

HOSPITAL INFANTIL "PEDRO BORRAS ASTORGA"

DEPARTAMENTO DE LOGOPEDIA Y FONIATRÍA

*Biofisiodinamia de la articulación. Enfoque logofoniatrico**

Por los Dres.:

RICARDO CABANAS COMAS** Y JULIO J. GONZÁLEZ BORROTO***

Cabanas Comas, R. *Biofisiodinamia de la articulación. Enfoque logofoniatrico*. Rev. Cub. Ped. 15: 2, 1973.

Se realiza un trabajo en el que se estudian los aspectos biológico, fisiológico y dinámico de la articulación de los sonidos del habla bajo el enfoque específico de la teoría y experiencia de la logopedia y foniatria. Se analizan los distintos factores que intervienen en la producción de los fonemas, así como los 4 niveles en que se han dividido. Se concluye que a la luz de esta estructura formativa, es posible el tratamiento de la articulación de los sonidos del habla, en cualquier tipo de dislalia, ya sea orgánica o funcional.

Con este trabajo, se intenta presentar, bajo un enfoque funcional que estimamos el más justo y adecuado, la fisiología de la articulación de los sonidos del habla. Ello lo haremos a la luz de los conocimientos teorico-prácticos de nuestra especialidad Logopedia y Foniatria.

De manera tradicional, los sonidos articulados del habla se han agrupado siguiendo diversos patrones que a veces responden al sitio topográfico general, otras a las sensaciones acústicas con que impresionan, etc. Así, son muy conocidas las denominaciones de: sonidos labiales, guturales, palatales, nasales, etc. A esta nomenclatura un tanto arbitraria, ha acompañado usualmente una breve descripción de los movimientos principales de los órganos articulatorios envueltos en la producción de los sonidos correspondientes.

* Trabajo presentado en la II Jornada de Cirugía Bucal y Maxilofacial, del 1 al 3 de noviembre de 1972.

** Responsable del Departamento de Logopedia y Foniatria del Hospital Infantil "Pedro Borrás Astorga".

*** Residente del Departamento de Logopedia y Foniatria del Hospital Infantil "Pedro Borrás Astorga".

Además de ser arbitrarias las nomenclaturas antes mencionadas, resultan así incompletas, pues dejan fuera de consideración factores de vital importancia en el estudio de la fisiología articularia.

La biofisiodinamia articularia no puede ser estudiada, y mucho menos etiquetada en sus distintas partes constitutivas, basándose solamente en hechos o fenómenos aislados (nasalidad, movimientos linguales, etc.); es necesario tener en cuenta la producción automática y al unísono, de una serie de fenómenos que constituyen un todo funcional. De ahí que planteemos como la base indispensable para un enfoque verdaderamente científico y exhaustivo de la biofisiodinamia articularia, la correcta división de los sonidos del habla en niveles informativos de la posición y de la conformación orgánica que entra en juego en ellos, y además la valoración de los factores fundamentales que entran a formar parte del esqueleto funcional de producción.

La división en niveles articulatorios, así como también los sonidos correspon-

dientes a cada uno de ellos, los ofrecemos a continuación:

- a) Nivel de articulación número uno. Este nivel se encuentra situado entre labios y dientes y los sonidos que pertenecen a él son los siguientes: M,P,B,F,V.
- b) Nivel de articulación número dos. Este nivel está situado entre el borde inferior de los dientes superiores y el límite de la cara interna de la encía superior, pudiéndose extender esta última zona en uno o dos centímetros. Los sonidos del habla correspondientes a este nivel son: T,D,N,S,L,R.
- c) Nivel articulatorio número tres. Este nivel corresponde a la zona que bordea los límites entre el tercio anterior y el tercio medio de la bóveda palatina y en él están incluidos los sonidos: CH,LL,(Y) y Ñ.
- d) Nivel de articulación número cuatro. Este nivel está situado en la zona llamada del istmo de las fauces, tomando participación en él, además de la base de la lengua, el velo del paladar y sus pilares y la pared faríngea; están comprendidos aquí los sonidos articulados K,G,J. Marginamos de su inclusión en los niveles de articulación a la C, antes de las vocales E,I, a la Z, a la W, a la X y a la Q por razones obvias: la C antes de la E, I, así como la Z, desde el punto de vista de fonemas, o sea, de sonidos articulados, no existen de manera práctica en el habla hispanoamericana; la W se pronuncia indistintamente como U la mayor parte de las veces o como V en ocasiones; la X no es en realidad un fonema, sino la combinación de dos de ellos K y S y finalmente la Q es un signo de la

escritura que corresponde en la articulación a la K.

