

marzo 2015



BOLETIN

Servicio de Pediatría

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 14 Nº 59

CONTENIDO

EDITORIAL

Historia de la Neumología Infantil
en el Hospital Manuel Arriarán

TEMA 1

Ictericia del primer trimestre.
Evaluación del Radiólogo

TEMA 2

Síndrome de Peter Pan

EDITORES

Dr. Francisco Barrera Quezada
Dra. Marcela Godoy Peña
Dr. Francisco Prado Atlagüic

SECRETARIA

Yini Esbeile Luna

SERVICIO DE PEDIATRÍA

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO
Santa Rosa 1234 - SANTIAGO
FONOFAX: 2556 6792



■ www.saval.cl **SAVAL**

Revista de circulación exclusiva para personal médico

Amoval® - Clavonex®

AMOXICILINA / SAVAL

AMOXICILINA - ACIDO CLAVULANICO / SAVAL

Antibioterapia que se distingue
por su **CALIDAD**



Planta Farmacéutica SAVAL

Tecnología de Punta

Certificada según normas
Internacionales



GARANTÍA
INVIMA

Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl
y/o a través de su representante médico. Material promocional exclusivo para Médicos y Químicos Farmacéuticos.

Unidad | **Pediatría**

■ www.saval.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.

SAVAL

• EDITORIAL •

**DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA NEUMOLOGÍA INFANTIL
EN EL HOSPITAL MANUEL ARRIARÁN BARROS**

Dra. María Lina Boza C.
Broncopulmonar Pediátrica. Hospital Clínico San Borja Arriarán.



Foto del equipo de la Unidad de Broncopulmonar y becados en 1976. Entre ellos el Dr. Rodolfo Burdach W. y Andrés Varas A.

¿Sospecharía nuestro recordado Dr. Rodolfo Burdach Weil, que cuando el Dr. Julio Meneghello Rivera lo envió al pabellón de meningitis del Hospital Manuel Arriarán, se estaba definiendo su futuro como pediatra y que la especialidad contaría en él a uno de sus más importantes precursores?.

En una de sus últimas presentaciones, que tuvimos el privilegio de escuchar, contaba profundamente emocionado, de sus primeros pasos en la especialidad, agradeciendo al Dr. Meneghello tan profética destinación en sus inicios como pediatra.

ORIGEN DE LA NEUMOLOGÍA

La alta prevalencia de las enfermedades respiratorias en el niño, que constituye la segunda causa de mortalidad después de los accidentes y que durante los meses invernales ocupa el 80% de las camas pediátricas de hospitales y clínicas, justifica que la neumología infantil sea hoy por hoy una disciplina de gran interés asistencial, científico y académico.

La presencia permanente de novedades y adelantos en la etiopatogenia de las enfermedades respiratorias y alérgicas, avances diagnósticos y terapéuticos, se ve reflejada en la alta concurrencia

que concitan las reuniones de la especialidad, independiente de los años de desempeño en pediatría y broncopulmonar. Este aspecto parece digno de destacarse al considerar que la subespecialidad nació hace alrededor de 40 años íntimamente ligada con las manifestaciones de tuberculosis en los niños, que en aquellos años causaba estragos, sobre todo el compromiso meníngeo. Fue así como personalidades brillantes en el campo de la pediatría general se vieron atraídos hacia el conocimiento de la especialidad, siendo los formadores de nuevas generaciones, entre ellos y sin desconocer la presencia de muchos otros, debemos mencionar a los Drs. Raúl Matte Larraín, Gustavo Ross Bravo, Sergio Ibáñez Quevedo quienes se desempeñaron en dicho Sanatorio y de ellos el primero llegó a ser su Director inicial. El Dr. Roberto Infante Yávar, Jorge Peña Cereceda y Rodolfo Burdach Weil (estos tres últimos pertenecientes al Hospital Arriarán y el Dr. Infante Yávar también fue Director del Sanatorio Josefina Martínez de Ferrari). El Dr. Peña Cereceda, que también se desempeñaba en el Sanatorio Los Guindos (comuna de Ñuñoa alto) se distinguió, cuando aún no germinaba la especialidad, por el importante número de publicaciones relativas de lo que en el futuro sería la Especialidad de Broncopulmonar, especialmente Tuberculosis, vacuna BCG, primeros tratamientos anti TBC con Isoniacida y Estreptomina, atelectasia y neumonía complicada. Ellos dieron gran parte de sus conocimientos y esfuerzos en los inicios y desarrollo de la subespecialidad. Los Drs. Infante Yávar y Burdach Weil, fueron destacados especialistas del Hospital Manuel Arriarán, logrando ambos el reconocimiento de la Pediatría Chilena a través del Premio Julio Zwcharzemberg Löbeck (que en su primera oportunidad se le otorgó al Dr. Infante Yávar). El Dr. Sergio Ibáñez

