

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

AÑO XXIII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 262

SUMARIO DEL NÚMERO DE FEBRERO DE 1965

FIGURA DE LA PEDIATRÍA

El profesor Manuel Cruz Hernández

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Tratamiento de las infecciones víricas, por el doctor Óscar Valtueña

Enanismo y encondromas, por el doctor Ángel Peralta Serrano

Eficacia del *Lactarium* de la Escuela de Puericultura de Valencia, por el doctor José Selfa

La feneticilina en las infecciones infantiles de vías aéreas superiores, por los doctores Escribano Albarrán y Crespo-Hernández

Etiología, patogenia y fisiopatología de la otitis media del lactante, por el doctor Bernardo Pérez Moreno

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicó, en el mes de febrero de 1965, diversos trabajos y notas clínicas originales.

El primero de ellos se debió al Dr. Óscar Valtueña, de Madrid, sobre «Tratamiento de las infecciones víricas». A continuación el Dr. Ángel Peralta Serrano presentó una nota clínica sobre «Enanismo y encondromas», y el Dr. José Selfa, de Valencia, realizó un repaso sobre «Eficacia del *Lactarium* de la Escuela de Puericultura de esa ciudad». Los Dres. Escribano y Crespo-Hernández, de Salamanca, describieron su experiencia sobre «La feneticilina en las infecciones infantiles de vías aéreas superiores», y el Dr. Bernardo Pérez Moreno presentó su trabajo sobre «Etiología, patogenia y fisiopatología de la otitis media del lactante».

La figura del mes estuvo dedicada al Prof. Dr. Manuel Cruz Hernández, Catedrático de Pediatría de Barcelona.

En el primer trabajo, «Tratamiento de las infecciones víricas», el Dr. Valtueña comenzó hablando sobre los corticoides en la infección vírica, para afirmar que estos fármacos disminuyen la resistencia o agravan y complican el curso evolutivo de diversas virusis (varicela, sarampión, hepatitis, parotiditis, neumonía, etc.), tratando de explicar este efecto contraproducente por el biológicamente demostrado efecto inhibitor que estos preparados hormonales son capaces de ejercer sobre la producción de la sustancia antivírica interferón.

Los principales resultados de los estudios relativos a las lesiones de las enfermedades virásicas son, en resumen, los siguientes:

- El efecto esencial de los virus es una acción de destrucción celular o, por lo menos, de alteración, que acarrea una pérdida de función definitiva, o provisional si las alteraciones

son reversibles o si la destrucción puede ser compensada por una regeneración importante.

- Habitualmente, se producen fenómenos inflamatorios secundarios a la destrucción celular.
- No es raro que las lesiones de origen virásico sean asiento de una infección secundaria por gérmenes figurados.

El autor intenta en esta publicación buscar fármacos eficaces a las infecciones víricas, y afirma que, teniendo en cuenta la ineficacia de los antibióticos en estas infecciones, hecha abstracción de las infecciones microbianas secundarias, así como la casi total ausencia de medicamentos que puedan ser de utilidad en su tratamiento, unido a su frecuencia cada vez mayor y su gravedad estadísticamente significativa, es necesaria la búsqueda de nuevos fármacos que puedan ser de utilidad en las infecciones víricas.

En el apartado de material y métodos aduce que, partiendo de las pirazolonas y pirazolidinas, representantes genéricos de este grupo de fármacos, y trabajando con sus derivados, Stenzl logró en 1941 la síntesis de la fenilbutazona, considerando su hallazgo como una combinación con nuevas propiedades farmacológicas y clínicas.

El Dr. Valtueña va explicando las propiedades de esta medicación y expone, para terminar, que de los 87 niños susceptibles de padecer la varicela, recomendó la administración de hidroxifenilbutazona sólo a los que hubiesen cumplido 7 años de edad, para lo cual separó a 33 niños de este grupo.

