
UNA HISTORIA DE ENFERMEDAD CELIACA (1)

Por N. J. Camacho Gamba, Jefe de Clínica Infantil del Hospital de La Misericordia.—Bogotá

Es Mariela Santamaría una niña de doce meses, su peso es de 3.930 grs. y las restantes medidas son: talla, 54 cents.; circunferencia craneal, 42 cents.; c. torácica, 37 cents.; c. abdominal, 39 a 42 cents. c. del brazo, 10 cents.; c. del muslo, 17 cents.; distancia del apex al borde superior del pubis, 35 cents.

A la simple inspección notamos un vientre grande, globuloso que no concuerda con el resto del cuerpo; hay exageración del meteorismo, no es doloroso. La piel de la niña es pálida, sus cuatro miembros están enflaquecidos, parecen simples apéndices del tronco; de frente saliente con depresión en la base de la nariz; lengua limpia, paladar ligeramente ojival; ganglios cervicales, retroauriculares, la zona de percusión del bazo parece aumentada; la fontanela se está suturando, no se sienta, no camina, no habla, su psiquismo es deficiente, no fija la mirada en los objetos que le debieran ser interesantes, come sin apetito y hace unas cinco dep. blancuzcas al día.

Los exámenes del Laboratorio practicados en el Hospital de La Misericordia nos suministran los siguientes datos: *mat. fec.*: encontramos repetidas veces abundantes grasas bajo la forma de ácidos grasos y jabones y ausencia de grasas neutras, su flora es abundante y sin predominancia por la gram positiva o negativa; *orina*: Urea, 8,55 grs. %, cloruros, 4 grs. % albúmina, 0,30 % y leucocitos dispersos y bacterias. *Sangre* glob. rojos. 4.400.000. glob. blancos, 12.000, hemoglobina, 70 %, cociente, 0,79. P. neutrófilos, 24 gr. mononucleares, 2, m. mononucleares, 15. Linfocitos, 59. Sedimentación globular: a la hora, 20 mm.; a las dos horas, 50 mm.; a las 24 h. 120 mm. En la radiografía del aparato digestivo se encontró con la comida baritada un estómago normal y el ciego y colon ascendente de calibre mayor; con el enema baritado se

(1) Presentada a la Sociedad de Pediatría de Bogotá.

encontró una ansa sigmoide de calibre mayor que el normal, bastante desarrollada y situada en su mayor parte en lado derecho, el colon descendente se encontró igualmente dilatado y de paredes lisas.

Antecedentes personales. Tuvo varicela y sarampión a mediados del presente año y ha tenido dos catarros bronquiales. Tomó el seno cuatro meses y la alimentación mixta duró hasta el sexto mes; la alimentación artificial ha consistido en L. A. C., descremada en alguna época, con crema en otras. Estas variaciones teníamos que hacerlas motivadas por los frecuentes períodos de diarrea pues notábamos, alguna mejoría con la suspensión de la grasa, pero cuando aumentábamos ésta con el fin de conseguir un aumento de peso, volvía la diarrea; entonces su número alcanzaba hasta 8 o 10, eran abundantes, pastosas, generalmente agrias, esponjosas de color amarillo pálido; en los períodos de mejoría son abundantes, jabonosas, decoloradas y tuvo la particularidad de hacer las dep. azules últimamente. Durante todo el tiempo dominó una anorexia persistente para la leche materna y aún para leche ácida, únicamente en el mes de oct. tuvo buen apetito. La niña no vomitaba sino en forma esporádica, en algunas ocasiones se notaba presencia de líquido de retención por medio del baloteo abdominal y después de 3 horas de haber comido. El aumento de su peso ha sido casi nulo, en ocho meses no ha aumentado sino 900 gramos en vez de 4.800. Para conseguir una mejoría se le agregó harinas a la L. A. C. y leche de mujer sin resultado. El tratamiento antisifilítico tampoco nos ha mejorado la niña.

Antecedentes hereditarios. Es hija única de unión no legalizada de padres que no tienen más de veinte años. La madre ha sido sirvienta y últimamente trabaja en una Fábrica, por lo cual se le recibió la niña en la sala-cuna; la higiene de la habitación ha dejado mucho qué desear y no ha valido para su corrección los frecuentes consejos de la Visitadora Social; mantienen a la criatura con muy poco aseo, no cuida y quiere a su hija como debiera hacerlo; tuvo ella una reacción de Wassermann (†††) en 1936 y otra reacción (—) en enero de 1938, no ha sido tratada. El padre tiene claros antecedentes alcohólicos.

