

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

AÑO XVI ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 186**SUMARIO DEL NÚMERO DE JUNIO DE 1958****FIGURAS DE LA PEDIATRÍA***El doctor Jaime de Cárdenas, de Madrid***ARTÍCULOS ORIGINALES***Trabajos doctrinales y casos clínicos*

La neumonía intersticial de células plasmáticas de los prematuros, por el doctor F. Prandi Farrás

Morbilidad y mortalidad en la edad preescolar, por los doctores J.A. de Paz Garnelo y J.I. Martín Pérez

Tres casos de bloqueo completo auriculoventricular, por el doctor F. Collado Otero

Síndrome pielonefrítico en el niño pequeño, por el doctor Sáinz de los Terreros y Amézaga

Actualidad pediátrica, por el doctor Gómez-Pedreira

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba los siguientes trabajos en el mes de junio. El primero de ellos, realizado por el Dr. F. Prandi Farrás, trataba sobre «La neumonía intersticial de células plasmáticas de los prematuros», y a continuación los Dres. José Antonio de Paz Garnelo y Juan Ignacio Martín Pérez publicaron una extensa revisión sobre «Morbilidad y mortalidad en la edad preescolar». Seguidamente, el Dr. Federico Collado Otero presentaba «Tres casos de bloqueo auriculoventricular», para terminar con un magistral trabajo, como era costumbre en él, del Dr. Carlos Sáinz de los Terreros y Amézaga sobre «síndrome pielonefrítico en el niño pequeño».

En el primer trabajo, «La neumonía intersticial de células plasmáticas de los prematuros», el Dr. Prandi comienza con la definición, afirmando que es una afección pulmonar caracterizada principalmente por una infiltración monocitaria del intersticio y un edema intraalveolar de los pulmones. Aparece en lactantes débiles o prematuros, más raramente en niños eutróficos, generalmente de 1-4 meses de edad, y habitualmente en forma epidémica en hospitales o asilos. Clínicamente, se caracteriza por un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda que aumenta de manera progresiva, sin que se detecten signos patológicos en la exploración física ni fiebre elevada. La radiología es típica, con coexistencia de sombreado difuso de los campos pulmonares y enfisema de bases, y hay signos de sobrecarga derecha en el electrocardiograma. El tratamiento es exclusivamente sintomático, y su etiología más admisible es la infecciosa.

Continúa analizando la historia afirmando que, en 1927, Feyrter describe casos de hepatización pulmonar blanquecina semejantes a la «neumonía alba», observada en la lúes congénita, en lactantes en que había sido imposible demostrar lúes de los niños o de sus madres. El autor prosigue con la inclusión de diversas citas internacionales.

En cuanto a la anatomía patológica, microscópicamente, los pulmones aparecen densificados casi en toda su extensión, aunque en las porciones corticales se observa cierta tumefacción por enfisema, e incluso vesículas de enfisema. Puede haber también enfisema mediastínico o subcutáneo, o incluso neumotórax secundarios a la rotura de alguna vesícula. En el corte, la superficie pulmonar es consistente, algo granulosa. Habitualmente no hay alteraciones de las vías respiratorias, y puede observarse cierto infarto de las adenopatías hiliares así como, en algunas ocasiones, del bazo.

En cuanto a la etiología, hay múltiples teorías. Entre ellas cita las siguientes:

- Virus de la neumonía intersticial.
- *Pneumocystis carinii*.
- Hongos.
- Diversos agentes infecciosos.

Existen otras teorías etiopatogénicas, como la neumonía por aspiración, la reacción alérgica, el raquitismo, la anemia del prematuro, etc.

El autor continúa con la clínica y el laboratorio, resumiendo que «la neumonía intersticial de células plasmáticas de los prematuros» es una afección pulmonar caracterizada principalmente por una infiltración monocitaria del intersticio y un edema intraalveolar de los pulmones. Aparece en lactantes débiles o prematuros, más raramente en niños eutróficos, en general de 1-4 meses de edad, y a menudo en forma epidémica en hospitales o asilos.

Clínicamente, se caracteriza por un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda que aumenta de manera progresiva sin que



Figura 1

haya signos patológicos en la exploración física ni fiebre elevada. La radiología es típica, con coexistencia si hay signos de sobrecarga derecha en el electrocardiograma.