Quevedo, gran amigo de nuestro maestro, Dr. Burdach, se traslada desde el sanatorio a trabajar al Hospital Luis Calvo Mackenna, para llegar solo debía atravesar la calle Antonio Varas (vivía justo al frente del hospital). Importante rol le cupo en dicho hospital en el desarrollo de la especialidad y creación de equipos.

En sus inicios, en los diversos hospitales de Santiago y también en el Hospital Arriarán, la tuberculosis ocupaba gran parte del tiempo dedicado a la especialidad, aunque la neumonía supurativa, el empiema pleural, la neumonía estafilocócica post sarampión, la laringitis diftérica y por sarampión (incluidas las traqueotomías obligadas en sus formas más graves), el cuerpo extraño en vía aérea poco a poco emergían como patologías que reemplazarían a la TBC.

En la década de 1930, Chile tenía una de las tasas de mortalidad infantil informada más altas del mundo. En el período neonatal, la prematuridad y sus complicaciones, las infecciones congénitas, el trauma obstétrico. En la mortalidad infantil tardía, la desnutrición, síndrome diarreico, enfermedades infectocontagiosas se hacían cargo de ello. Las complicaciones de las neumonías, sobretodo post sarampión y en el desnutrido, colaboraban con este índice, llegando hasta una letalidad específica de 28%. En octubre de 1937, el Dr. Santiago Muzzo, señalaba en la Revista Chilena de Pediatría (año VIII, N°10) “El vaciamiento oportuno a través de un drenaje en la pleuresía purulenta, representa ventajas. Ya sea con el método de Buleau (trocar y tubo de goma) o de Perthes (incisión en la piel, uso de trócar y sonda nelathon N°16 a 18) conectando la sonda a un aparato de succión suave”. En diciembre de 1937, el Dr. César Izzo Parodi, creador del primer Servicio de Urgencia Infantil en América Latina, señalaba “Cada empiema es un problema que varía

con la edad, estado general, agente bacteriano y genio epidémico. El empiema pleural es un problema que aún no tiene solución”. En efecto, recién se estaba utilizando las sulfas y tan solo en febrero de 1941 se trató el primer ser humano con penicilina, el cual falleció por aplicación de dosis insuficiente. En el mundo continuaba en pleno apogeo la Segunda Guerra Mundial.

De hecho en el Hospital existían pabellones dedicados a estas patologías (tuberculosis, broncopulmonar, laringitis) y junto a ello, diversos sanatorios en Santiago que recibían estos enfermos, a veces hospitalizados por años. En vinculación con el Hospital Arriarán destacan los sanatorios Susana Palma y Pedro Aguirre Cerda. El primero de ellos, originado del antiguo hospital Huemul y ubicado en el barrio Placer de Santiago, que terminó su funcionamiento como hospital de pacientes ortopédicos y el Hospital Pedro Aguirre Cerda, derivado del inicial sanatorio de Peñalolén dedicado a la tuberculosis, luego a pacientes con Poliomielitis y finalmente a la patología neuro ortopédica, absorbiendo incluso los pacientes del Sanatorio Susana Palma cuando este último dejó de funcionar. La existencia de diversos sanatorios de TBC, como los mencionados, los programas de vacunación BCG y las nuevas terapias anti TBC, tuvieron como natural consecuencia la disminución de hospitalización por esta patología en los servicios pediátricos de los grandes hospitales de Santiago. Ello permitió, junto al empuje de los creadores de la especialidad la preocupación por otras patologías de la vía respiratoria, incluso más sistémica como la Fibrosis quística y agregado a ello las malformaciones congénitas del aparato respiratorio.

