

CONCEPTO PEDIATRICO DE LAS ENFERMEDADES DE TIPO ALERGICO¹

DR. LUIS GÓMEZ-OROZCO²

Basándose en datos estadísticos extranjeros y en algunos nacionales, el autor establece la importancia de las enfermedades alérgicas en México, así como la observación de que gran número de ellas se inician en los primeros años de la vida. Desde el punto de vista clínico las enfermedades alérgicas son síndromes cuya etiología hay que detectar; la sensibilización propiamente dicha depende por una parte de una predisposición genética, y por otra de la exposición de alérgenos determinados. En el transcurso de los años el niño presenta diversas manifestaciones de tipo alérgico con una secuencia bastante uniforme, lo que permite suponer la evolución de las manifestaciones y establecer medidas preventivas para interferir con la evolución natural. El pediatra es el abogado para el manejo general de las manifestaciones alérgicas en el niño, con la asesoría y colaboración de alergistas y otros especialistas de acuerdo con el tipo de manifestaciones clínicas. Debe manejar integralmente a los niños a su cargo, descubriendo todos aquellos factores que puedan interferir en un buen desarrollo, incluyendo las enfermedades alérgicas. A nivel institucional el manejo de los niños alérgicos debe ser en trabajo de grupo, jugando también el pediatra un papel importante como coordinador. (GAC. MÉD. MÉX. 98: 505, 1968).

LAS ENFERMEDADES de tipo alérgico constituyen un grupo muy numeroso dentro de la atención médica, estimándose que entre el 10 y 15% de la población general tiene alguna manifestación severa o crónica y el 50% presenta alguna variedad de ellas durante

el transcurso de la vida; observándose además que una gran parte se registra dentro de los primeros años.¹⁻³ Este panorama que se hizo aparente en los Estados Unidos hace unas tres décadas parece ser el mismo en otros países, incluyendo al nuestro en el cual aún no tenemos una estadística suficientemente grande en población no seleccionada para aseverarlo (Tablas 1 y 2).⁴⁻⁷

El Departamento de Alergia del Hos-

¹ Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado en la sesión ordinaria del 18 de octubre de 1967.

² Académico numerario. Hospital Infantil de México.

pital Infantil de México realizó una encuesta en una escuela militarizada, en la que había un examen de admisión para aceptar a sus alumnos y que seguramente seleccionaba su población; sin embargo, en el 25% se encontró alguna manifestación de tipo alérgico y en el 11.9% una forma severa incluyendo 1.3% de asmáticos.⁶

En el mencionado Hospital Infantil en el año 1966, dentro del grupo de 10,317 pacientes que asistieron por primera vez a la Consulta Externa, hubo 770 cuyo diagnóstico principal era una manifestación de tipo alérgico o sea el

a las enfermedades de tipo alérgico, que el pediatra y el médico general fundamentalmente, deben tener en cuenta para una mejor atención de la población infantil y son los que a continuación se exponen, documentados con datos de la literatura médica así como en la experiencia del autor.

*Magnitud del concepto
"tipo alérgico"*

Las reacciones alérgicas son una consecuencia de la sensibilización, pero a nivel de la clínica no es siempre facti-

TABLA 1
PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ALERGICAS
EN LA POBLACION GENERAL*

(Estados Unidos)

Autor	Año	No. de casos	%	Manifestaciones
Balyeat	1928	1 117	8.3	A. F.H.
Jiménez	1934	2 703	11.9	A. F.H.
Service	1939	3 141	16.6	A. F.H. D.A.
Tips	1954	198	25.8	A. F.H. D.A.
Van Arsdel & Motulsky	1959	5 818	16.7	A. F.H.

A. Asma.
F.H. Fiebre de heno.
D.A. Dermatitis atópica.

7.45% de esa población (Tabla 3). En 1961 se atendieron 810 pacientes de primera vez en el Departamento de Alergia, de los cuales 632 tenían procesos de tipo alérgico, ocupando los primeros lugares la dermatitis atópica y el síndrome asmático (Tabla 4).⁸

Estando la población mexicana constituida por menores de 15 años en un 50%,⁹ se ha estimado adecuada la puntualización de diversos hechos respecto

ble ante un caso determinado, de un padecimiento compatible con ellas, detectar un mecanismo antígeno-anticuerpo, por lo cual con fines prácticos se habla de enfermedades de "tipo alérgico",¹⁰ agrupándose todas aquellas que tienen las mismas manifestaciones que las ligadas específicamente a las reacciones de sensibilidad inmediata; se llega a un concepto sindromático y como consecuencia a la imperante necesidad

TABLA 2
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN LA INFANCIA

<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Lugar</i>	<i>Población</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Observaciones</i>
Peltonen y Kasanen ⁵	1955	Turku Finlandia	Escolares	4 832	6.81%	
Peltonen y Kasanen ⁵	1955	Helsinki Finlandia	Escolares	27 999	3.6 %	
Eriksson-Lihr ⁶	1954	Helsinki Finlandia	Reclutas (18 años)	2 178	0.96%	Asmáticos
Pérez Martín y Gómez-Orozco ⁶	1954	México	Estudiantes Universidad Latino Americana (12-18 años)	300	11.9 % 1.3 % 25.0 %	Alergia severa Asmáticos Total de alérgicos
Cueva ⁷	1960	Toluca Tlaxcala Morelos Querétaro D. F.	Estudiantes universitarios	5 000	18.0 % 2.2 %	Total de alérgicos Asmáticos

TABLA 3

PADECIMIENTOS DE TIPO ALÉRGICO ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL DURANTE EL AÑO DE 1966

(Casos de primera vez)

