

Edición

ARCHIVOS ARGENTINOS de PEDIATRIA

Edición

Editores

La Prensa Médica Argentina

Junín 845, Buenos Aires, Argentina

Edición

Administración (números sueltos, suscripciones, envíos y cambios de domicilio): Tel. 83-9796 y 80-3782.

Publicidad y Contaduría, exclusivamente: Tel. 83-9484

*Es Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría.
Se distribuye a todos los miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría
por convenio especial con los Editores, y además por suscripción paga.
Aparece mensualmente. Inscripta en la Propiedad Intelectual bajo
el N° 1.152.966.*

TODA CORRESPONDENCIA CON LA DIRECCION CIENTIFICA
DE LA REVISTA DIRIGIRLA A:

DIRECTOR DE PUBLICACIONES - Dr. TEODORO F. PUGA
POTOSI 4320 — CAPITAL

PREMIO "APTA - F. ANTONIO RIZZUTO" A LA MEJOR LABOR 1973. CATEGORIA REVISTAS CIENTIFICAS
INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER: ISSN 0325-0075

Precios de suscripción:

Rca. Argentina (1 año) \$ 50.—

Exterior (1 año) u\$s. 15.—

Número suelto \$ 5.—

CORREO ARGENTINO CENTRAL B	FRANQUEO PAGADO CONCESION N° 1706
	TARIFA REDUCIDA CONCESION N° 813

GRAFICA



EDITORA

SUMARIO

Tomo LXXIII - Número 3 - Junio de 1975

ARTÍCULOS ORIGINALES

La linfografía. Técnica y valor diagnóstico
en el niño hasta tres años de edad

Cristóbal Miguel Papendieck 52

Tratamiento quirúrgico en la hiperplasia suprarrenal congénita

Horacio Aja Espil, C. Papendieck, L. Gruñeiro, C. Bergadá 56

ARTÍCULO ORIGINAL REGIÓN II

Correlación entre la clínica y el laboratorio
en la deshidratación aguda del lactante

Jorge Morano, O. Albera, N. Gobello, B. Carrasco 61

Ecós de Pediatría XIV 68

Informaciones 71

Los nuevos estatutos de la Asociación Internacional de Pediatría (I. P. A.)

Desde el momento de su adopción en París, el 9 de octubre de 1912, los Estatutos de la IPA han sufrido cambios en varias ocasiones, pero el nuevo texto de dichos Estatutos, adoptado el 7 de octubre de 1974 en Buenos Aires, tiene especial importancia ya que cambia el carácter y expande las funciones de la Asociación.

Las enmiendas fueron preparadas simultáneamente por las sociedades nacionales de pediatría de Austria y Turquía, y durante los debates del Consejo de Delegados Nacionales, la mayoría de las proposiciones de enmiendas provinieron de Australia, Bangladesh, Canadá, Egipto, Francia, la India, Irán, Pasquistán, los EE.UU. y los 5 países escandinavos. Por lo tanto puede decirse que los cambios han sido efectuados por un gran número de miembros de la IPA.

Esta Asociación en sus inicios contaba con unos 100 miembros individuales, representando unos 10 países. Hoy en día se compone de 88 sociedades nacionales de pediatría. Los congresos que agruparon a varios cientos de pediatras en los primeros años, cuentan ahora con miles de participantes. En el pasado, la actividad principal de la IPA era el referido congreso trienal, pero hoy, debido al tamaño de la Asociación, parece ser que debieran tomarse medidas tendientes a disminuir el número de participantes en los congresos internacionales y organizarse seminarios y simposios especiales entre un congreso y otro. Esto ya se prevé en los nuevos Estatutos. Estos alientan asimismo a una participación más activa en los congresos regionales.

Al nuevo Comité Ejecutivo así como al nuevo Comité Permanente, que estará formado no solamente por miembros "ad personam" sino también por representantes de organizaciones regionales, se les han otorgado mayores funciones y responsabilidades y deberán reunirse con mayor frecuencia.

La total aprobación de los nuevos Estatutos por el Consejo de Delegados Nacionales es una elocuente indicación de la necesidad de crear nuevas provisiones que faciliten el desarrollo de nuevos deberes en los años venideros.

IHSAN DOGRAMACI

Presidente

Asociación Internacional de Pediatría

POLICLINICO DE NIÑOS.
MUNICIPALIDAD DE BUENOS AIRES.
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA.
UNIDAD XV.

La linfografía. Técnica y valor diagnóstico en el niño hasta tres años de edad

CRISTOBAL MIGUEL PAPENDIECK

Introducción

La linfografía, como método auxiliar diagnóstico, y en términos generales, ha contribuido durante los últimos 30 años, a esclarecer en forma progresiva, distintos aspectos de la patología del adulto y del niño. Es hoy un complemento de indicación específica, en la determinación del grado de extensión tumoral, en el seguimiento de igual patología, y en el estudio del linfedema primario y/o secundario, a los fines de la orientación terapéutica.

La perfusión de material contrastante (lipiodol ultrafluido - LUF) pervascular linfático a nivel de las extremidades y cabeza, previa identificación del vaso linfático con un material colorante, como lo es el patent blue violet (PBU), hizo posible el estudio de prácticamente todas las regiones anatómicas, con un solo factor limitante, como lo es la imposibilidad técnica de canalizar un vaso linfático en el niño menor de 2 a 3 años. Ello motivó la búsqueda de nuevas vías de inyección, transescrotal, transamigdalina, etc. que, sin embargo, solo satisfacen en parte sus objetivos.

La incorporación, desde el año 1971, en nuestro Hospital, de la vía transganglionar, biinguinal con perfusión simultánea, permitió reproducir en el niño menor de 3 años, con toda precisión y en territorios anatómicos semejantes a los factibles de estudio por vía transvascular, las áreas de interés diagnóstico básicos, expresamente el nivel pelviano, retroperitoneal y torácico.

Con ello, hemos logrado, con esta metodología complementaria, la transferencia del criterio diagnóstico tradicional, hacia un campo inexplorado como lo es el recién nacido, el lactante y el niño hasta los 3 años de edad, y más aún, con esta metodología modificada, la perfusión transganglionar, que simplifica notablemente el procedimiento linfográfico, lo hacemos hoy extensivo a toda edad, salvo que medie interés por el estudio del sistema vascular en las extremidades.

Técnica

Debe localizarse por palpación un ganglio inguinocrural simétrico y superficial, exponerlo por

dissección bajo anestesia local o general, y colocar una aguja con catéter y conector, en su seno marginal o a nivel medular. Dada la disección exclusiva de la cara superficial ganglionar, la colocación de la aguja, si bien es simple, merece el cuidado suficiente, para no perforar en dos polos al ganglio o dañar, por recolocación su estructura, lo cual significa el fracaso. Posteriormente en un lapso de 10 a 20 minutos se inyecta, manual o automáticamente, conjuntamente y en forma continua, un volumen de 2 a 3 cm³ de lipiodol ultrafluido, por cada vía. Ello es suficiente para lograr un marcado vasculoganglionar hasta el nivel supraclavicular, y compensar la pérdida habitual, pero no necesaria que se produce a nivel inguinal por efracción vascular, por hiperpresión o a nivel del área seccionada por la divulsión.

Posteriormente, obtenemos controles radiológicos a los 15 minutos postperfusión (fase de tránsito o vascular) y 18 a 24 hs. (fase de acumulación o ganglionar), en frentes, perfiles u oblicuos, según necesidad. Estas imágenes persisten con nitidez decreciente hasta 6 meses postinyección.

Patología de interés diagnóstico

1) Patología tumoral, de tronco o extremidades

- a) Linfomas:
Hodgkin.
No Hodgkin:
Linfosarcomas,
Reticulosarcomas.
- b) Leucemias.
- c) Rabdomasarcomas:
De extremidades.
Inguinales-inguinocrurales.
Vesicales, etc.
- d) Teratomas/teratocarcinomas:
Testiculares.
Presacros.
Pelvianos.
Retroperitoneales.

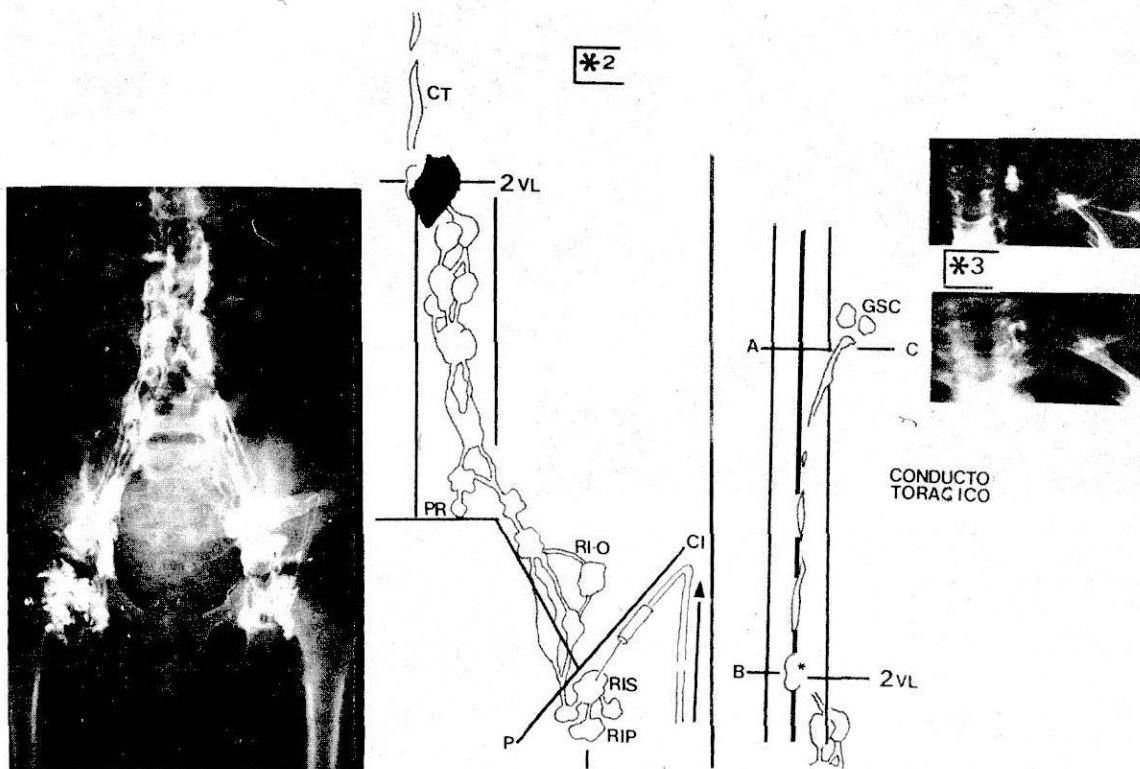


Fig. 1: Fase de tránsito linfografía transganglionar normal. Teratoma de testículo izq. Área velada iliaca izquierda corresponde a curación. Trayectos linfáticos homogéneos, paralelos y simétricos. Circulación colateral iliaca izquierda (con biopsia negativa). Marcado del trayecto vascular arteriovenoso normal (por circulación linfática perivascular). Fase ganglionar con sobrecarga postperfusión a nivel inguinal (+ extravasación habitual) e iliaca. Sin acumulación (normal) limboaórtica. — FIG. 2: 1) CT: Conducto torácico. 2) 2 VL: II vértebra lumbar. 3) PR: Promontorio. 4) RI-O: Región ganglionar iliaca obturatriz. 5) P: Pubis. 6) CI: Cresta iliaca. 7) RIS: Región inguinal superficial. 8) RIP: Región inguinal profunda. — FIG. 3: 1) Entre A y B: Conducto torácico. 2) GSC: Ganglio/s supraclavicular. 3) C: Nivel radiológico de clavícula. 4) 2 VL: II vértebra lumbar. 5) Cisterna de Pequeet.