CREACIÓN DE DIVERSOS CENTROS

En el transcurso del tiempo, y a medida que se

fue intensificando la magnitud de la patología respiratoria infantil, se constituyeron los 4 primeros centros en los hospitales base de la Región Metropolitana y luego se agregaron 3 unidades más. Cabe destacar en este período la creación del Hospital Josefina Martínez de Ferrari iniciada por ella en 1940, acaudalada dama de la alta sociedad que nunca contrajo matrimonio ni tuvo descendencia que a través de la fundación homónima, donó gran parte de su fortuna para construir un hospital para niños tuberculosos provenientes de familias de bajos recursos. Esta distinguida dama era hija del embajador de Chile en Estados Unidos y hermana de un posterior embajador de Chile en Gran Bretaña. El 3 de agosto de 1945 veinte años después de su muerte, se hace realidad el hospital, un edificio de cinco pisos que contó en un principio con capacidad para atender a 200 pacientes. El recinto estaba rodeado por amplias áreas verdes y se ubicaba en la Avda. Concha y Toro, comuna de Puente Alto. A partir de 1973, debido a la disminución de la tuberculosis y sus secuelas en el país y la aparición de nuevos esquemas terapéuticos anti tuberculosos (fundamentalmente ambulatorios), el hospital fue derivando a la atención de pacientes con otras patologías pulmonares crónicas y dependientes de oxígeno. Fue así como en 1984 se firma un convenio entre el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y la Fundación, con el cual se logra la permuta del Hospital de la Fundación por un edificio de construcción reciente, ubicado en Avda. Camilo Henríquez #3691, en la misma comuna, lugar de actual funcionamiento. En 1985 nace el Centro de Enfermedades Respiratorias Infantiles (CEDERI) situado en las cercanías y que se dedica en la actualidad fundamentalmente al cuidado de lactantes y preescolares portadores de daño pulmonar crónico, secuelas de infección

viral, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, bronquiectasias e insuficiencia respiratoria crónica con oxígeno dependencia.

NACIMIENTO DE LA RAMA DE ENFERMEDADES BRONCOPULMONARES

Poco a poco, el interés por la especialidad se hizo creciente, los cambios observados en su campo clínico y el permanente deseo de perfeccionamiento, indujeron a generar actividades conjuntas entre los distintos centros.

Un poderoso incentivo lo constituyó la iniciativa de reunir mensualmente a los pediatras interesados en la discusión y diagnóstico de casos, fueran ellos de excepción o habituales pero cuya experiencia dejara una enseñanza en un ambiente de mucha cordialidad y amistad. Nació así la Rama de Broncopulmonares dependiente de la Sociedad Chilena de Pediatría que culminaría en la Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica (SOCHINEP, con una cantidad creciente de socios y de participantes que asisten incluso de regiones muy distantes a la capital. Es así como ha evolucionado la especialidad desde el pequeño grupo inicial hasta la actualidad en que para ser especialista se debe certificar a través de una beca de post grado o integrarse durante 5 años a un grupo de trabajo acreditado, rindiendo un examen ante una comisión de expertos para ser reconocido como especialista a través del CONACEM (Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas).

Imposible sería describir la evolución de la especialidad en nuestro Hospital Arriarán y en el país, sin referirnos a nuestro querido y distinguido profesor Dr. Rodolfo Burdach W. Proveniente de una esforzada familia de ascendencia alemana que llegó al Sur de Chile en período de colonización.

Poseedor de una mente brillante, dotada de la característica disciplina y rigor derivado de sus ancestros. Desde 1955 dirigió la especialidad en la cátedra del profesor Julio Meneghello R. inicialmente y, en 1964 en la del Profesor José Bauzá F., siempre en el Hospital Manuel Arriarán. Continuó esta labor hasta 1988 fecha en que se retira por razones de salud, después de una fructífera labor académica y asistencial. Durante esos largos años logró conjugar un exigente nivel científico que compartió con sencillez y generosidad a todos los que tuvieron la suerte de ser sus colaboradores, trabajando con alto grado de compromiso, desinterés y desprendimiento, que no fue obstáculo para cualquier iniciativa que significara progreso en la especialidad que el apoyaba con entusiasmo y estímulo. Formó un sólido grupo de profesionales entre los cuales podemos recordar a Andrés Varas Alfonso, compañero de tantas jornadas en el Servicio de Urgencia Infantil y la Unidad de Broncopulmonar, Dra. M. Lina Boza Costagliola integrada a la Unidad a su retorno de Estados Unidos en 1977, actual Jefe de la Especialidad, Dra. Cristina Pino, impulsora del trabajo en red integrando hospital junto a consultorios. Dra. Carmen Barros y Dr. Eralio Cortés del Fierro, actualmente retirados. Estas características lo hicieron, con justicia, merecedor del premio Julio Schwarzenberg L. otorgado en el Congreso de Valdivia 1988, que recibió con profunda emoción y su habitual sencillez.

