

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

AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 209

SUMARIO DEL NÚMERO DE MAYO DE 1960

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El doctor Bosch Marín, de Madrid

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Pasado, presente y futuro de la inspección médico-escolar en nuestro país, por el doctor Sainz de los Terreros
Enfermedad de Sturge-Weber en el niño. Comunicación de un nuevo caso, por los doctores F. Pérez Carreño y A. Torralbo Moreno

Estudio clínico de la nefrosis, por el doctor E. Alvear Hernández

Estudio clínico de las púrpuras alérgicas, por el doctor I. Villa

Pediatría quirúrgica, por el doctor Garrido-Lestache

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba en el mes de mayo de 1960 diversos trabajos originales y casos clínicos. El primero de ellos se debió al doctor Sainz de los Terreros: «Pasado, presente y futuro de la inspección médico-escolar en nuestro país». La siguiente publicación, una nota clínica de los doctores Pérez Carreño y Torralbo Moreno, trató sobre la «Enfermedad de Sturge-Weber en el niño. Comunicación de un nuevo caso». El doctor Alvear Hernández comenzó un extenso trabajo, el tercero de este número, sobre el «Estudio clínico de la nefrosis». A continuación el doctor Ignacio Villa realizó, a propósito de su propia experiencia, un «Estudio clínico de las púrpuras alérgicas». Para terminar, se incluía un trabajo de revisión del doctor Garrido-Lestache sobre «Pediatría quirúrgica». La figura del mes estuvo dedicada al doctor Bosch Marín, de Madrid.

Para comenzar este número, el doctor Sainz de los Terreros presentó su conferencia sobre el «Pasado, presente y futuro de la inspección médico-escolar en nuestro país», en la que empieza afirmando que «constituye una obligación del autor mandar un saludo a los presentes y ausentes y solicitar indulgencia para las imperfecciones de este discurso inaugural de la Sociedad de Pediatría de Madrid» en ese año. Justificó la elección del tema por su larga dedicación a la materia, que le permitía obtener una visión de conjunto.

La inspección médico-escolar en nuestro país, pese a su relativamente corta vida oficial, «alrededor de medio siglo», tiene ya pasado y presente, y se adelanta con fe al futuro. Podríamos considerar en ella, comparándola con distintos periodos de la historia, una edad antigua, una media y otra moderna. De su edad antigua poco hemos de decir, porque de ella apenas se puede extraer enseñanza que nos sirva para la actual y la que está por venir. La edad media abarca, a su juicio,

desde las primeras oposiciones, sonadas y reñidas, convocadas en 1917 y efectuadas en marzo de 1918, hasta el término de nuestra cruzada mayúscula. La integran poco más de una veintena de años, y durante ella se puede decir que se ha formado la inspección médico-escolar actual. La edad moderna abarca desde el término de la Guerra Civil hasta el presente (1960), y se alarga más allá de él, adentrándose en el futuro.

El autor sigue desarrollando su consideración sobre la inspección médico-escolar y el daño que le ha causado su escasa publicidad, como su poca proyección exterior, lo que le ha impedido demostrar toda su importancia.

El autor sigue definiendo las diferentes reuniones y profesionales que compusieron el grupo de los primeros médicos escolares, y al final concluye diciendo que considera tan importante este acto de presencia de la actividad médico-escolar internacional, que se atreve a proponer una alteración en la estructura de las futuras oposiciones, aunque tal vez a algunos no les parezca apropiado. En definitiva, sugiere una modificación en los ejercicios de la oposición, considerando la sustitución del ejercicio dedicado a la exposición de méritos por otro en el que se exija el conocimiento de dos idiomas extranjeros, como mínimo, cuyo grado de perfección o mayores méritos contarían en la puntuación final. Semejante cambio en la estructura oposicional habría de redundar en beneficio de los nuevos médicos escolares, mejor provistos entonces de armas con que luchar en el palenque universal, que es, a fin de cuentas, hacia el que poco a poco va derivando la actividad cultural de toda clase de profesionales. (Ojalá se pudiera decir esto en nuestro país actualmente, no sólo de los médicos escolares, sino de otros profesionales que podrían tener una proyección internacional y no dominan apenas ningún idioma.)

A continuación, los doctores F. Pérez Carreño y A. Torralbo Moreno describen en una nota clínica la «Enfermedad de Sturge-Weber en el niño», con la comunicación de un nuevo caso.

La escasa frecuencia de la enfermedad de Sturge-Weber en la infancia llevó a los autores a comentar brevemente un caso observado en un niño de 5 años de edad. Hay descritos en la actualidad unos 200 casos de este proceso, la mayor parte en la edad adulta. En la bibliografía pediátrica española se han comunicado diferentes casos de Sainz de los Terreros, Taracena, Galdó, Cruz Hernández y Martínez Valverde, aunque sin duda se han observado más casos que no se han publicado.