Comentarios a la historia. Por los datos que pude recoger me daba la impresión de estar frente a una distrofia simple que se complicaba con diarreas motivadas por crisis periódicas en la producción de los jugos digestivos. El paladar, su frente, la dilatación de las venas en la base de la nariz, la conformación de ésta, los ganglios, su pequeña haptomegalia y su misma distrofia nos indicaban que era un sifilítico congénito y una distrofia que evolucionaba en terreno favorable.

Pero el tratamiento dietético prolongado pacientemente por varios meses y medicaciones para su sífilis evidente no daban resultado; al terminar el primer año tenía la niña un peso de 4.000 grs. en vez de 9.600, una talla de 54 en lugar de 70 cmts. Según el índice de Pignet, 54, (4-47), de robusticidad, en el que se compara la talla en función

del peso y del perímetro torácico, da un coeficiente de 13 que es considerado como regular. Si aplicamos el de Dally (37.2) nos da el dato de que el niño debiera medir de 68 a 70 cents. y por lo tanto tiene una talla muy baja. Si usamos el de Oide nos demuestra que tiene una talla muy pequeña, que hay una desproporción entre el tronco y los miembros inferiores y es en la cortedad de éstos donde reside su escasa talla. Además, la circunferencia de los muslos y brazos es de 9 y 17 cents. en vez de 12 y 22, respectivamente. Tenemos, pues, por las medidas antropométricas, que la niña tiene una cabeza grande con relación a su cuerpo que podemos explicar por su sífilis congénita; una talla pequeña, un abdomen grande, un desarrollo de sus miembros precarios y una desnutrición acentuada.

La radiografía nos explicaba la dilatación del abdomen: por una dilatación del colon y especialmente de la ilíaca que iba hasta el lado derecho. En el estómago el intestino no había dilatación, por eso no había vómitos de retención; no había una gran dilatación hipertrófica del colon con retención fecaloide como en la enfermedad de Hiesprung. Y hay además que si hay emulsión y digestión de las grasas, no hay déficit de más una diarrea grasa y dep. decoloradas, abundantemente jabonosas; en éstas no hay grasas neutras sino jabones y ácidos grasos, lo cual nos secreción biliar, pero sí hay un gran defecto en la absorción de las grasas. Esto, unido a la intumescencia abdominal y a la falta de crecimiento, nos hicieron pensar en la enfermedad celiaca.

Enfermedad celiaca.

Sintomatología.

Aspecto general. Lo que más llama la atención es la dilatación abdominal y luego el enflaquecimiento de los miembros o falta de desarrollo muscular con consiguiente pérdida de su actividad, impotencia muscular, fundición del panículo adiposo lo que llega a colocar al enfermo en el segundo grado de hipotrofia de Marfan, y es necesario hacerlo notar de paso, nunca llegan a la atrofia o atrepsia de Parrot; presentan el signo de Miller o atrofia de los glúteos y acentuación de sus pliegues.

La detención del crecimiento estatural, mucho más marcado en los miembros que en el tronco, es interesante, pues las alteraciones digestivas comunes generalmente influyen mucho en el peso y poco en la talla, y cuando hay alteraciones persistentes de la nutrición es el crecimiento estatural lo último que se lesiona. Esto es algo que le es propio a la entidad. Los niños son enanos, de ahí el nombre de enanismo o infantilismo intestinal. Morquio cita el caso de un niño de cinco años con un peso de 5.200 grs. Rentonl presentó uno enfermo de 18 años con 125 cents. de talla; y el nuestro, de un año, tiene una talla de un niño de quince días.

La cara es redondeada y rechoncha, la piel anémica pero de un fondo terroso, conjuntivas anémicas. Los argentinos encuentran también niños con el facies del atréptico: alargado, afilado, surcado de arrugas. El pelo es seco y duro. Y tiene una apariencia de indiferente e irritable.