Termina el artículo con los siguientes resultados:

1. Ninguno de los niños del grupo que tomó hidroxifenilbutazona padeció una forma más grave de varicela diferente de la habitual en esta endemia, muy benigna y en muy pocas oca-

siones con más sintomatología que la erupción varicelosa (tos, fiebre de 37-38 °C, vómitos, etc.).

2. No se constató la aparición de efectos secundarios de ninguna clase.
3. La enorme complejidad de las circunstancias concomitantes le impidió realizar estudios con suficiente valor estadístico buscando comparaciones entre distintos tratamientos, como en un principio fue su deseo. Tales circunstancias pueden resumirse en educación y clase social de los padres, multiplicidad al margen de todo análisis de los tratamientos administrados y benignidad de la epidemia.

Acaba este trabajo con unos comentarios del autor, en los que afirma que aunque no es posible sacar conclusiones definitivas con los pocos casos estudiados y es necesario tener en cuenta otros muchos factores, como el racial, la virulencia de la epidemia, etc., esta serie admite, aunque no sea más que en conjunto, una comparación con las que se ocupan de la evolución de la varicela en niños sometidos a tratamiento con corticoides, para admitir, a título provisional y a modo de conjeturas, que la hidroxifenilbutazona no interviene interfiriendo el mecanismo de defensa antivírica del interferón.

Si se revisa la acción de la hidroxifenilbutazona frente a las lesiones que constituyen el sustrato de las infecciones víricas, tratando de relacionar sus acciones, como anteriormente se hizo con los corticoides, y aunque sólo sea como hipótesis de trabajo, se pueden considerar las siguientes:

- Alteración celular: la hidroxifenilbutazona no parece producir, en principio y clínicamente, una inhibición del mecanismo de defensa del interferón.
- Fenómenos inflamatorios secundarios: la hidroxifenilbutazona es antiflogística.
- Infección secundaria: la hidroxifenilbutazona no modifica el título de anticuerpos y tiene un efecto antipirético.

Con ello se pone de manifiesto la ausencia de efectos indeseables frente a los corticoides en el tratamiento de las infecciones víricas tan corrientes en pediatría, cuyas manifestaciones clínicas, cada día más frecuentes por mejor conocidas, inducen al empleo sistemático de un antiflogístico.

En efecto, los estudios radiológicos sistemáticos de los pulmones —por ejemplo, en el curso de infecciones, como el sarampión, la gripe, las infecciones por el virus ECHO, APC, Coxsackie, tos ferina, etc.—, llevados a cabo recientemente (1965) por Kohn et al., han mostrado la enorme frecuencia (80%) en los niños de la discordancia entre las imágenes radiológicas y los signos funcionales, característica que constituye el aspecto habitual de las neumopatías de origen vírico, con frecuencia asiento de infecciones secundarias por gérmenes figurados.

Por todo ello, con toda la prudencia y ponderación con la que el autor busca enjuiciar un proceder terapéutico, estima que la hidroxifenilbutazona constituye un medicamento interesante que merece un estudio como tratamiento de las infecciones víricas.

Figura 1



Resumiendo, en este trabajo se estudian comparativamente los corticoides y la hidroxifenilbutazona como terapia de las infecciones víricas, y se analizan los resultados obtenidos con la hidroxifenilbutazona en unos pocos casos de varicela infantil.

En el segundo trabajo, «Enanismo y encondromas», a cargo del Dr. Ángel Peralta Serrano, de Madrid, el autor entiende por nanismo congénito el que aparece desde el parto de un recién nacido a término. Es un tipo de nanismo poco admitido por los internistas, pero es una evidencia pediátrica y, por tanto, había que procurar difundir su conocimiento. Si además, como acontece en su observación, se asocia a la presencia de encondromas de las extremidades superiores, su comunicación reviste mayor interés. El caso que presenta el autor padece un nanismo de todo el cuerpo, pero más pronunciado en las extremidades superiores, concretamente en las manos (figura 1).