A continuación, los autores van desarrollando la clínica mediante apoyo iconográfico. Desarrollan una historia clínica muy cuidadosa, afirmando que la etiología de este proceso es desconocida. Lo más probable es que se trate de una embriopatía de origen hereditario, ya que a veces se presenta en varios miembros de una misma familia. El diagnóstico diferencial es fácil de realizar con la neurofibromatosis, la escloriosis tuberosa, la enfermedad del adenoma sebáceo, la enfermedad de Hippel-Lindau y la enfermedad de Boder-Sedgwick.

Si no se efectúa un tratamiento correcto, el pronóstico es malo (presencia de convulsiones y agravación consiguiente de la oligofrenia), a pesar de que se considera que la enfermedad de Sturge-Weber no es un proceso progresivo, aunque las calcificaciones puedan ir aumentando con el paso del tiempo.

En cuanto al tratamiento, las convulsiones se tratan con las medicaciones anticonvulsivas. En este caso, se precisó administrar al paciente 0,8 g de hidantoinato sódico y 0,2 g de luminal al día para que cesaran las convulsiones, aunque no se mitigó el trastorno de la conducta.

En resumen, los autores presentan un caso de enfermedad de Sturge-Weber en un niño de 5 años con algunas consideraciones sobre su cuadro clínico, diagnóstico diferencial y tratamiento.

El tercer trabajo, «Estudio clínico de las nefrosis», se debió al doctor Alvear Hernández, de Madrid. La relativa frecuencia con que observamos el síndrome nefrótico de la infancia, sobre todo en las primeras edades de la vida, y el hecho de que su evolución sea lenta y prolongada, y a veces, a pesar de la moderna terapia, mortal, llevó al autor a presentar esta publicación al concurso de premios de la Sociedad de Pediatría de Madrid.

En primer lugar, el autor definió claramente qué se entendía por nefrosis. El síndrome nefrótico, o estado nefrótico, comienza generalmente en edades tempranas de la vida, y se caracteriza por la presencia de anorexia, proteinuria masiva, hipoproteinemia e hiperlipemia.

El autor continúa describiendo la incidencia de esta enfermedad, afirmando que empieza normalmente entre los 18 meses y el cuarto año de vida, aunque también se han descrito

casos de nefrosis en recién nacidos, así como en niños mayores de 4 años.

Respecto a la etiología, el autor afirma que se considera habitualmente idiopática, lo cual le lleva a afirmar que, hoy por hoy (1960), es desconocida.

A continuación dedica un párrafo al cuadro clínico, y prosigue con las complicaciones de esta enfermedad; las más comunes y graves se deben a una infección, como la peritonitis, la celulitis, la neumonía y otras similares, que pueden encontrarse con asiduidad.

Entre los hallazgos de laboratorio, cita los siguientes:

- Proteinuria masiva.
- Hipoproteinemia acentuada.
- Hiperlipemia.

En algunos pacientes pueden encontrarse otros síntomas, como una ligera hematuria, que a veces puede ser un residuo de una glomerulonefritis anterior.

El diagnóstico es difícil de establecer generalmente. El pronóstico de la enfermedad ha variado desde la introducción en los últimos tiempos de la terapia con corticoides.

El autor prosigue con el tratamiento, para concluir afirmando lo siguiente:

- El tratamiento específico de la nefrosis es, hoy en día, la terapia con corticoides.
- Personalmente, el autor prefiere los preparados de cortisona por vía oral.
- La dosis de cortisona debe ser elevada, de 40-60 mg diarios. En caso de que estas dosis fracasen, deben elevarse a 80 mg diarios. Si esta pauta también fracasa, se puede aumentar incluso hasta 120 mg, dosis con la que se han obtenido remisiones en niños en quienes con las dosis anteriores no se había logrado la curación.
- Una vez obtenida la curación clínica corroborada con los resultados del laboratorio, debe mantenerse el ciclo de cortisona o de sus derivados durante un periodo de 6 meses a 1 año.
- Aunque no tenemos experiencia sobre ello, merece citarse el tratamiento combinado con corticoides y mostazas nitrogenadas.

Termina este número de la revista con el «Estudio clínico de las púrpuras alérgicas» debido al doctor Villa Elízaga, de Madrid. El autor, aprovechando el último año, pudo recoger entre su experiencia privada y la hospitalaria 16 casos de púrpura alérgica anafilactoide o abdominal de Schonlein-Henoch-Glanzmann, y presenta esta pequeña aportación a la Sociedad de Pediatría de Madrid. La púrpura alérgica abdominal no es realmente una enfermedad hemorrágica, ya que en ella no existe peligro alguno de sangrado, según el autor.

Se trata, pues, de una enfermedad general, que recuerda mucho a la enfermedad del suero, y para la cual se acepta como causa una lesión alérgica del endotelio capilar que aumenta de forma aguda su permeabilidad para el plasma y las células hemáticas.

Este origen alérgico, aceptado hoy en día (1960), puede tener distintas causas, no esclarecidas todavía. En este artículo se va a tratar de reseñar algunas de las causas que, según la experiencia del autor, son motivo frecuente de aparición de la púrpura alérgica en los niños.