Todos los sonidos articulados comprendidos en los mencionados niveles responden funcionalmente a distintas proporciones del juego y rejuego de los siguientes cuatro factores funcionales de producción:

- a) determinada presión orgánica o muscular
- b) determinada presión aérea
- c) determinada presión velar
- d) ausencia o presencia de vibraciones laríngeas.

Dicho de otro modo, la influencia que estos cuatro factores realizan, en el momento de la producción del sonido articulado, sobre los correspondientes órganos de los niveles, determinará la biofisiodinamia articularia.

Citaremos un ejemplo de cada nivel. Entre los labios se producen la M, P, y la B, las cuales aparentemente, visualmente consideradas no presentan diferencias objetivas. Sin embargo, el primer factor que entra a diferenciarlas fisiológicamente es la distinta presión muscular empleada en cada una (mayor en la P que en la B, y a su vez mayor en esta última que en la M). Así mismo, y en el mismo orden respectivo hay una diferencia en la presión aérea intrabucal. Mientras el velo permanece en posición alta, cerrando el pasaje aéreo buconasal para la P y la B, en el caso de la M desciende para permitir la resonancia nasal característica. Y por último las cuerdas vocales vibran solamente en la B y en la M, despojando a la P de toda sonoridad.

En el segundo nivel articulatorio hay una relación similar entre la T, D, y la N, ya que la punta y parte anterior de la lengua se aplica indistintamente a la zona mencionada correspondiente al nivel, haciendo igualmente que no ha-

yan diferencias visuales objetivas. Empero volvemos a encontrar a la presión muscular como primer factor neto de diferenciación (se emplea mayor fuerza muscular lingual en la T que en la D, y a su vez más en esta última que en la N). Correspondientemente la presión aérea sigue los pasos a la presión muscular, y en el mismo orden. A su vez el velo del paladar, adoptando una posición alta para la T y la D, le confiere una característica particular de resonancia nasal a la N, descendiendo en su articulación. Y la vibración laríngea, no interviniendo en la T la diferencia fundamentalmente de la D y de la N, a las cuales las acompaña en todas las ocasiones.

Los sonidos del tercer nivel articulatorio CH, LL y Ñ se prestan a una comparación muy parecida de tipo ejemplar. La aplicación lingual en la zona correspondiente, con cierta conformación canalizada, no permite establecer una diferenciación concretamente objetiva, si no fuera por la disección fisiológica que tiene lugar siguiendo la pauta de los anteriores ejemplos.

1) Hay una presión muscular lingual definitivamente mayor en la CH que en la LL, mientras que en la Ñ es menor que en la última.

La presión aérea va igualmente en el mismo sentido de mayor a menor. El velo del paladar en posición baja para la Ñ la nasaliza así, mientras que manteniéndose alto para la CH y la LL diferencia a éstas últimas, que permanecen sin nasalidad. La CH es la única que no se acompaña de vibración laríngea, entrando en actividad las cuerdas vocales durante la producción de la LL y de la Ñ, que añaden así un atributo característico más.

Finalmente en el cuarto nivel articulatorio consideraremos el caso específico de la K y la G. Representando ambas, desde el punto de vista funcio-

nal una estenosis del istmo de las fauces, a grandes rasgos enfocados, la diferenciación fisiológica se establecería mediante el estudio de las variaciones a que dan lugar los cuatro factores mencionados antes. A saber: la mayor presión muscular acompañaría siempre a la K; a su vez la presión aérea iría aparejada a la muscular; el velo del paladar, no fungiría de elemento diferencial entre ambas, ya que en este caso permanece alto para los dos; la vibración laríngea sí jugaría un papel diferenciado definido, ya que le presta su colaboración a la G, sonorizándola, y se lo niega a la K, enmudeciéndola.

Hasta aquí hemos intentado una presentación biofisiodinámica de la articulación con respecto a los fonemas consonantes. A continuación y brevemente expondremos el funcionalismo de las vocales, siempre siguiendo lineamientos logofoniatricos. De una manera general, y al mismo tiempo fundamental, la fisiología de las vocales se apoya en los siguientes puntos:

1. Juego y rejuego de la movilidad maxilar inferior y de los labios.
2. Específicamente diferentes contracciones de la topografía lingual.
3. Presencia constante de vibración laríngea.

