

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

AÑO XXIV ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 276

SUMARIO DEL NÚMERO DE MAYO DE 1966

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Raquitismos vitamina-D-resistentes de base tubular (continuación), por el doctor Muñoz-García

Alimentación del recién nacido prematuro, por el doctor Vicente de los Ríos Cadenas

La anorexia en pediatría, por los doctores G. Gutiérrez Barroneto, M. Silgo, E.F. Arche, J. Ruiz de Azúa, J. Barrionuevo y C. Jerez

Fracturas en el recién nacido: clínica y tratamiento, por el doctor Fernando Seral Íñigo

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en mayo de 1966, diversos trabajos doctrinales y casos clínicos.

El primero de ellos era la continuación del artículo «Los raquitismos vitamina-D-resistentes de base tubular», del Dr. Muñoz-García. El segundo trabajo se debió al Dr. Vicente de los Ríos Cadenas, sobre la «Alimentación del recién nacido prematuro». En tercer lugar, los Dres. G. Gutiérrez Barroneto, M. Silgo, E.F. Arche, J. Ruiz de Azúa, J. Barrionuevo y C. Jerez trataron un tema importante en aquellos años (y en mi opinión todavía vigente): «La anorexia en pediatría». Finalizaba este número con el trabajo del Dr. Fernando Seral Íñigo sobre «Fracturas en el recién nacido: clínica y tratamiento».

En la continuación del artículo «Los raquitismos vitamina-D-resistentes de base tubular», a cargo del Dr. Muñoz-García, de Santander, se comienza afirmando que estos procesos son de incidencia familiar en las dos terceras partes de los casos, y el resto de aparición esporádica. Es una enfermedad hereditaria, probablemente ligada al cromosoma X, según apunta Winters. Se admite que la transmisión es dominante. Las mujeres enferman con menor gravedad que los varones, y puede que con menos frecuencia, ya que éstos no poseen la protección representada por el alelo X sano. Según Prader, hasta 1960 existían en la bibliografía 64 casos femeninos y 36 masculinos (en contradicción con lo dicho anteriormente), lo que justificaría la afirmación de Winters acerca de que la madre transmite la enfermedad a la mitad de hijos e hijas y el padre a todas las hijas.

Puede definirse como un trastorno específico caracterizado por los diversos aspectos, como la hipofosfatemia acompañada de incapacidad de los túbulos renales de reabsorber suficiente cantidad de fosfatos a partir de la orina primaria. La incidencia familiar no se corresponde con las dosis usuales de vitamina D, según Fanconi, etc. (a este respecto, además de Fanconi, se cita en el trabajo a Albright y Engfeldt, entre otros autores). Posteriormente, el Dr. Muñoz-García trata sobre la diabetes fosfática familiar (Albright), prosigue con el raquitismo

hipocalcémico familiar resistente a la vitamina D (Prader), describe el síndrome de Toni-Debré-Fanconi, que lo divide en primario o idiopático y secundario, describe la diabetes fosfática solitaria crónica tratada con glicinuria (DENT), el raquitismo de la ureterosigmoidostomía y el síndrome de Lowe.

Como comprenderán, en este exhaustivo trabajo, que yo he intentado resumir, se incluye de una forma detalladísima una amplia bibliografía del autor sobre los raquitismos vitamina-D-resistentes de base tubular.

El segundo trabajo de este número de la revista, como anteriormente referíamos, trata sobre «La alimentación del recién nacido prematuro», llevado a cabo por el Dr. De los Ríos, del Servicio Municipal de Prematuros de Madrid, cuyo director en aquellos años era el Dr. Luis Navas Migueloa. En él se comienza afirmando que el auténtico problema social es el problema de la prematuridad, de la que únicamente se conocen valores relativos, pues hasta el momento en que se haga obligatoria su declaración no se tendrá absoluta certeza de sus verdaderas proporciones (1966).

La asistencia al prematuro se caracteriza por las dificultades respiratorias, la tendencia a las infecciones y los problemas que conlleva la administración del alimento.

La alimentación del prematuro, junto con los cuidados necesarios para regular la temperatura y prevenir la anoxia, presenta al pediatra uno de los problemas más importantes del que va a depender en gran parte la posterior evolución del niño.

Para su alimentación es necesario el conocimiento de la capacidad gástrica, la autodemanda en el prematuro que succiona y deglute correctamente, etc.

Igualmente, son imprescindibles los requerimientos nutritivos, como las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas, así como los requerimientos calóricos, de líquidos y de sales. En opinión del autor, el niño prematuro, cualquiera que sea su

peso, progresa normalmente y sin diferencias bioestadísticas tanto con leche materna como con otros tipos de leche (1966).

En cuanto al método de alimentación, en el Centro de Prematuros de Madrid se utilizaba la sonda nasal en los niños muy pequeños o en los que tenían poco o nada desarrollado el reflejo de succión, y el biberón en los demás prematuros. La alimentación al pecho no se utilizaba en los prematuros, al menos en las primeras semanas de vida.

