

BOLETIN DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA

VOLUMEN V - JULIO, 1976 - N° 10



BOLETIN CIENTIFICO

CONTENIDO

	Págs.
Editorial	
La Retinografía como Método de Valoración de la Hipertensión Arterial en la Coartación de la Aorta .. Dr. César Castillo Mejía	3
Estudio Preliminar de los Recién Nacidos de alto riesgo del Hospital General de la Caja de Seguro Social. Programa de Atención Alto Riesgo	44
Dra. Doris E. Chorres Dra. María I. de Arias	
Manejo foniátrico quirúrgico de los Casos de Paladar Hendido	54
Dr. Rafael Ramírez Barría Dr. Alfonso Torres Galindo Sra. Norma de Espino	
Tratamiento de Elección en la Tricocefalosis	62
Dr. Siviardo De León B.	
Pediatría, Pubertad y Adolescencia	70
Dr. Carlos M. Sousa Lennox	
Síndrome de Potter	86
Dr. Ruben Villalaz Dra. Gloria Q. de Sánchez	
Noticias	92

Pura Leche Pura

A VITALAC sólo se le ha extraído el agua
y adicionado Vitamina "D" para
obtener una leche en polvo con toda su
riqueza natural. Todos en casa
necesitan VITALAC, fácil de preparar
y de gran valor nutritivo.

Vitalac

... es pura leche pura.





En Gerber nos dedicamos
al bienestar de su bebé.

Gerber

BOLETIN CIENTIFICO

SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA

VOLUMEN V - JULIO, 1976 - N° 10

Editor Director:

Dra. Doris E. Chorres

Editor Sub-Director:

Dr. Félix E. Ruiz

Editores:

Dra. Criseida de Owens

Dra. Leonor Olivares

Dr. José Gmo. Ros-zanet

Consejo Editorial:

Dr. Ricaurte Crespo V.

Presidente del Comité Científico
y Presidente del Capítulo de Panamá
de la Academia Americana de Pediatría

Dra. Hermelinda C. de Varela

Presidente del Comité de Revista

Oficina Editorial:

Sociedad Panameña de Pediatría

Apartado 7093

Panamá 5, Panamá

REGLAMENTACION PARA LAS PUBLICACIONES

1. El "Boletín Científico" es el Organó Oficial de la Sociedad Panameña de Pediatría.
2. Se publicarán dos números anuales que incluirán artículos de interés destinados, especialmente, a comunicar nuestras actividades en el campo de la Pediatría Panameña.
3. Los trabajos deben ser entregados a los Miembros del Comité de Editores personalmente, o por correo enviándolos al Apartado No. 7093, Panamá 5, República de Panamá.
4. Los trabajos que se considerarán para su publicación podrán ser el producto de:
 - a. Investigación básica
 - b. Experiencia clínica
 - c. Investigación clínica
 - d. Investigación bioestadística en relación con la Pediatría
 - e. Revisión bibliográfica de temas de actualidad.
5. Los artículos deberán estar escritos a máquina, en hojas tamaño carta, a doble espacio, con márgenes no menor de 2.5 centímetros y acompañados de dos copias.
6. Todo artículo deberá contar con lo siguiente:
 - a. Título del trabajo
 - b. Nombre y título del (de los) autor (es).
 - c. Introducción
 - d. Material y métodos
 - e. Resultados
 - f. Discusión
 - g. Resumen
 - h. Referencias. Numeradas por orden de aparición con las abreviaturas según el index medicus.
7. Las ilustraciones deberán presentarse en negro sobre papel blanco y serán reproducidas sin cargo; pero serán sufragadas por el autor si éste decide publicarlas a colores. Las fotografías en blanco y negro deberán estar en papel brillante. Todas las ilustraciones se deben numerar y llevarán cabeza y pie de figura.

El autor señalará, en el texto, la posición aproximada que deba ocupar la gráfica, cuadro, tabla o fotografía.
8. La aceptación o el rechazo de los artículos quedará a juicio del Comité de Editores.

CONTENIDO

Editorial

La Retinografía como Método de Valoración de la Hipertensión Arterial en la Coartación de la Aorta . . .	3
Dr. César Castillo Mejía	

Estudio Preliminar de los Recién Nacidos de alto riesgo del Hospital General de la Caja de Seguro Social. Programa de Atención Alto Riesgo	44
Dra. Doris E. Chorres	
Dra. María I. de Arias	

Manejo foniátrico quirúrgico de los Casos de Paladar Hendido	54
Dr. Rafael Ramírez Barría	
Dr. Alfonso Torres Galindo	
Sra. Norma de Espino	

Tratamiento de Elección en la Tricocefalosis	62
Dr. Siviardo De León B.	

Pediatría, Pubertad y Adolescencia	70
Dr. Carlos M. Sousa Lennox	

Síndrome de Potter	86
Dr. Rubén Villalaz	
Dra. Gloria Q. de Sánchez	

Noticias	92
--------------------	----

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA
1976 - 1977



MESA DIRECTIVA

Presidente:

Dr. FELIX E. RUIZ R.

Vice-Presidente:

Dr. LEONEL LUQUE

Secretario de Asuntos Internos:

Dr. RUBEN VILLALAZ

Secretario de Asuntos Externos:

Dra. LEONOR OLIVARES

Tesorero:

Dr. LUIS C. VEGA

Vocal:

Dr. ANTONIO SCHAW

Presidente Anterior:

Dr. RICAURTE CRESPO V.

MIEMBROS FUNDADORES

Dr. EDGARDO BURGOS	Dr. PEDRO MOSCOSO
Dra. HERMELINDA CAMBRA DE VARELA	Dr. PEDRO VASCO NUÑEZ
Dr. RICAURTE CRESPO V.	Dr. CARLOS SOUSA LENNOX
Dr. JOSE RENAN ESQUIVEL	Dr. JOAQUIN VALLARINO

MIEMBROS ACTIVOS

Dr. ABADI, ELIAS	Dr. MENDOZA, JUAN A.
Dr. ABDULNABY, MIGUEL	Dr. MORALES P., EDILBERTO
Dr. ARDINES, JULIAN	Dr. MOSCOSO, PEDRO
Dra. BARRAZA T., AMANDA DE	Dr. NAAR, HUMBERTO
Dr. BARRERA, EDGARDO	Dr. NUÑEZ, PEDRO VASCO
Dra. BATISTA, ARACELLY DE	Dra. OLIVARES, LEONOR
Dr. FRANCISCO BRAVO	Dra. OLMOS, GLADYS C. DE
Dr. CALVO, JOSE E.	Dra. OWENS, CRISEIDA DE
Dr. CASTILLO M., CESAR	Dr. PALAU C., MANUEL
Dr. CEDENO, FEDORA	Dr. PAREDES, JOSE A.
Dr. CORRO, DAGOBERTO	Dr. POVEDA, RODOLFO
Dr. COUTTE, ALBERTO	Dr. RAMOS, GREGORIO
Dr. CRESPO V., RICAURTE	Dr. REAL S., EDUARDO
Dr. CHEPOTE L., ALBERTO	Dr. RIVERA, JORGE
Dra. CHORRES, DORIS	Dr. ROS-ZANET, JOSE GUILLERMO
Dr. DE ARAUJO, HERONIDES	Dr. ROY, ELBA MARGARITA DE
Dr. DE LEON, SIVIARDO	Dr. RUIZ R., FELIX E.
Dr. DE OBALDIA, GUSTAVO	Dra. SANCHEZ, LIGIA
Dr. DIAZ G., ALBERTO A.	Dr. SALAMIN, GUSTAVO
Dr. DILLMAN, LUDWIG	Dr. SCHAW, ANTONIO
Dra. DODD, VILMA DE	Dra. SIU LOY, ROSA
Dr. ECHEVERS, ERNESTO	Dr. SOSA G., GONZALO
Dr. ESCALONA, AURELIO	Dr. SOUSA LENNOX, CARLOS
Dr. ESQUIVEL, JOSE RENAN	Dr. STANZIOLA, EGBERTO
Dra. GARCIA, ELIA B. DE	Dr. TEJEDOR, MAXIMO
Dr. GARCIA ARAUZ, RAMIRO	Dr. THOMPSON, EMMANUEL
Dr. GARNES, CLEMENTE	Dr. TRUJILLO, TELEMACO
Dr. GOYTIA, ABDIEL	Dr. URRUTIA, ROLANDO
Dr. JEAN-FRANCOIS, JORGE	Dr. VALLARINO, JOAQUIN
Dra. JIMENEZ DE BETHANCOURT, EDITH	Dra. VARELA, HERMELINDA DE
Dr. JONES, ANTONIO R.	Dr. VARGAS T., JORGE
Dr. LOPEZ G., ANIBAL	Dr. VASQUEZ V., CARLOS
Dr. LOPEZ V., ESTEBAN	Dr. VEGA B., LUIS CARLOS
Dr. LUQUE P., LEONEL	Dra. VELARDE, MARGARITA DE
Dr. LUZCANDO, MANUEL DE J.	Dr. VILLALAZ, RENE
Dr. MARTIZ A., HERNANDO	Dr. VILLALAZ, RUBEN
Dr. MATOS L., EDGARDO	Dr. YOUNG ADAMES, NARCISO

ALGUNAS REFLEXIONES EN TORNO AL NUEVO LIBRO DEL CUADRO BASICO

El Listado Oficial o Libro del Cuadro Básico de Medicamentos de la Caja de Seguro Social es signo y presencia de una prolongada, ardua y cuidadosa labor de conjunto.

El Listado Oficial de Medicamentos es un instrumento de trabajo, de información y conocimiento, que se fundamenta en verdades consagradas por el cuidadoso ejercicio clínico a través del tiempo, al par que se modifica siguiendo los dictados de la moderna terapéutica y de los nuevos controles biológicos (y psicológicos) rigurosos. Ha sido siempre el propósito de la Comisión del Cuadro

Básico de Medicamentos poner en manos del médico las mejores y más seguras sustancias medicamentosas. Hoy creemos oportuno expresar algunas ideas en torno al ejercicio médico, el hombre y el medicamento.

Es que en nuestro tiempo parece hacerse más ostensible el hecho de que la necesidad de medicamentos no depende sólo del fenómeno enfermedad y sus más puras exigencias; sino que actúan como fuerzas extrañas otros múltiples y complejos factores condicionantes (que generan situaciones anormales, como droga-adicción, farmacodependencia, automedicación; en general, uso extramédico de sustancias medicamentosas): las modas, la propaganda y las verdades a medias, como enajenantes estructuras fruto de las sociedades de consumo; y las tensiones emocionales y mentales (y el agotamiento físico) que sufre el hombre habitante de este mundo desorbitado. Desde este fenómeno de doble vertiente surgen los condicionamientos de verdaderas o de falsas necesidades de sustancias medicamentosas.

Es entonces labor irrenunciable y permanente de cada médico utilizar, cada vez de modo maduro y reflexivo, el armamentario farmacológico.

En medio de las difíciles circunstancias que enfrenta (y que debemos tornar en estímulos y no en hundimiento) el ser del hombre contemporáneo, la persona humana (cuerpo y alma, espíritu y materia), lo esencial para una plenitud de vida, individual y social, parece ser la búsqueda y el encuentro de lo profundamente humano, mediante la reflexión y el ejercicio de una conciencia crítica; surgidas ambas desde la educación integral del hombre: Desde la educación liberadora; que es la que “desarrolla y libera a todo el hombre y a todos los hombres”.

De esa reflexión y de ese ejercicio nace el hombre nuevo; y nace, también, el médico nuevo que reclaman los tiempos y la vida.

Desde este médico nuevo crecerá la certidumbre de que no sólo el producto farmacológico es medicamento, sino que la palabra surgida de una madura, humilde y trascendente y grande relación médico-paciente es y será, siempre, el medicamento extraordinario, noble; consubstancial (núcleo y estructura) del también noble ejercicio médico.

Ya Platón, hace aproximadamente veintitrés siglos, en uno de sus Diálogos, en el CARMIDES, intuyó lo que hoy comenzamos a aceptar como grandes verdades: La totalidad y unicidad de la persona humana (cuerpo y espíritu) y la necesidad de tratar el alma, no sólo lo corporal; y la extraordinaria significación del lenguaje (incluidos el meta-lenguaje y el para-lenguaje), de la palabra en diálogo humilde y trascendente, maduro.

Estas son las palabras, hechas eternas, de Platón, expresadas en el CARMIDES o Diálogo de la Sabiduría:

“Esta es la causa por la cual, entre los griegos, son impotentes los médicos frente a la mayor parte de las enfermedades, porque desconocen el todo sobre el cual debiera actuar su cuidado, y con cuyo malestar es imposible que una parte pueda estar bien.

Pues todo, decía él, así lo bueno como lo malo, brota del alma; por lo cual es ella la que ante todo hay que tratar... Pero el alma, ¡oh, bendito! , me dijo, es curada con ciertas palabras”.

PREMIO NESTLE

1976

VIII JORNADAS PANAMENAS DE PEDIATRIA

AGRADECIMIENTO

A la Doctora Delys H. Moreno, Especialista en Oftalmología quien realizó los estudios de los campos retinianos de nuestros pacientes con la dedicación que a ella le caracteriza en el trato de sus pacientes, y sin los cuales una de las comunicaciones de este trabajo no hubiera podido realizarse.

LA RETINOGRAFIA COMO METODO DE VALORACION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA COARTACION AORTICA

* Dr. César J. Castillo Mejía

Antecedentes Históricos:

En el año 1760, Morgani, describió los hallazgos de autopsia en un monje que tenía una extrema constricción de la aorta torácica. En 1789, París, hizo la primera descripción completa de esta enfermedad, y Mercier en 1839, llamó al padecimiento Coartación de la Aorta (del latín: coarctare, estrechar, constreñir). En 1855, el clínico de Viena, Skoda, emitió la teoría de que la obliteración del conducto arterial y su transformación fibrosa eran la causa de la constricción localizada en la aorta.

Barie, en 1886, revisó los 89 casos publicados hasta entonces. Potain en 1892 demostró la hipertensión arterial en la parte superior del cuerpo en un caso de Coartación. Bonnet en 1903, clasificó las formas anatómicas de la coartación en "infantiles" y "adultas".

La descripción clínica definitiva, la correlación anatómico-fisiológica y clínica, con estudio de gabinete fue hecha por Laubry, Marré, Pezzi, Routier y Van Bogart, en una serie de trabajos célebres publicados entre 1916 y 1922. Estos autores franceses dejaron establecidos

definitivamente el cuadro clínico y las bases del diagnóstico.

En 1927, Maude Abbott, reunió los 237 casos de la literatura mundial publicados hasta entonces; su trabajo estimuló el de otros y así, Evans en 1933 publicó 36 casos de Coartación autopsiados en el London Hospital. Hasta entonces, el diagnóstico de la coartación aórtica así como el de otras cardiopatías congénitas, revestía interés únicamente académico, ya que no existía terapéutica para ellas. Los progresos de la cirugía cardíaca, torácica y arterial, hicieron posible el tratamiento de la coartación, así como el de otras muchas cardiopatías congénitas.

La cirugía de la Coartación forma parte del gran capítulo de la cirugía arterial reconstructiva, que se inició desde el siglo pasado. Las bases de la cirugía de la coartación se encuentran en los trabajos de Tuffier, Jaboulay y Briau, Carrel y Guthrie, Matas, Goyanes, Delbet, Leriche, y otros muchos que participaron en el perfeccionamiento de las suturas arteriales, en el trasplante e injertos de vasos, en el tratamiento de aneurismas, embolias y traumatismos arteriales.

* Del Servicio de Cardiología del H. G. C. S. S. de Panamá.

En 1938, Robert E. Gross, de Boston, inició la moderna cirugía cardíaca al realizar por primera vez la obliteración quirúrgica de una cardiopatía congénita: el conducto arterial persistente. El mismo autor en ese mismo año inició trabajos magistrales de cirugía experimental sobre la posibilidad de reseca una parte de la aorta torácica y reconstruir la luz del vaso por anastomosis término-terminal. En 1944 Blalock y Parks, comunicaron un método de anastomosis de subclavia izquierda a la aorta descendente con objeto de hacer una derivación, un puente o paso lateral que mejorara los efectos de la estrechez de la aorta. En 1945, Craford y Gross comunicaron simultáneamente casos humanos de coartación de la aorta tratados con éxito. En 1948, Claggett, realizó por primera vez en un ser humano la anastomosis propuesta por Blalock. En 1949, Gross, volvió a hacer otra contribución fundamental y decisiva a la cirugía de la coartación, al introducir a la práctica, en el humano, los injertos homólogos de aorta para el tratamiento de las coartaciones largas y complicadas. Esta contribución del cirujano de Boston, ha tenido profundos efectos, no solo en el tratamiento de la coartación sino en toda la cirugía arterial, ya que así se inició la cirugía de transplantes.

No tenemos documentación pero sabemos que el primero que hizo cirugía reconstructiva de la aorta en nuestro país fue

el Dr. Bernardino González Ruíz.

Material y Método:

Se estudian 23 casos de pacientes con Coartación de la Aorta, atendidos tanto en la consulta privada como en la consulta ambulatoria del Departamento de Cardiología del Instituto Panameño de Seguridad Social desde el mes de junio de 1971 hasta el presente.

Para su análisis se tomó en consideración la clasificación de Bonnett, agrupándolos en coartación de la aorta tipo infantil y coartación de la aorta tipo adulto. Se hizo, además, énfasis en la búsqueda de otras lesiones anatómicas intracardíacas asociadas, así como de alteraciones de otros sistemas. También los agrupamos de acuerdo con la edad.

Todos los pacientes fueron sometidos a estudios complementarios de la especialidad cardiológica incluyendo el cateterismo intracardíaco lo que permitió la confirmación diagnóstica. El estudio de cateterismo en todos los casos fue derecho e Izquierdo. Se combinaron estudios de angiocardiógrama biplanar en proyecciones anteroposterior y lateral izquierda, y cineangiocardiógramas en la cavidad ventricular izquierda en proyecciones oblicuas, este último tipo de estudio cuando se sospechaban clínicamente cortocircuitos intracardíacos de izquierda a derecha. Una vez confirmada la impresión diagnóstica clínica, todos los casos en la edad óptima

para la operación fueron sometidos a la intervención quirúrgica correctiva de la lesión.

Otro propósito surgió de la búsqueda de un método inócuo y sencillo que nos permitiera vigilar la hipertensión arterial sistémica y sus repercusiones en los pacientes portadores de Coartación de la aorta, tanto en los operados como en los no operados, principalmente en los primeros, cuando por la gravedad de la lesión habían tenido que ser intervenidos en etapas tempranas de la vida, y que por su sintomatología, nos estaban indicando que existía una reestenosis del área original coartada. Nos importa en demasía, el llegar a conocer cómo está la circulación cerebral en estos pacientes por lo que consideramos entonces, que los cambios observados en el fondo del ojo de los pacientes con Retinopatía Hipertensiva de otra etiología, también nos permitiría evaluar la repercusión de esa alza de la presión arterial sobre la circulación arterial periférica, principalmente cerebral. Así iniciamos los estudios de los campos retinianos en este tipo de pacientes tanto con microfotografías simples como aplicando la Retinoangiografía.

Se efectuó una revisión clínica de nuestra casuística y de la literatura mundial sobre el tema.

Todos los pacientes operados con una evolución postoperatoria que fue desde los 4 meses hasta los 5 años, y que tenían una sintomatología importante

fueron estudiados en Cardiología, oftalmología y Neurología para reevaluación de su lesión y secuelas.

Discusión:

De los 23 casos estudiados, 15 de ellos eran niños, y 8 fueron adultos. Las edades del primer grupo oscilaron entre 2 días de vida y 12 años de edad; el segundo grupo comprendió edades que oscilaron entre los 21 y los 29 años. El promedio de ambos grupos osciló entre los 3 y los 12 años. Predominó en la totalidad de los casos el sexo masculino en proporción de 2:1.

De acuerdo con la clasificación de Bonnett, 21 casos eran del tipo adulto de la coartación, y dos casos fueron del tipo infantil.

Entre las asociaciones encontradas tenemos: síndrome de Turner, comunicación Interventricular, persistencia del Conducto arterioso, estenosis aórtica. En los 2 casos tipo infantil hubo hipoplasia del arco aórtico con un VENTRICULO Izquierdo hipoplásico, con atresia aórtica en uno, y doble emergencia de los Grandes vasos del V. I. en el otro. No encontramos anomalías intracardíacas derechas ni alteraciones del aparato valvular mitral como lo describen otros autores.

Del total de 23, 18 pacientes han sido operados: 15 de ellos en el Hospital General de la Caja de Seguro Social, y 3 en diferentes centros hospitalarios de

los Estados Unidos de Norte América. Han fallecido dos pacientes intentándose la corrección quirúrgica de la lesión lo que constituye un 11% de mortalidad; estos 2 casos pertenecían al tipo infantil de coartación aórtica. Una de los pacientes de coartación de la aorta tipo adulto falleció en el período del recién nacido por una septicemia generalizada.

En cuanto a la clínica tan conocida de la coartación aórtica, vale la pena añadir en lo que se refiere a la palpación de los pulsos, cuya ausencia en miembros inferiores (o debilidad), es uno de los signos pivotes de la exploración física para la elaboración del diagnóstico, notamos en nuestra casuística la existencia de varios casos en que la ausencia de este signo, hubiera hecho que falláramos en el diagnóstico, mas si se hubiera considerado aisladamente. Se trataba principalmente de los casos de mayor edad o adultos en los que la circulación colateral importante hacía la región post-coartada de la aorta permitía un buen flujo de sangre hacia los miembros inferiores; pero en ellos siempre encontramos diferencias en la presión arterial de los miembros superiores comparativamente con los inferiores. En otros casos lo atribuimos a lo moderado o ligero de la coartación aórtica.

La sintomatología por supuesto, varió en las diferentes edades: aquellos casos que fueron operados en la edad infantil o

del recién nacido que estaban en muy malas condiciones, con signos de insuficiencia cardíaca o con anomalías complejas como los casos de asociaciones como el ventrículo izquierdo hipoplásico con atresia aórtica, lo cual nos mostraba un cuadro clínico diferente al de las edades superiores y del adulto. A medida que aumenta la edad se va asociando otra signología que involucra mucho más la circulación por debajo de la coartación principalmente por debajo de los miembros inferiores, indicando una deficiente circulación como sucedió en dos de nuestros casos que daban en su historia importante alteración en la esfera sexual.

De los hallazgos del electrocardiograma vale la pena anotar los siguientes hallazgos en todos los casos existió, independiente de la edad, un bloqueo incompleto de la rama derecha del haz de His°. El eje eléctrico (AQRS) osciló entre +30 y +100 (Eje a la derecha). Hubo Hipertrofia Ventricular derecha en un 20% de los casos lo que creemos se debió a predominancia de este ventrículo en la etapa del recién nacido y a interpretaciones individuales. En un 80% de los casos hubo hipertrofia del ventrículo izquierdo. En 3 casos se observó crecimiento auricular izquierdo.

Los estudios radiológicos del Tórax (serie cardíaca) en ninguno de los niños de nuestra casuística nos permitió observar el signo de Roesler o erosier del

borde inferior de las costillas, signo este que fue observado en todos los adultos. En el, esofagograma, solo tres de nuestros casos presentaron el característico signo del 3. En el período del recién nacido, en todos los casos la silueta cardiovascular se mantuvo dentro de límites normales, excepto en los casos que cayeron en insuficiencia cardíaca aguda.

El estudio angiocardiográfico y el cineangiocardiograma fueron concluyentes para establecer el diagnóstico definitivo, en todos los casos la presencia de la zona estenótica de la aorta y sus lesiones asociadas como se puede apreciar en la figura, lo que permitió al cirujano planear su cirugía.

En la revisión que hemos efectuado de la literatura universal no encontramos estudios tendientes a valorar al paciente con Coartación aórtica a través de un estudio exhaustivo y detallado de los campos retinianos, que permitiera con los hallazgos anormales formarnos una idea indirecta de las alteraciones que pudieran estar sufriendo estos pacientes en su circulación arterial cerebral.

Los resultados resultan halagadores cuando podemos apreciar que un método sencillo e inócuo puede servirnos de mucho en la evaluación de un paciente determinado, cuando este método está indicado y al alcance de nuestras instituciones considerando que no es caro.

Los distintos grados establecidos para la clasificación de las Retinopatías Hipertensivas, de cualquier etiología, fueron nuestro punto de partida o de referencia para clasificar los hallazgos nuestros. No obstante, la inexistente literatura en este aspecto relacionada con esta cardiopatía congénita no nos permiten por el momento sentar como hallazgos definitivos, lo que hemos observado en algunos de nuestros casos. Las observaciones posteriores y la mayor experiencia en este tipo de examen permitirá en el futuro definir y agrupar lo encontrado.

A medida que la coartación es más severa y mayor es la hipertensión arterial sistémica por encima del área de estenosis, la vascularidad arterial periférica de esta área sufrirá más el impacto de ese aumento de la presión sanguínea sobre las paredes de sus vasos, y a medida que progresa la edad del paciente el daño será mayor, incluso con la subsiguiente formación de aneurismas cerebrales, cuya ruptura es una de las causas importantes de muerte en este tipo de cardiopatía. En los pacientes jóvenes y en los niños hemos logrado apreciar: cambios de coloración de la retina generalmente hacia el polo posterior, gliosis y vasos periféricos estrechados o adelgazados de calibre, irregulares y flexuosos, llamando la atención la irregularidad y zigzagamientos y estrechez de las arterias. En ocasiones las papilas son grandes, excavadas y ligeramente pálidas como si fueran de

miope. Todo esto es indicativo de una isquemia periférica o cambios de anoxia como se ve en los problemas hemodinámicos de las hemoglobinopatías.

Si no fuera por el buen reflejo de las capas de fibras nerviosas en algunos casos de niños, ese fondo de ojo podría pertenecer al de un paciente anciano con insuficiencia vascular.

En los pacientes mayores es en donde la clasificación de las retinopatías hipertensivas, puede ayudarnos más aunque ya vamos apreciando otros hallazgos: edema peripapilar, borramiento de los bordes de la papila óptica; abundante flotantes pre-papilares, las arterias muy disminuídas de calibre, no observándose los vasos hacia ciertas áreas. Hay presencia de hemorragias micro y macroscópicas en casos severos, con exudación macular.

Esperamos que estos humildes hallazgos entusiasmen a los médicos tratantes de estos pacientes para utilizar este método para valorar su evolución, principalmente los casos operados en que se sospecha que existe una reestenosis. (Figuras 6 y 7 E. F. G. H.).

Resumen:

1. Se trata del primer trabajo en nuestro país que engloba una casuística de 23 casos de Coartación de la Aorta.
2. Se hace énfasis en la elaboración del diagnóstico temprano, a los médicos pediatras,

que son los que primeros tienen en sus manos este tipo de padecimiento.

3. Se efectúa una revisión del cuadro clínico y de los hallazgos radiológicos, electrocardiográficos y hemodinámicos de nuestros casos y de la literatura mundial.
4. Se establecen las asociaciones encontradas en nuestros casos.
5. Recomendamos que el estudio hemodinámico debe realizarse en una forma global en el paciente, incluyendo toda la vasculatura arterial en un solo tiempo, al efectuar el cateterismo retrógrado, incluso la circulación arterial cerebral.

En pacientes adultos, habrá que hacer varias inyecciones del medio de contraste si utilizamos el angiocardiógrama biplanar selectivo (placas), no así en el niño pequeño, cuya vasculatura puede visualizarse en una sola placa.

El estudio de cateterismo debe comprender tanto el cateterismo del corazón izquierdo como el del corazón derecho. La proyección deberá ser la ántero-posterior y la Lateral Izquierda. Podemos combinar el angiocardiógrama biplanar selectivo con el cineangiocardiógrama, cuando vamos en búsqueda de anomalías intracardiácas asociadas como cortocircuitos o valvulopatías. El cine se realizará en estos casos en proyecciones oblicuas.

El estudio de la vascularidad arterial cerebral concomitantemente en el mismo estudio, nos permitirá su evaluación, con la finalidad de descartar la presencia de aneurismas u otras anomalías.

La vía de introducción del catéter arterial siempre deberá ser por vía de la arteria humeral derecha si el arco aórtico desciende por la izquierda.

