

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

AÑO XX ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 238

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El doctor Martín Roca Rosado

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Anemias aplásticas en la infancia. Posibilidades terapéuticas actuales, por el doctor Molina Font

La amilasemia en las infecciones urlianas infantiles, por el doctor Felipe Luis Lagunilla Martínez

Tratamiento de las diarreas infantiles con sulfamidas y asociación con cloromicetina, por el doctor A. Montero Rodríguez

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba, en el mes de diciembre de 1962, diversos trabajos y notas clínicas.

El primero de ellos se debió al Dr. Molina Font, sobre «Anemias aplásticas en la infancia. Posibilidades terapéuticas actuales». A continuación, el Dr. F. Luis Lagunilla realizó un trabajo sobre «La amilasemia en las infecciones urlianas infantiles». Y para terminar, el Dr. A. Montero Rodríguez escribió su experiencia sobre el «Tratamiento de las diarreas infantiles con sulfamidas y asociación con cloromicetina».

La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Martín Roca Rosado, de Madrid.

En el primer trabajo, el Dr. Molina Font, de la Cátedra de Pediatría del Profesor Cruz Hernández, de Cádiz, comienza afirmando sobre las anemias aplásticas en la infancia que el interés de este grupo de anemias reside en su frecuencia de aparición, ya que, aunque en nuestro ámbito no alcanzan una gran incidencia, tampoco son extremadamente raras.

El interés y la importancia de estas afecciones aumentan al considerar su gravedad, y adquieren gran trascendencia las dificultades diagnósticas que a veces plantean, así como los problemas terapéuticos que a juicio del autor existían en esa época (hace 50 años). El Dr. Molina Font continúa con la observación personal del caso de un varón de 4 años de edad, que ingresó en su servicio médico el 16 de septiembre de 1960. Relata su historia clínica con precisión, y describe el concepto y la clasificación de las anemias aplásticas en pediatría. El término «anemia aplástica» fue propuesto por Ehrlich en 1888, y comprende un grupo de anemias en las que, a pesar de existir hierro y principios biocatalizadores de la hematopoyesis en suficiente cantidad y no imperar ningún mecanismo hemolítico, la médula ósea no es capaz de formar eritrocitos suficientes. Como consecuencia de la vecindad, e incluso de la intrincación histotopográfica de los tres sistemas medulares (eritrocitario,

leucocitario y trombocitario), la mayoría de las anemias aplásticas cursan con una afectación simultánea de dichos sistemas (panmielopatías). Así pues, existe una insuficiencia medular, total o parcial. En todo caso, lo decisivo es siempre la incapacidad del organismo para poder formar nuevos nidos de eritroblastos mediante un acto diferenciador.

El autor establece una clasificación de las anemias aplásticas, definiendo cada uno de los diferentes tipos (figura 1).

En cuanto al tratamiento, lo primero que hay que hacer es cerciorarse del diagnóstico; en segundo lugar, determinar la etiología y, en tercer lugar, se debe plantear el tratamiento propiamente dicho de la anemia aplástica arregenerativa.

Sucesivamente, el autor irá considerando las siguientes posibilidades terapéuticas: antianémicos, antibióticos, transfusiones, corticoesteroides, hormona masculina (testosterona), esplenectomía e injerto de médula ósea. A continuación, detalla cada uno de estos tratamientos, resumiendo la presentación y la discusión de un caso de anemia aplástica constitucional, a partir del cual establece una clasificación de las anemias aplásticas en la infancia y un análisis de dichos métodos terapéuticos.

En el segundo trabajo publicado, «La amilasemia en las infecciones urlianas infantiles», el Dr. Lagunilla Martínez comienza afirmando que son numerosos los procedimientos de laboratorio empleados para el diagnóstico de este tipo de afecciones. Entre ellos, los de orden específico, como el cultivo, el aislamiento y la identificación del virus, los métodos de hemaglutinación, la desviación del complemento y la determinación de la tasa de aglutininas específicas, y los métodos indirectos, como las determinaciones de amilasa y lipasa en sangre, orina y saliva, el estudio de la citología salival (con o sin cateterismo del conducto de Stenon), etc.

