

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

### AÑO XXII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 252

### SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1964

#### FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

*El profesor Dr. Arbelo*

#### ARTÍCULOS ORIGINALES

*Trabajos doctrinales y casos clínicos*

Problemas que plantea el tratamiento de la toxicosis, por el doctor Laguna Serrano

Corea reumática: clínica y diagnóstico, por el doctor E. Sánchez Villares

En el mes de marzo de 1964, *Acta Pediátrica Española* publicó diversos trabajos doctrinales y casos clínicos. El primero de ellos debido al doctor Laguna Serrano, sobre «Problemas que plantea el tratamiento de la toxicosis».

A continuación, y para cerrar este número —ya que ambos trabajos eran muy extensos—, se incluye una publicación del Dr. Sánchez Villares sobre «Corea reumática: clínica y diagnóstico».

La figura de la pediatría de este mes estuvo dedicada al Dr. Arbelo, profesor, por oposición, de la Escuela Nacional de Puericultura de Madrid.

El trabajo del Dr. Laguna Serrano, sobre «Problemas que plantea el tratamiento de la toxicosis», se trataba del discurso inaugural del curso 1963-1964 de la Sociedad de Pediatría de Madrid. En él comienza diciendo el autor que las directrices del tratamiento se orientan con el fin de lograr la esterilización del tramo intestinal mediante la pausa de hambre y la conveniente administración de quimioterápicos y antibióticos. El periodo de hambre exige una adecuada rehidratación (fluidoterapia) con aporte de electrólitos y glucosa. El tratamiento, asimismo, debe pretender reparar el *shock* anhidrémico y restablecer la función renal. Durante la fluidoterapia se debe vigilar el estado del aparato circulatorio y la posible presentación de síntomas de hipocaliemia, y se investigará la existencia de una acidosis metabólica. En los casos de toxicosis focal y de toxicosis por infección enteral conviene a veces realizar tratamientos especiales. La oxigenoterapia, en ocasiones, los diversos métodos para combatir el íleo paralítico, el tratamiento sedante y la medicación neuropléjica, la terapia hormonal y la pauta en orden a la conveniente realimentación del lactante (tratamiento dietético) constituyen los puntos fundamentales del tratamiento de la toxicosis.

El autor prosigue su trabajo con el tratamiento de las formas menos graves (casos de pretoxicosis), para a continuación dedicar una extensa parte al tratamiento de las formas graves.

En primer lugar, se refiere al lavado gástrico, para seguir con la pausa de hambre (dieta hídrica) y la fluidoterapia (técnica de la rehidratación):

1. Pausa del té.
2. Pausa de hambre con cocimiento de arroz o con otros tipos de dieta.
3. Rehidratación mixta: por vía oral y con inyecciones subcutáneas repetidas.
4. Gastroclisis permanente (con o sin inyecciones subcutáneas). La gastroclisis permanente está contraindicada en los casos de toxicosis con síntomas de íleo paralítico, en los que se procederá a la aspiración gastrointestinal permanente, asociada al goteo intravenoso.
5. Rehidratación intravenosa permanente (perfusión o goteo permanente). Si la perfusión intravenosa se prolonga durante varios días, a veces se origina una trombosis en la vena utilizada, en cuyo caso conviene practicar un apósito húmedo y un vendaje, a la par que tratamiento con penicilina.
6. Perfusión en la médula ósea. La punción ósea se verifica en la tibia o el fémur; en primer lugar, se lleva a cabo la aspiración de una cierta cantidad de líquido medular, y seguidamente se inicia el goteo intramedular de la infusión precisada, evitando el paso de aire en el sistema utilizado. Mediante dicha técnica es factible la práctica de una perfusión de 100 mL, gota a gota. No conviene prolongar la perfusión más de 12-18 horas, por el peligro de infección local que conlleva; además, según Meyer y Nassau, esta vía de rehidratación está contraindicada en los casos de sepsis y en las diarreas por salmonelosis (por el peligro de periostitis y osteomielitis).

El autor enumera a continuación algunas soluciones de fluidos:

1. Solución salina isotónica.
2. Solución glucosada al 5%.
3. Solución de fructosa al 5%.

4. Solución Ringer. Por 1 L de solución, la composición es la siguiente: 8,5 g de cloruro sódico (= 146 mEq/L), 0,3 g de cloruro potásico (= 4 mEq/L) y 0,3 g de cloruro cálcico (= 5,4 mEq).
5. Solución molar de cloruro potásico al 7,5%.
6. Solución de Hartmann modificada (solución lactato-Ringer).
7. Solución de Darrow (solución de potasio-lactato). La vía preferente es la subcutánea; en caso de emplear la vía intravenosa, se utilizará la solución de Darrow, diluida con 2 o 3 partes de suero glucosado al 5-10% y en inyección practicada muy lentamente.
8. Solución de Butler.
9. Solución de Butler y Talbot.
10. Solución 1/6 molar de lactato sódico.
11. Solución de bicarbonato sódico.
12. Amigen (preparado por Mead, Johnson y colaboradores).

