

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

AÑO XXIII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 269

SUMARIO DEL NÚMERO DE OCTUBRE DE 1965

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El Dr. Pedro Víctor Álvarez

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Síndrome caries-amígdalo-cardial pediátrico, por el doctor Megías Velasco

Estudio sobre metabolismo proteico y muscular en la poliomielitis, por los doctores A. Orozco Acuaviva y F. Rodríguez-López

Cirugía y diabetes en el niño, por el doctor Víctor Scolpini

Hace 50 años, en octubre de 1965 *Acta Pediátrica Española* publicó diversos trabajos doctrinales y casos clínicos. El primero de ellos trataba sobre el «Síndrome caries-amígdalo-cardial pediátrico», a cargo del Dr. Megías Velasco, inspector médico-escolar del Estado. A continuación, los Dres. Orozco Acuaviva y Rodríguez-López publicaron su «Estudio sobre metabolismo proteico y muscular en la poliomielitis». Finalmente, se recoge el trabajo del Dr. Víctor Scolpini, de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, sobre «Cirugía y diabetes en el niño». La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Pedro Víctor Álvarez, de Gijón.

Asimismo, quisiera destacar las reuniones que tuvieron lugar en la Sociedad Valenciana de Pediatría, la Agrupación Nacional de Médicos-Puericultores titulados, la IV Reunión anual de la Asociación de Pediatras Españoles y, para finalizar, la Pediatría en la Prensa Médica Española y Extranjera, con algunos artículos reproducidos.

En el primer trabajo, «Síndrome caries-amígdalo-cardial pediátrico», el Dr. Megías Velasco dedicaba unas primeras líneas a describir los resultados de una de las facetas de la higiene escolar, en su aspecto de medicina preventiva, cuyo primer jalón es «conocer» cómo está nuestra población escolar, para inmediatamente, y según las normas de la Superioridad, hacer la *iатros* (pediatría, medicación del niño).

Se trata de un problema relacionado con la sepsis focal, que, en múltiples aspectos, ha sido descrito y admitido universalmente. Quizá durante estos últimos años, basándose en el concepto «milagrero» de las modernas terapias, la antibiosis (de síntesis y orgánica), el público en general ha creído sobrepasado este aspecto. Pero ahora nos damos cuenta todos de que en el proceso morboso existe la infección, y algo más que la infección: la predisposición. En la infección, las mutaciones constantes de razas bacilares hacen que adque-

ran unas características biológicas que las hacen resistentes, inmunes a los antibióticos. Es más, muchos investigadores han descrito que existen razas microbianas patógenas en el hombre que crecen y se desarrollan óptimamente incluso en presencia de los antibióticos.

Otro punto candente en la actualidad (1965) es el antiguo concepto de Cohen de la «sinusia», o sea, el equilibrio orgánico entre bacterias y hongos. Al llevar años haciendo «barridos» de las bacterias mediante la antibiosis, se rompe dicho equilibrio, y se incrementan las micosis orgánicas, superficiales o profundas, lo que provoca una sensibilización orgánica a dichos hongos inferiores, patógenos o no patógenos, dando lugar a múltiples síndromes que sólo se explican si se adopta esta vía de hipótesis, y únicamente se resuelven, en un elevado número de casos (no en todos), mediante la desensibilización extracta de dichos protistas.

El autor llevó a cabo una exploración e investigación de un total de 8.126 niños en el último curso escolar (1964-1965), a quienes se practicaron 21.394 exploraciones.

Se incluye en este trabajo una extensa bibliografía, y su autor finaliza diciendo que observó la tríada de caries-amigdalitis y repercusiones cardiales en 487 escolares (un 48%); de ellos, un 66% tenían caries y participación cardial, y sólo un 41% amigdalitis y participación cardial.

El segundo trabajo, «Estudios sobre metabolismo proteico y muscular en la poliomielitis», fue realizado por los Dres. A. Orozco Acuaviva y F. Rodríguez-López, de la Facultad de Medicina de Cádiz.

Los autores comienzan afirmando que las alteraciones del metabolismo proteico en la poliomielitis son conocidas gracias a multitud de trabajos internacionales, pero en España sola-

mente se publicaron los trabajos de Cruz Hernández e Infante al respecto. Ello les llevó a realizar un estudio experimental de la acción de un esteroide anabolizante sobre el metabolismo proteico y muscular y la potencia muscular en un grupo de niños poliomiélicos asistidos en el Centro Antipoliomiélico «San Acacio», de Cádiz, cuyo director fue el propio Dr. Cruz Hernández. Los autores finalizan su trabajo con las siguientes conclusiones:

