

## Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba...

### AÑO XXVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 298

### SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1968

#### FIGURA DE LA PEDIATRÍA

*El profesor Manuel Bueno Sánchez*

#### ARTÍCULOS ORIGINALES

*Trabajos doctrinales y casos clínicos*

Hiperbilirrubinemia y fototerapia, por los doctores Zambosco, Ferre y Arturi de la Plata

Hemorragias graves del tracto digestivo superior en el niño, por los doctores Sánchez-Puelles y Martín Esteban

Notas clínicas sobre la hernia diafragmática de Bochdalek neonatal, por el doctor S. Ruiz Company

Jardín Infantil de la Sagrada Familia de Tenerife, por el doctor José Antonio Sosa Fariña

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en el mes de marzo de 1968, diversos trabajos originales y casos clínicos.

El primero de ellos trataba sobre la «Hiperbilirrubinemia y fototerapia» a cargo de los Dres. Alberto O. Zambosco, Ferre y Arturi de la Plata, de Argentina. El segundo trabajo se debió a los Dres. Sánchez-Puelles y Martín Esteban, del Hospital del Niño Jesús de Madrid, sobre las «Hemorragias graves del tracto digestivo superior en el niño». A continuación, el Dr. S. Ruiz Company, de la Clínica Infantil de La Paz de Madrid, cuyo director era el Dr. E. Jaso, desarrolló «Notas clínicas sobre la hernia diafragmática de Bochdalek neonatal». Para terminar, el Dr. José Antonio Sosa Fariña, de Santa Cruz de Tenerife, explicó el funcionamiento del «Jardín Infantil de la Sagrada Familia de Tenerife». Finaliza este número con un artículo reproducido sobre la quimioprofilaxis de la tuberculosis primaria de la Organización Mundial de la Salud.

La figura de la pediatría del mes estuvo dedicada al Dr. Manuel Bueno Sánchez, profesor de pediatría de la Universidad de Navarra, que posteriormente ganó las oposiciones de catedrático de pediatría de la Universidad de la Laguna y, más tarde, las de catedrático de pediatría de la Universidad de Zaragoza.

Comienza el primer artículo del Dr. Zambosco et al. con la clasificación de la hiperbilirrubinemia del recién nacido. Inician su trabajo afirmando que el estudio de las hiperbilirrubinemias, esquematisadas clásicamente en prehepáticas, hepáticas y posthepáticas, de inestimable valor para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos y de los niños mayores, debe ampliarse para la pediatría, sobre todo en la etapa de recién nacido, ya que durante esta edad crítica el niño está realizando la adaptación de sus órganos y sistemas enzimáticos a las exigencias que le impone la vida extrauterina, desde el momento que, llegado al cordón umbilical, desaparece la protección que para el mantenimiento de su equilibrio vital le ofrecía la placenta.

Los autores continúan explicando el metabolismo de la bilirrubina, diferenciándola en bilirrubina no ligada a la albúmina para atravesar la barrera hematoencefálica y bilirrubina conjugada. Asimismo, señalan que, para el objetivo de su estudio, la clasificación debe separar los cuadros patológicos productores de la hiperbilirrubinemia no conjugada de los que producen un aumento único o preponderante de la bilirrubina conjugada. En este trabajo, la clasificación de los cuadros de hiperbilirrubinemia se basa, en función del mecanismo predominante, en las teorías del Dr. Obes Polleri:

- Hemolíticas con bilirrubina no conjugada.
- Déficit de conjugación glucurónica con bilirrubina no conjugada.
- Hepatocíticas: inversión de la polaridad de la bilirrubina (defecto global del hepatocito).
- Bilirrubina conjugada: obstructivas.

Posteriormente, los autores desarrollan la hiperbilirrubinemia del prematuro, sobre la que destacan que la ictericia se debe esencialmente al déficit de conjugación glucurónica.

Otra particularidad que agrava el cuadro de hiperbilirrubinemia en el niño prematuro es la permeabilidad de su barrera hematoencefálica. Para el tratamiento de este proceso, los autores discuten la aplicación de fototerapia o exanguinotransfusión. Este último método, siendo extremadamente útil, tiene algunas limitaciones y riesgos:

1. Infección (sepsis o flebitis).
2. Reducción del porcentaje de hemoglobina.
3. Desequilibrio electrolítico.
4. Hipercalemia por sangre conservada.
5. Sobrecarga circulatoria.
6. Aspiración por vómito.
7. Shock por falta de calentamiento del niño.
8. Error en el cateterismo umbilical (vía falsa).

En cuanto a la fototerapia, los autores se refieren a su acción física y estudio fotométrico. Seguidamente, Zambosco et al. prosiguen con la forma de trabajo: curva patrón. En la práctica, la fototerapia tiene pequeños inconvenientes que deben ser solucionados, como la protección de los ojos del recién nacido, que, aunque parezca muy simple, exige una cuidadosa vigilancia por parte del personal de enfermería ante la posibilidad de que el niño, con sus movimientos involuntarios, retire el paño protector de sus ojos. A este respecto, el Dr. Obes Polleri diseñó una incubadora para proteger los ojos del niño.