Otra posible solución es la plasmaterapia intravenosa, con indicaciones y técnicas muy pomenorizadas en el trabajo.

Entre los requerimientos hídricos y electrolíticos, el requerimiento total, por todas las vías (inclusive el aporte que se haya logrado por vía oral, en el caso que ello sea factible), se puede calcular en el lactante con toxicosis en alrededor de 200 mL/kg/24 h.

El Dr. Laguna Serrano continúa su trabajo indicando las directrices generales respecto a la fluidoterapia, y posteriormente sobre la elección de las diversas soluciones.

El autor continúa este extenso trabajo hablando sobre el control de la fluidoterapia, concretamente sobre la velocidad o rapidez del goteo y la vigilancia respecto a los posibles síntomas de hipopotasemia e hipocaliemia, como los siguientes:

- Síntomas neurológicos.
- Trastornos de la respiración.
- Trastornos cardiovasculares.
- Trastornos gastrointestinales.
- Parálisis de la vejiga.

Asimismo, se refiere a algunos hallazgos electrocardiográficos sintomáticos de hipocaliemia e hipercaliemia.

Es interesante la dedicación del autor a los tratamientos de los estados de hipopotasemia y en los casos de hiperpotasemia, así como en los casos de vómitos intensos, que originan hipocloremia y alcalosis.

Repasa la fluidoterapia en las toxicosis con frecuentes deposiciones acuosas (con intensas pérdidas de sales).

Indica que si aparecen síntomas de hipocalcemia (signos de tetania) en el curso de la rehidratación, se inyectará gluconato cálcico por vía intravenosa, que debe vigilarse por una posible sobredosificación de glucosa.

El Dr. Laguna Serrano prosigue su trabajo hablando sobre la hiperelectrolitemia (hipernatremia) en las diarreas intensas con sudoración profusa o excesiva administración de sal: concepto,

etiología, sintomatología, datos de laboratorio y tratamiento. Afirma que se puede producir también alcalosis metabólica por vómitos intensos y posibles fenómenos de intoxicación hídrica.

Debido a la extensión del trabajo que aquí he tenido que resumir, se continuará, según se afirma en *Acta Pediátrica*, en el próximo número.

El segundo y último trabajo, «Corea reumática: clínica y diagnóstico», corre a cargo del Dr. Sánchez Villares, cuando era Profesor Adjunto de Pediatría y Puericultura.

Antes de entrar en el estudio clínico de esta enfermedad, conviene que precisemos, en lo posible, su verdadero significado y concepto, sobre el cual quedan muchas incógnitas aún por aclarar. Remedando lo escrito por Boutiellé en 1810, y completando sus palabras, podríamos decir que la historia del corea es larga y de reconstrucción difícil, que en su nomenclatura siguen usándose términos anacrónicos e injustificados, que su caracterización es ambigua, su etiopatogenia desconocida, su sintomatología ridícula y su terapéutica problemática.

La palabra «corea» (de origen grecolatino) puede traducirse por el acto de danzar, o por movimientos de la danza. Inicialmente carecía de significado patológico, usándose para designar los cultos religiosos de la Edad Media, entre los cuales la danza fue uno de sus modos de expresión. Se introdujo por extensión en la nomenclatura médica de aquel entonces para designar un síntoma común a distintas enfermedades con motilidad perturbada, que remedaban en cierto modo a los movimientos de la danza.

Su acepción nosográfica más antigua fue la de corea de San Juan, denominación empleada para designar a las personas que padecieron en la Edad Media las grandes danzas epidémicas (probablemente debidas, según investigaciones recientes, a intoxicaciones colectivas con ergotamina) y en las que enfermos y simulantes buscaron alivio en San Juan, en recuerdo de que la danza de Salomé fue pagada con la cabeza del Bautista.

Desde 1418, y a raíz de la danza epidémica de Estrasburgo, comenzó a emplearse, a través de la advocación de otro santo, el término de «corea de San Vito» y su equivalente en otras lenguas.

Sydenham, en 1686, describió en un magistral trabajo los rasgos fundamentales de unas «convulsiones especiales».