- e) Simpatoblastomas; Retroperitoneales. Mediastínicos.
- f) Histiocitosis.
- g) Todo tumor retroperitoneal o intraabdominal sin diagnóstico presuntivo-idem torácicos y de extremidades.
- h) Tumores óseos.
- i) Tumor de Wilm.

- e) Quiloperitoneo-quilotórax primario o secundario (traumático, por malformación por tumor (síndrome de Menetrier Piot) etc.
- f) Linforragias periféricas o centrales de causa conocida o no (Linfedemas primarios segmentarios). Síndromes endocrinos: S. de Turner-Noonan, etc.

3) Diagnóstico diferencial en/con

- a) Klíppel Trenaunay.
- b) Neurofibromatosis plexiforme.
- c) Malformación venosa exclusiva.

Técnicas complementarias para la definición de la imagen linfográfica.

- a) Cavografía.
- b) Pielografía (para el nivel retroperitoneal).
- c) Linfocentellografía.

Técnicas complementarias para la definición de 3.

- a) Flebografía.
- b) Arteriografía con estudio radioactivo.
- c) Medición ósea.

Patología estudiada.

2) Patología no tumoral

- a) Hipertrofias o pseudohipertrofias corporales segmentarias. Linfedemas: Primarios. Secundarios (asociación con malformación o patología venosa, postquirúrgicos o traumáticos, etc.).
- b) Hemicorporales.
- c) Hipertrofias segmentarias simétricas.
- d) Linfangiomas retroperitoneales o torácicos.

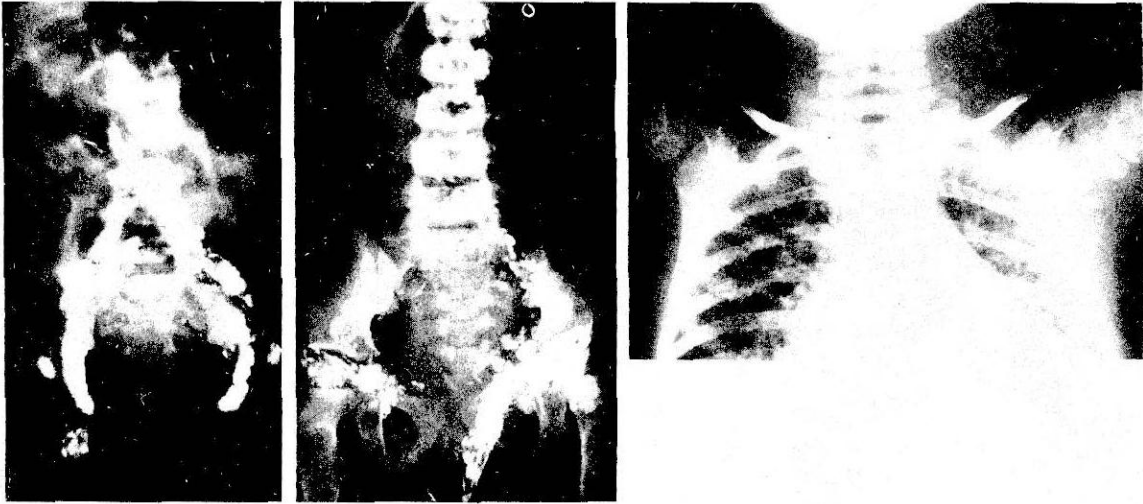


FIG. 4: Botriosarcoma de vejiga (rabdomicarcoma). Control radiológico 18 hs postperfusión. Desorganización completa vasculoganglionar linfática a nivel iliaca bilateral y lumbaórtico. Fase de tránsito retardada y acumulación irregular y asimétrica. Biopsia intraoperatoria ganglionar escalonada positiva (metástasis). — FIG. 5: Teratocarcinoma presacro con metástasis ganglionar regional. Control radiológico 24 hs postperfusión (fase de acumulación). Distribución asimétrica del material contrastante. Irregularidad del tamaño y distribución ganglionar. Acumulación ganglionar incompleta por infiltración tumoral. — FIG. 6: Quiloperitoneo y linfedema de miembros inferiores. Linfografía transganglionar binguinal. Control fase de acumulación. Se observan ganglios a nivel de axila derecha, ambas regiones supraclaviculares y mediastínicas. Diagnóstico: agenesia de conducto torácico y circulación colateral mediastínica y cara externa de torax.

- a) Con patología tumoral (< 2 años de edad).
 1-2-3: Rabdomicarcoma de miembro inferior.
 4-5-6: Rabdomicarcoma de vejiga (botriosarcoma).
 7: Rabdomicarcoma glúteo.
 8: Rabdomicarcoma inguinal.
 9-10: Teratocarcinoma presacro.
 11-12: Teratocarcinoma de testículo.
 13-14-15-16: Teratoma de testículo.
 17: Histiocitosis.
- b) Con patología no tumoral (< 2 años de edad).
 18-19-20-21: Hemihipertrofias corporales totales.
 22-23-24: Hipertrofias de miembro inferior unilateral.
 25: Hipertrofia de miembros inferiores, simétrica.
 26: Síndrome de Noonan.
 27-28-29: Linfedemas.
 30-31: Linfangiomas retro o intraperitoneales.
- c) Con patología tumoral (< 2 años— > 6 años).
 32-33: Teratocarcinoma de testículo.
 34-35: Simpatoblastoma retroperitoneal.
 36-37-38-39: Linfosarcoma de mesenterio.
 40-41-42-43: Enfermedad de Hodgkin.
 44: Reticulosarcoma.

El promedio de edad, correspondiente a los grupos a) y b) fue de 10 meses, mínimo 1 y máximo 26.

Los casos enumerados en a) y c) corresponden exclusivamente a los estudios con correlación anatomopatológica, certificados con 1 a 6 biopsias ganglionares, con o sin resección del tumor primitivo (Dr. L. Becu, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Niños, Bs. As.).

Conclusiones

Discusión

Específicamente la linfografía ha de ser, y ha sido empleada, para la determinación del grado de extensión tumoral; el diagnóstico de tipo tumoral (que es posible en determinados casos) y el diagnóstico de malformación, hipoplasia o aplasia del sistema vasculoganglionar linfático.

La determinación del grado de extensión tumoral es el fundamento primordial para la aplicación como metodología de estudio, de la LTG o LTV —y válido para todos los tumores— a nivel de áreas de difícil evaluación, como sucede en el tronco. Al respecto, y en relación al territorio vasculoganglionar accesible, su seguridad diagnóstica es del 90%. La diferenciación de imagen por compresión, exclusión o compromiso, tanto vascular como ganglionar, es posible.

El diagnóstico de tipo tumoral, que merece actualmente nuestra mayor atención, no es aún factible el diagnóstico diferencial histológico de la el linfoma, Hodgkin o no, en el cual es posible el diagnóstico diferencial, y ocasionalmente, la diferenciación entre un cuadro tumoral de patología inespecífica. Resulta improbable que sea factible el diagnóstico diferencial histológico de la enfermedad de Hodgkin. Entendemos que el diagnóstico de otros tipos tumorales, por medio de la linfografía, será posible, en la medida de obtener un número de estudios significativos de cada patología.

Respecto de estas dos áreas de interés, como se observa en el detalle de la patología estudiada,

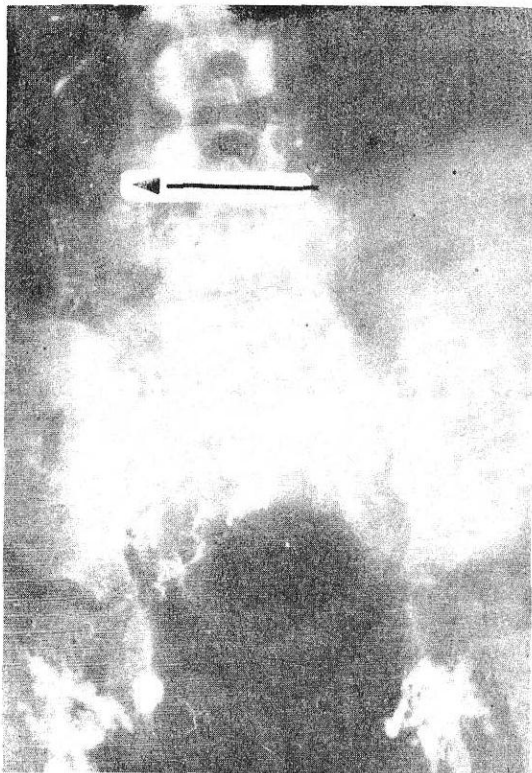


FIG. 7: Hipertrofia simétrica de miembros inferiores. Linfografía transganglionar biinguinal. Control fase de tránsito. Diagnóstico: agenesia del sistema linfático (vasculoganglionar retroperitoneal). Con circulación colateral, por mesos y pared abdominal.

es relativamente escaso el número de tipos de patología, y las conclusiones a obtener por medio de la linfografía, inciden directamente en el esquema terapéutico, combinado o no, y plantea un nuevo enfoque en el niño menor de 1 año, nivel en el cual la cirugía es preponderante, y frente a los diversos grados de extensión tumoral, donde

la terapéutica combinada puede estar desaconsejada, y no aceptada o no indicada la cirugía más radical.

Debe quedar claro que surge de estos estudios, que tanto el rhabdomioma, como el teratocarcinoma y simpatoblastoma, presentan metástasis ganglionares precoces; es así un fundamento más para la explicación de mal pronóstico, en general, de estos tumores.

Frente a la patología no tumoral, es evidente que la linfografía, pocas veces como método exclusivo, es diagnóstica. Sin embargo, entendemos que posibilita, en conjunción con otras técnicas, concretar diagnósticos definitivos, que habitualmente solo surgían en el adolescente o adulto. Los cuadros clínicos de hipertrofias o pseudohipertrofias segmentarias, hemicorporales o totales, son de difícil diagnóstico. Actualmente en el Departamento de Cirugía, del Hospital de Niños, el linfedema por aplasia linfática, y consecuente pseudohipertrofia es mucho menos frecuente que la grosera malformación linfática, las agenesias segmentarias del sistema vasculoganglionar linfático, en áreas anatómicas que poco tienen que ver con el segmento corporal semiológicamente positivo, y solo condicionan el cuadro clínico; de tal modo, se deberán buscar soluciones terapéuticas, hasta ahora no planteadas (agenesia del conducto torácico, agenesia del sistema ganglionar lumboaoártico, grandes linfangiomas retroperitoneales, etc.).

Por último, cabe destacar, que el método TG puede reemplazar, para el tronco, a la vía TV, en cualquier edad, simplificándose así la técnica los materiales a emplear, y desde ya, posibilita el estudio desde el recién nacido. Además, la linfografía debe incluirse en los protocolos de estudio, pretratamiento, con lo cual adquiere, su real valor, en el seguimiento, siendo posible la relinfografía sin problemas técnicos.

Carece de seguridad utilizada por primera vez en el postoperatorio o durante el tratamiento, pues la signología, que habitualmente es o puede ser mínima, se verá siempre alterada, y no podrá ser confrontada con la imagen inicial.

SUMMARY

A review of the technique of the transganglionar lymphadenography is reported. This new approach was described at the surgical department of the Hospital de Niños, Buenos Aires, for patients under 3 years of age. The areas able to be studied are presented with normal and pathological reentgenograms of patients with tumoral and lymphatic diseases.

