

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

AÑO XXIII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 263

SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1965

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El profesor González-Meneses

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Agenesia subtotal del hueso sacro asociada a enuresis y encopresis, por los doctores José Peña y J.M. Suárez-Núñez
Tratamiento de las infecciones intestinales con la asociación penicilina V, sulfamida retardada y lactomicina,
por el doctor A. Montero-Rodríguez

La tetraciclina-L-metilglisina en el tratamiento de los esfuerzos respiratorios de infancia, por el doctor Vicente Modesto Chaumel

Resumen de la VI Conferencia Internacional de Salud y Educación Sanitaria

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba, en el mes de marzo de 1965, diversos trabajos originales y notas clínicas.

El primero de ellos, a cargo de los Dres. José Peña y J.M. Suárez-Núñez, de Santiago de Compostela, corresponde a una nota clínica sobre «Agenesia subtotal del hueso sacro asociada a enuresis y encopresis». A continuación, el Dr. A. Montero-Rodríguez, de Madrid, expuso su experiencia sobre el «Tratamiento de las infecciones intestinales con la asociación penicilina V, sulfamida retardada y lactomicina». El siguiente trabajo se debió al Dr. Vicente Modesto Chaumel, sobre «La tetraciclina-L-metilglisina en el tratamiento de los esfuerzos respiratorios de infancia». Finaliza este número de la revista con un resumen de la VI Conferencia Internacional de Salud y Educación Sanitaria.

La figura del mes estuvo dedicada al profesor González-Meneses, de Sevilla.

El primer trabajo, como anteriormente decíamos, dirigido por los Dres. Peña y Suárez-Núñez, trata sobre la «Agenesia subtotal del hueso sacro asociada a enuresis y encopresis». Los autores comienzan afirmando que la agenesia sacra, total o subtotal, constituye una rara anomalía que coincide generalmente con la presencia de trastornos neurológicos, esfinterianos o musculares de la región pelviana o con malformaciones de los últimos segmentos del tracto intestinal. La anomalía no comporta un pronóstico vital grave, pero sí puede asociarse a importantes defectos funcionales.

Los primeros casos de agenesia sacra dados a conocer en la literatura médica parecen ser los de Holh (1852) y Wertheim (1857), pero fue Litzman (1855) quien hizo la primera observación clínica sobre este síndrome en una mujer que tenía solamente 2 vértebras sacras y una tercera rudimentaria.

En nuestro país, Morandera, Martínez de la Riva y Álvarez (1945) hicieron una descripción sumaria de los casos de la literatura, incluidos los pertenecientes a autores españoles, como Barraquer Berre y Barraquer Bordás, Pérez Castro, y comunicaron una nueva observación.

Los Dres. Peña y Suárez-Núñez habina observado un caso de agenesia sacra subtotal en un niño y consideraron pertinente publicarlo (figuras 1-3), realizando una serie de comentarios.

Respecto a la sistematización de las anomalías de la región vertebral sacrococcígea, Roucher y Rondil (1931) propusieron una que distingue 4 grupos: 1) agenesia sacrococcígea total, que se acompaña de lesiones y alteraciones graves del cinturón pélvico y de los miembros inferiores; 2) agenesia sacrococcígea subtotal, en la que predominan los trastornos de tipo esfinteriano; 3) dimorfismo parcial de las vértebras sacras, que puede cursar con escasa o nula sintomatología, y 4) agenesia parcial o total de las vértebras coccígeas, que no se acompaña de síntomas patológicos.

Duhamel (1959) estudió la relación entre malformaciones anorrectales en el marco general de las anomalías vertebrales, y entre ellas distinguía también 4 tipos: 1) agenesias, que sería el testimonio de una malformación regresiva de la región caudal del embrión; 2) malformaciones de los cuerpos vertebrales, como las vértebras en mariposas y las hemivértebras supernumerarias; 3) dismorfias, que son la asociación de varias malformaciones de los cuerpos vertebrales sobre un mismo segmento del raquis, y 4) anomalías numéricas por defecto o exceso.

