

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

AÑO XXIII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 265

SUMARIO DEL NÚMERO DE MAYO DE 1965

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Laffon, de Sevilla

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Contribución al conocimiento de las heredoataxias en el niño. Ataxia cerebelosa hereditaria tipo Batten-Norman, por el doctor Ángel Peralta Serrano

Valor diagnóstico de la urografía en la infancia, por el doctor José Ollé Carreras

Actualidad pediátrica, por el doctor Gómez Pedreira

Neumonías por aspiración, por el doctor Garrido Lestache

Algunos problemas del SOE, en relación con la pediatría y la puericultura, por el doctor A. Montero-Rodríguez

El problema del alcoholismo en la infancia, por el doctor Manuel Herrera Hernández

Conferencia en memoria del profesor Maurice Pate, director ejecutivo de la UNICEF, por el doctor Juan Bosch Marín

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

El primero de ellos se debió al Dr. Ángel Peralta Serrano, de Madrid, sobre «Contribución al conocimiento de las heredoataxias en el niño. Ataxia cerebelosa hereditaria tipo Batten-Norman». En segundo lugar, el Dr. José Ollé Carreras, de Barcelona, publicó el «Valor diagnóstico de la urografía en la infancia». En tercer lugar, el Dr. Gómez Pedreira, de La Coruña, realizó una panorámica sobre la «Actualidad pediátrica». El Dr. Garrido Lestache, de Madrid, hizo hincapié en las «Neumonías por aspiración». El Dr. A. Montero-Rodríguez, de Málaga, aportó ciertas consideraciones sobre «Algunos problemas del SOE, en relación con la pediatría y la puericultura». A continuación, el Dr. Manuel Herrera Hernández, de Las Palmas de Gran Canaria, realizó algunas consideraciones sobre «El problema del alcoholismo en la infancia». Termina este número con la conferencia que el Dr. Juan Bosch Marín, de Madrid, realizó en memoria del profesor Maurice Pate, director ejecutivo de la UNICEF.

La figura de la pediatría estuvo dedicada este mes al Dr. Laffon, de Sevilla.

El primer artículo, del Dr. Peralta, puericultor del Estado, sobre «Contribución al conocimiento de las heredoataxias en el niño. Ataxia cerebelosa hereditaria tipo Batten-Norman», comienza afirmando que en los últimos años se han sucedido las descripciones de cuadros de ataxias heredodegenerativas (ataxia-teleangiectasia, ataxia con reflejo rotuliano de tipo pendular [Norman], ataxia acompañante de la paraplejía espasmódica

hereditaria, etc.). El autor nombra diferentes tipos de ataxias:

- Ataxia de Friedreich.
- Heredoataxia tipo Pierre-Marie.
- Síndrome ataxia-teleangiectasia de Loiss Barr.
- Ataxia acompañante de la paraplejía espasmódica familiar.
- Ataxia hereditaria con atrofia muscular.

De una forma deliberada, el autor describió la forma de heredoataxia cerebelosa de aparición precoz, descrita por Batten y Norman, porque los casos presentados tienen gran semejanza clínica con dicha forma clínica. No obstante, como se observa en las descripciones de los cuadros clínicos, hay síntomas que aparecen y se dan como característicos de la ataxia de Friedreich (pie escavado) y del síndrome ataxia-teleangiectasia (teleangiectasia en las conjuntivas oculares y bulbares y teleangiectasia en las mejillas y epixtasis), sin que por ello pretenda el autor incluirlas en la ataxia de Friedreich o en el síndrome ataxia-teleangiectasia.

A continuación describe 2 casos clínicos (figuras 1-3). Resume su experiencia haciendo una breve revisión de los diversos cuadros de ataxias hereditarias en el niño. Intenta hacer una clasificación clínica según la etapa de aparición, precoz en el síndrome ataxia-teleangiectasia (1,5-3 años) y de aparición aún más temprana en la ataxia precoz de Batten y Norman (desde los primeros meses de vida); el grupo de las heredoataxias tardías sería la ataxia de Friedreich (3-14 años), la heredoataxia de Pierre Marie (hacia los 20 años) y la discinesia mioclónica de Ramsay y Hunt.

