

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

AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM 222 **SUMARIO DEL NÚMERO DE JUNIO DE 1961**

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El profesor Valls y Sánchez de la Puerta

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Las alteraciones psicocinéticas en la infancia, por el profesor Maurice Lust

Tumores de ovario, por los doctores L. Gubern Salisachs y A. Marqués Gubern

Hace 50 años, en el mes de junio de 1961, *Acta Pediátrica Española* publicaba diversos trabajos y casos clínicos. El primero de ellos se debió al conocido profesor belga Maurice Lust sobre «Las alteraciones psicocinéticas en la infancia».

A continuación, los doctores L. Gubern Salisachs y A. Marqués Gubern publicaron su casuística sobre «Tumores de ovario».

La figura de la pediatría de este mes estuvo dedicada al profesor Valls y Sánchez de la Puerta.

En el primer trabajo, el profesor Lust comenzó afirmando que para él era una invitación honrosa poder hablar con colegas españoles, ya que entre el hospital belga donde trabajaba y los hospitales de nuestro país había una misma identidad pediátrica. Era una gran oportunidad en este momento poder hablar de la muerte de los prematuros, a la que Lust tanto se dedicó, y así presentar hoy en día una nueva actividad de la sanidad nacional infantil: el tratamiento o la educación de algunos miles de niños con alteraciones psicocinéticas.

La psicocinesia es la ciencia que estudia las causas, los signos y los tratamientos de las alteraciones del movimiento resultantes de una encefalopatía sobrevenida durante el nacimiento, en el transcurso del embarazo o en los primeros días de vida. Estas alteraciones están frecuentemente asociadas a otras alteraciones sensoriales, psíquicas y mentales, así como a procesos epilépticos.

Se ha utilizado un gran número de términos para designar a esta alteración espástica, como parálisis cerebral infantil, enfermedad de Little, etc.

La parálisis cerebral es una denominación errónea, según el autor, no aceptada por los médicos franceses.

El término «enfermedad de Little», todavía empleado a menudo, no es admisible para designar este síndrome. Estos niños

no tienen una enfermedad definida, y Little no describió este proceso.

Aquí se van a tratar exclusivamente las alteraciones psicocinéticas.

Es muy importante el momento en que se produce una lesión del sistema nervioso central, porque influye en gran manera sobre las alteraciones que provocará posteriormente. Esta diferencia de reacción a una lesión en diversas épocas fisiológicas de la vida depende del grado de maduración del sistema nervioso.

Así, por ejemplo, las lesiones del encéfalo que provocan alteraciones psicocinéticas pueden ser de origen genético, o la consecuencia de una embriopatía, una fetopatía, una lesión perinatal, algún traumatismo craneal, una infección, una intoxicación o una lesión vascular del encéfalo sobrevenida unos meses después del nacimiento. Generalmente, estas alteraciones psicocinéticas también pueden presentarse tras una lesión encefalítica que sobreviene a los 3 años de edad.

En cuanto a las alteraciones, el profesor Lust las considera una unidad específica, con el fin de agrupar en una sola entidad nosológica todas las alteraciones psicocinéticas resultantes de lesiones del encéfalo sobrevenidas en los meses posteriores al nacimiento. La terminología utilizada en la clasificación de las alteraciones es muy confusa.

La localización de las lesiones cerebrales puede afectar a diferentes centros anatómicos del cerebro, e igualmente al centro del tálamo, los núcleos de la base, etc.

Para complicar el problema, frecuentemente en los exámenes anatomopatológicos se descubren múltiples lesiones en muchas zonas, sobre todo de la corteza y otras regiones.

En cuanto a la clasificación, en la práctica cotidiana el profesor Lust observa que una alteración cinética jamás está en

estado puro, pero constata que existen alteraciones complejas que pueden variar en el tiempo y en intensidad.

A continuación, el autor habla de las alteraciones del movimiento, la localización, que puede afectar a los miembros, la nuca y al tronco (por tanto, actitudes anormales), así como de las alteraciones de la estática y de la marcha.