Entre los métodos indirectos, la determinación de la amilasemia, como luego se verá, resulta un procedimiento precoz,

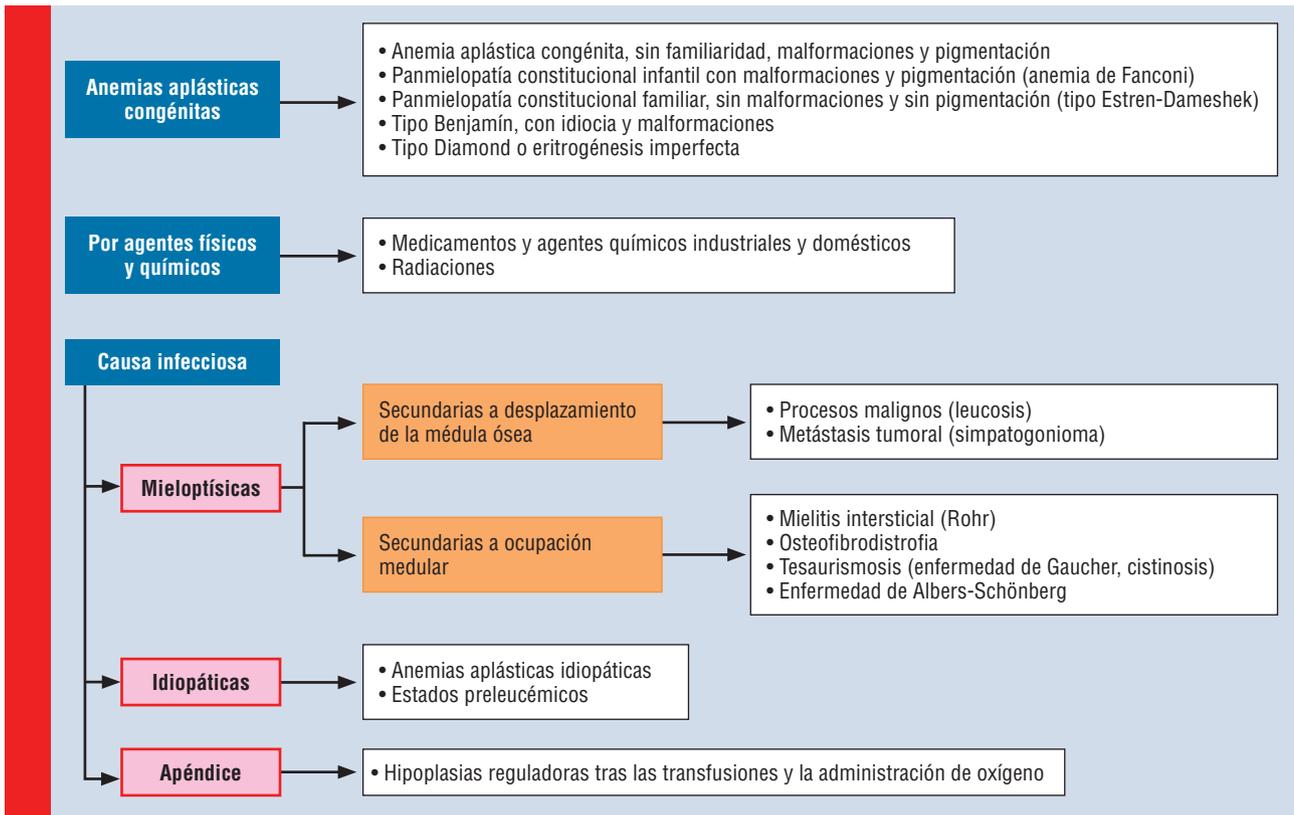


Figura 1. Clasificación de las anemias aplásticas

sencillo, sumamente económico y de una gran especificidad (valga la expresión).