El tratamiento es exclusivamente sintomático y su etiología más admisible es la infecciosa.

El segundo trabajo, una excelente revisión sobre «Morbilidad y mortalidad en la edad preescolar», corre a cargo de los Dres. José Antonio de Paz Garnelo y Juan Ignacio Martín Pérez.

La disminución de la mortalidad infantil es, como afirma Bosch Marín, el fenómeno sanitario más destacable en los últimos años en España, y el gráfico que incluye, más elocuente que las palabras, lo demuestra.

Los autores continúan describiendo las características en la edad escolar, en cuyo párrafo especifican:

1. Características somáticas.
2. Características funcionales.
3. Características inmunobiológicas.

En cuanto a la morbilidad, se refieren a la estadística del Servicio Epidemiológico Central del año 1950, en la que se constatan los datos sobre la morbilidad, la mortalidad y la letalidad en ese año, de las enfermedades de declaración obligatoria en España, enumerando por frecuencia las siguientes: sarampión, escarlatina, difteria, enfermedades del aparato respiratorio, tuberculosis, meningitis cerebrospinal epidémica, fiebre tifoidea, poliomielitis, reumatismo poliarticular, etc.

Los autores prosiguen con la mortalidad infantil, reflejada en los siguientes gráficos (figuras 1-3). Terminan su trabajo subrayando la importancia que tienen las diferentes instituciones

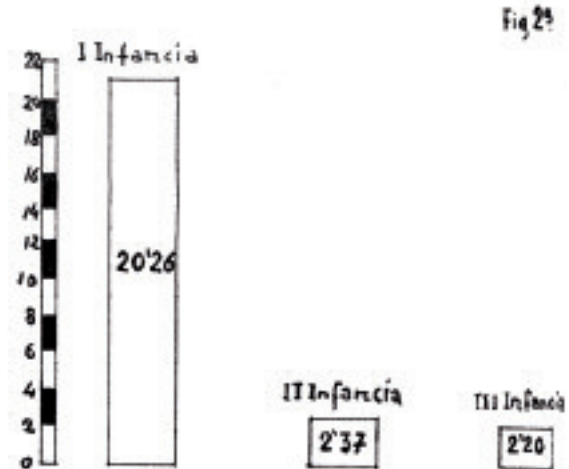


Figura 2

provinciales de puericultura, y resaltan la labor de la Dirección General de Sanidad, por mediación de la Jefatura Nacional de Puericultura. Facilitan unas 26 citas bibliográficas, nacionales e internacionales.

El tercer trabajo es fruto del Dr. Federico Collado Otero, entonces residente en Ávila, sobre «Tres casos de bloqueo completo auriculoventricular».

No intenta hacer una revisión de conjunto del problema, ni estudiar las bases fisiopatológicas de los trastornos de la con-

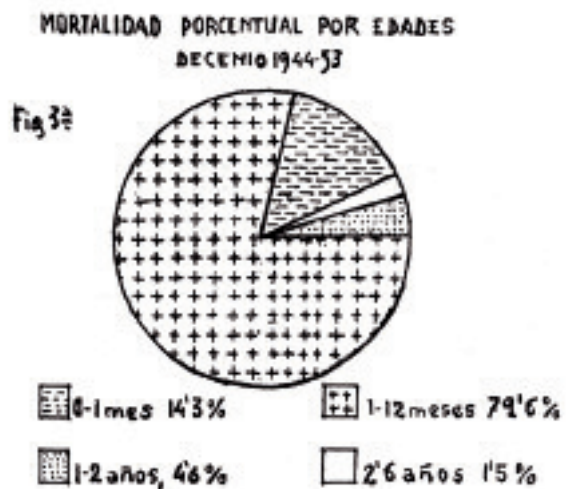


Figura 3

ducción auriculoventricular, sino que se limita a exponer sus casos como cree que deben presentarse a los alumnos. Esta manera de presentación ya ha sido comentada por el autor en un trabajo anterior, y consiste en hacer un diagnóstico diferencial a medida que se expone la historia clínica.

Con ello pretende hacer el diagnóstico más atractivo y sugestivo para el que escucha. No se oculta que tal método tiene algunos inconvenientes, pero las ventajas didácticas superan a las críticas que se puedan hacer a tal técnica de presentación de casos.

