

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

AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 194

SUMARIO DEL NÚMERO DE FEBRERO DE 1959

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El profesor Lust, de Bruselas

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y notas clínicas

La operación precoz en el estrabismo, por el doctor Alfredo Arruga

Perforación ileal espontánea en un prematuro, por los doctores Martínez-Mora y Delmás

A propósito del tétanos del recién nacido, por el doctor Montero Rodríguez

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó en el número de febrero de 1959 los siguientes artículos originales: el primero, firmado por el Dr. Alfredo Arruga, hablaba sobre «La operación precoz en el estrabismo»; a continuación, los Dres. Martínez-Mora y Delmás redactaron una nota clínica sobre «Perforación ileal espontánea en un prematuro»; el número de la revista concluía con el extenso artículo del Dr. Montero Rodríguez, «A propósito del tétanos del recién nacido».

La figura del mes estaba dedicada al Dr. Lust, de Bruselas.

En el primer artículo, «La operación precoz en el estrabismo», el Dr. Alfredo Arruga, de Barcelona, comenzó relatando la historia del estrabismo, que, según él, se podía dividir en cuatro periodos:

- El primero de ellos empezó en 1836, con la primera operación de estrabismo practicada por Gensoul, oftalmólogo francés. Este periodo se denominó únicamente quirúrgico-estético.
- El segundo periodo se correspondía con el inicio de la era ortóptica, en que el fin de la terapéutica del estrabismo era la recuperación de la visión binocular o el uso coordinado de los dos ojos.
- Por desgracia, en el tercer periodo, que empezó hacia el año 1920, el tratamiento funcional del estrabismo fue lamentablemente abandonado.
- Por último, el cuarto periodo contemporáneo comienza hacia 1930 en Inglaterra, gracias, sobre todo, a la influencia de Worth, Chavasse y otros autores. Casi simultáneamente en América, en gran parte gracias a la influencia de Bielchwyk, diferentes autores empezaron a interesarse por el tratamiento funcional del estrabismo. Pero el continente europeo, y particularmente Francia —precisamente donde en otra época se iniciara la terapéutica con fines ortópticos—, no se despierta hasta después de la última gran guerra, de forma que entre 1920 y 1945 el tratamiento del estrabismo con fines

funcionales queda incomprensiblemente abandonado, con la excepción de unas pocas clínicas.

Después de definir cuándo se debe intervenir el estrabismo y su patología asociada, el autor desglosa las razones más importantes para no demorar la operación estética, y afirma que no se debe prolongar más allá de los 5, 6 o 7 años.

Resumiendo, antes de los 2 años, si el médico cuenta con unos padres cooperadores, parece preferible practicar la oclusión (alternante, salvo en el caso de la ambliopía) hasta poder realizar los ejercicios pleortópticos preoperatorios, operar y llevar a cabo la ortóptica postoperatoria. Si no es posible establecer un control exhaustivo del caso, es preferible operar precozmente, pese al riesgo de un pequeño —diminuto quizás— ángulo de anomalía como mal menor.

Si el niño consulta entre los 2 y los 5 años, cuando el estrabismo es reciente y corregido, existe un defecto óptico y un ángulo residual, hay que operarlo enseguida (con un buen pronóstico en general) o hacer una oclusión alternante hasta los 5 o 6 años, y entonces realizar terapéutica ortóptica y la consiguiente operación. Si el estrabismo es antiguo (empieza antes de los 18-24 meses), hay que realizar una oclusión alternante hasta los 5 años, después realizar terapéutica ortóptica y operar inmediatamente (si la cooperación de los padres y el paciente es dudosa), arriesgándose también a las posibles consecuencias (probable ángulo de anomalía de pequeño grado).

Si el niño tiene más de 5 años, hay que realizar ejercicios ortópticos y después la intervención quirúrgica; si los ejercicios se revelan ineficaces, se procederá a la operación estética. Cuando la operación sólo puede hacerse con fines estéticos, la edad no tiene importancia desde el punto de vista oftalmológico. Si la cirugía se demora, habrá que hacer un seguimiento

frecuente del paciente y, eventualmente, practicar la oclusión si muestra tendencia a la ambliopía.

A continuación, los Dres. J. Martínez-Mora y R. Delmás, del Servicio de Cirugía Infantil del Dr. E. Roviralta de Barcelona, presentan la nota clínica «Perforación ileal espontánea en un prematuro».