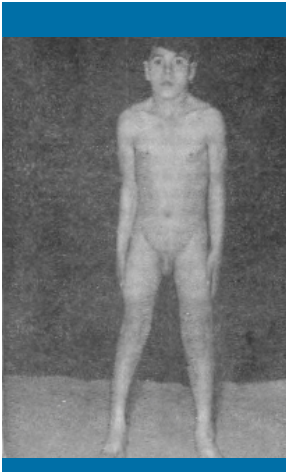


Figura 1



Figura 2



Figura 3

Al autor aporta 2 casos clínicos de heredoataxia, en los que se imbrican diversos síntomas considerados como típicos en algunas de las ataxias citadas anteriormente. Se decide por una forma intermedia entre la ataxia-teleangiectasia y la ataxia precoz de Batten y Norman, y establece ciertas consideraciones etiopatogénicas en relación con las lesiones anatomopatológicas encontradas en estos 2 últimos tipos de ataxia citados (teleangiectasia y Batten-Norman). Se observa un retraso pondero-estatural y psíquico, el curso evolutivo es desfavorable y el tratamiento es nulo.

El segundo trabajo de este número se debió al Dr. Ollé, sobre el «Valor diagnóstico de la urografía en la infancia». Se inicia este artículo dando importancia a los aspectos de material y métodos, preparación del paciente, test de sensibilización, urografía intravenosa, urografía intramuscular, urografía retardada de Puigvert, confirmando además las ventajas y contraindicaciones de cada una de estas técnicas.

El trabajo termina con el siguiente comentario: los 5 casos expuestos, observados en el corto intervalo de unos 4 meses, constituyen una prueba evidente de la necesidad de realizar un diagnóstico y un tratamiento precoces; una resolución tardía hubiera sido de consecuencias graves; desestimar el valor de la urografía equivale a despreciar la prueba más inocua y eficaz para el diagnóstico de todo proceso urinario.

Los casos 1 y 3 pueden enjuiciarse conjuntamente, a pesar de la notable diferencia de edad y desarrollo de la afección. El diagnóstico de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter pasó desapercibido, precisamente por no haberse practicado a los pacientes una nefropielografía. El paciente del primer caso acudió por un proceso bastante frecuente, la enuresis nocturna. Todos reconocen que la cura de la enuresis es difícil; sin embargo, no se practicó a este paciente la urografía imprescindible para descartar las múltiples causas etiopatogénicas que la podían justificar. La repercusión sobre la glándula renal era evidente. Por fortuna, su malformación

fue debidamente tratada y cabía esperar una recuperación total del riñón afectado. Por desgracia, el tercer caso presentaba un problema más complejo, una postotitis, durante el cual, el niño emitió orinas piúricas, rebeldes a toda medicación. Cabía pensar en un proceso en que persistiera la infección. El supuesto diagnóstico de nefritis focal presentaba lagunas de importancia. En la visita al enfermo, el diagnóstico se logró gracias a la pielografía retardada de Puigvert. La gran ureteropielocaliectasia exigía clichés muy diferidos. A pesar de realizarse la exploración por vía intramuscular, el resultado puede considerarse excelente, bajo un aspecto urográfico, ateniéndonos a la conducta del pequeño que resultaba un factor colaborador contraproducente. Su malformación fue corregida, pero las lesiones autónomas de pielonefritis, desencadenadas por su proceso ótico y mantenidas por el ureteroceles, podrían obligar al autor en un futuro a realizar una nefroureterectomía mutilante, si alcanzaran una fase irreversible. Este peligro podía haberse evitado practicando una pielografía en el momento indicado.