	Hombres	Mujeres	Total
Procesos Respiratorios:			
Asma, bronquitis asmática, bronquitis alérgica.	111	63	174
Rinitis y rinosinusitis	55	50	105
Subtotal:	166	113	279
Procesos dermatológicos:			
Actinodermatitis	6	11	17
Dermatitis atópica	58	77	135
Dermatitis ecematoide bacteriana	4	4	8
Dermatitis seborreica	10	6	16
Dermatitis por contacto	12	10	22
Urticaria y edema angioneurótico	27	22	49
Prurigo y picaduras de insecto	98	91	189
Dermatitis medicamentosa	7	6	13
Eritemas multiforme y nodoso	—	5	5
Dermografismo	—	1	1
Eritema prob. alérgico	2	1	3
Lupus eritematoso	—	1	1
Subtotal:	224	235	459
Otras manifestaciones:			
Alergia gastrointestinal	4	2	6
Conjuntivitis primaveral	13	7	20
Jaqueca	1	1	2
Lengua geográfica	1	3	4
Subtotal:	19	13	32
TOTAL:	409	361	770

de la búsqueda de factores causales a través de una buena historia clínica, exámenes de laboratorio y gabinete complementarios, estudio longitudinal de los casos y análisis epidemiológicos.

En Pediatría con frecuencia se descubre una asociación de factores etiológicos en los padecimientos de "tipo alérgico" o bien en diferentes etapas de la evolución de la enfermedad son diversos factores involucrados. Es nuevamente la observación cuidadosa la que da la pauta diagnóstica y terapéutica (Tabla 5).^{8, 11-14}

Desarrollo de la sensibilización

La sensibilización o estado alérgico propiamente dicho está ligado fundamentalmente a dos factores: una tendencia genética para establecerse más fácilmente y la exposición a elementos del medio externo, entre los cuales hay diversa potencialidad antigénica. Dentro del elemento heredado no sólo está la capacidad para formar reagentes, sino también una estructuración orgánica que hace factibles en ocasiones las manifestaciones clínicas y posiblemente

TABLA 4

RELACION DE ENFERMOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE ALERGIA DEL HOSPITAL INFANTIL, AGRUPADOS POR DIAGNOSTICOS 1961

Dermatitis atópica	157	
Síndrome asmático	135	
Prurigo	124	
Urticaria	71	
Dermatitis seborreica	59	
Eritema multiforme	22	
Dermatitis solar	15	
Dermatitis medicamentosa	11	
Dermatitis por contacto	11	
Conjuntivitis primaveral	9	
Edema angioneurótico	8	
Rinitis alérgica	8	
Lengua geográfica	6	
Dermografismo	8	
Dermatosis	5	
Púrpura	2	
Jaqueca	1	
Subtotal:	652	
Otros no definidos o de naturaleza no alérgica	178	178
Total:	830	

cierto temperamento de los pacientes.¹⁵⁻¹⁸ La historia de los niños alérgicos revela una gran incidencia de manifestaciones en familiares que contrasta con los datos obtenidos en la población general como puede apreciarse en la tabla 6.^{19, 20}

El otro aspecto por considerar es la influencia del ambiente, desde el punto de vista de la posible sensibilización, comprendiendo tanto la etapa prenatal (matroambiente) como postnatal del desarrollo (macroambiente).²¹

A la luz de los conocimientos actuales se sabe que las reagentes no atraviesan la barrera placentaria aun cuando tienen un peso molecular de 160,000 y sólo excepcionalmente se descubren en la sangre del cordón, por lo que como

regla casi absoluta se estima que no hay sensibilización pasiva por paso de anticuerpos de la madre al feto.^{22, 23}

Aun cuando en forma experimental se ha logrado la sensibilización activa de los descendientes inyectando al animal grávido,^{24, 25} este hecho no ha podido confirmarse en la clínica; sin embargo, llama la atención como algunos niños tienen reacciones violentas a la primera exposición a un alimento poco común, sin que haya habido una anterior preparante y en la anamnesis se encuentran datos de que la madre estuvo expuesto a él en las postrimerías del embarazo, habiendo a veces datos de ingestión excesiva. Este es un punto que amerita más estudio.

En el recién nacido es factible que se desencadene la sensibilización activa ya que es inmunológicamente competente, aunque en menor grado que el niño mayor.²⁶ Lo que pasa es que en muchas ocasiones no ha habido la experiencia inmunológica suficiente. Es frecuente observar ecema infantil en niños muy pequeños destetados desde el nacimiento, a pesar de que algunos autores consideran que antes del tercero o cuarto mes no hay estas manifestaciones.

Es un hecho bien conocido que alimentos no degradados atraviesan la mucosa del tracto digestivo en forma fisiológica y que este fenómeno es más notable en los primeros meses de la vida y también cuando hay una reacción inflamatoria del intestino delgado.²⁷⁻²⁹ Es un hecho confirmado que la sensibilización se registra más frecuentemente en los niños alimentados

TABLA 5

FACTORES ETIOLOGICOS DETECTADOS EN DIVERSOS PADECIMIENTOS DE TIPO ALERGICO EN LA INFANCIA

DERMATITIS ATOPICA (264 casos) ¹¹		ASMA (204 casos) ¹²	
Sensibilización a alimentos	44.8*	Factores alérgicos	33.8*
Calor	40.0	Infección	37.7
Emociones	34.0	Factor físico	50.0
Contactantes	22.4	Factor psíquico	17.1
Medicamentos	17.5	Pad. crónico pulmonar	5.8
Infecciones	15.5	Cuerpo extraño	0.5
Polvo	2.7	No determinada	5.8
Factores físicos	30.0		
No determinados	10.6	URTICARIA CRONICA (75 casos) ¹⁴	
		Alimentos	33.0
PRURIGO (100 casos)¹³		Infección	36.0
Ectoparasitosis	47.0	Inhalantes	15.0
Alergia a alimentos	6.0	Medicamentos	15.0
Infección	3.0	Psicológicos	13.0
No determinada	44.0	Infestación	7.0
		F. físicos	4.0
URTICARIA AGUDA (71 casos)⁸		Animales	3.0
Alimentos	56.7	Contactantes	3.0
Infección	2.3	Olores	3.0
Medicamentos	13.0	Insectos	1.0
Factores físicos	15.6	P. colagena	1.0
Contactantes	2.3	Desconocidos	13.0
Psicológicos	8.3		

* En varios casos había más de un factor.