CAMBIOS EN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Lejos en el tiempo ha quedado la difteria, sarampión, poliomiélitis e incluso tuberculosis, como motivo de fundamental preocupación de los especialistas. Todavía recordamos la envidiable pericia del Dr. Andrés Varas A., para instalar “un

drenajito “en las neumonías supurativas post-sarampión. La existencia del Pabellón Dolores Arriarán para los niños tráqueostomizados por difteria o laringitis sarampionosa. Incluso aún recordamos el “pulmón de acero”, para la poliomielitis, tremenda máquina que permaneció por algunos años abandonada en una oficina del segundo piso del Hospital Arriarán.

Hemos podido apreciar como la tuberculosis y la patología infecciosa bacteriana que era la predominante en sus inicios, va siendo reemplazada por la de causa viral, el diagnóstico cada vez más frecuente de malformaciones, alteraciones genéticas, neurológicas y neuromusculares acompañado de una revolución en las técnicas de diagnóstico con la introducción de imagenología y medicina nuclear de un desarrollo deslumbrante. Técnicas endoscópicas con instrumental cada vez más refinado, avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades

genéticas, tratamientos tan exitosos que se realizan por videotoroscopías, desensibilización a base de epítopes, selle de malformaciones y complicaciones fistulosas etc. Como natural consecuencia de lo anterior, el manejo de patología crónica broncopulmonar, asociado muchas veces a enfermedades ortopédicas y neurológicas en domicilio, sobretudo en aspectos de oxígeno terapia ambulatoria, asistencia ventilatoria no invasiva e invasiva.

Sin embargo a pesar de este avance vertiginoso es importante que aquel que se dedique a la especialidad lo haga con la sencillez, honestidad, desinterés y visión de futuro que nos mostraron nuestros maestros. Es evidente que la tarea nunca se acaba, aparecen nuevos desafíos, surgen nuevas dificultades. El recuerdo de nuestros maestros nos obliga a no cejar ni dejarse llevar por la desesperanza.



Algunos integrantes del actual equipo médico de la Unidad de Broncopulmonar (gentileza Dra. María Lina Boza C.)

• **TEMA 1** •

**ICTERICIA DEL PRIMER TRIMESTRE.
EVALUACIÓN DEL RADÍOLOGO.**

Dr. Aníbal Espinoza G.
Radiólogo Pediátrico. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

La ictericia es un fenómeno común en recién nacidos (RN), cuando es por hiperbilirrubinemia indirecta, en general es manejado en forma clínica y no requiere de imágenes para su diagnóstico y manejo. La bilirrubina (Bb) producto del catabolismo del grupo Hem, presente en la hemoglobina es la responsable de la ictericia o hiperbilirrubinemia de predominio indirecto. Los RN presentan en forma fisiológica un mayor número de glóbulos rojos con menor sobrevivencia a esto se suma una inmadurez hepática transitoria. De esta forma la ictericia más frecuente en este grupo etario corresponde a ictericia no conjugada, es decir bilirrubina indirecta que aún no ha sido metabolizada por el hígado. Este cuadro es benigno y autolimitado y no se debe extender más allá del mes de vida. Cuando existen causas patológicas que conducen a hiperbilirrubinemia indirecta en especial incompatibilidad de grupo o causa metabólicas, la Bb pueden alcanzar niveles altos con riesgo de daño neurológico (kernicterus).

Es fundamental la evaluación de la Bb diferencial, pues un nivel de Bb directa mayor a 1 mg/dl si la bilirrubina total es menor a 5 mg/dl o a 20% si la Bilirrubina total es mayor a 5 mg/dl es siempre patológico, este debe ser identificado en forma precoz, pues traduce daño hepático o de la vía biliar. En este caso se denomina ictericia colestásica.

Desafortunadamente el cuadro clínico no siempre es fácil de pesquisar, no sólo para los padres sino también para el equipo médico. La ictericia

puede ser subestimada por iluminación artificial o examen incompleto, la coluria en el pañal es difícil de evaluar, pero la hipoacolia o acolia, es decir deposiciones decoloradas, blanquecinas o color arcilla, es un signo fácil de reconocer y los padres generalmente lo notan. Es fundamental preguntar por la coloración de las deposiciones en este grupo etario y en caso de dudas solicitar una muestra.

La colestásia del primer trimestre debe ser considerada una urgencia, pues dentro de sus causas etiológicas se encuentra la atresia de vía biliar (30-35%), cuyo manejo óptimo tiene un tiempo limitado y debe ser primero identificada y luego tratada oportunamente.