The present study was done with the support of LALCEC (Argentine League Against Cancer).

REFERENCIAS

- PAPENDIECK C. M., FLORES M., TRACCHIA C.: *La linfografía transganglionar en el lactante*. Actas del X Congreso Argentino de Cirugía Infantil, 1972.
- PAPENDIECK C. M., FLORES M., BACHILLER C.: *Técnica de la linfografía bipodal en la infancia*. Actas del IX Congreso Argentino de Cirugía Infantil, 1971.
- PAPENDIECK C. M.: *Estudio topográfico de la linfografía normal y patológica en la infancia*. Premio Sociedad Argentina de Cirugía Infantil.
- ROO T. de: *Diagnóstico diferencial en linfadenografía*. *Medicamundi*. Vol. 11, N° 3, pág. 97. 1972.

Tratamiento quirúrgico en la hiperplasia suprarrenal congénita

HORACIO AJA ESPIL
CRISTOBAL PAPENDIECK
LAURA GRUÑEIRO
CESAR BERGADA

La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) es un síndrome determinado por el bloqueo enzimático congénito en la síntesis de la hidrocortisona. Este bloqueo provoca, durante la vida fetal, el aumento de adrenocorticotrofina hipofisaria, que al estimular a la glándula suprarrenal, la hiperplasia, produciendo una hipersecreción de andrógenos.

Como consecuencia de este proceso el niño nace con un grado variable de virilización, que en la mujer puede exteriorizarse, desde una simple hipertrofia de clítoris hasta la masculinización completa de sus genitales externos. En cambio, en el varón habrá una macrogenitosomía que puede no llamar la atención, en ese momento.

En un elevado porcentaje de casos este síndrome se acompaña de un defecto en la síntesis de las hormonas que regulan la retención de sodio. Esto conforma un cuadro clínico de insuficiencia suprarrenal, que se presenta en las primeras semanas de vida, caracterizado por vómitos, a veces diarrea, que lleva rápidamente a la deshidratación y colapso, y no tratándose rápidamente, a la muerte. En la mujer este proceso puede sospecharse dado que existe la masculinización de los genitales externos; en cambio en el varón, si no existen antecedentes de hermanos portadores del mismo síndrome o fallecidos en crisis similares, el diagnóstico suele ser difícil. El cuadro humoral, durante la crisis se caracteriza por hiperkalemia, hiponatremia y acidosis metabólica.

Nos referimos únicamente a la HSC en las mujeres, cuadro en el cual debe actuar la cirugía para corregir las malformaciones genitales. El diagnóstico de pseudohermafroditismo femenino por HSC se basa en los siguientes elementos:

1) *Organos genitales externos*: Al examen de los genitales llama inmediatamente la atención la hipertrofia del clítoris. Esta es constante y se manifiesta desde el nacimiento. El meato urinario puede asentar en el extremo del clítoris o en su cara ventral, tomando el aspecto de un pene normal o de un hipospadias que lleva al error de diagnóstico del sexo del niño.

Los labios mayores pueden estar unidos en su línea media, total o parcialmente, dando el aspecto de escroto, a lo que contribuye la presencia de pliegues horizontales y pigmentación. En ningún caso se encontrará en este pseudoescroto la gonada. Al palpase una glándula en el escroto o labio debe inmediatamente sospecharse que se trata de otro tipo de pseudohermafroditismo.

Completa esta observación, la individualización de la desembocadura de la uretra y vagina. Esta última puede ser normal o ambos elementos desembocan en un seno urogenital, observándose entonces, un solo orificio. En este caso debe recurrirse a la genitografía (cistouretrovaginografía) para demostrar la presencia de vagina, y localizar la altura de su unión con la uretra. De acuerdo con sus variaciones. Prader ha efectuado

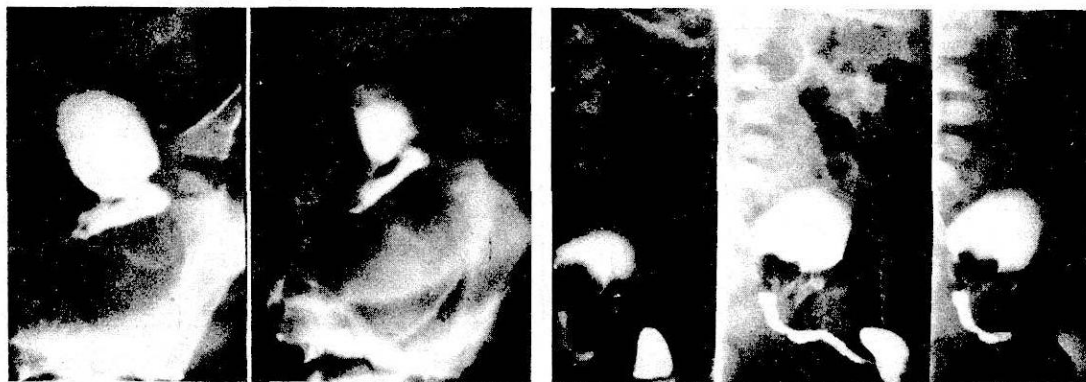


FIG. 1: Urogenitografía grado II de Prader. Se individualiza la desembocadura de uretra y vagina en un seno urogenital. — FIG. 2: Urogenitografía grado V de Prader. No se observa la desembocadura de la vagina en la uretra (uretra masculina).

una clasificación que es la que utilizamos en nuestro trabajo.

Clasificación de Prader (Fig. 3):

Grado I: Hipertrofia de clitoris. Desembocadura de uretra y vagina normales. Labios mayores separados.

Grado II: Hipertrofia de clitoris. Desembocadura de uretra y vagina muy juntos, dando al vestíbulo un aspecto de embudo. Labios mayores separados.

Grado III: Hipertrofia de clitoris, más importante. Desembocadura de la uretra y vagina en un solo orificio (seno urogenital). Gotera uretral en cara inferior de clitoris bordeado de pequeños repliegues homólogos a los labios menores (fusión parcial de los rodetes genitales y aparición posible de próstata).

Grado IV: Organo peniforme con prepucio en delantal. Orificio perineal único desembocado en la base o cara ventral del clitoris. La vagina desemboca en uretra proximal y excepcionalmente sin comunicación con uretra. Diferenciación escrotal de los rodetes genitales.

Grado V: Organo peniforme con prepucio circunferencial, canalizado de punta a punta por la uretra; escroto vacío. La vagina generalmente no desemboca, o a nivel muy alto, en uretra. Este es el grado más raro, donde la masculinización es casi perfecta, dando el aspecto de un macho con ectopia testicular.

2) La determinación de la *cromatina sexual* confirma el sexo genético femenino.

3) Es sobre el dosaje hormonal que descansa el diagnóstico de HSC ya que muestra la presencia de los 17 cetoesteroides y el pregnanotriol urinario elevados.

4) El ionograma será útil para pesquisar la forma perdedora de sal. Antes que se instale la crisis, el diagnóstico puede sospecharse por presentar cifras altas de potasio sérico, entre 5 y 7 mEq/l con sodio normal. Durante la crisis el potasio puede llegar hasta 11 a 13 mEq/l con niveles bajos de sodio.

5) Los órganos genitales internos son normales. Toda exploración endoscópica o quirúrgica es inútil para el diagnóstico. Sin embargo, cuando en la genitografía no se observa la desembocadura de la vagina (grado IV y V) recurrimos a la laparotomía exploradora antes de iniciar la corrección quirúrgica de sus genitales externos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros síndromes con genitales ambiguos, que poseen cromatina sexual positiva.

Niñas nacidas de madres que recibieron andrógenos, gestágenos, durante el embarazo que cursaran la virilización prenatal. En estas niñas el antecedente de haber recibido alguna de estas medicaciones, o polivitamínicos con andrógenos, casi asegura el diagnóstico. En caso de duda puede recurrirse al dosaje de esteroides urinarios y al ionograma, que serán normales.

En el pseudohermafrodita femenino de causa desconocida los esteroides urinarios son normales, y casi siempre se acompañan de malformaciones urinarias bajas.

En el hermafrodita verdadero con testículo y ovario, con genitales ambiguos, tampoco hay signos de hiperactividad androgénica y se encuentra una gónada en el labio mayor o escroto.

El tratamiento quirúrgico se efectúa siguiendo la técnica de Young con muy pequeñas modificaciones.

Clitoridectomía (Fig. 4): Incisión cutánea que rodea al clitoris en su base, afectando su porción

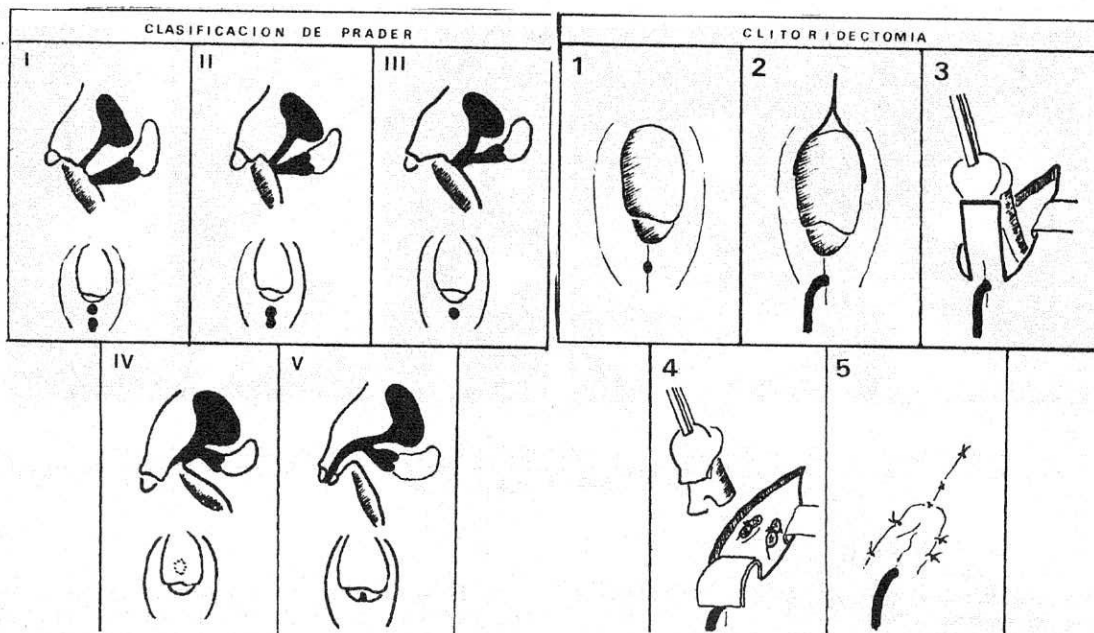


FIGURA 3

FIGURA 4

dorsal y lateral, respetando su cara ventral, conserva toda la piel de la cara ventral del clitoris.

