

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

AÑO XXII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM 250

SUMARIO DEL NÚMERO DE ENERO DE 1964

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Observaciones clínicas sobre la tetraciclina, por el doctor José María Sala-Ginabreda

Semejanza y disparidad de la distrofia ósea familiar y la condro-osteo-distrofia, por los doctores Francisco Arce y Manuel Arce

Teratoma tridérmico, por el doctor Juan Garrido-Lestache

Comentarios al diagnóstico precoz de la carditis reumática del niño, por el doctor Manuel Sánchez-Puelles

Nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico bajo circulación extracorpórea, por el doctor Enrique García Ortiz

La pronación dolorosa del niño, por el doctor Enrique Fernández Yruegas

El THAM en pediatría, por el doctor Jacinto Martínez Jaraíz

Peritonitis meconial encapsulada, por el doctor Juan Garrido-Lestache y Cabrera

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó en el mes de enero un número monográfico dedicado al Hospital del Niño Jesús, en mi opinión, centro pionero de la pediatría nacional en esa época. Muchos de los trabajos publicados eran de los propios pediatras del Hospital del Niño Jesús.

El primero de ellos, «Observaciones clínicas sobre la tetraciclina», se debió al Dr. Sala-Ginabreda. A continuación, los Dres. F. Arce y M. Arce disertaron sobre «Semejanza y disparidad de la distrofia ósea familiar y la condro-osteo-distrofia». El tercer trabajo se debió al Dr. Garrido-Lestache, decano del hospital, sobre «Teratoma tridérmico». A continuación, el Dr. Sánchez-Puelles publicó sus «Comentarios al diagnóstico precoz de la carditis reumática del niño». El Dr. García Ortiz expuso «Nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico bajo circulación extracorpórea». El Dr. Fernández Yruegas, del Hospital del Niño Jesús, dio su versión sobre «La pronación dolorosa del niño». En penúltimo lugar, el Dr. Martínez Jaraíz habló de un tema muy novedoso en esa época, «El THAM en pediatría». Y terminaba este largo número con un trabajo del Dr. Garrido-Lestache y Cabrera sobre la «Peritonitis meconial encapsulada».

Como vemos, son muchos los trabajos dedicados al Hospital del Niño Jesús en este número monográfico. Intentaré resumirlos lo más brevemente posible.

El Dr. Sala-Ginabreda, del Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona, publica un trabajo sobre la tetraciclina-L-metilenlisina (TML), un largo estudio sobre la aplicación de este antibiótico en aquella época tan temprana.

Expuso su experiencia personal sobre 23 niños afectados de procesos respiratorios agudos y procesos diarreicos, como los siguientes:

- A. Afecciones bronquiales agudas, de aspecto general benigno, febriles y sin sintomatología radiológica destacable.
- B. Afecciones respiratorias agudas, de aspecto general más grave, y con sintomatología radiológica destacada (figura 1).
- C. Afecciones varias de predominio sintomático digestivo.
- D. Afecciones respiratorias agudas tratadas por vía parenteral.

El autor concluye su extenso trabajo afirmando que, en resumen, se constata que la TML, un nuevo derivado del núcleo de las tetraciclinas, es de gran efectividad antibacteriana y sumamente soluble, lo que facilita su rápida absorción intestinal (y también intramuscular) y, por tanto, permite obtener niveles hemáticos efectivos poco después de su administración, y así aplicar tratamientos intensivos con dosis mínimas. La ausencia de toxicidad y su perfecta tolerancia hacen de la TML una tetraciclina de elección en el tratamiento de múltiples procesos infecciosos de la infancia.

En el segundo trabajo, los Dres. F. Arce y M. Arce, del Hospital del Niño Jesús, disertan sobre la semejanza y la disparidad de la distrofia ósea familiar, o enfermedad de Morquio, y la condro-osteo-distrofia, o enfermedad de Brailsford.

Comienzan su trabajo afirmando que estas dos afecciones tienen tal semejanza clínica y radiográfica que, en algunos momentos o edades del niño, con una evolución larga de la enfermedad, es muy difícil hacer un diagnóstico exacto de una u otra, aunque también presentan algunas características clínicas y radiográficas distintas que permiten realizar un diagnóstico diferencial.

