

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

AÑO XXII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 255

SUMARIO DEL NÚMERO DE JUNIO DE 1964

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

La doctora Matutina Rodríguez de Torner

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Infecciones víricas, corticoterapia e interferón, por el doctor Óscar Valtueña Borque

Estado actual del problema de la tuberculosis infantil, por el doctor Ramón García Alonso

Urticaria pigmentosa en el niño, por los doctores A. Peralta Serrano y V. Navarro Berástegui

En el mes de junio de 1964, *Acta Pediátrica Española* publicó diversos trabajos doctrinales y notas clínicas. El primero de ellos se debió al Dr. Óscar Valtueña Borque sobre «Infecciones víricas, corticoterapia e interferón». El segundo fue desarrollado por el Dr. Ramón García Alonso, sobre el «Estado actual del problema de la tuberculosis infantil». Para terminar, los Dres. A. Peralta Serrano y V. Navarro Berástegui publicaron una nota clínica sobre «Urticaria pigmentosa en el niño».

La figura del mes estuvo dedicada a la Dra. Matutina Rodríguez de Torner, de la primera promoción de médicos puericultores del Estado.

El primer artículo de este número, «Infecciones víricas, corticoterapia e interferón», a cargo del Dr. Valtueña Borque, comienza con una reflexión acerca de la terapia cortisónica, introducida por Hench et al., de la Clínica Mayo, a partir de la observación clínica del efecto potencial que tenían estos preparados hormonales de alterar las manifestaciones de diversas enfermedades, aunque sin una base teórica adecuada para predecir tales efectos. Por tanto, los primeros estudios sobre el papel de los corticoides en las enfermedades infecciosas se realizaron pragmáticamente.

En años posteriores se han ido acumulando muchos datos clínicos y de laboratorio que plantean diversos problemas respecto al uso de los corticoides en las enfermedades infecciosas (varicela, sarampión, poliomielitis, hepatitis A virus IH y SH, parotiditis, neumonía A virus, gripe y herpes zóster), para pasar a desarrollar cada uno de los efectos de los corticoides en estos procesos. Cabe señalar que se manifiesta una mayor agresividad de estos procesos virales con el tratamiento de corticoides.

El autor continúa dando una explicación de las observaciones enunciadas, para comenzar con el tratamiento de interferón. Afirma que el interferón impide la difusión de la infección y desempeña un papel en el proceso curativo (se dispone ya de

evidencias sobre su eficacia frente a las infecciones víricas). El Dr. Valtueña Borque prosigue su trabajo describiendo el tratamiento con corticoides e interferón, y afirma que a partir de los mecanismos de formación del interferón se puede dar una explicación lógica respecto a la acción contraproducente de los corticoides en algunas infecciones víricas. Resumiendo, en este artículo se estudia el posible papel contraproducente de los corticoides en las infecciones víricas, cuya explicación se basa en una inhibición del mecanismo de formación de interferón.

El segundo trabajo publicado, sobre el «Estado actual del problema de la tuberculosis infantil», corre a cargo del Dr. García Alonso, director del Sanatorio Infantil del Hospital del Rey de Madrid. En él se comienza afirmando que si analizamos actualmente (1964) el panorama de la tuberculosis infantil después del descubrimiento de los nuevos fármacos antituberculosos, podemos observar que la clínica de esta enfermedad en los niños ha sufrido una completa transformación.

Es difícil conocer con exactitud el número de niños con lesiones tuberculosas activas en nuestro país (1964), aunque por medios indirectos podemos llegar a una cifra más o menos aproximada. El autor publica una estadística de fallecimientos de niños menores de 1 año por tuberculosis en todas sus formas:

Año	N.º de casos	Año	N.º de casos
1930	599	1954	425
1935	664	1955	362
1941	742	1956	318
1945	805	1957	291
1950	841	1958	278
1951	776	1959	249
1952	653	1960	232
1953	501		

Para pasar a la clasificación siguiente:

1. Tuberculosis del lactante.
2. Lesiones de primoinfección.
3. Eпитuberculosis.
4. Pleuritis tuberculosa.
5. Tuberculosis miliar.
6. Meningitis tuberculosa.
7. Tisis infantil.

El autor desarrolla estos tipos de tuberculosis del modo siguiente:

Tuberculosis del lactante

La malignidad de la tuberculosis del lactante está caracterizada por la caseosis intensa de todo el complejo lesional, especialmente de todos los ganglios linfáticos, y por la tendencia a la diseminación por todas las vías; así, observamos en estos niños los siguientes signos:

1. Menor frecuencia de las primoinfecciones ocultas.
2. Rareza de las formas infiltrativas.
3. Ausencia de pleuritis serofibrinosas.
4. Falta del eritema nudoso en estas edades.
5. Afectación ganglionar.
6. Tendencia marcada a la generalización.