El segundo caso, correspondiente a una niña de 7 años de edad, con antecedentes de cistitis a los 2 años, que se repitieron en 2 ocasiones coincidiendo con resfriados; era clínicamente imposible de diagnosticar. Mediante urografía se reveló una tumoración retroperitoneal derecha con desplazamiento del riñón, confirmada por el retroneumoperitoneo. No se recurrió al tránsito intestinal porque no se podía mejorar prácticamente el diagnóstico inicial. La etiología de esta tumoración, sin la menor manifestación clínica directa ni en los análisis, obligó a aconsejar a los padres la práctica de una lumbotomía exploradora para consumir el diagnóstico etiopatogénico y obrar en consecuencia. Por desgracia, ellos se negaron y el autor desconoce la evolución del proceso de la paciente.

El caso 4, correspondiente a un niño que había sido visitado por presentar enuresis nocturna, con una exploración clínica y radiográfica normal, volvió a los 3 años aquejando una polaquiria diurna y orinas turbias. Obviando la anterior explora-

ción, se practicó otra urografía, mediante la que se diagnosticó al paciente una pielonefritis derecha bastante acentuada, tributaria de un sólido tratamiento médico.

El último caso presentaba un cuadro olisintomático de difícil diagnóstico. La nefropielografía demostró la duplicidad pieloureteteral de ambos lados y la pielonefritis derecha, tan frecuente en estas malformaciones, lo que previene, además, las probables recidivas inherentes a su problema congénito.

En todos los pacientes la urografía demostró poseer un especial valor diagnóstico, sin representar el menor trastorno para ellos. En 2 casos debía haberse realizado anteriormente, con lo que se hubieran evitado la aparición de lesiones considerables, una de ellas grave (caso 3). El resumen y las conclusiones a las que llega el autor son las siguientes:

1. La urografía por eliminación es esencial para valorar la función del parénquima renal, la morfología y la situación ureteropielocalicular, la motricidad de la vía excretora, las enfermedades tumorales, litiásicas, etc., para terminar convirtiéndose en una perfecta cistografía y, al propio tiempo, una uretrografía miccional, al margen de toda maniobra instrumental.
2. Es inocua para la glándula afectada.
3. Las supuestas reacciones al líquido de contraste son tan excepcionales como leves.
4. Deberá practicarse precozmente.
5. Sólo debe postergarse ante una tasa de urea en sangre superior al 0,80 g%, porque su deficiente concentración proporcionaría un contraste «ilegible». Será sustituida en estos casos graves por la cistografía.
6. Es al pediatra a quien corresponde evitar las hipertensiones y otras nefropatías graves que, desgraciadamente, aquejan demasiados pacientes en plena juventud.

A continuación, el Dr. Garrido Lestache, decano del Hospital del Niño Jesús, de Madrid, aporta su experiencia sobre las «Neumonías por aspiración».

Comienza su trabajo afirmando que cuando un niño vomita, pocas veces se piensa en la importancia secundaria que ese síntoma puede tener. El concepto del síntoma «vómito» en los primeros meses de vida ha variado en su etiología durante estos últimos años (1965), ya que con los medios modernos de exploración se ha determinado la variedad de causas que los pueden producir. Y, naturalmente, de su determinación depende el modo de tratamiento y el pronóstico del caso.

Las atresias y las estenosis del esófago, las hernias hiales, la chalasia cardioesofágica, las estenosis pilóricas, las fístulas broncoesofágicas, las estenosis congénita del intestino, las anorrectales, entre otras afecciones que, en su mayoría, han sido descritas y diagnosticadas hoy día (1965) con la ayuda de los rayos X, dan cuenta de múltiples causas de producción del vómito en el lactante.