Sintomatología digestiva. Diarrea. Estos niños, como en el caso que acabamos de ver, mantienen durante todo el tiempo de su enfermedad, una diarrea que encuadra dentro de las del tipo graso. Las dep. no son muy numerosas, de 5 a 9, abundantes, cremosas, con pequeños grumos, no muy fétidas esponjosas, a veces hay moco, nunca sangre, de reacción ácida o alcalina, ácida en los períodos agudos, de color amarillo pálido o acólica. Esta diarrea se desencadena algunas veces por cambio de los constitutivos de la alimentación en forma extemporánea; el perineo se escoria frecuentemente. Cuando cesa la diarrea el niño hace dep. blandas, pastosas, decoloradas, 3 ó 4 el día; entonces llama la atención la cantidad y el color de la dep. Este estado de mejoría es sucedido por otro de diarrea. Nunca hay oclusión intestinal ni tampoco constipación. El vientre es enorme, aun cuando hay períodos de disminución de su volumen, no es doloroso, se aprecia el meteorismo y algunas veces se encuentra líquido de retención intestinal.

En el exámen químico se encuentra una predominancia por los cuerpos grasos, algunos llegan a encontrar que forman un 50% de la mat. fecal. Cuando hay diarrea son más abundantes los ácidos grasos, luégo vienen los jabones y, por último, las grasas neutras, en períodos de mejoría son los jabones los que predominan. Si bien la dep. toma el carácter de acólica, sin pigmentos, no lo es en realidad, pues se ha encontrado el pigmento biliar, lo que pasa es que se ha transformado en un leuco-urobilina. Nuestra enferma presentó, luégo de un período de dep. decoloradas, un tiempo de dep. azules que viene a indicarnos la presencia de pigmentos.

No es difícil encontrar secundariamente restos de hidrocarbonados no digeridos ni transformados y puede presentarse el tipo de dispepsia de harinas: dep. líquidas, ácidas, coloreables con el lugol. Es más raro encontrar la dispepsia de las albuminas, no hay cólicos ni fiebre, la lengua generalmente está limpia, y todos están de acuerdo en que los proteidos son los mejor digeridos y absorbidos en estos casos. En la mat. fec. no encontramos caseína. La flora es variable.

En resumen, se puede sintetizar diciendo que primitivamente no hay dispepsia de ningún compuesto, secundariamente pueden existir las de hidrocarbonados, pero lo capital es la falta de absorción de los ácidos grasos y jabones.

Vómito. No es frecuente este síntoma. En el caso que tratamos no se presentó sino en los primeros meses de la vida, cuando es frecuente hasta en niños mejor nutridos, y esporádicamente, por motivos del sarampión o de un recargo digestivo; y nunca se consultó por esto. Al en-

contrar líquido de retención nos llamó la atención la ausencia de este síntoma, la radiografía nos lo explicó al desechar la posibilidad de dilatación gástrica. Hay, sin embargo autores que lo han encontrado frecuente.

Lengua. Generalmente está limpia, no obstante, se encuentra saburral con motivo de alteraciones digestivas secundarias.

Apetito. Es una característica de falta de apetito durante el tiempo de la enfermedad, es rebelde a los excitantes medicamentos y a los alimentos ácidos que generalmente despiertan una bulimia. El niño se muestra indiferente al alimento, poca atención le despierta el biberón. Se señalan algunas ocasiones de magnífico apetito.

Intumescencia abdominal. Como hemos dicho es grande, timpánico, con red venosa superficial, se dibujan en él los movimientos intestinales, no es doloroso, no se palpa ni el hígado ni el bazo, la pared está tensa, el peristaltismo intestinal se nota exagerado. Cuando el niño camina toma la marcha típica de balanceo de mujer embarazada. En las radiografías se encuentra una dilatación simple del cólon y es el macrosigma otra característica importante; Florencio Escardó, de la Argentina, lo encuentra colocado a la derecha de la columna vertebral, en la gran mayoría de los casos. Algunos franceses han hallado dilataciones del intestino delgado y del estómago.

Anemia. Es constante en estos casos y su intensidad está en relación con la duración de la enfermedad. En el caso que tratamos, relativamente reciente, el número de glóbulos rojos está algo disminuído y el porcentaje de hemoglobina no llega sino al 70%. Angel Hebrero encontró anemias con un 28% de hemoglobina. El tipo más frecuente es el clorótico, aun cuando se encuentra el hiperclorémico con megalocitemia, como en algunos adultos que la sufrieron semejando una anemia perniciosa. Se encuentra una monocitosis y también una leucopenia.