Un hecho no bien conocido, y sin embargo observado por todos los pediatras, según el autor, es la aparición de verdaderas «epidemias» de casos de púrpura alérgica. Todos han observado que a veces transcurren meses, e incluso años, sin que se den ambos casos de púrpura, o sólo alguno de vez en cuando; por el contrario, en otras ocasiones, como ha ocurrido en el presente año, estos procesos se observan con mucha frecuencia.

Esta predilección estacional, que en la serie de casos del autor parece indicar una tendencia marcada por las épocas de otoño y primavera, no puede parecer rara si se acepta, como hoy en día, lo más comúnmente admitido, que es la naturaleza alérgica de este proceso.

Por tanto, teniendo en cuenta las posibles «espigas irritativas» de las que se habla en el artículo, debemos señalar, prosigue el autor, que en esa práctica hemos encontrado en un elevado porcentaje de casos unas amígdalas hipertróficas, crípticas o infectadas, de las que, una vez pasado el estadio agudo de la enfermedad, hemos aconsejado su extirpación, sin que posteriormente hayamos observado nuevos brotes de púrpura.

A continuación se realiza un estudio clínico de dichos procesos, con la siguiente sintomatología fundamental:

- Exantema hemorrágico en forma de petequias.
- Dolores abdominales de tipo cólico.
- Dolores articulares, que pueden hacer pensar en una enfermedad reumática, ya que a veces se acompañan de tumefacción y enrojecimiento de la articulación.
- Finalmente, puede presentarse hematuria y, a veces, una verdadera glomerulonefritis.

A partir de los datos de laboratorio se demuestra que no existe trombopenia ni alteración en alguna de las plaquetas, y los tiempos de coagulación, sangría e índice de protrombina son normales. El signo de Rumpel-Leeden es negativo, al igual que el de Hescht o de la ventosa.

En la fórmula hemática se detecta generalmente una leucocitosis con discreta eosinofilia y una velocidad de sedimentación ligeramente elevada, aunque a veces puede alcanzar cifras significativas.

El autor continúa citando las formas clínicas, entre las que destaca formas hemorrágicas, coexistencia de la púrpura con invaginación intestinal, etc.

El diagnóstico de la púrpura alérgica es generalmente fácil; la consistencia de petequias con dolores abdominales o articulares de comienzo agudo o febril, o los signos de laboratorio descritos, facilitan el diagnóstico. Sin embargo, en ocasiones, sobre todo en las formas abdominales, más o menos puras, el diagnóstico diferencial puede ser difícil de establecer con la apendicitis, la linfadenitis mesentérica aguda, la mononucleosis infecciosa de forma abdominal y algunos otros cuadros de abdomen agudo. Otro hecho que puede inducir a error es el diagnóstico diferencial de la púrpura con la fiebre reumática.

El pronóstico, en general, es el de una enfermedad benigna, aunque pueden repetirse los brotes que mantienen el estado de la enfermedad durante un tiempo más o menos prolongado.

Respecto al tratamiento se comentan ciertas medidas generales, como la necesidad de mantener al niño en cama durante la enfermedad y administrarle vitaminas de tipo C y P para mejorar la permeabilidad capilar, así como preparados de calcio por vía oral. Aunque es muy frecuente el uso de vitamina K, ésta no es totalmente necesaria, sólo en los casos en que las hemorragias, renales o intestinales, puedan conducir a un estado de anemia grave. El tratamiento específico actual de la púrpura alérgica es la terapia con corticoides, utilizando adrenocorticotrofina (ACTH) o cortisona. En los casos en que se emplea ACTH se administrarán 60-80 unidades diarias repartidas en varias dosis en los niños menores de 4 años, y 80-120 unidades en los niños mayores. Si se emplea cortisona, las dosis serán también de 60-80 mg diarios, repartidos en 4 dosis en los niños menores de 4 años y de 80-120 mg en los niños mayores. En ese momento el autor utilizaba, con muy buen resultado, los derivados fluorados de la cortisona, de los que, como todo el mundo conocía, se administraba un tercio de la dosis diaria de la empleada con prednisona. Finalmente, en todos los niños que presentaran, como ya se ha comentado respecto a la etiología, unas amígdalas crípticas e hipertróficas, se debe aconsejar, una vez pasado el estadio agudo de la enfermedad, la amigdalectomía.

El número de mayo de 1960 de *Acta Pediátrica* termina con una nota sobre la «Pediatria quirúrgica», del doctor Garrido-Lestache, en la cual se pone de manifiesto la importancia cada vez mayor de la especialidad en cirugía pediátrica, mostrando su experiencia en algunos hospitales de Coimbra, Lisboa, etc., que afortunadamente ha obtenido 50 años después la relevancia que ya en 1960 se pensaba que debía conseguir.

En este número de *Acta Pediátrica* hay trabajos de pediatras muy jóvenes, lo que recuerda esta fase de Demófilo (s. III a.C.): «Con los jóvenes sucede como con las plantas, que en los primeros frutos deducimos lo que podemos esperar de ellos en el porvenir». ■