

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

AÑO XXI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM 249

SUMARIO DEL NÚMERO DE DICIEMBRE DE 1963

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El doctor Gutiérrez Barneto

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

La proteína C reactiva en la infancia, por el doctor Gutiérrez Barneto

Un nuevo caso de enfermedad de Riley y Day, por el doctor Ángel Peralta

Comentarios acerca de una atresia intestinal en un prematuro de 1.530 g, por los doctores Gubern Salisachs y Carlos Bardají

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba, en el mes de diciembre de 1963, diversos trabajos y casos clínicos.

El primero de ellos se debió al Dr. Gutiérrez Barneto, sobre «La proteína C reactiva en la infancia». A continuación, el Dr. Ángel Peralta realizó una nota clínica sobre «Un nuevo caso de enfermedad de Riley y Day». Y este número finalizaba con la publicación a cargo de los Dres. Gubern Salisachs y Carlos Bardají, de Barcelona, de «Comentarios acerca de una atresia intestinal en un prematuro de 1.530 g».

La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Gutiérrez Barneto, de Madrid.

En el primer trabajo, sobre «La proteína C reactiva en la infancia», el Dr. Gutiérrez Barneto comienza comentando la extensa bibliografía sobre dicha proteína.

Desde que Tillet y Francis, en 1930, dieron a conocer la «proteína C reactiva» (PCR), o «proteína de fase aguda», que posteriormente, en 1939, describió e identificó Lofstron en Suecia, la bibliografía sobre dicha proteína ha sido extraordinariamente prolífera, con interpretaciones más o menos divergentes al respecto, como corresponde a la ley natural de todo hecho nuevo. Sin embargo, estos trabajos le han servido al autor para que se conozca mejor esta proteína en la actualidad (1963) y ayudar al diagnóstico al permitir interpretar con cierta precisión la actividad de algunos procesos patológicos.

Respecto a su naturaleza, en un principio se consideró como un anticuerpo específico del neumococo y posteriormente como globulina alfa (E. Perlman, J. Jese, G. Bullova, R. Goodkin y Eprlan). En otros trabajos recientes (1957), V. Bustamante, J. Ariño y L.M. Piniés caracterizaron la PCR por inmunoelectroforesis y la incluyeron como globulina gamma, así como A. Zach y K. Zimmermann posteriormente (1959). A. Hansen, I.L. Mapper y P. Ejby-Poulsen comprobaron que esta proteína se comportaba principalmente como globulina beta en la electroforesis especialmente purificada (1959).

Encontrar valores positivos de PCR en personas sanas constituye una verdadera excepción (W. Keitel), y en los casos en que se encuentra dicha positividad, ésta carece de valor práctico en la medicina infantil. D. Selman y Halpern encontraron valores negativos de esta proteína en 150 sujetos estudiados en estado fisiológico; Roantree y Rantz, tras estudiar a 443 sujetos con diversos procesos patológicos y 50 sanos, sólo encontraron una reacción positiva en los procesos patológicos, lo que confirma la sensibilidad y la inespecificidad de esta proteína.

Algunos autores se inclinan por la positividad de la PCR en las enfermedades infecciosas agudas bacterianas, mientras que en las virásicas es corriente su negatividad.

Lorencini y Signorine han encontrado positividad en la tuberculosis pulmonar activa, en contraposición a las formas estabilizadas.

Para Sánchez Beaujon tiene un gran valor la investigación de la PCR en procesos inflamatorios oculares.

Anderson y McCarty creen que ninguna otra prueba supera a la determinación de la PCR para establecer la actividad reumática, y para Good sería el índice más valioso para detectar esta actividad en la fiebre reumática.

El Dr. Gutiérrez Barneto continúa su trabajo con una extensa bibliografía, pero no aborda los comentarios a estas relaciones entre proteína, reumatismo y demás pruebas, dado que resultarían excesivamente extensos e inoportunos en su estudio, que pretende tratar sobre la PCR y su comportamiento en diversas enfermedades.