Justifican esta perforación ileal espontánea de un prematuro, o por lo menos de causa inexplicada, porque creen que es de interés la discusión de esta observación, tanto por los pocos casos que se citan en la bibliografía como por la singularidad de la historia clínica de su evolución.

Los autores establecen las siguientes conclusiones:

1. La perforación intestinal es más frecuente de lo que generalmente se cree, sobre todo si se trata de recién nacidos prematuros en el periodo neonatal, o de pocos meses.
2. En general, en las perforaciones encontraremos una obstrucción parcial o total en el intestino distal a aquélla. Sólo hablaremos de «espontáneas» cuando tras una exploración cuidadosa no se halle la causa.
3. La anatomía patológica puede ser de gran ayuda para el esclarecimiento de la solución de continuidad y las zonas vecinas.
4. Los ojales congénitos del mesenterio serán siempre suturados si se hallan en el curso de una exploración abdominal laparotómica, por la frecuencia con que provocan hernias internas.
5. En las perforaciones intestinales nunca se usará como medio de diagnóstico sustancias de contraste. En general, bastará una simple radiografía en posición erecta, de frente y lateral.
6. La única terapéutica quirúrgica es la sutura de la perforación.

El artículo «A propósito del tétanos del recién nacido», del Dr. A. Montero Rodríguez, versa sobre la historia del tétanos, la frecuencia, el periodo de incubación y la gravedad de este trastorno. En el punto IV se indica que la mortalidad es del 100%, y es muy elevada en Rumania y China (1930).

En España (1959) no es corriente la aparición de tétanos del recién nacido.

El tratamiento actual del tétanos del recién nacido puede ser específico, para el bloqueo farmacodinámico, para conseguir la relajación muscular, y dietético e hidratante.

En el tratamiento específico, los autores recomiendan entre 40 y 60.000 UI de antitoxina y suero antitetánico, suministrándolo por todas las vías posibles, incluso la intrarraquídea.

Sala Ginabreda recomienda administrar entre 20 y 30.000 UI el primer día en dos dosis, continuar con 10-15.000 UI durante 7 u 8 días, para localmente inyectar en el ombligo entre 10 y 20.000 UI de antitoxina.

En el tratamiento para el bloqueo farmacodinámico se empleaba desde hacía mucho tiempo el curare y otros numerosos procedimientos. Actualmente se recomienda el ACTH para

neutralizar la insuficiencia cortical, puesto que existe un verdadero estrés. Este tratamiento lo recomiendan los autores indios, puesto que acorta el periodo de enfermedad.

Los tratamientos relajadores se basan en producir la completa relajación muscular, contribuyendo al mismo tiempo a evitar las concentraciones tetánicas, puesto que éstas provocan hemorragias en el cerebro, así como un gasto exagerado de oxígeno, con anoxia. Actualmente se emplea el ACTH como tratamiento de relajación muscular.

También se utiliza un cóctel lítico de largactil, fenergán y dolován, o bien estos fármacos por separado. Se ha empleado con éxito largactil, sin que se produzcan las temidas reacciones anafilácticas y alérgicas, como ya indicamos para el ACTH.

El autor, en un periodo de un mes, tuvo la ocasión de observar y tratar dos casos, uno a los 2 días de presentarse el *trismus* y a las 16 horas de las convulsiones, y el segundo caso a las 24 horas del *trismus* y a las 4 horas de las convulsiones, ambos observados anteriormente con diagnósticos erróneos.

El primer caso se trató con 15.000 UI de suero y 600.000 UI de penicilina, y a las 4 horas continuaban el *trismus* y las convulsiones. A pesar del hidrato de cloral, el paciente presentó accesos, aunque más atenuados, por lo que se decidió tratar con ACTH; al no disponer de este fármaco en la localidad, se solicitó con urgencia, pero el paciente había fallecido una hora antes de que llegara el medicamento.

El autor, tras examinar los diversos tratamientos seguidos en el segundo caso en los siguientes días, pasa a exponer diversos comentarios que le sugieren estos dos casos.

En primer lugar, dice el autor, nos vamos a referir al diagnóstico exacto. Ya hemos indicado al principio que el tétanos es tanto más grave cuanto más corto es el periodo de incubación; en los recién nacidos es siempre gravísimo, pues a ellos se suma un corto periodo de incubación y defensas nulas. En nuestros casos, el periodo de incubación duró escasamente 2 días, pues el primer caso inició el *trismus* al quinto día y el segundo en la misma fecha, ya que en éste hemos podido precisar que al cuarto día del nacimiento se derramaba la leche al mamar, existiendo ya dificultad para tragar, y al poco tiempo se constató la aparición del *trismus*.

