ésta reaparecía al suspender los corticoides.

Se agregó tratamiento con infliximab, methotrexate e hidroxicloroquina. El niño egresó de esa última institución después de 72 días, sin haber ganado peso corporal. Toda su estancia se mantuvo con seguimiento por la cuarta autora mediante visitas continuas. Se siguió el manejo con las tres drogas señaladas bajo el plan de tratamiento domiciliario.

Nunca apareció hepatomegalia, que es un signo característico de recuperación después de un cuadro de desnutrición, tratándose de un dato que ocurre por el redepósito del glucógeno hepático y que sería considerado de buen pronóstico.

Después de dos visitas domiciliarias, se le detectó luxación de la cadera izquierda y se le instaló férula de abducción de Fredjka, que no se usó con regularidad. Se observaron periodos de corta duración de inflamación articular, no sistematizada que en general desaparecían por sí solos.

A la edad de un año y 2 meses el peso corporal era de 5.2 kg, siendo el peso ideal esperado de 10 kg y al año y cinco meses el peso era de 5.5 kg. En un segundo ingreso a nuestro hospital, generado como resultado de visitas domiciliarias se le encontró cuenta leucocitaria de 10.7 con diferencial normal, bilirrubina total 0.12 mg/dL, transaminasa TGO 63.0 U/L, DHL 335 U/L, complemento C3 304.8 mg/dL, complemento C4 48.7 mg/dL, proteína C-reactiva 30.0 mg/L, factor reumatoide 14.0 (0-20), antiestreptolisinas 3.1 UI/mL. Se encontraron restos de alimentos no digeridos en heces estimados cualitativamente en ++ de ++++. No se encontraron otros datos como sangre, moco, pus, grasa o parásitos en tres muestras seriadas de materias fecales.

En una siguiente visita domiciliaria se propuso ingresar al paciente a un hospital especializado para la alimentación de niños en condiciones de desnutrición extrema y de atención gratuita, la cual fue rechazada en forma categórica por el padre del paciente. Existía evidencia familiar de intento formal de alimentación al niño aún en condiciones de bajos recursos, puesto que se observó abundante defecación, siendo su problema principal el problema de absorción y la no definición de un patrón alimentario específico (*Figura 4*).

Finalmente, el paciente sufrió un cuadro de neumonía, por lo cual fue internado en el hospital general de su localidad, donde el proceso neumónico se resolvió en forma satisfactoria.

Sin embargo, ante el cuadro de distensión abdominal persistente, fue tomada la decisión de aplicar sonda nasogástrica para descompresión. Como complicación del sondeo se produjo una hemorragia gastrointestinal alta masiva, incoercible, que condujo al paciente a la muerte.

Discusión

El proceso inflamatorio articular del paciente se define como afección de nivel oligoarticular a diferencia de cuando se trata de una sola articulación (monoarticular) o de todas las articulaciones (poliarticular).

Ante la no evidencia debe asumirse que realmente nunca existió artritis séptica de la rodilla izquierda, aun con toda la apariencia del cuadro clínico de presenta-

ción de su padecimiento principal que conjuntamente con los episodios subsecuentes de artritis transitoria leve o moderada, el episodio de uveítis y el proceso inflamatorio intestinal permite elaborar el diagnóstico de un proceso sistémico autoinmune.

Tanto el aspecto macroscópico del líquido sinovial como la falta de crecimiento bacteriano en el cultivo, nunca fueron estrictamente de infección.

El cuadro de malabsorción sí puede constituir parte de lo que se conoce como enfermedad celiaca, cuyos orígenes son muy variados. Se puede descartar infección en el aparato digestivo, en especial el síndrome de Whipple, gracias a la ausencia de macrófagos espumosos en las biopsias del intestino como es usual en dicho padecimiento.

La presencia del antígeno HLA-B27 no significa necesariamente enfermedad, como lo reporta Bownes.⁵ Este antígeno se ha encontrado en diversos núcleos poblacionales, en tasas hasta del 22.5% en las planicies Karimui, del 11.5% en la población Yupik de Alaska, en el 10.9% en el grupo Pazeh de Taiwán, 7.0% en el Tíbet y 6.8% en las comunidades tarahumaras de México.⁶

Al mismo tiempo, hasta el 90% de los casos de artritis séptica pueden ser positivos a este antígeno. En ausencia de sepsis, su presencia subsiste como una condición sin definición clínica para nuestro caso, pero se puede sumar al cuadro general como parte



Figura 4. Esta imagen inusual muestra la evidencia de los intentos de alimentación al paciente por parte de su familia, siendo el problema principal el trastorno de la absorción a nivel del intestino, cuya mucosa sufría del proceso inflamatorio crónico señalado como se confirmó mediante la detección de alimentos no digeridos en los exámenes de heces.

de respuesta inflamatoria autoinmune, no necesariamente con especificidad.