6. La edad quirúrgica, edad en que debe realizarse la cirugía oscila entre los 9 y los 15 años, edad en que se considera que la aorta mantendrá su diámetro definitivo. Los casos que necesiten la cirugía en edades tempranas, deberán ser operados, pero hay que considerar que estos casos operados precozmente pueden reestenosarse a mayor edad, y evolucionar con hipertensión arterial importante lo cual re-

percute sobre la circulación cerebral.

7. Recomendamos que el estudio de los campos retinianos se efectúe como método de rutina para evaluar la Hipertensión Arterial crónica del paciente portador de una cardiopatía congénita del tipo de la Coartación aórtica, ya sea utilizando la retinocoloreste-reografía, como la angiofluoresceinografía. Consideramos que el fondo del ojo, en estos pacientes, con un estudio paciente y exhaustivo, nos puede proporcionar muchos datos del daño causado a la circulación arterial cerebral en forma indirecta.
8. El reestenosado (arca de Re-Coartación), con hipertensión arterial sistémica importante en miembros superiores deberá ser evaluado nuevamente y con prioridad, por estudios hemodinámicos.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Scott, H. W., Jr., y Bahnson, H. T.: *Surgery.*, 30:206, 1951.
2. Taylor, S. H., y Donald, K. W.: *Brit. Heart J.*, 22: 117, 1970.
3. Chávez, I.; Espino-Vela, J.; Limón, R., y Dorbecker, N.: *Arch. Inst. Cardiol. Méx.*, 35: 291, 1953.
4. Gross, R. E.: *Circulation*, 1: 41, 1950.
5. Bailey, C. P.: *Surgery of the Heart*. Filadelfia. Lea & Febiger. 1955.
6. Crafoord, C.: Citado por Meade, R. H.: *A History of Thoracic Surgery*. Charles C. Thomas. Springfield, Ill., 1961.
7. Schuster, S. R., y Gross, R. E.: *J. Thorac. and Cardiovasc. Surg.*, 43: 54, 1962.
8. Holman, E.: *J. Thorac. Surg.*, 28: 109, 1954.
9. Lewis, T. E.: Citado por Taussign, H. B.: *Congenital Malformations of the Heart*. Harvard U. Press. Cambridge, Mass., 1960.
10. Wilkins, L.: *The Diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence*. Charles C. Thomas. Springfield, Ill., 1957.
11. Schuster, S. R., y Gross, R. E.: *J. Thorac. and Cardiovasc. Surg.*, 43: 54, 1960.

12. Taylor, S. A., y Donald, K. W.: Brit. Heart J., 22:117, 1960.
13. Taussig, H. B.: Congenital Malformations of the Heart. Harvard U. Press. Cambridge, Mass., 1960.
14. Stewart, H., y Bailey, R.: J. Clin. Invest., 20: 145, 1941.
15. Doebecker, N., y Mac. Ewan, A. C.: Pediatría Cardiológica, 2: 162, 1958.
16. Ross, J. Jr.: Ann. Surg., 37: 482, 1959.
17. Jönsson, G.; Broden, B., y Karnell, J.: Thoracic Aortography. Acta Radiol. Supplementum 89, 1951.
18. Schuster, S., y Gross, R. E.: J. Thoracic and Cardiovasc. Surg., 43: 54, 1962.
19. Taylor, S. H. y donald, K. W.: Brit Heart J., 22: 117, 1960.
20. Fishleder, B. L.: Exploración cardiovascular y Fonomecanocardiografía clínica. México. La Prensa Médica Mexicana, pág. 62-67. 1966.
21. Schuster, S., y Gross, R. E.: J. Thoracic and Cardiovasc. Surg., 43: 54, 1962.
22. Report of the Committe of Cardiovascular Surgery. American College of Chest Physicians Dis. Chest., 31: 468, 1957.
23. Burford, T. H.; Ferguson, T. B.; Goldring, D., y Beherer, R. J.: Thoracic and Cardiovasc. Surg., 39:47, 1960.
24. Mustard, W. T.; Rowe, R. D.; Keith, J. D., y Sirak, A: Ann. Surg., 141: 429, 1955.
25. Nadas, A. S.: Pediatric Cardiology. W. B. Saunders. Filadelfia, 1963.
26. Taussig, H. B.: Congenital Malformations of the Heart. Cambridge, Mass., vol. 2. Harvard University Press, 1960.
27. Claggett, O. T., y Jampolis, R. W.: Arch. Surg., 63: 337, 1951.
28. Hamilton, B. E.: Circulation, 9: 925, 1954.
29. Brom, G.: J. Thoracic and Cardiovasc. Surg., 50: 166, 1965.
30. By Glenn C. Rosenquist, M. D. Congenital Mitral Valve Disease Associated with Coarctation of the Aorta. A Spectrum than Includes Parachute Deformity of the Mitral Valve, Circulation, Volume XLIX, May 1974, pág. 985.
31. Shone JD. Sellers RD, Anderson RC, Adams P. Jr. Lillehei CW, Edwards Je: The developmental complex of parachute mitral valve, supravalvular ring of left atrium, subaortic stenosis and coarctation of aorta. Am J. Cardiol 11: 714, 1963.
32. Simon AL: Friedman WF? Roberts WC: The angiographic features of a case of parachute mitral valve. Am Heart J. 77: 809, 1969.
33. Treviño CP? Fernández VV: Válvula mitral en paracaídas. Estudio de 4 casos. An anatomic del Instit Cardiológ Mexico 40: 611, 1970.
34. Bett JHN, Stovin PGI: Parachute deformity of the mitral valve. Thorax 24: 632, 1969.
35. Hisashi Nikaidoh, MD; Farauk S. Idriss, MD; William L. Riker, MD, Chicago. Aortic Rupture in children as a Complication of Coarctation of the Aorta. Arch Surg/Vol. 107, Dec. 1973, pág. 838.
36. By Frederick W. James, M. D., and Samuel Kaplan, M. D. Sytolic Rypertension During Submaximal Exercise After Correction of Coarctation of Aorta. Supplement 11 to Circulation, Vol. 49 and 50, August 1974, pág. 11-27.
37. Regional Neurological Centre, Newcastle University Hospital Group, Newcastle upon Tyne, England. Coarctation of the aorta as a cause of spinal subarachnoid hemorrhage. J. Neurosurg/Volume 39/December, 1973, pág. 761.
38. Deppman JL, Di Chiro G. Glancy DL: Collateral circulation through dilated spinal cord arteries in aortic coarctation and extraspinal arteriovenous shunts: an arteriographic study. Clin Radiol 20: 192-197, 1969.

39. Edwards JE, Clagett OT, Drake RL, et al: The colateral circulation in coarctation of the aorta. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 23: 333-339, 1948.
40. Kevyn Deal, B. S., and Charles F. Wooley, M. D., F. A. C. P.? Columbus, Ohio. Coarctation of the Aorta and Pregnancy. *Annals of internal Medicine* 70: 710.
41. By Barry J. Maron, M. D., J. O'Neal Humphries, M. D., Richard D. Rowe, M. D., and E. Davis Mellits, Sc. D.; Prognosis of Surgically Corrected Coarctation of the Aorta a 20 Year Postoperative Appraisal. *Circulation*, Volume XLVII? January 1973, pág. 119.
42. Paul I. Batties, M. D. and Jamie J. Jacobs, M. D. Clininal Problems in Cardio-pulmonary Disease, Aortic Stenosis, Caoartation of the Aorta and Calcification of the proximal Aorta: A Therapeutic Dilema. *Clinical Evaluations* by Aldo R. Castaneda, M. D., F. C. C. P., and Paul A. Ebert, M. D. *Chest*, Vol. 64, No. 4, October, 1973 pág. 500.
43. Donald P. Babbitt, M. D., George E. Cassidy, M. D., and Joseph E. Godard, M. D. Rib Notching in Aortic Coarctation During Infancy and Early Childhood. From the Department of Radiology, Milwaukee Childrens Hospital, Milwaukee, Wis. Accepted for publication in *May* 1973, pág. 169.
44. Conrad R. Lam, M. D., Eduardo Arciniegas, M. D. Surgical Management of Caoarctation of the Aorta with Minimal Collateral Circulation. Submitted for publication July 20, 1973, pág. 693.
45. Bing, A. C., Jr. Handelsman, J. C. Campbell, J. A., Griswold, E. H. and Blalock, A.: The Surgical Treatment and Physiopathology of Coarctation of the Aorta. *Ann. Surg.* 128: 803, 1948.
46. Burford, T. H., Ferguson, T. B., Goldrig, D. and Behrer, M. R.; Coarctation of the Aorta in Infants: Acclinal and Experimental Study. *J. Trorac. and Cardiovac. Surg.* 29: 47, 1960.
47. Mustard, W. T., Rowe, R. D., Keith, J. D. and Sirek, A.: Coarctation of the Aorta with Special Reference to the Firt Year of Life. *Ann Surg.* 141: 429, 1955.
48. Owens, J. C. and Swan, H.: Complications in the Perair of Coarctation of the Aorta. *Bull. Soc. Internat. de Chir.* 21: 216, 1962.
49. Pelletier, C., Davignon, A., F. Ethier M. and Stanley, P.: Coarctation of the Aorta in Infancy: Postoperative Follw-up. *J. Troracic and Cardiovac. Surg.* 57: 997, 1969.
50. Tawes. R. L., Jr. Aberdeen, E., Waterston. D. J. and Bonham-Carter R. E.: Coarctation of the Aorta in Infants and Children: A Review of 333 Operative Cases, Including 179 Infants. *Circulation* 39 (Suppl. D): 1, 1969.
51. Ziegler, R. F. and Lam, C. R.: Indicationa for the Surgical Correction of Coarction Infancy. *Am. J. Cardiol.* 12: 60, 1963.

**Presentación de los 23 Casos
de Coartación Aórtica
Historiales Clínicos**

Caso N° 1

D. D. G., A. E.

Femenino

Edad: 3 años 5 meses

S. S. 05-0352

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Resfriados frecuentes desde los primeros meses de vida. Es producto del segundo embarazo de gestación normal, a término, (el primero finalizó en aborto al 4º mes de gestación). Parto vaginal, atendido con aplicación de forceps. Sin problemas en el período neonatal. Desarrollo sico-motor normal.

Padecimiento actual:

A los 9 meses de edad es referida al cardiólogo por la presencia de soplo cardíaco, para evaluación cardiológica. Asintomática cardiovascular.

Exploración física:

Peso 27 lb. Talla: 36" P. A.: 95/55 mm. Hg. Activa, bien nutrida, bien hidratada, sin signos de insuficiencia cardíaca, sin disnea ni cianosis. No hay hipocratismo.

Torax: simétrico, sin deformidades. Corazón: Apex en 5º E. I. I. y L. M. C. Frémito sistólico en el hueco supraesternal. R¹ normal, P² reforzado+. Soplo holosistólico grado I/IV paracostal izquierdo bajo irradiado en forma transversal y excéntricamente. Soplo sistólico I/IV en arco aórtico irradiado a vasos

del cuello y a hueco supraesternal. Pulsos débiles en miembros inferiores.

Estudios de gabinete:

Serie cardíaca: Crecimiento del Ventrículo Izquierdo. Cardiomegalia grado I. No se aprecia muesca en el esofagograma. No hay signo de Roesler.

Electrocardiograma: Crecimiento del Ventrículo Izquierdo. B. R. D. H. H.

Cateterismo Cardíaco:

Coartación aórtica más aorta bivalva.



Figura No. 1
Muestra las irregularidades en el margen inferior de las costillas (Signo de Roesler) hallazgo radiográfico, en la Coartación aórtica.

Caso N° 2

Nombre: E. C.

Masculino

Edad: 28 años

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Sin datos de importancia.

Padecimiento actual:

Asintomático hasta hace 2 años cuando informa presentar parestesias tipo adormecimiento en ambos miembros inferiores al permanecer mucho tiempo de pies. Aproximadamente 1 año antes, luego de un examen médico de rutina le anotan la ausencia de pulsos en las extremidades inferiores.

Exploración Física:

Peso: 140 libras

P. A.: 140/90 mm. Hg. B.D.

140/100 mm. Hg. B. I.

P. A.: 120/80 P. I.

Sin signos de Insuficiencia cardíaca, disnea ni cianosis

Tórax: sin deformidades.
Corazón: Apex en 5° E. I. I. y Línea medioclavicular. Rs. Cs. Rs. 80 x min. 1R y 2R normales. Sopro sistólico eyéctil en foco aórtico grado 1/1V, no irradiado.

Pulmones: si datos patológicos. Abdomen: sin visceromegalia.

Se palpan pulsos femorales y poplíteos. Hay ausencia de pulsos pedios y tibiales posteriores en ambas extremidades inferiores.

Estudios de Gabinete:

Serie cardíaca: Irregularidades en el borde inferior de la 4a. a la 9a. costillas izquierdas y de la 5a. a la 9a. derechas (Signo de Roesler).

Electrocardiograma: Bloqueo de Rama derecha.

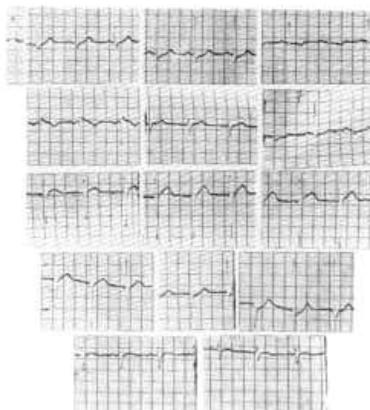
Crecimiento del Ventrículo Izquierdo.

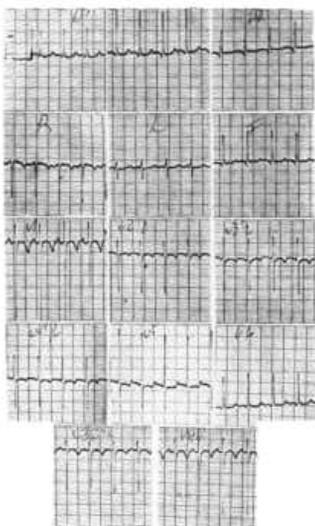
Cateterismo Cardíaco derecho e Izquierdo: Demostrativo de Coartación de la aorta importante por debajo de la subclavia izquierda y con enorme circulación colateral por bronquiales y mamaria interna.

Operación 12-V-75:

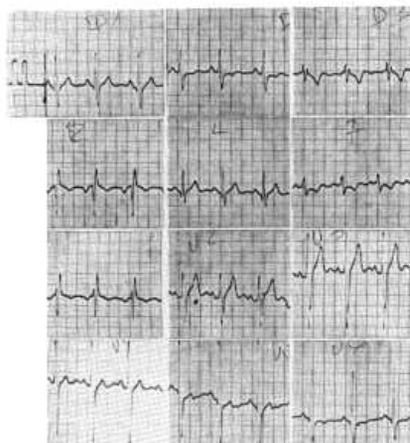
Resección de la Coartación con anastomosis término-terminal de la aorta.

14





15



18

Figura No. 2
Electrocardiogramas (Casos No. 14-15 y 18) mostrando el Bloqueo de rama derecha del Haz de His.

Caso N° 3
Nombre: F. S., J. A.
Masculino
Edad: 1 mes
S. S. 07-8966F

Antecedentes Familiares Patológicos:

Bisabuela materna murió del corazón. Bisabuelo paterno falleció de Infarto del Miocardio. Bisabuela paterna falleció diabética. No hay historia de malformaciones congénitas.

Antecedentes personales Patológicos:

Segundo producto de gestación de 8 meses 22 días. En el 2° mes de embarazo la madre padeció severo cuadro gripal y al 5° mes pielonefritis. No padeció ni estuvo en contacto por personas que padecieran enfermedades infectocontagiosas de la infancia. Parto cesareado por cesarea anterior. Llanto y respiración espontáneos. No hay historia de cianosis, insuficiencia cardíaca o respiratoria. Peso al nacer: 8 1/2 Lb.

Padecimiento Actual:

Fatiga fácil a la ingestión de alimentos y cianosis perioral al llorar. En una ocasión disnea y tiraje subcostal progresivos. En la 3a. semana de vida le encontraron la frecuencia cardíaca alta, lo que ameritó su digitalización.

Exploración Física:

Cianosis Perioral, paciente en muy malas condiciones, con tiraje subcostal e intercostal. Tórax: sin deformidades. Corazón: Ruidos cardíacos taquicárdicos con ritmo de galope F. C.: 180 x min. 1R normal, 2R

al parecer único. No se auscultó soplos. Pulmones: sin patología. Abdomen: hepatomegalia 2 cm. bajo el B. C. D. No se palpan pulsos pedios ni tibiales posteriores en las extremidades inferiores.

Exámenes de Gabinete:

B. H.: Hb: 10. Ig. Htc. 32%
Tipo B R+ + G. B. 10.700 L:
78%

Urocultivo: Pseudomona aer.
Hemocultivos: negativos

Serie Cardíaca: Vascularidad pulmonar disminuída. Pedículo vascular ancho. Cardiomegalia grado I por crecimiento del V. D.

Electrocardiograma: Crecimiento del Ventrículo derecho. Bloqueo de la Rama derecha del haz de Hiss.

Cateterismo Cardíaco: Presentó para respiratorio antes de iniciado el estudio y múltiples trastornos del ritmo con Fibrilación ventricular que ameritó la cardiversión en el laboratorio de Hemodinámica. Se concluyó el estudio demostrándose la Coartación aórtica más un conducto arterioso.

Operación:

11 de julio 1972: Resección y anastomosis término-terminal de la Aorta más sección y ligadura del Conducto arterioso.

Presentó para cardíaco durante la cirugía del que salió

Presentó paro cardíaco durante la cirugía del que salió con masaje directo.

Evolución en el Post-operatorio Inmediato:

Inmediatamente después del acto quirúrgico se palparon los pulsos pedios. A los 2 días siguientes presentó episodios convulsivos. El neurólogo consideró que se trataba de una encefalopatía difusa aguda asociada a una hipoperfusión y/o hipoxia cerebral.

En los días posteriores presentó proceso pleuroneumónico bilateral y neumotórax selectivo del lóbulo inferior derecho.

Mejóro con el tratamiento y fue dado de alta 14 días después.

Evolución en el post-operatorio Tardío:

En la actualidad es un niño con un desarrollo pondoestatural normal, con buen desarrollo en la esfera sicomotora. Su control neurológico incluso los electroencefalogramas son normales.

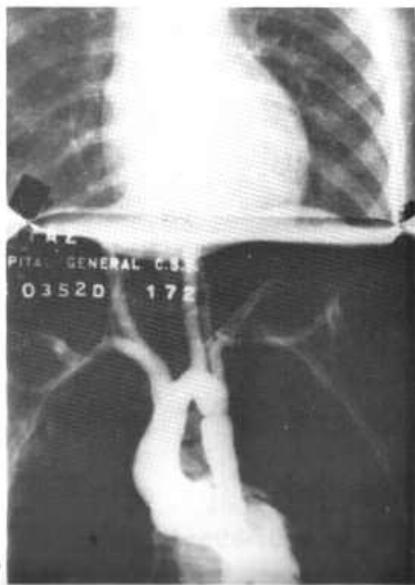
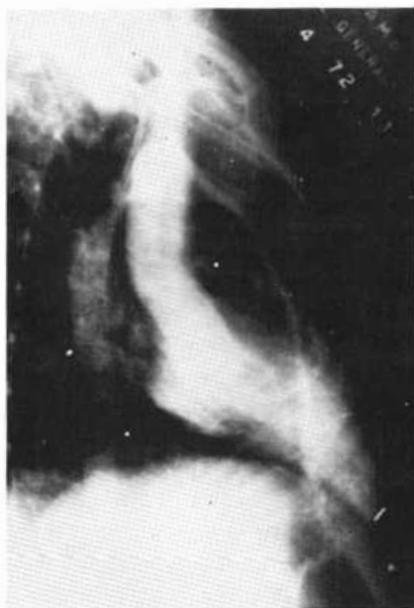
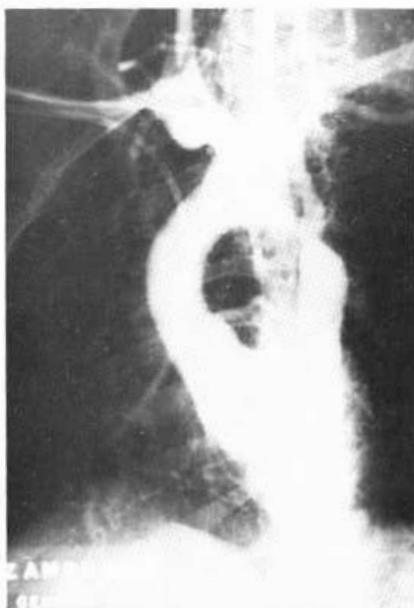


Foto en la
(Página anterior)

- A. Muestra en la parte superior la radiografía Pósterio-Anterior simple y el angiocardiógrama en proyección P. A. del mismo caso, mostrando en este último la lesión estenótica por debajo del Istmo de la aorta. (Caso No. 1), en una ventriculografía izquierda.



- B. Muestra el Angiocardiógrama en proyección P. A. ilustrativo de la lesión, pudiéndose apreciar como en un niño pequeño, en una sola inyección del medio de contraste podemos apreciar la silueta cardíaca, la aorta torácica y abdominal, la circulación colateral e incluso las sombras renales en fase de nefrograma.



- C y D. Muestran el área de la lesión estenótica al nivel del nacimiento de la arteria subclavia izquierda, en la aorta en proyecciones P. A. y Lateral Izquierda, luego de la inyección del medio de contraste en la cavidad Ventricular Izquierda.

Caso N° 4

Nombre: Hija de D. de G. de P.

Sexo Femenino

Edad 4 días

Antecedentes Patológicos Familiares:

Sindatos de importancia

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto del segundo embarazo de gestación a término normal. Parto: eutócico. Peso 3.5 kg.

Padecimiento Actual:

Desde los primeros días de vida se le notó decaída con erupción cutánea y manchas petequiales y cianosis, lo que motivó la consulta cardiológica.

Exploración física:

Cianosis durante el llanto. Manchas petequiales distribuidas por tronco y extremidades. Se aprecia un niño tóxico. Los pulsos de las extremidades inferiores pedios y tibiales inferiores no se palpan y los femorales casi son imperceptibles. Corazón: Ruidos Cardíacos Rítmicos taquicárdicos con tendencia al galope por lo que se recomienda su digitalización y estudio de cateterismo previo tratamiento de su sepsis.

Exámenes de Gabinete:

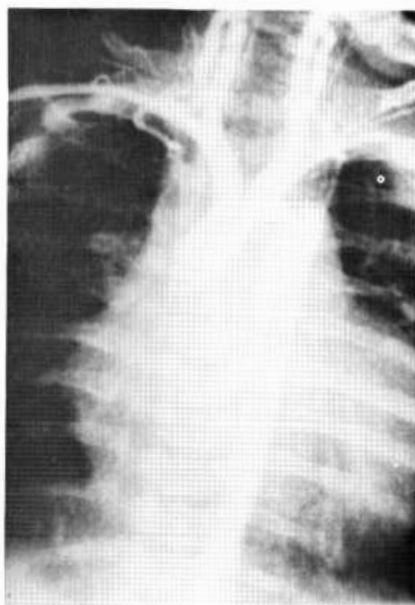
Electrocardiograma. Bloqueo Incompleto de la Rama derecha del Has de Hiss. Crecimiento

Ventricular derecho (predominancia).

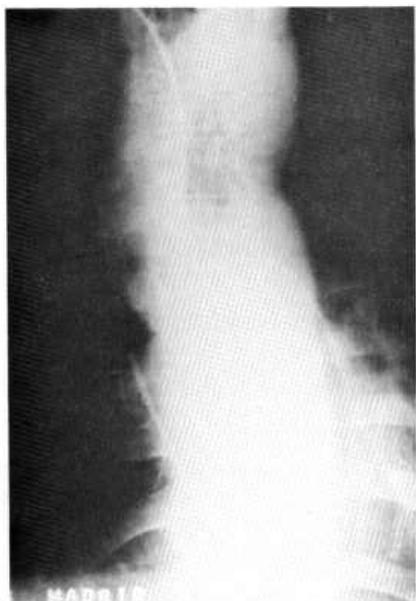
Serie cardíaca: Crecimiento del Ventrículo Izquierdo.

Evolución: Este paciente fue trasladado desde clínica privada al Hospital del Niño en fase de recuperación de su sepsis en el que se aisló Klebsiella, falleciendo en dicho centro hospitalario. El estudio necropsico reveló la existencia de una coartación aórtica tipo adulto.

Figura 4

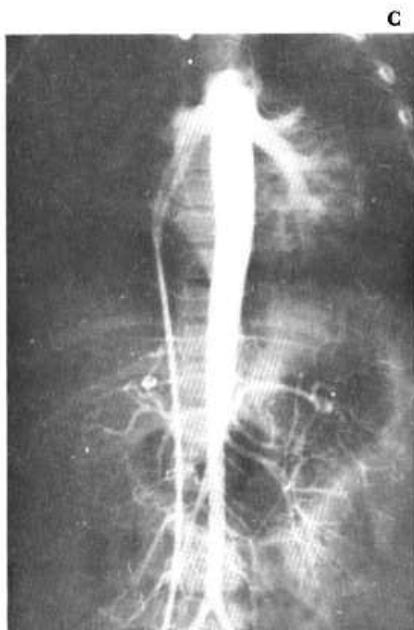


A. Muestra el angiogram con inyección del medio de contraste en la raíz de la Aorta. Nótese la opacificación de esta estructura y de los troncos supra-órticos, mostrando en el inicio de la aorta torácica descendente la presencia de una estenosis severa.



B. Muestra el angiocardiógrama en proyección P. A. de otro caso demostrativo de la lesión.

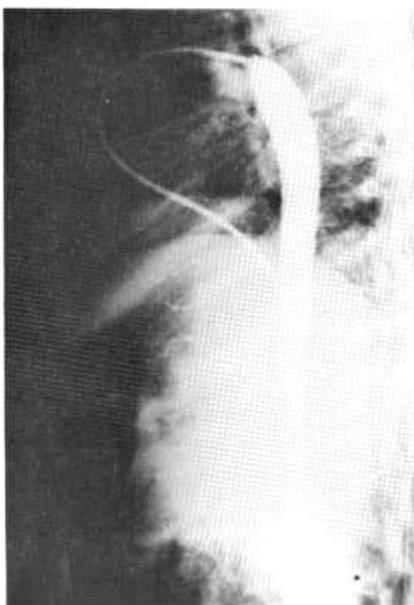
Figura No. 4



D

C y D.

Ilustran el paso del catéter desde la Vena cava inferior a la A. D. y al V. D., desde donde se ha canalizado a través de la rama izquierda de la Arteria pulmonar el conducto arterioso persistente. En la proyección P. A. notamos que parte del medio de contraste opacifica las ramas de la arteria pulmonar y además la aorta. En la proyección lateral izquierda apreciamos la opacificación de la aorta descendente por debajo de la coartación y post-ductal.



Caso N° 5
Nombre: L. V., M. L.
Sexo: Femenino
Edad: 1 año
S. S. 85-5184D

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Resfriados frecuentes desde pequeña. Bronconeumonía en una ocasión. Es producto del 2° embarazo a término, normal. Producto de parto gemelar. El otro producto nació con una cardiopatía congénita cianógena y falleció a los 6 meses.

Padecimiento Actual:

Es referida a la consulta de cardiología por presentar historia de resfriados frecuentes, caídas en insuficiencia cardíaca y cianosis generalizada.

Exploración Física:

Peso 21 lbs. PA.: 120/90 mm. Hg.

Activo, con llanto fuerte. Desarrollo pondoestatural normal.

Corazón: Apex en 5° E. I. I. por fuera de la L. M. C. R1 normal. R2 al parecer único. Presencia de R3. Soplo sistólico áspero grado II/IV en mesocardio

con irradiación transversal con frémito.

Pulmones: claros. Abdomen: Hepatomegalia a 4 cms por debajo del borde costal derecho. Se palpa polo inferior del bazo.

No se palpan pulsos femorales.

Exámenes de Gabinete:

B. H.: Hb: 8.3 g Htc 24%
G. B. 13.200 N: 60

Electrocardiograma: Taquicardia Sinusal. BI. R. D. H. H.