La mayor parte de los síntomas al nacimiento aparecen en niños aparentemente normales durante los primeros meses, que presentan alteraciones psicocinéticas posteriormente.

Hay un periodo de latencia, cuya relevancia hay que tener en cuenta ante la aparición de alteraciones psicocinéticas. Es necesario ser muy circunspectos antes de admitir un pronóstico concerniente al lactante que ha presentado signos de dificultad respiratoria al nacimiento, por lo que el médico debe constatar dichas alteraciones durante los primeros meses de vida de ciertos lactantes.

Este periodo de latencia, durante el cual el lactante parece desarrollarse normalmente, a veces es mucho más corto, ya que los síntomas se observan en la primera visita médica. Generalmente, pasa un largo tiempo antes de que los padres constaten que su hijo presenta un retraso psicomotor debido a las alteraciones del movimiento.

A continuación el profesor Lust aborda el apartado de las alteraciones y las deficiencias del sentido y psíquicas. Habla de trastornos de la visión, alteraciones de la audición y alteraciones del lenguaje, y explica sus causas, que pueden ser hereditarias (p. ej., las encefalopatías de origen genético que son generalmente degenerativas).

Menciona la galactosemia y las oligofrenias fenilpirúvicas, así como las embriopatías, las fetopatías, las lesiones perinatales, las lesiones vasculares y la anoxia. Es importante conocer el pronóstico de los lactantes traumatizados y de la ictericia grave del recién nacido, que el autor cree que tiene una frecuencia de 1-3/1.000 recién nacidos en su región. Habla sobre el diagnóstico y los tratamientos, especialmente la kinesia, y comenta extensamente la kinesiterapia, la ergometría, la educación funcional, la educación del lenguaje y el tratamiento del estrabismo.

En cuanto al tratamiento, el autor cree que debe estar dirigido a la motivación, es decir, obtener para el lactante la máxima independencia funcional y social, y una visión también normal y activa que posibilite el cribado de futuras alteraciones. Es muy importante la precocidad en el diagnóstico y el tratamiento, para lo cual es crucial contar con centros especializados de estudio y diagnóstico, centros de tratamiento y escuelas especializadas.

Con un tratamiento precoz, constante e ininterrumpido es posible que un gran número de estos pequeños pacientes acabe mejorando.

En el segundo trabajo, de los Dres. L. Gubern Salisachs y A. Marqués Gubern, sobre «Tumores de ovario», los autores co-

mienzan afirmando que estos tumores son poco frecuentes, y que su primera manifestación es el crecimiento progresivo del abdomen.

Los tumores de ovario en la infancia no son infrecuentes, pero tampoco tan excepcionales como para menospreciar su valor patológico y olvidar el estudio de la patología genital en esta etapa de la vida. Los autores van enumerando los casos hallados por diversos investigadores; en nuestro entorno, Roviralta et al. publicaron un caso en 1951 y otro en 1960, y Picañol un caso en 1956.

Sintomatología

Charache divide estos tumores en cuatro tipos, cuya clínica depende del grado de la tumoración:

1. Tumor de células de la granulosa.
2. Disgerminomas.
3. Teratoma de ovario.
4. Fibromas.

Forshall los divide en otros cuatro tipos:

1. Cistoadenomas.
2. Teratomas.
3. Tumores de morfología especial.
4. Tumores de origen dudoso.

La presencia de metrorragia asociada a una hipertrofia de los genitales externos y de las mamas, la aparición de vello en el pubis y las axilas, junto con la presencia de un tumor abdominopelviario, debe llevarnos al diagnóstico presuntivo de «tumor funcionante de ovario». Es conveniente tener presente que no solamente los tumores de células de la granulosa son los determinantes de la pubertad precoz. Según Notti y Giunta, pueden provocar pubertad precoz los siguientes tipos de tumores:

1. Tumores genitales con exagerada eliminación de estrógenos:
 - Tumor de células de la granulosa.
 - Quistes foliculares.
 - Corioepitelioma.
 - Arrenoblastoma.
2. Tumores suprarrenales que provocan pubertad precoz y virilización.
3. Lesiones del sistema nervioso central, más frecuentes en los varones:
 - Tumores de la glándula pineal.
 - Tumores del mesencéfalo.
 - Encefalitis.
 - Síndrome de Albright.
4. Pubertad precoz esencial.

