

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

## AÑO XV ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 173

### **SUMARIO DEL NÚMERO DE MAYO DE 1957**

#### **FIGURAS DE LA PEDIATRÍA**

*El doctor Loste Echeto, de Huesca*

#### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

##### *Trabajos doctrinales y casos clínicos*

Evolución de la cirugía cardiovascular en el último cuarto de siglo, por el doctor Pérez de Petinto

Estado actual de las cardiopatías congénitas, por el doctor Muñoz Calero

Conducta quirúrgica a seguir en la hipertrofia congénita de píloro, por el doctor Garrido-Lestache Díaz

Hernia estrangulada en el recién nacido, por el doctor García Andrade

Tratamiento quirúrgico de las anomalías anorrectales, por el doctor Juan G. Lestache Cabrera

Problemas estomatológicos del recién nacido, por el doctor Pedro García Gras

Oportunidad de intervención del labio leporino, por el doctor B. Vilar-Sancho Altet

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba en el mes de mayo un número monográfico sobre la cirugía pediátrica con 7 trabajos, y la figura del mes estaba dedicada al Dr. Lorenzo Loste Echeto, de Huesca.

El primer trabajo trataba sobre la «Evolución de la cirugía cardiovascular en el último cuarto de siglo», elaborado por el Dr. Pérez de Petinto y Bertomeu, de Madrid.

Todos los trabajos que se publicaban se debían a la presentación conjunta de la Sociedad de Pediatría de Madrid y la Institución Municipal de Puericultura, celebrada el día 24 de enero de 1957.

El Dr. Pérez de Petinto, después de indicar la elección del tema, se dedicó a repasar algunas de las cardiopatías más frecuentes en la infancia en el último cuarto de siglo.

Iniciaba su presentación hablando sobre la cianosis, más o menos acentuada, especialmente manifiesta en los extremos digitales, las manos, los pies y la mucosa bucal, para pasar a la denominada «enfermedad azul» cuando ya se instauró.

También podría brotar esta enfermedad con el drama de la crisis repentina, en la angustiosa sorpresa apneica que puede causar el desvanecimiento e incluso la muerte asfíctica.

Va recogiendo algunas de las cardiopatías más conocidas y habla de la supervivencia, que en esos momentos era escasa.

Cuando se refería a la ligadura del conducto arterioso, anomalía más accesible a la terapéutica quirúrgica, afirmaba que la cirugía estaba contraindicada cuando una de las arterias era insuficiente: atresia aórtica o estenosis pulmonar.

Va desarrollando elogios a los cirujanos por su nobilísima actividad llena de desgastes físicos y de emoción, y, a fe, que a diario lo prueban en los quirófanos de hospitales y de servicios diversos y, sobre todo, en los cualificados equipos de urgencia.

Dedica su conferencia simplemente a relatar lo que se practicaba en nuestro país y fuera de él en esos momentos en algunas cardiopatías congénitas, sin aportar ninguna experiencia propia.

El segundo trabajo, realizado por el Dr. Muñoz Calero, de Madrid, trataba sobre el «Estado actual de las cardiopatías congénitas».

En una visión panorámica de estos procesos, destacaba el autor todos los métodos que se distinguen por una característica diferencial bien acusada: a) las malformaciones en las que falta o es escasa la cianosis, y b) las malformaciones en las que la cianosis en reposo o de esfuerzo constituye su faceta sintomática más acusada.

Entre los primeros procesos destacan, por su frecuencia y por la bondad de los resultados que se han obtenido, los 2 siguientes: la persistencia del canal arterial y la estenosis ístmica del tronco aórtico.

Ambos procesos tienen también en común su relativa buena tolerancia en los primeros años de vida y que conducen a una muerte más o menos precoz, causada por una descomposición cardiocirculatoria o por accidentes infecciosos o hemorrágicos.