El enfoque inicial del síndrome colestásico es determinar si es secundario a un daño hepatocelular, es decir una hepatitis neonatal o una obstrucción de la vía biliar.

La hepatitis neonatal tiene diversas etiologías: infecciosa, metabólica/genética y tóxicas. Un porcentaje de estas son de difícil diagnóstico etiológico e indiferenciables de la atresia de vía biliar.

La atresia de la vía biliar es una colangiopatía perinatal obstructiva secundaria a proceso inflamatorio de causa desconocida, que oblitera progresivamente los conductos biliares intra y extra hepáticos, determinando cirrosis biliar secundaria. El tratamiento es quirúrgico y persigue restablecer

el flujo biliar, el éxito de este procedimiento es inversamente proporcional a la edad en que se realiza la cirugía. La portoenteroanastomosis o procedimiento de Kasai consiste en ascender y abocar una asa de yeyuno al lecho hepático de manera de drenar la bilis hacia el intestino.

El aporte de las imágenes consiste en determinar si existe atresia biliar, ya sea visualizando directamente la fibrosis de la vía biliar o certificando ausencia de flujo biliar. La ecografía abdominal busca diferentes signos, destacando el signo de la cuerda, que consiste en visualizar directamente el cordón fibrótico en el que se transforma la vía biliar y el compromiso de la vesícula biliar que consiste en atrofia, irregularidad y escaso volumen de la vesícula. Ambos signos específicos pero poco sensibles, en un examen además operador dependiente. La cintigrafía de excreción biliar busca determinar el paso de bilis desde la vía biliar al intestino hallazgo que certifica ausencia de atresia biliar, lamentablemente es frecuente que en casos de hepatitis neonatal el daño hepatocelular determina ausencia o retardo de la excreción biliar simulando atresia biliar. La resonancia magnética actualmente no tiene indicación como tampoco la tomografía computada.

La biopsia hepática es un examen de gran rendimiento por su alta sensibilidad y especificidad. Existen hallazgos histológicos característicos de atresia de la vía biliar, de hepatitis neonatal genérica y de etiologías específicas. La enfermedad de Alagille otra causa de colestasia es diagnosticada con biopsia hepática. En los centros de referencia con experiencia en atresia de vía biliar, un abordaje rápido y práctico consiste en biopsia hepática bajo visión ecográfica,

realizado por radiólogo seguido de punción de la vesícula con aguja fina, para realizar colangiografía percutánea, estos procedimientos se realizan bajo anestesia. La colangiografía es el examen gold standard en atresia de vía biliar, ya sea percutánea o intraoperatoria previo a la portoenteroanastomosis. Este examen contrasta la vía biliar mostrando en detalle su anatomía y en especial su permeabilidad. La atresia de la vía biliar no es diagnosticada en etapa prenatal, excepto en dos condiciones: cuando es un cuadro sindrómico y se asocia a asplenia/poliesplenia, interrupción de vena cava, vena porta preduodenal, cardiopatía, malrotación intestinal, entre otros hallazgos o cuando se asocia a quiste del colédoco. Todos estos hallazgos son identificables en US o RM fetal, pero corresponden sólo al 20-30%. El pronóstico de la forma sindrómica es reservado y en general tiene una evolución rápidamente progresiva.

Otra causa frecuente de colestasia es el quiste del colédoco, corresponde a la dilatación de la vía biliar, fenómeno secundario a la unión anómala de los conductos pancreatobiliares donde existe un canal común que permite el reflujo pancreático a la vía biliar con inflamación y dilatación secundaria, teoría actualmente más aceptada. La triada clásica de ictericia, dolor y masa palpable en hipocondrio derecho, está presente sólo en 50% de los casos, pero si reemplazamos masa palpable por imagen ecográfica de quiste en hipocondrio derecho, los hallazgos están presentes en más del 90%. El diagnóstico se realiza con ecografía pre y post natal, las imágenes de RM son de gran calidad y es un examen complementario de gran utilidad en determinar el tipo exacto de quiste de colédoco y un mapeo anatómico fundamental para el cirujano. Por el riesgo de

malignización el quiste de colédoco siempre tiene indicación de ser resecado totalmente.