Los autores diferencian esta enfermedad en cuatro tipos: A, B, C y D (figura 2 A-D).

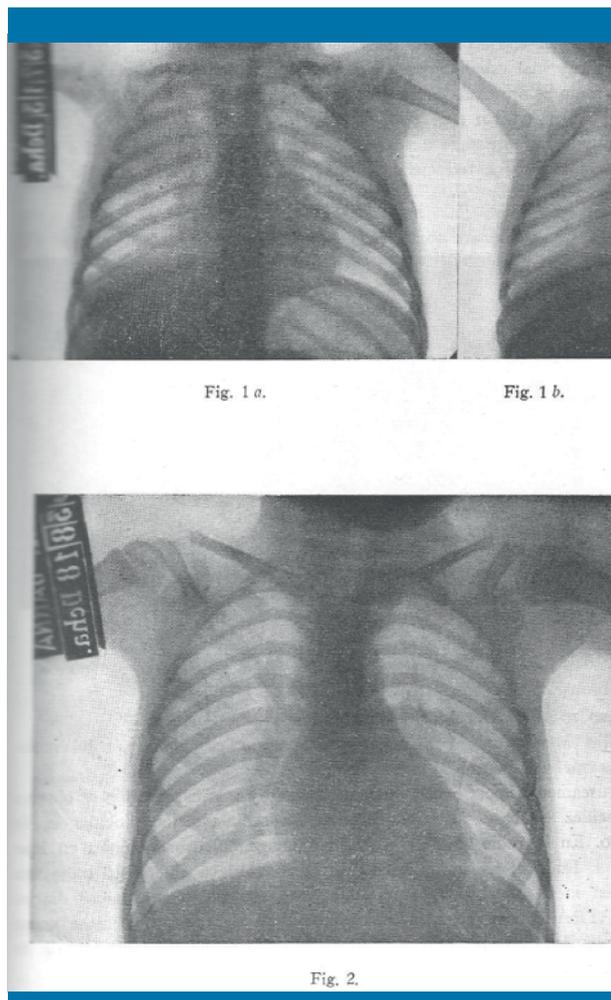


Figura 1

Como se puede observar, a partir de la descripción de ambas afecciones los autores insisten, una vez más, en la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial entre ellas, que muchas veces no se puede hacer hasta que transcurren unos cuantos años, ya que, además, las alteraciones de calcio, fósforo y fosfatasa en sangre no existen o son insignificantes.

Continuamos con el trabajo del Dr. Garrido-Lestache, decano del Hospital del Niño Jesús y jefe del Servicio de Cirugía General, sobre un tema muy interesante, el «Teratoma tridérmico, región sacrocoxígea».

El autor presenta uno de los últimos casos intervenidos por él en Las Palmas de Gran Canaria (figuras 3 a 5).

Va describiendo cada una de las características del caso, y establece el diagnóstico de teratoma tridérmico. La zona de la biopsia es la región sacrocoxígea, y el diagnóstico clínico es una tumoración. Por último, el autor realiza una descripción histopatológica que confirma la nota clínica.

El Dr. Sánchez-Puelles, fallecido precozmente, publica sus «Comentarios al diagnóstico precoz de la carditis reumática del niño». Inicia su trabajo, según su criterio, con un objetivo de trascendental importancia, como es conocer los datos clínicos y el diagnóstico biológico, electrocardiográfico y radiológico del comienzo de la enfermedad reumática, que ha sido para todos los cardiólogos y pediatras el verdadero punto de partida para poder emprender una verdadera lucha profiláctica con el fin de evitar la cardiopatía adquirida de los niños, que comienza con una sintomatología variada y a veces banal, y posteriormente se convierte en grave y puede causar la muerte del niño o, en el mejor de los casos —si no se trata adecuadamente— una lesión oricovalvular irreversible.

Su trabajo se basa en la revisión de 30 historias clínicas de diagnóstico precoz de una carditis reumática. La sintomatología cardíaca viene expresada en estos enfermos por los soplos cardíacos (los presentaron 28 pacientes en su casuística), la distribución del soplo y otros parámetros, como la velocidad de sedimentación, la antiestreptolisina O, las mucoproteínas, la proteína C reactiva, las proteínas totales, la electroforesis, los datos radiológicos y los datos electrocardiográficos.