El autor menciona la importancia del *ductus* y del soplo, y aporta los resultados obtenidos personalmente de un solo fallecimiento por accidente operatorio, al tratarse de una operación en un adulto a causa de una infección y la fragilidad del conducto persistente, que justifican plenamente la intervención.

Las malformaciones cardíacas cianógenas son muy variadas, y en muy pocas ocasiones se encontraron las entidades tipo que se describen en los libros.

El diagnóstico de estos procesos tiene la ventaja para el internista de la aclaración diagnóstica que supone la cianosis.

Entre ellas, la tetralogía de Fallot, la estenosis pulmonar pura y la trilogía son susceptibles de mejorar considerablemente con la intervención quirúrgica. No ocurre así con la atresia tricuspídea, la transposición arterial completa, el ventrículo único o las comunicaciones aisladas ventriculares o auriculares, procesos en los que la cirugía todavía está recorriendo el difícil camino de la experimentación y de la iniciación clínica.

El autor va exponiendo su casuística, y realiza con mayor frecuencia la operación de Blalock con algunas modificaciones aconsejadas por la escuela francesa de D'Alleine y las maniobras técnicas personales que obligan a improvisar circunstancias imprevistas.

También practicó en 4 casos la valvulotomía transventricular preconizada por Brock.

Creía que cuando se presume una estenosis valvular de la pulmonar, es preferible el método de Brock, pero cuando la estenosis es infundibular o existe una dextroposición acusada de la aorta, es preferible realizar alguna de las operaciones derivativas inspiradas en la concepción genial de la circulación compensada de la Dra. Taussig.

En resumen, la situación de las cardiopatías congénitas es de una apreciable realidad en su actual tratamiento quirúrgico, y esta actualidad es precursora de un porvenir lleno de las más ambiciosas promesas (1957).

A continuación, el Dr. Garrido-Lestache Díaz, de Madrid, expone su trabajo sobre «Conducta quirúrgica a seguir en la hipertrofia congénita de píloro». El autor comienza afirmando que cuando se habla de anomalía congénita de píloro, y concretamente de su hipertrofia, hay que hacer siempre un diagnóstico diferencial con el llamado espasmo pilórico. A juicio del Dr. Garrido-Lestache, son 2 entidades completamente distintas. La primera consiste en una degeneración de la porción pilórica, cuyo crecimiento hace disminuir la luz del píloro, y en algunos casos se llega a cerrar completamente. Por el contrario, el espasmo pilórico, su misma palabra lo indica, es una protesta espasmódica de fondo neurósico de la región del píloro. Así como la hipertrofia no tiene otro tratamiento que el quirúrgico, el espasmo pilórico responde de una manera clara y evidente, aunque a veces no rápida, a un tratamiento médico, cuya terapéutica se apoya precisamente en los medicamentos de tipo antiespasmódico, la atropina, la belladona y el luminal,

con lo que se obtiene, junto con un régimen de alimentación adecuado, una curación total.

A continuación, el autor expone la intervención de la hipertrofia congénita del píloro y finaliza su trabajo afirmando que, generalmente, el éxito es notable durante las intervenciones, y satisface al enfermo, a los familiares y al médico, ya que, como se ha indicado antes, nos encontramos ante el caso de un niño desnutrido, con un peso muy inferior al que le corresponde, con una gran intolerancia a los alimentos y un cuadro alarmante en todos los sentidos.

Contesta a este trabajo el Dr. Agra Cadarso, quien afirma que el rigor científico que debe presidir estas reuniones que anteriormente anunciábamos impone señalar en la comunicación del Dr. Garrido-Lestache la existencia de una serie de datos, con los que no está de acuerdo, así como la ausencia de otros que considera fundamentales.

Va exponiendo algunos puntos discrepantes, así como también lo afirma el Dr. Blas Taracena del Piñal. (Nota del Editor: Creo que no era muy frecuente en esta época contestar de una forma tan escueta y científica al ponente.)

El Dr. García Andrade, de Madrid, expone su experiencia sobre «Hernia estrangulada en el recién nacido».