En la A, se produce la máxima apertura bucal por el descenso activo del maxilar inferior, dejando ver los labios, apenas, los bordes dentarios. Se produce al mismo tiempo una contracción y levantamiento subsiguiente de la parte anterior del dorso de la lengua.

En la E, la apertura bucal es menor y más horizontal, dejando ver la separación de los labios una mayor porción dentaria. La lengua se contrae en su parte dorsal media, levantándose en esa zona.

En la I, se produce fundamentalmente la extensión de las comisuras labiales, existiendo un cierre bucal casi com-

pleto por las cercanías de las hileras dentarias, que los labios dejan ver en casi toda su extensión. Se observa contracción dorsal lingual a nivel posterior.

En la O, la apertura bucal y la conformación labial le dan un aspecto redondeado al orificio de la boca, ocultándose los dientes. Hay contracción lingual dorsal posterior.

En la U, la apertura bucal se reduce más que en la O proyectándose los labios hacia adelante. La contracción lin-

gual se produce en la parte media de su dorso.

Como denominador común en la articulación de las vocales, hallaremos siempre que hay una resonancia de toda la boca formando parte de ella, ya que como dijimos anteriormente la vibración laringea no falta nunca en la emisión vocálica. De tal modo es esto cierto que un aforisma muy conocido en nuestra especialidad afirma lo siguiente: "nadie tiene mejor voz que su vocal".

SUMMARY

Cabanas Comas, R. et al. *Biophysiodynamics of the articulation. A logophoniatric approach.* Rev. Cub. Ped. 45: 2, 1973.

It is performed a work in which the biological, physiological and dynamic aspects of the articulation of speech sounds are studied under the specific approach of the logopedics and phoniatrics theory and experience. The different factors that intervene in the production of phonemes, as well as their division into 4 levels, are analyzed. It is concluded that, under this formative structure, the treatment of the speech sound articulation is possible in any dyslalia type, whether it be organic or functional.

RESUME

Cabanas Comas, R. et al. *Biophysiodinamic de l'articulation. Examen logophoniatric.* Rev. Cub. Ped. 45: 2, 1973.

Dans ce travail on étudie les aspects biologiques, physiologiques et dynamique de l'articulation des sons du langage, envisagé spécifiquement par la théorie et l'expérience de la logopédie et la phoniatric. On analyse les différents facteurs qui interviennent dans la production des phonèmes, étant divisé par quatre niveaux. A la lumière de cette structure formative il est possible d'établir le traitement de l'articulation des sons du langage, dans n'importe quel type de dystalie soit organique ou fonctionnelle.

РЕЗЮМЕ.

Кабанас Комас Р., и др. Биофизиодинамика артикуляции. Логофониатрический подход. Rev. Cub. Ped. 44: 2, 1973

В работе изучаются биологические, физиологические и динамические аспекты артикуляции речевых звуков на специфической основе теории и опыта логопедии и фониатрии. Проводится анализ различных факторов, участвующих в производстве фонем и также 4 уровня, на которые были разделены. В заключение высказывается мнение, что при свете такой образовательной структуры является возможным лечение артикуляции речевых звуков при любом виде дислалии, как органическом так и функциональном.

SECCION INFORMATIVA

XIV Congreso Internacional de pediatría. Buenos Aires 1974

En la ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina tendrá lugar el decimocuarto encuentro de los pediatras de todo el mundo, quienes discutirán en esta ocasión diversos problemas de gran contenido social que permitirán analizar cuestiones relativas a la salud de los niños en nuestro continente a la luz de un enfoque más integral y realista.

El programa que se desarrollará desde el 3 al 9 de octubre de 1974 girará alrededor de 5 temas principales:

—El niño y sus edades críticas:

I—El recién nacido.

II—El adolescente.

—El niño del presente:

III—El niño en el mundo en desarrollo.

IV—El niño en el mundo desarrollado.

—El niño y el futuro:

V—Senderos de progreso.

Estos 5 temas se desarrollarán uno en cada uno de los 5 días en que durará el evento, distribuyéndose de la siguiente forma:

Primer día:

EL FETO Y EL RECIEN NACIDO:

Conferencias:

1. *Nutrición fetal. Relaciones metabólicas, hormonales y nutricionales entre la madre y el feto con énfasis en los mecanismos de transporte placentario en salud y enfermedad. El rol del feto en el inicio del trabajo de parto.*
2. *Cambios adaptativos a la vida extrauterina. Aporte perinatal a los eventos fisiológicos y fisiopatológicos en la iniciación de la vida extrauterina.*
3. *El recién nacido y su medio. Conceptos actuales de la relación entre el recién nacido y la vida extrauterina.*

Coloquio:

Componentes de conducta en la interacción madre-niño. Su influencia en el cuidado institucional del recién nacido. Cuidado materno en la sociedad de hoy.