TABLA 6

FRECUENCIA DE ANTECEDENTES ALERGICOS FAMILIARES EN PACIENTES CON ESTE TIPO DE MANIFESTACIONES
11, 12, 13, 19, 20

Autor	Año	Resultados	
		Monocigotos	Dicigotos
a) Concordancia en estudio de gemelos			
Spaich & Ostertag	1936	6/12	
Bowen	1953	7/59	2/16
Swartz	1952	22/27	
Rajka	1960	3/5	6/9
Schneyder	1960	6/12	1/23
b) Alergia en progenitores			
Spain y Cooke	1924	462	41.6% negativos 51.6% positivos en uno 7.3% positivos en los dos
c) Antecedentes alérgicos en padecimientos específicos			
Padecimiento	Nº de casos	Antecedentes alérgicos familiares positivos	Autor
Grupo testigo	200	11.5%	Gómez-Orozco y col.
Dermatitis atópica	500	56.2%	Gómez-Orozco y
Prurigo	100	72.0%	Pérez Martín.
Asma	204	60.3%	Gómez-Orozco, Rocha y Acosta.

a una deficiencia de lactasa, que ha sido demostrada por biopsia yeyunal.^{34, 35}

La forma facial de la dermatitis atópica es la manifestación de tipo alérgico más frecuente en el niño pequeño, pero la rinitis severa, con obstrucción completa de las fosas nasales que impide la succión no es excepcional.³⁶ En ocasiones hay asociación de ambos cuadros.

Haciendo un estudio logitudinal de los casos se observa que muchos niños que tuvieron la forma infantil de la dermatitis atópica, posteriormente presentaron la localización flexural y un grupo de ambos cuadros padece ulteriormente asma.^{3, 11, 12, 33, 37, 38}

En la historia de los enfermos alérgicos se registran con frecuencia padecimientos predisponentes, desencadenantes o simplemente coexistentes sobre los cuales conviene hacer un comentario.

La dermatitis seborreica, proceso considerado por lo general sin relación con la alergia³⁹ aun cuando algunos autores si estiman que participe en su etiología,^{2, 40} frecuentemente precede a la dermatitis infantil y en muchas ocasiones hay estadios de transición o formas mixtas de dermatitis seborreica y atópica. Por otra parte en muchos niños que han padecido dermatitis seborreica se observa lengua geográfica, que a la luz de los conocimientos actuales es una manifestación de alergia^{41, 24} y cuadros respiratorios diagnosticados como bronquitis asmática.⁴² La frecuencia de esta tríada sintomática parece ser más que una simple coincidencia.

En la historia del asma con frecuen-

cia se mencionan como infecciones predisponentes o desencadenantes al sarampión, la tosferina⁴⁴⁻⁴⁷ y la bronquiolititis.⁴⁸⁻⁵⁰ Esta última se observa sobre todo en el lactante menor, tiene un cuadro clínico semejante al asma, generalmente con insuficiencia respiratoria acentuada y en una gran parte de los casos es originada por el virus sincicial respiratorio. Parece ser que cuando se desarrolla en un terreno atópico predispone a la aparición ulterior de asma.

Algunos autores hacen sinónimos a la bronquiolititis y la bronquitis asmática y también la designan bronquitis capilar y bronquitis espasmódica, pero parece que es más adecuado el concepto de otros de considerar a la bronquiolititis como un proceso agudo, severo, propio del lactante menor, causado generalmente por el virus sincicial respiratorio y a la bronquitis asmática como proceso de evolución irregular, acompañado de estertores silbantes y fiebre, desencadenado por infecciones virales y bacterianas diversas, que se observa en el lactante mayor y el preescolar, con terreno constitucional alérgico. Este cuadro precede al asma propiamente dicha.^{2, 51, 52}

La etiología de la laringotraqueitis y traqueobronquitis es variable; generalmente es originada por infecciones virales y cuando es producida por un agente bacteriano es sobre todo por el *Hemophilus influenzae* o el *Corynebacterium diptheriae*;⁵³ existe una forma recidivante que en algunas ocasiones posteriormente se convierte en asma. En los enfermos con laringotra-

TABLA 8

AGENTES ETIOLOGICOS DE 75 CASOS DE DERMATITIS MEDICAMENTOSA VISTOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO DE 1957 A 1961

Agentes etiológicos	Nº de casos	Porcentaje
Penicilina	24	38.8
Otros antibióticos	8	10.9
Sulfadiazina	8	10.9
Acido acetilsalicílico	4	5.5
Anticonvulsivantes	4	5.5
Nitrofuranos	2	3.7
Antitoxina diftérica	1	1.3
Vitamínicos	2	2.7
Ignorada*	20	27.4

* En el último grupo se incluyó un caso en el cual había duda si el factor etiológico era Hipaque, substancia yodada empleada como medio de contraste para estudios radiológicos o sulfisoxazol (gantrisin). En el resto de los casos sólo se consignó el dato de medicamento sin señalarse el nombre.