Presenta tres casos de bloqueo auriculoventricular, y en uno de ellos se pregunta cuál es la causa de este bloqueo:

- Por alteraciones orgánicas del sistema de conducción.
- Por alteraciones funcionales del sistema de conducción.

Resume el primer caso desde el punto de vista clínico. Continúa con dos casos más, comentando cada uno de ellos de una forma pormenorizada.

Este número de junio termina con la revisión completa del «Síndrome pielonefrítico en el niño pequeño», por parte del Dr. C. Sáinz de los Terreros Amézaga, como señalábamos al principio de esta sección.

El autor comienza su exposición anunciando que tal vez este concepto no responda enteramente a un cuadro nosológico y definido (por ello se denomina síndrome), pero es respuesta exacta a una entidad clínica evidente, real, relativamente frecuente y casi siempre complicada, nada rara en el niño, cuanto más pequeño más predispuesto, y que si no se busca y se piensa en él, pasa inadvertido en otros diagnósticos imprecisos, vagos o falsos.

Las infecciones del sistema urinario son muy frecuentes en los niños, particularmente los lactantes, que adquieren características muy especiales (Vidal Jordana) y, a su juicio, las pielitis específicamente que, junto con las otitis, forman los dos procesos infecciosos focales que todo pediatra debe tener siempre en cuenta.

La exploración urinaria debe ser normal, absoluta, en los casos en que persista una fiebre más o menos alta durante unos días (especialmente por la mañana), o cuando no se explique satisfactoriamente con otros datos de exploración clínica y las habituales medidas complementarias. Por tanto, hay que ser cautos en el diagnóstico de las gripes infantiles, no pocas veces cajón de sastre que engloba nuestra propia ignorancia; por el contrario, otras son causa inicial de estos síndromes pielonefríticos, que no pueden olvidarse en los diagnósticos diferenciales más o menos oscuros. El autor concreta las siguientes:

- La frecuencia del proceso (puede darse en el 1-2% del total de pacientes de una consulta pública).
- El carácter de foco local, con participación general.
- Su especial determinismo.
- El carácter genuino del proceso.

- Las características propias en la edad infantil justifican el conocimiento y la divulgación del tema, útiles para el pediatra y el urólogo, diríamos que a partes iguales.

En cuanto a la etiología, estos síndromes pielonefríticos son casi siempre concomitantes o secundarios a los más variados procesos infecciosos viriásicos, que, por otra parte, engloban la casi totalidad de la actual patología infantil, en fase de revisión.

En las faringitis, amigdalitis agudas o crónicas, rinitis sépticas, difteria, otitis agudas o latentes, procesos neumónicos o neumoníticos, erupciones tipo sarampión, escarlatina, rubéola, quinta enfermedad... procesos intestinales, sin olvidar el cuadro clásico de los englobados como síndromes enterorrenales según la pediatría francesa, enfermedad tifoidea, gripes intestinales, las estafilodermias ya clásicamente valoradas y, en general, en cualquiera de los procesos febriles agudos infantiles, se puede presentar un cuadro clínico pielonefrítico, cuya clínica se definirá más adelante.

Pueden mencionarse las siguientes causas predisponentes:

- Ciertas constituciones y diátesis, exudativa...
- Fragilidad renal familiar.
- Pequeñas malformaciones del tracto urinario.
- Infarto úrico del recién nacido, relativamente frecuente.

En cuanto a la clasificación etiológica el autor establece la siguiente:

- Pielonefritis concomitantes.
- Pielonefritis agudas, generalmente primarias.
- Pielonefritis recidivantes.

El autor desarrolla a continuación los mecanismos de infección, y posteriormente la clínica, que a su juicio es la fiebre no clasificada, irregular, de tipo accesional, con bruscas oscilaciones que recuerdan a las fiebres sépticas, ganchos de 39-40°, con bruscas remisiones, incluso con claras hipotermias consecutivas, típicas del colibacilo, sin ninguna participación cardial.

En los niños pequeños llama la atención la presencia de manchas y el color de los pañales que observan las madres o cuidadoras, así como el olor, *sui generis*, otras veces.