Cateterismo Cardíaco: Coartación de la Aorta con Hipoplasia de la Aorta Abdominal después del nacimiento de las Arterias Renales. Persistencia del Conducto Arterioso.

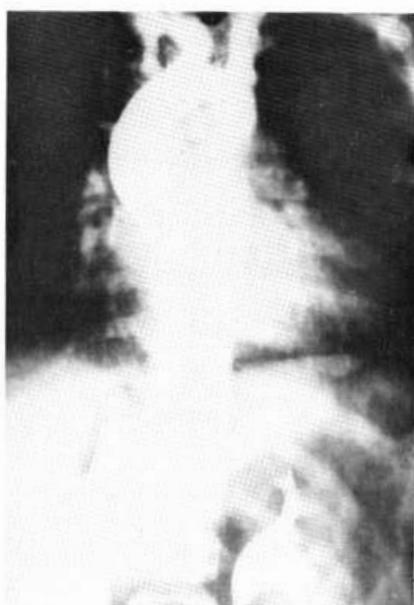
Operación:

13 de mayo de 1974. Se confirmó el diagnóstico y se procedió a la sección y sutura del ductus arterioso persistente más reparación de la Coartación por aortoplastia y parche de Dacron (Wooven).

Evolución en el postoperatorio inmediato:

Cursó con febrículas pero con hemocultivos negativos. Luego de la operación la P. A. fue de 140/90 Continuó digitalizada.

Figura No. 5



A y B. Se muestra la coartación aórtica en ambos casos.



C



D



Figura No. 5

E

C, D, E y F. Para hacer notar la importante circulación colateral que presentan los casos de Coartación Aórtica que pasan la edad pediátrica, la cual se efectúa a través de la mamaria interna y de arterias intercostales que desarrollándose importantemente de la aorta precoartación descenden a proporcionar mayor flujo de sangre a la aorta post-coartación.



F

Caso N° 6

Nombre: O. A.; V. R.

Sexo Femenino

Edad: 9 años

S. S. 18-6270-G

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia para el padecimiento actual

Antecedentes Personales Patológicos:

Refiere la madre que desde el nacimiento le notó tumoración en la nuca y gran desarrollo de los músculos trapecios. Se le auscultó soplo cardíaco por lo que se refirió al Cardiólogo. Al año de edad es internado en el Hospital del niño por disnea, permaneciendo hospitalizado 3 meses. Posteriormente le notan deficiencia en el desarrollo físico y mental, que le imposibilita ir a la escuela. Dos meses antes de su ingreso presenta dolor precordial luego del esfuerzo.

Padecimiento Actual:

Disnea de esfuerzos y hallazgo de soplo cardíaco.

Exploración Física:

Peso 47 lbs. Talla: 116 cms. PA.: 180/100 mm. Hg.

Hipodesarrollo pondo estatural. Facies ancha, nariz chata. Músculos trapecios bien desarrollados (pterigion coli). Raíz del cabello de implantación baja en el cuello.

Tórax ancho, en desproporción con la parte inferior del cuerpo.

Corazón: Apex en 5° E. II. y L. M. C. Ruidos cardíacos rítmicos 100 minuto. R1 nor-

mal. R2 reforzado en su componente pulmonar. Soplo protomesosistólico suave I/IV parasternal izquierdo bajo sin frémito. Pulsos femorales, poplíteos y pedios disminuídos.

Exámenes de Gabinete:

Química sanguínea: normal

Electrocardiograma: Crecimiento del Ventrículo Izquierdo B. I. R. D. H. H.

Diagnóstico Clínico: Síndrome de Turner, Coartación Aórtica.

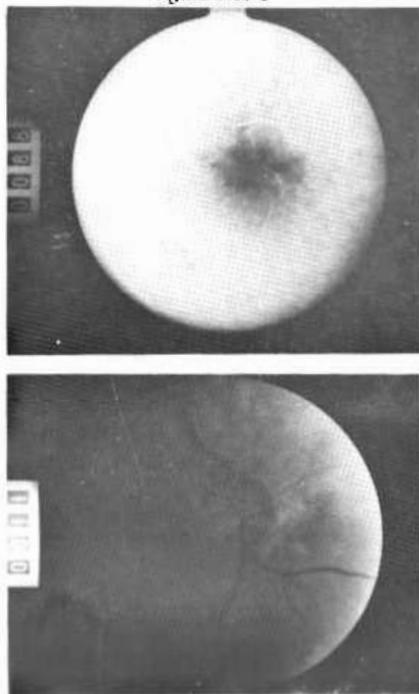
Cateterismo Cardíaco:

Demostrativo de Coartación

Operación:

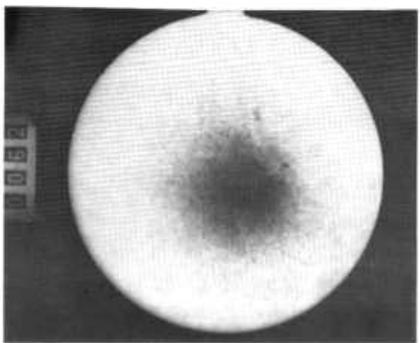
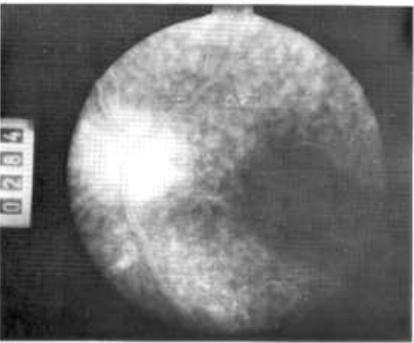
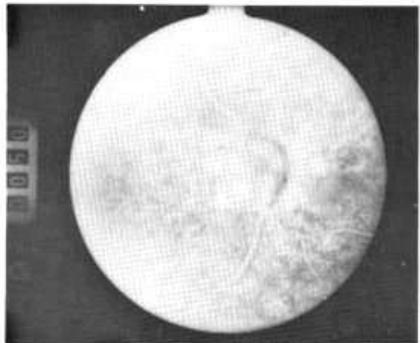
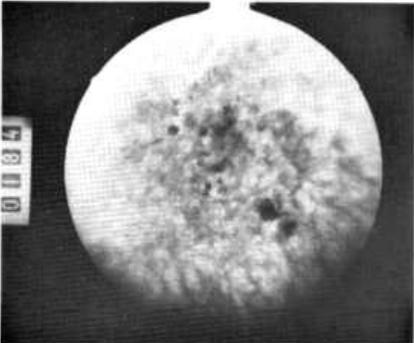
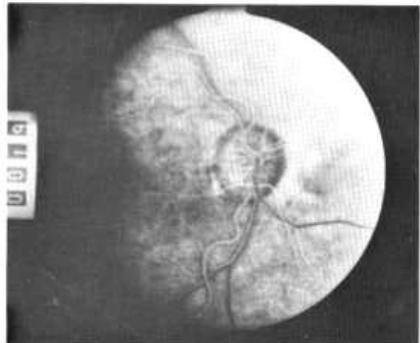
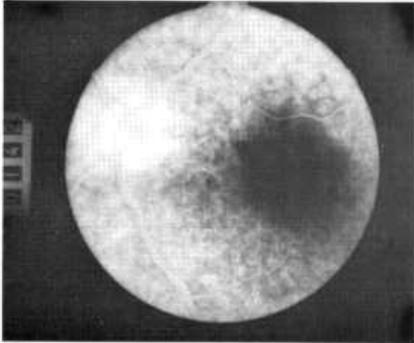
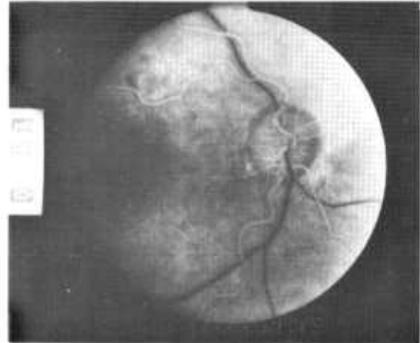
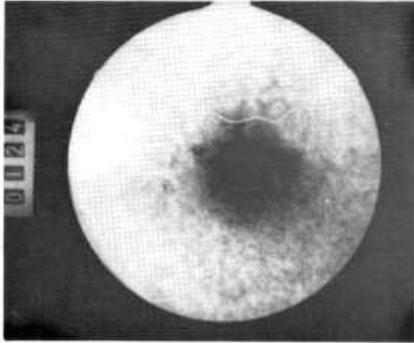
6 de febrero de 1973: Aortoplastia con parche de Dacrón no poroso. En el postoperatorio inmediato se palparon los pulsos pedios y femorales. PA. 120/80.

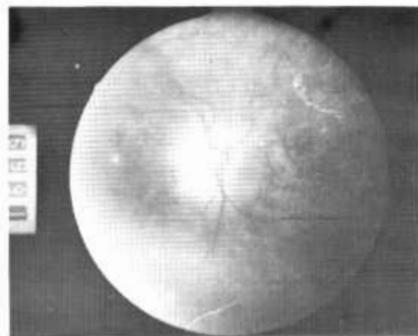
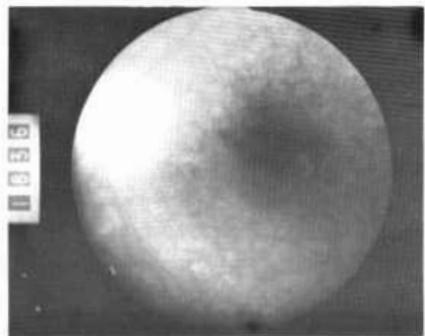
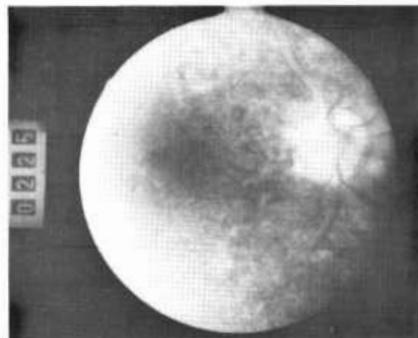
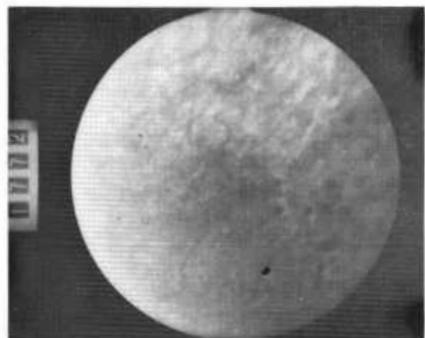
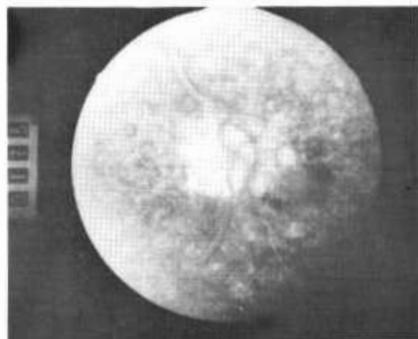
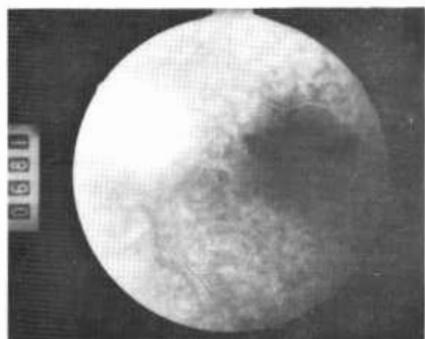
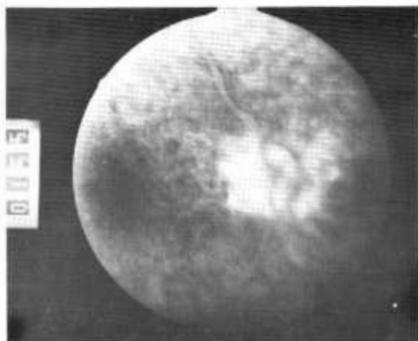
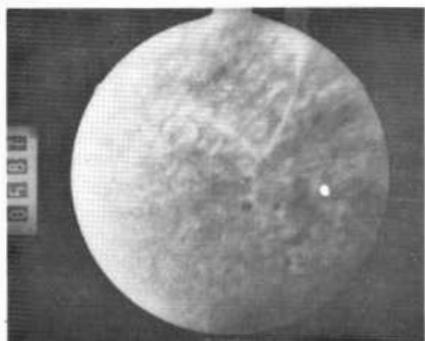
Figura No. 6



Para mostrar el estudio de los campos retinianos de un paciente con Cortación de la

Aorta operado y con elevación de la presión Arterial.





Caso N° 7
Nombre: S., C.
Sexo: Masculino
Edad: 21 años
S. S.: 172 3046

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos patológicos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto de embarazo y parto normales. Ha sido una persona saludable.

Padecimiento actual:

En una primera consulta hace aproximadamente 4 meses se le auscultó un soplo cardíaco. Desde hace 3 meses presenta palpitaciones fuertes, no relacionadas con el esfuerzo ni con estados emotivos.

Exploración Física:

Peso 142 lbs.
P. A.: 160/110 mm.
Hg. en el Brazo derecho
170/105 mm.
Hg. en el Brazo Izquierdo

Los pulsos en los miembros inferiores están disminuídos:

Pulso Pedio Izquierdo Derecho
++/++++ +/++++

Tibial Post. No palpable +/++++

La exploración del área cardíaca no revela frémitos a la palpación. El segundo ruido pulmonar es mayor que el segundo ruido aórtico. Se ausculta un so-

plo mesotelesistólico grado II/IV en 3° y 4° E. I. I. irradiado al ápex. No hay fenómenos diastólicos patológicos. El 1R es normal.

Exámenes de Gabinete:

Serie Cardíaca: Silueta cardíaca aumentada por prominencia de los arcos medio e inferior izquierdos. La relación cardio-torácica 16/30. No hay evidencia de lesiones pleurales ni pulmonares. Presencia de irregularidades en el margen inferior de varias costillas (Signo de Roesler) que orienta hacia la posibilidad diagnóstica de Coartación Aórtica.

Electrocardiograma:

Hipertrofia Ventricular Izquierda

Bloqueo Incompleto de R. D. H. H.

Cateterismo Cardíaco: Demostrativo de la existencia de una Coartación de la aorta, con enorme circulación colateral por bronquiales.

Operación:

23 Nov. de 1975. Evolución satisfactoria.

A. Muestra la clasificación de las Retinopatías Hipertensivas de cualquier etiología.

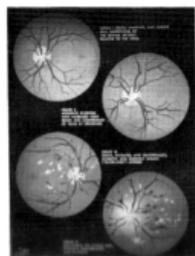
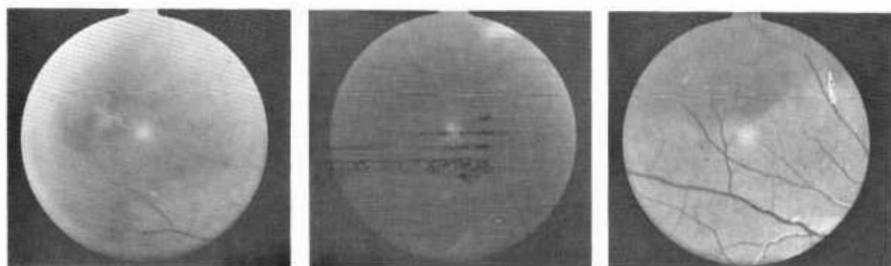


Figura No. 7

Figura No. 7

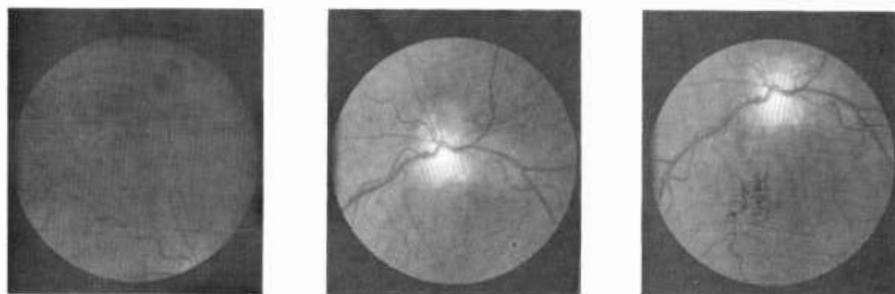


B

C

D

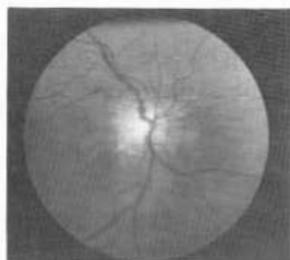
B, C y D. Muestra los cambios apreciados en un niño de 7 años con Coartación de la aorta, no operado.



E

F

G



H

E, F, G y H. Muestra los cambios importantes en el estudio de los campos retinianos observados en un caso de un adulto portador de una coartación aórtica, operado a la edad de 24 años, luego de 5 años de evolución post-operatoria, en el último de los cuales comenzó a presentar signos clínicos debido a elevación importante de la presión arterial sistémica.

Caso N° 8
Nombre: A., A.
Sexo: Masculino
Edad: 6 años
S. S. Privado

Antecedentes Familiares Patológicos:

Una prima hermana con Agenesia del árbol bronquial Izquierdo.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto del primer embarazo a término sin complicaciones. Parto cesareado por sufrimiento fetal y labor prolongada. Desarrollo pondoestatural normal.

Padecimiento actual:

Es referido al cardiólogo por escuchársele un soplo cardíaco.

Exploración Física:

Sin cianosis, disnea ni alteraciones en el desarrollo.

P. A.	Brazo derecho	Brazo Izquierdo
18/V/67	120/80	130/80
22/V/67	130/98	130/100
	Pierna derecha	Pierna izquierda
	120/80	120/80

Los pulsos pedios y tibiales posteriores apenas son perceptibles en ambos miembros inferiores. Pulsos femorales presentes pero disminuídos.

Corazón: Latido apexiano localizado en el 4° espacio intercostal izquierdo y línea medio-clavicular. Ruidos cardíacos

Rítmicos F. C.: 88 xmin. Se ausculta en área precordial un soplo protomesosistólico grado II/IV. El segundo ruido está desdoblado inconstantemente. No se palpa frémito. El resto de la exploración es normal.

Exámenes de Gabinete:

Electrocardiograma: Bloqueo de Rama Derecha incompleto. Hipertrofia ventricular Izquierda.

Cateterismo Intracardiaco:

Demostrativo de una coartación Aórtica severa.

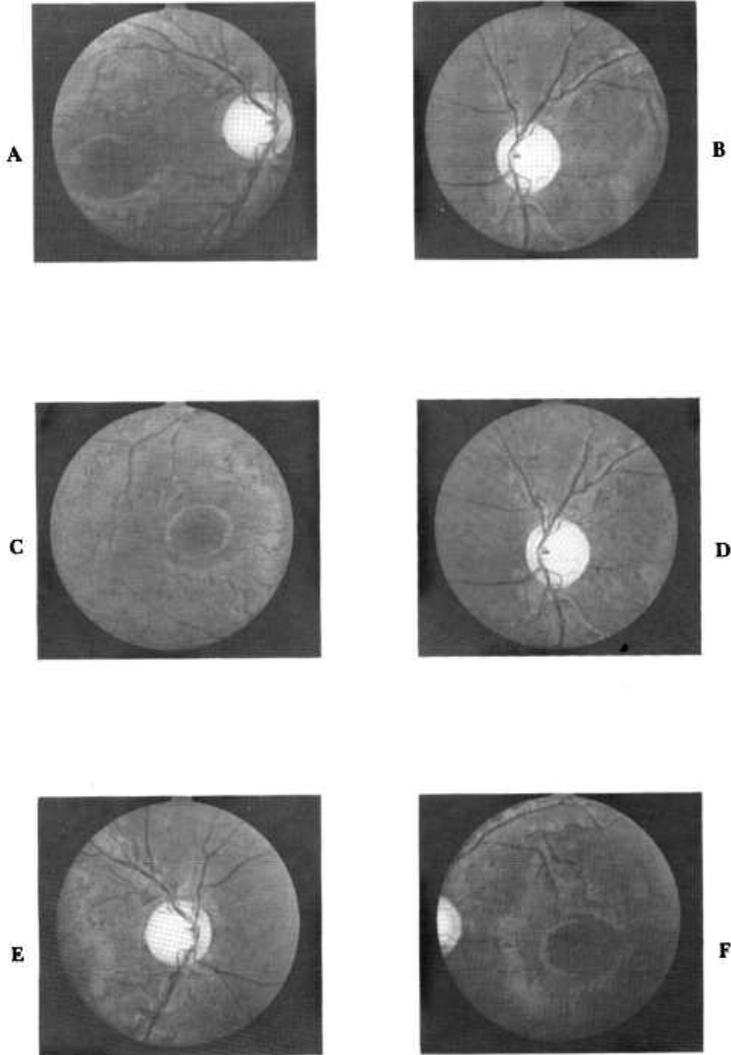
Pendiente de corrección quirúrgica.

Caso N° 9
Nombre: M., J.
Sexo: Masculino
Edad: 2 a 10 m
Caso Privado

Antecedentes Familiares Patológicos:

Padre con anomalía congénita del tubo digestivo operada a los 6 años de vida (?). Madre hipertiroides controlada. Diabetes Mellitus en varios miembros por rama paterna. Un primohermano portador de una comunicación Interventricular fue operado para cierre del defecto y vive.

Figura No. 8



Muestra los cambios obtenidos en el estudio de los campos retinianos de un niño de 8 años portador de una coartación de la aorta no operada. Si no fuera por las capas de fibras nerviosas que se observan podría considerarse que este fondo de ojo es patológico y que se trata del de un anciano con insuficiencia vascular.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto del tercer embarazo de 8 meses de evolución, que cursó con elevación de la presión arterial en la madre. Amenaza de parto prematuro a los 7 meses. Parto cesareado por cesarea anterior y malposición fetal. Desde el año y medio de edad presenta procesos infecciosos respiratorios frecuentes y en una ocasión presentó episodios convulsivos febriles.

Padecimiento Actual:

Acude por hallazgo de soplo cardíaco desde el año de edad, asociado a procesos infecciosos respiratorios frecuentes. Actualmente la madre nota fatigabilidad e intolerancia al ejercicio después de correr una cuadra.

Exploración Física:

Desarrollo pondoestatural normal. Peso: 28 lbs.

Talla: 35 pulgadas. Pulso: 100 x min P. A.: 100/60 en ambos miembros superiores. No palpable en las piernas. Los pulsos periféricos están presentes en las extremidades superiores. Los pulsos femorales son débiles y retardados. Hay ausencia de los pulsos pedidos y tibiales posteriores. Pulsos palpables en regiones subescapular e intercostal. Soplo continuo de maquinaria mejor oído en el borde esternal izquierdo superior. Ruidos cardíacos apagados; hay un tercer ruido de galope.

Exámenes de Gasinete:

Serie Cardíaca: silueta cardíaca está dentro de límites normales. No hay anomalías pulmonares.

Electrocardiograma: Crecimiento Ventricular Izquierdo por sobrecarga diastólica. Bloqueo Incompleto de rama derecha del Has de Hiss.

Cateterismo Intracardiaco: Muestra una Coartación aórtica moderada con un 50% de estrechamiento en el istmo de la aorta con moderada circulación colateral.

Operación:

28 de febrero de 1974. Resección de la coartación y colocación de un parche de dacrón.

Caso N° 10

Nombre: M. L., G. A.

Sexo Masculino

Edad: 23 años

S/N H. S. T.

Antecedentes Patológicos Familiares:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Saludable hasta hace aproximadamente 3 años.

Padecimiento Actual:

Consulta al urólogo por impotencia sexual frecuente y ausencia de erección previa al

acto sexual. Sensación de oleada de sangre a las extremidades superiores y a la cabeza durante el acto sexual. Presenta además fatigabilidad de Miembros Inferiores al caminar, con dolor en las rodillas y piernas cuando permanece mucho tiempo en posición erecta. Nota diferencia entre sus extremidades superiores e inferiores, notando en estas últimas adinamia y disminución de la fortaleza muscular. Ocasionalmente presenta cefaleas.

Exploración Física:

Peso: 175 libras P. A.: 190/100 mm. Hg.

Los pulsos Femorales están presentes aunque débiles. Hay ausencia de pulsos políteos, pedios y tibiales posteriores.

Corazón: Ruidos Cardíacos rítmicos 88 x min. Soplo holosistólico en mesocardio 2/6. El primer y el segundo ruidos son normales. El latido apexiano se palpa en el 5° E. I. I. por fuera de la línea medio-clavicular.

Exámenes de Gabinete:

Electrocardiograma: Bloqueo Incompleto de la Rama Derecha del Has de Hiss.

Crecimiento de cavidades Izquierdas.

Trastorno Inespecífico de la repolarización en la cara lateral del V. I.

Serie Cardíaca: Cardiomegalia grado I a expensas del V. I.

Esofagograma normal. No hay signo de Roesler.

Cateterismo Intracardíaco: Demostrativo de Coartación tipo adulto.

Operación: 24 de enero de 1972. Resección de la Coartación y anastomosis término-terminal con implantación de parche de Dacrón No. 20 en Aorta. El paciente evolucionó bien en el postoperatorio y fue dado de alta a los 8 días de operado. Su evolución posterior es normal.

Caso N° 11

Nombre: B., S.

Sexo: Masculino

Edad: 7 años

S. S.: 62-3979D

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto de gestación a término que evolucionó con hiperemesis en la madre durante los 3 primeros meses. Parto eutócico. Peso al nacimiento: 8 libras. Período del recién nacido: normal.

Padecimiento actual:

En 1972 a raíz de un episodio de dificultad respiratoria y cefaleas, fue llevado al médico, quien luego del examen físico le

encontró un soplo cardíaco, motivo por el cual se solicita consulta cardiológica.

Exploración Física:

P. A.: 135/85 mm. Hg.
en brazo izquierdo
130/80 mm. Hg.
en brazo derecho

Paciente con buen desarrollo pondoestatural, sin disnea ni cianosis, con palidez de tegumentos.

Los pulsos periféricos: los femorales se palpan aunque débilmente. No se palpan los pulsos poplíteos, pedios ni tibiales posteriores de ambas extremidades inferiores.

Corazón: Ruídos cardíacos rítmicos 100 x min. Soplo protomesosistólico II/VI audible mejor en foco aórtico accesorio, endoápex, ligeramente irradiado al foco mitral. No se palpa frémito. El 1R y el 2R con dos componentess son normales. El latido apexiano en 50 E. I. I. y L. M. C. El resto de la exploración física es negativa por datos patológicos.

Exámenes de Gabinete:

Electrocardiograma: Hipertrfia Ventricular Izquierda y Bloqueo de rama derecha del Has de Hiss.

Serie Cardíaca: La vascularidad pulmonar es normal. La relación cardiorácica es de 10.5/20.5. Hay ligero crecimiento del ventrículo izquierdo. La aorta ascendente es normal y el

botón aórtico está ligeramente prominente. No se visualiza la aorta descendente. No hay signo de Roesler.

Cateterismo Intracardiaco: Demostrativo de Coartación aórtica tipo adulto.

Estudio de campos retinianos: Ver fotos.

Este paciente evoluciona con fatigabilidad de sus miembros inferiores y precordialgias muy ocasionales. Está programado para cirugía.

Caso N° 12

Nombre: Ch. R., A. M.

Sexo Masculino

Edad: 9 meses

S/N H. del N.

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia. Diabetes en abuela materna.

Antecedentes Personales Patológicos:

Es el segundo producto de gestación a término sin complicaciones. Parto eutócico. Al mes de nacido comenzaron a notarle disnea frecuente que aumentaba con el llanto. A las 4 semanas de vida fue llevado al médico quien lo encontró en franca insuficiencia cardíaca y comenzó su digitalización.

Exploración Física:

Niño de raza negra, disneico levemente. No se palpan pulsos

en miembros inferiores incluyendo femorales.

a los 4 meses: P. A.:
150/80 mm. Hg.

a los 7 meses: P. A.:
190/80 mm. Hg.
en miembros superiores
105/80 mm. Hg.
en miembros inferiores

Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos: 100 x min.