queitis recidivante se encuentra un terreno atópico ostensible.⁵⁴

Es un hecho evidente que con frecuencia la amigdalectomía practicada en pacientes con manifestaciones alérgicas de las vías aéreas superiores precipita la aparición de asma, así como que esta intervención modifica poco la evolución de los enfermos que ya padecen este proceso.⁵⁵

La otitis media serosa tiene una etiología compleja, pero diversos estudios señalan que en muchas ocasiones la infección o cualquier otro factor desencadenante actúa en un enfermo que tiene una manifestación alérgica de las vías aéreas superiores.⁵⁶⁻⁵⁹ Algo semejante puede decirse de la sinusitis, tan común en el preescolar y escolar, que generalmente complica a la rinitis alérgica y que más bien debe llamarse rinosinusitis alérgica.⁶⁰⁻⁶² La poliposis es una complicación tardía de este proceso

que generalmente se hace ostensible a partir de la adolescencia.⁶³

Las reacciones alérgicas a medicamentos son menos comunes en los niños que en los adultos, sin embargo las dermatitis por contacto ocupan un lugar prominente debido a conceptos culturales de nuestra población de no temer a la terapéutica local. Las dermatitis medicamentosas son menos comunes sin dejar de observarse, simulando diversas fiebres eruptivas y alcanzando a veces la gravedad extrema del síndrome de Stevens-Johnson.⁶⁴ En el Hospital Infantil de México, en el lapso 1957-1961 se registraron 87 dermatitis medicamentosas y 186 por contacto como primer diagnóstico. Los agentes etiológicos determinados en un grupo de ellas se resumen en las tablas 8 y 9.⁶⁵ A esto cabe agregar que a pesar de que la mayor parte de las infecciones

TABLA 9

AGENTES ETIOLOGICOS EN 44 CASOS DE DERMATITIS POR CONTACTO VISTOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO DE 1957 A 1961**

Agentes etiológicos	Nº de casos	Porcentaje
Ignorada	9	20.4
Productos mercuriales	8	18.2
Penicilina	4	9.1
Sulfonamidas	4	9.1
Otros antibióticos*	4	9.1
Utensilios	4	9.1
Antipruriginosos	2	4.5
Antimicóticos	2	4.5
Antisépticos	2	4.5
Hule	2	4.5
Tela adhesiva	1	2.3
Detergente	1	2.3
Ungüento mentolado	1	2.3

La mayoría de los productos usados fueron unguentos con base grasosa.

* Tetraciclina 1, polimixina 3.

** Servicio de alergia y hospitalización.

respiratorias agudas son originadas por virus, frecuentemente son tratadas por agentes quimioterápicos y antibióticos que no tienen ningún efecto sobre ellas, exponiendo al riesgo de la sensibilización. Por otra parte si en los datos antes mencionados la penicilina ocupaba un

en el Hospital Infantil se encontraron datos que indican un índice de mayor desorganización y mayor número de familias incompletas en los pacientes alérgicos que en el resto de la población que asiste a Consulta Externa (Tabla 10).⁶⁹

TABLA 10
ORGANIZACION FAMILIAR

<i>Organización</i>	<i>Grupo de estudio</i>	<i>%</i>	<i>Grupo testigo</i>	<i>%</i>
Familia completa	360	85.3	397	94.1
Falta padre	56	13.3	22	5.2
Falta madre	5	1.2	3	0.7
Sin padres	1	0.2	—	—
Total:	422	100.0	422	100.0

$X^2 = 15.$

lugar predominante como causa de dermatitis por contacto, parece ser que en la actualidad la neomicina es el principal agente causal.⁶⁶

Un factor coadyuvante en los procesos alérgicos, que en ocasiones llega a ser fundamental es el psíquico, particularmente cuando la enfermedad ha pasado a una etapa subaguda o crónica. Las limitaciones en las actividades y otras privaciones que sufren los niños con asma particularmente repercuten sobre su esfera emocional; se tornan compulsivos y por otra parte con frecuencia son dependientes e inseguros. Las manifestaciones de la enfermedad pueden ser mecanismos de agresión, defensa o explotación.⁶⁷

En los niños alérgicos es frecuente observar el cuadro denominado de tensión fatiga, que expresa claramente la actitud de hiperdinamia alternando con etapas de astenia e indiferencia.⁶⁸

En un estudio comparativo realizado

Existen dentro del campo pediátrico diversos cuadros en los que se ha considerado la participación de factor alérgico, como en la génesis de la hipertrofia del píloro,² algunas formas de colitis ulcerativa,² ileítis regional,² anemias hipocrómicas por alergia a la leche, el cuadro denominado síndrome de Heiner, en el que hay infiltrados pulmonares, hepatoesplenomegalia, adenomegalia, diarrea, poco incremento de peso,⁷⁰ y así podrían enumerarse otras más que en conjunto son menos frecuentes que las mencionadas anteriormente pero que es conveniente tenerlas en mente para hacer su diagnóstico oportuno.