El autor va describiendo una importante y extensa bibliografía, para llegar a las siguientes conclusiones:

1. La determinación de la amilasemia es un método simple, cómodo, rápido, precoz y económico de diagnóstico de la enfermedad urliana.
2. El autor concede gran crédito a este medio diagnóstico por la constancia y la precocidad de la elevación, sin haber encontrado cifras elevadas en otras afecciones.
3. La elevación de la amilasemia es precoz, observándose ya en el primer día en muchos casos y en el segundo en la casi totalidad.
4. La cuantía de esta elevación le parece un buen medio pronóstico en cuanto a la duración y la gravedad de la afección.
5. La temperatura inicial no parece tener valor pronóstico.
6. Es extraordinariamente rara la orquitis urliana antes de la pubertad.
7. Son excepcionales las afectaciones meníngeas inaparentes y relativamente frecuentes las manifiestas.
8. La afectación pancreática es más rara en el niño que en el adulto.
9. Por carecer de experiencia, no se puede referir el método a las formas meníngeas puras.

10. El autor cree que la tasa normal de amilasemia es menor de 100 UI, pero admite, junto con Sedalian, una zona dudosa entre 100 y 130 UI, salvo que se compruebe una elevación con respecto a una muestra anterior empleando la misma técnica.

Por último, el Dr. Montero Rodríguez expone su experiencia sobre el «Tratamiento de las diarreas infantiles con sulfamidas y asociación con cloromicetina».

Comienza diciendo que fue una verdadera revolución en estos tratamientos diarreicos la administración de los sulfatiazoles, irgafen, sulfadiazinas y sulfametizinas. Sus resultados eran tan brillantes que pronto traspasaron el ámbito popular, ya que acudieron al Dispensario de Coín (Málaga), de Higiene Infantil, y al de la antigua Obra Maternal e Infantil hasta 50 y 60 pacientes diarreicos.

Comenzaba con una dieta hídrica, que reduce este tratamiento de 48 y 24 horas a 8 y 6 horas, respectivamente, en las diarreas infecciosas, y otras veces ni se empleaba en los trastornos digestivos de los lactantes alimentados al pecho cuando la lactancia materna se hallaba bien reglamentada.

Con ello, no sólo se conseguía tratar la diarrea rápidamente, sino que se lograban dos objetivos más: evitar las deshidrataciones y las toxicosis. Bastó un año para que todos estos cua-

drod residuales de la época anterior a la sulfamídica desaparecieran por completo.

Posteriormente ya se empleaban las asociaciones de las diferentes sulfamidas, así como otras combinaciones de sulfamidas con sustancias astringentes, como la pectina, el bismuto y otros astringentes.

Ahora (1962), a los 20 años, se observa que se sigue el mismo ritmo estacional de diarreas, pero con una desventaja: existe una resistencia en diversos cuadros diarreicos a las sulfamidas.

Para evitar estas resistencias a largo plazo se emplearon diversos antibióticos (neomicina, estreptomycin, colimicina, cloranfenicol y bacitrina y polimixina y tetraciclinas), asociados a sulfamidas, con resultados brillantes al potenciarse la acción curativa de ambas medicaciones. Hasta el momento (1962) no se puede sentar aún la base para asegurar una resistencia bacteriana a estas asociaciones químico-antibióticas.

