

Montevideo, 10 de febrero de 2003

Archivos de Pediatría del Uruguay

Dirección

Dra. Marina Caggiani

Presente

Leída la carta enviada por el Profesor Dr. Fernando Mañé Garzón (Arch Pediatr Urug 2002; 73(4): 257), considero importante enviar algún comentario.

Sin entrar en análisis respecto del motivo principal de dicha carta (no fue citado un trabajo suyo en un artículo reciente sobre el mismo tema), quiero referirme sí a las consideraciones efectuadas sobre un aviso de una fórmula láctea.

Personalmente no me parece un aviso agresivo y no me avergüenza para nada que aparezca en la revista de la Sociedad de Pediatría del Uruguay.

En el número correspondiente a diciembre de 2002 (volumen 73, número 4), se dedican 75 páginas al contenido científico y 10 páginas a propaganda (11,7% de la revista) y una sola página anuncia fórmulas lácteas conteniendo una advertencia que señala entre otras cosas que "la leche materna es la mejor para el lactante".

Anales Españoles de Pediatría, el órgano oficial de la Asociación Española de Pediatría, una revista de singular prestigio y penetración en la comunidad pediátrica de habla hispana, en su volumen 57(5) de noviembre de 2002 dedica 113 páginas al contenido científico y 75 páginas (39,8% del número) a propaganda, y 14 de esas páginas de propaganda están dedicadas a alimentos lácteos para lactantes, sin contener ninguna advertencia.

La versión española de Pediatrics (órgano oficial de la Academia Americana de Pediatría), en su volumen 54(2) de noviembre de 2002 dedica 61 páginas al contenido científico y 24 páginas a propaganda (28,2% del número). De esas 24 páginas, la mitad contiene propaganda de alimentos lácteos sin ninguna advertencia.

Todos sabemos lo difícil que resulta editar cada número de Archivos de Pediatría del Uruguay, mantener la continuidad y el camino que aún falta para que nuestra revista tenga el prestigio y el reconocimiento que tienen los Anales Españoles o la edición española de Pediatrics.

Una de las dificultades principales que tienen los editores radica en financiar cada número, que tiene un costo muy elevado. Esto es posible porque existen avisadores, que cada vez son menos, y que seguramente seguirán siendo menos si se afirma que los avisos son "para vergüenza de todos".

Archivos de Pediatría del Uruguay tiene una cuarta parte de los avisadores de Anales Españoles y un tercio aproximadamente de los que tiene la edición española de Pediatrics. Lo que realmente avergüenza es no poder conseguir avisadores para financiar la publicación de los números de la revista de los pediatras uruguayos.

No existe ningún pediatra uruguayo que no sepa que la leche materna es el mejor alimento para el lactante. Todas las escuelas pediátricas así lo han pregonado hasta el cansancio. La

propaganda de los “sustitutos” sólo permite financiar las publicaciones y no hará cambiar los conceptos básicos adquiridos por los pediatras uruguayos.

Si los avisadores (que no nos avergüenzan) nos abandonan, será muy difícil seguramente mantener la continuidad de Archivos de Pediatría del Uruguay.

Agradeciendo la publicación de la presente, saluda a usted con la más alta consideración

Dr. Osvaldo Bello

---

Archivos de Pediatría del Uruguay

Dirección

Dra. Marina Caggiani

Presente

Realizamos un comentario a propósito de un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, clínico, prospectivo, epidemiológico y microbiológico, sistematizado y a doble ciego, en 97 niños, en su mayoría ambulatorios, con diarrea aguda, utilizando *Lactobacillus* GG vehiculizado en el suero de rehidratación oral.

Del mismo destacamos la disminución de la duración de la diarrea y del número de deposiciones diarias, sobre todo en aquellos niños portadores de rotavirus. Se asoció además una aparente reducción del riesgo de evolución a la diarrea prolongada.

Los futuros trabajos deberían estar orientados a estudiar la acción del probiótico sobre otros microorganismos entéricos, extremando el análisis de variables como dosis–efecto y vehículo utilizado, así como a la prevención de la diarrea aguda infecciosa a través del consumo diario.

Jasinski C, Tanzi MN y cols. Efecto del *Lactobacillus casei* administrado en el suero de rehidratación oral, en el tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda. *Pediatrics* 2002; 22 (7): 231-243.

Dra. Maria Noel Tanzi

---

Durazno, 2 de abril de 2003

Archivos de Pediatría del Uruguay

Dirección

Dra. Marina Caggiani

Estimada colega:

He leído con atención el trabajo de la Dra. Marina Salmentón (pediatra-dermatóloga), secretaria del Comité de Dermatología de la SUP, titulada “Pautas de diagnóstico y tratamiento de las dermatitis o eczemas en el niño”, publicado en Archivos de Pediatría del Uruguay 2002; 73(4): 236-9.

Felicito a la autora por lograr una muy buena síntesis, dado que es difícil presentaren cuatro páginas una temática interesante, frecuente y polémica, que desde hace decenios reocupa a clínicos e investigadores que afortunadamente han logrado valiosísimos aportes clínicos, genéticos, bioquímicos, etiopatogénicos y terapéuticos.

De todas maneras, quiero comentar como pediatra clínico de prolongada actuación e interesado en la dermatología pediátrica que:

1) La autora no destaca en el texto (sí en el cuadro) que la dermatitis seborreica (DS) no presenta prurito, o muy poco, principalmente en las etapas iniciales, como vemos en el lactante, a diferencia de la dermatitis atópica (DA), donde, como decía Jacquet, "el prurito precede al eczema" y durante casi toda su evolución es un síntoma cardinal.