Se ausculta soplo protomesosistólico 2/6 en mesocardio. El primer y segundo ruidos con dos componentes son normales. El latido apexiano se palpa en el 5° E. I. I. y L. M. C. No se palpa fremito en el área cardíaca.

Los pulsos en los miembros superiores son amplios.

Exámenes de Gabinete:

Electrocardiograma: Bloqueo de rama derecha.

Crecimiento Ventricular Izquierdo.

Cateterismo Intracardiaco: Demostrativo de la coartación aórtica, tipo adulto.

Operación:

28 de julio de 1973. Buena evolución.

Sexo: Masculino
Edad: 1 mes 12 días
S. S. 55-6349

Antecedentes Familiares Patológicos:

Madre de 30 años bajo tratamiento por esterilidad primaria antes de este embarazo. G: I. P. A: 0. El embarazo fue a término y evolucionó con hipertensión arterial en el último trimestre. Parto cesareado, pesó al nacimiento: 6 lb. 12 Onz. En condiciones delicadas con palidez generalizada, cianosis leve perioral y de miembros inferiores y disnea.

Padecimiento actual:

Con los datos anteriores se solicitó consulta a cardiología pediátrica y el niño fue sometido al cateterismo intracardiaco.

Exploración Física: Recién nacido en muy malas condiciones con cianosis 2/6 perioral y de miembros tanto superiores como inferiores. No se palpan pulsos en miembros inferiores, los femorales son muy débiles. A nivel del área cardíaca: apex en 4° E. I. I. y L. M. C. F. C. 16° x min. Soplo holosistólico paraesternal izquierdo bajo con poca irradiación, sin frémito. El primer y el segundo ruidos cardíacos son normales. No se tomó la P. A.

Exámenes de Gabinete:

Electrocardiograma: Bloqueo Incompleto de Rama derecha. Hipertrofia Ventricular derecha severa.

Caso N° 13
Nombre: Hijo de G. de T.

Rx PA de Tórax: sin cardiomegalia.

Cateterismo Intracardíaco: Coartación de la aorta severa tipo Infantil.

Persistencia del Conducto Arterioso

Comunicación Interventricular

Doble emergencia de los Grandes Vasos del Ventrículo derecho.

El paciente fue sometido a la cirugía pero falleció. Los resultados del estudio necrópsico comprobaron los hallazgos del cateterismo.

Caso N° 14

Nombre: H., M.

Sexo: Masculino

Edad: 29 años

S/N Caso privado

Antecedentes Patológicos Familiares:

Sin datos patológicos de importancia. Padre diabético y alcohólico.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto de un parto prematuro de 7 meses. Padeció las enfermedades infectocontagiosas del infante. A los 3 años tuvo una fractura de radio derecho.

Hábitos: Tabaquismo y Etilismo crónico. Fuma 1 1/2 paquetes de cigarrillos desde hace

12 años. Toma entre 21 y 28 cervezas semanales.

Revisión de Síntomas por Sistemas: Antes de la operación, asintomático cardiovascular, hace 5 años. En la esfera sexual presenta eyaculaciones prematuras. Ha acudido al médico especialista quien lo ha estudiado e incluso un espermograma realizado es normal. No ha tenido descendientes.

Padecimiento Actual:

En un examen físico rutinario en 1969, se le auscultó un soplo cardíaco y se descubrió que tenía ausentes los pulsos en las extremidades inferiores. El nunca presentó claudicación intermitente, incapacidad para correr, jugar o trabajar.

En la actualidad es referido a nuestra consulta para evaluarlo cardiovascularmente porque evoluciona con Hipertensión arterial, con cefaleas intensas, gran nerviosismo y fatigabilidad de las extremidades inferiores así como alteraciones de la visión.

Exámenes de Gabinete:

1969:

Serie Cardíaca: Signo del 3 en el Esofagograma y Signo de Roesler (erosión del borde inferior de varias costillas. Crecimiento del V. I.

Electrocardiograma: Crecimiento del Ventrículo Izquierdo.

Cateterismo Intracardíaco: Demostrativo de la lesión y de

marcada circulación colateral. 1974: Cardiomegalia. Leve dilatación de la Aorta desc.

Exploración Física:

1969: P. A.: 160/95 mm. H.G.
en miembros superiores
160/95 B. D.
155/95 BI

Torax: Leve prominencia medio-esternal. Corazón: Soplo sistólico grado 2/6 en el área precordial baja y hacia el epigástrico. Soplo sistólico débil audible con mayor claridad sobre las costillas y posteriormente sobre la escápula. Ni hay fenómenos diastólicos ni frémitos y tanto el 1R como el 2R son normales. Los pulsos en las extremidades superiores son sincronos bilateralmente, llenos al igual que los carotídeos y subclavios. Los pulsos femorales están disminuídos y no se palpan los pulsos poplíteos, pedios ni tibiales posteriores.

Actualmente los pulsos de la extremidad inferior derecha están más disminuídos que los de la extremidad inferior izquierda al igual que la P. A. muestra diferencias:

B. D.:	Sentado:	200/100
	Acostado:	180/100
	Parado:	180/100
B. I.:	Sentado:	180/100
	Acostado:	160/100
	Parado:	180/100

No auscultamos el soplo antes descrito a la auscultación cardíaca. Se escucha un soplo mínimo supraesternal y carotí-

deo izquierdo. Los ruidos cardíacos son normales.

Operación:

31 de julio de 1969: Resección de la Coartación con reemplazo del segmento resecaado con un parche de teflon.

Caso N° 15

Nombre: T., C., L.

Sexo: Masculino

Edad: 18 años

S. S.: 23-5608D

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto de parto y gestación normales. Desde los 4 meses historia de dificultad respiratoria y resfriados. A los 4 años es visto por un Alergólogo quien le encuentra al examen físico un soplo cardíaco por lo que lo refiere al cardiólogo (junio 1963).

Exploración Física: PA. 150/100 mm. Hg. en miembros superiores. No se palpan pulsos femorales ni pedios. Corazón: soplo sistolodiastólico con máxima intensidad en el foco pulmonar, no contínuo. El 2RP está acentuado. Con estos datos y el diagnóstico clínico de Coartación aórtica con conducto arterioso persistente se sometió al

estudio de cateterismo intracardiaco confirmatorio de la lesión. Fue operado en mayo de 1965, reseándose el área de coartación y el conducto con anastomosis término-terminal. Hasta los 9 años continuó presentando infecciones repetidas de las vías respiratorias superiores Actualmente asintomático cardiovascular excepto por parestesias tipo calambres en miembros inferiores y signos de claudicación a los grandes esfuerzos del miembro inferior derecho.

Exploración Física:

P. A.:

Brazo derecho: 140/95 mm. Hg.

Pierna derecha: No.

Brazo Izquierdo: 140/90

Pierna Izquierda: 100/80

Pulsos: Derecho Izquierdo

Carotídeos	3+	3+
Radial	3+	3+
Femorales	0	1+
Poplíteos	0	0
Pedios	0	0
Tibiales Posteriores	0	0

Corazón:

Se ausculta soplo protomesosistólico, eyéctil grado I-II/VI auscultable mejor en focos de la base predominantemente foco aórtico El 1R es normal.

P. A.: 1974. Brazo derecho
140/100

Brazo izquierdo
140/105

Pulsos del M. S. D. Femorales débiles

Pulsos del M. S. D.

Poplíteos Pedios Tibiales
ausentes ausentes Ausentes

Los hallazgos a nivel del área cardíaca permanecen invariables.

Exámenes de Gabinete:

Serie Cardíaca preoperatoria (1963) Cardiomegalia a expensas del V. I.

2. Sospecha de Persistencia del Timo.
3. Aumento de la Vascularidad pulmonar por probable cortocircuito de Izquierda a derecha.

Serie Cardíaca: 1974

1. Cardiomegalia Grado I a expensas del V. I.

Electrocardiograma: 1963

1. Bloqueo Incompleto de la Rama Derecha del Haz de His.
2. Hipertrofia del Ventrículo Izquierdo.

Electrocardiograma actual:

1. Bloqueo incompleto de la rama derecha del Haz de His.

Electroencefalograma en vigilia y post-prandial: El registro es considerado normal.

Retinografía: El estudio de los campos retinianos se considera normal. No hay signos de retinopatía hipertensiva.

Estudios Psicológicos: Demuestran alteraciones de conducta.

Evolución: Este paciente evoluciona en la actualidad con ligera hipertensión arterial sistémica de miembros inferiores. El estudio hemodinámico muestra un área de recoartación con un gradiente de 20 mm. de Hg. Esta pendiente de una arteriografía femoral derecha.

Caso N° 16
Nombre: S. C., J.
Sexo: Femenino
Edad 9 años
S. S.

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos patológicos de importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes Personales Patológicos:

Gestación y Partos normales. Historia de resfriados frecuentes desde pequeña. Asintomática cardiovascular.

Padecimiento Actual:

Acude al cardiólogo porque su médico pediatra en un examen rutinario le encontró un soplo cardíaco y el electrocardiograma mostró alteraciones.

Nota la madre disnea de grandes esfuerzos y palpitaciones.

Exploración Física:

Bien desarrollada sin disnea ni cianosis ni hipocratismo digital.

P. A. en ambos brazos 130/85 mm. Hg.

Pulsos arteriales periféricos: Presentes en los miembros superiores con características normales. En los miembros inferiores LOS FEMORALES son débiles pero están presentes. No se palpan los pulsos pedios ni tibiales posteriores de ambas extremidades.

Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos 80 x min. Soplo protomesosistólico I/IV paraesternal izquierdo bajo sin frémito y sin irradiación. El 1R es normal, el 2R está desdoblado en forma inconstante. El latido apexiano está localizado en el 5° E. I. I. y en la línea medio-clavicular.

Exámenes de Gabinete:

Serie Cardíaca: Cardiomegalia grado I a expensas del V. I. Vascularidad pulmonar normal. Pedículo Vascular normal.

Electrocardiograma: Bloqueo Incompleto de la Rama derecha del Haz de Hiss. Hipertrofia del Ventrículo Izquierdo y de la A. I.

Cateterismo Intracardíaco: Demostrativo de la existencia de un Coartación tipo adulto con circulación colateral moderadamente importante.

Pendiente de la corrección quirúrgica de la lesión.

Caso N° 17
Nombre: G. A., A.
Sexo: Femenino
Edad: 9 años
S. S.: 38-0148

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia. Sus padres y 5 hermanos son normales. Producto de embarazo y parto normales

Antecedentes Personales Patológicos:

Fiebres intermitentes desde los 2 años, con intervalos de 5 a 6 meses, motivo por el que ha acudido a varios médicos.

Padecimiento actual:

Viene referido por el médico pediatra anotando que desde los 2 años cuando corre o juega presenta cansancio, disnea y palpitaciones. Además presenta cianosis labial y perioral durante el llanto.

Exploración Física:

Niña que aparenta menos edad que la cronológica, delgada con déficit en el crecimiento y desarrollo.

P. A.:

Brazo derecho	Brazo Izquierdo
130/80	130/70
Pierna derecha	Pierna Izquierda
110/80	110/70

Pulsos Periféricos:

Carotídeos sincronos bilateralmente con soplo irradiado de focos de la base. Los pulsos de

las extremidades inferiores femorales, poplíteos, pedios y tibiales posteriores están presentes pero débiles.

Tórax: leve abultamiento sobre la región mamaria izquierda.

Corazón: Latido apexiano en el 5° E. I. I. y línea medio-clavicular izquierda. El 2R está desdoblado inconstantemente. Se ausculta un soplo sistólico y tricuspídeo.

Los dedos de los pies están algo aumentados de tamaño; no hay hipocratismo digital. Hay poco desarrollo muscular de las extremidades inferiores.

Abdomen: Hepatomegalia a 2 cms. por debajo del reborde costal derecho.

Exámenes de Gabinete:

Electrocardiograma: Informado como normal.

Serie Cardíaca: Ligera prominencia del arco superior derecho de la silueta cardíaca. La vascularización pulmonar está dentro de límites normales. No hay evidencia de aumento de volumen de las cámaras cardíacas.

Cateterismo Intracardiaco: El aortograma fue demostrativo de la Coartación aórtica inmediatamente por debajo de la subclavia izquierda. Dilatación grado I de la aorta ascendente. La fase de nefrograma es normal. Durante el cateterismo derecho se consideró la posibilidad de que existiera una Vena Cava superior Izquierda persistente, pero la revisión mostró la intro-

ducción del cateter por el seno coronario.

Operación: 21 de noviembre de 1968. Resección de la Coartación aórtica con anastomosis término-terminal más división y ligadura del Conducto Arterioso persistente.

Descripción Macroscópica de la Coartación: segmento de vaso arterial en forma de reloj de arena que mide 1 cm. de longitud por 0.7 cms. de diámetro y 0.5 cms. en la porción más estrecha, en la cual hay orificio de 0.2 cms. de diámetro.

Evolución: Post-operatoria Tardía: El paciente se ha ausentado de nuestra consulta por lo que no hemos podido reevaluarlo. Sería este el caso de mayor evolución post-operatoria (8 años).

Caso N° 18

Nombre: R. P., D.

Sexo: Masculino

Edad: 3 meses

S/N H. del N.

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos patológicos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto de gestación y parto normales. Nació cianótico y con dificultad respiratoria. Permaneció en incubadora durante 10

días. Fatiga fácil al tomar sus alimentos y cianosis perioral y de extremidades, en esta últimas más importante en las extremidades inferiores. Hallazgo de soplo cardíaco desde el nacimiento.

Padecimiento Actual:

Viene referido con el diagnóstico de cardiopatía congénita en estudio y para que en nuestro laboratorio se le efectúe el cateeterismo intracardíaco. Recibe digital.

Exploración Física:

Niño hipodesarrollado, con disnea ligera, cianosis perioral, subungueal y diferencial a favor de las extremidades inferiores. No se palpa los pulsos femorales, poplíteos, pedios ni tibiales posteriores de ambas extremidades inferiores.

Los pulsos de los miembros superiores son amplios y están presentes sincrónicamente.

Corazón:

Con ritmo de galope 110 x min. Soplo sistólico (protomesa) grado 2/6 paraesternal izquierdo alto y medio sin frémito. El 1R es normal El 2RP está reforzado. El latido apexiano se palpa en el 4° E. I. I. y L. M. C.

Exámenes de gabinete:

Electrocardiograma: Crecimiento del V. D. Crecimiento del V. I. Bloqueo de la rama derecha del Haz de Hiss.

Serie Cardíaca: No contamos con el informe.

Cateterismo intracardíaco: El aortograma demostró una extensa coartación de la aorta que permitió clasificarla dentro del tipo infantil. No se efectuó ventriculografía izquierda.

Operación: El paciente falleció en el transoperatorio.

Hallazgos de la necropsia: Coartación de la Aorta tipo Infantil.

Caso N° 19

Nombre: A., V.

Sexo: Masculino

Edad: 3 años

S. S.: 11-8551H

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Es producto de una gestación a término normal. Parto eutócico. Desde pequeño viene presentando infecciones repetidas de vías respiratorias superiores. Bronquitis en una ocasión.

Padecimiento actual:

Es referido por su pediatra para una evaluación cardiológica por el hallazgo de soplo cardíaco. Asintomático cardiovascular.

Exploración Física:

Paciente hipodesarrollado para su edad, sin disnea ni cianosis.

P. A.: 130/90 en ambos brazos.

Pulsos Periféricos:

Se palpan los femorales débiles. No se palpan los poplíteos, pedios ni tibiales posteriores.

Corazón:

Se ausculta un soplo con carácter de continuidad infraclavicular izquierdo y en el hueco supraesternal. El segundo ruido prácticamente está borrado por el soplo y no hay el reforzamiento telesistólico del soplo del conducto. El 1R es normal. El latido apexiano se palpa en el 5° E. I. I. y línea medio-clavicular izquierda.

Exámenes de Gabinete:

Electrocardiograma: Crecimiento del Ventrículo Izquierdo por sobrecarga diastólica. Bloqueo Incompleto de la rama derecha del Haz de Hiss.

Serie Cardíaca: Cardiomegalia grado I a expensas del V. I.

Cateterismo Intracardíaco: Demostrativo de la existencia de una Coartación aórtica tipo adulto con la asociación del Conducto arterioso persistente.

Operación:

El paciente fue operado corroborándose el diagnóstico. Se

realizó resección del área coartada, división y sutura de los extremos seccionados del conducto, y anastomosis término-terminal.

Su evolución post-operatoria tardía es buena.

Caso Nº 20

Nombre: Ch. de D., C.

Sexo: Femenino

Edad: 28 años

S. S.

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de Importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Desde pequeña le auscultaron un soplo en el corazón, motivo por el que siguió bajo control cardiológico.

Padecimiento Actual:

Luego de la muerte de un familiar ocurrida hace una semana ha comenzado a presentar cefáleas. En el día de hoy mientras se bañaba, tuvo pérdida de conocimiento y en esas condiciones es conducida a una clínica particular, en donde se le elabora el diagnóstico neurológico de Hemorragia Cerebral. A las 48 horas después de iniciado el episodio agudo, fallece.

No contamos con los datos de laboratorio de esta paciente, pero el estudio necrótico de-

mostró la existencia de una coartación aórtica con ruptura de un aneurisma de la arteria cerebral media.

Caso Nº 21

Nombre: M., E.

Edad: 6 años

Sexo: Masculino

S/N Caso privado

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto de un embarazo y partos normales. Asintomático cardiovascular hasta la actualidad.

Padecimiento Actual:

Acude a la consulta cardiológica por el hallazgo de un soplo cardíaco durante un examen físico rutinario.

Exploración Física:

Paciente bien desarrollado, sin disnea ni cianosis.

Pulsos periféricos: Ausencia de pulsos poplíteos, pedios y tibiales posteriores.

P. A. 130/90 en ambos miembros superiores.

Corazón:

En área precordial se ausculta soplo protomesosistólico grado

I/IV sin frémito y sin irradiación. El 1R y el 2R son normales con sus dos componentes. El apex cardíaco está en límites normales.

Exámenes de Gabinete:

Electrocardiograma: Crecimiento del Ventrículo Izquierdo.

Bloqueo incompleto de rama derecha del Haz de Hiss.

Serie Cardíaca: Sin cardiomegalia. Normal, no se observa crecimiento de cavidades.

Con el diagnóstico de Coartación Aórtica: se le planteó a los padres el estudio de Cateterismo intracardíaco, lo cual decidieron realizar en los Estados Unidos de Norte América, (Houston, Texas) en donde este paciente fue operado.

Caso N° 22

Nombre: L., W.

Sexo: Masculino

Edad: 13 días

S/N H. del N.

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto de una gestación a término que evolucionó normalmente. El parto fue normal. Desde el nacimiento presentó dificultad respiratoria y cianosis

perioral, a la vez que se le auscultó un soplo cardíaco. Ha estado resfriado en una ocasión.

Padecimiento actual:

Viene referido por hallazgo de soplo cardíaco para evaluación cardiológica y cateterismo intracardíaco.

Exploración Física:

F. R. 32 x min T° 36.7°C Peso: 3,5 Kg.

Cianosis perioral que se exacerba durante el llanto, grado I/IV.

Corazón: Ruidos cardíacos arrítmicos con ritmo de galope. F. C. 160 x min. No ausculto soplos. El 1R es normal el 2R parece tener los dos componentes. El latido apexiano en 5° espacio intercostal izquierdo y línea medio claviclar izquierda. Hay tiraje sub e intercostal.

Pulsos periféricos: Femorales muy débiles, no se auscultan soplos. Los pulsos poplíteos y pedios están ausentes.

Exámenes de gabinete:

Electrocardiograma: Crecimiento Ventricular Derecha por sobrecarga diastólica. Bloqueo Incompleto de la rama derecha. Crecimiento del Ventrículo Izquierdo. Eje a la derecha.

Serie cardíaca: Vascularidad pulmonar aumentada. Pedículo vascular normal. Crecimiento del V. I.

Cateterismo Intracardíaco: Demostrativo de la zona de

coartación aórtica más Conducto arterioso persistente que se logró sondear.

Operación:

Resección de la coartación con anastomosis término-terminal y sección y sutura de los extremos del Conducto Arterioso Persistente. Su evolución postoperatoria inmediata fue buena y se le dio de alta a los 14 días de operado. Su evolución postoperatoria tardía ha sido seguida en el hospital del Niño.

Caso N° 23

Nombre: Z., Z.

Sexo: Femenino

Edad: 6 años

S. S.: 29-1566

Antecedentes Familiares Patológicos:

Sin datos de importancia.

Antecedentes Personales Patológicos:

Producto de gestación y parto normales. Peso: 6 1/2 libras al nacer. Resfriados desde el nacimiento. En una ocasión padeció Bronquitis. Desde los 3 meses de vida se le auscultó un soplo cardíaco. No hay historia de caída en insuficiencia cardíaca.

Padecimiento Actual:

Viene referido por su pediatra por el hallazgo de soplo cardíaco y la historia de resfriados frecuentes para una evaluación cardiológica.

Exploración Física:

P. A.

Brazo Derecho Brazo Izquierdo
140/90 140/95

Pierna Derecha Pierna Izquierda
110/70 110/80

Pulsos periféricos:

Débiles en la región femoral bilateralmente. Los pulsos poplíteos y pedios al igual que los tibiales POSTERIORES no se palpan. Los pulsos en las extremidades superiores: radiales y cubitales presentes con características normales.

Corazón:

Ruidos cardíacos rítmicos 100 x min. 1R y 2R normales. Este último desdoblado en forma fisiológica. Soplo sistólico I/IV en mesocardio sin frémito y sin irradiación definida. Apex en 5° espacio intercostal izquierdo y L. M. C.

Exámenes de Gabinete:

Bloqueo de la rama derecha. Eje a la derecha.

Serie Cardíaca: Normal.

Cateterismo Intracardíaco:

Demostrativo de una Coartación tipo Adulto.

**ESTUDIO PRELIMINAR DE LOS RECIEN NACIDOS
DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL GENERAL
DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE ATENCION ALTO RIESGO**

*Dra. Doris E. Chorres

**Dra. María I. de Arias

Introducción

Hay un gran número de problemas neonatales que ocurren tan pronto el niño nace y son como resultado de factores prenatales. Estos factores se conocen como factores de alto riesgo. Así la condición del infante se determina por una gran cantidad de factores antecedentes tales como genéticos, salud materna, antes y durante la gestación, complicaciones del embarazo, desarrollo del feto, curso de la labor y parto.

Muchos de estos factores están asociados con la prematuridad y niños en término de bajo peso.

Los niños prematuros tienen una alta incidencia relativa al retardo mental y signos neurológicos, especialmente los niños de más bajo peso al nacer de 1500 gramos y baja edad gestacional. Así la microcefalia, la displasia espástica, episodios convulsivos y electroencefalogramas anormales son los signos más frecuentes de desórdenes cerebrales. La Membrana Hialina se ob-

serva a menudo en los prematuros y su hipoxia prolongada aumenta el riesgo de daño cerebral, al igual que las altas concentraciones de oxígeno dan lugar a fibroplasia retrolental.

Hay que tener presente la relación entre bajo peso al nacer y edad gestacional. Factores socioeconómicos influyen sobre el ambiente postnatalmente, siendo estos niños pequeños para la edad gestacional más frecuentes entre las familias de escasos recursos económicos. El bajo coeficiente de inteligencia se relaciona a ambos factores. Los niños de madre tóxica y el niño más pequeño de los mellizos tienden a tener peso por debajo de los 2000 gramos. La hipoglicemia es frecuente en estos niños, produce bajo nivel de inteligencia y anomalías neurológicas si no son tratadas a tiempo.

Estudios han demostrado que hay disminución de la incidencia de desórdenes mentales y neurológicos con el mejoramiento de la atención inmediata con los cuidados intensivos del infante.

* Jefe de la Sección de Neonatología C. S. S.

** Psiquiatra Infantil-Jefe de la Sección de Paidopsiquiatría, C. S. S.

Así se observan diferencias de estos desórdenes entre los grupos de 1961-1965-1968 con la alimentación temprana corrección de los disturbios metabólicos y administración libre de oxígeno.

Un estudio de los factores de alto riesgo relacionados con los problemas neonatales en el Hospital General de la Caja de Seguro Social nos mostró una incidencia de 25 a 30%. Los problemas neonatales que se presentaron en el año 1975 fueron los siguientes: Hiperbilirubinemia 14%, exsanguinotransfusiones 1.4%, Insuficiencia Respiratoria Periférica 2.8%, Insuficiencia Respiratoria Central (Apgar menos de 4) 3.9%, Infecciones 3.6%, Anomalías Congénitas Mayores 1.6%, Prematuridad 4.3% Recién Nacidos de bajo peso 3.2%

Para la evaluación postnatal de estos recién nacidos de alto riesgo se inició una Clínica de Recién Nacido de Alto Riesgo en la Policlínica Especializada del Seguro Social a partir de noviembre de 1975.

Esta Clínica funciona en conjunto con Neonatología, Paidosiquiatría, Fisiatría, Servicio Social y Enfermera de Alto Riesgo y con la estrecha colaboración del Neurólogo y Foniatra y otras especialidades relacionadas con el problema del niño.

En esta Clínica se han evaluado 202 recién nacidos de alto

riesgo en un período de tres meses logrando un 90% de asistencia de estos pacientes por medio de la orientación de nuestro personal de Neonatología.

Este es un estudio prospectivo preliminar de los recién nacidos de alto riesgo que han sido atendidos en esta clínica, sus factores de alto riesgo, sus problemas neonatales y sus primeros trastornos neurológicos y psicomotores detectadas que han recibido rehabilitación temprana para que lleguen a tener buen desarrollo integral, y un aprendizaje normal.

Material y Métodos:

Entre los meses de noviembre de 1975 a enero de 1976, se registraron 728 nacimientos en el Hospital General de la Caja de Seguro Social siendo controlados en nuestra Clínica de Recién Nacidos de Alto Riesgo 202 recién nacidos o sea un 27.7% de los niños nacidos en el Hospital.

Para la detección de estos niños se basó en la lista de factores de alto riesgo y los desórdenes neonatales producidos, que se muestra en el Cuadro 1.

El control de los casos de recién nacidos de alto riesgo es como sigue:

1. Todo Recién Nacido Clasificado por el Neonatólogo como alto riesgo llevará un sello AR en la Hoja Perinatal de salida y en la Hoja de Control de

Cuadro 1

FACTORES MATERNOS DE ALTO RIESGO

I. ANTES DE PARTO

- Metabólicos - Diabetes
- Malnutrición
- Cardíacos - Fallo cardíaco
- Pulmonares - Asma Bronquial
- Hematológicos - Incompatibilidad ABO, Rh
- Púrpura Trombocitopénica Ideopática
- Anemia Falciforme
- Anemia Ferropriva
- Irradiaciones
- Edad Materna

II. ANTES DE PARTO O INTRAPARTO

- Infecciones:
 - Virales - Enf, inclusión citomegálica
 - Hepatitis
 - Herpes Virus
 - Rubeola
 - Parotiditis
 - Sarampión
 - Protozoos - Candida (Vaginal)
 - Malaria
 - Toxoplasmosis
 - Bacterias - Pielonefritis Aguda
 - Coli Enteropatógeno
 - Salmonelosis
 - Sífilis
 - Tuberculosis
- Obstétricas y Ginecológicas:
- Cervix amputado
 - Toxemia
 - Desproporción céfalo pélvica
- Medicamentos - Salicilatos
- Sulfonamidas
 - Taladomide
 - Vit K

Clinica de Alto Riesgo

III. INTRAPARTO

- Cordón - teñido de meconio
- prolapso del cordón
- nudos
- Membranas y líquido amniótico:
 - ruptura prematura de membranas
 - líquido teñido de meconio
 - oligohidramnios
 - polihidramnios
- Placenta:
 - placenta previa
 - desprendimiento placentario
 - insuficiencia placentaria
- Complicaciones de labor:
 - podalica
 - presentación de cara
 - presentación transversa
 - parto precipitado
 - labor prolongada
 - inercia uterina
 - distocia de hombro
 - forceps (alto y medio)
 - gestación múltiple

Referencia para la Clínica de Alto Riesgo y la Clínica Periférica correspondiente.