Comienza su trabajo afirmando que el periodo neonatal, en sentido estricto, es corto: en toda su amplitud dura hasta la sexta semana, según el criterio de Arce, pues hasta entonces perduran unas especiales condiciones inmunológicas. Por tanto, no se incluyeron en esta comunicación casos de más avanzada edad.

En la revisión de 936 fichas de recién nacidos de su casuística, solamente encontró 11 casos de hernia estrangulada, todos ellos de tipo inguinal. No halló estrangulación en sus casos de hernia umbilical y, aunque es necesaria la intervención quirúrgica antes del tercer día en los casos de aplasia umbilical, no se consideran éstos dentro del grupo de hernia estrangulada.

El autor resalta en su trabajo que en estos recién nacidos examinados (457 niños y 479 niñas) encontró todas las hernias inguinales en los varones.

La frecuencia de estrangulación decrece con la edad: es de 3 en los 6 primeros meses, de 1 desde a los 6-12 meses y de 1 en el segundo año. La evolución del conducto vaginoperitoneal tiene una relación estrechísima con la hernia. Estas hernias son congénitas en un solo sentido: en el de la persistencia total o parcial del conducto, pero no es congénita la existencia de las asas en el saco.

De sus 11 casos, 9 fueron operados. Los otros 2 pacientes murieron, después de negarse la familia a que se realizara la intervención: 1 a las 24 horas y el otro a las 36 horas. En el resto de los casos no había ninguna hernia adquirida, pues en los 9 se encontró permeable el conducto peritoneovaginal: en 6 una persistencia total y en los otros 3 una persistencia parcial; por tanto, eran hernias funiculares.

El autor consideró necesario el uso de braguero en los lactantes, ya que se evita la posibilidad de estrangulación, y aunque se ha hablado de la producción de atrofia muscular, eczemas, etc., con el solo efecto de prevenir tan grave peligro, la indicación es clara; aún más, aunque no cure la hernia, da tiempo a que el conducto peritoneovaginal se cierre, ya que en un 50% de los casos el canal permanece abierto al nacimiento. Una gran parte de estas aberturas no dan lugar a nada por ser pequeñas, pero es posible su cierre; además, es la única profilaxis de la estrangulación, y se puede esperar a que el niño se encuentre en mejores condiciones quirúrgicas.

En los casos de estrangulación, el diagnóstico podrá ser dificultoso en los primeros momentos, pero no tarda en establecerse el cuadro completo: facies peritoneal, vómitos, meteorismo, hipotermia, pulso pequeño depresible, decaimiento rápido del estado general, etc. El tumor herniario se hace irreducible, doloroso y se enrojece con un tinte ligeramente violáceo.

De esta forma, en los 9 casos operados hubo 2 muertes, una por bronconeumonía, a las 48 horas, y otra por *shock* operatorio, ya que se trataba de una hernia gigante, con varias horas de estrangulación, y en las que se tuvo que esperar más de 10 minutos a que la coloración de las asas se normalizase. La dificultad de reducción hizo rebasar los 40 minutos en la intervención.

De nuevo en las intervenciones, el Dr. Agra Cadarso expone que no se puede ratificar que todos los casos de hernia inguinal se presenten en niños débiles.

Añade que para considerar el braguero preventivo de la estrangulación, como apunta el Dr. Andrade, éste deberá ser totalmente continente, cosa poco frecuente en la práctica; incluso se ha llegado a describir un caso, observado por el Dr. Agra, en que era precisamente el braguero el causante de la estrangulación.

El autor cree, además, desaconsejable el uso de cloroformo y del coñac; le parece mucho más adecuado el éter por su amplio margen de seguridad y por ser efectivo en grandes dosis de oxígeno, tan necesarias en el niño; lo utiliza en todos sus casos.

«El tratamiento quirúrgico de las anomalías anorrectales» es el trabajo que presenta el Dr. Juan G. Lestache Cabrera, de Madrid.