Para concluir, el autor afirma que el diagnóstico precoz se basa fundamentalmente en la suma de los datos clínicos, biológicos, electrocardiográficos y radiológicos, que valorados todos ellos precozmente ponen en el camino del verdadero diagnóstico.

El Dr. Sánchez-Puelles indica que no se cuenta con un dato clínico precoz patognomónico en el diagnóstico precoz, ya que lo más importante sería diagnosticar la enfermedad en el período preclínico antes de la aparición de los soplos cardíacos.

Los soplos cardíacos son, a veces, el primer síntoma, pero no hay que esperar a su aparición para establecer el diagnóstico precoz.

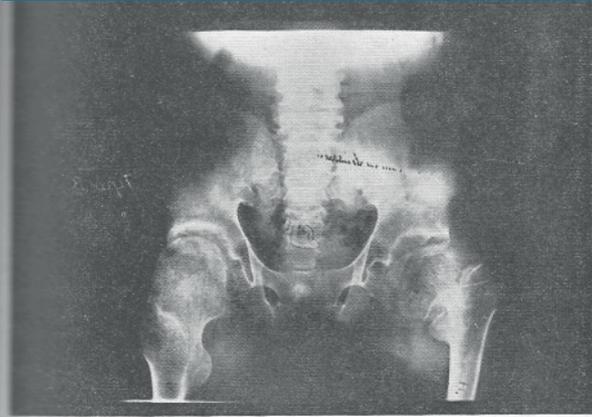
La taquicardia precoz junto con las alteraciones iniciales de los tonos cardíacos (algodonosos o apagados) tiene un gran valor para determinar una carditis de comienzo.

Los síntomas clínicos (sudoración profusa, fiebre irregular y, a veces, febrícula) son muchas veces los síntomas de comienzo, sin sintomatología cardíaca.

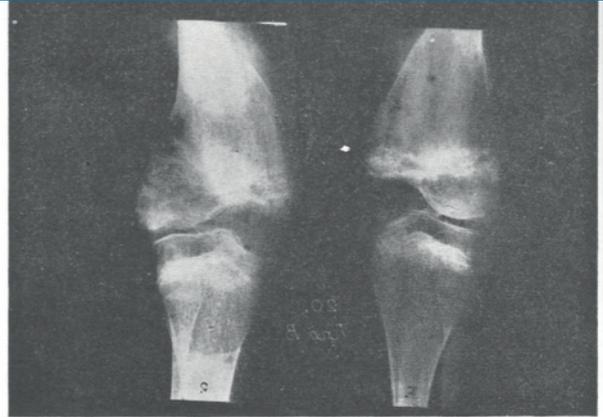
Asimismo, señala el autor que los datos de laboratorio tienen un gran valor diagnóstico, sobre todo la evaluación conjunta de las pruebas reumáticas y el estudio precoz de la electroforesis de las proteínas plasmáticas, que son las que más precozmente se alteran y las últimas en desaparecer de un cuadro de actividad.

Los datos radiológicos junto con los datos electrocardiográficos son a veces los únicos datos iniciales, y son definitivos una vez se presentan para la valoración diagnóstica.

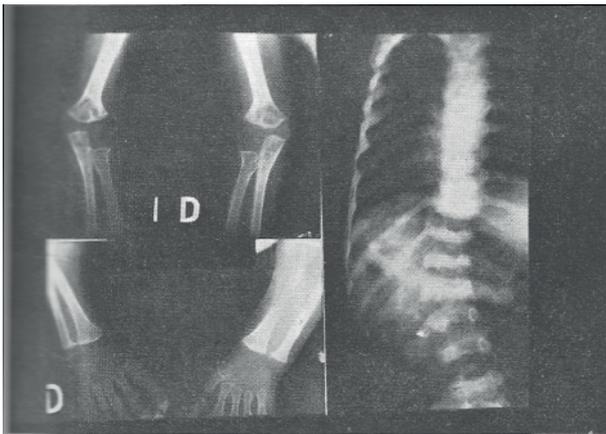
Ante la ausencia de hechos clínicos valorables, incluso en ausencia de datos de laboratorio y con escasez de signos radiológicos y electrocardiográficos, será la experiencia del pe-