Los autores finalizan su trabajo concluyendo que se debe utilizar la fototerapia en la ictericia del prematuro, en la del recién nacido en la primera etapa de su incompatibilidad por Rh o ABO y como complemento de la exanguinotransfusión.

El segundo trabajo, que trató sobre las hemorragias graves del tracto digestivo superior en el niño, corrió a cargo de los Dres. Sánchez-Puelles y Martín Esteban. Comienzan afirmando que, si la frecuencia de presentación de las hemorragias digestivas altas en el niño no es elevada, la importancia que revisten justifica que se dediquen unos comentarios a este tema. Esta importancia se basa fundamentalmente en dos aspectos: por una parte, sus caracteres de presentación brusca y masividad, con desencadenamiento de un cuadro clínico grave que puede abocar a *shock* y muerte en breves días; en segundo lugar, por las dificultades que plantea su diagnóstico inmediato, topográfico y etiológico preciso, que incluso hace que en muchas ocasiones haya que realizar un tratamiento urgente, y a veces imposible, antes de conocer la localización y causa de la hemorragia.

A continuación, los autores establecen que la emisión de sangre procedente del tubo digestivo alto es consecuencia de una amplia patología, con etiologías diferentes, a veces única, y otras producida por una constelación causal.

Las principales causas de hemorragias digestivas altas son las siguientes:

#### A. Las hemorragias digestivas de causa local:

##### 1. Esófago:

- Traumatismo de la mucosa esofágica.
- Esofagitis.
- Úlceras esofágicas.
- Divertículos esofágicos.
- Malas posiciones y malformaciones cardiotuberositarias.
- Varices esofágicas.

##### 2. Estómago:

- Traumatismo de la mucosa gástrica.
- Gastritis erosiva y folicular.
- Úlcera gástrica.
- Prolapso transpilórico de la mucosa gástrica.
- Tumores benignos o malignos.
- Aneurismas de las arterias gástricas.
- Varices en el duodeno, que producen duodenitis o, excepcionalmente, neoplasias.

#### B. Hemorragias digestivas de causa general, extradigestivas:

1. Sangre deglutida.
2. Traumatismos abdominales.
3. Diátesis hemorrágicas.
4. Hemopatías graves.
5. Infecciones generales de evolución grave.
6. Intoxicaciones, exógenas o endógenas.
7. Tromboflebitis de las venas del sistema porta, especialmente de la vena esplénica.
8. Úlcera.
9. Procesos patológicos del sistema nervioso central.

Por otro lado, los autores indican que en el diagnóstico de una hemorragia gastrointestinal alta es conveniente distinguir varios aspectos:

- Diagnóstico de hemorragia gastrointestinal alta.
- Diagnóstico de su importancia.
- Diagnóstico de la causa o causas responsables.

La importancia de la hemorragia va ligada a tres órdenes de hechos:

- Cuantía de la pérdida hemática.
- Velocidad de producción de dicha pérdida.
- Resistencia del organismo.

Los Dres. Sánchez-Puelles y Martín Esteban presentan varias radiografías de niños afectados de estas hemorragias, resumiendo su trabajo en la realización de una breve revisión de las principales causas que pueden ocasionar hemorragias en el tracto digestivo superior, y a continuación, efectúan unos comentarios a uno de los procesos más frecuentes responsables de las hemorragias.

El tercer trabajo, del Dr. Ruiz Company, sobre la hernia diafragmática de Bochdalek neonatal, desarrolla el estudio embriológico de las hernias diafragmáticas en el recién nacido, distinguiendo dos tipos: embrionarias y fetales. En general, no se puede determinar la frecuencia de esta afección, ya que en muchas clínicas no se realizan necropsias sistemáticas. El autor presenta el cuadro clínico de la hernia diafragmática e indica que el tratamiento es únicamente quirúrgico.

Resume su trabajo con una amplia revisión del grave problema que suponen las hernias diafragmáticas de Bochdalek, y señala que en la época neonatal existen dos variedades: la forma precoz, que debe ser rápidamente operada y es la que origina la mayor mortalidad, y la forma tardía, que presenta un buen pronóstico.

El último trabajo se debió al Dr. Sosa Fariña, que describe el funcionamiento del Jardín Infantil de la Sagrada Familia de Tenerife, agradeciendo la labor realizada por las Hermanas de la Caridad en cuanto al desarrollo e integración a la vida de unos seres a los que sus propios padres no pueden asistir.

Siguiendo a Salustio, historiador latino, quien afirmaba que «poco me satisface una ciencia que no haya servido para hacer virtuosos a los que la profesan», quiero expresar que ojalá estos artículos de «Hace 50 años» sirvan a los pediatras que me lean para ser más virtuosos con la medicina. ■