Anatomía patológica

Según la anatomía patológica, se diferencian tres tipos:

1. Quiste simple con líquido claro seroso.

2. Quistes dermoides, en cuyo interior existen restos de tejido embrionario de origen ectodérmico, o procedentes de una o de las dos restantes hojas embrionarias.
3. Tumores malignos: sarcomas (francamente raros), carcinomas, epitelomas, adenosarcomas y tumores de la granulosa.

Desde el punto de vista histológico, Schiller propuso la siguiente clasificación:

1. Tumores ovario-genéticos.
2. Tumores hetero-genéticos, derivados de los tejidos existentes en el ovario:
 - Por diferenciación patológica en los tejidos existentes en el ovario:
 - Blastoma cilioepitelial.
 - Endometrioma.
 - Blastoma mucopitelial.
 - Epitelioma pavimentoso.
 - Arrenoblastoma (masculinizante).
 - Disgerminoma.
 - Por metaplasia de los tejidos ováricos.

En la vida fetal podemos hablar de teratoma si la aparición del tumor es precoz. Si es más tardío, podría tratarse de un mesonefroma, un hipernefroma, un tumor de Brenner o un ganglioneuroma.

En la edad adulta, puede aparecer, por metástasis de tumores malignos, un tumor de Krukenberg-Marchand o un endometrioma. Laguna et al. han descrito y publicado un caso de tumor de Krukenberg.

Diagnóstico diferencial y tratamiento

El tratamiento estriba, según Charache, en la laparotomía exploradora. Si el tumor es unilateral y encapsulado, está indicada la cirugía conservadora, con la que debe evitarse que se rompa la cápsula. La radioterapia está indicada sólo si se trata

de un disgerminoma. Se puede llevar a cabo una cirugía radical más radioterapia si el tumor es maligno o bilateral, previa realización de una biopsia.

La radioterapia, seguida de quimioterapia más tratamiento hormonal, se reserva para los tumores malignos con grandes metástasis. Respecto a la quimioterapia, el metotrexato se ha mostrado eficaz en el tratamiento del corioepitelioma.

A continuación, los autores presentan su casuística de 6 casos, y resumen su trabajo de la forma siguiente: los tumores de ovario en la infancia, malignos aproximadamente en un 50% de los casos, que ocupan rápidamente la cavidad abdominal, debido a la menor anchura relativa de la pelvis y la situación más alta del ovario pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial no siempre fáciles de resolver; los tumores funcionantes revisten un cierto interés no sólo desde el punto de vista oncológico, sino también endocrinológico.

El estudio a fondo de las pacientes, seguido de las exploraciones complementarias (análisis de sangre, dosificación de estrógenos y gonadotropinas, aumentadas sólo en algunos teratomas y en el corioepitelioma) y las exploraciones radiológicas, pueden ayudar a establecer un diagnóstico de certeza.

Todo tumor torsionado se ha de tratar como un abdomen agudo, por lo que requiere una intervención urgente (esta conducta está también justificada si clínicamente no puede descartarse la malignidad del proceso). El tratamiento del resto de tumores es la intervención, seguida de la radioterapia, según sea el tumor, benigno o maligno.

Esta sección de «Hace 50 años...», que rememora las relaciones de amistad que existían entre los jóvenes pediatras españoles y el Prof. Lust, me recuerda la frase de Bacon: «La amistad verdadera da tantas alegrías que reduce a la mitad las penas». Efectivamente, el Prof. Lust aumentó mucho las alegrías de la pediatría de esos años y disminuyó las penas que existían en nuestro país. ■