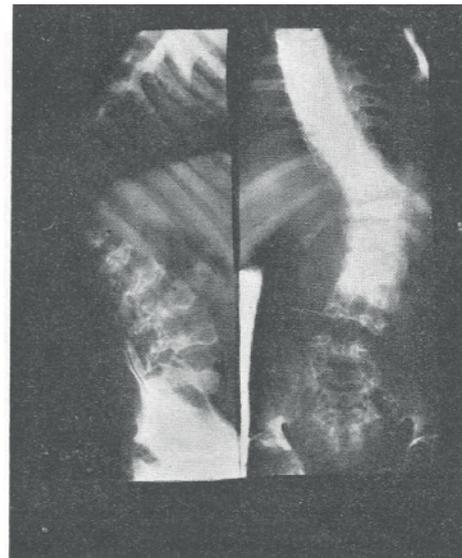
Radiografía número 1-Tipo A.—Se ve que se han osificado los cartílagos de conjunción, pero persisten las deformidades en cabeza y cuello de fémur, así como el aspecto ondulado de las superficies articulares óseas.



Radiografía número 2-Tipo B. (Del mismo enfermo que la anterior.)—También se ve la osificación de los cartílagos de conjunción, así como la deformidad de los puntos epifisarios, con irregularidad y aspecto ondulado en las superficies articulares óseas, chocando el abultamiento de las metafisis.



Radiografía número 3-Tipo C.—En este caso la afección se localiza principalmente en la columna, donde se ve disminución en la altura con irregularidad en los contornos de los cuerpos vertebrales y cifosis escoliosis consecutiva. Presentaba alteración en las extremidades inferiores y solamente ligero retardo en la osificación de las superiores.



Radiografía número 4-Tipo D.—Solamente existen estas intensas alteraciones en los cuerpos vertebrales, que tienen forma de cuña con disminución en la altura en la parte anterior e irregularidad en los contornos, con intensa cifosis dorso-lumbar consecutiva al deficiente desarrollo de las articulaciones intervertebrales.

Figura 2a-d

diatra la que permita sospechar el comienzo de una enfermedad grave como la carditis, con una sintomatología vaga, que aparece en el niño después de un cuadro infeccioso faríngeo o escalatiforme.

La suma de todos los hechos, antecedentes y predisposición familiar, la aparición de síntomas generales, síntomas cardiológicos o, en su defecto, los datos biológicos y electrocardiográficos, son los que nos van a poner en el verdadero camino del diagnóstico precoz.

La base fundamental de un buen tratamiento, que evite secuelas para toda la vida, es realizar un diagnóstico precoz,

y el tratamiento profiláctico durante años será la manera de evitar nuevos brotes, después del primero bien tratado y curado.

El Dr. García Ortiz, profesor jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital del Niño Jesús, presenta «Nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico bajo circulación extracorpórea e hipotermia profunda, asociada y selectiva en los primeros 75 casos de cardiopatías congénitas».

El autor manifiesta que le cabe el honor de presentar en esta revista los resultados de los primeros 75 casos de pacientes intervenidos por su equipo bajo circulación extracorpórea



Figura 3

(CEC) e hipotermia, cuya experiencia pone a disposición de los lectores.

La muestra de casos está constituida, en su mayoría, por pacientes con enfermedades congénitas, intervenidos prácticamente por el mismo equipo, usando el oxigenador de Kay-Cross, pero combinando la CEC con refrigeración cardiaca aislada y perfusión coronaria de suero salino a 4°. Describe su casuística del siguiente modo:

- 25 casos de comunicación interauricular simple.
- 5 casos de comunicación interauricular complicada.
- 12 casos de comunicación interventricular.
- 2 casos de comunicación interventricular complicada.
- 15 casos de estenosis valvular pulmonar.
- 6 casos de trílogía de Fallot.
- 10 casos de tetralogía de Fallot.