Las pequeñas gradaciones de alto riesgo serán anotadas en la Hoja de control de referencia por el Pediatra Neonatólogo. Estas pequeñas gradaciones I, II, III de alto riesgo se han determinado de acuerdo con la asociación de factores de alto riesgo y los desórdenes neonatales producidos. Así la edad gestacional temprana, la asfixia neonatal severa, la insuficiencia respiratoria periférica severa, las lesiones de parto, las convulsiones, la hiperbilirubinemia elevadas son consideradas de gran influencia para el desarrollo del niño.

2. El significado de Alto Riesgo debe ser explicado a la madre antes de salir del Hospital por el Neonatólogo y en las Charlas Educativas que se ofrecen durante su estadía por personal de Enfermería y Servicio Social de Neonatología.
3. A toda madre se le entregará en duplicado la Hoja de Historia Perinatal del niño para que lo presente en la Clínica de AR y en el lugar adonde se atiende el niño y quede en su cuadrícula. La primera cita de control inmediato se le dará al 7o. día de vida en la Policlínica Especializada para evaluación con el Neonatólogo. La Enfermera de Alto Riesgo orientará a la madre sobre el control médico y la

Trabajadora Social evaluará la situación socioeconómica de estos niños.

4. Para la evaluación de estos niños se utiliza el Inventario de Desarrollo evolutivo de la Universidad de Denver, Colorado y de la rueda Guía para la Medición del Desarrollo Normal.

En la atención de estos niños intervienen el Neonatólogo y el Pasidosiquiatra. Los problemas neurológicos, retraso en el desarrollo psicomotor, lesiones de parto, cefalohematoma, hemorragias intracraneales, parálisis braquial, etc. son referidos al neurólogo para su evaluación y encefalograma si así lo requiere el caso y al Fisiatra para su terapia temprana y otras especialidades que requieran. La evaluación de estos niños se hará hasta la edad de cinco años.

Resultados

Se atendieron 202 casos de recién nacidos de alto riesgo entre los meses de noviembre de 1975 a enero de 1976.

Los factores predominantes de alto riesgo que se encontraron en estos niños fueron los siguientes. (Véase Cuadro No. 2).

Siendo los problemas neonatales relacionados con estos factores 172 como se muestra a continuación. (Véase Cuadro No. 3)

De los casos atendidos con hiperbilirubinemia 21 recibieron fototerapia y 2 fueron exsanguí-

Cuadro No. 2
FACTORES DE ALTO RIESGO

	<u>No. de Casos</u>
I. <u>ANTES DE PARTO</u>	
Maternos: Pielonefritis	8
Toxoplasmosis	1
Anemia Falciforme	2
Bocio	2
VDRL Reactor	3
Primígesta Añosa	1
II. <u>ANTES DE PARTO O INTRAPARTO</u>	
Toxemia gravídica	24
Embarazo Prolongado	5
Distocia de cuello	1
III. <u>INTRAPARTO</u>	
Cordón : circular apretada al cuello	16
Doble circular	6
prolapso del cordón	1
Membranas y Líquido Amniótico:	
líquido teñido de meconio	20
ruptura de membranas	19
Placenta: placenta previa	1
desprendimiento placentario	1
Complicaciones de labor:	
desproporción cefalopélvica	25
forceps bajo	25
gestación múltiple	10
podálica	9
inercia uterina	8
presentación transversa	5

Cuadro No. 3

PROBLEMAS NEONATALES

<u>No. de Casos</u>	<u>172</u>	<u>% 100.0</u>
Hiperbilirubinemia	58	33.7
RN menos de 2500 gramos	45	26.2
Hipoxia Severa	20	11.6
Lesiones relacionadas al parto	16	9.3
Infecciones	13	7.6
Insuficiencia Respiratoria	10	5.8
Malformaciones Congénitas	5	2.9
Pos término	5	2.9

nados, 45 niños pesaron menos de 2500 gramos, siendo 26 recién nacidos a término pequeños para la edad gestacional y 19 recién nacidos pretérminos.

Entre las lesiones debidas al parto encontramos el cefalohematoma, la parálisis braquial.

De los casos de insuficiencia respiratoria 4 fueron Membrana Hialina.

De los 202 casos estudiados, 13 fueron detectados en estos primeros 3 meses con problemas o sea el 6.4% y ya estan recibiendo terapia.

Cuadro No. 4

Nº DE NIÑOS CON DESORDENES DETECTABLES

EN LOS PRIMEROS TRES MESES

<u>Edad Gestacional</u>	<u>No. de Casos</u>
<u>Total de Casos</u>	<u>13</u>
A término (40 sem) AEG	8
A término (40 sem) AEG Bajo Peso	1
Pretérmino (36 sem) AEG	2
Pretérmino (35 sem) AEG	1
Pretérmino (32 sem) AEG	1

Según la edad gestacional 8 casos fueron niños a término, adecuado para la edad gestacional, 1 caso a término pequeño para la edad gestacional, 2 niños pretérminos de 36 semanas AEG, 1 niños pretérmino de 35 semanas AEG y 1 niño pretérmino de 32 semanas AEG. (Véase Cuadro No. 4)

Los factores maternos predominantes y la relación de desórdenes neonatales de estos recién nacidos fueron los siguientes. (Véase cuadro No. 5)

En relación a los desórdenes ocurridos en estos primeros tres meses, la corta edad gestacional jugó un papel muy importante,

Cuadro No. 5

TRASTORNOS ENCONTRADOS EN LOS PRIMEROS TRES MESES
Y ANTECEDENTES PRE Y NEONATALES

	<u>Pretérmino</u>	<u>A Término Bajo Peso</u>	<u>A Término</u>
<u>Factores Maternos</u>			
Toxemia Gravídica	-	-	2
Líquido teñido de meconio	-	-	1
Forceps	-	-	1
Sacro	-	-	1
Sedación	-	-	1
Circular al cuello	2	1	-
Ruptura de membranas	<u>1</u>	-	-
Total	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>6</u>
<u>Problemas Neonatales</u>			
Asfixia	1	-	3
Ictericia Fisiológica (Fot.)	2	-	2
Parálisis Branquial	-	-	1
Hem Intracraneal	-	-	1
Cefalohematoma	1	-	-
Ep. convulsivos	-	-	1
Sind. de Down	-	-	<u>1</u>
Total	<u>4</u>	-	<u>9</u>
No. de Niños con desórdenes detectables a esta edad	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>8</u>
Porcentajes	<u>21%</u>	<u>3.8%</u>	<u>4.7%</u>

constituyendo estos 4 niños pretérminos el 21% de los niños pretérminos atendidos en esta Clínica. Los niños a término tuvieron un mayor número de factores de alto riesgo y problemas neonatales y constituyeron el 4.7% del total de los niños a término atendidos.

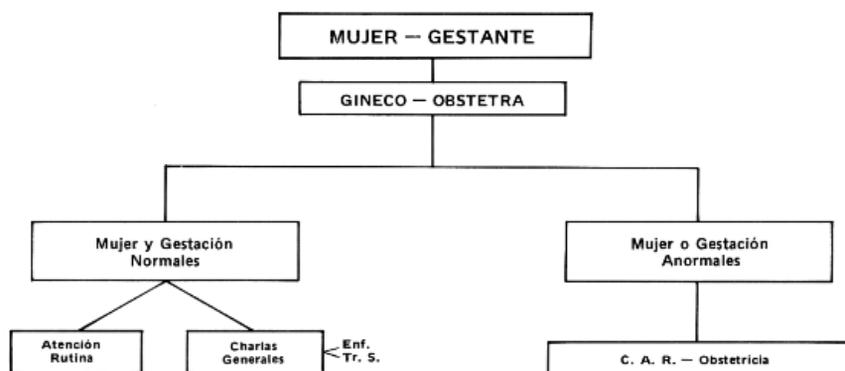
Resumen y Comentario:

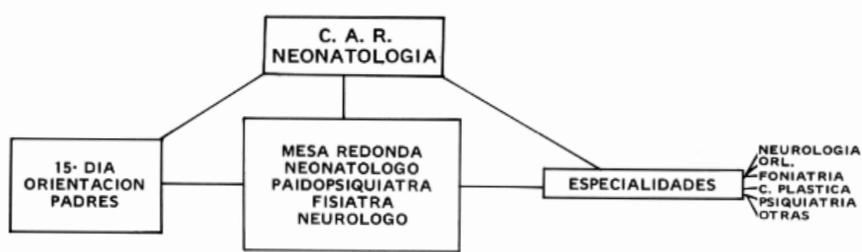
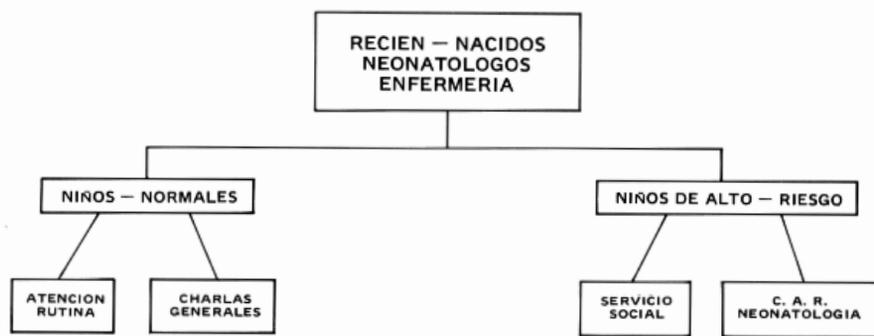
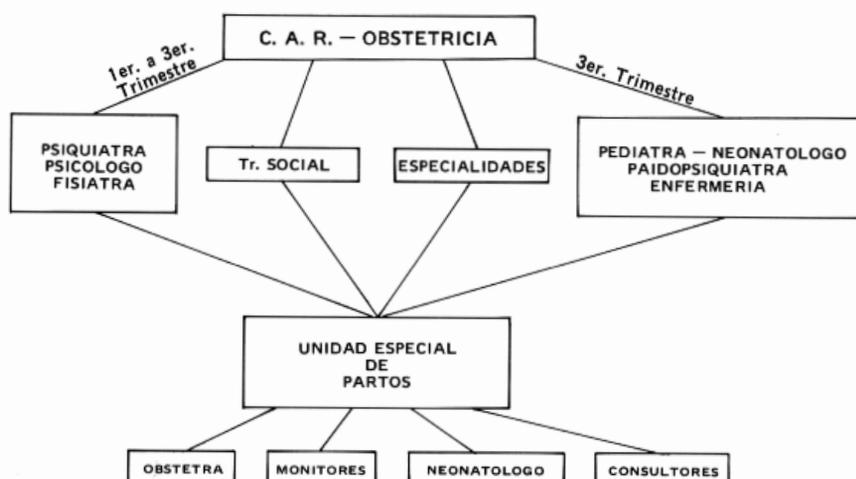
Este es un estudio preliminar prospectivo tomando en cuenta los antecedentes maternos y los problemas neonatales. De 202 recién nacidos de alto riesgo atendidos entre los meses de noviembre de 1975 a enero de 1976, tuvimos 13 casos con pro-

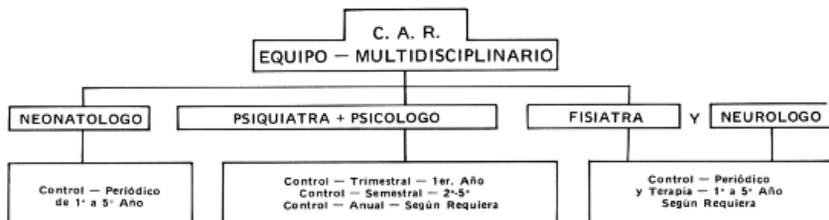
blemas neurológicos y retraso psicomotor tempranamente y que ya están recibiendo terapia. Posteriormente se podrá tener un estudio más completo de estos niños en su primer año de vida.

En vista de los resultados de los trastornos encontrados y de los antecedentes no solo perinatales sino prenatales involucrados se ha pensado extender este Programa a una atención multidisciplinaria prenatal enfocada hacia la madre gestante, al producto en gestación y a la familia si es preciso con el fin de lograr una eficiente profilaxis física y psíquica de ambos.

Los siguientes diagramas muestran el tipo de atención y seguimiento en nuestro programa de Alto Riesgo.







- Seguimiento con Tr. Social y Enfermería.
- Referencia Precoz a Pedagogía Especial (si lo requiere).

BIBLIOGRAFIA

1. CLINICAL PERINATOLOGY
S. Aladjem & A. K. Brown
2. CLINICAL PERINATOLOGY
Marzo 1974
3. CLINICAL PERINATOLOGY
Septiembre 1974
4. HIGH RISK NEWBORN INFANTS
Korones
5. THE PEDIATRIC CLINICS OF N. A.
Agosto 1968
Febrero 1973
Agosto 1975
6. THE DEVELOPMENT OF THE INFANT & YOUNG CHILD
R. S. Illingworth
7. THE MANAGEMENT OF HIGH RISK PREGNANCY AND INTENSIVE CARE OF
THE NEONATE

EL MANEJO FONIATRICO-QUIRURGICO DE LOS CASOS DE PALADAR HENDIDO

*Dr. Rafael Ramírez Barría

**Dr. Alfonso Torres Galindo

***Sra. Norma de Espino

Generalidades:

La fisura palatina es una malformación frecuente; según se puede observar en las estadísticas de las maternidades de todo el mundo (hasta 1.5%). Según el momento en que se inhibe el desarrollo fisiológico palatino, la fisura palatina puede ser acompañada por la fisura del labio o la de la arcada alvéolo-dentaria o ambas a su vez en cada caso. Con más frecuencia es unilateral, es decir, no exactamente mediana, afecta una sola lámina palatina; el tabique, por lo general está desviado, separa las dos fosas nasales.

Cuando es bilateral, suele ser muy extensa hacia adelante e interesa a la arcada alveolar y el labio superior, circunscribiendo un atípico hueso incisivo que lleva uno o más dientes mal implantados. La parte superior del tabique formada por la lámina perpendicular del etmoides, cuelga suspendida entre las dos láminas palatinas distanciadas, el vómer no existe o es sumamente

atrófico. La malformación en algunos casos interesa solamente al velo, o sea la llamada fisura velar; cuando hay fisura paladar, el velo siempre está dividido. La fisura puede presentarse con grados y aspectos diferentes, tanto en su largo como en su ancho; el grado del defecto funcional no depende de la longitud de la fisura, y muy poco de su ancho. Los factores pronósticos más importantes son: el grado de atrofia de los músculos palatinos, la amplitud de la rino-faringe, el diámetro mesofaríngeo y las compensaciones de los músculos vecinos. Con respecto a las clasificaciones de los labios y paladares hendidos, podemos decir que éstas son numerosas. Nosotros normamos nuestro criterio sobre una clasificación simple aceptable y satisfactoria, como es la presentada por Snyder y Levin.

1. Paladar Hendido Prealveolar dividido como sigue:

- a) Unilateral Incompleto.
- b) Unilateral Completo.

* Audiólogo y Foniatra, Caja de Seguro Social.

** Cirujano Plástico y Reconstructivo C. S. S.

*** Colaboradora: Terapista de Voz, Audición y Lenguaje.

- c) Bilateral Incompleto.
 - d) Bilateral Completo.
 - e) Medio (muy poco usual).
2. Paladar Hendido Post-alveolar (Paladar hendido real).
- a) Uvula bífida.
 - b) Incompleto.
 - c) Unilateral Completo.
 - d) Bilateral Completo.

Haciendo uso correctamente de la clasificación pre-alveolar y la post-alveolar, podemos describir en forma muy comprensible la alteración patológica que tengamos en el paciente.

Para la etiología de esta malformación parece tener un significado especial la herencia con carácter recesivo, no siendo raro los casos múltiples distribuidos irregularmente en varias generaciones de ciertas familias. La detención del crecimiento de los botones palatinos embrionarios depende en algunos casos del cierre intempestivo de una rama terminal arterial de la circulación fetal de la cara, y en otros, de la interposición de la lengua entre los palatinos, mejor dicho, entre los botones palatinos embrionarios. Este último factor ha cobrado mayor crédito en los últimos tiempos; pues explica mejor la extensión de la malformación más allá de las láminas palatinas, e interesa especialmente al Médico Foniatra, pues justifica las dificultades de movimiento y recuperación de la lengua en el tratamiento rehabilitatorio del paciente.

Cuando la fisura interesa labio y arcada alveolar, la deformación estética es grave, se extiende a la nariz y suele provocar en el momento del nacimiento una dolorosa decepción de los padres, una reacción psíquica que en algunos casos llega a la desesperación, al rechazo y que requiere la palabra moderadora del Médico.

Pero aún cuando la fisura sea solo palatina, complicaciones más graves están al acecho desde los primeros días para estos desdichados niños.

La falta de separación buconasal hace imposible la succión; de allí la gran dificultad para el amamantamiento, la frecuencia de distrofias, de trastornos gastrointestinales que hasta hace no muchos años solían producir un elevado porcentaje de mortalidad. Por otra parte, el escape de los líquidos por la nariz facilita su entrada en la trompa de Eustaquio y las relativas Otitis frecuentes. Estos niños necesitan una lactancia artificial, utilizando mamaderas especiales; durante la succión hay que evitar la posición horizontal del lactante.

Los motivos de preocupación vuelven a presentarse en el período de desarrollo del lenguaje, que en primer término se retarda un poco, y luego aparece alterado más o menos gravemente.

La articulación y melodía del lenguaje sufren también a raíz de una hipoacusia que es bastante frecuente en estos casos, en

general, y relacionada con alteraciones orgánicas o funcionales de las trompas de Eustaquio.

Es frecuente que el ostiofaringeo de las trompas se encuentre permanentemente abierto, favoreciendo así la penetración del catarro y de las infecciones nasofaríngeas. Otitis supuradas y Otitis catarrales crónicas son la consecuencia casi inevitable de este trastorno mecánico. En fin, en los niños más crecidos aparecen mioclonias bajo forma de muecas, de movimientos asociados de algunos músculos faciales, que acompañan la articulación de ciertos fonemas y que representan espontáneos, insuficientes y antiestéticos intentos de compensar o reducir la pérdida de aire por la nariz.

Si se agrega a todo ésto el retardo intelectual y cultural que significa en los niños tanta dificultad en comunicarse o aprender, y que en los mayorcitos suele sumarse a un complejo de inferioridad manifestado bajo forma de diferentes cuadros psicológicos, se comprende por qué llamamos Síndrome Palatino, y no solamente Dislalia Palatina, la compleja alteración funcional provocada por la malformación del paladar.

Tratamiento Foniátrico-Quirúrgico:

Consideramos de gran importancia y utilidad para los mejores logros posibles en la funcionalidad y utilización de las estructuras fono-articulatorias en el paciente con paladar hendido,

la indicación del tratamiento del mismo por un equipo médico-terapéutico que evalúe y realice este trabajo en forma coordinada y complementaria desde los aspectos correctivos foniátricos y quirúrgico especialmente en las siguientes situaciones: aquellos casos operados de paladar en la infancia antes de que el lenguaje este bien desarrollado y aquellos casos que se presentan a su tratamiento tardíamente por diversas razones o que muestran alteraciones notables en su función por tratamientos previos insuficientes o inadecuados.

Tratamiento Foniátrico:

A. En los sometidos a intervención quirúrgica antes de que el lenguaje esté bien desarrollado.

El niño deberá asistir a la clínica de labio y paladar para su control y revisión cada seis meses por el equipo profesional de la misma (Foniatra, Cirujano, Ortodoncista, Terapeuta).

La evaluación foniátrica incluirá:

1. La oclusión palato-faríngeo en la fonación.
2. La articulación de fonemas y sus alteraciones.
3. El desarrollo progresivo del lenguaje.

Si la intervención quirúrgica es exitosa, funcionalmente, la terapia fono-articulatoria

auxiliar o correctiva se diferirá hasta los 3 a 4 años de edad del niño.

Cuando la terapia foniátrica se hace necesaria en estos casos, deberán considerarse cuatro aspectos fundamentales:

- a) La presión aérea intra-oral, dependiente de la función del esfínter palato-faríngeo así como de la posible existencia de fístulas residuales palatales o alveolares.
- b) La fonación y la resonancia de las cavidades.
- c) La articulación de las consonantes y vocales utilizadas en el lenguaje.
- d) Otros factores asociados tales como:
 1. Alteraciones neuro-musculares del paladar.
 2. Alteración de la audición.
 3. Retardo mental.
 4. Malos hábitos oro-palato-faríngeos. (Deglutorios, masticatorios, etc.).

B. En los casos que se presentan a tratamiento tardíamente o que muestran alteraciones en su función fono-articulatoria del lenguaje por tratamientos previos insuficientes o inadecuados.

Estos casos pueden ser divididos en dos grupos:

- a) Pacientes con buena función articulatoria de las estructuras relativas como lengua, dientes y labios pero que presentan

insuficiencia severa del esfínter palato-faríngeo con la consecuente hiperrinolalia, apreciable.

- b) Pacientes con defectos articulatorios múltiples como golpe glótico, seseo, sustitución de los sonidos de los fonemas especialmente consonantes, por ejemplo: t por c, etc. y en ocasiones hiporinolalia.

En estos casos será necesario también la consideración de los aspectos citados previamente para la correcta realización de la terapia foniátrica; debiendo efectuarse una evaluación evolutiva para la indicación de la intervención quirúrgica correctiva que fuese necesaria.

Antes de iniciar cualquier tratamiento foniátrico correctivo es necesario el estudio clínico y físico de cada paciente para formarse una idea clara y precisa evaluando la forma en que se vea afectada la fonación y la emisión del lenguaje tanto por la insuficiencia anatómica así como de otros factores contribuyentes; para indicar la terapia más adecuada y efectiva en cada caso.

Tratamiento Quirúrgico:

Para llevar a cabo el tratamiento tomamos en consideración varios aspectos importantes:

A. Pre-Operatorio:

Es ideal e indispensable la evaluación previa del ataque a la supervivencia del individuo,

el aspecto ortodóncio del crecimiento orofacial y el progreso en la fonación y el lenguaje. Procuramos que las vías respiratorias estén libres de infecciones ya que éstas aumentan las probabilidades de dehiscencia. Consideramos de importancia el tiempo de tromboplastina como índice de la coagulación del paciente.

Generalmente el paciente se admite el día anterior de la operación con sus exámenes efectuados.

B. Anestesia:

La anestesia es efectuada por el anesthesiólogo por vía endotraqueal y generalmente se evita el Fluotano porque usamos Xilocaína con Adrenalina (1/100,000) en el área de disección y ésto puede provocar problemas de ritmo cardíaco. Por esto se prefiere el uso del Thalamonal con óxido nitroso o sino el éter con óxido nitroso. Esto queda a criterio del anesthesiólogo, cuando es conveniente el uso del vasopresor o no.

Estamos usando el abreboca de Dingman el cual nos da una exposición muy adecuada y el tubo endotraqueal no molesta en el campo quirúrgico.

C. Técnica Quirúrgica:

Procuramos efectuar el cierre del paladar blando y paladar duro en un solo tiempo haciendo un retroceso o "Push

back". Una maniobra que elimina la tensión del velo del paladar es la fractura del hamulus pterigoideo. Usamos seda 3-0 y crómico 3-0, en el cierre.

Cuando el paciente tiene más de los 3 años preferimos hacer en el mismo acto quirúrgico un colgajo faríngeo de pedículo superior.

En términos generales creemos que cuando el cierre del paladar se hace en la edad adecuada se debe dejar el colgajo faríngeo para un segundo tiempo si el paciente persiste con problemas de fonación y ésto lo decidimos en conjunto el cirujano y el foniatra.

Post-Operatorio:

El paciente generalmente permanece con el hospital de 5 a 7 días. Generalmente usamos antibióticos, personalmente preferimos Ampicilina ya que la Tetraciclina en niños, pigmenta y hace más frágiles los dientes. Muchos autores ponen en duda la importancia del uso de antibióticos en el post-operatorio; pero personalmente nos sentimos más seguros. Hacemos una cuenta de sangre al día siguiente para tener un control más exacto de la pérdida de sangre.

Procuramos evitar los vómitos y la tos que pueden producir dehiscencia. Además, durante las primeras 24 horas aplicamos un hemostático por vía I. M. La dieta líquida procuramos que sea durante los primeros 5 días

y de ahí en adelante, dieta blanda que incluye alimentos sólidos y papillas, etc.

En nuestra experiencia hemos observado que después del décimo día es rara una dehiscencia.

Generalmente no es necesario retirar los puntos ya sean de seda o crómico, ya que se eliminan solos. En los adultos es una maniobra que puede hacerse, pero no es necesaria. La dieta corriente se establece después de la segunda semana.

Después de la tercera semana, se envía al Foniatra para iniciar terapia de lenguaje.

Cirugía Secundaria:

Hasta ahora tenemos varios casos de adultos con colgajo faríngeo de pedículo superior por incompetencia velo-faríngea. Las fístulas pequeñas se han resuelto con colgajos de mucosa local. Todavía no hemos tenido oportunidad de utilizar el colgajo lingual utilizado en defectos mayores y en los cuales han fracasado otros métodos.

Presentamos a continuación cuatro casos con características y condiciones diversas tratados con el criterio de equipo de trabajo foniátrico-quirúrgico, con resultados bastantes satisfactorios.

CONCLUSIONES

Considerando la gran incidencia de los casos de labio y paladar hendido comprobable en

nuestros países latinoamericanos; creemos conveniente el llamar la atención sobre la necesidad de organizar Clínicas o Centros adecuados en los que laboren equipos de profesionales relacionados con este problema, para la atención y estudio correcto de estos pacientes.

Sería conveniente también la utilización de una nomenclatura de clasificación estandarizada internacionalmente, en nuestra lengua castellana, en forma simplificada y clara para una mejor comprensión mutua en la descripción de los casos.

Hacemos una evaluación e indicación de los aspectos foniátricos normativos por el Médico especializado que indicará la terapia, el control y las correcciones quirúrgicas necesarias en el período evolutivo preciso.

Consideramos un tratamiento quirúrgico, sencillo, adecuado y bien indicado en la mayor parte de los casos; que manejado por el cirujano y el Foniatra en equipo, nos han mostrado resultados muy satisfactorios y positivos en el manejo de nuestros casos.

Esto mostrado como una experiencia humilde que sólo pretende contribuir con su aporte al beneficio que sea posible ofrecer a los pacientes con la desgracia de un estigma congénito, pero con la gracia de una posible corrección médico-terapéutica bastante aceptable.

BIBLIOGRAFIA

1. Arnold, G. E. THE SIGNIFICANCE OF ANTIQUE PERUVIAN SCULPTURE FOR THE HISTORY OF PHONOLOGY. Merck Report 69, 18, 1950.
2. Aschan, P. E. (1957): The reconstruction of large defects in the palate or the cavity of the mouth using a tubed flap. In: Transactions, I Congress of the International Society of Plastic Surgeons, Stockholm 1955, p. 219. Williams and Wilkins Co., Baltimore, Md.
3. Ballard, C. F., D. Orth and E. Bond. CLINICAL OBSERVATIONS ON THE CORRELATION BETWEEN VARIATIONS OF JAW FORM AND VARIATIONS OF OROFACIAL BEHAVIOUR INCLUDING THOSE FOR ARTICULATION. *Speech Pathol Ther.* 3, 1930.
4. Bloomer, H. H. SPEECH DEFECTS ASSOCIATE ABNORMALITIES AND MALOCCLUSIONS. In L. E. Travis, ed., HANDBOOK OF SPEECH PATHOLOGY. New York: Appleton - Century Crafts, 1957.
5. Burston, E. D. THE SPEECH RESULTS COMPARED WITH OTHER SURGICAL OR PROSTHETICS METHODS. *Brit. J. Plast. Surg.* 8, 294, 1956.
6. Campbell, R. (1962): Fistulac in the hard palate following cleft palate surgery. *Brit. J. plast. Surg.*, 15, 377.
Cupar, I (1957): An operative procedure for transferring the tube pedicle flap into the mouth. In: Transactions, I Congress of the International Society of Plastic Surgeons, Stockholm, 1956, p. 216. Williams and Wilkins Co., Baltimore, Md.
Gillies, J. and Evans, A. J. (1957): Experience of the tube pedicle flap in cleft palate. In: Transactions, I Congress of the International Society of Plastic Surgeons, Stockholm, 1955, p. 208. Williams and Wilkins Co., Baltimore, Md.
Guerrero-Santos, J. and Altamirano, J. T. (1956): The use of lingual flaps in repair of fistulac of the hard palate. *Plast. reconstr. Surg. (Baltimore)*, 38, 123.
Hadle, R. C. and Johnson, J. B. (1963): Utilization of the Kirschner wire in Pierre Robin Syndrome. *Plast. reconstr. Surg. (Baltimore)*, 31, 587.
7. Fletcher, B. G. HYPERNASAL VOICE AS AN INDICATION OF REGIONAL GROWTH AND DEVELOPMENTAL DISTURBANCES. *Lagos* 3, 3, 1960.
8. Greene, M. C. L. and A. Cauning. THE INCIDENCE OF NASAL AND LATERAL DEFECTS OF ARTICULATION IN CLEFT PALATE. *Folia Phoniast*, 11, 208, 1959.
9. Guerrero, J. Santos, Garay, Jorge, Torres, Alfonso, Altamirano, J. T. Tongue Flap with triple fixation in Secondary Cleft Palate Surgery. Repinted from Excerpta Media International Congress Series No. 174. Transactions of the Fourth International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Rome, October, 1957.
10. Hotz, D. S. Pharyngeal wall and palatal movement in post-OPERATIVE CLEFT PALATES AND NORMAL PALATES. *J. Speech Hear. Res.* 3, 59, 1960.
11. Hynes, W. (1957): The examination of imperfect speech following cleft palate operations. *Brit. J. Plast. Surg.*, 10, 114.
12. Kessler, H. E. THE RELATIONSHIP OF DENTISTRY TO SPEECH. *J. Amer. Dent. Ass.* 48, 44, 1954.
13. Kostrubala, J. F. (1950): Repair of extensive palatal defects with skin tubes. *Plast. reconstr. Surg. (Baltimore)*, 5, 512.
14. McWilliams, V. J. CLEFT PALATE MANAGEMENT IN ENGLAND. *Speech Pathol. Ther.* 3, 3, 1960.