La observación clínica comienza con el motivo de la consulta. Se trata de una niña de 14 años de edad, cuyos padres la encuentran más pequeña que las niñas de su edad. Ha tenido dos fracturas en el brazo derecho y, además, sus manos son muy pequeñas. En el colegio, al que asiste desde los 5 años, su progreso es muy deficiente.

El Dr. Peralta Serrano, tras realizar una detenida exploración física (figuras 2-5), continúa con una serie de comentarios acerca del caso. La encondromatosis es enfermedad pediátrica rara. En una revisión realizada por Crespi y Moretti, desde 1889 a 1957, se encuentran 200 casos de discondroplasia. La enfermedad de Ollier afecta a la mitad del cuerpo o a un solo miembro, cuyo crecimiento permanece retrasado. El síndrome de Mafucci consiste en la presentación de encondromas generalizados y hemangiomas cutáneos, que si se distribuyen unilateralmente y hay hemiatrofia sugieren una posible génesis nerviosa de la enfermedad.



Figura 2



Figura 4



Figura 3



Figura 5. *Hueso límite entre cartilago y hueso*

El encondroma es un tumor óseo benigno que crece en el interior del hueso y está formado por tejido cartilaginoso maduro. Por ser de crecimiento muy lento, el encondroma se detecta muchas veces por casualidad, cuando por motivo de una fractura se toma una radiografía y se descubre la zona o zonas de osteolisis.

Respecto a su localización, existe una condromatosis múltiple de las manos y los pies (tumores cartilaginosos múltiples, encondromas o «displasia condromatosa de los huesos» de Kienbok), y otra de los demás huesos, sin la participación (o solamente muy pequeña) de los anteriores. Los condromas aislados asientan con preferencia en los pequeños huesos de las manos y los pies, las costillas, los cuerpos de las vértebras y el esternón. Casi siempre se afecta una región del esqueleto donde existen muchas articulaciones y superficies articulares.

Suele aparecer a los 20-30 años de edad. Su crecimiento es muy lento, de tal forma que es necesario el transcurso de muchos años para que aparezcan síntomas clínicos. En los huesos de las manos, los condromas asientan a veces en la corteza diafisaria, pero su localización más frecuente es la zona diafisaria. Según Geshhickter y Copeland, el encondroma es el tumor central que se localiza con mayor frecuencia en el esternón.

El encondroma crece lentamente, se hincha y se hace vesicular o tuberculoso; es indoloro, y cuando de modo súbito se hace doloroso y crece con mayor rapidez, hay que pensar en la posibilidad de que se esté produciendo una malignización del tumor. También puede haber dolor cuando el tumor al crecer comprime los vasos o los nervios, y sin embargo no hay transformación maligna. Si el tumor está próximo a las articulaciones, puede provocar trastornos de la movilidad articular.

Otras veces, el primer síntoma de un encondroma es la presentación de una fractura, que se detecta mediante el estudio radiológico.

Si afecta a las extremidades superiores, es frecuente encontrar un crecimiento lento en los dedos. Otras veces, lo primero que llama la atención es la deformidad del brazo.

Es fácil poner de manifiesto las discrepancias en la longitud de los miembros en los casos avanzados, por lo que es frecuente que aparezca una escoliosis compensadora; al acortamiento se une, a veces, una incurvación brusca de los huesos en las metáfisis, dando lugar a la deformación de las articulaciones próximas (genu varo o valgo, pie varo, cúbito valgo).

El cúbito valgo presente en esta paciente se debe, sin duda, a los trastornos provocados por los condromas de la extremidad superior derecha.