¿Cómo se explica la anemia? Por dosificaciones verificadas en la sangre se encuentra un aumento del cloro, este metaloide en exceso haría impropio el medio para la fijación de la hemoglobina y su oxigenación conveniente. Y el cloro no puede eliminarse lo suficiente por el jugo gástrico el que se encuentra hipoácido y de ahí la anorexia y el exceso de este elemento en la sangre. En nuestro enfermo tal vez no ha habido una abundancia del cloro sanguíneo que determine la anemia por la circunstancia de haber un escaso aporte de cloruros en la alimentación constituida por leche sin suero y, por otra parte, por tener en la alimentación ácida un gran estimulante del jugo gástrico, con lo cual se le substraía de la sangre.

Irritabilidad. Es frecuente que a esa apatía e indiferencia por el alimento y el medio que lo rodea, a esa resolución muscular, se una el

factor irritable; son esquivos huraños y cuando se les interrumpe en su indiferencia viene el llanto. Nuestro enfermo raras veces se ríe. El desarrollo mental es muy deficiente.

Hidrolabilidad. Se señala como frecuente en estos casos. En nuestro enfermo hemos observado descensos bruscos y repentinos de su peso.

Avitaminosis. Es innegable su existencia. Por dosificaciones del calcio y el fósforo en la sangre se encuentra una disminución de estos elementos, debido en parte a la eliminación de sales y a la falta de absorción de la grasa que es el vehículo de la vitamina D. Es este el motivo de la tuberculosis, del raquitismo, de la osteomalacia, osteoporosis y de la tetania que se han encontrado más frecuentes en estos casos.

Frecuencia. Esta entidad en Europa es más frecuente en Inglaterra, Alemania y Suiza; en Francia Marcán no anota sino unos seis casos, en España, Martínez Vargas la ha encontrado más frecuente. En América donde se han descrito repetidos casos es en los EE. UU., es conocida en Méjico, los casos presentados en el Uruguay y la Argentina pasan ya de treinta y nuevamente se van señalando nuevos casos a medida que su conocimiento se va difundiendo. Entre nosotros, es éste el primer caso que se relata, pero tengo que confesar la impresión de que, algunos otros, tal vez, se me han escapado a este diagnóstico.

El sexo influye mucho en la aparición de esta enfermedad, como quiera que de diez casos, ocho son mujeres. La casualidad o la ley de la frecuencia hicieron que este primer caso fuera del sexo femenino.

Parece que las condiciones económicas y la carencia de higiene tienen su influencia, pues generalmente se les encuentra deficientes; les recuerdo los datos que nos da la Visitadora sobre la falta de higiene en la habitación y el poco caso que le daba la madre de la niña a las reconveniones por el aseo personal.

De parte de los padres se ha encontrado igualmente cierta debilidad mental y apatía, un retardo físico u otras alteraciones o vicios susceptibles de engendar taras. En nuestro caso es digno de notar el alcoholismo del padre y la sífilis comprobada en la madre.

Comienzo de la enfermedad. No principia repentinamente, se va instalando paulatinamente con manifestaciones dispeptivas y dilatación apenas perceptible del abdomen. La mayoría de los casos los descubre el médico cuando va a investigar el porqué de la dilatación, de su caquexia y de las continuas diarreas. El comienzo lo han señalado a fines del primer año. En nuestro caso fué iniciándose la enfermedad desde los primeros meses de la vida con sus continuas alteraciones digestivas que fueron tomando determinadas características por su debilidad congénita y sus innegables y justas taras. Son por estas circunstancias tan eficazmente determinantes, por lo que pudimos descubrir la entidad ya al comienzo de su segundo año.

Pero no sólo en los niños se encuentra, Ment y Hunter relatan el caso de un maujer de 39 años con radiografía intestinal comprobatoria, con la falta de absorción de las grasas, dilatación abdominal y normalidad de las secreciones hepáticas y pancreática. Gee describe un caso de 17 y otro de 21 años; pero la mayoría de ellos se encuentra durante el segundo año.

Tratamiento. En estos casos es esencialmente dietético y debe ser llevado según las normas establecidas para su calidad, cantidad y continuidad so pena de hacerse incurable la enfermedad o sufrir un retroceso si se quebrantan sus pautas.