En su casuística incluye a 163 pacientes, y el número de determinaciones, como se comprenderá, rebasa muy ampliamente esta cifra, con los siguientes resultados:

- Anginas polimicrobianas: 4 casos (3 positivos a PCR y 1 negativo).
- Procesos respiratorios: 5 casos (2 neumonía lobular, 1 bronconeumonía y 2 bronquitis capilares); de éstos, 2 fueron positivos y 3 negativos.

- Un paciente con estrechez esofágica, que padecía además una neumonía del lóbulo superior derecho, presentó una PCR positiva.
- Un caso de sinusitis del maxilar superior izquierdo, con historia de procesos catarrales frecuentes, poco intensos.
- Infiltrado pulmonar activo: 4 casos (3 positivos y 1 negativo).
- Fiebre reumática: 49 casos, en 29 de los cuales la PCR fue positiva; en estos 29 casos había 14 con carditis activa, y 2 carditis con resultado negativo a la PCR; dio una positividad a Singer y Plotz a la tercera y cuarta determinación y otro a la quinta, 1 con dos cruces y otro con una; los 20 casos restantes fueron negativos (entre éstos había 5 casos de corea).
- Procesos renales: 4 casos (2 nefritis y 2 nefrosis); de éstos, 2 fueron positivos y 2 negativos.
- Meningitis meningocócica. Este año (1963) la incidencia de esta enfermedad en el Servicio del Hospital del Niño Jesús fue más frecuente de lo habitual. Se investigó esta reacción solamente en 12 casos (7 positivos y 5 negativos).
- Meningitis tuberculosa: 2 casos (ambos negativos).
- Fiebre tífica y paratífica B: 6 casos (4 positivos y 2 negativos).
- Tos ferina: 3 casos (todos negativos).
- Sarampión: 19 casos (6 positivos y 13 negativos). Esta enfermedad, en que los procesos pulmonares son tan frecuentes, como es natural, también tuvo una gran intercurencia, pero en general se soslayó sin grandes dificultades.
- Escarlatina: 3 casos (todos negativos).
- Eritema súbito: 3 casos (1 positivo y 2 negativos).
- Varicela: 5 casos (4 negativos y 1 positivo). El caso positivo correspondía a 1 de 2 gemelos de 4 meses de edad, que contrayeron la enfermedad al mismo tiempo y con iguales características. El único aspecto diferencial era que el que presentó positividad tenía signos bronquiales muy benignos.
- Parotiditis: 7 casos (2 positivos y 5 negativos).
- Hepatitis virásica: 5 casos (1 positivo y 4 negativos).
- Encefalitis virásica: 2 casos (ambos negativos).
- Kala-azar: 1 caso (negativo).

El Dr. Gutiérrez Barneto termina su trabajo afirmando que tiene el firme propósito de insistir en otra ocasión y con más detenimiento acerca de este tema. Por ahora, sólo se puede afirmar provisionalmente que sus datos difieren, en algunos aspectos, de los demás autores, pero no quiere establecer porcentajes ni realizar afirmaciones contundentes, porque siempre ha creído y criticado que una casuística efectuada con un escaso número de enfermos tiene poco valor, y aunque aquí se incluye más de un centenar de casos y las determinaciones rebasan con mucho esta cifra, en algunos aspectos son singulares.

A continuación, el Dr. Peralta Serrano publica una nota clínica sobre «Un nuevo caso de enfermedad de Riley y Day». Comienza afirmando que existe una cierta imprecisión sobre la patología neurovegetativa que, con frecuencia, carece de criterios anatomoclínicos.