La dosificación que empleó con esta medicación fue la siguiente:

1. La asociación de sulfamidas fue: sulfamidodiazina, sulfamidotiazol y sulfamidometazina, y el antibiótico cloranfenicol.
2. En lactantes: cada 6 horas una cucharada pequeña (trisulfamidas 0,50 g y cloranfenicol 125 mg), administrada día y noche durante 2 días. Si no cede totalmente el cuadro diarreico, se administran estas mismas dosis cada 8 horas durante 2 días.
3. En la dieta se administraba hidratación con una solución salina e infusiones de manzanilla y agua de arroz, según los casos, galletas, leche descremada ácida (en las diarreas colibacilares y en los lactantes con fórmula artificial), papillas de peras y manzanas rayadas y cocidas. En los niños con lactancia materna, se realizaba una toma de pecho durante 3 o 4 minutos, junto con una infusión de manzanilla. Al mejorar éstos, y una vez desaparecida la fiebre, se reanuda la lactancia materna reglamentada, junto con la toma de infusiones de manzanilla o caldo de zanahorias. En los niños que tomaban papillas, se iniciaba la dieta con crema de arroz, confeccionada inicialmente con agua y luego con leche de una manera gradual, a medida que aumentaba la tolerancia; asimismo, se asociaron papillas de plátanos con zumo de limón, además de lo que se administraba en el periodo de dieta hídrica; una vez desaparecida la fiebre, y hallándose el niño hidratado, se añadían 100-120 g/kg/día de agua.
4. A los niños mayores de 1 año con diarrea infecciosa se les administra una cucharada pequeña, según la edad, cada 4 o 6 horas, día y noche durante 2 días, y durante otros 2 días más cada 6 u 8 horas.

5. En los lactantes resultó eficaz la administración de 80 cm³ de la dilución trisulfamida-cloranfenicol en las diarreas infecciosas colibacilares, y en las salmonelósicas la administración de 180 cm³. En los niños mayores bastó con 180 cm³ para el tratamiento completo.

Del estudio del autor se entresacan las siguientes conclusiones:

1. En el tratamiento de las diarreas infecciosas enterales se empleó la asociación de sulfamidotiazol, sulfamidometazina, sulfamidomeraxina (0,50 g) con cloranfenicol (0,125 mg) cada 6 horas en los lactantes durante 48 horas, y la mitad de la dosis una vez vencida la infección.
2. En los niños mayores de 1 año (hasta los 2 años) se empleó la misma dosificación que en los lactantes, y en los mayores de esta edad se administró la dosis indicada cada 4 horas, y a las 48 horas cada 6 u 8 horas, según la evolución del cuadro clínico y la respuesta a la medicación suministrada.
3. En general, la fiebre cedió a las 48 horas, y en algunos casos se prolongó hasta 60 horas, bajando ya a partir de las 24 horas.
4. En los casos de salmonelosis, a las 48 horas bajó la fiebre (hasta 2 °C), cedió la sed intensa, se instauró la hidratación y reapareció el sueño.
5. En general, las diarreas de etiología colibacilar cedieron entre las 24 y las 36 horas, con mejoría del estado general y de la hidratación.
6. En las diarreas salmonelósicas cedió la diarrea entre las 24 y las 36 horas, con mejoría del estado general y de la hidratación.
7. La reaparición del apetito se inició a los 4 días de tratamiento, tanto en los lactantes como en los niños mayores.
8. Se asoció a este tratamiento específico una dieta hídrica, que se utilizó entre 4 y 8 horas (esta dieta poco influye en el curso inicial de la infección, siendo ventajosa únicamente como medio hidratante o para evitar una deshidratación). Para ello se usó suero Ringer oral, infusiones de manzanilla, arroz hervido y manzanas rayadas.
9. Como medicación asociada se empleó vitamina C, hormona cortical y tónicos cardiacos.
10. En un caso de salmonelosis con intensa deshidratación (pretoxicosis) se emplearon corticoides durante 4 días en dosis de 15 mg, y durante 2 días más en dosis de 2 a 10 mg.

Con esta última entrega de 2012 de «Hace 50 años...», hemos recogido todos los trabajos de 1962. Siguiendo a Emerson, filósofo norteamericano del siglo XIX, podríamos decir «hablando con precisión que no existe historia, sino la biografía», es decir, hemos intentado realizar la biografía de todos los autores españoles del citado año. ■