El Dr. De los Ríos continúa su artículo con la elección de la leche para pasar a los procedimientos generales de la alimentación, ya sea con leche materna y balleurre, o más tarde con leche entera acidificada, así como con una adición de hidrocilados de proteínas al 1%.

Otros alimentos que se administraban desde el mismo día de su ingreso eran preparados comerciales de quercetina y vitaminas C y E, sustituidas más tarde por un complejo vitamínico B al que se añadían vitaminas A, C y D.

Finalmente, comenta el autor que es necesario comprender que el niño prematuro es un ser imperfecto funcionalmente y es necesario conocer todo lo relacionado con su problema de nutrición, tanto por sus dificultades técnicas como por su metabolismo, lo que corrientemente origina trastornos profundos en su desarrollo.

El tercer trabajo, «La anorexia en pediatría», es un ensayo clínico sobre un nuevo preparado antianoréxico, a cargo de los Dres. Gutiérrez Barroneto, Silgo, Arche, Ruiz de Azúa, Barrionuevo y Jerez, todos ellos del Hospital del Niño Jesús de Madrid.

La anorexia es un síntoma de extraordinaria frecuencia en pediatría. La enorme variedad de procesos que la producen no debe ser un obstáculo para que los pediatras intenten realizar una exploración exhaustiva, tratando de descubrir su causa. Con la simple anamnesis se debería poder descartar las falsas anorexias. La exploración del estado nutritivo de un niño pequeño es tarea bastante simple y fácil para los médicos.

Comprobada con certeza la anorexia, el médico debe esforzarse en buscar sus causas, entre las cuales podrían incluirse la anorexia nutricional, la anorexia por efectos dentarios (el niño no quiere comer, pues masticar para él es una penosa tarea) y la anorexia de origen psicógeno, que atrae especialmente la atención de los prácticos por su frecuencia y trascendencia.

En general, la coexistencia con otros trastornos que tienen el mismo mecanismo de la anorexia orientarían hacia un origen psicógeno de ésta, como las dificultades escolares, los trastornos del carácter y de la conducta, la enuresis, etc.

Los ensayos clínicos al respecto son diversos. Así, por ejemplo, las anorexias de causa nutricional son muy conocidas (hipovitaminosis, hipervitaminosis, etc.), por lo que el autor no se

extiende mucho al respecto. Entre ellas, cabe destacar la anorexia de la alimentación monótona, que tiene su más alta expresión en el síndrome de carencia proteica, o Kwashiorkor.

Una de las causas en la que entonces se pensaba con frecuencia eran los defectos dentarios y, por supuesto, la anorexia de origen psicógeno.

Concluye este trabajo con los resultados del ensayo clínico en que se administró carnitina, lisina, glutamina e hidroxicoalamina.

Finalmente, el Dr. Seral Íñigo, de Zaragoza, que obtuvo el Premio Casa del Médico en 1965 de la Asociación Española de Cirujanos de la Infancia, presentó su trabajo «Fracturas en el recién nacido: clínica y tratamiento», que resumimos a continuación.

Afirma el autor que en el momento del nacimiento el esqueleto del recién nacido presenta partes osificadas (diáfisis) y partes cartilagosas (epífisis), cuya osificación se realizará posteriormente. Debido a una acción traumática, generalmente determinada en el momento del parto, se puede producir una solución de continuidad en las partes osificadas (fractura) o de las epífisis cartilagosas (desprendimiento epifisario). Este desprendimiento puede ser puro, presentando exclusivamente una alteración cartilaginosa, o mixto, comprendiendo en este caso, además de la parte cartilaginosa, un fragmento de la diáfisis ósea contigua.

A continuación, el autor va desarrollando las fracturas en la clavícula, el húmero, el antebrazo y el fémur, con una amplia bibliografía, y finaliza esta primera parte del artículo con su casuística (que continuará en el próximo número).

Como noticias que juzgo interesantes de ese año, cabría resaltar la reunión de la Junta Ejecutiva de la UNICEF en Addis Abeba, como ya mencionamos en números anteriores.

Por último, quisiera destacar el I Curso Intensivo de Especialización en Patología Neonatal que se iba a celebrar en la Clínica Infantil «Francisco Franco» de Barcelona, bajo la dirección del Dr. A. Ballabriga y con la presencia de numerosos profesores de España, así como extranjeros, como el Prof. Lelong, el Prof. Minkowski de París, el Prof. Bamatler de Ginebra y el Prof. Hungerland. En este curso se trataron problemas de patología neonatal (ya en 1966), como la dificultad respiratoria del niño prematuro, el desarrollo del sistema nervioso central en el feto y en el recién nacido, la alimentación del niño prematuro, etc.

Sigo pensando —ojalá fuera verdad— en lo que dijo el médico francés del siglo XVIII Beauchéne en sus *Maximes*: «¿Queréis saber lo que piensan los hombres? No escuchéis lo que dicen; examinad lo que hacen».

Ojalá que con estos artículos mensuales se pudiera examinar lo que se había realizado en pediatría hace 50 años. ■