La elevación de la IL-6 conjuntamente con la de los reactantes de fase aguda (sedimentación globular y proteína C-reactiva) sólo refuerzan el concepto de proceso autoinmune.

La respuesta inflamatoria documentada por datos de laboratorio sugirió en algún momento para los integrantes del grupo de trabajo, la sospecha diagnóstica poco factible de espondilitis anquilosante (EA) que debe quedar descartada por corresponder formalmente a un trastorno esquelético del adulto, con datos clínicos que alteran la alineación de la columna vertebral y con respuesta inflamatoria ósea y periarticular que no se documentaron en el paciente, ni clínica ni radiológicamente.

El factor reumatoide negativo en el niño tampoco descarta problema alguno, ya que un elevado porcentaje de los casos muestra pruebas reumáticas negativas en el sentido en que se conceptualiza a la proliartritis crónica de la infancia o artritis reumatoide juvenil. Incluso los episodios de oligoartritis no corresponden a un cuadro típico de proceso «reumático».

Los niveles bajos de bilirrubina pueden atribuirse al bajo aporte proteico, mientras que la tendencia a la elevación de transaminasa y de deshidrogenasa láctica podría corresponder a la pérdida crónica de masa muscular.

En relación con la luxación de la cadera izquierda, no queda claro si surgió como consecuencia de alguno de los episodios de artritis, cuyo argumento sería poco genuino, o bien si formó parte de un proceso displásico congénito, que no se detectó de manera suficiente.

El síndrome de malabsorción, ocasionado con alta probabilidad, por el proceso inflamatorio con infiltración de monocitos en la mucosa intestinal, puede ser causa directa de la desnutrición. Puede ilustrar un caso de intolerancia a la leche no materna con reacción inflamatoria inusual en la mucosa del aparato digestivo. Se ha propuesto el tratamiento mediante factor de transferencia o eventualmente con corticoides, pero al parecer estos últimos sólo contribuyen en parte al control sistémico del cuadro autoinmune.

Sería menos aceptable el argumento de que la presencia de los monocitos apareciera como respuesta a la escasa nutrición. Estrictamente no existió carencia de aporte de materiales nutrientes como queda evidenciado por las evacuaciones abundantes del paciente.

Si bien hubo una mejoría temporal bajo el tratamiento con infliximab, tampoco éste es específico. Se aplicó dicho fármaco ante la evidencia de las lesiones colónicas que pudieron ser interpretadas como probable

colitis ulcerativa, debiendo considerar que las lesiones colónicas pudieron corresponder a una parte de la expresión del cuadro infiltrativo. En todo caso, la colitis ulcerativa también es poco frecuente en la infancia.

El infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico que se obtiene de la recombinación del DNA humano y murino; se considera como un agente inmunosupresor de segunda elección, que debe darse cuando los corticoides han fallado. Su función es neutralizar el factor de necrosis tumoral (TNF) alfa pero no el beta.⁷

El complejo inmune formado por infliximab y TNF-alfa reduce los niveles sanguíneos de IL-6 y de proteína C-reactiva y está indicado en enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso, la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn.

La toma de biopsias de la mucosa intestinal cuando se encuentra infiltrada es extremadamente riesgosa como causa potencial de hemorragia masiva, la cual suele requerir, por ejemplo, la colectomía de urgencia. Afortunadamente, pero de manera inexplicable, tal contingencia no sucedió durante la toma de las biopsias de la mucosa intestinal por endoscopia.⁸

La anemia perniciosa también suele ser causa de infiltración de la mucosa intestinal por monocitos y por células plasmáticas, así como producir megalocitosis de las células epiteliales encargadas de la absorción, pero tampoco se encontró anemia perniciosa en este paciente.⁹

La miorrutmia óculomasticatoria, que se refiere como una acción neural que acompaña a la enfermedad de Whipple, tampoco estuvo presente en nuestro paciente.¹⁰

De cualquier forma, la correlación entre las alteraciones metabólicas en niños desnutridos y la fisiopatología del sistema inmune no se encuentra suficientemente estudiada.¹¹ La presencia de alimentos sin digerir en las heces ratifica en todo caso el trastorno de absorción.