La base de la alimentación está en suprimir la grasa que no se asimila y es origen de alteraciones secundarias, los hidrocarbonados se proscriben o se limitan y se da en abundancia la albúmina con adición de plátano u otras frutas. La dieta de Howland es leche y plátano, Haas agrega albúmina de huevo, carne y frutas. Fanconi da un mes babeurre con 3 % de harinas y plátano y frutas; luégo añade 50 grs. de hígado de ternera y, por último, 50 grs. de lechuga, espinaca y zanahoria; cuando hay franca mejoría se agrega queso y yema de huevo, y se siguen aumentando los hidrocarbonados.

Además hay algunos otros tratamientos adyuvantes que prestan gran servicio. Schlesinger y Martínez Vargas han empleado con éxito la insulina): C. V. Rice ha elogiado al tratamiento con vitaminas; Lodi recomienda la miel, rica en dextrinas y vitaminas, y otros asocian calcio y rayos ultravioleta.

La hospitalización es recomendable con estos casos con el objeto de asegurar la administración de la dieta propuesta; nosotros así lo hemos visto con la espléndida mejoría que tuvo la niña durante dos semanas el aumento fué de 600 gramos con una dieta a base de L. A. C. y plátano habano bien maduro; al volver la niña a la casa de su madre ha sufrido un retroceso notable, debido a que estas personas no siguen rigurosamente las indicaciones sobre la dieta.

Etiología. Gee, quien fué el que descubrió la enfermedad en 1888, creyó que se trataba esencialmente de una insuficiencia hepática por la esteatorrea y decoloración de la mat. fec. Luégo, los trabajos de Herter y Heubner, con cuyos nombres se conoce igualmente la enfermedad, comprobaron la secreción biliar en la excreta y las grasas ya han sufrido su influencia digestiva toda vez que no se encuentran en su forma neutra sino en la de ácidos grasos y abundantes jabones, y anotamos también las variaciones de color verde o azul como una transformación de esos mismos pigmentos. La anemia que se observa pudiera ser de origen hepático como la hemolítica, más no se ha comprobado su insuficiencia por la bilirrubina de la sangre y, por otra parte, la anemia no es de ese tipo, aun cuando haya casos parecidos a la perniciosa.

El factor pancreático se ha discutido, pero la digestión del páncreas, como la del hígado existe. Es cierto que por las pruebas de eliminación de los azúcares se ha encontrado una glicemia experimental, sin embargo esto mismo se observa en la atrepsia e hipotiroidismo. Con el magnífico estudio de Parmette, recientemente publicado (A. M. of D. of Ch. mayo-38) se delimita esta entidad de otra que él llama "Esteatorrea congénita" que caracteriza así: 1º por su incurabilidad; 2º por ser congénita, se hace muy notoria desde los primeros días; 3º por la grasa que excreta, que es en mayoría de grasa neutra, esto es, sin digerir, y 4º por las lesiones del páncreas deducidas por las pruebas experimentales y exámenes anatomopatológicos, lo cual no se encuentra en la enfermedad celíaca. Si algunos les parece conveniente la insulina, esto no demuestra su verdadera etiología. Es una falta de absorción de las grasas digeridas y listas para asimilarse en un colon que se ha dilatado y perturbado por lo tanto la absorción. Por la ausencia en el torrente circulatorio de las sustancias grasas, de las vitaminas liposolubles y del calcio en cantidad suficiente se producen en él los fenómenos del estacionamiento ponderal y estatural, la anemia, el raquitismo y las dispepsias secundarias.

Las características que toma la enfermedad tienen una raíz en los antecedentes hereditarios; son las alteraciones mentales, el alcoholismo y la sífilis, como en nuestro caso. Se requiere este terreno conformado por las taras para que las pequeñas alteraciones vayan aumentando y constituyendo la enfermedad.

Pero hemos partido de una dilatación colon, ¿y ésta qué la produce? Es el punto más discutible. Unos creen que la avitaminosis, más probable es que sea una consecuencia de la deficiente absorción. Hebreo cree que hay una alteración pluriglandular y un factor principal en las glándulas sexuales. Priesel cree que hay un factor hereditario y un disturbio digestivo crónico desde los primeros meses de la vida. Morquio dice que no se sabe si en realidad sea una enfermedad o un síndrome, al cual pueda llegarse por diferentes alteraciones digestivas.