Al contrario de la clasificación de Roucher y Rondil (clínica y descriptiva), la de Duhamel es sobre todo etiológica y acomete la muy importante cuestión de la asociación entre las malformaciones anorrectales y vertebrales. Esta asociación se pensó

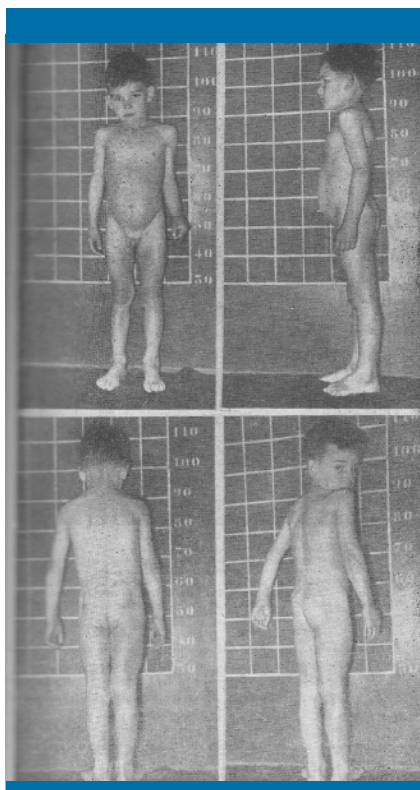


Figura 1. Fotografías del paciente en diversas actitudes. En la fotografía inferior derecha resalta claramente la deformidad en región glútea

primeramente que era excepcional, y París y Christiaens (1957) creyeron reportar el primer caso, dejando aparte las 2 anomalías vertebrales señaladas por Ladl y Gross entre 162 malformaciones anorrectales. Esta asociación, por su parte, fue también destacada por Williams y Nixon (1957). Duhamel, en una investigación retrospectiva de su material, comprobó que tal asociación era mucho más frecuente que lo que daban a entender las publicaciones realizadas hasta entonces. El trabajo de Duhamel se basa en la revisión de 178 informes de malformaciones anorrectales, de las cuales 127 contenían documentos radiográficos suficientemente demostrativos para juzgar la existencia de anomalías vertebrales morfológicas o numéricas, y las encuentra en 45 ocasiones.

Además de la elevada proporción observada, cabe destacar dos hechos: las anomalías vertebrales son, por sí solas, más frecuentes que todas las otras malformaciones asociadas a las anorrectales, y son sobre todo las malformaciones anorrectales altas (imperforación anorrectal verdadera, fístulas rectouretrales y fístulas rectovesicales) las que parecen asociadas.

Por lo que respecta a la agenesia sacrococcígea, Duhamel la encontró 20 veces, lo que equivale a decir que se presenta en un 15% de las anomalías anorrectales. La morfología de estas anomalías se distribuía del modo siguiente: en los 20 casos faltaba el cóccix; en 7 casos el sacro tenía sólo 4 piezas; en 6 casos tenía 3; en 4 casos tenía 2, y en 1 caso tenía 1. El sacro falta totalmente en 2 casos.



Figura 2. El sacro está constituido por la primera pieza y parte de la segunda. La primera pieza tiene una estructura apreciablemente normal. La segunda pieza es diagenética: sobre el lado izquierdo son bien visibles la carilla articular y el pedículo; la apófisis transversa es rudimentaria y el agujero sacro anterior falta. Del lado derecho la carilla articular y el pedículo están bien formados y la apófisis transversa es mucho mayor



Figura 3. Gran dilatación de ampolla rectal

En correlación con la alteración anatómica se observa la repercusión funcional. Williams y Nixon (1957) distinguen entre los casos en que existe agenesia sacra 2 tipos: a) asociados a alteraciones rectales y anales, y b) los últimos tramos digestivos están morfológicamente bien constituidos, aunque puedan estar funcionalmente alterados. En el último grupo los trastornos neurológicos eran lo más destacado desde el punto de vista clínico, mientras que en el primer grupo el aporte visceral nervioso (inervación) parece a menudo estar intacto, y la corteza del sacro no siempre se debe a una verdadera agenesia. Los trastornos urinarios se presentaban sistemáticamente. La repercusión sobre el intestino puede no ser malformativamente coincidental, sino secundaria al defecto inervatorio, como sucede en esta observación, que cursa con atonía del ano, dilatación del intestino y encopresis sintomática.