Riley, Day, Greeley y Langfor describieron este nuevo síndrome en 1949 «con el nombre de disfunción autónoma familiar con lacrimación defectuosa». En 1952, el mismo Riley publicó la descripción de 33 casos en varias familias, que denominó «disauto-



Figura 1

nomía familiar» o «disfunción autónoma familiar». Después, entre 1961 y 1963, se publicaron los trabajos de Greek, Martin, Lindoum, Grossmann y Thiefray, y posteriormente aparecieron los de Hirsch, Kirkpatrick y Riley, Levin, MacKendich, Lorenz, Oster, Standler, Tyndal, Nordio, Volta, Zucchi y Peralta.

A falta de un sustrato anatómico conocido, el síndrome de Riley y Day presenta características clínicas que lo hacen inconfundible:

1. Falta de lacrimación, que es un signo patognomónico.
2. Cortejo sintomático, que se puede agrupar en: a) alteraciones neurovegetativas, como anomalías de la termorregulación, sudoración, alteraciones vasomotoras cutáneas, vómitos, hipertensión con la excitación o hipotensión postural; b) alteraciones motoras, como una mala coordinación de la marcha, alteración del equilibrio, hiporreflexia tendinosa, voz monótona, alteraciones en el lenguaje o escoliosis, y c) alteraciones sensoriales, psíquicas y otras.
3. Respecto a la presentación familiar, hasta ahora todos los casos conocidos tienen un carácter hereditario; sin embargo, el caso que presenta el autor no tiene antecedentes familiares de este síndrome, por lo que se puede decir que presenta una disautonomía esporádica.
4. Ciertas características hemobioquímicas.
5. Cabe destacar las alteraciones que encuentran los autores de la escuela francesa en el aparato digestivo: megaesófago y úlcus gástrico.

A continuación el autor expone la historia (figura 1) y las exploraciones del caso clínico presentado (figuras 2 y 3).

Concluye su nota clínica con las siguientes afirmaciones:

1. Presenta un caso de enfermedad de Riley y Day. La falta de hallazgos de otros casos en la familia le induce a denominarlo «disautonomía esporádica o no familiar». Éste es el primer



Figura 2



Figura 3

caso del que se tiene noticia en cuanto a una presentación no familiar. Es posible que si este paciente tuviera más hermanos en lo sucesivo, también presentasen este cuadro. En la bibliografía nacional sólo se han podido documentar 4 casos. No obstante, el autor cree que esta afección debe ser más frecuente de lo que en principio parece. En la bibliografía internacional consultada se encuentran alrededor de unos 70 casos.

- No ha observado malformaciones digestivas en forma de aganglionismos, megaesófago ni megacolon. Tampoco ha encontrado úlcus gastroduodenal. No obstante, Thieffry et al. abogan por su frecuente asociación y la atribuyen a alteraciones en la regulación neurovegetativa.
- Ha encontrado una cifra baja de calcio en sangre junto con discretas alteraciones óseas en la radiografía de la muñeca, unos metacarpios cortos y toscos, y una ligera hipertrofia de la cortical. Estos datos nos permiten pensar en el pseudohipoparatiroidismo de origen central hipofisario, denomina-