15. Mc Neil, O. K. ORAL AND FACIAL DEFORMITY. London, Pitman. 1954.
16. Miller, M. H. HEARING PROBLEMS ASSOCIATED WITH CLEFT PALATE. Amer. Othol. Rhin. and Laryng. 88, 1959.
17. Moran, R. E. PARYNGEAL FLAP OPERATION AS SPEECH AID. Plast. and Reconstructive Surg. 14: 1954.
18. Pruzansky, S. ROLE OF THE ORTHODONTIST IN CLEFT PALATE TEAN. Plast. and Reconstructive Surg. 14: 1954.
19. Pruzansky, S. DESCRIPTION, CLASSIFICATION AN ANALYSIS OF ON OPERATED CLEFTS OF THE LIP AND PALATE. Amer. J. Orthodontics, 39, 1953. (1960): Problems of the surgical treatment of congenital cleft. In: Transactions, II Congress of the International Society of Plastic Surgeons, Washington, D. C., 1953, pp. 833-841. ICS 66, Excerpta Medica, Amsterdam.
21. Stark, R. B. and O. R. de Haan. PRIMARY PALATOPLASTY WITH PHARYNGEAL FLAP. Plast. Reconstr. Surg. 26, 378, 1960.
22. Trauner, R. A NEW PROCEDURE IN VELOPHARYNGEAL SURGERY FOR SECONDARY OPERATIONS ON TOO SHORT SOFT PALATES. Brit. J. Plast. Surg. 8, 291, 1955.

TRATAMIENTO DE ELECCION EN LA TRICOCEFALOSIS

*Dr. Siviardo De León B.

A manera de introducción comenzaremos por hacer un breve resumen del padecimiento y de las razones que motivaron llevar a cabo el presente estudio.

Tricocefalosis o Tricocefaliasis es una enfermedad producida por el verme tricocéfalo, *trichuris trichiura*, el cual consta de dos porciones o extremidades. Viven con su extremidad anterior introducida en la mucosa del ciego y apéndice, pero en las grandes infestaciones se extiende a otras regiones y puede llegar en ocasiones hasta el recto según hemos visto en algunos de nuestros pacientes.

Habitualmente no produce trastornos, pero cuando es abundante la infestación, se presenta sintomatología caracterizada por pérdida de peso, anorexia, insomnio, anemia, edemas y alteraciones hemáticas. Pueden producir también diarreas mucosanguinolentas, acompañadas de prolapso rectal, observándose en la mucosa gran cantidad de vermes adheridos y no ha sido raro encontrar necropsias en las cuales la severidad de las lesiones permite afirmar que "la causa de muerte es debida a la parasitosis".

El diagnóstico se hace a través del laboratorio mediante el

descubrimiento de huevos del parásito en frotis directo o por concentración.

Para el tratamiento se han empleado diferentes medicamentos que enumeraremos más adelante por ser motivo del presente estudio.

En el Hospital del Niño de esta ciudad observamos algunos pacientes que presentaron la sintomatología con sus manifestaciones más severas, como diarrea de difícil tratamiento, sangramiento y prolapso rectal con presencia de gran cantidad de parásitos en la mucosa y en los cuales hubo necesidad de hacer el desprendimiento mecánico de los mismos como parte del tratamiento.

Se emplearon además, métodos orales y enemas de diversos medicamentos solos o asociados, tales como enemas de hexil, enemas de tiabendazol, suspensión de tiabendazol, pamoato de pirantel, ditiazanina, etc. sin haber obtenido resultados satisfactorios.

En la consulta privada tuvimos oportunidad de usar la tradicional leche de híguerón, con la cual hubo algunas mejorías, pero por dificultades en su adquisición y conservación no pudimos hacer evaluaciones.

* Director Médico de la Policlínica Pediátrica de la Caja de Seguro Social.

Para no hacer más extenso el presente trabajo, me permito decir que según mi concepto, ninguno cumplía a cabalidad con los objetivos que nos habíamos trazado.

Todas estas razones fueron suficientes para motivar nuestro entusiasmo y tratar de convencernos personalmente de la efectividad de un nuevo medicamento que se nos presentaba como eficaz.

Cabe dejar constancia de la ardua labor que significa trabajar con pacientes de la consulta externa, dado el poco interés que manifiestan y de la poca colaboración que algunos de ellos prestaron para hacer más significativa nuestra labor.

Material y Metodo:

Se tomaron para el presente estudio 54 pacientes cuyas eda-

CUADRO N° 1

CASOS TRATADOS POR PARASITOSIS POR EDAD Y SEXO

Edad (años)	Total		SEXO			
			Hombre		Mujer	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL..	54	100.0	34	100.0	20	100.0
1.....	3	5.6	2	5.9	1	5.0
2.....	5	9.2	5	14.7	-	-
3.....	3	5.6	2	5.9	1	5.0
4.....	7	13.0	5	14.7	2	10.0
5.....	6	11.1	4	11.8	2	10.0
6.....	7	13.0	3	8.8	4	20.0
7.....	5	9.2	2	5.9	3	15.0
8.....	7	13.0	6	17.7	1	5.0
9.....	2	3.7	-	-	2	10.0
10.....	3	5.6	1	2.9	2	10.0
11.....	1	1.8	-	-	1	5.0
12.....	2	3.7	2	5.9	-	-
13.....	2	3.7	1	2.9	1	5.0
14.....	1	1.8	1	2.9	-	-

Fuente: Consulta Externa de la Clínica Pediátrica, C. S. S.

Gracias a la cortesía de los Laboratorios Janssen Farmaceutica, nos fueron gentilmente suministradas las muestras del medicamento y llevamos a cabo el presente trabajo.

des de aparición y sexo se observa en el cuadro No. 1.

El cuadro No. 1-A muestra el mismo significado, pero agrupados en períodos quinquenales.

CUADRO N° 1-A

CASOS TRATADOS POR PARASITOSIS
POR EDAD Y SEXO

Edad (años)	Total		S E X O			
			Hombre		Mujer	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL....	54	100.0	34	100.0	20	100.0
1 a 4.....	18	33.3	14	41.2	4	20.0
5 a 9.....	27	50.0	15	44.1	12	60.0
10 a 14.....	9	16.7	5	14.7	4	20.0

Fuente: Consulta Externa de la Clínica Pediátrica, C. S. S.

Como puede observarse predomina el sexo masculino entre los 5 y 9 años de edad, la mayor parte de ellos procedentes de zonas rurales cercanas a la capital y algunos casos en barrios de nuestra urbe capitalina. (Cuadro No. 2)

Todos estos pacientes fueron escogidos de la consulta externa de la Clínica Pediátrica de la Caja de Seguro Social. Algunos habían recibido tratamiento previo con otros medicamentos antihelmínticos y otros recibían el nuestro por primera vez.

Para el objeto de este estudio usamos el "R-17-635 conocido como *Mebendazole cuyo nombre químico es methyl-5 benzoyl - benzimidazole-2 carbomato. Su fórmula es C₁₆ H₁₃ N₃ O₃; el peso molecular es de 725.29 y se presenta como un

polvo blanquecino o ligeramente amarillento, prácticamente insoluble en agua. Su presentación es en tabletas que contienen 100 mg. de la droga activa".

Su mecanismo de acción se ejerce localmente en el tracto gastro intestinal, inhibiendo la velocidad de absorción de la glucosa por los parásitos, lo cual trae una depleción de glucógeno en ellos, por lo tanto con menor generación de ATP que es necesario para su supervivencia y reproducción, por lo cual mata las formas adultas y es también larvicida y ovicida.

Su mecanismo de acción se ejerce localmente en el tracto gastro intestinal, inhibiendo la velocidad de absorción de la glucosa por los parásitos, lo cual trae una depleción de glucógeno

* Pantelmin (nombre comercial de la casa Janssen Pharmaceutica de Bélgica)

en ellos, por lo tanto con menor generación de ATP que es necesario para su supervivencia y reproducción, por lo cual mata las formas adultas y es también larvívica y ovívica.

Inicialmente todos los casos fueron previamente investigados mediante examen coproparasitológico con recuento de huevos por trichuris-trichiura antes de iniciar el tratamiento.

CUADRO No. 2
CASOS TRATADOS POR PARASITOSIS
SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA

Lugar de residencia	Número	Porcentaje
TOTAL.....	<u>54</u>	<u>100.0</u>
Distrito de Panamá.....	<u>42</u>	<u>77.9</u>
Ciudad de Panamá.....	<u>23</u>	<u>42.7</u>
Calidonia.....	5	9.3
Curundú.....	11	20.5
San Francisco.....	1	1.8
Parque Lefevre.....	1	1.8
Juan Díaz.....	3	5.6
Pedregal.....	2	3.7
Resto del Distrito.....	<u>19</u>	<u>35.2</u>
Chilibre.....	2	3.7
Las Cumbres (Alcalde Díaz).....	12	22.3
Pacora.....	1	1.8
Tocúmen.....	4	7.4
Resto de la República.....	<u>12</u>	<u>22.1</u>
Coclé.....	1	1.8
Colón.....	2	3.7
Panamá (Excluye Distrito de Panamá).....	8	14.8
No especificado.....	1	1.8

Fuente: Consulta Externa de la Clínica Pediátrica, C. S. S.

Se les administró a todos los casos 100 mgs. de Mebendazole 2 veces al día durante 3 días consecutivos, asegurándonos de que cumplieran a cabalidad con las indicaciones del tratamiento.

Algunos trabajos bibliográficos sugieren esquemas de tratamiento de 200 mgs. 2 veces al día por cuatro días, otros 100 mgs. 2 veces al día, también hay esquemas que sugieren una sola

dosis o dos dosis por 1, 2 ó 3 días. Nosotros escogimos este último método, es decir, 2 dosis durante tres días, considerando la edad promedio de los pacientes y la forma sencilla para seguir las indicaciones.

Vale la pena destacar que en exámenes practicados en algunos pacientes pudimos observar la presencia de otros parásitos como ascaris, uncinaria, entameba coli, Giardia, etc. y que sin ser motivo de nuestro estudio aprovechamos para observar los resultados que pudiéramos y que

fueron expulsados con Mebendazole, lo cual nos muestra también la efectividad del tratamiento en estos casos, como lo sostiene la literatura de la casa productora. No hubo efectividad en los casos que presentaron Giardia Lambila. (Cuadro No. 3)

Ciertas investigaciones anteriores han dado a conocer el hecho de que en un estudio del medicamento en el tratamiento de Teniasis, todos los pacientes con infestaciones concomitantes se tornaron negativos dentro del primer mes.

CUADRO N° 3

GRUPO ESTUDIADO POR PARASITOSIS ANTES DEL TRATAMIENTO, SEGUN LA CLASE Y EDAD

Edad (años)	Total	CLASE			
		Trico- dófaló	Ascaris	Uncina- riasis	Giardia Ot
TOTAL.....	54	54	24	14	22
1.....	3	3	1	-	3
2.....	5	5	2	1	2
3.....	3	3	-	-	3
4.....	7	7	3	2	4
5.....	6	6	2	1	1
6.....	7	7	4	1	2
7.....	5	5	3	-	3
8.....	7	7	3	4	1
9.....	2	2	3	-	1
10.....	3	3	1	1	-
11.....	1	1	-	-	1
12.....	2	2	1	2	1
13.....	2	2	1	2	-
14.....	1	1	-	-	-

Fuente: Consulta Externa de la Clínica Pediátrica, C. S. S.

Discusión y Conclusiones:

Al hacer un análisis de los 54 casos estudiados, observamos que clínicamente había algunos pacientes que presentaron dentro de su sintomatología prolapso rectal, sangramiento, diarreas, anorexia y molestias digestivas.

En la mayor parte de los casos logramos con un sólo tratamiento una curación total, considerándose como resultados excelentes aquellos casos que presentaban negativo el recuento de huevos en el examen de heces por el método de Stoll, después de 10 días de su primera administración.

Sólo tuvimos necesidad de aplicar un segundo tratamiento en 2 pacientes cuando el examen practicado 10 días después de la administración de la droga, se reportaba como positivo. En el 2º intento logramos transformar en negativo el informe del laboratorio en uno de estos casos, considerando éste como bueno. El otro caso a pesar de haber disminuido notablemente el número de huevos por gramo de heces, no llegó a hacerse negativo después de 2 tratamientos. Este caso lo consideramos perteneciente al grupo satisfactorio, pues de 18,700 huevos por gramo de heces se redujo a 100 con el 2º tratamiento y no regresó para un 3er. tratamiento.

Cabe señalar que algunos pacientes como dijimos antes, tenían otro tipo de parásitos, que no eran motivo de nuestro estu-

dio, tales como ascariis, uncinaria, etc., antes del tratamiento y que sin embargo, nos manifestaron la expulsión de algunos de ellos, después del tratamiento e incluso presentaron negativo el examen a estos parásitos. También pudimos observar que aquellos pacientes que presentaban infestación por Giardiasis no fueron afectados de manera positiva por el medicamento.

El resultado obtenido por los tratamientos administrados puede observarse en el Cuadro No. 4.

Para terminar, me permito señalar que con el empleo de Mebendazole a la dosis antes indicada: 100 mgs. dos veces al día durante tres días consecutivos, fue suficiente para obtener resultados excelentes en el 96.3% de los casos y que el conteo de Stoll se hace negativo en el transcurso de los días (10 aproximadamente) posteriores al tratamiento. En aquellos casos en los que se practicó un examen dentro de los 5 días siguientes a la administración del medicamento se observó disminución en el recuento de huevos por gramos de heces sin llegar a desaparecer completamente; en cambio cuando esperamos 10 o más días desaparecer completamente; en cambio cuando esperamos 10 o más días para repetir un mismo examen se nos informó negativo sin haber administrado un 2º tratamiento.

Recomendamos pues, el empleo de Mebendazole como el

tratamiento efectivo y de elección en la Trichuriasis, por ser un medicamento que puede emplearse sin temor a efectos secundarios colaterales, tanto en lactantes como en pre-escolares, escolares, etc. de fácil administración, inocuo y a dosis terapéuticas iguales tanto para los niños pequeños como para edades mayores. Se sugiere hacer el examen de control diez días después de haber terminado el tratamiento.

Se clasificaron como excelentes aquellos casos que se informaron negativos por el laboratorio con un sólo tratamiento.

La clasificación muy buena se obtuvo en aquel caso cuyo informe de laboratorio fue negativo al administrársele el 2° tratamiento. Finalmente se incluye dentro del grupo satisfactorio un sólo caso en el que hubo gran disminución en el número de huevos por gramo en las he-

CUADRO N° 4
CASOS ESTUDIADOS POR PARASITOSIS DESPUES DEL
TRATAMIENTO, SEGUN LA CLASE Y EDAD

Edad (años)	Total	C L A S E				
		Trico- céfalo 1/	Ascaris	Uncina- riasis	Giardia	Otros
TOTAL....	54	2	-	-	22	2
1 a 4.....	18	a/ 1	-	-	12	1
5 a 9.....	27	b/ 1	-	-	6	-
10 a 14.....	9	-	-	-	2	1

1/ Solamente para esta clase se hizo recuento.

a/ Tomó dos tratamientos con notable mejoría.

b/ Tomó el segundo tratamiento y curó.

Fuente: Consulta Externa de la Clínica Pediátrica, C. S. S.

Resumen:

Se hizo un estudio de 54 niños con parasitosis múltiple entre 1 y 14 años de edad, investigando principalmente la acción de la droga Mebendazole sobre tricocefalosis.

Los resultados fueron los siguientes: Excelentes 52 casos (96.3%); muy buenos 1 caso (1.8%); satisfactorios 1 caso (1.8%).

ces pero que no llegó a hacerse negativo después del 2° tratamiento.

De acuerdo con los resultados obtenidos recomendamos el Mebendazole como la droga de elección en el tratamiento de la tricocefalosis en todas las edades (excepto las embarazadas) tanto por su inocuidad como por su efectividad.

BIBLIOGRAFIA

- Tratado de Pediatría Tricocefalosis págs. 671 – 1972. Dr. Waldo Nelson.
- Mebendazole un antihelmítico efectivo de amplio espectro: Dres. Peña Chavarría, J. Clyde Swart – Zwelder, Víctor M. Villarejos y Rodrigo Seledón.
- Trichuriasis: Tratamiento con Mebendazole: Dres. Francisco J. Aguilar, Guillermo Tanchez, C. Elizabeth Cifuentes y Miguel Folgar. 1973.
- Janssen Research Products Information Service: Dr. A. B. Chowhury, Division of Parasitology, School of Tropical Medicine and Hygiene, Calcutta, India agosto 1972.
- Mebendazole in the Treatment of Teniasis Solium and Teniasis Saginata: Dr. A. Peña Chavarría 1972, Janssen Research Products Information Service.
- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas P. L. M. 7a. Edición C. A. D. 1975. Página 371.

“PEDIATRIA, PUBERTAD Y ADOLESCENCIA”

*Dr. Carlos M. Sousa Lennox

La aprobación de la nueva Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y por la cual se amplía, hasta la edad de 18 años, el servicio de prestaciones médicas a los hijos de asegurados, planteó un interrogante que constituye la génesis de este trabajo.

¿Qué médico atendería a esta población de derecho-habientes?

¿El pediatra o el médico general?

Aunque en principio se acordó limitar la atención del pediatra hasta la edad de 15 años, y apoyándose en la política que sigue el Ministerio de Salud y considerando que ese es el tope de la edad pediátrica, quedó latente la preocupación sobre el tema. Pero, ésto no es motivo de sorpresa, ya que es bien sabido, que el adolescente ha sido como “el paciente de nadie” en la consulta externa y también cuando se trata de la hospitalización. Así por ejemplo, la presencia de una joven de 15 años, que ya menstrúa y tiene senos, resultaría extraña entre los menores y huésped difícil, para el personal que la atiende; pero igualmente sería extraña su presencia en la sección de adultos y

huésped difícil para el personal que allí la atendiese. El adolescente es por eso “el paciente de nadie” y está “en la tierra de nadie”.

Desde hace relativamente pocos años es que el pediatra comenzó a considerar la adolescencia como parte de su especialidad, y es que más consciente ahora de su responsabilidad, el pediatra no puede enmarcarse en una estrecha definición etimológica de pediatría que significa solo “curación del niño”, o sea, que se ocupa de la medicina del niño, o en otras palabras, de la patología infantil.

La niñez es el período inicial de la vida del hombre; caracterizada esencialmente por las sucesivas transformaciones que constituyen el crecimiento y el desarrollo, todo lo cual abarca mas o menos cuatro lustros desde la fecha del nacimiento, sin descartar la concepción, hasta el final de la adolescencia.

El contacto con la niñez en esas dos fases de crecimiento y desarrollo tiene gran importancia médica, pedagógica y social.

Importancia médica para conocer la enfermedad del niño, diagnosticarla, prevenirla y tratarla.

* Jefe de los Servicios Pediátricos de la Caja de Seguro Social.

Importancia pedagógica, ya que exige conocer no solo la biología infantil, sino también su psicología evolutiva.

Importancia social, porque cuidar la salud del niño es contribuir a que el hombre adulto sea un miembro útil para la comunidad y para el desarrollo integral del país.

Pubertad y Adolescencia:

Pubertad viene de *pubescere* que significa adquisición o aparición de vello, específicamente sobre el pubis (monte de venus). Esto viene a ser un signo o evidencia, pero no expresa la idea de dinamismo que encierra esa otra etapa de la vida situada entre el niño y el adulto.

Adolescencia viene de *aloldal-neim* que significa "yo hago crecer" y de *adolecere*, crecer, que viene a su vez de *alere*, alimentar (cuyo *supino* es *altum*) de donde adolescencia, en último término es echar cuerpo (lo que explicaría parcialmente lo que sucede en esta etapa), pero da la idea de dinamismo. Adolescencia es, no solamente crecimiento del cuerpo, sino también, cambios bioquímicos, fisiológicos, hormonales y conflictivos entre el yo, el super yo y el tú, lo que atañe al equilibrio emocional, adaptación social y anhelos de independencia familiar.

"—Era el mejor de los tiempos, era el peor de los tiempos, era la edad de la cordura, era la edad de la insensatez, era la época de la fe, ...era la estación

de la luz, era la estación de las tinieblas, era la primavera de la esperanza, era el invierno de la desesperación— "dice Charles Dickens, para indicar la tónica, en una de sus novelas; palabras que nos gusta para describir parte del complejo período de la vida que llamamos adolescencia.

La adolescencia se inicia con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios siguiendo con la primera ovulación (menstruación como señal en la mujer) y con la producción de espermatozoide (eyaculación en el hombre) para terminar con la osificación de los cartílagos de conjunción y el final del crecimiento somático, aproximadamente a los 19 años para la mujer y entre 23 y 25 años para el varón, concomitante con el equilibrio psico-sexual y psico-social.

El comienzo y la evolución de la adolescencia depende de varios factores:

Genéticos (racial y familiar)

Constitución somática (brevilinos más tempranas)

Factores socio-económicos (más temprana en las clases altas)

Factores climatológicos (más temprana en los trópicos)

Existe una adolescencia prematura (no confundirla con la precoz) y otra tardía, dentro de lo normal.

+++ La adolescencia es desencadenada por las gonadotropinas hipofisarias, sin especificidad sexual. Su producción se

haya bajo el control del hipotálamo y comienza solamente, por motivos todavía oscuros, cuando el cuerpo ha alcanzado una determinada maduración (medida por la edad ósea).

Con la maduración de las gonadas, inducida por las gonadotropinas (gonadarquia), tanto en el hombre como en la mujer, los andrógenos procedentes, en la mujer casi solo de la corteza suprarrenal, y en el hombre, de esta glándula y de los testículos, condicionan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios androgénicos, es decir, crecimiento del pene o clítoris, desarrollo del escroto o labios mayores, así como de la vello­sidad pubiana y axilar y un olor característico (axilar e inguinal). La producción androgénica del hombre, cualitativa y cuantitativa­mente más fuerte, condiciona la vello­sidad corporal masculina: bigote y barba, ascenso de la vello­sidad pubiana hasta el ombligo, en forma romboidal (en la mujer el límite superior es horizontal), el cambio de la voz y también la mayor fortaleza del esqueleto y musculatura masculinos.

Los estrógenos, procedentes principalmente de los ovarios, condicionan los caracteres sexuales secundarios estrogénicos: crecimiento y maduración del útero y vagina, labios menores y mamas. Los estrógenos también son producidos por el hombre y eliminados por la orina.

La secuencia del desarrollo de los caracteres sexuales se caracterizan, netamente, en el sexo femenino, por la menarquía.

+++ Puede situarse al comienzo de la adolescencia, ya hacia los nueve años, al final del segundo período de relleno, haciéndose

la pelvis más ancha y redondeándose las caderas; a los 11 años el desarrollo de las mamas. Con frecuencia la mama izquierda crece más rápidamente que la derecha, lo cual no es digno de anomalía ninguna; también es normal una cierta sensibilidad a la presión de las mamas en crecimiento.

En los muchachos es mucho más difícil señalar el momento de la maduración sexual, ya que las primeras eliminaciones de espermatozoides suelen pasar inadvertidas. En general, el testículo derecho es de mayor tamaño que el izquierdo, siendo también más frecuente la retención testicular de este lado; por el contrario, los caracteres femi­noides están más acusados en el lado izquierdo.

Simultáneamente con la vello­sidad, las glándulas sudoríparas, sobretodo de las axilas y región inguinal, desarrollan una especial actividad, mostrando el sudor un olor desagradable y penetrante. Al comienzo de la adolescencia las extremidades crecen con especial intensidad, pero pronto dejan de alargarse, mientras continúa el crecimiento del tronco. Por esta razón, durante la adolescencia las extremidades adquieren su mayor tamaño relativo. También son llamativamente grandes los pies y las manos (sobretudo en los niños), de tal modo que puede hablarse de un acromegaloide fisiológico.

En la adolescencia, etapa difícil de la vida y con múltiples y complejos aspectos, consideramos en especial al sexo, la sexualidad y el desarrollo psico­sexual y social.

Nacemos por la unión de dos sexos, (hombre y mujer) vivimos

normalmente y morimos normalmente entre hombres y mujeres, bueno es recordar el decir, que detrás de un hombre siempre existe una mujer, detrás del trono está una mujer, aunque a veces sea lo contrario... y si existe el sexo, tiene que existir lógicamente una sexualidad y un desarrollo psico-sexual, porque la vida del hombre es un continuo crecimiento y desarrollo lento o apresurado, con variantes de exacerbaciones, con períodos de latencia y aún, con fases negativas.

El desarrollo socio-económico cultural de la humanidad está ligado al sexo y a la sexualidad en una forma positiva o negativa, pero girando alrededor pueblos e imperios crecieron y también murieron por lo mismo.

Hasta hay quienes suponen que el pecado original fue por el sexo y la sexualidad.

+++

Aunque es idea muy generalizada que el pecado original fue por un acto sexual, existe también otras teorías que se trató de un acto de desobediencia o más bien, de rebeldía de querer hacer como Dios. Nosotros creemos más en esta última teoría, ya que un acto de desobediencia no me parece que ameritaría un castigo tan grande; y por un acto sexual no lo creo, si Dios nos dió órganos genitales, dió dos sexos, y la procreación se efectúa por las relaciones sexuales normales, tampoco podría ser por este hecho, y en caso de tener alguna relación con esta actividad debió ser por tener relaciones sexuales contranatura o por un acto de onanismo

(derramamiento en tierra o coito interrumpido) y en tal caso, de ser éste último, podría agregarle el de egoísmo, por no querer realizar la procreación, máxime que eran ellos dos solamente y no había justificación que hoy día invocamos para el control de la natalidad.

Así, pues, existen fundamentos antropológicos, sociales, culturales, religiosos, morales, espirituales y económicos que prueban que todo en la vida está en relación, en una u otra forma, con el sexo y la sexualidad. Es por eso por lo que, en este trabajo sobre —PEDIATRIA, PUBERTAD Y ADOLESCENCIA—, creemos conveniente referirnos un poco mas a este aspecto y como consecuencia lógica, a la educación sexual.

Sabemos que el desarrollo psico-sexual, exige una educación sexual adecuada a los tiempos, y estos son tiempos en que todo evoluciona aceleradamente. Todos admiten, en mayor o menor grado, la necesidad de una educación sexual; comunidad, iglesia y estado, unos más que otros; algunos, sinembargo, por temor o por ignorancia, desconocen la forma de llevar adelante la educación sexual.