1. Se ha comprobado la existencia en la poliomiélitis de importantes trastornos no neurológicos, referidos al metabolismo proteico y muscular y a la potencia muscular.
2. Se ha valorado el metabolismo proteico mediante la determinación de las proteínas totales por la técnica de Sols, el metabolismo muscular mediante la técnica de Folin para la creatinuria y la creatinuria, y el método clínico de Lovett para la realización del balance muscular.
3. La proteinemia inicial en las distintas fases de la poliomiélitis está discretamente disminuida ($M1 = 6,63 \pm 0,35$ g%), en relación con las cifras medias normales, según la edad ($6,99 \pm 0,35$ g%). La acción de la metandrostenolona produce una elevación de las seroproteínas ($M1$ inicial: $6,46 \pm 0,33$ g%; $M1$ final: $7,36 \pm 0,20$ g%), en mayor cuantía cuanto más bajas son las cifras iniciales, efecto que se hace más patente comparándolo con los datos obtenidos en el grupo control ($M1$ inicial: $6,80 \pm 0,36$ g%; $M1$ final: $6,94 \pm 0,26$ g%).
4. La excreción de creatinina urinaria en los niños poliomiélicos se encuentra constantemente elevada en todas las fases de la enfermedad, siendo el coeficiente de creatinina de valores más altos en las fases aguda ($M1 = 15 \pm 6,2$ UU) y de transición ($M1 = 13,2 \pm 3,2$ UU), que en la de secuelas ($M1 = 10,6 \pm 3,4$ UU). A diferencia de otros AA, no se pudo demostrar una relación directa entre la creatinuria y la intensidad de la parálisis. El efecto beneficioso de la metandrostenolona sobre la hipercreatinuria es evidente, reduciéndose sus cifras mucho más intensamente ($M1$ inicial: $12,9 \pm 5,1$ UU; $M1$ final: $9,2 \pm 2,8$ UU), que en los grupos a los que se les administró placebo ($M1$ inicial: $13 \pm 3,1$ UU; $M1$ final: $11,7 \pm 2,8$ UU).
5. La eliminación de creatinina en los niños poliomiélicos se encuentra disminuida en todas las fases de la enfermedad, siendo esta reducción de mayor cuantía en las fases agudas ($M1 = 10,9 \pm 2,2$ UU) y de transición ($M1 = 10,9 \pm 1,4$ UU). No existe paralelismo entre los valores extremos de creatinuria y creatinuria e intensidad de las parálisis. La administración de metandrostenolona produce una elevación de la creatinuria ($M1$ inicial: $11,6 \pm 2,3$ UU; $M1$ final: $14,1 \pm 3,1$ UU).
6. El aumento de la potencia muscular fue significativamente más intenso en las fases agudas ($M1$ inicial: 56,8%; $M1$ final: 73,1%) y de transición ($M1$ inicial: 63,1%; $M1$ final: 75,1%) que en el periodo de secuelas ($M1$ inicial: 67%; $M1$ final: 75,8%), y proporcionalmente más elevado en los niños tratados con metandrostenolona ($M1$ inicial: 60%; $M1$ final: 73,4%) que en aquellos en los que se administró placebo

($M1$ inicial: 64,6%; $M1$ final: 75,8%), aunque éstos también experimentaron una notable mejoría producida por el tratamiento fisioterápico.

7. Los resultados favorables de la metandrostenolona sobre el metabolismo proteico y muscular y la potencia muscular se han logrado con dosis menos elevadas y, por tanto, menos peligrosas, que las manejadas por otros autores.

A continuación incluimos un resumen del trabajo del Dr. Víctor Scolpini, de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, sobre «Cirugía y diabetes en el niño». Después de explicar pormenorizadamente su experiencia, el autor termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

1. La presencia de diabetes en el niño no limita la posibilidad de intervenciones quirúrgicas, por más severas que éstas sean, ni siquiera en situaciones de urgencia.
2. La conducta a seguir difiere de la del enfermo no diabético y exige una estrecha colaboración entre cirujano y diabetólogo infantil.
3. Los desequilibrios metabólicos acidobásicos y minerales obligan a la aplicación de medidas de reanimación, basadas en los modernos conocimientos de fisiopatología, dando a la reglucogeneización hepática una atención primordial, sin dejar de lado la hidratación y las reposiciones mineral y proteica.
4. La insulinoterapia, que en el 100% de los casos debe utilizarse en el niño, marcó una etapa histórica en el pronóstico, haciendo caer verticalmente la mortalidad, desde los inicios de su uso, en el año 1923. Durante la intervención, este medicamento debe manejarse con cautela para evitar peligrosos accidentes hipoglucémicos.
5. La anestesia exige una atención muy especial, porque puede ser causa del desequilibrio metabólico y, sobre todo, acidobásico. Requiere la intervención de anestesistas experimentados y el uso de anestésicos poco agraviantes para el paciente diabético, como el ciclopropano y el protóxido de ázoe.
6. La variada casuística que se presenta con total falta de mortalidad, incluyendo los casos con un mal ajuste previo y con procesos quirúrgicos graves, habla en favor de que las posibilidades y los riesgos quirúrgicos en el niño diabético son prácticamente iguales a los del niño no diabético. Han contribuido a ello, además de la íntima colaboración técnica y los modernos conocimientos fisiopatológicos y de anestesiología, el uso de antibióticos y la noción fundamental de que debe procurarse en los niños –previamente a la intervención, aun en forma rápida– el mayor ajuste metabólico posible de su enfermedad de fondo (diabetes).

Espero que con este artículo no se cumpla lo que afirmó Séneca en sus epístolas: «es preferible aprender cosas inútiles que no aprender nada»; confío en que los pediatras que me lean aprendan cosas útiles. ■