Algunos niños alérgicos, particularmente con dermatitis atópica y asma, en los que se sospecha una sensibilización a alimentos son sujetos a dietas carenciales que repercuten sobre su estado nutricional y muchas veces con poca acción efectiva sobre el padeci-

miento. Los alérgicos manejados adecuadamente tienen un desarrollo dentro de los canales normales del crecimiento a pesar de lo tormentoso de la evolución en algunas ocasiones como se ha podido comprobar en el Hospital Infantil.^{71, 72} Cabe mencionar que algunas dietas inadecuadas han sido basadas en pruebas cutáneas mal interpretadas, no correlacionadas con la clínica y pasando por alto que tratándose de alergia a alimentos, la clínica es superior a las pruebas.⁷³

En el campo de la terapéutica se ha adelantado mucho en el manejo de los niños alérgicos, gracias al advenimiento de sintomáticos como los antihistamínicos, corticoides de uso sistémico o tópico, nuevos broncodilatadores descongestivos de las mucosas y la terapéutica del estado asmático es motivo frecuente de publicaciones en las que se menciona el empleo de soluciones electrolíticas para corregir la acidosis, respiración controlada, broncodilatadores, antibióticos, esteroides, etc.,^{74, 75} y también hay publicaciones sobre los problemas derivados de la terapéutica: detención del crecimiento por uso prolongado de corticoides.^{76, 77} agravamiento de infecciones como la varicela,⁷⁸ aumento de las muertes por asma,⁷⁹ etc. Parte de estos problemas son derivados de un menor juicio clínico ante la facilidad de prescribir los medicamentos sintomáticos que aun cuando activos, tienen efectos colaterales indeseables y peligrosos.

También dentro del tratamiento específico de las alergias ha habido adelantos, con el advenimiento de antígenos en emulsiones o con aluminio y

piridina que permiten una administración más espaciada y más adecuada para el manejo de los niños.⁸⁰

Profilaxis de los padecimientos alérgicos

Todos los hechos mencionados hacen ver la necesidad de puntualizar ciertos conceptos y medidas preventivas que están al alcance del médico general y del pediatra para el manejo adecuado de la población infantil que está a su cuidado, para contribuir al abatimiento de las enfermedades alérgicas o a sus complicaciones.⁸¹

Es un hecho evidente que existe un grupo de la población que tiene una tendencia heredada para padecer con más frecuencia enfermedades de tipo alérgico y es sobre su descendencia donde debe ponerse mayor atención. Si por el momento no serían aceptadas recomendaciones eugenésicas para la mayor parte de la población, si son posibles modificaciones ambientales, de la forma de vida, alimentación, etc. que establezcan barreras de prevención en la evolución natural de las enfermedades alérgicas.

El estudio de la evolución natural de este tipo de enfermedades en la infancia muestra que no puede darse fácilmente un pronóstico ante un padecimiento determinado, porque en muchas ocasiones los pacientes tienen dos o más en el curso de la vida.^{30, 48, 82-86} Así por ejemplo, si es verdad que una gran parte de los casos con dermatitis atópica mejoran con los años, también es cierto que muchos padecen después asma y si

de los asmáticos hay un 30% en que los síntomas desaparecen espontáneamente, no siempre es factible decir cuáles van a mejorar. Ante la evolución natural no hay que tomar una actitud expectativa para observarla durante el transcurso de los años, sino tratar de establecer barreras de prevención.⁸¹

El destete después del sexto mes de vida, debe ser un objetivo, especialmente cuando se trata de descendientes de familias alérgicas. Hay que promover la administración de una dieta higiénica desde el punto de vista alérgico durante el embarazo y lactancia, evitando excesos de alimentos sensibilizantes y sugiriendo la variación de menús, ya que a través de la leche puede sensibilizarse el niño⁸⁷ y hay sospecha de posible sensibilización intrauterina.

Conociéndose la evolución natural de las enfermedades alérgicas hay que tratar de evitar las manifestaciones que habitualmente complican a otra previa; así la vacunación oportuna contra la tosferina, el sarampión y la modificación de estos cuadros con el uso de globulinas inmunes serán elementos valiosos para prevenir el desarrollo del asma, al lado de medidas higiénicas del medio ambiente respecto a alérgenos inhalantes. Cuando ya sea factible la vacunación con el virus sincicial respiratorio debe realizarse ésta precozmente como medida preventiva del asma bronquial y no sólo de la bronquiolitis.⁸⁸

En las laringotraqueitis de repetición debe investigarse el fondo alérgico al cual se agregan las infecciones para tratarlo adecuadamente, pudiendo decirse lo mismo de la rinosinusitis y de

la otitis serosa. Hay que poner coto a la amigdalectomía indiscriminada en pacientes que tienen manifestaciones alérgicas de las vías aéreas para prevenir el desencadenamiento del asma.

La alergia a medicamentos constituye en la actualidad un problema de salud pública y dentro de las medidas más importantes para abatirla está el uso racional de los mismos sobre todo en la infancia, pues si la sensibilización se establece en esta etapa, el individuo tiene todavía una larga esperanza de vida y muchos años para sufrir las consecuencias.

En las enfermedades alérgicas hay factores coadyuvantes o desencadenantes independientes de la sensibilización que hay que saber detectar para el manejo adecuado de los casos y entre ellos está el factor psicológico. Muchos fracasos derivan de no interferir el círculo vicioso entre enfermedad, problema emocional, terapéutica indiscriminada y exacerbación de los síntomas. En el niño alérgico por lo general toda la familia es afectada por el padecimiento y debe ser atendida en forma adecuada.

Papel del pediatra en el tratamiento del niño alérgico

Partiendo del punto de vista de que la atención pediátrica debe ser integral, abarcando tanto el aspecto somático como el emocional, debe señalarse lo mismo para el alérgico; cuando los recursos del pediatra no sean suficientes para el manejo de un caso particular debe actuar como coordinador, vigilando por el buen desarrollo y crecimiento

del paciente, con la asesoría de los especialistas adecuados. La atención institucional debe ser en equipo, para poder tratar adecuadamente desde un status asmáticus hasta un problema emocional coadyuvante, conocer al enfermo como persona y no sólo como caso, tener información del ambiente en que vive, del núcleo familiar, programas de rehabilitación, etc.