Tal multiplicidad, divergencia y amplitud de significados tienen la palabra sexo y sexualidad que no existe un concepto muy claro. El origen de la palabra sexo, proviene del latín que significa seis, el número del sexto mandamiento de la Ley de Dios — no fornicar — no cometer acciones impuras.

En general, lo sexual es una actividad heterosexual normal en el adulto. Según Freud, todos los fenómenos de la vida humana se relacionan con la búsqueda del placer sexual. Para Brown, lo sexual es toda conducta en que los seres humanos entren en contacto físico íntimo.

Nacemos con órganos genitales y por lo tanto, con un sexo y sexualidad. En los recién nacidos se acepta que las más simples expresiones vitales del lactante son formas de expresión de la libido infantil, (la succión del pecho de la madre); las actividades físicas que concluyen con un orgasmo se inician unos pocos meses después del nacimiento, son procesos inconscientes o sub-conscientes, el despertar consciente del instinto sexual se produce en el período de la adolescencia.

Las etapas que debe pasar el niño para madurar son:

1. La oral (succión del seno de la madre, biberón, dedo o mamón).
2. La anal (en la que siente placer por las actividades que van asociadas a los movimientos intestinales).
3. La genital (búsqueda del placer en esta esfera).

La fase de autoerotismo (narcisismo), el niño solo quiere recibir amor y hasta se ama a sí mismo; la fase edípica o edipiana, los niños empiezan a amar a su madre y las niñas a su padre,

y por último, el período de latencia o etapa latente que no es ausencia, es disminución solamente.

+++ Entre los 5 y 11 años de edad existe un ensanchamiento enorme del alcance de sus intereses, mientras el niño aprende muchas cosas respecto al mundo en que vive e incrementa sus contactos con sus compañeros (amigos).

La curiosidad respecto a su familia, inclusive una intensa curiosidad sexual se reduce a abandonar el nido protector de la familia, para entrar en el ancho mundo, pero sus intereses sexuales siguen allí algo disimulados por su compromiso y su empeño en la exploración de su ambiente. Si dicho ambiente es estancado o punitivo, o si inhiben su movimiento hacia afuera para ensanchar sus horizontes, la curiosidad y conducta sexual del niño puede volverse activa e inclusive floreciente.

Es posible que se produzca una "fijación" en cualquier etapa del desarrollo del niño, dependiendo de las respuestas que reciba provocando una alteración en ese sistema de conducta que puede llegar hasta producir un rechazo heterosexual, desde luego, que esta fijación para producir la alteración de la conducta debe llenar ciertos requisitos en intensidad y duración, ya que sabemos que el aprendizaje y los reflejos condicionados de Pavlov pueden ser inhibidos o extinguidos con refuerzos positivos adecuados y por lo tanto, hacer que dicha fijación actúe en la misma forma.

Bell examinaba la sexualidad de la infancia a través del estudio de las actividades infantiles, y Moll, posteriormente publica en escritos extensos sus observaciones respecto a la vida sexual del niño. Pero las teorías de Freud que orientaron la atención universal hacia la sexualidad en la primera infancia, y su importancia para el desarrollo sexual, opacaron a los autores mencionados.

Pero después hay otros muchos autores que se han dedicado al tema en sus diferentes etapas:

+++ Balnton (1917) trató sobre la conducta del neonato (30 días) Hatterdorf (1932) preguntas más frecuentes de los niños pre-escolares; Isaacs (1933) desarrollo social de los niños; Dudycha (1933) recuerdos de experiencias escolares; Campbell (1939) desarrollo socio-sexual de los niños; Conn (desde 1940 a 1948) una serie de estudios sobre las fases de la conciencia y la curiosidad sexual de los niños. Halverson (1940) ya mencionado sobre la erección del pene de los niños. No podemos dejar de mencionar a Alfred Kinsey y sus colaboradores que nos han dado información rica y variada con sus interrogatorios y estadísticas amplias, no solo en los niños, en los adolescentes sino también en los adultos heterosexuales, (solteros o casados), homosexuales, los autoestímulos (mollities, pollution voluntaria, mansturbatio e ipsación y no masturbación que es impreciso).

Hay muy pocas enfermedades orgánicas limitadas exclusivamente a la adolescencia, por lo que no creo que exista justifica-

ción ni tiempo para que nos ocupemos de ellas en este trabajo. No obstante, si debemos decir que al adolescente lo debemos ver íntegramente o sea no solo a través de una historia clínica completa o de su exploración física, sino también a través del desarrollo psico-social y sexual intra y extrafamiliar así como por su rendimiento escolar.

Con el mayor grado de comprensión, debe dársele al adolescente la oportunidad y todo el tiempo que necesite para que sea sincero con nosotros. Debemos ganar su confianza para que nuestro tratamiento sea efectivo, porque debemos insistir, son los problemas de la conducta, actitudes, experiencias y desviaciones de los standares del desarrollo psico-social y sexual lo que en la gran mayoría de los casos, motivan la consulta médica.

El Pediatra, debe estar dispuesto a sostener consultas extras con los padres juntos o separados, sin romper la confidencialidad que se le debe al paciente adolescente, sino existe una repercusión grave para la familia, la sociedad o para el mismo adolescente.

Conviene, recordar que no somos jueces y que no debemos actuar con criterio represivo, no debemos levantar una muralla sino servir de orientadores y, lo que es muy importante, situarnos en el hoy, es decir, en el justo medio de lo tradicional y lo actual en todos los aspectos de la vida, es decir con un criterio "aggiornado", para dar con-

sejos o soluciones "aggiornadas"...

El pediatra debe estar presto para interconsultas con endocrinólogos, ginecólogos-obstetras, urólogos, psiquiatras y psicólogos, también con sacerdotes y educadores, actuando como coordinador, si es necesario, para el tratamiento y si necesita un tratamiento especializado, recordar que el problema del adolescente es, también, nuestro problema y nuestro paciente.

Entre los problemas que afectan a los adolescentes y que debemos tener presente están los relacionados con la sexología, toxicomanía, tabaquismo, alcoholismo, delincuencia juvenil, psicopatología y retardo mental o insuficiencia intelectual como algunos prefieren llamarlo, daremos una visión panorámica de estos problemas, haciendo mayor énfasis en lo relativo a sexología, ya que según las estadísticas, especialmente de Kinsey, comprende los problemas que más frecuentemente involucran a los adolescentes, a los padres y a la sociedad.

Existen factores o influencias que modifican o pueden modificar la conducta, frecuencia e incidencia de estos problemas.

Las principales influencias externas son: la religión, nivel socioeconómico familiar y comunal, influencias generales socioculturales (medio rural o urbano) étnico-culturales, familiar y comunitario, influencias psicológicas específicas o individuales

accidentales o no accidentales, influencias religiosas y filosóficas.

IPSACION: (comunmente se llama masturbación, es impropio el término desde el punto de vista etimológico) su frecuencia es tal, que las estadísticas van desde un 05% a un 100% en el varón y desde un 30% a 80% en la mujer, recordar las clases del Dr. Strunz cuando preguntaba sobre esta actividad. La frecuencia es variable, se han invocado diferentes teorías para explicar esta frecuencia.

A pesar de los frenos religiosos y de los supuestos daños psicológicos que podrían producir, esto, ya no se acepta como causa más bien sería como efecto.

Se acepta que la ipsación (inconsciente) se inicia desde muy temprana edad, como consecuencia de factores orgánicos o psíquicos, disminuyendo entre los 5 a 9 años, para volver a aumentar en la adolescencia.

Existe una mayor práctica de autoestímulo en los varones que llegan prematuramente a la adolescencia, no pareciendo ser lo mismo en las mujeres. El nivel social parece afectar la frecuencia más que la incidencia, mayor grado de escolaridad, mayor frecuencia de ipsación.

Al acercarse el final de la adolescencia disminuye su frecuencia e incidencia, posiblemente por compensación de las caricias sexuales y la práctica del coito en el varón, y menos en las mujeres, aunque en ésta existe predominio de las caricias

dependiendo de múltiples factores, integración familiar, socio-económico, sentimientos religiosos, para que predominen las caricias o el coito o la ipsación. La técnica de la auto-estimulación, es variable, pero generalmente en el hombre es manual y en las mujeres por frotación de los muslos, aunque también sigue la práctica armada, usando diferentes objetos.

Caricias Sexuales:

Cualquier clase de contacto físico que no implique una unión de las partes genitales, pero en el cual haya un intento deliberado de lograr excitación sexual; pudiendo o no llegar al orgasmo, la frecuencia es menor que la ipsación, con un aparente aumento en los últimos años, que va paralelo con el aumento del coito prematrimonial, el alcoholismo social, popularización de autos y autocines, etc. Sólo mencionaremos algunas en orden decreciente de frecuencia, bailes, besos prolongados, caricias a los senos y a las partes genitales, masturbación mutua, cunnilictus, fellatio y yuxtaposición genital.

Eyaculación y Sueños Nocturnos:

De menor importancia pero no menos frecuentes especialmente en los varones que aumenta con el avance de la adolescencia. Los factores que inciden en los mismos son entre otros revistas, fotografías, películas, las mayores relaciones heterosociales, los medios de co-

municación social (promociones, propagandas, etc., etc.).

Actividad Sexual Próxima al Cuerpo:

Aunque algunos autores no la consideran que debe entrar en el campo de la sexualidad, nosotros sí creemos que se debe considerar ya que despierta imaginaciones, sentimientos sexuales y acercamiento sexual y hasta respuestas sexuales (tumescencia y aún erección) y si el "escenario" es propicio, puede llegarse hasta la satisfacción individual o de la pareja.

Estas actividades sexuales han ido variando de acuerdo con la época y los lugares, así vemos que el vestido que en un tiempo enseñaba muy poco de la anatomía inferior de la mujer, faldas largas con escote amplio, hoy día las faldas han llegado a la mínima extensión, alternando con los "hots pants" los pantalones ajustados y blusas mínimas y ceñidas que muestran todo que casi no dejan nada para la imaginación, y unido a la modalidad del caminar (que está cambiando haciéndose menos femenino debido a los zapatos usados actualmente). Otras modalidades son, los trajes de baño, los sostenedores de busto sofisticados así como otras prendas de vestir y algunos adornos con slogan alusivos al sexo y a la sexualidad... para producir estímulos y respuestas sexuales. Es cierto, que no siempre se tiene conciencia plena del por qué

y del fin del uso de estas ropas, prendas, etc. y simplemente sea por estar a la moda...

Fantasías Sexuales:

Al llegar a la adolescencia las fantasías de contenido sexual aumentan como los intereses sexuales y las sensaciones eróticas, pero éstas varían de acuerdo al sexo como a la edad cronológica, condiciones socioculturales, económicas, religiosas, morales y filosóficas. Estas variantes son en cuanto a la frecuencia, intensidad, diversidad y lapso, etc. Entre estas fantasías tenemos la del príncipe azul, la cenicienta, "cuando yo sea papá o mamá", las que implican besos, abrazos y otras caricias sexuales. Pudiendo considerarse como normales pero que si sufren una "fijación" dinámica o cronológica, podrían considerarse como una desviación del desarrollo psicosexual.

Transvestismo:

Implica el deseo de satisfacciones relacionadas con el uso de ropas del sexo opuesto; aunque no siempre este deseo sea propio, sabido es que muchas madres que anhelaban tener un hijo de determinado sexo calman su frustración, con vestir al niño de acuerdo con el sexo deseado y no obtenido.

Creemos conveniente aclarar que transvestismo no necesariamente es sinónimo de homosexualidad ni de inversión del papel sexual. No estamos presenciando cada día la moda de

"unisex", no estamos viendo que las modas están feminizando a la ropa masculina y masculinizando a la ropa femenina? Para nosotros, esto, es un transvestismo disfrazado o disimulado aunque no conlleve el deseo de satisfacciones, relacionado con el transvestismo verdadero, sino simplemente el deseo de estar a la moda.

Voyeurismo:

Que se inicia desde la infancia a veces por mera curiosidad y que se va intensificando con la edad, siendo más frecuente entre los varones pudiendo considerarse normal de acuerdo con ciertos parámetros "si es homo o heterosexual", si es un medio o un fin; y clasificarlo en "privado" (no pagado) y "público" (pagado).

Inversión del Papel Sexual:

Es el fenómeno en que la persona que tiene un sexo biológico aprende a pensar, sentir y actuar como el sexo opuesto; esto implica la aceptación y adopción del papel sexual del otro sexo. Existen diversas combinaciones de la conducta en relación con el papel sexual en una misma persona produciendo a veces una conducta alternante, piensa, siente, actúa, acepta y adopta el papel sexual del sexo masculino y otras las del sexo femenino, llegando a tener dos personalidades sexuales, sin tener amnesia, teniendo conciencia plena de la existencia de ambos papeles sexuales. Cuando está

en su papel de mujer actuará como tal en su conducta, ropa e intereses y cuando está con la personalidad masculina, vestirá, hablará, actuará y demostrará intereses propios del varón teniendo perfecta conciencia de la otra personalidad sexual. El transvestismo es uno de los componentes de la inversión pero no todos los travestidos son inversos sexuales.

Otras Desviaciones:

Las cuales implican, deseo genital estimulación y satisfacción que se apartan de la relación heterosexual e interpersonal normal y que por razones obvias solamente las enumeraremos: zoerastia, pederastia, fetichismo, sadismo, masoquismo, bisexualidad (discutida por la mayoría de los biólogos y aceptándose como muy dudosa, por lo menos en el hombre), el exhibicionismo muy frecuente en el niño pero sin poder clasificarla en este período como una desviación sino más bien como curiosidad infantil.

Homosexualidad:

Como uno de los problemas, cada vez, más frecuentes en el adolescente y por sus varias posibles etiologías, actitudes, conductas, definiciones y por la diversidad de factores biológicos y culturales que influyen en la regresión, en la detención o desviación del desarrollo psicosexual, creemos conveniente extendernos un poco más en este problema.

Definición:

Es el fenómeno en que el individuo desea en forma predominante o exclusiva u obtiene, o ambas cosas, estimulación sexual genital y satisfacción con una persona de su mismo sexo biológico. Debemos aclarar desde ya que la inversión del papel sexual, no debe confundirse con la homosexualidad; aunque consideremos como homosexual a un individuo con identificación de inversión de género cuando desee una actividad sexual con una persona del mismo sexo anatómico. Hasta la etiología de la homosexualidad en los casos de los invertidos se ha considerado totalmente distinta de los que no lo son como veremos posteriormente en las experiencias acondicionadoras de Money.

Etiología:

Genética, predisposición a la homosexualidad, como el caso de los estados intersexuales de Marañón (discutida por muchos).

Congénita, explicada por los experimentos de Ingeborg, que afirma que el stress ejercido durante el embarazo, en cierta etapa "crítica" del desarrollo embrionario fetal sobre determinadas hormonas, producen anomalías y alteraciones que no pueden ser modificadas después del nacimiento y predisponen a una conducta homosexual en el individuo.

“La explicación de este experimento consiste en que la rata preñada sometida a stress produce grandes cantidades de ACTH, que estimula las suprarrenales de la madre y el feto a liberar a su vez otras hormonas, entre estas la androstenodiona. Esta compete con la testosterona producida por los testículos de los fetos y termina por vencer actuando sobre las áreas cerebrales normalmente reservadas a la testosterona. En consecuencia, esta no puede realizar su tarea de programar el cerebro en desarrollo que después del nacimiento no puede funcionar como un cerebro masculino normal. Otra función de la testosterona en el cerebro fetal masculino, parece ser la de neutralizar sus tendencias femeninas”.

Esta hipótesis es apoyada por las estadísticas (especialmente la de Kinsey) que la homosexualidad es más frecuente en las grandes urbes que en el área rural y en los países de mayor desarrollo donde el stress es más intenso y más sostenido.

Psicológica, considera como Freud, los estados homosexuales, como una regresión o por lo menos como una detención del desarrollo psicosexual; y vemos con frecuencia que debido a los desajustes psicológicos en el medio familiar como son la supraprotección, especialmente de la madre, o al contrario, la violencia de los padres, la ausencia total o parcial del pa-

dre, o aún la existencia sin presencia del mismo, o el carácter dominante de la madre y la sumisión del padre, lamento o rechazo de la feminidad de la madre, o cuando los padres educan al niño de modo que sienta, piense y se comporte como si fuera de otro sexo y con no poca frecuencia, lo incitan a ello, el co-lecho en la etapa de la preadolescencia, etc. pueden engendrar confusiones, fijaciones o resentimientos en el niño, y que van a repercutir desfavorablemente en la evolución de su maduración sexual.

Money considera que lo que se graba en la personalidad, especialmente en el período “crítico” (entre los 18 meses y los 3 años), tiene un papel importante en la homosexualidad. Brown, aparentemente también está de acuerdo, solo que cree que esta grabación es un proceso progresivo que se inicia entre el 1° y 2° año de vida y que queda establecido definitivamente al llegar al 5° ó 6° años de vida. Considerándose que a los 6 años “la suerte está echada” y que es muy raro después de esta época que se modifique en forma importante el papel del género y la identidad sexual.

En los niños hermafroditas, se ha evidenciado que el acondicionamiento ambiental y las experiencias del aprendizaje social son de importancia decisiva ya que con la misma anomalía, crecen como masculino o femenino de acuerdo con el sexo que se les ha asignado y adquieren la

preferencia del sexo genital apropiado a ese sexo.

Aumentando el nivel de andrógeno en una mujer, se obtiene una mayor motivación sexual pero no se volverá homosexual en cuanto a sus deseos, es decir no habrá desviación en cuanto a la elección del objeto sexual genital.

No se debe confundir las prácticas homosexuales con la homosexualidad, muchos niños (que han pasado la edad crítica) han tenido prácticas homosexuales sin ser homosexuales, y es más, muchos adolescentes también las han tenido aunque por otros motivos (snobismo, o bajo el influjo de sustancias alucinógenas o alcohólicas, por seducción o por violación) y no podemos etiquetarlos como homosexuales.

Tampoco debemos confundir la inversión del papel sexual con la homosexualidad, el invertido puede describirse como un fracaso psicossomático con características físicas de un sexo, pero la personalidad psicológicamente femenina, característica del otro sexo aunque es frecuente que los invertidos deseen y obtengan una actividad sexual con personas del mismo sexo anatómico, y entonces si podemos considerarlo como homosexual. Hay muchos homosexuales que no son invertidos en cuanto su papel de género o sexo, así tenemos que en la práctica homosexual, es el que asume el papel activo, el apropiado a su

sexo biológico y el invertido la parte pasiva, el apropiado al sexo opuesto, nos referimos al homosexual varón, ya que en la mujer sucede lo contrario, la invertida toma la parte activa, papel "masculino" y la no invertida la parte pasiva, el papel propio de su sexo anatómico; sin embargo, a veces cambian de pasivos a activos en sus actividades sexuales aunque no es lo frecuente.

El homosexual invertido, generalmente no llega al matrimonio heterosexual, el no invertido con frecuencia lo realiza, siendo lo contrario en la homosexual (mujer), la no invertida con frecuencia llega al matrimonio heterosexual, y la invertida pocas veces, terminando en ambas situaciones, en separaciones o divorcio.

En los últimos 100 años se ha progresado mucho en los conocimientos, actitudes y conducta sexual, así como en el desarrollo psicosexual.

Pero por ser un tema tan complicado y "delicado" por los mitos sobre la materia, mala información a diferentes niveles y los prejuicios religiosos y socio-culturales, etc.... estamos muy lejos todavía de la meta deseada.

Principiaremos por decir que se ha usado muchos términos para designar la enseñanza del sexo, de la sexualidad y del desarrollo psicosexual, entre otros: higiene sexual, higiene social, educación para vida fami-

liar, educación para las relaciones familiares, enseñanza para la vida, etc.... nosotros creemos que debe ser educación sexual, ya que con esta terminología, se pueden incluir los factores e implicaciones que se relacionan con el tema, como son: tradiciones, costumbres, prejuicios, normas de culturas, moral, aspectos religiosos, biológicos, bioquímicos, anatómicos, psíquicos, etc.

¿A quién le corresponde la tarea de esta enseñanza, dónde, cuándo, cómo, y cuánto? Creemos que siendo un problema tan importante y complejo nos corresponde a todos.

¿Dónde? Donde está el niño, el adolescente y el hombre, en todas partes.

¿Cuándo? Posiblemente desde antes de nacer (a través de los padres) y después del nacimiento hasta la muerte.

¿Cómo? Existen diferentes métodos que presentamos en forma esquemática.

¿Cuánto? Pues todo lo que se necesite de acuerdo con factores circunstanciales como son la edad, la cultura, etc.

Desde luego que para efectuar una tarea necesitaremos de varios elementos, entre otros, motivación, conocimiento, metodología y recursos, como ésta es una tarea ardua y compleja, es necesario un equipo interdisciplinario, seguir una secuencia adecuada, condicionada por las diferentes edades y etapas del crecimiento y desarrollo del

hombre; así pues, se iniciará en el hogar (los primeros educadores por ley natural), con la complementación del estado, de la iglesia, de la comunidad, del médico y de los profesionales de las ciencias paramédicas.

Otro de los problemas graves en la adolescencia es el empleo de drogas estupefacientes que llevan a la toxicomanía, por el efecto que producen tanto en lo físico, psíquico, moral, social y económico.

Los factores que agravan el problema son múltiples y podemos dividirlos en internos (hogar): conducta de los padres, actitudes, cultura, promiscuidad, etc... externos (comunidad): compañeros adictos o en vías de serlo, en la vecindad, en las escuelas o universidades: la propaganda criminal que efectúan los traficantes de drogas directa o indirectamente, por los "ganchos" o por los medios de comunicación social sutilmente, aunque a veces no tan sutil (películas en televisión y en cines) despertando la curiosidad y otras hasta sugiriendo bondad de beneficios) periódicos, revistas, y paquines.

La solución para estos problemas es muy compleja, en que debemos participar todos por medios diferentes pero con una adecuada coordinación, educación a los padres y a los hijos, mejorando las condiciones socioeconómicas, culturales, morales y religiosas, leyes adecuadas (preventivas y punitivas) y moti-

vando a la comunidad para que brinde su cooperación. La cooperación de los dirigentes o dueños de los medios de comunicación social, aunque se afecten sus ingresos económicos, y desde luego, tratamiento médico adecuado (curativo) pero no debemos olvidarnos de que el profiláctico en la consulta privada o institucional, aunque sea en forma individual, tiene un gran valor ya que el que conoce y es conocido por el adolescente desde que era niño goza de su confianza y por tanto sus recomendaciones y consejos tendrán un gran impacto, no solo en el adolescente sino también en sus padres.

Otro problema que podríamos decir que aunque menos grave y de menor repercusión, hasta cierto punto, en su aspecto social, es el de bajo rendimiento escolar con la escuela de fracasos y abandono de la escuela. Aquí la solución también es compleja, pero creo que se debe dirigir al hogar.

En la escuela con un departamento pediátrico, con un equipo multidisciplinario formado por trabajador social, psicólogo, educadores, que tratarán al adolescente y a sus padres, con técnica y metodología adecuada.

Otro de los problemas de la adolescencia es el tabaquismo y el alcoholismo, aquí también creemos que necesitamos de la colaboración de muchos, entre otros, los dirigentes de la comu-

nicación social, de los productores de cigarrillo y licores, del estado, del hogar y de un equipo pediátrico y psico-social.

Delincuencia Juvenil: cada día más creciente, donde el adolescente presenta una conducta antisocial porque ha fallado en adquirir una conducta social apropiada. Los factores responsables son varios, pero los familiares, socioeconómicos y culturales influyen como etiología predisponente y desencadenante. La solución estaría pues, en corregir estos factores mencionados con el complemento de leyes adecuadas en las cuales el aspecto de represión no sea el que predomine, sino el de prevención y regeneración.

En el aspecto psicológico: algunos consideran que un 85% son problemas de conducta y solo un 15% son neurosis y psicosis, aunque esto depende de las condiciones socioeconómicas del adolescente. Un 15% de retardo mental (insuficiencia mental), debido al complejo círculo vicioso: nivel educacional bajo de los padres, bajo ingreso económico, mala nutrición, partos prematuros, poca atención obstétrica y pediátrica, ambiente falto de estímulo, desorganización familiar, conflictos familiares, problemas de adaptación, etc... la solución una vez más, es difícil y complicada, pero debemos dirigirla a mejorar a la familia en su aspecto socioeconómico y cultural y pediátrico-psicológico.

Conclusiones:

Pubertad, es un signo, no es una etapa y por lo tanto, no puede ser sinónimo de adolescencia. Adolescencia es la etapa de la vida entre el niño y el adulto.

La pediatría abarca hasta la adolescencia (final). El pediatra debe atender al adolescente.

Los mayores y más frecuentes problemas del adolescente se inician en la familia y se complementan en la comunidad.

Recomendaciones:

Promover, fomentar y proteger la constitución, la unidad y el bienestar de la familia en forma integral (física, psíquica, moral, espiritual, religiosa, política, socio-cultural y económicamente) y si fuera necesario... promover, fomentar y proteger su recuperación.

Ya que el individuo es o será lo que es la familia a que pertenece...

Y la comunidad es o será lo que son las familias que la componen.

Además de los motivos que mencioné al principio de este trabajo, como génesis del mismo agregaríamos ahora, haciendo nuestro, un pensamiento del maestro Ramos Galván:

“—Tenemos prisa en expresar nuestro punto de vista, porque sabemos que falta mucho por hacer y por conocer y porque hay muchos que pueden hacer algo, por otra parte, tenemos por buena la afirmación de que... la idea que no puede convertirse en palabra, es mala idea, y la palabra que no trata de convertirse en acción, es mala acción—”.

PEDIATRIA, PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

1. La Familia
2. Desarrollo Ontogénito y Filogenético del Hombre
3. Pareja de Adolescentes
4. Caricias Sensuales
5. Indeciso Sexual
6. Enfermedades Venéreas
7. Tabaquismo
8. Educación Sexual en el Hogar
9. Educación Sexual en Escuela Primaria
10. Educación Sexual en Escuela Secundaria
11. Educación Sexual en la Universidad
12. Presencia del Padre, interrogatorio del Niño sobre Reproducción
13. El Iceberg y la Problemática del Adolescente
14. El Adolescente Acusa

BIBLIOGRAFIA

- Agusti Alfonso, Sexopatías en la Adolescencia. Rev. Colombiana de Pediatría y Puericultura 24; 4, 1973.
- Brand Paul et Colaboradores, Nuevo Catecismo para adultos (Versión del Catecismo Holandés). Editorial Herder, Barcelona.
- Brennemann – Kelly, Practice of Pediatrics. Harper and Row, Publishers, Hagerstown, Maryland.
- Delay J. y Pichot Pierre, Toray – Masson, S. A. Barcelona.
- Escardo Florencio Sociogénesis de la Adolescencia, Rev. Colombiana de Pediatría y Puericultura XXIV; 4, 1973.
- Fanconi G. y Wallgreen A., Tratado de Pediatría, Ediciones Morata, S. A. Madrid, España.
- Ford John y Kelly Gerald, S. J. Problemas de Teología Moral Contemporánea, Editorial "Sal Terrae" Santander.
- Garrahan Juan P. Medicina Infantil, Librería y Editorial "El Ateneo", Buenos Aires.
- Hamaier, George y Gleason Robert, S. J. Orientaciones Actuales de Psicología Pastoral, Editorial "Sal Terrae", Santander, (España).
- Holt L. E. y Howland J. Tratado de Pediatría, Editorial "Utethea", México.
- Kolb Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna, La Prensa Médica Mexicana, México.
- Nelson, Vaughn y Mckay, Tratado de Pediatría, Salvat Editores, S. A. Barcelona.
- Niedermeyer Albert Compendio de Medicina Pastoral, Editorial Herder, Barcelona España.
- Ramos Galván Rafael y Colaboradores, Desnutrición en el Niño, Impresiones Modernas, S. A. México.
- Reuben David, Todo lo que usted siempre quiso saber sobre el sexo. Editorial Diana, México.
- Rubin Sadore y Kirkendall Lester, Preguntas del adolescente en su desarrollo Psicosexual, Editorial Pax-México.
- Taylor Donald L. El Desarrollo Sexual Humano, Edutex, S. A. México.
- Uribe Cualla Guillermo, Toxicomanía y Adolescencia, Rev. Colombiana de Pediatría y Puericultura XXIV; 4, 1973.