MODIFICACIONES SUJERIDAS POR NUESTROS CONCEPTOS, CONDUCTA Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA ATRESIA INTESTINAL EN TODOS LOS TIEMPOS AÑOS.		
	A N T E S	A H O R A
ETIOPATOGENIA	Embriopática	Fragilidad (excepto probablemente en los doblesmías) y en algunas que se manifiestan solo por una dilatación de ciego).
MÉTODO QUIRÚRGICO EMPLEADO	RESECCIÓN: solo en el intestino tenue perturbado en vitalidad	Resección automática de la zona hipertrofica y dilatación (excepto en los doblesmías y resección muy alta y cuando después de dilatar la resección, no se ha que-rido suficiente laxación).
	ANASTOMOSIS: latero-lateral	Asimilación de la zona anastomótica por una termino-terminal. Nuestra preferencia es solo plano de sutura no perforante.
MOMENTO OPERATORIO	RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS: a veces en dos o tres tiempos (LADO y CIEGO, ABIEJO)	Resección y Anastomosis siempre en un tiempo.
	En el PREMATURO la intervención más simple posible (anastomosis latero-lateral).	Efectuar también en él la resección del segmento hi-pertrofico y dilatarlo.
MEDECINA PARAQUIRÚRGICA	Intervenciones inmediatas en valores adecuados de-ber al estado del recién nacido.	Intervenciones inmediatas en el estado general de he-ro, previa adecuada preparación en el estado general: es más o difícilmente. (Por lo general la misma opera-ción sera hecha mayor cuanto más tarde se haga el diagnóstico).
RESULTADOS	Muy deficientes	Por su eficacia es de una importancia capital. Pasa en el postoperatorio problemas especiales solo en mayor medida.
	Mortalidad elevadísima. ABIEJO, revisando la lit-eratura en 1962 se comprobó en casos propios solo po-co de resultados: 12 casos de atresia proximal con mu-cha	Max de un 50 % de supervivencia en los mejores casos. En una resección efectuada en 1957, nuestra estadística de 24 casos de atresia intestinal completa, previos los crite-rios, tenía un 37,5 % de supervivencia.

Figura 4

do cretinismo hipoparatiroideo por Shupbach, o tetania hipofisaria constitucional por Klinke.

El último trabajo, «Comentarios acerca de una atresia intestinal en un prematuro de 1.530 g», debido a los Dres. Salisachs y Bardají, presentado en una comunicación en la III Reunión de Pediatras Españoles de Valencia, en octubre de 1963, comienza con la etiopatogenia de este proceso (figura 4).

El método quirúrgico empleado, la resección, se efectúa sólo en los casos en que el intestino tiene perturbada su vitalidad.

Como técnica de anastomosis se recomienda la latero-late-ral isoperistáltica.

Los autores van enumerando las diferentes técnicas quirúr-gicas (figuras 5 y 6). No comentan el momento operatorio ni la medicina paraquirúrgica, porque uno de los autores ya se había ocupado de ambos aspectos en diversas ocasiones. Sin embar-go, hay que recordar que sin los cuidados especiales que re-quiere todo prematuro—de mayor complejidad cuando éste ha sido intervenido, como en este caso, de una atresia ileal—no se puede lograr la curación. Por tanto, es fundamental tener en cuenta las siguientes medidas:

- Mantener un equilibrio hidroelectrolítico, proteico y vitamí-nico, evitando cuidadosamente la hiperhidratación, que pro-vocaría edema.
- Evitar las perturbaciones del equilibrio básico.
- Prevenir la infección, sin olvidar el peligro que pueden supo-ner algunos antibióticos y bacteriostáticos que sean muy difícilmente conjugados por el prematuro y el recién nacido.

A continuación, los autores presentan un breve resumen de la historia clínica (figura 7).

Concluyen su trabajo con el siguiente resumen: se comenta un caso de atresia intestinal en un prematuro de 1.530 g, al que se efectuó una anastomosis lo más parecida posible a una término-terminal, previa resección de 20 cm de intestino proxi-mal. Asimismo, recuerdan las modificaciones que ha sufrido el concepto de atresia intestinal en estos últimos años según los distintos autores, resaltando los siguientes puntos:



Fig. 2.

A.—Fotografía del segmento intestinal reseccionado en un caso de atresia intestinal múltiple intervenido antes del tercer día. Se reseccionaron 50 cms. de intestino. Dadas las lesiones del intestino, es indudable que una demora operatoria de uno o dos días, incluso con una óptima medicina paraquirúrgica, hubiera sido fatal.
B.—Fotografía del niño a los dos años de edad. En el momento actual su estatura es inferior a la normal y presenta tendencia a la diarrea.