Simposio:

Estado actual del conocimiento. Avances que han cambiado la morbilidad y la mortalidad perinatales.

Segundo día:

EL ADOLESCENTE:

Conferencias:

1. *Neuroendocrinología de la pubertad.*
2. *Conflictos básicos del adolescente. Dinámica del desarrollo emocional y personal del adolescente y sus implicaciones en salud y enfermedad.*
3. *Adolescencia prolongada.*

Coloquio:

Las drogas y el adolescente. Uso y abuso de drogas en sociedades con diferentes peculiaridades culturales, religiosas, sociales y económicas. Adicción a las drogas: presente y futuro del problema.

Simposio:

La adolescencia y la Sociedad. Rol de la adolescencia en sociedades de diferente estructura cultural, religiosa, política y económica. Pasado, presente y futuro.

Tercer día:

EL NIÑO EN EL MUNDO EN DESARROLLO:

Conferencias:

1. *Problemas de salud de niños en áreas en desarrollo. Descripción y discusión de las causas principales de los problemas de salud en la niñez, basados en datos bioestadísticos. Visión presente y futura en diferentes áreas del mundo.*
2. *Racionalización de la planificación de la atención pediátrica. Avances en la organización del cuidado de la salud del niño. Experiencias originales desarrolladas en diferentes países. Investigaciones presentes y perspectivas.*
3. *Interrelación entre nutrición y desarrollo de la personalidad. Interacción multifactorial entre los trastornos nutricionales y el desarrollo de la personalidad.*

Coloquio:

Interrelación entre infección y nutrición. Aspectos sociales, epidemiológicos, inmunológicos y metabólicos de esta relación. Presente y perspectivas futuras.

Simposio:

Ecología de la infección. Análisis del tema a través de ejemplos provenientes de áreas con diferentes peculiaridades geográficas, climáticas, culturales, económicas y sociales.

Cuarto día:

EL NIÑO EN EL MUNDO DESARROLLADO:

Conferencias:

1. *Problemas de salud en niños de áreas desarrolladas.*
2. *Racionalización de la planificación de la atención pediátrica. Avances de la organización del cuidado de la salud del niño. Experiencias originales desarrolladas en diferentes países. Investigaciones presentes y futuras.*
3. *Prevención pediátrica de enfermedades crónicas del adulto. Responsabilidad del pediatra en la prevención de enfermedades crónicas e invalidantes de la vida adulta. Presente y perspectivas futuras.*

Coloquio:

Problemas sociales y psicológicos. Conflictos sociales, familiares e individuales en niños que viven en áreas desarrolladas del mundo. Presente y futuro.

Simposio:

Accidentes y envenenamientos. Etiología, epidemiología, tratamiento y prevención de accidentes y envenenamientos.

Quinto día:

SENDEROS DE PROGRESO:

1. *El niño y la ciudad. El habitat urbano y la salud del niño. Presente y futuro.*
2. *Implementación del desarrollo biológico. Progresos recientes y horizontes futuros en la construcción científica de los aspectos básicos del desarrollo humano.*
3. *Computadoras y el futuro de la medicina. Futuro rol de los médicos y las computadoras en la medicina individual y de masas: económica, logística, sociológica y psicológica.*

Coloquio:

Los alimentos y el futuro de la humanidad.

Simposio:

*El futuro. El progreso venidero en base a los conocimientos actuales.
Además, para estimular y facilitar el intercambio de conocimientos en
ciertos campos habrá grupos especializados en distintas secciones que abarcan
todas las especialidades pediátricas.*

Cualquier información sobre este evento puede solicitarse a:

*Dr. Gustavo Berri
Presidente.
XIV Congreso Internacional de Pediatría
Casillas de Correo 3177
Buenos Aires, República Argentina.*



Visita a Cuba el Dr. Peter Dunn

El Dr. Peter Dunn, Jefe de Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Bristol, Inglaterra, visitó nuestro país durante dos semanas, en el mes de enero, invitado por el Ministerio de Salud Pública. Es el más destacado Neonatólogo de Inglaterra y en la actualidad uno de los más distinguidos en el mundo. Durante su estancia brindó ocho conferencias sobre diferentes aspectos perinatales. Una de las de mayor relevancia fue el tratamiento del distress respiratorio del recién nacido por ventilación con presión positiva constante, lo que lo sitúa entre los primeros en emplear este nuevo método de tratamiento. Visitó el Centro de Neonatología del Hospital Infantil Docente "William Soler" y las Maternidades de La Habana intercambiando valiosas experiencias con obstetras y pediatras de dichas instituciones.