En resumen, el contraste entre la tuberculosis del lactante antes de la medicación antibiótica y la actual es muy marcado. Aunque el número de infecciones ha descendido, este descenso no es muy acusado; sin embargo, el pronóstico de la tuberculosis del lactante ha mejorado de una forma sorprendente. No queremos decir con esto que la importancia de la tuberculosis en esta edad deba despreciarse, sino, por el contrario, creemos que se debe aconsejar la práctica de controles tuberculínicos y la realización de investigaciones serias radiológicas para descubrir el proceso en sus primeras fases y tratarlo convenientemente. Esto propiciaría un gran beneficio y evitaría muchas secuelas y complicaciones propias de esta afección.

Lesiones de primoinfección

Incluimos en este apartado no sólo el complejo lesional pulmonar de la primoinfección en los niños mayores, sino los cuadros clínicos radiológicos en relación inmediata con él, esto es, la tuberculosis gangliobronquial y las pequeñas infiltraciones, por lo general, de localización parahiliar, separando las grandes sombras homogéneas a las que Eliasberg y Neuland denominaron epituberculosis, la tuberculosis miliar, la pleuritis serofibrinosa y la meningitis tuberculosa que, aunque, en estrecha relación con la primoinfección, tienen una individualidad propia consagrada ya por el uso.

Epituberculosis

Con un fin práctico separamos estas formas de los otros procesos de primoinfección. Era muy corriente en el curso de la tuberculosis infantil la existencia de grandes sombras que oscu-

recen todo un lóbulo o parte de él, o bien presentan una localización yustahiliar. En ocasiones todo el pulmón está afectado por esta imagen, que acompaña, frecuentemente, a las lesiones de primoinfección. Estas sombras son conocidas por los tisiólogos como características de la tuberculosis infantil, y designadas universalmente con el nombre de «infiltración» (propuesto por Redeker). Como resumen, se puede afirmar que actualmente (1964) se observan menos cuadros clínicos englobados dentro del concepto de epituberculosis que antes de la era antibiótica.

Pleuritis serofibrinosa

No suele observarse en los lactantes. La rareza de la pleuritis en el lactante está en relación con la ausencia de infiltraciones típicas, peritonitis exudativa, etc., procesos que cursan con elevada hiperergia y son una prueba evidente de que su aparición señala unas defensas relativamente bien desarrolladas. La acción de los nuevos fármacos es muy significativa en la mayoría de casos, ya que resuelven la pleuritis en pocos días.

Meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar

Se extrañará el lector que se estudien conjuntamente estas 2 formas clínicas tan temidas en la evolución de la tuberculosis infantil, pero nos ha impulsado a ello su muy frecuente asociación. En un estudio realizado en el Sanatorio Infantil del Hospital del Rey de Madrid, en 242 niños con las formas clínicas que a continuación se detallan se empleó la isoniácida como tratamiento de base:

<i>Formas clínicas</i>	<i>n</i>
Epituberculosis	95
Pleuritis serofibrinosa	15
Complejos primarios activos	23
Complejos primarios con diseminación discreta	55
Tuberculosis gangliobronquial intumesciente	9
Tuberculosis miliar	35
Tuberculosis ulcerada con focos exudativos	10
Total	242

Por último, cabe señalar que la mayor benignidad de la tuberculosis infantil se debe exclusivamente al tratamiento, por lo que los médicos no pueden descuidar la vigilancia metódica de esta enfermedad; si la hidracida y la estreptomina desaparecieran del arsenal terapéutico, aparecería de nuevo la tuberculosis infantil con toda su gravedad y con la máxima extensión. En esto encontramos una diferencia entre la tuberculosis y otras enfermedades, como la viruela, en la cual la enfermedad decreció por falta de contagio y por la elevación de la inmunidad.

Por tanto, recomendamos a los médicos que establezcan la máxima vigilancia de esta enfermedad en los niños y la realización frecuente de las pruebas tuberculínicas; se debe pensar siempre en la posibilidad de una tuberculosis, pues si a un lactante tuberculoso no se trata por abandono o descono-

cimiento médico de la enfermedad, surgirán nuevamente las formas graves de tuberculosis observadas hace 20 años (1964).