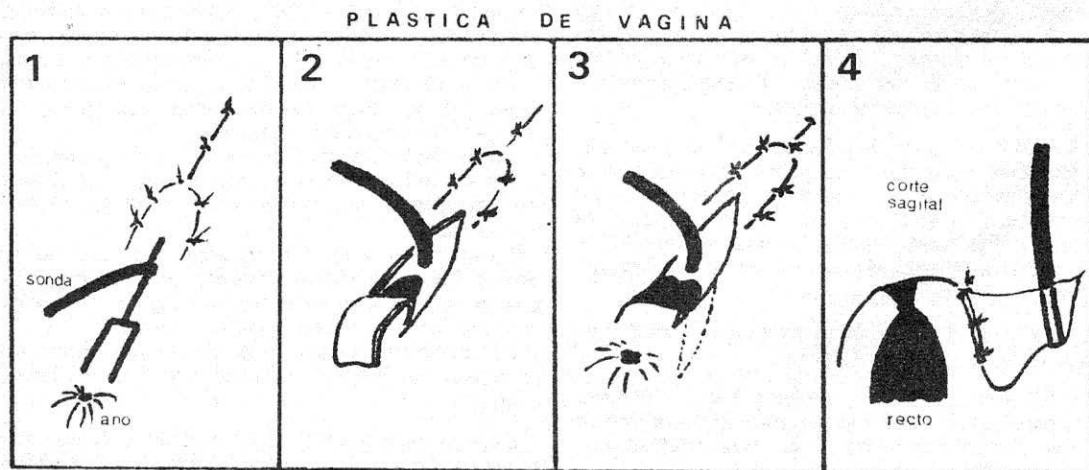
Se disecan los cuerpos cavernosos hasta su base, donde se efectúa su ligadura con seda acordonada y su sección. Para mayor seguridad, se realizan algunos puntos en X, de lino, por transfixión. Es importante efectuar la sección de los cuerpos cavernosos lo más bajo posible, para evitar de esta manera que a través de un muñón un poco grande, sean posibles erecciones, que son doloro-

sas. En una oportunidad fue necesario reoperar una niña por esta causa.

En una primera serie la disección de los cuerpos cavernosos se hacía hasta su bifurcación y se realizaba su ligadura por separado. Esta disección exigía la liberación parcial de la desembocadura del seno urogenital, lo cual trajo ciertos inconvenientes (complicaciones) que nos obligó a modificar esta actitud.

Previa una hemostasia lo más prolija posible,

FIGURA 5



se procede al cierre de la brecha quirúrgica por planos, dejando al muñón bien oculto. La piel conservada de la cara ventral del clítoris se sutura plegándola sobre sí misma, e interpuesto este tejido en la herida cutánea, se logra el aspecto de un esbozo de clítoris (clítoris cosmético) que conserva además, cierta sensibilidad.

Una variante a la técnica consiste en la amputación del extremo distal de clítoris con conservación de su irrigación lateral, disección de los cuerpos cavernosos en forma semejante a la clitoridectomía según la técnica de Young y ulterior reimplante del clítoris propiamente dicho. En nuestra experiencia, en niños pequeños no da resultados satisfactorios, debiendo reservarse esta técnica para los niños mayores (± 10 años).

Reconstrucción de la vulva (Fig. 5).

Colocada una sonda Foley en la vejiga, y corroborada su correcta ubicación en la misma, se procede a efectuar la plástica de la vulva. Se incide el rafe medio, desde el orificio del seno urogenital hasta ± 2 cm del orificio anal, ayudado a veces por la colocación de una sonda acanalada por dentro del seno urogenital.

Teniendo la vagina a la vista, se procede a liberar sus caras posteriores y laterales, para poder suturar fácilmente y sin tensión sus bordes a la piel del periné. Desde hace varios años, tallamos un colgajo de piel en forma rectangular, a pedículo posterior, que lo rebatimos y suturamos a la cara posterior de la vagina. Esta modificación se efectuó con la intención de disminuir la retracción cicatrizal, complicación frecuente de esta plástica.

Se termina la operación suturando los bordes del seno urogenital a la piel con lo cual queda abierta en toda su extensión la vulva.

Se efectúa un taponamiento de vagina y apósito vaselinado sobre la plástica, que se retira a la semana junto con la sonda vesical.

Presentamos el resumen del estudio clínico quirúrgico de 42 pacientes con HSC por bloqueo de la 21 hidroxilasa divididos en 22 con forma virilizante simple y 20 con la forma perdedora de sal.

HSC. Bloqueo de la 21 hidroxilasa con genitales ambiguos

	Forma perdedora de sal.	Forma virilizante simple.
Cromatina sexual.	+	+
Clínica.	Deshidratac. por vómitos y diarrea en el 1er. mes de vida.	No presentan alteraciones del estado general.
17 cetoesteroides urinarios.	Aumentados.	Aumentados.
Pregnanotr. urinario.	Aumentado.	Aumentado.
Ionograma en sangre.	Hiponatremia. Hiperkal. acidosis.	Normal.

Del total de estos pacientes, 10 presentaron solamente una hipertrofia de clítoris que permitía visualizar ambos meatos uretral y vaginal (grado I y II de Prader). En 29 pacientes se observó una hipertrofia de clítoris con fusión de los repliegues labioescrotales, con desembocadura única, el seno urogenital (grado III y IV de Prader). En las 3 niñas restantes una masculinización completa con pene bien conformado y la uretra desembocando en el extremo distal del mismo.

De estas 42 pacientes, 12 no fueron sometidas a tratamiento quirúrgico: 10 por presentar escasa masculinización, y en 2 por presentar genitales externos totalmente masculinos, cuyos padres negaron en forma definitiva la corrección quirúrgica.

Las 30 pacientes restantes fueron intervenidas entre los 4 meses y 12 años de vida, siendo 19 clitoridectomías y 11 clitoridectomías con plástica de vulva.

El resultado de las intervenciones ha sido sumamente satisfactorio. No hemos tenido complicaciones importantes inmediatas.

El hematoma de vulva fue observado en varias oportunidades, pero nunca requirió drenaje ni reintervención alguna. Evolucionaron espontáneamente sin ninguna secuela. Estos casos corresponden en su mayoría a la forma perdedora de sal.

En un caso de masculinización completa, se presentó una hemorragia externa importante. Se trataba de una niña que fue tratada con una resección del clítoris conservándose parte de la uretra que para construir la cara posterior de la vulva fue abierta en toda su extensión. A las pocas horas se inició una hemorragia en napa, que fue tratada con coagulantes, vendaje compresivo y transfusión de sangre fresca. A las 72 horas se retiró el apósito y la sonda uretral, dándose el alta sin ningún signo de hemorragia ni hematoma de vulva.

Como complicaciones alejadas, encontramos en 8 pacientes una infección urinaria importante acompañada de falsa incontinencia urinaria. Esta afección la atribuimos a una estenosis secundaria del meato del seno urogenital. Se trataba de niños a los cuales se les efectuó la clitoridectomía exclusivamente y la disección de los cuerpos cavernosos se llevó hasta su bifurcación ligándolos por separado. La estenosis del meato provocaba el reflujo y estancamiento de la orina en la vagina y secundariamente una infección urinaria por vía ascendente.

Esta complicación fue solucionada efectuando la plástica de vulva, que al liberarse así el abocamiento de la uretra separándola de la vagina, evita el reflujo de la orina a ésta.

Como consecuencia de este proceso variamos la técnica de la resección del clítoris efectuándola en su base y no en la bifurcación, evitando así la fibrosis a nivel del meato.

La retracción cicatrizal del introito vaginal con la reaparición del seno urogenital es una complicación frecuente. Por este motivo no efectuamos la plástica de vulva en los primeros años de la

vida, postergándola hasta la época prepuberal y tallando el colgajo descrito anteriormente.

Únicamente, en casos especiales, de masculinización completa (grado V de Prader) debemos efectuar una plástica para dar una imagen de genitales femeninos en el primer año de vida. Cuando la vagina desemboca muy alto en la uretra, incidimos la uretra y no tratamos de efectuar el abocamiento de la misma.

Conclusiones

Efectuado el análisis de 42 hiperplasias suprarrenales congénitas femeninas, 22 virilizantes simples y 20 perdedoras de sal con virilización, ha quedado establecido el enfoque clínico, el tratamiento quirúrgico, respecto a la técnica, oportunidad, e indicaciones específicas; y para el eventual diagnóstico diferencial, y cuadros graves de la HSC, cuyo diagnóstico no se resuelve con los procedimientos incruentos habituales.

Tratándose aquí el enfoque del problema para el sexo femenino, entendemos que la edad del diagnóstico, es precoz, es decir los primeros meses de vida. Corresponde iniciar y concluir en igual edad el tratamiento quirúrgico.

Siguiendo la clasificación de Prader, el grado I suele no requerir intervención alguna; el grado II-III, la clitoridectomía según la técnica descrita por Young, y el grado IV y V, laparotomía explo-

radora, clitoridectomía y plástica de vulva con tratamiento del seno urogenital. Esta última plástica ha de diferirse para la época pre o puberal dada su tendencia a la retracción, y sólo tiene indicación precoz en el grado grave con complicación alejada y cuya fisiopatología detallamos.

Objetivamente nuestros resultados han sido satisfactorios, perfectamente toleradas las intervenciones, adecuadamente planificadas. Algunas modificaciones técnicas sustanciales en cuanto a sus fines y poco trascendentes como variación técnica, han permitido asegurar el éxito de los procedimientos y definir la oportunidad quirúrgica, conscientes de las complicaciones a evitar o a esperar ante la necesidad de anteponer una corrección precoz para evitar complicaciones que en definitiva significan un riesgo de grado mayor.

Es, pues, objetivo de este trabajo la normatización de la indicación quirúrgica y el diagnóstico diferencial.

RESUMEN

Se presenta el estudio de 42 hiperplasias suprarrenales congénitas femeninas; su clasificación según los grados de Prader; estudio clínico, enfoque, tratamiento y oportunidad quirúrgica. Se describe la técnica de Young para la clitoridectomía y la técnica de la plástica vulvar, y los resultados obtenidos en la casuística presentada.

SUMMARY

Forty two feminine congenital adrenal hyperplasia are presented. Two groups are distinguished: 1) Virilizing adrenal hyperplasia (22 cases) and 2) salt losing form (20 cases). The clinical aspects, the surgical treatment, opportunity and surgical techniques were established being emphasized the differential diagnosis with the serious cases of hyperplasia of the adrenal glands, that need laparotomy to confirm diagnosis.

As the diagnosis of the endocrine alterations is early, treatment should be as early as possible, without wanting for the somatic alterations be magnified.

Following Prader's classification: Grade I, doesn't need surgical treatment. Grades II and III, should be approached with Young's technique for clitoridectomy. Grades IV and V, complex surgical treatment includes: diagnostic laparotomy, clitoridectomy and plastic surgery of the vulva. This last aspect of treatment should be differed untill puberal age because of tendency to retraction of the tissues involved.

With this therapeutic plan, our results have been satisfactory.

REFERENCIAS

- 1 JONES H. W. y SCOTT W. W.: Hermaphroditism, genital anomalies and related endocrine disorders. Ed. Williams y Wilkins Co., 1958.
- 2 JONES H. W. and JONES G.: The gynecological aspects of adrenal hyperplasia and allied disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 68: 1330, 1954.
- 3 WILKINS L.: The diagnosis and Treatment of Endocrine Disorders in Childhood and Adolescence. Springfield, Illinois, Ch. C. Thomas, III Ed. 1965.
- 4 LYTT GARDNER: Endocrine and Genetic Diseases of Childhood. Pag. 500. Edición 1969.
- 5 JOAO G. MAKSUD: Aspectos cirúrgicos dos intersexos. Simposio: Estados intersexuais na infância. *Pediatria Moderna*. Julio 68, Vol. III Nº 4, pag. 16.
- 6 PELLERIN D., NIHOUL-FEKETE C., MITROFANOFF P.: Aspects chirurgicaux des ambiguïtés sexuelles de l'enfant. *Memoires de l'Academie de Chirurgie*, tomo 96, Nº 14, pag. 1003, 1970.
- 7 AJA ESPIL H., PAPENDIECK C., GRUÑEIRO L. y BERGADA C.: Tratamiento quirúrgico en la Hiperplasia suprarrenal congénita. Acta del IX Congreso Argentino de Cirugía Infantil. Mar del Plata, nov. 1972.
- 8 GROSS R., RANDOLPH J. y CRIGLEN G. F.: Clitoridectomy for sexual abnormalities. Indications and technique. *Surgery*, Vol. 59, Nº 2, pags. 300-307, febrero 1966.