En manos del pediatra está el manejo general del niño alérgico, llevando siempre los conceptos de medicina preventiva, tratando de interferir en la evolución de las enfermedades, atendiendo los sistemas psicossomáticos o somatopsíquicos según las circunstancias, que muchas veces mejoran tratando tanto el cuadro clínico como modificando el ambiente en que se gestan y dando una actitud de comprensión al paciente y su familia.

El niño alérgico debe ser enseñado a utilizar sus capacidades y recursos para vivir en armonía en el grupo primario de la organización social; rehabilitarlo es una función básica de la atención pediátrica, con la colaboración de especialistas en casos particulares.

Cuando la adolescencia se acerca, nuevamente el pediatra debe participar en la orientación vocacional, tomando en cuenta los riesgos que pueden implicar determinadas actividades u ocupaciones en un organismo que conserva la potencialidad para nuevas sensibilizaciones.

Con todas las medidas antes mencionadas, el niño alérgico puede tener un desarrollo físico dentro de los canales normales del crecimiento y paralela-

mente ajustarse en su desarrollo emocional, lográndose un equilibrio armónico de la familia, metas que debe tener la medicina pediátrica, no solamente en este campo sino en cualquier otro.

SUMMARY

Based on foreign and some local statistics, the author establishes the importance of allergic diseases in Mexico, and points out that many of them have their inception in the first years of life.

From a clinical viewpoint allergic disease are syndromes whose etiology has to be detected. Sensibilization depends on the one hand on a genetical predisposition and on the other on the exposure to certain allergens.

As years go by, the child presents several allergic manifestations with an uniform sequence, permitting the establishment of preventive measures to interfere with the natural evolution of the disease.

The pediatrician is the person qualified to handle allergic manifestations in the child, with the advice and collaboration of other specialists depending on the clinical symptoms. He should be in complete charge of the children under his care depicting all those factors that might interfere with a healthy development, including allergic diseases.

At an institutional level the care of allergic children should be managed by team work, the pediatrician playing an important role as coordinator.

REFERENCIAS

1. Arbesman, C. E.: *L'Allergie et son retensiment social dans les differents pays: Etats Unis, Symposium VII, III*

- eme *Congrés International d'Allergologie, Paris*. Editions Médicales Flammarion, 1958.
2. Glaser, J.: *Allergy in childhood*. Springfield. Charles C. Thomas Publisher, 1956, p. 3, 67, 70, 87, 188.
 3. Cohen, M. B., citado por Vauhan, W. T. y Black, J. H.: *Practice of Allergy*. Saint Louis C. V. Mosby Co., 1948, p. 59.
 4. Bigley, R. H.: *The genetics of allergy*. Ann. Allergy 24: 128, 1966.
 5. Eriksson-Lihr, Z.: *Special features in allergy in children*. Acta Allergologica. 8: 289, 1955.
 6. Pérez Martín, J. y Gómez-Orozco, L.: Datos sin publicar.
 7. Cueva V., J.: Comunicación personal.
 8. Galindo Alcazar, E.: *Padecimientos alérgicos en la infancia*. Tesis. U. N. A. M., 1963.
 9. *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1960-1961*. Secretaría de Industria y Comercio. Dirección General de Estadística, 1963.
 10. Salazar Mallén, M.: *La ciencia de la inmunología y el enfermo alérgico*. Editorial Alergia. 13: 37, 1965.
 11. Gómez-Orozco, L., Ordoñez de la Mora, B. R., Galindo Alcazar, E. y Martínez Ojeda, A.: *Dermatitis atópica*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 23: 427, 1966.
 12. Gómez-Orozco, L., Rocha Alvarado, R. y Acosta Rentería, S.: *Asma en la infancia*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 23: 443, 1966.
 13. Gómez-Orozco, L. y Pérez Martín, J.: *Prúrgico en la infancia*. Alergia. 13: 25, 1965.
 14. Halpern, S. R.: *Chronic hives in children*. Ann. Allergy. 23: 589, 1965.
 15. Frick, O. L.: *The atopic state. A peculiar kind of immune reaction. A Review*. Ann. Allergy. 24: 95, 1966.
 16. Sly, R. M. y Heimlich, E. M.: *Physiologic abnormalities in the atopic state: a review*. Ann. Allergy. 25: 192, 1967.
 17. Rees, L.: *Physical an demotional factors in bronchial asthma*. J. Psychosom. Res. 1: 98, 1956. (Citado por Leigh, D. y Marley, E. Bronchial Asthma, Oxford, Pergamon Press, 1967).
 18. Leonard, G. S.: *Behavioral manifestations of allergic children*. Ann. Allergy. 24: 248, 1966.
 19. Leigh, D. y Marley, E.: *Bronchial asthma. A genetic population and psychiatric study*. Oxford, Pergamon Press, 1967.
 20. Bigley, R. H.: *The genetics of allergy*. Ann. Allergy. 24: 128, 1966.
 21. Cravioto, J.: *Significado del crecimiento físico en Pediatría. Problemas en Pediatría IV*. Ed. Médicas del Hosp. infant. (Méx.) 1966, p. 85.
 22. Allamsmith, M. y Buell, D. N.: *The relationship of gamma-1A globulin and reagin in the Cord Sera*. J. Allergy. 35: 339, 1964.
 23. Allansmith, M. y Buell, D.: *Hemagglutinating antibodies to grass in maternal and cord sera*. J. Allergy. 36: 409, 1965.
 24. Ratner, B., Jackson, H. C. y Gruehl, H. L.: *Transmission of protein hypersensitiveness from mother to offspring: V. Active sensitization in utero*. J. Immunol. 14: 303, 1927.
 25. Pisani, S., Pioron, J. M., Guevara, E. y Scherb, H.: *Producción experimental de disposición alérgica heredada en cobayo*. Sem. Méd. 100: 17, 1952.
 26. Smith, R. T. y Eitzman, D. V.: *Development of the immune response*. Pediatrics. 33: 163, 1964.
 27. Anderson, A. F., Schloss, O. M. y Myers, O.: *The intestinal absorption of antigenic protein*. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 23: 180, 1925.
 28. Waltzer, M.: *Absorption of allergens*. J. Allergy. 13: 554, 1942.
 29. Schloss, O. M. y Myers, C.: *The intestinal absorption of antigenic protein*. Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 23: 180, 1925.
 30. Grulee, C. G. y Sanford, H. N.: *The influence of breast and artificial feeding on infantile eczema*. J. Pediat. 9: 223, 1936.
 31. Gómez-Orozco, L.: *Medicina psicossomática y enfermedades alérgicas*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 23: 519, 1966.
 32. Baruch, D. W. y Miller, H.: *Maternal rejection in allergic children*. En: Ratner, B.: *Allergy in relation to Pediatrics*. Saint Paul, Bruce Publishing Co. 1951, p. 159.
 33. Ratner, B., Collins-Williams, C. y Untracht, S.: *Allergic dermatorespiratory syndrome in children*. Am. J. Dis. Child. 82: 666, 1951.
 34. Horton, G. E. y Lawrence, D.: *Lactose intolerance syndrome mimicking milk-allergy and or function bowel disorders: four cases*. Ann. Allergy 24: 698, 1966.
 35. Lifshitz, F.: *Congenital lactase deficiency*. J. Pediat. 69: 229, 1966.

