

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

### AÑO XXVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 300

### **SUMARIO DEL NÚMERO DE MAYO DE 1968**

#### **FIGURA DE LA PEDIATRÍA**

*El Dr. J. Muguruza Alberdi*

#### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

*Trabajos doctrinales y casos clínicos*

El asma infantil, por el doctor Bernardo Pérez Moreno

El diagnóstico diferencial de las hemorragias gastrointestinales del lactante y del niño mayor, por el doctor F. Soave

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en el mes de mayo de 1968, diversos trabajos originales y casos clínicos.

El primero de ellos se debió al Dr. Bernardo Pérez Moreno de Valladolid, un amplio artículo, que abarca prácticamente todo el número de este mes, sobre «El asma infantil», dedicado al fallecido Prof. Carlos Jiménez Díaz, quien reavivó este tema ya desde la primera clase del curso 1930-31.

El segundo y último artículo de este número de la revista versa sobre «El diagnóstico diferencial de las hemorragias gastrointestinales del lactante y del niño mayor», una conferencia pronunciada en Madrid a cargo del Dr. F. Soave, jefe del Departamento de Cirugía Infantil del Instituto Gaslini de Génova.

La figura de la pediatría estuvo dedicada al Dr. J. Muguruza Alberdi, médico puericultor de Bilbao y presidente de la Sociedad Vasconavarra de Pediatría.

En el primer trabajo, el Dr. Pérez Moreno introduce el concepto de asma infantil, afirmando que el asma es una modalidad reaccional especial que presentan ciertos individuos frente a diversas causas relativamente banales, caracterizada por una «reacción asmática» —definida por Jiménez Díaz como «una disnea de carácter paroxístico, en forma de crisis breves o abscesos prolongados, con oscilaciones de intensidad, en la cual el tórax aparece insuflado, con cierta rigidez, con una elevación de la posición media y espiración difícil, prolongada y sonora»—, con broncoestenosis (aumento de la resistencia bronquial al paso del aire) y reducción de la capacidad vital, debido a un aumento del aire residual y a una disminución del complementario y el de reserva, con un final de espiración lento o incompleto; estas reacciones son reversibles mediante la administración de diversos fármacos y están provocadas por varias causas. A este respecto, actualmente pueden hacerse dos afirmaciones categóricas:

1. No existe ningún agente externo que actúe como causa primaria del asma.
2. Dicha causa es interna, reside en el propio organismo, concretamente en el «sistema neurohormonal», en lo que Mosinger llamó «correlación neuroergonal».

En cuanto a la patogenia, el autor se remonta al siglo XVII, cuando Van Helmont incluyó el asma entre las llamadas «neurosis», y Tomás Willis, junto con A. Floyer, la atribuyeron a la irritación del vago. Desde entonces, la patogenia del asma está en plena discusión: por una parte, fruto de los criterios simplistas de algunos autores y, por otra, debido a la sobreevaluación de algunos hechos experimentales, que han reproducido parcialmente el proceso.

Las teorías patogénicas del asma pueden clasificarse en neuromotoras, neurovasomotoras-secretoras e integrales.

El Dr. Pérez Moreno prosigue su trabajo desarrollando las teorías neuromotoras, e incluye dentro de ellas varios aspectos:

- Espasmo de los músculos bronquiales.
- Tetanización de los músculos inspiradores extrínsecos.
- Teoría mixta.
- Teoría integral.

Entre los autores españoles, podemos mencionar a los doctores Sánchez Cuenca y Jiménez Díaz et al., así como numerosos trabajos dedicados al esclarecimiento de estos fenómenos, que resumimos a continuación.

Se ha atribuido a la histamina una intervención directa en el asma bronquial, así como el metabolismo de la colina y de sus ésteres. Jiménez Díaz no pudo hallar modificaciones de la colinesterasa en los pacientes asmáticos ni concluir que la estamina participe con seguridad en el asma, aunque realmente ésta y los ésteres de colina puedan desencadenar las crisis

asmáticas. En el choque anafiláctico aumenta la histamina en el plasma, pero en la crisis asmática no. Los antihistamínicos han fracasado en el tratamiento. En los asmáticos no presentan una disminución de la tolerancia a la estamina. Ratner se opone a la identificación del asma y del proceso causante de la muerte anafiláctica, y concluye que, a pesar de haberse relacionado el choque anafiláctico con el asma, llegando incluso a considerar ambos procesos como fases de un mismo mecanismo, son tantas las diferencias comprobadas, que su dependencia ha quedado actualmente reducida a una mera hipótesis.