El barro biliar se define como contenido ecogénico sin sombra acústica en la vesícula, se moviliza con los cambios de posición y puede presentar nivel líquido-líquido. Es un hallazgo infrecuente en el periodo neonatal (1,5% en población general), aunque frecuente en RN con enfermedad hemolítica, ayuno prolongado, alimentación parenteral y en trisomía 21. En general este hallazgo es autolimitado y asintomático, en ocasiones el barro biliar puede drenar en forma masiva a la vía biliar y obstruirla, resultando en ictericia colestásica, fenómeno conocido como síndrome de espesamiento biliar, cuando ocurre en niños de término sin anomalías anatómicas. La ceftriaxona un antibiótico que se excreta en un 40% vía biliar se ha asociado como causa de barro biliar y síndrome de espesamiento biliar, por esta razón su uso debe ser reservado en RN con factores de riesgo para barro y litiasis biliar, en especial para niños con trisomía 21.

Se considera al barro biliar como precursor de litiasis biliar cuando las condiciones de riesgo permanecen por largo tiempo, en estos niños la evaluación con ecografía abdominal está indicada para descartar esta complicación.

En resumen la ictericia de predominio indirecto en el RN es un hallazgo frecuente, benigno y autolimitado, pero cuando la bilirrubina directa es mayor a 1 mg/dl si la bilirrubina total es menor a 5 mg/dl o a 20% si la Bilirrubina total es mayor a 5 mg/dl o cuando se prolonga por más de 2 semanas, siempre es patológico. Con estas condiciones el abordaje diagnóstico va orientado a descartar una atresia de la vía biliar, patología que debe ser resuelta en

forma oportuna, antes de 60 días de vida para lograr un resultado satisfactorio. El diagnóstico diferencial es con la hepatitis neonatal y otras causas de obstrucción de la vía biliar.

Figura 1: Imagen lineal o triangular (flecha) que corresponde a vía biliar fibrótica (signo de la cuerda ecogénica) por sobre la vena porta (cabeza de flecha).

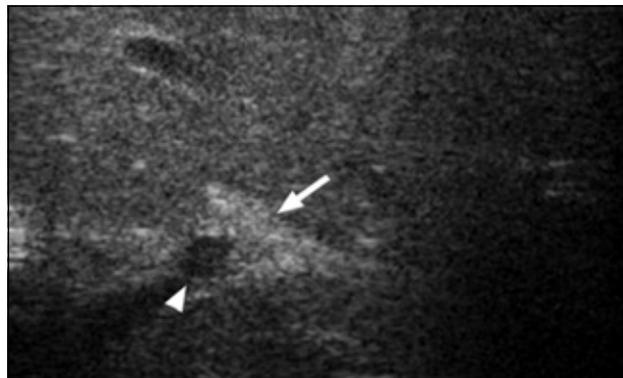


Figura 2: Vesícula biliar pequeña, de contornos irregulares, sin imagen de mucosa.



Figura 3: Quiste en hipocondrio derecho caudal al hígado, se observa su conexión con la vía biliar intrahepática (flecha).

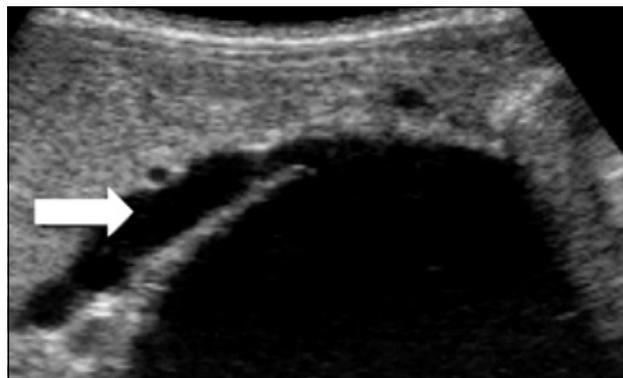


Figura 4: Vesícula biliar con contenido ecogénico, sin sombra acústica.



Figura 5: Ecografía de la vía biliar en corte transversal, se demuestra dilatación de la vía biliar con contenido ecogénico, sin sombra en su lumen (flecha).