Mientras va perdiéndose poco a poco el uso del término «corea magna», se llega, a principios del siglo XIX, y gracias a los trabajos de Boutiellé, a la clasificación de corea *minor* en 2 grandes grupos: corea esencial o idiopático (que afecta principalmente a los niños entre 10 y 14 años de edad) y corea secundario o sintomático (que puede observarse a cualquier edad). Desde entonces gana partidarios la apreciación del corea de Sydenham como equivalente del corea esencial, y se emplean como sinónimos los siguientes términos: corea de Sydenham, corea *minor*, corea esencial o, simplemente, corea.

En el desarrollo de la nomenclatura del corea tiene una gran importancia la descripción, en 1875, por parte de G. Huntington, de un nuevo cuadro, propio de la edad adulta, caracterizado por su naturaleza hereditaria, movimientos coreicos, alteración de las funciones mentales, curso crónico y desenlace desfavorable. Esta afección, conocida desde antiguo, empieza ahora a ser adecuadamente valorada, y recibe, entre otros nombres, los de corea hereditario, corea crónico, corea degenerativo o corea de Huntington, para diferenciarla del corea de Sydenham.

Esta breve incursión a la historia de la nomenclatura médica del término «corea» debe servirnos para deducir algunas conclusiones:

1. No es acertado el término aislado de «corea» para designar exclusivamente a la enfermedad reumática, ya que el corea puede tener otras etiologías.

2. La denominación correcta es la de corea reumático, cuando concretamente queramos referirnos a esta variedad causal.

3. Aunque puedan emplearse como sinónimos de corea reumático los términos de corea o baile de San Vito, corea *minor*, corea *anglorum* o corea de Sydenham, nos parece que como todos ellos carecen de significado etiológico, no estaría de más ir archivándolos, dejando que pasaran a ocupar el lugar histórico que les corresponde, de forma análoga a lo que ha sucedido con los términos de corea magna, corea *germanorum*, etc. (figura 1).

## Bases anatomofisiológicas del corea

El estudio necrótico de pacientes fallecidos de corea ha permitido descubrir diversas alteraciones anatomopatológicas, aunque no son suficientes para determinar su mecanismo anatomofisiológico de producción. Advertimos, por otra parte, que la palabra «corea» en su significado actual sirve para designar un síntoma (movimientos involuntarios con las características que más adelante describiremos), un síndrome (coexistencia de movimientos coreicos, ataxia e hipotonía) y una enfermedad (corea reumático).

La ignorancia sobre una cuestión tan importante como las bases anatomofisiológicas del corea, en general, es razón suficiente para que, como decíamos al principio, la caracterización del corea reumático siga siendo ambigua.

En la clínica del corea reumático se pueden distinguir los siguientes signos: a) movimientos coreicos; b) ataxia; c) hipotonía muscular, y d) alteraciones psíquicas.

El autor va desarrollando cada uno de estos síntomas con excelente detalle.

En primer lugar, puntualiza el diagnóstico:

1. El diagnóstico del corea reumático es, por lo general, sencillo. Por supuesto, el médico nunca debe contentarse con aclarar sólo su existencia, sino que debe buscar otros posi-

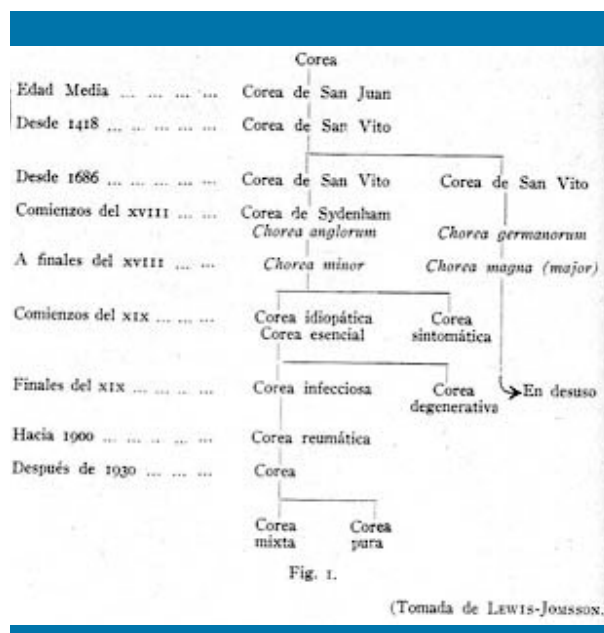


Figura 1

bles síntomas y signos del reumatismo severo, a los cuales en este momento el autor no se va a referir.

2. El diagnóstico diferencial plantea 2 problemas: la distinción del corea como síntoma, con otras hipercinesias, y la distinción entre el corea de etiología reumática y el ligado a otros factores causales.