Comienza afirmando que son detenciones del desarrollo en el embrión de las 6-7 semanas, pues la mayoría de ellas recuerdan estadios normales embrionarios de este tiempo.

Para un estudio sistemático se puede adoptar la clasificación de Groos: tipo I, estenosis de ano; tipo II, ano imperforado; tipo III, atresia de ano, que varía según la altura a que se encuentra el fondo del saco ciego, y tipo IV, ano y parte de ampolla normales, pero con interrupción de la luz unos centímetros por arriba, donde termina ciegamente el intestino por encima.

Las fístulas coexisten en un 70% de los casos; en el niño se encuentran las variables vesical, uretral y perineal, y en la niña las variables vaginal, fosanavicular y perineal.

Una vez diagnosticada una atresia de ano, la conducta a seguir, según el autor, debe basarse en varias premisas fundamentales:

1. Proceder a una exploración sistemática y concienzuda del niño.
2. Obtener la máxima información sobre la existencia de fístulas.
3. La localización exacta del fondo de saco terminal del intestino es imprescindible.
4. Problema de la continencia de heces.
5. Tratamiento, que dependerá de los siguientes aspectos: a) si el fondo de saco terminal está a más de 2-3 cm de distancia; b) si existen fístulas vesical o uretral; c) si el fondo de saco está a una distancia menor a la que se indica, y d) si existen fístulas perineal, vaginal o de fosa navicular, en las que se aplica una técnica especial.

Por ello, el autor considera, al igual que Pellerin, que todo tratamiento quirúrgico de las malformaciones anorrectales debe basarse en los siguientes postulados:

1. Permitir una buena evacuación intestinal.
2. Suprimir radicalmente las fístulas.
3. Respetar al máximo los elementos constitutivos del arco reflejo esfinteriano.

Expone algunos datos de su casuística.

El Dr. Pedro García Gras, presenta «Problemas estomatológicos del recién nacido».

Después de agradecer al presidente la opción de presentar este trabajo en la Institución Municipal de Puericultura, el autor afirma que algunas veces el niño recién nacido da la sorpresa de presentar algún diente, generalmente los incisivos inferiores, anomalía que no tiene ninguna significación especial, y a la que antiguamente se le daba un sentido (sin ninguna base real, naturalmente), de que el porvenir le sería agradablemente grato y venturoso. En el año 1956, el autor realizó una primera estadística en un colegio de Madrid en el que había 200 escolares de 6-14 años de edad, de los que el 96% presentaba caries, otro 2% necesitaba los cuidados del estomatólogo, y otro 2% tenía la boca sana.

Pretendía presentar este problema desde el doble punto de vista de la puericultura y de la estomatología.

El capítulo de la estomatitis y la glositis ya es más extenso, por su frecuencia y por las variedades que se presenta: desde la estomatitis catarral simple y la impetiginosa herpética, aftosa, ulceromembranosa, etc., hasta el noma gravísimo.

El autor continúa diciendo que el recién nacido, por un lado, ya tiene unas coronas de dientes de leche calcificados que van a hacer su erupción muy pronto, empujados por el crecimiento de sus raíces, otras coronas de leche que están calcificándose, las coronas de los primeros molares permanentes que ahora han empezado a calcificarse, y tienen muy duros ya sus primeros prismas de esmalte, y los restantes folículos dentarios de los dientes permanentes que van a seguir su desarrollo, a costa de los alimentos que ahora reciben (de los materiales que le proporcionó su madre).

Por otra parte, la boca empieza a recibir microorganismos, lo que corrobora la importancia de la asepsia de la boca de estos niños, así como el riesgo que supone el exceso de hidratos de carbono, sobre todo si se mantiene el chupete con azúcar en la boca para hacer callar al niño, con lo que se produce un predominio inusitado de lactobacilos acidófilos y estreptococos acidúricos que fermentan los glúcidos, y al final ácido láctico y un descenso del pH de la boca hasta 5 o 4; con esta acidez, cuando los dientes hagan erupción serán rápidamente atacados; por ello, al autor le parece oportuno hacer hincapié en este punto, pues si acostumbramos al recién nacido al chupete con azúcar, el porvenir ya sabemos cuál va a ser: la destrucción de sus dientes.