Para algunos autores norteamericanos, la enfermedad de Gee-Herter no es sino la enfermedad de Gee en los niños pequeños, la enfermedad de Gee-Thaysen en los más grandes la esteatorrea congénita de Parmelle en los adultos y el Sprue en el trópico.

Es cierto que esta entidad guarda mucha semejanza con el spru; en el tratamiento se confunden, la una con la otra, los antecedentes de la higiene y alimentación defectuosas son los mismos; difieren en el factor hereditario, en la intensidad de algunos síntomas y en la localización de la lesión anatomopatológica, al paso que esta lesión en sprue se encuentra en toda la longitud del intestino, en la enfermedad celíaca se halla en el colon terminal. Aunque no parece que deban tener la misma etiología con todo merece estudiarse su semejanza para puntualizar más los caracteres.

Para nosotros adquiere una trascendental importancia este estudio por ser el sprue o psilosis una enfermedad del trópico y por tratarse con éxito una y otra enfermedad con un fruto que también es nuestro. Del análisis químico del plátano no podemos deducir, por ahora, nada, anotamos sí que es un fruto que contiene una gran cantidad de almidones, transformados en dextrinas cuando está maduro, con un porcentaje del 22 al 30 %, es rica en vitaminas A B C y la fuente más rica de vitamina E que es la de la reproducción; contiene cantidades apreciables de Ca, K-CL-Mg y también Fe, Cu y Ph. Sus efectos en la alimentación infantil son muy buenos cuando está maduro y malos o deficientes cuando se da verde, sin haberse transformado sus almidones en dextrinas.

Al tratar de su etiología no podemos atribuirle la misma que al megalocolon o enfermedad de Hirsprung por tener caracteres clínicos y anatomo-patológicos diferentes; en esta entidad no hay sino un trastorno primario de la rapidez con que pasa el bolo fecal por el colon, sin que la absorción esté fuertemente lesionada y sin que sea para las grasas electivamente el defecto. Y por tener tratamientos distintos.

Nos parece muy cierto lo que dice Morquio, no sabemos si verdaderamente es una enfermedad con sus etapas patogénicas bien diferenciadas y que obedecen a un estado especial del organismo producido por un agente virulento, teratológico, congénito o adquirido o un síndrome que es el resultante, en veces caprichoso, de múltiples circunstancias.

Resumen. Se presenta un caso de Enfermedad Celiaca en un niño con sífilis congénita, de 13 meses, con un peso de 4.000 gramos y una talla de 54 cents., con intumescencia abdominal, deposiciones decoloradas, de carácter irritable y con antecedentes de debilidad mental en los padres. Se experimenta una mejoría con leche ácida caseosa y plátano habano maduro. Y se hace un recuento de su etiología, patogenia y tratamiento con observaciones personales.

BIBLIOGRAFIA

Cooper. Barber and Mitchell. New York. Nutrition in Health and Disease.

Escardo Florencio. Tesis de Buenos Aires.

Fanconi. American Journal of Diseases of Children. Agosto de 1935.

Finkelstein. Berlín. Tratado de las enfermedades de los niños de pecho.

Gravelli Carlos. Montevideo. Archivos de Pediatría del Uruguay. Ag. 1937.

Hebrero Angel. Madrid. *Pediatría Española.* Diciembre de 1935.

Manson Bahr. Londres. *Enfermedades Tropicales.*

Marfan. Paris. *Les affections des voies digestives.*

Martínez Vargas. Madrid. *Medicina de los Niños* N. 36.

Ment y Hunter. Amer. Jour. of Diseases of Children. Septiembre de 1935.

Morquio. Diario de *Pediatría de Río de Janeiro.* Agosto de 1935.

Mc Collum and Simonds. Baltimore. *The Newer Knowledge of Nutrition.*

Priesel. Amer. Jour. of Diseases of Children. Agosto de 1935.

Parmelle. Amer. Jour. of Diseases of Children. Febrero de 1938.

Rice C. V. *Archives Pediatrics.* Agosto de 1936.

Saxl Thomas. New York. *Pediatric Dietetics.*

Schlesinger. *Archives Diseases of Children.*

Van Creveld *Celiac Disease.* Amsterdam.

Torres Umaña Calixto. *Problemas de Nutrición Infantil.*