El estudio radiológico muestra un mayor número de huesos afectados que los detectados en el examen clínico y físico. Hay un área de osteolisis localizada preferentemente en la zona metafisaria, y en la radiografía se observan zonas radiotransparentes entremezcladas con uno o varios septos, en dirección al eje del hueso. Las zonas claras corresponden al cartílago y los septos a las trabéculas óseas. En las falanges y los huesos metacarpianos y metatarsianos, la lesión encondral se manifiesta por zonas redondeadas de rarefacción, delimitadas en parte por una zona marginal de radioopacidad. A veces, hay zonas más densas que corresponden al cartílago calcificado. En algunas ocasiones se produce una reacción periosteal debido a que el crecimiento del tumor rompe la cortical y se insufla el periostio; se extiende una vez traspasado el periostio, pero de modo continuo, sin infiltrarse entre los tejidos adyacentes al hueso.

El aspecto macroscópico del tumor es de color blanquecino y brillante, y tiene la elasticidad consistente del cartílago. Cuando se observa el tumor entero, se aprecia la distribución lobulada del cartílago. En algunas zonas puede aparecer más blando o con una consistencia gelatinosa, correspondiendo a zonas de transformación mixoide por degeneración de la sustancia fundamental. También se pueden observar zonas amarillentas o grisáceas de consistencia ósea por calcificación u osificación en el seno del tejido conjuntivo.

Microscópicamente, el encondroma está formado por cartílago hialino, y los lóbulos están separados por tabiques de tejido conjuntivo fibroso, a lo largo de los cuales discurren los vasos nutricios. La celularidad del encondroma es variable; en algunos casos, ésta es escasa; hay pocas células cartilaginosas y los núcleos son pequeños, siendo la sustancia hialina intersticial muy abundante. Por el contrario, otras veces la sustancia intersticial es menos abundante y son más frecuentes las células cartilaginosas. Generalmente, los encondromas múltiples son más celulares que los solitarios. La aparición de núcleos grandes, gruesos y redondos e hiper cromáticos es un signo de malignización hacia el condrosarcoma. Según Jaffe,

el 50% de los encondromas múltiples sufren una transformación maligna.

El tratamiento principal es la resección quirúrgica del tumor mediante raspado, y el subsiguiente relleno con hueso esponjoso del propio enfermo o del banco de huesos. No se aconseja realizar radioterapia previa ni postoperatoria. Cuando el encondroma asienta en zonas no asequeables, sólo se puede realizar radioterapia, que provoca la calcificación del tumor; sin embargo, debemos de hacer constar que la radioterapia puede inducir la transformación maligna del tumor.

El autor realiza un interesante resumen de su trabajo, en el que afirma que se presenta un caso de nanismo esencial disarmonico, cuyo motivo de consulta fue prácticamente el nanismo, y de modo accidental, se descubrieron encondromas limitados a la extremidad superior derecha. Se hace un estudio histopatológico y radiológico. Se hacen consideraciones acerca de la posible unidad etiológica del nanismo y los encondromas y se recuerda la posibilidad de encuadrar este nanismo en el grupo de Rossier, denominado nanismo genotípico «con cara de pájaro» (discefalia con cara de pájaro, de Fraçoise). Hellner insiste en el carácter genotípico de los encondromas. Se hace un estudio cromosómico y se descarta la presencia de anomalías cromosómicas. Se lleva a cabo un tratamiento conservador y se recomienda la vigilancia periódica de la paciente. Se constata una inmadurez bioeléctrica cerebral y un discreto retraso mental.

A continuación, el Dr. José Selfa realiza una exhaustiva revisión sobre la «Eficacia del *Lactarium* de la Escuela de Puericultura de Valencia». Afirma que es un centro de lactodonantes externas, con una organización capaz de recoger diariamente esta leche, ya sea de los centros de recogida o del propio domicilio de la lactodonante, asegurando el control de la leche, su conservación y distribución. Consta de las siguientes secciones:

1. Centros de recogida de leche.
2. Control de la leche en el laboratorio del *lactarium*.
3. Conservación.
4. Salida y distribución de la leche.

Para terminar este número, los Dres. Escribano Albarrán y Crespo-Hernández, profesores ayudantes de clases prácticas del catedrático de Salamanca, el profesor Dr. Ernesto Sánchez Villares, reflejan su experiencia sobre «La feneticilina (Bendralán) en las infecciones infantiles de las vías aéreas superiores».