Correlación entre la clínica y el laboratorio en la deshidratación aguda del lactante

JORGE MORANO

Jefe de Trabajos Prácticos y Docente Autorizado, Cátedra de Medicina Infantil, Facultad de Ciencias de la Salud de La Plata, Médico de Hospital, Sala I, Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Sup. Sor María Ludovica", La Plata.

OLGA ALBERA

Médico Concurrente de Hospital, Sala I, Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Sup. Sor María Ludovica", La Plata.

NELIDA GOBELLO

Médico de Hospital, Sala I, Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Sup. Sor María Ludovica", La Plata.

BEATRIZ CARRASCO

Médico Concurrente de Hospital, Sala I, Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Sup. Sor María Ludovica", La Plata.

Introducción

Para instituir una terapéutica racional y eficaz en la deshidratación aguda del lactante, especialmente en lo que se refiere a los desequilibrios de la osmolaridad, es fundamental llegar previamente a un adecuado diagnóstico fisiopatológico.

Sin embargo, cuando el pediatra no posee la ayuda de un laboratorio de microtécnicas, circunstancia no infrecuente en la medicina asistencial, deberá recurrir al diagnóstico clínico de la alteración osmolar, realizando el cálculo del aporte hidroelectrolítico de acuerdo con éste.

Si con los elementos de juicio que nos proporcionan la clínica y el interrogatorio, el diagnóstico de las desviaciones de la osmolaridad fuera erróneo, ello condicionaría la posibilidad de efectuar iatrogenia en la corrección hidroelectrolítica de la deshidratación aguda, especialmente a través de la inclusión insuficiente o excesiva del sodio en las soluciones hidratantes.

Objetivos

El objetivo fundamental del presente trabajo de investigación clínica, es aportar nuestra experiencia en el análisis de la relación entre la clínica y el laboratorio en lo que se refiere a los desequilibrios de la osmolaridad.

Nos hemos propuesto también estudiar las uremias y glucemias en los lactantes deshidratados, e investigar qué relación se establece entre las

mismas y el tipo de deshidratación según la osmolaridad.

Dado el carácter de investigación clínica de este trabajo, haremos durante su desarrollo sólo muy ocasionales citas bibliográficas.

Materia y métodos

Para cumplir con nuestros objetivos, hemos realizado la determinación de la natremia, uremia y glucemia a los lactantes ingresados en la Sala I del Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Sup. Sor María Ludovica" de La Plata, entre el 1° de enero de 1971 y el 31 de julio de 1974, afectados de deshidratación aguda de diversa etiología, tipo y grado.

Nuestro material lo constituyen 155 niños entre 30 días y 12 meses de edad, inclusive.

No incluimos en nuestro estudio los pacientes que presentaron este síndrome durante su internación en la sala, ni a aquellos cuyas historias clínicas no reunieron los datos clínicos y de laboratorio necesarios para los fines de este trabajo.

Toda la información, tanto clínica como de laboratorio, fue registrada al ingreso, sin ninguna terapéutica previa de hidratación parenteral.

Las determinaciones de la natremia se efectuaron con el fotómetro de llama de Beckman. La glucemia con el método de la ortotoluidina y la uremia con la técnica de la ureasa.

Se consideraron los siguientes valores normales de acuerdo con los métodos utilizados:

CUADRO 1

Diagnóstico diferencial de las tres formas de deshidratación

Tipo de sintomatología	Deshidratación isotónica	Deshidratación hipotónica	Deshidratación hipertónica
Sed	+	±	+++
Gran alteración del sensorio especialmente excitación.	-	-	+
Hipertermia intensa.	-	-	+
Signo del pliegue.	++	+++	+
Sequedad de mucosa y lengua.	++	+	+++
Signo de colapso.	++	+++	+
Tonicidad muscular.	Hipotónico o normal	Hipotónico	Hipertónico
Reflejos tendinosos.	Normales o disminuidos	Disminuidos	Aumentados
Convulsiones.	-	-	A veces +
Signos meníngeos.	-	-	A veces +
Tratamiento recibido.	Agua pura o soluciones muy hipotónicas	Agua pura	Puede haber recibido sueros.

Sodio: 138 a 145 miliequivalentes por litro.
 Glucemia: 80 a 120 miligramos por ciento.
 Uremia: hasta 40 miligramos por ciento.

A los efectos de evaluar clínicamente los tipos de deshidratación según la osmolaridad, recurrimos a las pautas presentes en el cuadro 1, íntimamente relacionadas con las pérdidas de peso producidas.

Debemos agradecer muy especialmente a los Dres. Carlos Blanco y Ricardo Sabbione, ex Jefe y Jefe actual, respectivamente, de la sala I del Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Sup. Sor María Ludovica" de La Plata, por habernos gentilmente permitido realizar este estudio, así como al Profesor José M. Sorrailet, quien, a través del laboratorio central en su sección microtécnicas, ha prestado una valiosa ayuda con su permanente colaboración.

Análisis del material

El material fue analizado a los fines de evaluar los siguientes aspectos:

I) Tipos de deshidratación según la osmolaridad, a través de la natremia.

II) Tipos de deshidratación según la osmolaridad, sugeridos por la clínica.

III) Correlación entre el laboratorio y la clínica en la osmolaridad.

IV) Uremia en la deshidratación aguda y su relación con la osmolaridad.

V) Glucemia en la deshidratación aguda y su relación con la osmolaridad.

I) TIPOS DE DESHIDRATACIÓN SEGÚN LA OSMOLARIDAD, A TRAVÉS DE LA NATREMIA

Para evaluar los desequilibrios en la osmolaridad del medio interno, hemos tomado como parámetro, dentro del ionograma, la determinación de la natremia.

Deshidratación	mEq/l de sodio
Isotónica	138 a 145
Hipotónica	137 o menos
Hipertónica	146 o más

Según el tipo de deshidratación de acuerdo a la osmolaridad a través del laboratorio, las hipotónicas constituyeron el grupo frecuente: 43,23 %, siguiéndole las isotónicas: 39,35 % y por último las hipertónicas: 17,42 % (cuadro 2), (gráfico 1).

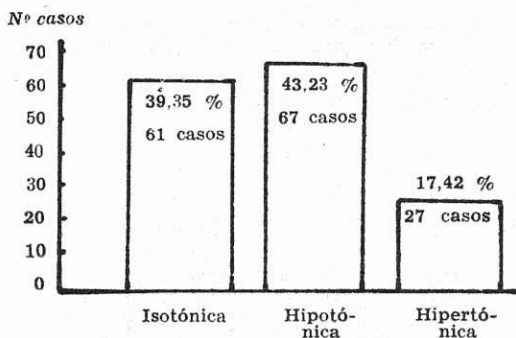
Estas cifras difieren de las halladas por uno de nosotros en un estudio anterior sobre 266 casos, en que las deshidrataciones hipotónicas constituyeron el 40,99 %, las hipertónicas el 36,46 % y las isotónicas el 22,55 %.

CUADRO 2

Tipos de deshidratación según la osmolaridad a través de la natremia (Sobre 155 casos)

Tipo de deshidratación	Frecuencia	Porcentaje
Isotónica	61	39,35
Hipotónica	67	43,23
Hipertónica	27	17,42
Total	155	100,00

GRÁFICO 1



II) TIPOS DE DESHIDRATACIÓN SEGÚN LA OSMOLARIDAD, SUGERIDOS POR LA CLÍNICA

Al analizar las manifestaciones clínicas de los lactantes estudiados, con abstracción de la natremia, el 49,68 % evidenció signología de deshidratación hipotónica; el 37,42 % de isotónica; el 12,90 % de hipertónica (cuadro 3), (gráfico 2).

Del análisis de la exteriorización clínica del síndrome, pues, aumentó la incidencia de la deshidratación hipotónica a expensas de la hipertónica, que llegó a constituir solamente el 12,90 % del total.

III) CORRELACIÓN ENTRE EL LABORATORIO Y LA CLÍNICA EN LA OSMOLARIDAD

Al estudiar la correlación entre el laboratorio y la clínica en lo referente a la osmolaridad, debemos destacar que, cuando no observamos paralelismo entre la natremia y las manifestaciones clínicas, las cifras de dicha natremia estuvieron muy poco alejadas de las consideradas normales.

En los lactantes con normonatremia, que constituyeron el 39,35 % sobre el total de los enfermos analizados, comprobamos clínicamente deshidratación isotónica en el 85,24 %, hipotónica en el 9,84 % e hipertónica en el 4,92 % (cuadro 4), (gráfico 3).

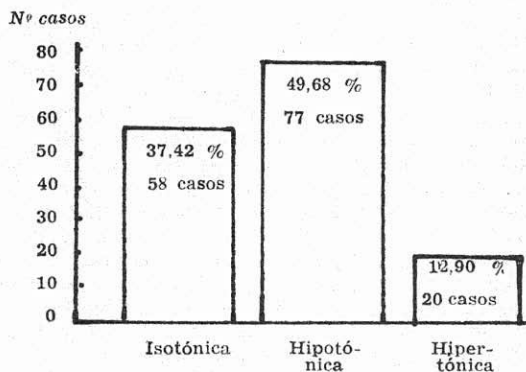
Del análisis de las cifras anteriores, concluimos que los niños con normonatremia, en su gran mayoría, correspondieron a deshidrataciones isotónicas, desde el punto de vista clínico.

Donde se puso aún más en evidencia el paralelismo entre el laboratorio y la clínica, fue en los lactantes con hiponatremia, pues en ellos el 92,54 % coincidió con tipos clínicos de deshidratación hipotónica y solamente el 7,46 % con manifestaciones de isotónica (cuadro 5), (gráfico 4).

CUADRO 3
Tipos de deshidratación según la osmolaridad sugeridos por la clínica (Sobre 155 casos)

Tipos de deshidratación	Frecuencia	Porcentaje
Isotónica	58	37,42
Hipotónica	77	49,68
Hipertónica	20	12,90
Total	155	100

GRÁFICO 2



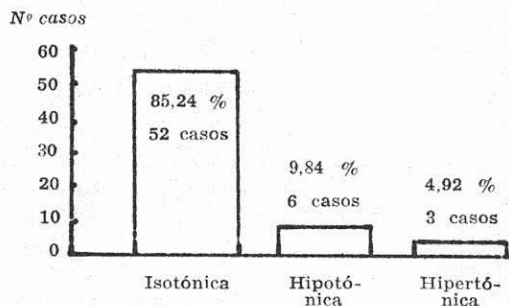
CUADRO 4

Correlación entre el laboratorio y la clínica en la osmolaridad (Sobre 155 casos)
Normonatremia (Sobre 61 casos)

Clínica	Frecuencia	Porcentaje
Isotónica	52	85,24
Hipotónica	6	9,84
Hipertónica	3	4,92
Total	61	100,00

GRÁFICO 3

Tipos de deshidratación según la clínica en los lactantes con natremia normal (Sobre 61 casos)



Es necesario reiterar que en aquellos niños en los que no observamos paralelismo entre la natremia y la clínica, las desviaciones del sodio fueron muy leves, alejándose ligeramente de las cifras consideradas normales.

