

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

AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 202

SUMARIO DEL NÚMERO DE OCTUBRE DE 1959

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El doctor Sancho Martínez, de Madrid

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Válvulas congénitas de uretra posterior y divertículo de uraco, por los doctores E. Sánchez Villares y J. Montero
Leche ácida completa, por el doctor Félix Sancho Martínez

CRÓNICA

Primer Congreso de Pediatría de las Naciones Latinas, por el doctor Federico Collado

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en el número de octubre de 1959, dos artículos originales, el primero de ellos debido a los Dres. E. Sánchez Villares y J. Montero sobre «Válvulas congénitas de uretra posterior y divertículo de uraco». A continuación, el Dr. Félix Sancho Martínez realizó una revisión sobre «Leche ácida completa». La figura del mes estuvo dedicada al Dr. Sancho Martínez, de Madrid.

En el primer trabajo, «Válvulas congénitas de uretra posterior y divertículo de uraco», los Dres. E. Sánchez Villares y J. Montero comienzan afirmando que las perturbaciones en la eliminación de la orina, a modo de dificultades en la micción y a veces, incluso, de auténtica retención urinaria, constituyen un motivo de frecuentes consultas en la clínica pediátrica. Este síntoma guarda relación con procesos muy diversos también de distinta significación.

En algunos casos se trata de una manifestación acompañante de un proceso bien definido, cuyo diagnóstico no ofrece dificultades: meningitis, poliomielitis, neurólisis del tipo Guillain-Barré, mielitis transversa, tetania, estados postoperatorios, coma, etc. En otros, el motivo es local y también de sencilla aclaración: fimosis, úlceras superficiales en el meato urinario del niño, balanitis, postitis, cistitis, vulvitis, vaginitis, etc. Finalmente, en otro grupo de pacientes la causa de la retención urinaria es fundamentalmente urológica; en ellos, establecer un diagnóstico correcto exige siempre la estrecha colaboración entre el pediatra y el urólogo, ya que a veces es necesario practicar exploraciones especiales.

Dentro de este último grupo, el mayor porcentaje de obstrucciones urinarias guarda relación con procesos de naturaleza congénita. Los autores consideran de gran valor su conocimiento,

dados los problemas que suelen plantear; su ignorancia puede conllevar complicaciones graves y a veces fatales, o, cuando menos intervenciones que, revisadas tardíamente, ofrecen no sólo una mayor complejidad, sino menos posibilidades de éxito.

A propósito de un caso que observaron de malformación congénita de las vías urinarias bajas con cuadro de retención, los autores se propusieron comentar los datos más importantes relacionados con este problema.

La obstrucción congénita de las vías urinarias puede localizarse en la vejiga, el cuello vesical y la uretra. La sistematización de las distintas causas realizada por Fetter y Warren, en 1956, es la siguiente:

1. Vejiga:

- Neurogénica (megalovejiga).
- Contractura.
- Estrofia (en relación con alteraciones en las vías urinarias altas).
- Divertículo.

2. Cuello vesical y uretra:

- Contractura del orificio vesical.
- Pólipo en la uretra prostática.
- Hipertrofia congénita del *veru motanum*.
- Válvulas de la uretra posterior.
- Estenosis uretral.
- Estenosis del meato urinario.
- Aplasia de la uretra.
- Divertículo uretral.
- Hipospadias.
- Epispadias.

TABLA 1

Síntomas y signos	En menores de 1 año (%)	De 1 a 3 años (%)	Más de 3 años (%)
Vómitos	33	20	4
Distensión abdominal	40	30	4
Hematuria	–	3	10
Urinarios			
Dificultad o vacilación en la micción	13	23	32
Frecuencia desde el nacimiento	–	3	48
Goteo desde el nacimiento	7	16	12
Retención aguda	27	36	5
Retención recurrente	–	13	2
Chorro escaso	–	10	4
Enuresis diurna	–	3	2
Enuresis nocturna y diurna	–	3	18
Enuresis nocturna	–	–	23
Incontinencia de heces durante el vaciado	–	–	5
Vejiga palpable	47	42	9
Piuria	13	13	15

Esta clasificación es bastante completa y precisa, aunque está elaborada especialmente en función de las alteraciones producidas en el aparato urinario superior. Aun sin circunscribirse a nuestro objeto, la consideramos útil porque indica los procesos más importantes que hay que tener en cuenta.

Entre las obstrucciones más frecuentes de las vías urinarias inferiores conviene destacar la obstrucción del cuello vesical, las válvulas uretrales, las estenosis uretrales, los diafragmas uretrales y la estenosis del meato.

Entre los tipos de infección urinaria inferior, limitan su atención a las válvulas congénitas de la uretra posterior. Su importancia radica fundamentalmente en que constituyen una de las anomalías más nocivas del sistema urinario (GROSS), capaz de ocasionar obstrucciones graves con extensas lesiones renales, aunque subsanables si se logra suprimir a tiempo el obstáculo (GROB).