En cuanto a la distrofia de la región glútea, es consignada en la mayoría de las descripciones y es bien visible en forma de atrofia de glúteos; también se aprecia el «signo del hachazo» en las publicaciones que incluyen fotografías de los pacientes.

En lo que concierne a la interpretación etiológica, se han propuesto varias teorías. Giordani (1957), que se ocupa de la revisión crítica de este aspecto, cita varias: Friedel cree que esta anomalía se debe a traumatismos embrionarios mínimos que ocurrirían entre la octava y novena semana de la vida fetal, mo-

mento que coincidiría con el desarrollo de la primera vértebra sacra; Del Duca et al. elaboran una curiosa hipótesis al postular que se trataría de gemelos sacropagos, uno de los cuales moriría por escasa nutrición y el otro llegaría a término; Zollings y Feller hablan de influencia hereditaria y le adscriben un carácter recesivo; Feller y Sternberg opinan que se trataría de defectos de la porción posterior de los segmentos matéméricos y también de los anteriores, en los casos de afectación visceral.

París y Christiaens hacen notar la coincidencia cronológica (octava semana) entre el desarrollo del sacro y el del intestino distal, lo que explicaría que en la afectación de ambas interviniere no una relación coincidental sino causal.

Orts, Ruano y Jiménez (1962), a propósito de una interesante malformación de la columna caudal observada en un embrión, hacen hincapié en el hecho de que no es adecuada la denominación de agenesia, ya que la alteración malformativa podría deberse a una degeneración y atrofia secundaria de un esbozo blastomérico o cartilaginoso, en fases precoces de desarrollo.

Duhamel, justamente sorprendido por la frecuente asociación de malformaciones anorrectales, anomalías vertebrales, malformaciones urinarias y genitales, y malformaciones de los miembros inferiores, considera que esta asociación es indicativa de un mismo defecto embriológico: la regresión de la extremidad caudal.

Como resumen, los autores afirman haber descrito el caso de un niño de 7 años de edad, en el que el sacro estaba formado solamente por la primera pieza y una parte de la segunda. La malformación anatómica se acompaña de problemas esfinterianos graves.

En el segundo trabajo publicado, «Tratamiento de las infecciones intestinales con la asociación de penicilina V, sulfamida retardada y lactomicina», el Dr. Montero-Rodríguez comienza afirmando que las infecciones intestinales en la infancia se hallan en relación íntima con el estado inmunitario en general, la bacteriosis, la climatología y la alimentación.

El autor va desarrollando cada uno de estos puntos, incidiendo en que los gérmenes influidos por la acción de los antibióticos (en especial la penicilina V) y las sulfamidas (en especial las retardadas) son diversos.

El Dr. Montero-Rodríguez emplea un preparado llamado ULTA-3 en el tratamiento de las infecciones intestinales de 100 pacientes de diversas edades. Los casos quedan resumidos en la tabla 1, en la que se incluyen las dosis empleadas y los días de administración. En su casuística, el autor obtiene los siguientes resultados:

- Tolerancia perfecta al medicamento, no habiéndose presentado intoxicación, alergia ni intolerancia.
- La dosificación empleada ha sido: en menores de 1 mes (n= 17) ¼ tableta o 3 gotas, y 4 tomas diariamente durante 3 días; en los mayores de 1 mes y hasta el año, ½ tableta en el mismo tiempo que el anterior; en los mayores de 1 año, 1 tableta cada 3-4 horas 4 veces al día, durante 3 días, según la edad e intensidad de la infección.