Los autores comienzan afirmando que las infecciones agudas del aparato respiratorio representan, sin duda, el motivo más frecuente de consulta en la clínica infantil. Ésta es la razón de que los autores hayan escogido estas infecciones para ensayar la eficacia terapéutica de un nuevo preparado: la alfa-fenoxi-etil-penicilina (Bendralán), ya que consideraban de interés constatar su utilidad en situaciones con la posibilidad terapéutica de emplear otras sustancias también activas, pero a veces, de menos cómoda aplicación (inhalaición, aerosol, vía rectal, parenteral, etc.).

Pese al amplio campo de indicaciones del producto al que aluden los autores, el resultado de las observaciones que ahora dan a conocer se refiere concretamente a su administración en niños afectados de infecciones del *cavum* faríngeo, más concretamente de las amígdalas palatinas, si bien, como es conocido, al formular este diagnóstico se sobreentiende que en ocasiones el proceso afecta a los restantes elementos linfáticos del anillo de Waldeyer.

Se estudió a 92 niños de edades comprendidas entre 2 días y 8 años, con un ligero predominio de varones, procedentes de los servicios provinciales de higiene infantil, clínica universitaria de pediatría y puericultura y consultas privadas.

Ambos autores explican sus diversos resultados, para terminar con los siguientes comentarios:

1. Se ha realizado una valoración clínica del empleo de la alfa-fenoxil-etil-penicilina en un grupo de pacientes afectados de procesos infecciosos, localizados preferentemente en la intermediación de la formación linfática de Waldeyer.
2. Los pacientes tenían edades comprendidas entre 2 días y 8 años.
3. La respuesta ha sido favorable desde el punto de vista clínico, y llama la atención la buena evolución de los niños con amigdalitis pultáceas, que representan el 49,9% de su casuística.
4. La administración por vía oral de feneticilina (Bendralán), aún sometida al riesgo de olvido por parte de las madres, da ocasión a que los sectores sociales peor asistidos médicamente puedan, de manera regular y eficaz, beneficiarse de una antibioterapia útil en este tipo de afecciones.
5. A juicio de los autores, representa un elemento de importancia destacable el hecho de que al evitar el trauma de la aplicación intramuscular, con el riesgo de neuritis, abscesos, etc., se ahorre un importante trauma psicológico a los niños de esta edad.
6. Respecto a las reacciones a la penicilina —que, según Kagan (1964), las reduce del 25% que puede esperarse en los niños a un 0,2%—, sólo pueden aportar dos consideraciones: a) no han observado ni una sola reacción a la administración del medicamento (hecho que no tiene especial significado por la limitación de su casuística), y b) a su juicio, cabe destacar que un niño que había presentado con anterioridad reacciones de sensibilidad a la aplicación intramuscular de penicilina toleró perfectamente su administración.
7. Llamamos la atención que resulta más eficaz la alfa-fenoxi-etil-penicilina que otras penicilinas orales (penicilina V), al menos *in vitro*, frente a las estirpes de estafilococo áureo penicilín-resistente que tan destacado papel desempeña en la patología infantil de estos días (1965). Sin embargo, sobre este particular los autores carecen de experiencia personal.

El Dr. Bernardo Pérez Moreno continúa con el capítulo IV sobre «Etiología, patogenia y fisiopatología de la otitis media del lactante», y así finaliza, como anteriormente decíamos, este número de *Acta Pediátrica* del mes de febrero de 1965.

Ojalá se pueda pensar, cuando se lea esta sección, lo que decía Lord Byron, célebre poeta inglés del siglo XVIII: «Los buenos tiempos de antaño... todos los tiempos son buenos cuando son antiguos». Es nuestro deseo que esta sección, a la vez que antigua, siga pareciendo buena, como decía Byron. ■