En el grupo de lactantes con hipernatremia, el 88,88 % correspondió a manifestaciones clínicas de deshidratación hipertónica, y el 11,12 % restante a la clínica de la deshidratación isotónica (cuadro 6), (gráfico 5).

Es importante destacar también aquí que en estos últimos niños, en que no hubo paralelismo entre el laboratorio y la clínica, las hipernatremias fueron muy discretas.

Aun cuando desde un punto de vista fisiopatológico pareciera fácil diferenciar las tres formas de deshidratación, no sucede así en la práctica diaria.

Las pautas seguidas por nosotros para llegar al diagnóstico del desequilibrio osmolar a través de la clínica, no siempre se presentaron en la forma señalada, sobre todo en el síndrome diarreico agudo, donde concurren otros tipos de factores derivados de la patología de fondo o de alteraciones electrolíticas cualitativas, que enmascaran o acentúan algunos signos, lo que determina una homogeneización de las manifestaciones clínicas, entre los diferentes tipos de deshidratación, que hacen complejo su diagnóstico diferencial.

Sin embargo, estudios estadísticos cuidadosos permiten afirmar que, si bien los signos que se han considerado como característicos de cada tipo de deshidratación pueden observarse en cualquiera de ellos, es posible demostrar en numerosas observaciones, que hay mayor frecuencia de presentación o concurrencia de sintomatología específica en el tipo de deshidratación en que habitualmente se le asigna, es decir, se establece una correlación entre la clínica y la fisiopatología de tipo general.²

Del análisis de nuestra experiencia en lo que se refiere a correlación entre el laboratorio y la clínica, pues, se mantiene en vigencia el valor de esta última en el diagnóstico de los desequilibrios osmolares.

IV) RELACIÓN ENTRE UREMIA Y OSMORALIDAD

Con referencia a la uremia en la deshidratación aguda, la hemos comprobado sobre 119 casos,

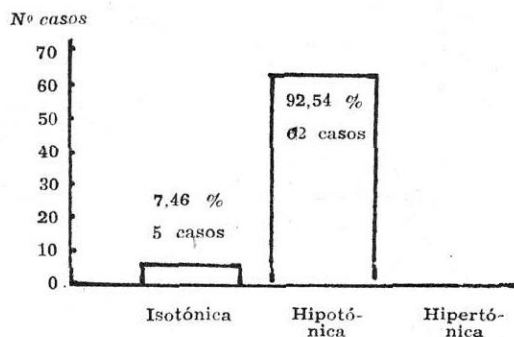
CUADRO 5

Hiponatremia (Sobre 67 casos)

Clinica	Frecuencia	Porcentaje
Isotónica	5	7,46
Hipotónica	62	92,54
Hipertónica	—	—
Total	67	100,00

GRÁFICO 4

Tipos de deshidratación según la clínica en los lactantes con hiponatremia



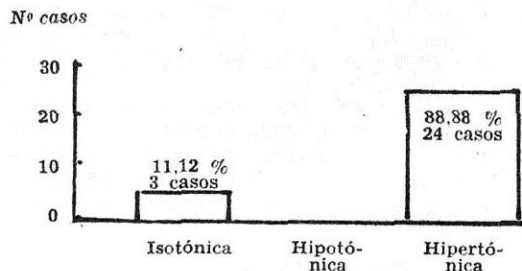
CUADRO 6

Hipernatremia (Sobre 27 casos)

Clinica	Frecuencia	Porcentaje
Isotónica	3	11,12
Hipotónica	—	—
Hipertónica	24	88,88
Total	27	100,00

GRÁFICO 5

Tipos de deshidratación según la clínica en los lactantes con hipernatremia (Sobre 27 casos)



normal en 73 (61,34%) y elevada en 46 (38,66%).

La totalidad de las uremias normales fueron observadas en niños con deshidratación de primer grado.

Al analizar la relación entre la uremia y osmolaridad, encontramos que el 54,79 % de las uremias normales correspondieron a deshidrataciones hipotónicas, el 35,63 % a isotónicas y el 9,58 % a hipertónicas (cuadro 7), (gráfico 6).

Ateniéndonos a la proporción relativa de los diferentes tipos de deshidratación de acuerdo a la natremia, pusimos en evidencia que las uremias normales predominaron manifiestamente en las deshidrataciones a expensas de las hipertónicas.

CUADRO 7

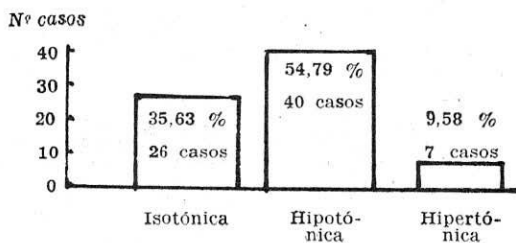
Relación entre uremia y osmolaridad
(Sobre 119 casos)

Uremia normal
(Sobre 73 casos)

Natremia	Frecuencia	Porcentaje
Normonatremia	26	35,63
Hiponatremia	40	54,79
Hipernatremia	7	9,58
Total	73	100,00

GRÁFICO 6

Tipos de deshidratación según la osmolaridad en los lactantes con uremia normal
(Sobre 73 casos)



Las hiperazoemias se observaron en lactantes con deshidrataciones de segundo y tercer grado, habiéndose normalizado las mismas, en su totalidad, con la correspondiente reposición hidroelectrolítica, en un plazo que osciló entre las 24 y 72 horas.

Al estudiar la relación entre hiperazoemia y osmolaridad, comprobamos que aquella se produjo en el 36,95 % de los casos en deshidrataciones isotónicas, en el 32,6 %, en hipotónicas y en el 30,45 % en hipertónicas (cuadro 8); (gráfico 7).

Sobre 27 lactantes con deshidratación hipertónica, que constituyen el total del grupo con ese desequilibrio osmolar, encontramos hiperazoemias en 14, o sea en el 51,85 % de los mismos.

Ello en contraposición a lo sucedido en los deshidratados hipotónicos, en que solamente se presentó hiperazoemia en 15 sobre un total de 67 casos, o sea escasamente el 22,68 % de este grupo.

En el material analizado, pues, las hiperazoemias extrarrenales se presentaron con mucho mayor fre-

cuencia relativa en los niños en que la volemia se conservó o disminuyó ligeramente, manteniéndose como consecuencia un aceptable flujo renal. En la deshidratación hipertónica no estaría en juego el clásico mecanismo patogénico determinante de la hiperazoemia extrarrenal, a través del déficit de filtración glomerular por hipovolemia, sino que se establecería como consecuencia de la hemoconcentración de solutos característica del desequilibrio osmolar presente.

Contrariamente, en los 15 niños con hiperazoemias y deshidratación hipotónica, comprobamos que dichos aumento de la uremia se produjeron fundamentalmente en lactantes con marcadas hiponatremias y shock hipovolémico, habiéndose normalizado las mismas en términos más o menos inmediatos, entre 24 y 72 horas, luego de la adecuada hidratación. En este grupo, pues, se explica claramente la fisiopatología de la hiperazoemia extrarrenal, como consecuencia de la intensa hipovolemia e insuficiente flujo renal.

V) RELACIÓN ENTRE LA GLUCEMIA Y OSMOLARIDAD

El estudio de la glucemia en nuestros lactantes deshidratados, demostró que en el 69,84 % de los casos, ella mantúvose dentro de límites normales, con una proporción paralela a la incidencia rela-

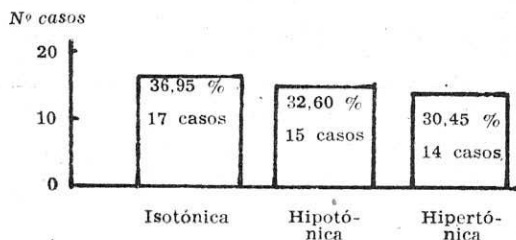
CUADRO 8

Hiperazoemia
(Sobre 46 casos)

Natremia	Frecuencia	Porcentaje
Normonatremia	17	36,95
Hiponatremia	15	32,60
Hipernatremia	14	30,45
Total	46	100,00

GRÁFICO 7

Tipos de deshidratación según la osmolaridad en los lactantes con hiperazoemia
(Sobre 46 casos)



tiva de los diferentes tipos de deshidratación, según la osmolaridad (cuadro 9), (gráfico 8).

La glucemia normal, pues, no se mostró predominando en un determinado desequilibrio osmolar.

Por otra parte, el 19,24 % de los niños presentaron hipoglucemia, tratándose en todos ellos de lactantes con prolongado déficit previo de aporte alimenticio. Tampoco la hipoglucemia mostró predilección por algún desequilibrio osmolar determinado (cuadro 10), (gráfico 9).

Comprobamos hiperglucemia en el 10,92 % del grupo analizado, siendo interesante destacar que la misma correspondió a deshidrataciones de tercer grado.

Del análisis de la relación entre hiperglucemia y la osmolaridad, encontramos una marcada mayor incidencia relativa de aquella en las deshidrataciones hipertónicas (cuadro 11), (gráfico 10).

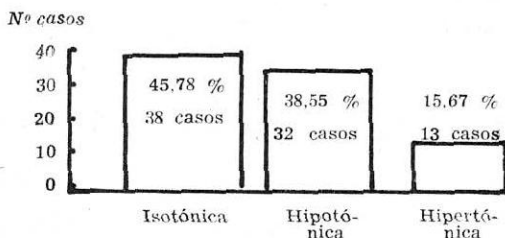
CUADRO 9

Relación entre glucemia y osmolaridad

Normoglucemia
(Sobre 83 casos)

Natremia	Frecuencia	Porcentaje
Normonatremia	38	45,78
Hiponatremia	32	38,55
Hipernatremia	13	15,67
Total	83	100,00

GRÁFICO 8

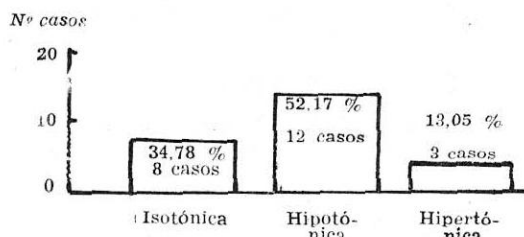
Tipos de deshidratación según la osmolaridad
en los lactantes con normoglucemia
(Sobre 83 casos)

CUADRO 10

Hipoglucemia
(Sobre 23 casos)

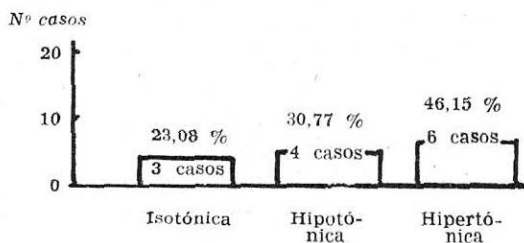
Natremia	Frecuencia	Porcentaje
Normonatremia	8	34,78
Hiponatremia	12	52,17
Hipernatremia	3	13,05
Total	23	100,00

GRÁFICO 9

Tipos de deshidratación según la osmolaridad
en los lactantes con hipoglucemia
(Sobre 23 casos)CUADRO 11
Hiperglucemia
(Sobre 13 casos)

Natremia	Frecuencia	Porcentaje
Normonatremia	3	23,08
Hiponatremia	4	30,77
Hipernatremia	6	46,15
Total	13	100,00

GRÁFICO 10

Tipos de deshidratación según la osmolaridad
en los lactantes con hiperglucemia
(Sobre 13 casos)

Debemos recordar que todas las determinaciones de la glucemia fueron realizadas al ingreso, descartando la iatrogenia como posible factor causal.