Hasta aquí la escueta reseña de los resultados obtenidos en los mencionados 75 casos de pacientes intervenidos bajo CEC e hipotermia, hazaña que hace pocos años hubiera parecido fantástica, pero que hoy (1964), bajo los nuevos progresos de la técnica, ya no parecen extraños e inconcebibles para la mente del médico.

El Dr. Fernández Yruegas, traumatólogo del Hospital del Niño Jesús y cirujano ortopédico, presenta su experiencia sobre «La pronación dolorosa del niño», afirmando que es un síndrome que se produce frecuentemente en niños de 2-5 años de edad, y su estudio reviste un gran interés para los pediatras, ya que normalmente, y tras su aparición, se recurre a ellos y no al traumatólogo. Sin embargo, la pronación dolorosa es una lesión muy poco descrita, incluso en los tratados de traumatología, aun cuando sobre ella, y a partir de Fournier, en el año 1671, se han publicado excelentes trabajos, sobre todo en la última mitad del siglo XIX.

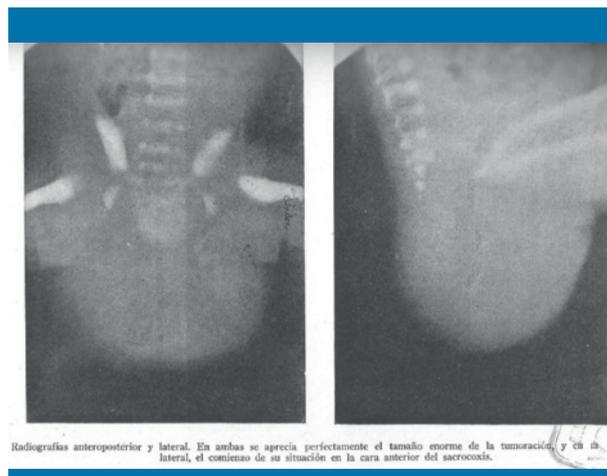


Figura 4

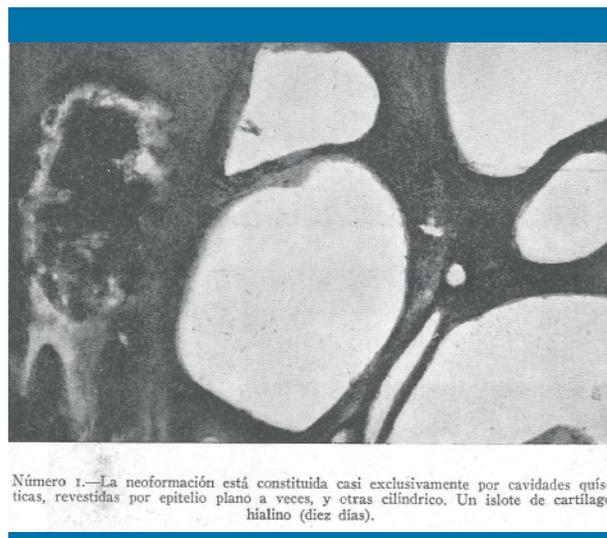


Figura 5

El autor va describiendo en qué consiste la pronación dolorosa, y fija sus puntos de vista personales en relación con esta lesión:

1. La lesión conocida por las denominaciones «codo de doncella», «codo tironeado», «codo de mal humor», «codo de niñera», «lesión de Goyrand» o «luxación de Melgaine», o por la denominación más propia de «subluxación de la cabeza radial debajo del ligamento anular», es bastante frecuente, constituyendo (según Van Aisdale) el 1% de los casos quirúrgicos de todas las edades, y el 0,5% de los referidos a niños, aunque hay autores, como Jhonson, que elevan este porcentaje hasta una cifra superior al 3%. La lesión se produce con mayor frecuencia en el brazo izquierdo.
2. Ante una situación de dolor e inmovilidad en la forma apuntada, debe pensarse siempre en la existencia de esta lesión, diagnóstico que deberá fundamentarse en el factor desencadenante.

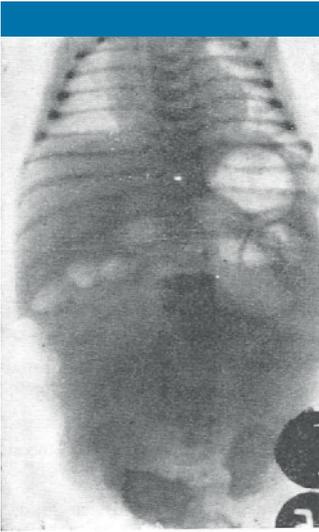


Figura 1.