El autor concluye su trabajo con las siguientes puntualizaciones:

1. Es preciso pensar que los procesos del aparato respiratorio, y concretamente la neumonía por aspiración, son frecuentes en los primeros meses de vida, cuando los alimentos invaden el árbol respiratorio, con las manifestaciones de atragantamiento, tos y cianosis, favorecido ello por no estar realizada de una manera normal la función de la deglución.
2. La neumonía por aspiración, sobre todo en los niños prematuros, exige los máximos cuidados en la forma de proporcionarles el alimento. El conocimiento de estos hechos por la enfermera es imprescindible para evitar, en lo posible, que se produzca el cuadro de la aspiración.
3. La neumonía por aspiración, si no existen alteraciones orgánicas, congénitas en su mayoría en esta etapa, puede evitarse en muchos casos con los cuidados de una enfermera bien experimentada en la atención a la población infantil.
4. Independientemente de la técnica empleada por la enfermera para que al introducir el alimento en la boca del niño se favorezca el reflejo de la deglución —lo que ha de realizar con lentitud y paciencia, colocando al niño semisentado, nunca acostado—, su experiencia junto con los consejos del pediatra, puede evitar, en muchos casos, que se produzca el cuadro de invasión.

En el siguiente trabajo publicado, el Dr. Montero-Rodríguez, de Málaga, médico puericultor del Estado, cita «Algunos problemas del SOE, en relación con la pediatría y la puericultura» que entonces se podían encontrar.

En un extenso artículo, el autor describe los problemas que antiguamente existían entre los médicos puericultores y los pediatras, afortunadamente resueltos hoy en día.

A continuación, el Dr. Herrera Hernández, de Las Palmas de Gran Canaria, intenta poner de relieve «El problema del alcoholismo en la infancia». Divide su trabajo en 5 apartados, refiriéndose en el último a la profilaxis del alcoholismo, por las consecuencias funestas que tiene para el individuo y para la sociedad. Las consecuencias suelen ser trágicas para la familia —se ha definido como la «enfermedad de la familia»—, pero especialmente para el niño, tanto en el aspecto físico, como mental o moral. La profilaxis del alcoholismo se debe desarrollar tanto en la persona como en la sociedad, puesto que es una manifestación de la sociedad neurotizada.

El Estado intenta disminuir los peligros de intoxicación a los que se hallan expuestos los niños por medio de una serie de decretos; por ejemplo, prohibiendo emplear sustancias perjudiciales en la fabricación de juguetes, así como el uso de ciertas sustancias (medicamentos, etc.). Pero estas leyes protectoras —que existen en todos los países— se echan de menos en nuestro país respecto al alcohol (1965). Es de imperiosa necesidad prohibir rigurosamente la asistencia a los bares o tabernas a los menores de edad, aun cuando vayan acompañados de sus padres —¡triste ejemplo!—, alejar en un gran diámetro a la

redonda los bares y toda clase de establecimientos que expidan bebidas alcohólicas de los centros docentes, etc.

Los padres, por su parte, no deben acostumbrar a los niños a las bebidas alcohólicas, por ejemplo en las reuniones familiares o amistosas, donde se descorchan las botellas con facilidad; deben enseñarles de palabra y con el ejemplo que el alcohol no es necesario y señalarles las consecuencias morales y físicas del alcoholismo. Hay que llevar a cabo una verdadera «vacunación» –llamémosle así– contra el alcoholismo, que es otra enfermedad.

Es preciso también que el Estado incremente e intensifique los servicios de higiene mental infantil. Como señala Bosch Marín, si en el orden físico se ha dicho que «el hombre es el superviviente de su infancia», ¿qué no será en el orden mental?...

Raymond Huessey ha señalado que si hubiera más pediatras con preparación idónea para tratar psicósomáticamente las enfermedades de la infancia, los geriatras y psiquiatras, así como los que se ocupan de los problemas sociales y del bienestar público, tendrían que soportar una carga menos pesada al enfrentarse a los problemas de la rehabilitación mental y social del adulto.

Termina este número de la revista con el homenaje póstumo a la memoria del profesor Maurice Pate, director ejecutivo de la UNICEF, a cargo del Dr. Bosch Marín.

Aunque «Hace 50 años» parece una publicación tardía, sigue el consejo de Tito Livio, gran historiador latino: «Más vale tarde que nunca». ■