- En los casos de salmonelosis asociada, se ha empleado las mismas dosis, pero alternadas cada 3 horas con una cucharadita de chemicetina durante el mismo periodo de tiempo, o más días si no desaparece la fiebre, pudiendo dar la mitad de la dosis a partir del cuarto día.
- Como medicaciones asociadas, se ha empleado quindina, 1 ampolla diaria durante 3 días. En los casos de salmonelosis se ha empleado asociada vitamina C hasta la total recuperación.
- Como tratamiento dietético, se ha utilizado un extracto de frutas (fruteína N), zumo de naranjas dulces o de uvas, según la estación, zumo de limón, galletas con miel blanca, mermeladas y compotas de peras y manzanas. Para la realimentación se puede emplear en los lactantes Lacto-Anfimón.
- En las salmonelosis, desde el momento en que cede la fiebre y los vómitos, se puede administrar la dieta anterior, más plátanos, caldos de pescados blancos y de verduras, y tortilla francesa con media yema.
- En los casos tratados, la fiebre desaparece entre las 24 horas y los 4 días; los vómitos entre las 24 y las 48 horas; el calor en el vientre entre las 48 horas y los 7 días; la sed entre las 18 horas y los 3 días; las deposiciones con mal olor entre las 19 horas y los 7 días; la anorexia entre los 5 y los 8 días (en muchos casos se administraron extractos hepáticos enriquecidos con vitaminas totales); el dolor de cabeza entre las 14 horas y los 3 días; la lengua saburral entre los 4 y los 7 días, y el insomnio entre las 24 y las 48 horas.

Como se puede apreciar, la sintomatología clínica ha desaparecido rápidamente, sin repetirse la infección, a pesar de existir en algunos casos verdaderas epidemias de estas infecciones, que algunos niños sufren hasta 3 veces al mes y cursan, generalmente, con diarreas (posiblemente recidivas).

Los casos extremos de curación corresponden a las salmonelosis asociadas. En estos casos la inmunidad ha sido elevada con la administración de lactomicina, reforzada con el preparado de vacuna inespecífica.

El autor establece las siguientes conclusiones:

1. Se ha constatado una perfecta tolerancia a ULTA-3, sin ninguna manifestación de toxicidad ni de alergia.
2. Se ha tolerado la dosificación empleada según la edad.
3. La variación en la curación de estos cuadros clínicos se ha producido en función de las dosis empleadas, la edad, el grado y la naturaleza de la infección, los días de permanencia clínica antes del tratamiento y la corrección del tratamiento dietético.
4. El tiempo que ha tardado en desaparecer la sintomatología más destacada ha sido: fiebre, 1-4 días en las colibacilosis, y en las salmonelosis 5 días; deposiciones con mal olor, entre 19 horas y 5 días para el primer cuadro, ampliado hasta 7 días como máximo para el segundo; calor en el vientre, entre 19 horas y 6 días en el primer grupo, ampliado hasta 7 días en el segundo (cuanto mayor era el niño, más se demoraba su resolución); sed, para el primer grupo entre 18 horas y 2 días, y para el segundo 4-7 días; dolor de cabeza, 14-24 horas para

Diagnóstico.	Fiebre.	Depos. con mal olor.	Calor en vientre.	Sed.	Dolor de cabeza.	Anginas.
Colibacilosis.						
Salmonelosis.	38° a 40. 1.	19 y 21	19 y 21.	18 y 21.	14 y 19.	14
Dosificación.						
Menores de 1 mes. 1/4 t. (1) e/3 h. (2). 4 tomas. 3 (3).	1 a 3 d.	3 y 5 d.	2 y 7 d.	1 a 2 d.	24 h.	2 a 3 d.
Mayores de 1 m. hasta el 1 a (4). 1/2 t. e/3 h. 4 tomas diarias.	1 a 4 d.	2 a 5 d.	3 y 5 d.	1 a 2 d.	24 h.	3 d.
Mayores de 1 año 1 t e/3 o 4 horas según edad e infec.	2 a 4 d.	3 a 5 d.	3 a 6 d.	24 h.	24 h.	2 a 4 d.
Salmonelosis.						
Lo mismo más Chemicetina 1 e. p. (5) e/6 horas.	3 a 5 d.	4 a 7 d.	5 a 7 d.	1 a 3 d.	3 d.	—

(1)=t — tomas, (2)=h — horas, (3)=d — días, (4)=a — años, (5)=e.p. — cucharaditas pequeñas.