SINDROME DE POTTER

*Dr. Ruben Villalaz B.

**Dra. Gloria Q. de Sánchez

Introducción:

La Dra. Edith L. Potter, observó originalmente que ciertos niños que presentaban una disfunción renal tenían una fascie característica y oligohidramnios. A esta condición le denominó Síndrome de Potter.

La disfunción renal es ocasionada por anomalías múltiples en el aparato urinario como: agenesia renal, displasia renal, displasia quística renal, ausencia de ureteres, atresia de ureteres, vejigas hipoplásicas, atresias uretrales. La fascie se caracteriza por presentar: pliegue del epicanto, aplanamiento del puente nasal, alas nasales anchas, orejas con implantación baja y con malformación de algunas de sus partes, como el trago y el antitrigo, mentón pequeño y hacia atrás y grandes pliegues en la nuca y en el cuello. El oligohidramnios es producido por la ausencia o carencia relativa del líquido amniótico durante la vida fetal, que a su vez origina la hipoplasia pulmonar, los defectos del crecimiento intrauterino, la deficiencia generalizada en el tejido subcutáneo semejando deshidratación y la posición arqueada de las manos y de los pies.

Hay malformaciones adicionales como: ausencia o hipoplasia del útero, cardiopatías congénitas, ano imperforado, pies equinovarus y torsión tibial interna.

Caso Clínico:

Este paciente fue atendido en la Sección de Neonatología del Hospital General de la Caja del Seguro Social.

Se trata de un recién nacido a término, adecuado para la edad gestacional, de 38 semanas de gestación, con la siguiente antropometría: Peso: 2.58 Kgs., Talla: 50 Cms., Perímetro Cefálico: 35 Cms., Perímetro Torácico: 31 Cms. Parto por cesárea de urgencia, por presentación de Sacro en primigesta. Madre de 24 años, quien cursó el embarazo con Toxemia leve, en el tercer trimestre solamente. No hay antecedentes de ingestión de drogas, ni de haber recibido irradiaciones. Padre de 27 años, aparentemente sano. No hay antecedentes familiares de importancia.

Las membranas amnióticas fueron rotas en el acto operatorio. No se constató la cantidad de líquido. La Placenta: no informan ningún dato anormal.

* Pediatra de la Sección de Neonatología H.G.C.S.S.

** Residente de Patología del H.G.C.S.S.

Al examen físico, se encontró un Recién nacido con insuficiencia respiratoria aguda, que fue aumentando progresivamente y con una fascie caracterizada por presentar hipertelorismo, pliegue del epicanto, aplanamiento del pliegue nasal, alas de la nariz anchas, mentón pequeño y hacia atrás, implantación baja de las orejas y con malformación del trago, antitrigo y lóbulo, grandes pliegues en el cuello y en la nuca, cara senil y con las manos y pies arqueadas hacia adentro. Murió por paro cardio-respiratorio a las 5 horas 21 minutos de vida. Debido a las condiciones del paciente no se obtuvieron estudios radiográficos.

Comentarios:

El Síndrome de Potter es un ejemplo del resultado ocasionado por un defecto primario único en la morfogénesis, el cual afecta el desarrollo subsecuente de otras estructuras del cuerpo, originando un síndrome de múltiples defectos.

Normalmente la yema ureteral induce al tejido metanéfrico a formar el parenquima renal; y si esto no ocurre aproximadamente a los 31 días, surge un defecto en el desarrollo que origina la agenesia renal. Esta puede ser el único defecto primario, o puede ser una característica de una anomalía mas extensa del eje caudal. La agenesia renal secundariamente limitará la cantidad del flujo amniótico en la cavidad uterina por la ausencia de la orina. Este oligohidram-

nios originará el amnion nodosum y la hipoplasia pulmonar.

Con respecto a esta última, no se ha llegado a un acuerdo unánime en cuanto a este punto, porque no existe una relación exacta entre volumen de líquido amniótico y el desarrollo pulmonar.

Debido a la compresión fetal ocasionada por la carencia relativa del líquido amniótico, se originará la fascie característica, la presentación anormal de sacro y la posición anormal de las manos y de los pies.

Este síndrome tiene una incidencia de 0.03 por 1,000 nacidos vivos. El sexo masculino predomina sobre el femenino, de 3 a 1. No se han encontrado factores hereditarios y los estudios citogenéticos han mostrado cariotipos normales. Se ha establecido que puede ocurrir en una familia. La causa predominante sería por factores poligénicos con un riesgo de baja recurrencia.

Muchos infantes con Síndrome de Potter nacen muertos. La mayoría vive solamente unas cuantas horas después del nacimiento. La causa de muerte temprana es la Hipoplasia Pulmonar Bilateral. Los pulmones hipoplásicos de estos niños son incapaces de tolerar la presión negativa intrapleural creada por los músculos respiratorios para expandir la caja torácica. La ruptura alveolar continúa y el aire, penetra al intersticio pul-

monar, al mediastino y los espacios pleurales.

Esto se comprueba al tomar una radiografía del tórax, en donde se observaría la imagen de neumomediastino con o sin neumotórax.

Recientemente se han descrito varios casos con características clínicas del Síndrome de Potter, pero sin la disfunción renal; y por otra parte, como se aceptó universalmente que el oligohidramnios tiene diferentes etiologías se ha sugerido que el término de Síndrome de Potter sea reemplazado por un nuevo término: la Tetrada del Oligohidramnios. Esto fue propuesto por Ivan Thomas y David W. Smith, de la Unidad de Dismorfología del Departamento de Pediatría, de la Universidad de Washington. Ellos consideran que las características no renales del Síndrome de Potter, pueden ser consideradas como secundarias al Oligohidramnios, cuyas causas son muy variables. Así, en esta forma se forza a encontrar la causa del Oligohidramnios como diagnóstico primario, que puede ser una variedad de anomalías renales o urinarias aisladas o una de las tantas malformaciones de un Síndrome conocido con diferentes anomalías; o bien, finalmente sería consecuencia de una rotura prematura y prolongada de las membranas amnióticas en un niño con sistema urinario normal.

La Dra. Potter, no acepta este término, porque en sus observa-

ciones originales la disfunción renal es la condición básica de este síndrome y no el oligohidramnios.

Analizando todas estas informaciones, concluimos lo siguiente:

1. En todo recién nacido con insuficiencia respiratoria aguda, fascie de Potter e historia de oligohidramnios, se debe sospechar una malformación renal o urinaria, lo que haría un diagnóstico de Síndrome de Potter, el cual es fatal, por la hipoplasia pulmonar y la falla renal secundaria.
2. Como la hipoplasia pulmonar y la fascie de Potter, son ocasionadas secundariamente por el oligohidramnios, todo niño que tenga fascie de Potter, aunque no presente malformaciones renales o urinarias, siempre sería incompatible con la vida, por la hipoplasia pulmonar.

HALLAZGOS ANATOMO-PATOLOGICOS

Entre las características morfológicas externas encontradas al efectuar la necropsia del paciente tenemos que destacar (fig. No. 1) aplanamiento del puente nasal y alas nasales anchas, orejas alargadas e implantación baja de las mismas con alteración del trago, antitrago y del lóbulo. Observamos además mentón pequeño, grandes pliegues en la piel de la nuca y región lateral del cuello, acentuada flexión de la muñeca

de ambas extremidades superiores y también de las extremidades inferiores.



Fig. No. 1. Obsérvese el aplanamiento del puente nasal, el mentón pequeño y la marcada flexión de las muñecas.

Destacan también otras anomalías como son los grandes pliegues que van desde el ángulo interno de los ojos hacia la mejilla, evidente sobretodo en el lado derecho (fig. No. 2).



Fig. No. 2. Vista frontal en donde se observan grandes pliegues a nivel del ángulo interno del ojo derecho.

El examen interno mostró en la cavidad torácica la presencia de un timo con múltiples y grandes quistes de paredes delgadas y que ocupaba la zona central del mediastino anterior (fig. No. 3).



Fig. No. 3. Timo en el que se destacan los grandes quistes.

La exploración de la cavidad abdominal nos permitió observar ambos riñones reducidos a menos de la mitad de su tamaño normal con numerosos pequeños quistes diseminados por la superficie renal, y la existencia de una aorta con reducción notable del diámetro de su luz (fig. No. 4).

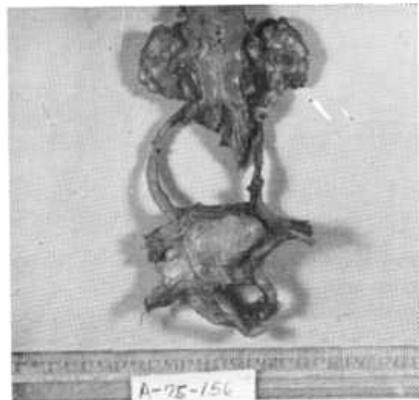


Fig. No. 4. Se observa aorta con luz estrecha y riñones izquierdo y derecho multiquisticos y pequeños.

Los hallazgos anatomopatológicos nos permitió hacer el diagnóstico de síndrome de Potter, el cual fue corroborado mediante el estudio histológico de numerosas secciones de tejido pulmonar y renal, las cuales mostraron (fig. No. 5 y 6 respectivamente) escaso desarrollo alveolar con parénquima pulmonar afuncional y áreas de tejido fibroso vascularizado.

Las secciones de tejido renal (fig. No. 6) muestran desorganización estructural con pobre diferenciación córtico medular, múltiples islotes de tejido mesen-

quimatoso con túbulos escasamente desarrollados, rudimentarios y glomérulos pobremente diferenciados; se observa además formaciones quísticas de diferente tamaño y focos de metaplasia cartilaginosa; todas estas anomalías son evidencia de una diferenciación metanéfrica alterada.

Damos las gracias al Dr. Carlos Abramowsky, Patólogo Pediatra, por su valiosa ayuda, ya que su desinteresada colaboración hizo posible la presentación de este caso.

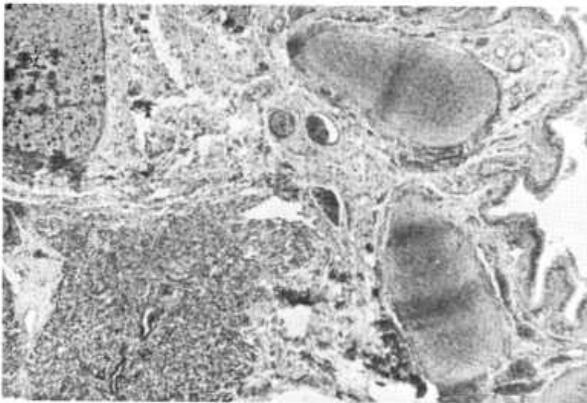


Fig. No. 5.
Secciones de pulmón con abundante tejido fibroso y escaso parénquima pulmonar con características primitivas.

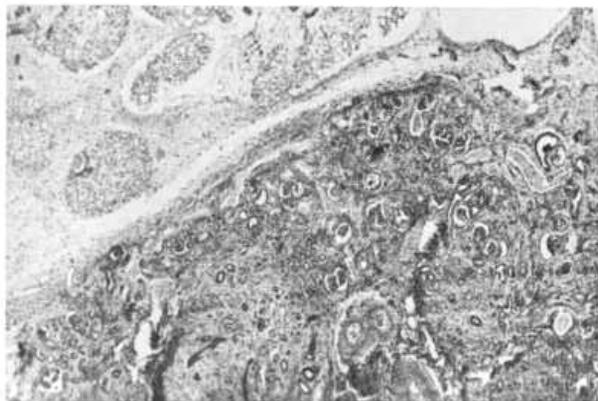


Fig. No. 6.
Glomérulos pequeños, túbulos rudimentarios y abundante tejido conectivo intersticial.

BIBLIOGRAFIA

1. Bain, A. D. and Scott, J. S.: Renal agenesis and severe urinary tract dysplasia. Review of 50 cases, with particular reference to associated anomalies. *British Medical Journal*, 5176: 84, 1960.
2. Liberman M. M., Abraham J. M., and France N. E.: Association between pneumomediastinum and renal anomalies. *Arch. Dis. Childn*, 44: 471, 1969.
3. Leonidas John C., Fellows R., Hall R., Rhodes Ph, and Beatty E.: Value of chest radiography in the diagnosis of Potter's Syndrome at birth. *The Am. J. of Roent Rad Th. and Nuclear Med.* Vol. 123, No. 4: 716, april 75.
4. Passarge E., and Sutherland J. M.: Potter's Syndrome. *Am. J. of Dis. of Ch.* Vol. 109, No. 1: 80. Jan 1965.
5. Potter, Edith L.: Facial Characteristics of infants with bilateral renal agenesis. *Am. J. Obst. and Gyn.* 51: 885-888 june 1946.
6. Potter Edith L.: Bilateral ausence of ureters and Kidneys a report of 50 cases. *Obst. and Gyn.* Vol. 25 No. 1, Jan 1965.
7. Potter Edith L.: Oligohydramnios. Further comments. *The Journal of Pediatrics.* Vol. 84 No. 6: 931-June 1974.
8. Smith David W.: Recognizable patterns of human malformations. Vol. VIII in the Series. W. B. Saunders, 1970.
9. Thomas Joan and Smith David W.: Oligohydramnios, cause of the nonrenal features of Potter's syndrome, including pulmonary hypoplasia. *The J. of Ped.*, Vol. 80 No. 6 811-814-June 1974.

NOTICIAS

TOMA DE POSESION DE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRIA

El pasado 25 de junio, en el Salón Las Américas del Hotel Holiday Inn, tuvo lugar la ceremonia de toma de posesión de la Junta Directiva de la Sociedad Panameña de Pediatría, que ejercerá sus funciones durante el período julio 1976 a junio 1977.

Los miembros de esta nueva Junta fueron reelegidos por unanimidad en la sesión ordinaria celebrada en el mes de mayo del presente año y, son los siguientes:

Presidente: Dr. Félix E. Ruiz R.

Vice-Presidente: Dr. Leonel Luque P.

Secretario de Asuntos Internos: Dr. Rubén Villalaz B.

Secretario de Asuntos Externos: Dra. Leonor Olivares

Tesorero: Dr. Luis C. Vega B.

Vocal: Dr. Antonio H. Schaw

Presidente Anterior: Dr. Ricaurte Crespo V.



Momento en que los miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Panameño de Pediatría son juramentados por el Presidente de la misma, Dr. Félix E. Ruiz R.



Muestra un aspecto de la concurrencia que asistió al acto de toma de posesión de la Nueva Junta Directiva.

ENTREGA DEL PREMIO NESTLE:

Durante esta misma ceremonia se hizo entrega del PREMIO NESTLE, que la Compañía Panameña de Alimentos S. A. ofrece todos los años al mejor trabajo científico presentado en las Jornadas Panameñas de Pediatría. En esta ocasión, tal honor correspondió al Dr. César Castillo Mejía por su trabajo intitulado:

La Retinografía como Método de Valoración de la Hipertensión Arterial en la Coartación de la Aorta.

El Premio fue entregado por el Sr. Hermann Meyers, Gerente General de la Cía Panameña de Alimentos S. A.



El Dr. César Castillo Mejía, muy complacido, recibe el PREMIO NESTLE de manos del Sr. Hermann Meyers, Gerente General de la Cía. Panameña de Alimentos, S. A., en presencia del Dr. Félix E. Ruiz R.

DISTINCION AL DR. PEDRO MOSCOSO:

La Sociedad Panameña de Pediatría en reconocimiento de su valiosa labor desarrollada en beneficio de la niñez panameña durante todo el tiempo dedicado al ejercicio de la Pediatría, otorgó MEDALLA DE HONOR AL MERITO al Dr. Pedro Moscoso.

REGLAMENTACION DE LAS SUBESPECIALIDADES PEDIATRICAS:

En la sesión ordinaria del 22 de julio de 1976 fueron aceptados los requisitos que reglamentan la sub-especialidad de Neonatología, los cuales fueron presentados por la comisión previamente nombrada para tal efecto.

También fue aprobado el nombramiento de una Comisión que se encargará del estudio de reglamentación de las diferentes sub especialidades pediátricas. Esta comisión quedó integrada por los Doctores: Doris E. Chorres, César Castillo M., Ramiro García A., Margarita de Roy, Rosa Siu Loy y Gonzalo Sosa García.

— * —

NOMBRAMIENTO DE LA DRA. BETHANCOURT:

La Dra. Edith Jiménez de Bethancourt, brillante pediatra y miembro de esta Sociedad, fue distinguida recientemente, con el nombramiento de Directora del Sistema Integrado de Salud de la Provincia de Colón, cargo que sabemos cumplirá eficientemente, dado sus dotes de iniciativa y dinamismo. La Sociedad Panameña de Pediatría registra con beneplácito esta designación y felicita sinceramente a la Dra. de Bethancourt.

— * —

SERVICIO HOSPITALARIO DE PEDIATRIA EN EL SEGURO SOCIAL:

Pronto iniciará labores el Servicio Hospitalario de Pediatría en el Hospital 16 de diciembre del Seguro Social. Se brindará servicio de urgencia con cobertura total y servicio de hospitalización hasta los 2 años de edad. Al frente de la Dirección de este Servicio se encuentra el Dr. Ricaurte Crespo V., distinguido y prominente miembro de la Sociedad Panameña de Pediatría. Conociendo a cabalidad las cualidades humanas y profesionales del Dr. Crespo, consideramos muy acertada su selección para cargo de tanta importancia y le auguramos el mejor de los éxitos.



Destaca el instante en que el Dr. Pedro Moscoso recibe la MEDALLA DE HONOR AL MÉRITO de manos del Dr. Félix E. Ruiz R., Presidente de la Sociedad Panameña de Pediatría, quien es ayudado en este acto por el Dr. Luis C. Vega, Tesorero de esta entidad.

CONGRESOS:

Del 27 de noviembre al 4 de diciembre de 1976, se celebrarán en la ciudad de San José, Costa Rica, los siguientes Congresos:

V Congreso Panamericano, I Costarricense de Cirugía Infantil y el XII Congreso Centroamericano de Pediatría.

Esperamos que un número elevado de pediatras panameños asistan a estos cónclaves científicos.

ECOS DE LAS VIII JORNADAS PANAMEÑAS DE PEDIATRIA.

VIII Jornadas Panameñas de Pediatría las VIII Jornadas Panameñas de Pediatría participan en calidad de Invitados Especiales los eminentes colegas:

Dr. Humberto Soriano, pediatra del Depto. de Nutrición y Gastroenterología del Baylor College of Medicine, Houston, Texas.



Dr. Ernesto Calderon Jaimes, Jefe del Depto. de Infectología y Enfermedades Parasitarias del IMAN, México, D. C.



Y el Dr. William Strong, Director del Depto. de Cardiología Pediátrica del Medical College of Georgia, E. E. U. U. En estas foto aparece también el Dr. Abraham Saied, Ministro de Salud y médicos asistentes.

COMISIONES DE TRABAJO
1976 – 1977

ADMISION

Dr. Ramiro García A.
Dr. Ludwig Dillman
Dr. Jorge Rivera
Dr. Gustavo De Obaldía

ETICA

Dr. Pedro Vasco Núñez
Dr. Jorge Jean-Francois
Dr. Carlos M. Sousa Lennox
Dr. Gregorio Ramos
Dr. Pedro Moscoso D.
Dr. Siviardo De León B.

BIBLIOTECA

Dr. René Villalaz
Dra. Sara Luque
Dr. Egberto Stanziola
Dr. Narciso Young Adames

RELACIONES PUBLICAS Y ACTIVIDADES SOCIALES

Dra. Edith de Bethancourth
Dr. Julián Ardines
Dra. Amanda de Barraza

PROYECCIONES AUDIOVISUALES

Dr. Ernesto Echevers
Dra. Sara Luque

CIENTIFICA

Dr. Ricaurte Crespo V.
Dr. Francisco Bravo I.
Dr. César Castillo Mejía
Dr. Gustavo Salamín
Dra. Rosa Siu Loy
Dr. Rubén Villalaz B.

REVISTA

Dra. Hermelinda C. de Varela
Dra. Doris Chorres
Dra. Leonor Olivares
Dra. Criseida de Owens

FINANZAS

Dr. Luis Carlos Vega
Dra. Fedora Cedeño G.
Dra. Elia B. de García
Dr. Juan A. Mendoza
Dra. Leonor Olivares

Bactrim Roche

Jarabe

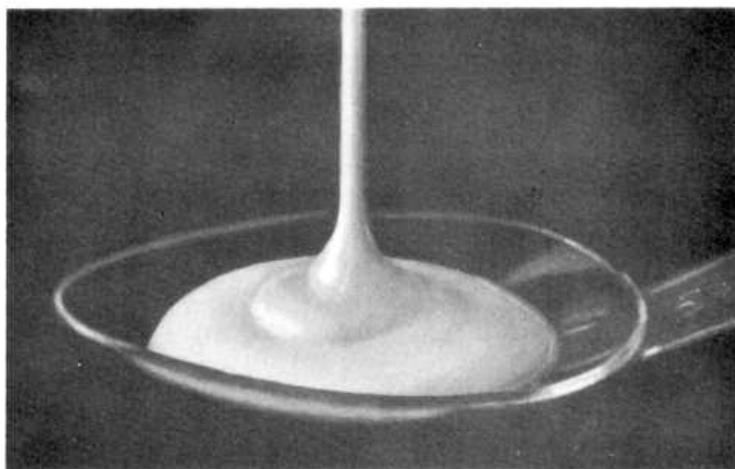
Nuevo bactericida de acción doble

Espectro ultra amplio

Gran actividad

Fácil manejo

Sin efectos secundarios



Esquema de posología	Mañana	Anocheecer
6 semanas a 5 meses	☞	☞
6 meses a 5 años	☞	☞
6 a 12 años	☞ ☞	☞ ☞



Un notable progreso
en la moderna quimioterapia

KANTREX*

INYECTABLE

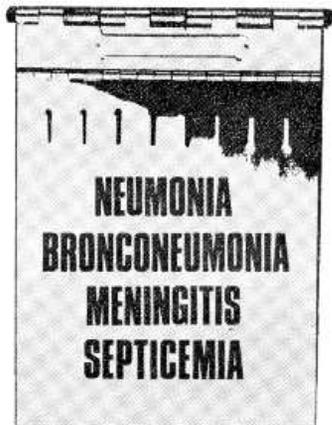
**"Cuanto más
se le conoce,
mejor se le valora"**⁽¹⁾

**VALIOSO
EN PEDIATRIA**

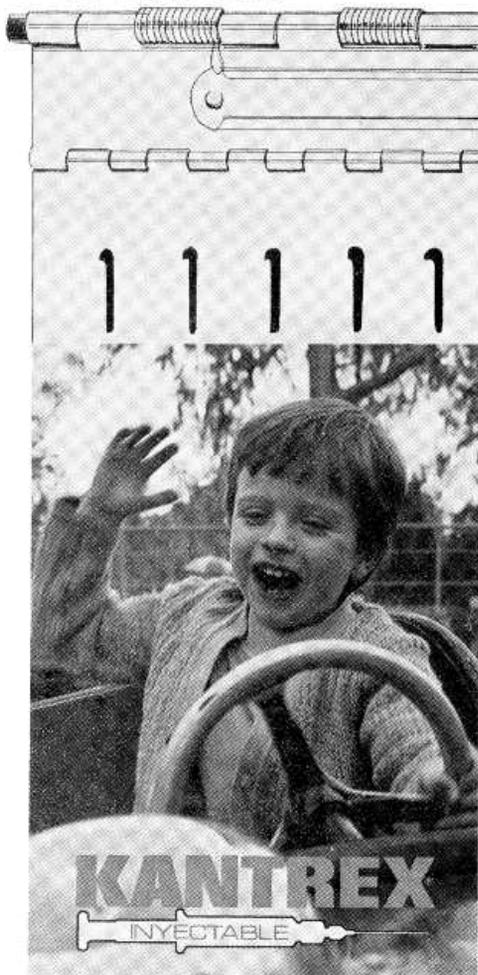
"El empleo de la Kanamicina (KANTREX) en las infecciones por gramnegativos, aumenta significativamente el índice de supervivencia"⁽²⁾

**SEGURO
EN PEDIATRIA**

"La valoración actual del grupo KANAMICINA-GENTAMICINA-NEOMICINA, cita a KANTREX como el más seguro para administración parenteral"^(3,4)



**...POR SUS
RESULTADOS
CLINICOS**



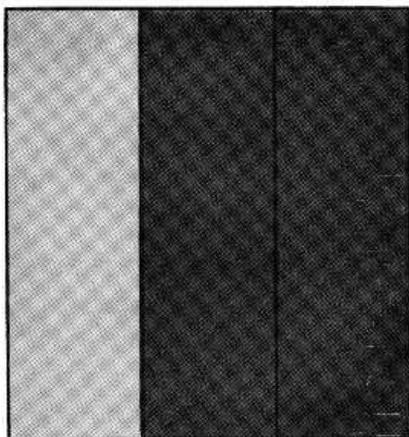
(1) "Rev. A. Bion. Clin. Med. Res. 4(2) 1977. (2) "Rev. P. P. M. C. - Spain. España 1977. (3) "Rev. P. P. M. C. - Spain. España 1977. (4) "Rev. P. P. M. C. - Spain. España 1977. LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS. SU VENTA REGISTRA REGISTRO MEDICO. LOS COMPLETOS REGISTROS EN ESTA LITERATURA SON DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES MENCIONADOS EN LA BIBLIOGRAFIA. MARCA REGISTRADA REG. N.º. 20948-672867. S.T.A. 76-331-F. A.E. 18663/7

NUEVO

500 mg. Ampicilina
4 mg. Bisolvon

CAPSULAS
250 mg. Ampicilina
8 mg. Bisolvon

SUSPENSION
250 mg. Ampicilina
8 mg. Bisolvon



Bisolvon **Ampicilina®**

Mucolítico - expectorante

con acción bactericida



Boehringer **Ingelheim**

**Para niños que
sufren intolerancia
a la leche...**



Mead Johnson®

SCHERING CORPORATION U.S.A.



GARAMICINA INYECTABLE

Casi todos los micro-organismos "resistentes" son sensibles a la Garamicina.

C E L E S T O N E

Reafirmado en el transcurso del tiempo, por los resultados clínicos y la opinión médica mundial como "el corticosteroide número 1"..... en eficacia, seguridad y economía.

P O L A R A M I N E

Domina rápidamente los síntomas alérgicos, cualquiera que sea el alérgeno ofensivo.

T I N A D E R M

Por su potente acción fungicida, el medicamento ideal para las micosis superficiales.

TEL.: 25- 1077



Hyper-Tet^{MR.}

(Globulina Inmune Antitetánica HUMANA)

- Mayor protección temporal con dosis más bajas
- Preparado a partir de sangre venosa humana
- Administración compatible con individuos sensibles a la antitoxina equina
- Evita las reacciones anafilácticas derivadas de la administración de suero equino
- Evita el efectuar pruebas cutáneas o conjuntivales

D I S T R I B U I D O R

F. ICAZA Y CIA.

Teléfono: 62-7300

Apartado postal: 2140

Panamá 1, R. de P.



**En la
alimentación
infantil,
Borden
es garantía
de calidad
científica.**



KLIM

LECHE EN POLVO INTEGRADA.
Por su flexibilidad, fácilmente adaptable a las necesidades del bebé, debidamente modificada.



BIOLAC

LECHE MODIFICADA COMPLETA.
Fácil de formular, fortificada con vitaminas A, B1, B2, C y D. Contiene sulfato ferroso y adecuada cantidad de carbohidratos.



DRYCO

LECHE SEMIDESCREMADA HIPERPROTEICA.
Fortificada con vitaminas A y D, especialmente adaptada para la alimentación de prematuros.



NEO-MULL-SOY

LECHE HIPOALERGENICA DE SOYA PARA INFANTES.
Fortificada con vitaminas y minerales para ser usada como reemplazo a la leche.

DISTRIBUIDOR:



CIA. INTERNACIONAL DE VENTAS, S. A. TELEFONO 61-8000.



El no
podría preocuparse
menos
de Nestlé ... y nosotros

*no podríamos preocuparnos
más de él.*



Nestlé, al servicio de la alimentación infantil



P. 2943 E1