Hay que realizar un diagnóstico diferencial de todo lo expuesto, y como resumen el autor afirma que cualquier proceso febril, que no corresponda enteramente a un cuadro clínico definido, tanto de origen general como focal o febricular, con caracteres recidivantes, así como las alteraciones nutritivas no bien catalogadas, requerirán siempre el estudio del aparato urinario para buscar la posibilidad del foco pielítico en el niño, con tantas más probabilidades de acierto cuanto más pequeño sea, y con más frecuencia aún si acaba de pasar algún proceso infeccioso reciente de la naturaleza que fuere.

El autor pasa a continuación a desarrollar el capítulo de evolución y pronóstico, para finalizar con el tratamiento, en el cual da gran importancia al abrigo de las piernas y los pies, a la ingestión de bebidas frías, especialmente entre horas, en los tiempos de «cocas, gaseosas y cervezas», que tiene el absoluto convencimiento de que son muy nocivas en el niño pequeño con un foco pielonefrítico o procesos intestinales crónicos.

El régimen alimenticio, en general, no hay por qué variarlo; en cambio, sí nos decidimos por el uso, durante una temporada, del agua previamente hervida o del empleo de un agua mineral de mesa. Ésta la dejamos, en general, a la propia elección de cada familia o al propio gusto del niño.

Prohíbe los helados y advierte que se tenga cuidado con las neveras, donde el hielo es otro de los objetivos infantiles que nos causa no raros desaguisados.

Asimismo, niega en absoluto la autorización para los baños en piscinas y ríos, y no pocas veces en determinadas playas.

Los días del azúcar, como recomendaba Glanzman, le han dado excelentes resultados, según propia confesión del Dr. Sáinz de los Terreros. Al parecer, el mecanismo es el de un verdadero lavado de riñón y aconseja el empleo de cualquier azúcar destilado, aproximadamente al 15%, con cantidad total de 10 g/kg de peso, en diluciones muy variadas: agua de té, zumos de frutas, mucílago de arroz, o aguas minerales diuréticas propias de cada país. La cantidad total de líquido puede llegar hasta 1 L en lactantes, y hasta el doble pasada esta etapa. Se insiste mucho en la acción protectora que sobre el aparato urinario ejerce la dieta del azúcar y su claro efecto antitóxico y sobre el estado general.

El ponente recomienda a continuación algunos tratamientos antibióticos, como sulfamidas, penicilina, estreptomina, tetracinas, clomicetina y una terapéutica que en tal sentido concreta:

- Una correcta alimentación es imprescindible, con aporte calórico suficiente y presencia de los llamados alimentos complementarios en la dieta.

- El aporte mineral y vitamínico correspondiente a cada edad y caso. Se inclina hacia el primero más que al segundo, pero no duda en utilizar dosis grandes de vitamina C, incluso hasta de 200 mg diarios, por vía oral o inyectables.
- Protectores de las mucosas, en estos casos la vitamina A, en soluciones hidrosolubles, si es posible.
- Elevadores de la inmunidad general con el empleo de las fracciones globulínicas del plasma, que en el mercado está disponible en forma de inmunogammaglobulina (p. ej., una ampolla semanal).
- Productos como la glucosa, que aumentan los índices calóricos y el índice nutritivo general.
- Los clásicos preparados derivados del ácido láctico con su íntima relación con la flora intestinal y, a su vez, protectores de los efectos del antibiótico.
- La proteinoterapia inespecífica como estimulante de la capacidad defensiva del reticuloendotelio, aislada o asociada a antibióticos.
- En los casos más extremos, las pequeñas transfusiones de sangre o plasma como vectores de anticuerpos.
- Los derivados del ácido fólico y los aminoácidos, imprescindibles en procesos de cierta cronicidad.
- El régimen general higiénico de cuidado, ventilación, cubicación y profilaxis específica de reinfecciones.

En este número podemos observar diferentes —y en mi opinión profundos— trabajos que realizaron nuestros predecesores.

Aquí, siguiendo al dramaturgo inglés del siglo XVIII, A. Murphy, se podría aplicar a los médicos la siguiente frase: «Si podéis curar, curad; si no podéis curar, calmad; y si no podéis calmar, consolad».

En estos trabajos hemos visto los procesos que pueden curarse o calmarse y otros en que los pacientes sólo pueden recibir consuelo. ■