• TEMA 2 •

SÍNDROME DE PETER PAN
“EL NIÑO QUE NO QUIERE, NO PUEDE O NO LO DEJAN CRECER”

Dr. Francisco Barrera Q.
 Pediatra, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

El médico pediatra en su consulta solicita a la secretaria que pase el paciente siguiente. Se sorprende al ver entrar sólo a la madre de Mario, de 9 años de edad, que consulta por primera vez. Le pregunta a la madre de nombre Elizabeth, el motivo de su consulta. La madre le explica que su niño Marito no puede dejar el chupete, sobretodo en la noche para dormirse. Extrañado el pediatra le pregunta dónde está el niño y la Sra. Elizabeth responde que en la sala de espera, con su tía predilecta. Hace pasar a Marito, le hace algunas consultas que el niño no responde, mirando insistentemente a su madre y también a su tía, que había entrado junto con él. Preocupado el pediatra le pide al niño que se suba a la camilla, a lo cual, la madre y la tía se ponen de pie casi al unísono para ayudar solícitamente al niño a subir el escabel. Cuando el Dr. solicita al niño que se saque su vestimenta, ambas, madre y tía empiezan a desvestirlo. El Doctor concluye para sus adentros “mmmm., otro caso de Síndrome de Peter Pan y además de Wendy.....”. En su interior el médico recordaba y pensaba en el caso de un colega amigo (aunque mayor), en el cual su hijo no pudo abandonar el lecho materno hasta avanzada edad y sus estudios universitarios se vieron frustrados a partir del 2º año, siendo un repitente eterno y sin informar a sus padres para no “hacerlos sufrir ni causarles una desilusión”.

Hoy, en Pediatría, existe importante preocupación por los estilos de crianza del niño, dadas las profundas modificaciones observadas en la constitución de la familia. Familias monoparentales,

con madres muy jóvenes o muy mayores, abuelas que reemplazan a la madre en la crianza, padre distante o ausente e incluso inexistente. Estilos de crianza muy autoritarios o muy permisivos, intentando resolver carencias afectivas con conductas inadecuadas, generando niños manipuladores, con frecuentes rabietas y otros tempranos trastornos de conducta, que poco a poco van dando origen y desarrollo a modalidades de personalidad compatibles con inmadurez emocional y comportamiento poco sociable, que en la etapa adulta podrían replicar en su futura familia. Para que se produzca tal alteración se requiere la activa participación del niño y habitualmente su madre, aunque esta última puede ser sustituida en dicho rol por otro integrante de la familia.

El término Síndrome de Peter Pan, referido al infantilismo o inmadurez psicoemocional, se ha integrado a la psicología popular desde la publicación del libro del Dr. Dan Kiley en 1983 “The Peter Pan Syndrome: Men Who Have Never Grown Up”, cuya acepción más cercana pudiera ser “El síndrome de Peter Pan, la persona que no quiere crecer, o que nunca crece”, aunque inmediatamente se plantea la posibilidad que alguien no le permita crecer. No hay consenso en que constituya una enfermedad propiamente tal, aunque es un trastorno o variante conductual que se ha observado con mayor frecuencia y distintas modalidades en nuestros tiempos actuales. La personalidad masculina (a veces femenina) en alusión, tiene ciertos rasgos de carácter, que probablemente le hacen más

proclive a desarrollar este comportamiento, fundamentalmente una personalidad narcisista e insegura, que al encontrarse con una madre o figura sustituta con otros rasgos patológicos de carácter constituyen los insumos básicos para que se establezca dicho comportamiento. El caso más paradigmático es el artista Michael Jackson, en cuyo trastorno severo de maduración tuvo activa participación su padre y que tuvo temprana y trágica consecuencia. En su libro, el Dr. Kiley señala algunos rasgos sobresalientes de carácter tales como irresponsabilidad, rebeldía, bajo umbral de tolerancia, narcisismo, arrogancia, dependencia, negación del envejecimiento, manipulación y la creencia de que está más allá de las leyes de la sociedad y de las normas por ella establecidas. Todo ello sería una coraza protectora para esconder su inseguridad, temor a asumir responsabilidades adultas, miedo a no ser querido y aceptado. Pudiendo caer en el ensimismamiento y aislamiento social, refugiándose en el seno familiar. Este comportamiento social también ha sido definido como “esquizo-afectivos”. Algunos adultos “treintañeros” que se resisten a abandonar el hogar paterno, aduciendo dificultades económicas que no siempre son reales y añadido a ello, dificultades en relación de pareja, pudieran ser expresión de esta conducta.

Es probable que dentro de la génesis de dicha conducta “esquizo-afectiva”, haya habido carencias afectivas en la infancia, un trauma precoz con sensación de falta de amor o la necesidad por razones familiares de haber iniciado una vida de trabajo a muy temprana edad.