En el año 1945 ingresaron en el hospital 300 niños, de los cuales se presentan en esta relación 159 casos de tuberculosis pulmonar y meníngea, es decir, un 53% del número de ingresos:

	<i>N.º de casos</i>	<i>Porcentaje respecto al total de casos</i>	<i>Porcentaje respecto al número de ingresos</i>	<i>Casos de mortalidad (n)</i>
Tuberculosis del lactante	21	13,21	7	9
Primo infección	35	22	11,66	6
Epituberculosis	56	35,22	18,66	15
Pleuritis tuberculosa	1	0,62	0,33	0
Tuberculosis miliar	18	11,32	6	17
Meningitis tuberculosa	14	8,80	4,66	14
Tisis	14	8,80	4,66	9
<i>Total</i>	<i>159</i>	<i>99,97</i>	<i>52,97</i>	<i>70</i>

En el año 1963 ingresaron en el hospital 329 niños, de los cuales se presentan en esta relación 196 casos de tuberculosis pulmonar y meníngea, es decir, un 59,57% del número de ingresos.

	<i>N.º de casos</i>	<i>Porcentaje respecto al total de casos</i>	<i>Porcentaje respecto al número de ingresos</i>	<i>Casos de mortalidad (n)</i>
Tuberculosis del lactante	14	7,14	4,25	0
Primo infección	137	69,89	41,64	0
Epituberculosis	36	18,36	10,94	0
Pleuritis tuberculosa	5	2,55	1,52	1
Tuberculosis miliar	1	0,51	0,30	1
Meningitis tuberculosa	1	0,51	0,30	1
Tisis	2	1,02	0,60	0
<i>Total</i>	<i>196</i>	<i>99,98</i>	<i>59,55</i>	<i>3</i>

El tercer trabajo, y último de este mes de 1964, trata de la «Urticaria pigmentosa en el niño», realizado por los Dres. Peralta Serrano y Navarro Berástegui, de Madrid.

La primera descripción de la urticaria pigmentosa se debió a Nettleships, y Sangster fue quien la denominó así.

Touraine et al., en 1933, consideraban esta afección como una enfermedad general «sistematizada» y la califican de «seudoleucemia».

En este trabajo se publican 2 casos con una detallada exposición clínica.

Respecto al tratamiento, los autores señalan que al parecer la urticaria pigmentosa es una enfermedad congénita, como en el primer caso, debido a una sobreproducción o acumulación en la piel de mastocitos que se manifiesta por maculopápulas, debido a fenómenos desencadenantes desconocidos, pero en algunas ocasiones se pueden relacionar con el roce, el calor, la fiebre, la fatiga, la ingestión de café, alcohol, etc. El tratamiento, al no ser etiológico, ha conducido al empleo de los más diversos fármacos.

Como tratamiento tópico se han utilizado antihistamínicos y pomadas de esteroides; el benoquin (éter monobencilico de hidroxiquinona) se utilizó en 1 niño un solo día, con lo que se consiguió la desaparición de las lesiones.

Por vía oral se emplean igualmente los antihistamínicos y los esteroides, con los que se describen buenos resultados, pero es evidente que la evolución espontánea hacia la curación, sobre todo en la pubertad, si en alguna ocasión coincide con el uso de alguna de los tratamientos citados, se atribuye a la medicación de modo erróneo.

En resumen, los autores presentan 2 casos de urticaria pigmentosa. El paciente del caso 1 nació con lesiones que histológicamente se confirmaron como de tipo nodular. Se descartó la presencia de una mastocitosis generalizadas mediante la realización de un medulograma, y en el estudio radiográfico se produjo un hallazgo discordante: las pruebas de labilidad sérica eran positivas y el proteinograma y la cifra de proteínas totales fueron normales. Se hace una breve exposición del tipo de lesiones, localización, número, extensión, dermatografismo, signo de Darier y enrojecimiento generalizado. A la vista de las revisiones consultadas, el pronóstico es bueno habitualmente; sin embargo, se citan algunos casos de generalización. Parece que en la forma histológica de tipo nodular el pronóstico es mejor. Por su presencia desde el nacimiento, los autores deben admitir su carácter congénito. En el caso 2 se observa un intenso retraso ponderoestatural, así como un aumento de la alfa globulina y los alfa lipidos. En los 2 casos se constata la presencia de linfocitosis.

Por último, los autores señalan la coincidencia de que ambos casos corresponden a niños de la provincia de Toledo, y en ellos el tratamiento ha sido poco eficaz.

Ojalá que en «Hace 50 años Acta Pediátrica Española publicaba...» se cumpla el adagio valenciano de que «A quien carece de conocimiento se lo hacen tener». Confío en que esta sección aumente el conocimiento de todos los pediatras. ■