El autor termina su trabajo exponiendo brevemente el tema de la melanodondia infantil, rara pero importante en esta época de los niños.

Para terminar, el Dr. B. Vilar-Sancho Altet, de Madrid, publica la «Oportunidad de intervención del labio leporino».

Comienza afirmando que, invitado por el Dr. Bosch Marín, va a presentar su experiencia sobre el tratamiento del labio leporino.

Continúa diciendo que el labio leporino simple, el labio leporino unilateral complicado completo, el labio leporino bilateral complicado completo, la fisura palatina y la fisura velopalatina son 5 denominaciones fundamentales de esta pragmática.

El primer problema que surge ante el pediatra en un caso de labio leporino, en cuanto al tratamiento del defecto, es sentar la oportunidad del momento de la intervención. Sobre este particular se ha discutido ampliamente, sin llegar a una unidad de criterio.

El Dr. Vilar-Sancho, siguiendo con ello la opinión de la escuela inglesa, adoptó la edad de 3-4 meses para la operación del labio, y de 1 año para la del paladar (figuras 1-4).

El autor considera que si el niño afectado de labio leporino requiere una especial atención por parte de la familia y del pediatra, es relativamente fácil, en general, que llegue en buenas condiciones a la edad que se considera óptima para la intervención, como anteriormente exponía (figuras 5 y 6).

La última razón esgrimida es la resistencia del recién nacido.

Con respecto a ello, no hará sino repetir lo que decía en su trabajo sobre el labio leporino, publicado en la revista *Cirugía*,



Figura 1



Figura 2

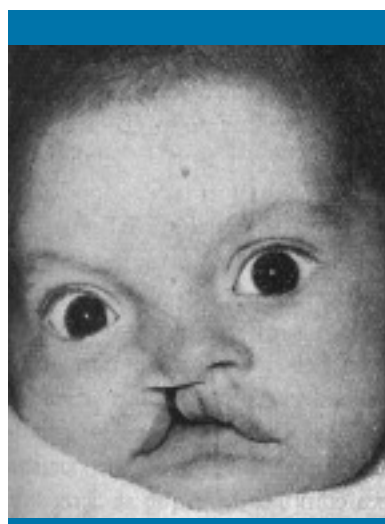


Figura 3



Figura 4



Figura 5

en marzo de 1955: «El parto presenta un traumatismo de tal índole que ningún adulto podría soportar sin sucumbir y, por tanto, una operación como la del labio leporino puede realizarse sin ningún riesgo en estos recién nacidos. Nada más lejos de la realidad. Esta lógica sofisticada nos llevaría, caso de seguirla, a los más descabellados errores». En su opinión, como ya expuso antes, fruto de la experiencia, cree que la edad más conveniente para operar la parte labial de un labio leporino complicado completo es la de 3-4 meses. Añadiéndose a esta edad, las dificultades técnicas de la anestesia y de la intervención en sí son mínimas.

El autor continúa hablando de que la intervención sobre la fisura palatina con la simple unión entre los bordes del defecto no es en absoluto un error; son muchos más los defectos de un paladar hendido que los que aparentemente se observan, y a todos ellos hay que poner remedio si queremos que una de las más nobles funciones del hombre, el habla, no se vea seriamente entorpecida.

Con este último trabajo se expone el número monográfico (cosa poco frecuente en esta época de la pediatría) sobre cirugía infantil para conocimiento de los pediatras generales.



Figura 6

Esta sección de *Hace 50 años* dedicada a la cirugía, con técnicas que para entonces eran nuevas, me hace pensar en la frase del célebre poeta trágico alemán del siglo XVIII, F. Schiller: «Todo lo nuevo, incluso la felicidad, causa espanto». ■