¿Cómo puede conjugarse una economía de mercado, con resultados espectaculares en

algunas áreas, con subproductos negativos de ella, entre otros, la crisis de valores, pérdida de identidad, individualismo, falta de compromiso y consumismo. Consumismo que pretende reemplazar carencias básicas como adecuada constitución de la familia, afecto, respeto, lealtad, solidaridad y terminando consigo mismo en un proceso de autofagia psicoafectiva? Desde el punto de vista pediátrico nos toca asistir los días lunes o martes en nuestra consulta, los resultados de una familia disfuncional con distanciamiento de los padres, a aquellos niños que víctimas del consumismo son llevados en el día de salida con su padre a algún centro de entretenimiento en espacios abiertos o cerrados, intentando resolver de este modo la pérdida de su rol como padre y jefe de hogar. Durante dicha actividad, estos niños suelen tener trasgresiones alimentarias o exposición a contagio digestivo o respiratorio. Dichas salidas muchas veces constituyen un problema, requiriendo consulta pediátrica los días señalados, asistiendo con su madre, quien se lleva muchas veces los reparos del pediatra e inmerecidamente el daño a su autoestima por dicha conducta paterna. Por otra parte ¿Es la conducta anarquista de muchos jóvenes una expresión masiva de esta realidad social?.

¿PERO, EL PROBLEMA ES SÓLO EL NIÑO? SÍNDROME DE WENDY

Generalmente, aunque no siempre, detrás de un infantilismo o síndrome de Peter Pan, existe una figura adulta sobreprotectora, habitualmente la madre. En ocasiones como en el caso del artista Michael Jackson puede ser el padre o algún familiar cercano y que habite el mismo hogar del niño. Existen razones culturales para que se establezca esta dinámica, en la cual aún pareciera escaparse

la abuelita, cuyo rol afectivo y sobreprotector se establece con otro carácter ganancial y menor sustento de inseguridad, rechazo, abandono y compromiso de su propia autoestima. La existencia, muchas veces inconsciente de un “Wendy”, solícito y siempre bien dispuesto, genera en el niño tal satisfacción que lo hace no desear crecer postergando su maduración psico-emocional y eludiendo sus responsabilidades, las cuales son asumidas por la figura sobre protectora. Este personaje, dentro de su comportamiento alterado e incapaz de controlar su propio rumbo de vida, trata de controlar la vida de otra persona, con mayor frecuencia su propio hijo y en casos extremos la de su pareja.

Se ha señalado como características importantes en este “Síndrome de Wendy”, rasgos de carácter que le permitan hacerse imprescindible. Llevar el amor al concepto de sacrificio asumiendo un carácter de “mártir”, estar dispuesta al sufrimiento, evitar perturbar al prójimo, deseos manifiestos de hacer feliz a los demás, pedir

excusas por lo que no ha hecho hasta niveles de victimización y tendencia a la depresión por falta de aceptación de su entorno social.

En general, lo habitual es que las manifestaciones de “Wendy” se den incompletas, incluso disimuladas, lo que dificulta su reconocimiento.

¿Es posible que muchas personas en alguna etapa del desarrollo conductual tengan algo de Peter Pan o de Wendy, sin que esto constituya una patología propiamente tal?

Ambos rasgos de carácter requieren de un reconocimiento temprano y una intervención oportuna. Reconocida la situación, la intervención neuropsiquiátrica debe establecer si hay una psicopatología de base, en cuyo caso su manejo y tratamiento debe considerar el trastorno psicopatológico y el rasgo de carácter, asumiendo que dicha conjunción suele hacer más difícil la intervención terapéutica.

En terapia antialérgica

Zival[®] FORTE

LEVOCETIRIZINA DICLORHIDRATO / SAVAL

Valora las diferencias

NUEVA PRESENTACIÓN



- Mayor concentración (5mg/5ml)
- Más días de tratamiento (120ml)
- Dosis exacta (jeringa + tapón)
- Sin azúcar, endulzado con sucralosa
- Sin colorantes

Presentaciones pediátricas familia ZIVAL[®]

- Zival[®] Gotas 5 mg / ml x 20 ml solución en gotas
- Zival[®] Jarabe 2,5 mg / 5 ml x 120 ml de solución oral
- Zival[®] Forte 5 mg / 5 ml x 120 ml de solución oral

Planta Farmacéutica SAVAL

Tecnología de Punta

Certificada según normas Internacionales



GARANTÍA IN[✓]IMA

Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl y/o a través de su representante médico. Material promocional exclusivo para Médicos y Químicos Farmacéuticos.



Unidad | **Pediatría**

■ www.saval.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.

LS
SAVAL



Planta Farmacéutica SAVAL

Tecnología de Punta

Certificada según normas
Internacionales



GARANTÍA
INVIMA