36. Ingall, M., Glaser, J., Meltzer, R. S. y Dreyfuss, E. M.: *Allergic rhinitis in early infancy*. *Pediatrics*. 35: 108, 1965.
37. Bono, J. y Levitt, P.: *Relationship of infantile atopic dermatitis to asthma and other respiratory allergies*. *Ann. Allergy*. 22: 72, 1964.
38. Gómez-Orozco, L.: *Manifestaciones alérgicas dentro del campo de la dermatología. Problemas en Pediatría II*. Ed. Médicas del Hosp. infant. (Méx.) 1964.
39. Perlman, H. H.: *Helpful diagnostic clues for differentiation of atopic dermatitis from seborrheic dermatitis*. *Ann. Allergy*. 23: 583, 1965.
40. Gómez-Orozco, L. y Vázquez, H.: *Tratamiento de la dermatitis seborrérica severa del lactante*. *Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.)* 16: 195, 1959.
41. Baker, J.: *Relaciones entre lengua geográfica y la alergia*. *Alergia*. 6: 258, 1959.
42. Marks, M. B.: *Physical signs of allergy of the respiratory tract in children*. *Ann. Allergy*. 25: 310, 1967.
43. Rahamimoff, P. y Mohsam, H. V.: *A.M.A. J. Dis. of Children*. 93: 519, 1957.
44. Peskin, M. M.: *Asthma in children III. The incidence and significance of various diseases and infections and of tonsillectomy and adenoidectomy*. *Am. J. Dis. Child.* 31: 880, 1927.
45. Waltzer, M.: *Asthma and hay fever in theory and practice*. Springfield, Charles C. Thomas, 1931.
46. Feingold, B. F.: *Infection in the allergic child*. En: *Allergy in relation to Pediatrics*. Ratner, B. Saint Paul, Bruce Publishing, 1951, p. 28.
47. Gómez-Orozco, L.: *Asma en la infancia*. *Salud Publ. Méx.* 3: 935, 1961.
48. Gómez-Orozco, L.: *De la bronquiolitis al asma*. *Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.)*, 23: 515, 1966.
49. Gómez-Orozco, L. y Torroella, J. M.: *Bronquiolitis. Urgencias Pediátricas*. México, Ed. Méd. Hosp. infant. 2a. Edición, 1966, p. 261.
50. Wittig, H. J., Cranford, N. J. y Glaser, J.: *The relationship between bronchiolitis and childhood asthma*. *J. Allergy*. 30: 19, 1959.
51. Eisen, A. H. y Bacal, H. L.: *The relationship of acute bronchiolitis to bronchial asthma. A 4-to 14 year follow-up*. *Pediatrics*. 31: 859, 1963.
52. Simon, G. y Jordan, W. S.: *Infectious and allergic aspects of bronchiolitis*. *J. Pediat.* 70: 533, 1967.
53. Rodríguez Díaz, E.: *Laringotraqueobronquitis. Urgencias Pediátricas*. México, Ed. Méd. Hosp. infant. 2a. Edición, 1966, p. 231.
54. Levin, S. J., y Scherer, R. A.: *Allergic tracheitis*. *Ann. Allergy*. 22: 26, 1966.
55. Gómez-Orozco, L.: *Amigdalectomía y asma*. *Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.)* 23: 289, 1965.
56. Fernández, A. A.: *The diagnosis of allergic serous otitis in children*. *Ann. Allergy*. 23: 282, 1965.
57. Whitcomb, N. J.: *Allergy therapy in serous otitis media associated with allergic rhinitis*. *Ann. Allergy*. 23: 1965.
58. McGovern, J. P., Haywood, T. J. y Fernández, A. A.: *Allergy and secretory otitis media. Analysis of 512 cases*. *J.A.M.A.* 200: 134, 1967.
59. Szanton, V. L.: *Allergic secretory otitis media*. *Ann. Allergy*. 23: 281, 1965.
60. Williams, H. L.: *The relationship of allergy to chronic sinusitis*. *Ann. Allergy*. 24: 521, 1966.
61. Alfaro, V. R. y Krucoff, M. E.: *The problem of sinusitis in children*. *Laryngoscope*. 69: 750, 1959.
62. Guggenheim, P.: *Treatment of chronic sinusitis. Cooperation between allergists and otolaryngologists*. *Ann. Allergy*. 24: 555, 1966.
63. Smith, R. E.: *Treatment of nasal and hypertrophic allergic rhinitis*. *Ann. Allergy*. 25: 355, 1967.
64. Gómez-Orozco y Ortega, H.: *Alergia a medicamentos*. *Bol. Clín. Asoc. Méd. Hosp. infant. (Méx.)*. 6: 12, 1966.
65. Gómez-Orozco, L. y Vara Verdusco, E.: *Dermatitis de contacto y dermatitis medicamentosa*. *Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.)*, 23: 417, 1966.
66. Epstein, E.: *Detection of neomycin sensitivity*. *Arch. Dermat.* 91: 50, 1965.
67. McGovern, J. P. y Knight, J. A.: *Allergy and human emotions*. Springfield Charles C. Thomas, 1967, p. 43.
68. Speer, F.: *The allergic tension-fatigue syndrome*. *Pediatr. Clin. North Amre.* 1: 1029, 1954.
69. López Lozano, G.: *Causas sociales de deserción en un servicio de alergia*. Tesis. Escuela Técnica No. 7. Trabajo Social S.E.P., 1967.
70. Heiner, D. C., Wilson, J. F. y Laher, M. E.: *Sensitivity to cow's milk*. *J. A. M. A.* 189: 563, 1964.
71. Spock, A.: *Growth patterns in 200 children with bronchial asthma*. *Ann. Allergy*. 23: 608, 1965.
72. Rocha Villaseñor, J. R. W.: *CreCIMIENTO del niño asmático*. Tesis, U. N.