En la escuela de Jiménez Díaz, que ya en 1944 había señalado diversos factores que podían modificar el cuadro clínico del asma (fiebre, embarazo, ictericia, nefrosis, mixedema, etc.) —precisando los mismos que señaló Hench en una comunicación de 1949 sobre la artritis reumatoide cuyas incidencias, igual que la acción de las hormona corticotropas y la mostaza nitrogenada, actúan inhibiendo la reacción del organismo—, se llegó a establecer el concepto y denominación (iniciada en 1950 y completamente definida en 1952) de «enfermedades de disreacción», que serían determinadas por diversas causas y con proyección sobre diversos órganos, pero en las que lo esencial es la peculiaridad reactiva del organismo.

Así pues, Jiménez Díaz separa los conceptos de «alergias» y «disreacción».

En un gráfico-esquema de Jiménez Díaz, que se publica en este número de la revista, se conforman los siguientes grupos:

- Grupo A: totalmente funcional alérgico.
- Grupo B: asma alérgica-infecciosa.
- Grupo C: afecciones orgánicas del aparato respiratorio.
- Grupo D: enfermedades que, sin ningún mecanismo alérgico, producen disnea de cierto parecido a la de la reacción alérgica.

El Dr. Pérez Moreno continúa hablando en este artículo de la fisiopatología. Así como la patogenia sigue en plena discusión, el acuerdo es prácticamente unánime respecto a la fisiopatología. Explica, en su trabajo, cómo el alvéolo se llena cada vez más de aire que no logra renovar. De esta forma, se va instaurando el enfisema.

En cuanto a la etiología, se acepta la clasificación realizada por Walker, distinguiendo los casos de asma en intrínsecos y extrínsecos. Jiménez Díaz halla en ambos grupos características comunes que no pueden considerarse como alérgicas, salvo que se ampliara el concepto de alergia. La proporción entre las distintas etiologías viene a ser unánime entre los distintos autores (Jiménez Díaz, Sánchez Cuenca, etc.). También coinciden en la distribución por sexos. El autor de este artículo recoge, a su vez, diversas características somáticas.

En nuestro país, todos los autores coinciden en considerar más frecuente el asma de tipo bacteriana. El asma como reacción «al polvo» o «polen», e incluso a productos dérmicos, es

bastante rara antes de los 5 años. La polinosis se observa en España en la época primaveral, principalmente por las gramíneas silvestres y ciertos árboles, y es paradójico que esta enfermedad sea más frecuente en la ciudad que en el campo.

Respecto a la clínica, en este artículo ésta se divide en 2 grupos: a) paroxística con crisis intermitentes y b) formas evolutivas.

Se resalta el interés de realizar un estudio del esputo y llevar a cabo un diagnóstico diferencial. En cuanto al pronóstico, todos los autores coinciden en que es más eficaz el tratamiento en los niños que en los adultos (el 90 frente al 60%). Un tercio de los casos se cura espontáneamente al llegar a la pubertad.

Se debe realizar una profilaxis y un tratamiento etiológico, patogénico y fisiopatológico.

A continuación, el autor describe el tratamiento con aminofilina, antihistamínicos, ACTH, etc. En cuanto a los tratamientos fisiopatológicos, se mencionan la ventiloterapia, la gimnasia, etc.

En la fase de hiperventilación-acidosis, lo mejor es lograr una ventilación eficaz, mediante la administración de bronquiolíticos que, en pocas respiraciones, logran liberar el CO<sub>2</sub>. La espiración de mucosidades traqueobronquiales y la evacuación del contenido gástrico para facilitar la movilidad diafragmática pueden contribuir a resolver situaciones comprometidas.

En el segundo y último trabajo, sobre el diagnóstico diferencial de las hemorragias gastrointestinales del lactante y del niño mayor, el Dr. Soave comienza afirmando que la emisión de pequeñas cantidades de sangre a través de la boca o el recto es un hecho relativamente frecuente en el niño, pero afortunadamente no es habitual encontrar una emisión de grandes cantidades en la práctica médica.

En cuanto al origen de la hemorragia, en este trabajo se señalan varias posibilidades: rinofaríngeo, esofagogástrico, gastroesofágico, gastroduodenal, yeyuno-ileal, ileocólico o anorrectal.

El Dr. Soave prosigue su artículo explicando la hemorragia gastrointestinal del recién nacido, así como el tratamiento médico y quirúrgico, en caso de ser necesario.

El artículo concluye con la descripción de las hemorragias gastrointestinales en los niños de 2-10 años de edad.

El número de este mes finaliza con la narración del primer [premio ¿?] de medicina perinatal en Berlín [falta completar frase].

Los episodios asmáticos de los niños me recuerdan la frase de Swinburne, poeta lírico inglés del siglo XIX: «Donde no hay hijos falta el cielo». Esta frase va dedicada a los padres con niños asmáticos. ■