Figura 2.

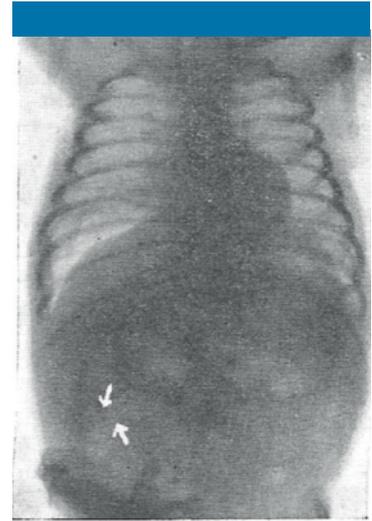


Figura 3.

Figura 6

- denante (tracción brusca a lo largo del eje radial) y en el resultado negativo de la exploración radiológica.
- Esta lesión (que llega a alcanzar, según el ya citado Van Aisdale, hasta el 27,5% del total de fracturas y dislocaciones en niños de menos de 10 años) debe tratarse inmediatamente por simple manipulación, efectuada en la forma indicada, y no se aconseja la inmovilidad posterior más que en los casos en que se haya producido, por las circunstancias apuntadas anteriormente, un edema en el ligamento anular.
 - Sería aconsejable que, dada la frecuencia de esta lesión, se dedicase a ella una mayor atención y un lugar de mayor importancia en textos y tratados de ortopedia y traumatología.

El penúltimo trabajo se debe al Dr. Martínez Jaraíz sobre «El THAM en pediatría». Explica su experiencia sobre el tris: la toxicidad del tris es muy débil; hay que superar los 500 mg/kg para que se presenten signos de intoxicación, que consisten en hipoglucemia, hipotensión, bradicardia, náuseas y vómitos.

El autor cree que el tris-hidroximetil-aminometano (THAM) es una amina *buffer* que puede salir del empleo en los laboratorios de investigación y clínicas muy bien montadas para un uso más frecuente. Las dosis que se recomiendan en pediatría, según Kaplan, son de 5 mL/kg/h de la solución 0,3 molar, y se considera que muy pocas veces es necesario sobrepasar estas dosis. Con dosis menores, de hasta 0,5 mL/kg/h, ha conseguido corregir la acidosis de un niño de 53 días que padecía una neumonía. Este autor sigue la siguiente pauta de tratamiento: una primera dosis de unos 20 mL/kg/h durante los 30 primeros minutos

Figura 7

Figura 8

o 1 hora, para pasar a continuación a infundir el THAM en las cantidades de 5 a 0,3 mL/kg/h.

El Dr. Martínez Jaraíz tiene noticias de que pronto (1964) se podrá disponer de soluciones comerciales de este producto, que por lo demás es de muy fácil preparación.

El último trabajo de este extenso número monográfico dedicado al Hospital del Niño Jesús se debe al Dr. Garrido-Lestache y Cabrera, una nota clínica sobre una «Peritonitis meconial encapsulada» (figuras 6 a 8).

En resumen, en este estudio se presenta el caso de un paciente operado y curado de una peritonitis meconial encapsulada, con perforación cerrada y atresia del íleo terminal y vólvulo del intestino delgado. Se le efectuó una resección intestinal de unos 35 cm, y fue dado de alta, totalmente curado, a los 12 días de la intervención. A continuación el autor establece unas consideraciones patogénicas, anatómicas y clínicas sobre este tipo de afecciones.

Comenzamos este año 2014 con una nueva sección de «Hace 50 años...» con un espíritu muy alegre y optimista, esperando que sea útil para los pediatras que la lean, lo que me hace recordar la frase de Pkrosegger, escritor popular alemán del siglo XIX: «Lo poco/lo único que hay que hacer en este mundo es proporcionar alegría a nuestros semejantes».

Ojalá esta pequeña publicación mensual produzca alegría al pensar en nuestra historia pediátrica. ■