El plan de tratamiento debió consistir en la determinación y cálculo de una fórmula alimentaria capaz de ser absorbida por el intestino a pesar del proceso inflamatorio presente. Este método de nutrición estuvo previsto en el hospital de la organización Cruz Blanca, donde el paciente fue programado para ser ingresado. Sin embargo, dicho ingreso no se pudo asegurar como resultado de la inaccesibilidad paterna.

Tal concepto avala la precisión diagnóstica de síndrome de trastorno de la vinculación parental padre-hijo. Dentro de los datos que justifican tal diagnóstico se encuentran los siguientes: la falta de registro y acta de nacimiento, el aspecto físico de niño maltratado por abandono desde su primer ingreso a nuestra institución, aun con la contradicción de la aparente falta de aporte alimentario.

Como sea, no tenía un buen condicionamiento para el uso del biberón, lo cual trató de resolverse mediante

el entrenamiento con chupón, que de alguna forma proporcionó un cierto avance en su mecánica de nutrición.

La falta de aspectos como la fijación de la mirada, la ausencia de balbuceo, la falta de sonrisa social y una actitud general de indiferencia significó la existencia de signos de abandono. El enfoque de abandono consiste en la apreciación por parte de los padres de una situación de normalidad para el caso particular del hijo, habiendo renunciado en forma definitiva para continuar con los intentos de nutrición especializada.

El plan de tratamiento para la desvinculación incluyó aspectos como poner en práctica el habla con el niño, sonreírle, interactuar personalmente con él, establecer reglas y horarios para la alimentación, el baño y el sueño. Asimismo, se insistió en asignarle nombre y registrarlo con acta de nacimiento, lo cual nunca se consiguió.

De acuerdo con Kaplan¹² uno de los criterios sobresalientes para diagnosticar desvinculación es el estado nutricional deficitario profundo. Además, el manual DSM-IV-TR¹³ para el diagnóstico de los trastornos mentales señala en el criterio C (1) «la desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño, relacionadas con su necesidad, estimulación y afecto». El criterio C (2) señala «desestimación persistente de los requerimientos físicos básicos del niño». La condición de vida que rodeó al paciente justifica con claridad el diagnóstico de desvinculación padre-hijo.

En las últimas etapas del seguimiento, la cadera izquierda continuaba luxada y la férula de Fredjka no se le aplicaba. En todo caso, el estado general del niño tampoco permitía el abordaje quirúrgico de dicha articulación.

La situación final de sangrado del tubo digestivo consecutiva a la instalación de una sonda podía ser esperada, como ya se ha descrito en la producción de hemorragia masiva del colon, puesto que la mucosa inflamatoria de todo el tubo digestivo se vuelve más sensible al trauma. De alguna forma no es explicable

la ausencia de hemorragia masiva durante la toma original de las biopsias.

Bibliografía

1. Harris KM, Fasano A, Mann DL. Monocytes differentiated with IL-15 support Th17 and Th1 responses to wheat gliadin: implications for celiac disease. *Clin Immunol.* 2010; 135: 430-439.
2. Marth T, Raoult D. Whipple disease. *Lancet.* 2003; 361: 239-246.
3. Puéchal X. Whipple's disease. *Joint Bone Spine.* 2002; 69: 133-140.
4. Shaw DS, Vondra JI. Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: a longitudinal study of low income families. *J Child Psychol Psychiatry.* 1995; 23: 355-357.
5. Bowness P. HLA-B27 in health and disease: a double edge sword? *Rheumatology.* 2002; 41: 857-868.
6. Wikipedia. Human leukocyte antigen. Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Human_leukocyte_antigen
7. Puigventos F, Cervera M. Informe para la comisión de farmacia y terapéutica. Hospital Universitario Son Dureta 2000, Nov. 23.
8. González YM, Vera CJF, Avila RR. Ulcerative colitis in an infant. *Rev Chil Pediatr.* 1995; 66: 40-43.
9. Arvanitakis C. Functional and morphological abnormalities of the small intestinal mucosa in pernicious anemia. A prospective study. *Acta Hepatogastroenterol (Stuttg).* 1978; 25: 313-318.
10. Schwartz MA, Selhorst JB, Ochs AL, Beck RW, Campbell WW, Harris JK, Waters B, Velasco ME. Oculomasticatory myorhythmia: a unique movement disorder occurring in Whipple disease. *Ann Neurol.* 1986; 20: 677-683.
11. Das M, Stiehm ER, Borut T, Feig SA. Metabolic correlates of immune dysfunction in malnourished children. *Am J Clin Nutr.* 1977; 30: 1949-1952.
12. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001: 1408-1413.
13. SM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez. Barcelona: Masson; 2002: 146-150.