La mayor frecuencia de la hiperglucemia en la deshidratación hipertónica, análogamente a lo acontecido con la hiperazoemia, se explica por la hemoconcentración de solutos en dicho desequilibrio osmolar, asociado a un aporte previo aceptable de hidratos de carbono.

Es conveniente destacar también, que las hiperglucemias coincidieron con mayor frecuencia con deshidrataciones de tercer grado de tipo hipertónico, con intensas hipernatremias.

Por otra parte, en el grupo de niños con hiperglucemia y deshidratación isotónica e hipotónica, comprobamos una ingesta abundante de hidratos de carbono, previa al ingreso de los mismos a la sala.

En la totalidad de los casos, los desequilibrios de la glucemia se normalizaron en un periodo que osciló entre las 24 y 72 horas, con la adecuada reposición hidroelectrolítica.

Resumen y conclusiones

Con el objetivo de establecer la correlación entre la clínica y el laboratorio en los desequilibrios de la osmolaridad, así como analizar las desviaciones de la uremia y glucemia y su relación con la tonicidad del medio interno, se estudiaron 155 lactantes internados con diagnóstico de deshidratación aguda en la sala I del Hospital Interzonal Especializado de Agudos "Sup. Sor María Ludovica" de La Plata, en el período comprendido entre el 1º de enero de 1971 y el 31 de julio de 1974.

Con tal motivo, procedimos a realizar al ingreso de los niños, la necesaria tabulación clínica y determinaciones de natremia, uremia y glucemia, sin ninguna terapéutica previa de hidratación parenteral.

Llegamos a las siguientes conclusiones:

1) El estudio de la osmolaridad a través de la natremia, evidenció que las deshidrataciones hipotónicas constituyeron el grupo más numeroso: 43,23 %, siguiéndole las isotónicas: 39,35 % y por último las hipertónicas: 17,42 %.

2) Al analizar la signología clínica, el 49,68 % se mostró como deshidratación hipotónica, el 37,42 % como isotónica y el 12,90 % como hipertónica.

3) En los niños con normonatremia establecimos el paralelismo con la clínica al comprobar deshidratación isotónica, de acuerdo a ella, en el 85,24 %, hipotónica en el 9,84 % e hipertónica en el 4,92 % de los casos.

4) En los lactantes con hiponatremia observamos clínicamente deshidratación hipotónica en el 92,54 % e isotónica en el 7,46 % de los mismos.

5) En los enfermos con hipernatremia, encontramos que el 88,88 % de ellos coincidió con manifestaciones clínicas de deshidratación hipertónica, y el 11,12 % restante con signología de isotonicidad.

6) Del análisis de nuestra experiencia en lo que se refiere a correlación entre el laboratorio y la clínica, se mantiene en vigencia el valor de esta última en el diagnóstico de los desequilibrios osmolares.

7) Con referencia a la uremia en la deshidratación aguda, la hemos comprobado normal en el 61,34 % y elevada en el 38,66 % de los casos.

8) Al analizar la relación entre la uremia y osmolaridad, encontramos que el 54,79 % de las uremias normales correspondieron a deshidrataciones hipotónicas, el 35,63 % a isotónicas y el 9,58 % a hipertónicas. Ateniéndonos a la proporción relativa de los diferentes tipos de deshidratación de acuerdo a la natremia, pusimos en evi-

dencia que las uremias normales predominaron manifiestamente en las deshidrataciones hipotónicas a expensas de las hipertónicas.

9) Al estudiar la relación entre hiperazoemia y osmolaridad, comprobamos que aquella se produjo en el 36,95 % de las circunstancias en deshidrataciones isotónicas, en el 32,60 % en hipotónicas y en el 30,45 % en hipertónicas. Aquí se evidenció el llamativo predominio de la hiperazoemia en la deshidratación hipertónica.

10) El estudio de la glucemia demostró que en el 69,84 % de los lactantes, ella se mantuvo normal, con una proporción paralela a la incidencia de los diferentes tipos de deshidratación según la osmolaridad.

11) El 19,24 % de los niños presentaron hipogluceemia, no mostrando tampoco la misma predilección por algún desequilibrio osmolar determinado.

12) Comprobamos hipergluceemia en el 10,92 % del grupo analizado, correspondiendo la misma siempre a deshidrataciones de tercer grado de intensidad.

13) Del análisis de la relación entre la hipergluceemia y la osmolaridad, encontramos una marcada mayor incidencia relativa de aquella en la deshidratación hipertónica, análogamente a lo ocurrido con la hiperazoemia.

14) Consideramos la fisiopatología de los cambios en la uremia y glucemia en el síndrome de deshidratación aguda.

Con referencia a la hiperazoemia extrarrenal, pusimos de relieve la importancia del déficit de filtración glomerular en la deshidratación hipotónica y la hemoconcentración de solutos en la hipertónica.

En lo que se refiere a la hipogluceemia, llamamos la atención sobre la influencia ejercida por el escaso aporte previo de hidratos de carbono.

En el grupo con hipergluceemia y deshidratación isotónica e hipotónica, comprobamos una ingesta previa abundante de hidratos de carbono, explicándose la mayor frecuencia de aquella en la deshidratación hipertónica, como consecuencia de la hemoconcentración de solutos de dicho desequilibrio osmolar.

REFERENCIAS

- MORANO J., VALES R. R., MORANO H., CANDELO J. y GARCIA L.: Consideraciones clínicas y de laboratorio que sugiere el estudio de 534 casos de deshidratación aguda en el lactante. *Actas XXI Jornadas Argentinas de Pediatría Río Hondo, Santiago del Estero*, 396, 1971.
- MENEGHELLO J.: Metabolismo hidrosalino. *Pediatría*, Ed. Inter-Médica, Buenos Aires, República Argentina, I: 232, 1972.

Simposio: Regionalización del cuidado perinatal

PRESIDENTE: *Paul R. Swyer, M. A., M. B., F.R. C.P. (Londres) D.C.H.*

INTRODUCCIÓN: *Paul R. Swyer, Hospital para niños enfermos Toronto, Ontario, Canadá.*

Definición

En el contexto de la Medicina Reproductiva, la Regionalización implica una organización basada sobre un área geográfica definida, proyectada a fin de brindar a todos los habitantes del área el mejor Cuidado Médico Reproductivo posible, teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por la economía, la geografía, el clima, el poder y la destreza médica. La organización debe abarcar todo el rango de servicios necesarios para una performance reproductiva óptima. Esto incluirá educación sexual, consejos y cuidados antes y durante la concepción, supervisión del embarazo, parto y cuidado postnatal incluyendo el seguimiento de ambos, madre e hijo, el control de calidad de los resultados y el análisis de los beneficios del costo.

Es de primera importancia, que la organización sea flexible para acomodar las distintas necesidades en diferentes comunidades. Aquello que puede ser útil para región urbana altamente desarrollada, sería bastante inapropiado para áreas extensas en la periferia, con grupos establecidos en forma muy diseminada.

Al formular planes para una organización regional es imperativo que primero se conozca la epidemiología de la Medicina Reproductiva en general y, en el contexto de nuestro simposio, de las enfermedades perinatales en particular.

Esto involucra un estudio demográfico de la región en relación con los índices de nacimiento predominantes, distribución de la población en edad reproductiva e incidencia de enfermedades maternas y neonatales. Modelos sobre el tipo de información necesaria fueron dados por estudios lleva-

dos a cabo bajo la égida de la British Birthday Trust Fund, en donde el profesor Neville Butler ha tenido el rol directivo. El nos informará sobre cómo utilizar esos estudios como instrumento para definir necesidades para el desarrollo de un plan regional.

Yo aludí anteriormente sobre la necesidad de "flexibilidad" en la planificación. Esto es de mayor importancia debido a los rápidos avances en los conocimientos que constantemente tienen lugar en las disciplinas básicas de Obstetricia y Pediatría. También muchas áreas están experimentando marcados cambios en las condiciones socio-económicas y medios de comunicación, que influyen sobre el modo de llevar a cabo el Cuidado Médico Reproductivo. Los legisladores y administradores, si bien deben proveer apropiados resguardos cualitativos, no deben indebidamente transformarse restrictivos de flexibilidad, improvisación e innovación.

Es apropiado considerar la justificación para abogar por un sistema regional a fin de expedir un cuidado médico reproductivo y particularmente: cuidado perinatal.

Las amplias diferencias en las estadísticas de mortalidad y morbilidad perinatal, que son evidentes entre naciones y entre áreas de una misma nación, no necesariamente se correlacionan con un saneamiento económico, clima u otro parámetro indicador de Salud Comunitaria. Estadísticas insatisfactorias correspondientes al periodo de embarazo y nacimiento, son entonces un fenómeno específico aislado. Es más de incumbencia con actitudes médicas y sociales peculiares a esta faceta de la vida, donde el cuidado médico y las faci-

lidades requeridas son tan distintas de aquellas necesarias para otro tipo de enfermedad, y sólo puede ser dado por facilidades concentradas y llevadas a cabo por un grupo especialmente entrenado. Es el deseo y la capacidad de la nación o comunidad, el proveer y desplegar todas esas facilidades y personas para lograr una buena ventaja que determine estadísticas perinatales mejores. Basados en este criterio, países que han hecho el más efectivo uso de sus recursos, han usualmente organizado su Cuidado Sanitario de acuerdo a sistemas sobre bases regionales. Esto evita costosas duplicaciones a medida que provee la necesaria protección.

Una vez obtenida la decisión política de implementar este esquema es necesario desarrollar un plan para implementarlo. El Dr. Butterfield, que ha estado involucrado de cerca en dichas planificaciones en los Estados Unidos nos dará su guía en estas consideraciones.

Luego el Dr. Michel Manciaux, director del Centro Internacional de la Infancia, de París, comentará sobre algunos problemas con que se enfrentan países menos desarrollados, comparado con sus vecinos más avezados en realizar planes para el

cuidado de la salud materno-infantil sobre bases regionales.

Una de las preguntas cruciales que los planificadores deben dilucidar es sobre la distribución de las riquezas, del personal y del material entre el centro y la periferia de la región, para un máximo de beneficio. De esta forma, el beneficio obtenido con la expansión del incremento de la ayuda dada, para llegar modestamente a una mejoría del cuidado durante el embarazo y una mejoría en la capacidad de resucitación en el parto, pueden pesar en los resultados que derivarían luego en la formación de una unidad de cuidado intensivo perinatal más sofisticado. Esta clase de consideraciones serán examinadas por el profesor Petter Karlberg.

De esta manera esperamos ser capaces de darles a Uds. una visión sobre los datos básicos necesarios, el proceso de planificación y los problemas que deben resolverse en término de: distribución de personal y recursos económicos para asegurar que todo embarazo planificado, deseado, marche a la formación de un nuevo individuo con la potencialidad de desarrollar plenamente su dote genética.

La distribución de las reservas entre el centro y la periferia para un máximo de beneficio

nacido son del 5-7 %, solo dos tipos 1 a 3 —Centro Regional, Hospital Central y Pequeño Hospital Central— tienen suficientes recursos para cubrir las necesidades de una deseable seguridad médica.

Costos: asociado directamente con el sistema de cuidado de la salud. Varios análisis han indicado que incluso los costos de supervisión de un parto normal y el de un cuidado neonatal, son menores en un hospital más grande, tal como el del tipo 2, que en uno más pequeño del tipo 3. El límite en cuanto al tamaño es de alrededor de 1.500 partos por año, para una población de aproximadamente 100.000 habitantes.

Hay un incremento de los índices de costos, a medida que disminuye el número de partos anuales a menos de 1.500.