Es bien conocido que la DS tiene un comienzo mucho más precoz que el eczema constitucional del lactante, y que éste tiene una topografía particular, morfología característica (eritema de límites imprecisos, microvesiculización –como expresión de la intensa espongiosis-, cuyos elementos, al romperse, exudan abundante serosidad, pudiéndose apreciar muchas veces los llamados pozos de Davergie, las costras, los signos de infección clínica y posteriormente liquenificación, etcétera), lo cual muestra un cuadro prácticamente inconfundible, que unido al prurito casi siempre intenso, y los antecedentes de atopía familiar en el 75% de los casos, hacen el diagnóstico positivo.

2) Cuando la doctora señala "la dermatitis seborreica puede ser la forma de expresión precoz de dermatitis de revelación más tardía como el eczema atópico o la psoriasis", creo que expresa un concepto muy discutible y nunca fehacientemente demostrado, en otras palabras, que exista un *continuum* entre DS, DA o psoriasis.

- 1) Los niños portadores de DS padecen una afección muy común, habitualmente de larga duración que, por lo tanto, en el curso de su vida podrán presentar otras patologías cutáneas que tengan distintas bases genéticas etiopatogénicas, etcétera. Es decir, que se tratarían de simples coincidencias de entidades diferentes.
- 2) Dejando de lado los posibles errores de diagnóstico, la mayor confusión proviene de trabajos con diversas fallas metodológicas. Como ejemplo me permitiré mencionar el estudio de Manni y colaboradores (1989), quienes hicieron el seguimiento de un grupo de niños con DS, pero la muestra resultó no ser representativa de la población, los criterios de diagnóstico no fueron estrictos y completaron el seguimiento sólo en el 15% de los casos estudiados, llegando, no obstante, a la conclusión de que "habría una relación entre la DS y la psoriasis".  
Pero un trabajo posterior de Karin Minouni y colaboradores (1995), usando una muestra representativa, criterios de diagnóstico estrictos y un seguimiento de 10 años en el 46% de los estudiados, constató que la incidencia de psoriasis fue del 1% (igual que en la población general). Sólo encontraron cinco atópicos, cuatro de los cuales tenían antecedentes familiares claros. La única patología cutánea afín a la DS fue el hallazgo de que el 8% de los estudiados a largo plazo tenían la forma adulta de la DS. Por lo tanto, no se comprobó un *continuum* patológico, y sí que el pronóstico de la DS afortunadamente sigue siendo favorable.
- 3) Con respecto a la DA, a partir de los estudios en la década del 20, en que Coca y Cook la consideraron como una manifestación cutánea de un fenómeno de hipersensibilidad precoz a diferentes alérgenos (alimentarios, ambientales, bacterianos, etcétera), se hicieron muchos estudios que culminaron con los

hallazgos de Ishaka e Ishaka del rol de la IgE íntimamente relacionada con las reacciones de tipo I de Coombs y Gell.

Por otra parte, se ha confirmado la participación de reacciones de hipersensibilidad retardada mediadas por células T del tipo 4 de Coombs y Gell completando el complejo cuadro de los componentes inmunitarios humorales y celulares estrechamente interrelacionados (dependientes de células B y T respectivamente) como lo sintetizaron muy bien los Dres. Carmona, Macedo y Espasandín en el capítulo 21 "Dermatitis atópica", en el conocido libro del Dr. Baluga y colaboradores. Sobre este punto quiero destacar la importancia que ha tenido el descubrimiento del doble rol de las células de Langerhans (CL) en la fase aguda, abundantes en el atópico, muy ricas en receptores para IgE, en donde dicha inmunoglobulina actúa como llave para la penetración de alérgenos en la CL donde son procesados y presentados a las células T que son activadas para finalmente diferenciarse en Th2, que a su vez activan a las CL, las cuales desencadenan el proceso inflamatorio alérgico agudo, y por otra parte, mediante la IL4 activa las células B para producir IgE, cerrando el circuito reforzador de las manifestaciones de hipersensibilidad. Finalmente apareció otro inesperado actor, el queratinocito, que activado por los superantígenos (toxinas bacterianas) producen citocinas proinflamatorias, etcétera, que mantienen la inflamación crónica de la fase posterior.

- 4) Finalmente, como nos enseñó el maestro de la dermatología pediátrica en el hospital Pedro Visca, el Dr. J.A. Tiscornia Denis: para hacer un diagnóstico positivo en la práctica, sigue siendo insustituible una correcta anamnesis personal y familiar, un examen minucioso de las lesiones, que deben ser descritas detalladamente, documentar su evolución posterior incluidas las respuestas a los tratamientos instituidos. Completar con la observación de la piel no afectada y el resto del examen general teniendo siempre presente que la patología cutánea puede ser la expresión visible de una afección general mucho más severa. Por ejemplo, para la DS extensiva hay que descartar el Leines-Moussus; para la DA, el síndrome de Wiskott-Aldrich, la enfermedad de Buckley, la histiocitosis de Langerhans, que tienen su clínica, paraclínica, pronóstico reservado y tratamiento particular.

Sin más, saluda a usted atentamente

Dr. B.O. Mourelle Cazabonnet