Figura 5

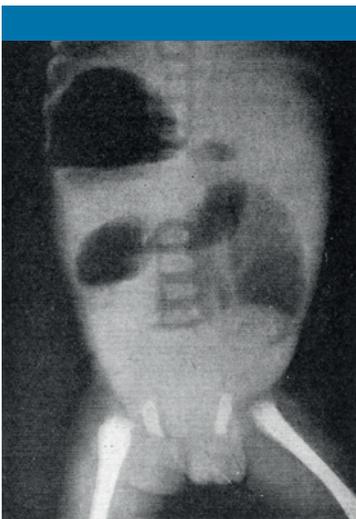


Fig. 3.—Llaman la atención las intensas dilataciones existentes, y precisamente en un prematuro en el cual la ingestión de aire en las primeras horas de la vida, acostumbra a ser menor que en los nacidos a término. Probablemente en este caso hubo ingestión de gran cantidad de líquido amniótico.

Figura 6

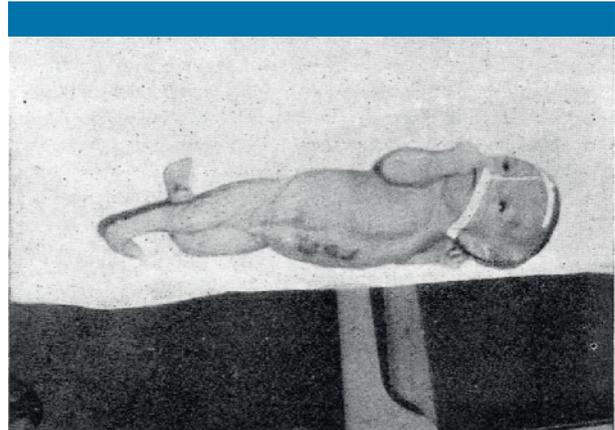


Fig. 4.—Obsérvese la posición viciosa de las manos y especialmente de los pies, en varus equino acentuado.

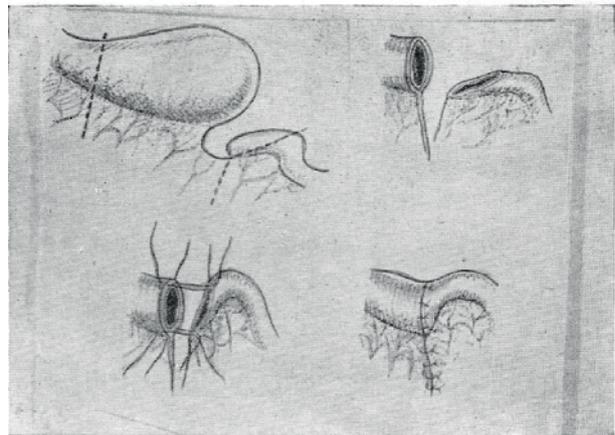


Fig. 5.—La alimentación se efectúa aún mediante un tubo de polietileno.

Figura 7

1. En la mayoría de los casos, excepto quizá en el duodeno y en los que se manifiestan sólo por una diferencia de calibre, no se trata de una embriopatía, sino de una fetopatía.
2. Debe reseccionarse el intestino proximal dilatado e hipertrofiado, excepto en las atresias duodenales y yeyunales altas, y en los casos, casi desesperados, en que hay muy poco intestino útil.
3. Esta resección debe efectuarse también en los recién nacidos prematuros, a pesar de que en ellos se recomienda la intervención más simple posible.
4. La medicina paraquirúrgica neonatal es uno de los motivos de la mejora de las estadísticas. Los problemas que plantea —más difíciles en el prematuro— se resuelven cada vez mejor.

El autor de esta sección de «Hace 50 años...» quiere ser fiel en su continuidad, citando al poeta inglés del siglo XVIII Mason, que decía: «La fidelidad es una virtud que ennoblece hasta en la esclavitud». Yo no me siento esclavo, pero sí feliz recordando lo que hicieron nuestros antepasados pediatras. ■