Para el control de las complicaciones maternas y/o en el niño el costo es naturalmente mayor, pero la concentración de los partos de alto riesgo va a mejorar la relación costos-beneficios. Una unidad con 2.500 a 3.500 partos por año, puede alcanzar el más bajo índice costo-beneficio y tal tamaño es también necesario para dar suficiente experiencia al staff para mantener su pericia y experiencia. Está considerado por la mayoría de los profesionales, como tope para una unidad funcionando en condiciones óptimas, la cifra de 4.500 partos anuales aproximadamente.

Distancia de viaje: Una investigación efectuada en Suecia, demostró que una distancia de aproximadamente 1-2 hs, no significa mayor incremento de riesgo médico. Incluso en un país como Suecia, con sólo 8 millones de habitantes en un área de 450.000 km², sólo el 13 % de las mujeres fértiles viven afuera a una distancia de 60 km y sólo el 3 % a 100 km de distancia de un servicio tipo 1 o tipo 2. Esto es igual o menor a 2 hs, de viaje, en un bastante bien establecido sistema de control. Para esta parte de la población, los hospitales rurales y las salas asistenciales están médicamente justificadas. Para seguridad médica existen también hospitales tipo 3-5, pero ellos corresponden a costos relativamente mayores.

Demanda: En muchas pequeñas ciudades hay frecuentemente demanda para servicios de maternidad local, aunque por el tamaño va a dar costos

mayores por cada caso y menor seguridad médica. Hay una situación conflictiva entre la "seguridad cercana" y la "seguridad médica". Claro está que en Suecia hay una tendencia cada vez mayor a considerar a esta última el factor más significativo. Cada vez son más las pequeñas maternidades que deben cerrar.

Las salas de atención postnatal, locales, no parecen ser prácticas.

Parto domiciliario: En una sociedad como la actualmente desarrollada en Suecia, no hay prácticamente demanda para partos domiciliarios. Médicamente, el parto domiciliario es desaconsejable debido a las grandes dificultades para manejarse en situaciones de riesgo que afectan a la madre y al recién nacido, especialmente cuando las condiciones de la casa son menos que ideales. Un parto domiciliario también significa un incremento de la contribución del propio paciente y frecuentemente de otras agencias públicas.

En conclusión: La aspiración para un sistema de Control de la Salud, debe ser establecer servicios de maternidad con una capacidad de 2.500 a 3.500 (4.500) partos por año, con una de cada 4-5 de esas unidades desarrollada dentro de un centro regional, a fin de poder derivar los embarazos complicados y los recién nacidos con riesgos especiales y/o complicaciones.

En áreas con población muy aislada se deben desarrollar pequeñas unidades con la capacidad apropiada.

El posible efecto psicológico negativo de esta abstracción a reales unidades mayores debe ser considerado, minimizado, igualado y/o eliminado.

Si los fondos necesarios no están disponibles dentro de un futuro relativamente cercano, el grado de ambición debe ser menor. Lo primero en disminuir es, en seguridad médica, lo relacionado con equipamiento y edificación. Nunca debe comprometerse la mayor ambición de enseñar y mantener la capacitación funcional y activa, claro está dentro del lema "non nocere".

El cuidado perinatal, una de las más difíciles secciones del sistema de control de salud, ha estado siempre ubicado dentro de la Medicina Reproductiva en donde funcionan los controles pre y postnatales y dentro de los amplios aspectos del desarrollo de la salud familiar.

Informaciones

PRIMERAS JORNADAS DE PEDIATRIA DEL CENTRO OESTE BRASILEÑO

Entre el 8 y el 12 de julio se desarrollaron en Brasilia las Jornadas del epígrafe, organizadas por la Sociedad de Pediatría de Brasilia y Productos Nestlé, con la cooperación de las Sociedades de Pediatría de Goiás, Mina Geraes y Mato Grosso.

Un importante número de pediatras del interior de Brasil se dio cita a partir del 8 de julio por la noche, cuando en el Palacio de Itamarati fueron inauguradas por su presidente Prof. Ernesto Silva y por la Prof. Dalva Sayeg.

Durante su transcurso se desarrollaron tres cursos: Perinatología, Hematología y Dermatología infantil. Una interesante novedad fueron las comunicaciones breves, de mucha utilidad para el nutrido grupo de pediatras que en corto tiempo recibió importantes actualizaciones.

Es necesario destacar el aporte de destacadas figuras de la Pediatría Brasileña como los Profesores Bussmara Neme, Janine Filho, Charles Naspitz, Wilson Maciel y Giuseppe Sperotto de San Pablo. César Pernetta, Dirceu Bellizi, Fernando Olinto, Julio Dickstein, José Díaz Rego, Azor José de Lima, Helio de Martino y Nicola Albano. de Río. Izrail Cat de Curitiba. Eliezer Audiface de Salvador. Antonio Junqueira Lisboa y Antonio Jacomo de Brasilia.

Participaron también figuras del exterior como los Dres. Torrado da Silva de Portugal, Michèle Monset-Couchard de París, Francia y Teodoro F. Puga de Argentina, que le dieron relieve internacional.

Archivos Argentinos de Pediatría felicita a todos los pediatras del Centro Oeste Brasileño y muy especialmente al Prof. Ernesto Silva y sus colaboradores, que con entusiasmo y dinamismo organizaron estas primeras jornadas para llevar conocimientos a zonas alejadas de centros tradicionales.

Un ejemplo para imitar.

CONGRESOS PEDIATRICOS 1975

- XI Pan-Americano.
- IV Latino-Americano.
- XIX Brasileño.

Del 12 al 18 de octubre. Parque Anhembi. Sao Paulo, Brasil.

Los Congresos Pediátricos 1975 tienen como objetivo el desarrollo de la Pediatría, la divulgación de sus progresos científicos y el favorecimiento de los vínculos entre todos los pediatras de las Américas.

Temas oficiales

- 1) El niño y los riesgos físicos.
- 2) El niño y los riesgos psíquicos.
- 3) El niño y los riesgos sociales.

Inscripción: hasta el 31 de agosto 1975.

Titulares	U.S. \$ 100.00
Acompañantes, residentes y estudiantes de medicina	U.S. \$ 50.00
Después del 1º de setiembre ..	U.S. \$ 120.00

Reserva de Hotel: Casa Faro Turismo, Av. Sao Luiz 123. CEP 01046, Sao Paulo, Brasil.

Toda correspondencia deberá ser dirigida al Secretario General Prof. Dr. Eduardo Marcondes. Clínica Pediátrica. Hospital das Clínicas. Av. Dr. Enéias de Carvalho Aguiar 255. Caixa Postal 0891 - 05403. Sao Paulo, Brasil.

XII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA INFANTIL

Con participación internacional

Organizado por la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil

San Miguel de Tucumán, 14 al 18 de setiembre de 1975.

PROGRAMA OFICIAL

Tema central: Accidentes en la infancia.

Relatos:

- Epidemiología de los accidentes en la infancia; manejo inicial del politraumatizado grave; prioridades y pautas.
- Asistencia del traumatizado crítico.
- Traumatismos del sistema nervioso central.
- Traumatismos del tórax.
- Traumatismos laringotraqueales.

Mesas redondas:

- Tumores óseos.
- Patología de la uretra.
- Traumatismos obstétricos.

Simposio:

- Interrogantes en torno del niño malformado.

Forum:

- Técnica operatoria de la atresia del esófago.
- Luxación congénita de cadera.

Coloquios:

- Constipación.
- Riesgo quirúrgico.
- Fistulas enterocutáneas.
- Pneumotórax.

—*Conferencias. Presentación y debate de casos clínicos. Sesiones de temas libres.*

Secretaría: Dr. Fermín R. Prieto. Coronel Díaz 1971/75. Capital.

PREMIOS

"Premio Walter Kasdorf"

Reglamentación

Art. 1) Establécese un premio bianual sobre el tema "Nutrición del niño" en homenaje al Sr. Walter Kasdorf, por su importante contribución al desarrollo de productos para la nutrición infantil, y su personal preocupación y empeño en aportar soluciones para los problemas de la Pediatría Argentina.

Art. 2) Dicho premio consistirá en: a) Diploma/s, cuyos textos serán así redactados:

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
"Premio Walter Kasdorf"
Al mejor trabajo sobre Nutrición del Niño

El Dr. por su trabajo
 se ha hecho acreedor a este premio.

Secretario

Presidente

b) la suma de \$ 10.000.

Art. 3) La entrega del premio se efectuará durante la realización de las Jornadas Argentinas de Pediatría.

Art. 4) Podrán inscribirse todos los pediatras de la República Argentina, afiliados a la Sociedad Argentina de Pediatría. Los trabajos deberán ser presentados antes del 31 de diciembre del año víspera a la realización de las Jornadas Argentinas de Pediatría.

Art. 5) Cada autor deberá hacer entrega en el momento de su inscripción de cinco ejemplares de su trabajo, impresos o dactilografiados a renglón alterno, escritos de un solo lado y en castellano. Se retendrán dos ejemplares de cada trabajo presentado, uno con destino a la biblioteca de la Sociedad Argentina de Pediatría y otro para la de Kasdorf S.A.

Art. 6) Los trabajos deberán ser inéditos y no premiados.

Art. 7) El premio será adjudicado por un jurado constituido por: el señor presidente de la Sociedad

Argentina de Pediatría, o su representante, el Sr. Presidente de la Asociación Argentina de Nutrición, o su representante, y por un profesional de reconocida actuación (socio de la S.A.P.), nombrado por Kasdorf S.A.

Art. 8) Informes y entrega del trabajo: Secretaría de la Sociedad Argentina de Pediatría, Coronel Díaz 1971, Capital Federal, atención de 14 a 19 horas.

Art. 9) El jurado tendrá atribuciones para interpretar las disposiciones del presente reglamento y resolver cuestiones no previstas, asimismo, de considerarlo conveniente para la pediatría argentina, podrá proponer un tema particular y específico dentro del tema general de: "Nutrición del niño", para el otorgamiento del próximo premio.

Art. 10) El jurado se reserva el derecho de declarar desierto el premio si considerase que ninguno de los trabajos presentados, reúna las condiciones adecuadas para obtenerlo y sus decisiones serán inapelables.

"Premio Prof. Dr. Mamerto Acuña"

Reglamentación

Con los fondos donados por la esposa e hijos del Prof. Mamerto Acuña, para conmemorar su memoria, más las contribuciones de los amigos, discípulos y colaboradores del extinto se instituye un premio bianual denominado "Premio Mamerto Acuña" que será otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría.

El mismo consistirá en \$ 1.000 y diploma. El importe en efectivo se dividirá en partes iguales entre todos los autores y se entregará un diploma a cada uno de ellos.

Podrán optar al premio los miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría, con menos de 15 años de graduados (a partir de la aprobación de la última materia) que presenten un trabajo inédito sobre hematología infantil.

El jurado estará integrado por el presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, el presidente de la Sociedad Argentina de Hematología, ambos en ejercicio durante la fecha de inscripción, y el profesor Dr. José M. Albores como presidente del jurado permanente. En caso de imposibilidad o renuncia de este último, será reemplazado por el profesor titular de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires, designado por sorteo.

La inscripción se efectuará entre el 15 de febrero y el 15 de marzo de 1963, repitiéndose cada dos años. En caso de declararse desierto se llamará a concurso el año siguiente.

El jurado se expedirá antes del 15 de abril, correspondiendo la entrega del premio en la reunión ordinaria de la Sociedad Argentina de Pediatría más próxima al 11 de mayo, fecha del natalicio del profesor Acuña.