A continuación, van desarrollando los aspectos más relevantes relacionados con la frecuencia, la embriopatogenia, la fisiopatología, la clínica y el diagnóstico.

La frecuencia con que se presentan los distintos síntomas en los 35 casos observados por Forsythe y Fadden se recoge en la tabla 1.

A continuación, los autores describen la terapéutica, afirmando que tiene particular interés la preparación adecuada del paciente, que comportará desde el sondaje permanente y la cistotomía, a toda clase de intervenciones del aparato urinario superior. Las pruebas funcionales y las pielografías descendentes periódicas serán las que indiquen el momento en que ha de realizarse la intervención valvular.

Con la corrección quirúrgica endoscópica mediante un relector transuretral pequeño a veces no se obtiene el éxito esperado, debido a un adosamiento de las formaciones valvulares a la pared uretral. Entre las vías abiertas, la vía primitiva perineal

fue sustituida posteriormente por la suprapúbica. Burns et al. han descrito hace poco la exposición del cuello vesical y la uretra posterior retropúbicamente, con una perfecta exposición operatoria.

Se presenta un caso clínico con un extenso estudio urológico y terminan su artículo con una nota complementaria.

Con posterioridad al caso descrito, uno de los autores (Montero) tuvo ocasión de estudiar a un paciente con una historia similar a la aportada. Se trataba de un varón de 48 años de edad, con historia clínica poco precisa de dificultad en la micción, dolores en ambas regiones renales y, objetivamente, piuria y gran dolor vesical por una retención incompleta, por lo que había sido clasificado como paciente prostático. Mediante un tacto rectal se constató la ausencia de próstata. En la cistoscopia, se detectó una amplia *vorblassen* en la uretra posterior, advirtiéndose formaciones valvulares; el vértice de la vejiga se continuaba ampliamente hacia arriba, y había una cierta dificultad para llegar al extremo de la formación diverticular. En las pielografías descendentes se apreciaba una anulación funcional del riñón derecho e imágenes en bolas en el lado izquierdo, típicas de hidronefrosis. Los uretrocistogramas anteroposterior y lateral son típicos de las válvulas de la uretra posterior y el divertículo del uraco.

Se le propuso al paciente realizar una derivación para proteger el aparato urinario superior, como tiempo previo a la intervención definitiva sobre las válvulas, pero no aceptó el tratamiento.

Este caso nos parece interesante porque revela la tardía exteriorización de las anomalías congénitas que, como en este paciente, pueden pasar desapercibidas durante años, originando más de una vez confusiones diagnósticas.

El segundo y último artículo de este número de la revista trata sobre la «Leche ácida completa», y lo firma el Dr. Félix Sancho Martínez.

Desde que McKim Marriott propuso la utilización de la leche ácida para el tratamiento de los lactantes atrépsicos, en el año 1919, y posteriormente, en 1923, para la alimentación de lactantes sanos, se han constatado regularmente los buenos resultados obtenidos con su empleo.

La leche acidificada se comenzó a usar en Europa hace 25 años, y al poco tiempo surgió el producto en polvo, Pelargón, al que se refirieron gran parte de los trabajos publicados, en los que se expresaban los resultados técnicos, que se traducían de un modo ostensible en óptimas ganancias ponderales, síntomas de eutrofia, deposiciones normales y buena tolerancia.

Que este estado de opinión subsiste, merecidamente, lo prueba la recomendación que se hace de este tipo de leche en general, y del producto mencionado en particular, para los bancos de leche en Cuba (1959).

Al querer discriminar las causas verdaderas (de índole alimentaria) de este aumento de la resistencia individual, fueron invocándose, aislada o conjuntamente, varias de ellas, como las siguientes:

- Desaparición del poder amortiguador «tampón» de la leche de vaca, por la acidificación, la descalcificación de la caseína y la obtención de un pH más apropiado para la función de las enzimas digestivas.
- Mejor absorción con el Pelargón de la grasa alimenticia, digestión perfecta del almidón y existencia de una flora intestinal grampositiva (Fontana).
- Menor frecuencia de dispepsias, por la acción inhibitoria del ácido láctico sobre el desarrollo de las bacterias nocivas (Glanzmann).
- Falta de proliferación en la leche acidificada de *Balantidium coli* y *B. dysenteriae* (McKim Marriott).
- Poder coloidal que la adición de almidón confiere al Pelargón, así como una acción favorecedora de éste en la obtención de una flora intestinal productora del complejo vitamínico B.
- Mejor utilización de las proteínas y, por ende, superior fabricación de anticuerpos (Macheboeuf).
- Asimilación más perfecta del calcio, fósforo y hierro.
- Por último, entre nosotros, Suárez, Ramos y Allué atribuyen el incremento inmunitario en los niños alimentados con Pelargón a la óptima absorción de la grasa. La utilización de ésta, la lipólisis parcial y la emulsión fina, como condiciones previas, entre otras cuestiones, han sido estudiadas por Frazer.