El síntoma coreico puede, aunque no debe, confundirse con los tics, la atetosis, el hemibalismo y la inestabilidad motora de los niños lábiles:

- Los tics, o espasmos habituales, eran, a juicio del autor, el motivo más frecuente de error. Aunque tengan en común con el corea su carácter de movimientos instantáneos, se distinguen fundamentalmente porque la secuencia se reitera siempre de la misma forma, estereotipando un movimiento que primitivamente fue razonable y voluntario y pasa después a ser absurdo e involuntario (parpadear, encogerse de hombros, etc.).

En términos generales, parece ser que se comete más fácilmente el error de catalogar como corea lo que no son sino tics, que diagnosticar como tics lo que es corea. Contribuirá mucho al diagnóstico verdadero de corea la exploración de la ataxia y la hipotonía muscular.

- La atetosis se caracteriza por que los movimientos de tipo involuntario son de carácter reptante, de menor frecuencia y mayor lentitud, y afectan en particular a la extremidad distal, coincidiendo frecuentemente con una hipertonia muscular. La posibilidad de una combinación de corea y atetosis y de una transición entre ambos movimientos complica el diagnóstico, debiéndose hablar a veces de corea-atetosis, o atetosis con adición de corea.

- El hemibalismo, brusco movimiento de un brazo que súbitamente se desplaza hacia arriba o hacia fuera, de forma in-

controlada, es un síntoma raro que casi siempre se acompaña de un movimiento rotatorio del tronco.

- La labilidad motora de algunos niños en continuo movimiento suele distinguirse por la simple anamnesis, que descubre que tales hipercinesias tienen un comienzo antiguo, a diferencia del corea, que, aunque insidioso al principio, surge en el paciente como algo nuevo. Puede resultar difícil establecer su distinción debido a la mayor predisposición de estos niños inestables, probablemente con un sistema extrapiramidal inmaduro o mal regulado, a padecer corea, circunstancia que, por conocida, debe obligar a prestarle especial atención.
3. La distinción entre corea reumático y no reumático tampoco es, en general, difícil, pero a veces ocasiona graves errores. Hay que distinguir los siguientes factores:
    - Corea en encefalopatías connatales.
    - Corea sintomático de esclerosis difusas y enfermedades por desmielinización. El autor dedica unos breves párrafos a cada uno de estos síntomas.
    - Corea ligado a infecciones no reumáticas, como encefalitis epidémica, encefalopatía ferinosa, sarampión, varicela, gripe, sífilis, tuberculosis, escarlatina, etc.
    - El corea de etiología tóxica, endógena o exógena, es raro.
    - El corea sintomático, o trastornos circulatorios, como embolias, trombosis y hemorragias, suele ser de comienzo brusco, de marcado carácter hemilateral y acompañado de signos de daño cerebral.
    - Corea ligado a trastornos metabólicos. Tiene especial interés la posibilidad señalada por Schleicher de corea sintomático de una deficiencia de vitamina B<sub>6</sub> como manifestación aislada de dicha carencia.
    - Se ha descrito alguna vez el corea sintomático de neoplasias, pero siempre conjuntamente con otros síntomas extrapiramidales.
  4. Corea criptogenético.

5. El falso corea, o corea imitatorio, ligado a la histeria, a veces con carácter colectivo, que se caracteriza por que los movimientos son más monótonos que los del corea reumático, no muestran cambios repentinos y recuerdan a los tics.

Para finalizar este trabajo, el autor puntualiza el tratamiento en los términos siguientes:

1. Reposo absoluto, en ambiente tranquilo.
2. Alimentación cuidadosa a cargo de una persona paciente, cariñosa y solícita.
3. Sedantes. Estaba en desuso ya el Nirvanol, y en aquella época (1964) conservaba su valor el Luminal. Pueden colaborar a la sedación el meprobamato, el megafen y fármacos similares.
4. Los corticoides en las formas no asociadas, según el autor, aportan pocos beneficios.
5. La vitamina B<sub>6</sub> puede aconsejarse por su inocuidad, pero probablemente tiene una eficacia muy relativa en los casos en que no haya una carencia indiscutible.
6. Durante la convalecencia, que ha de prolongarse lo más posible, es prudente evitar esfuerzos, sobrecargas, fatigas y toda clase de estrés físico y psíquico.
7. La asociación de penicilina, piramidón y corticoides tiene su indicación en caso de duda sobre la coexistencia de otros signos o síntomas de actividad reumática.

Este número de *Acta Pediátrica Española*, escaso en trabajos pero de una gran profundidad, desde mi punto de vista, me recuerda la frase de G.E. Lessing, gran poeta alemán del siglo XVIII: «Todos los grandes hombres son modestos». Tanto el Dr. Laguna Serrano como el Dr. Sánchez Villares han escrito dos artículos que, en mi opinión, merecen leerse detenidamente, ya que son muy extensos pero han sido elaborados con su modestia habitual. ■