- A. M., 1967.
73. Gómez-Orozco, L. y Estuardo Zirión, M.: *Valoración de las pruebas cutáneas en los niños considerados no alérgicos*. *Alergia*. 11: 61, 1964.
 74. Beam, L. R., Marey, J. H. y Mansmann, H. C. Jr.: *Medically irreversible status asthmaticus in children*. *J. A. M. A.* 194: 968, 1965.
 75. Lecks, H. I., Wood, D. y Fravis, L. P.: *Childhood status asthmaticus, recent clinical and laboratory observations and their application in treatment*. *Clin. Pediat.* 5: 209, 1966.
 76. Smith, J. M.: *Long-term steroid treatment on asthmatic children*. *Ann. Allergy*. 23: 492, 1965.
 77. Van Metre, T. E. y Pinnkerton, H. L. Jr.: *Growth suppression in asthmatic children receiving prolonged therapy with prednisone and methylprednisolone*. *J. Allergy*. 30: 103, 1959.
 78. Girsh, L. S., Schulaner, C. A. y Yu, M.: *A study of the risk of mortality of asthma or other allergic disease receiving corticosteroid therapy*. *Ann. Allergy*. 24: 690, 1966.
 79. Richards, W. y Patrick, J. R.: *Death from asthma in children*. *Am. J. Dis. Child.* 110: 4, 1965.
 80. Cueva, J., Castillo, F. J. y Venegas, M.: *Hiposensibilización con antígenos de piridina y aluminio*. *Alergia*. 15: 3, 1967.
 81. Gómez-Orozco, L.: *Medicina preventiva y enfermedades alérgicas*. *Salud Pública Méx.* 5: 927, 1963.
 82. Gómez-Orozco, L.: *Consideraciones pediátricas sobre las enfermedades alérgicas*. *Alergia*. 11: 59, 1964.
 83. Roth, H. L. y Kierland, R. R.: *The natural history of atopic dermatitis, a 20 year follow-up study*. *Arch. Dermat.* 89: 209, 1964.
 84. Torsney, P. y Blumstein, G. I.: *Atopic dermatitis. Natural history and prognosis*. *J. of allergy*. 38: 41, 1966.
 85. Boesen, I.: *Asthmatic bronchitis in children: Prognosis of 162 cases observed six to eleven years*. *Acta Paediat.* 42: 87, 1953.
 86. Buffum, W. P.: *Prognosis of asthma in childhood*. *Amer. J. Dis. Child.* 112: 214, 1966.
 87. Shannon, W. R.: *Eczema in breast-fed infants as a result of sensitization to foods in the mother's dietary*. *Am. J. Dis. Child.* 23: 392, 1922.
 88. Woodhour, A. F., Sweet, B. H., Tytell, A. A., Potash, L., Stokes, I., Weibel, R. E., Metzgar, D. F. y Hillesman, M. R.: *Respiratory virus vaccines: IV. Heptavalent respiratory syncytial-para-influenza-mycoplasma-influenza vaccine in institutionalized persons*. *Am. Rev. Resp. Dis.* 94: 350, 1966.

COMENTARIO OFICIAL

DR. JULIO MANUEL TORROELLA¹

EL TRABAJO de ingreso a la Academia Nacional de Medicina del Sr. Dr. Luis Gómez Orozco, tiene aspectos interesantes, muy especialmente para los pediatras y para los médicos generales, y conviene recordar que estos últimos atienden en nuestro país al 75% de la población pediátrica, debido

a que sólo existen siete mil pediatras registrados y el 54% de la población de México es de menores de 19 años.

El autor hace hincapié en puntos básicos de los problemas alérgicos en Pediatría, de los cuales comentaremos los más relevantes.

Señala la iniciación precoz en la vida humana, de los padecimientos alérgicos, la mayoría de los cuales pueden y deben recono-

¹ Académico numerario, Hospital Infantil de México.