El autor va desarrollando la duración de la alimentación, la tolerancia y la curva de peso, así como la digestión y la flora intestinal, una disquisición de las historias clínicas extraídas de su propia experiencia, junto con el estudio de la fórmula hemática y la velocidad de sedimentación en niños criados con leche de vaca y Pelargón, glucosa calcio y fósforo en sangre, pruebas de Hanger, Weltmann y MacLagan, proteínas totales y fracciones proteicas del plasma.

Finaliza su extenso trabajo con un resumen y algunas conclusiones. Del estudio comparativo entre niños alimentados con

leche de vaca y otros con leche ácida completa (Pelargón), en las condiciones y número especificados en el trabajo, se deduce lo siguiente:

1. La tolerancia ha sido muy superior con Pelargón, así como el desarrollo ponderal.
2. El examen químico, histológico y bacteriológico de las heces no revela diferencias ostensibles entre un grupo y otro; a lo sumo, una mayor frecuencia, no muy acusada, de la flora bacteriana grampositiva en los niños alimentados con Pelargón. Estos hechos modifican los conceptos clásicos de correspondencia entre alimentación del lactante y flora intestinal (independizada ésta del concepto ya enunciado por autores españoles).
3. El número de hematías en términos generales, aun cuando con oscilaciones amplias, corresponde en ambos grupos a las cifras corrientes que se encuentran en nuestras instituciones infantiles; lo mismo podemos decir del valor de la hemoglobina. La fórmula leucocitaria (incluso en sus valores más dispares) traduce síndromes clínicos, independientemente del tipo de alimentación. Las velocidades de sedimentación aumentadas son iguales en cuanto a su frecuencia en ambos grupos (0,4 referido a la unidad). La eosinofilia es doblemente frecuente en los niños pertenecientes al grupo de leche de vaca (0,8-0,4 en relación con la unidad). Esta conclusión es aleatoria por la escasez de casos reseñados.
4. Las glucemias son equiparables en ambos grupos. Las cifras de calcemia son más uniformemente normales en los niños que toman Pelargón. Los valores de fósforo en sangre son sensiblemente iguales.
5. La prueba de Hanger ha sido negativa en todos los casos de ambos grupos; la de Weltmann ha obtenido en todos los niños valores normales; sólo en uno del grupo Pelargón se ha obtenido un resultado ligeramente superior, perfectamente explicable por algún proceso concomitante de tipo no agudo, o simplemente por la ley de la frecuencia (casuística mayor); la reacción de MacLagan ha suministrado, en ambos grupos, cifras igualmente normales, y las más reducidas se han observado en el grupo del Pelargón. Estas determinaciones ponen de manifiesto un estado análogo del parénquima hepático en ambos grupos de niños.
6. En los dos grupos se comprueba, en plasma, una mayor frecuencia de valores proteínicos totales superiores a los normales, cifras de albúmina normales, preponderancia de tasas inferiores a las normales; es decir, si hubiera una correspondencia absoluta entre la proteinemia y la clínica, ésta indicaría una buena nutrición proteica, con predominio en las fracciones de las globulinas portadoras de anticuerpos. Parece apuntarse una «constelación proteínica individual», independientemente de una alimentación determinada.
7. Los índices globales de días de fiebre y de enfermedad son muy inferiores en el grupo del Pelargón. Comparando las medidas aritméticas respectivas, éstas son: 9.810 en el apartado de leche de vaca y 2.938 en el de Pelargón (es decir, menos de un tercio), para el «índice de días de fiebre», y 5.005 en los niños alimentados con leche de vaca y 2.560

(aproximadamente la mitad) en los alimentados con Pelargón, para el «índice de enfermedad».

8. Dados los resultados y las conclusiones mencionadas, para conocer con exactitud en qué facetas alimentarias parciales se basa la comprobada supremacía del Pelargón en la obtención de una inmunidad global, se requerirían investigaciones (aditivas y de supresión de los componentes que lo integran) con experimentación animal. Como hipótesis general, podríamos sugerir que la mejor tolerancia (absorción y digestión) de este producto, al disminuir las reacciones alérgicas de etiología digestiva, aminora asimismo el dispositivo reaccional general.

Este número termina con un resumen del Congreso de Pediatría de las Naciones Latinas, realizado por el Dr. Federico Collado, de Ávila.

El artículo del Dr. Félix Sancho me recuerda la frase del escritor italiano, hijo de padre alemán, del siglo XIX August Graf von Platen: «Hablad con más respeto de los antiguos, vosotros los jóvenes superficiales, porque a ellos les debéis cuanto sois: habéis aprendido el arte de los griegos, la política de los romanos e incluso la religión de los judíos.» (Nota del Editor: Aunque muchos pediatras al leer esto se rían, ¡cuántos años habremos utilizado el Pelargón!). ■