Tabla 1. Infecciones intestinales tratadas con ULTA-3

el primer grupo, y hasta 3 días como máximo para el segundo grupo; anginas de tipo catarral, así como las faringitis, entre 14 horas y 2 días, y para las pultáceas 3-4 días para el primer grupo (en el segundo grupo no se presentó ninguna).

- Controlados todos los casos durante 1 mes, no sufrieron más infecciones de ninguna clase ni recaídas de las anteriormente indicadas. En cambio, otros casos de control sufrieron hasta 3 veces las mismas infecciones intestinales, cursando incluso con diarreas; asimismo, padecieron anginas pultáceas, que se asociaban antes o después y, en algunos casos, simultáneamente con ellas.
- En los casos de salmonelosis desapareció más rápidamente la sintomatología, pues la acción del ULTA-3 en la colibacilosis y la chemicetina en la salmonelosis resultaba reforzada.

El tercer trabajo de este mes se debió al Dr. Modesto Chaumel, del Hospital Niño Jesús, médico becario y médico puericultor del Estado, sobre «La tetraciclina-L-metilenlisina en el tratamiento de los esfuerzos respiratorios de infancia».

El objeto de este trabajo, según el autor, era dar a conocer los resultados clínicos obtenidos con el empleo de la tetraciclina-L-metilenlisina en el tratamiento de las enfermedades respiratorias de la infancia. El autor estudia las siguientes características fisicoquímicas y farmacológicas de la tetraciclina-L-metilenlisina:

- Solubilidad en el agua.
- Estabilidad a distintos pH.
- Absorción intestinal.
- Niveles hemáticos después de la administración parenteral.
- Toxicidad.
- Actividad microbiana.

A continuación el autor pasa a describir el material y el método empleado, exponiendo su experiencia sobre 27 niños, de ambos sexos, afectados de enfermedades del aparato respirato-

rio, en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital del Niño Jesús de Madrid. Prosigue con la forma de la administración del preparado Tetralysal, que comercialmente se encuentra en comprimidos de 66,7 mg de tetraciclina-L-metilenlisina (equivalentes a 40 mg de tetraciclina base) y en viales para inyección intramuscular, que contienen una cantidad de tetraciclina-L-metilenlisina equivalente a 100 mg de tetraciclina base. La dosis media aconsejada en la infancia es de 10 mg/kg/día (expresada en tetraciclina), y es conveniente repartirla en 3-4 tomas para obtener niveles sanguíneos útiles mantenidos; no obstante, por su escasa toxicidad pueden administrarse dosis mayores. En algunos casos combina las dos vías de administración, oral e intramuscular; administra la tetraciclina-L-metilenlisina por vía parenteral los primeros días, en que el niño rechaza la medicación oral o es más difícil llevarla a cabo, pasando a la vía oral cuando el niño presenta un mejor estado y no ofrece tanta dificultad.

A continuación el autor describe con extensión y de forma sistemática cada caso.

En resumen, se exponen brevemente algunas propiedades farmacológicas de la tetraciclina-L-metilenlisina (solubilidad, rápida y elevada absorción tras la administración oral y parenteral, menor toxicidad, etc.), cualidades que hacen su utilización más ventajosa frente a las demás tetraciclinas.

El autor trató a 27 niños afectados de enfermedades respiratorias con este nuevo derivado de la tetraciclina, con el que obtuvo buenos resultados clínicos y observó una perfecta tolerancia en todos ellos.

A. Graf, autor italiano del siglo XVIII, afirmaba: «El saber y la razón hablan; la ignorancia y el error van adalides». Esperemos que, como reza esta frase, todos los pediatras actuales recordemos a los pediatras antiguos que nos han enseñado. ■