Una segunda cuestión, la más importante de todas, es la de hacer un diagnóstico precoz, y sobre todo un diagnóstico correcto, pues un caso había sido diagnosticado de afeliche y otro de coriza. En el primer caso la hipertonia se tomó como defensa de dolor en el vientre. Se perdieron 14 horas después de iniciado el cuadro observado a las 12 horas entre el diagnóstico erróneo y el de tétanos; ello supuso demorar 26 horas el tratamiento, lo que propició que la fiebre subiese a las 3 horas de la exploración hasta 40,5 °C; el paciente falleció a las 4 horas de la auscultación, sin dar tiempo a hacer un tratamiento con ACTH. El segundo caso se diagnosticó erróneamente de coriza, cuando estaba instalado un tétanos, por lo menos 20 horas antes, con pérdida de 4 horas hasta que se evaluó, o sea 24 horas.

Como vemos, ello tiene una extraordinaria importancia, pues ya sólo el síntoma de la disfagia (al derramarse la leche por las comisuras labiales) y la negación a mamar fue un punto básico de diagnóstico de tétanos, pues el *trismus* intenso y la supuesta asfixia de coriza eran simplemente espasmos de los músculos respiratorios, que provocaban apnea, como nosotros apreciamos por primera vez. El paciente, como indicamos, presentaba una intensa cianosis por apnea, sostenida por una convulsión tetánica.

Resaltamos este hecho porque el diagnóstico tardío en estos casos conlleva, para estos cuadros tetánicos, una gravedad insospechada, como la presentada en el segundo caso al observarla nosotros; por ello, nunca hay que olvidar la exploración del *trismus*, puesto que es el síntoma que se presenta inicialmente en todo caso de tétanos del recién nacido. Pasar esto por alto es un error de bulto, con consecuencias irreparables, ya que en ese tiempo perdido la toxina se fija en las células nerviosas del cerebro.

Otra tercera cuestión que cabe destacar en todos estos casos es que estos pequeños pacientes llegan a las manos del especialista en fases tardías, con un cuadro de gravedad que pone a prueba su decisión y serenidad. Actualmente, que contamos con armas tan valiosas como las que hemos empleado en estos casos, el diagnóstico precoz se impone más que nunca para salvar estas vidas; por tanto, es el principal objetivo de lucha de la puericultura contra la mortalidad neonatal.

Otra cuarta cuestión que nos sugieren estos casos es de orden sentimental. No hay que olvidar el espíritu del paciente y

de sus padres. Ante un caso de tétanos del recién nacido, no podemos olvidar el desenlace de estos cuadros, y por ello debemos aunar nuestras fuerzas espirituales. Vivimos este cuadro de forma angustiada, ante un ser que no habla y que sabemos que sufre, que no puede expresar sus sentimientos y sus reacciones; sabemos que el desenlace es fatal, por lo que debemos permanecer serenos e intentar yugular ese trance doloroso. Cuando un padre y una madre observan con ansiedad estos cuadros, nosotros somos la brújula que guía todos los sentimientos paternos. Tenemos esa confianza de la madre llorosa y del padre ansioso e interrogante. Quien no haya vivido estos momentos de ansiedad, de alegría espiritual al saberse comprendido, trabaja en silencio, y los sentimientos de los padres se suman y se confunden con los del médico, que cuenta los minutos; las horas se hacen interminables y, cuando la lucha ha sido resuelta y enérgica y no hemos podido salvar una vida «tan poco vivida», sentimos la satisfacción del deber cumplido, aquel fallo lo sentimos como si fuese nuestro y pensamos: ¡si hubiese llegado antes...!

Un error comporta para todos una gran congoja. Evitarlo es un deber de todo médico, que antes de ser médico es un ser humano. No hay que olvidar el «amaos los unos a los otros», ni el dicho popular de que «no quieras para los demás lo que no quieras para ti». Esto me recuerda la necesidad de que todo médico ha de tener una gran formación científica, y quizás una mayor humanidad. Recordando la frase de Dante Alighieri en *Dita nuova*, «amor y corazón noble son una misma cosa»; en mi opinión eso es lo que necesita un buen pediatra. ■