El Dr. Peter Dunn se ganó el afecto de los que lo conocieron por su afabilidad y modestia, dejando un grato recuerdo. Su estancia ha sido muy valiosa y redundará en beneficios al desarrollo de la Neonatología en Cuba.

PEDIATRIA QUIRURGICA: *Clinica, diagnóstico y tratamiento.* Royal Children's Hospital, Melbourne. Dr. Peter G. Jones, Director. Editorial Científico médica, Barcelona, 1792.

Esta obra cubre la urgente necesidad de poder disponer de un manual que se ocupe de los aspectos quirúrgicos de la Pediatría, respondiendo en forma adecuada a los problemas que pueden presentarse al estudiante de medicina, al médico general y al pediatra durante el ejercicio práctico de su profesión. El autor y sus colaboradores, muchos de ellos miembros del Royal Children's Hospital de Melbourne, han logrado este objetivo.

El libro trata de las enfermedades infantiles que precisan de un tratamiento quirúrgico; de sus síntomas, diagnóstico y tratamiento, más bien que de la cirugía en su aspecto técnico. El lector queda informado acerca de cuándo y con qué urgencia se debe indicar una operación, y se le proporcionan suficientes explicaciones acerca de su naturaleza para que así pueda comprender su riesgo y apreciar sus resultados.

El libro ha sido escrito por consultores que ejercen activamente la enseñanza y asumen las responsabilidades clínicas. Bajo la dirección del Dr. Peter G. Jones fueron animados a seleccionar el material que considerarán más útil al propósito fijado y a prepararlo, teniendo en cuenta que debían evitar toda exposición detallada de los aspectos generales de la materia, los cuales ya están descritos en otros textos.

Las enfermedades comparativamente menos importantes, pero frecuentes son tratadas extensa y detalladamente, así como los trastornos menos corrientes, pero graves, pues su rareza tiende a retrasar el diagnóstico, en ocasiones con malas consecuencias.

Algunos procesos particularmente difíciles y complicados son minuciosamente expuestos, presentándolos de modo que pueda establecerse al menos un enfoque práctico, con ayuda del texto o de alguna tabla descriptiva.

Muchos de los capítulos de la obra constituyen novedad, por no referirse a enfermedades muy determinadas, sino a procesos que dan origen a un síntoma específico.

La obra, completa y metódica, redactada en un estilo claro y conciso, y con una exposición de conceptos desarrollados con gran rigor lógico, exentos de esoterismos, ofrece una información sustancial sobre la totalidad del campo de la pediatría quirúrgica en un volumen cómodo en su formato, con una ilustración cuidadosamente seleccionada en la que figuran también gran número de originales diagramas y tablas. Incluye además una valiosa bibliografía.

LA ELECCION TERAPEUTICA EN PSIQUIATRIA INFANTIL. J. de Ajuriaguerra. Facultad de Medicina de Ginebra. Versión española de Víctor Hernández Espinosa. Toray-Masson, Barcelona, 1973.

Este libro es el fruto de la experiencia terapéutica en Psiquiatría Infantil, realizada por un grupo de colaboradores prestigiosos que incluye a D. F. Buckle, S. Decobert, R. Henry, A. Jaeggi, G. Koupernik, S. Lehovici, M. Maquard y S. Roth, bajo la dirección de Ajuriaguerra.

En él se plantean y discuten las diferentes indicaciones terapéuticas según el diagnóstico, las circunstancias familiares y la personalidad del niño.

Se abordan toda una serie de problemas dificultosos que se presentan en la práctica al especialista, como: las indicaciones de los diferentes tratamientos medicamentosos, sicoterápicos, biológicos, reeducativos; la convivencia del tratamiento familiar o del internamiento en distintos tipos de instituciones.

Creemos que basta con esta relación sucinta de los problemas tratados para que el especialista se dé cuenta inmediatamente del valor científico y práctico de esta excelente obra.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS:

¿Cuál es el mecanismo de la malabsorción en la deficiencia congénita de betalipoproteína?

La deficiencia congénita de betalipoproteína es un síndrome caracterizado por la ausencia de lipoproteínas plasmáticas de baja densidad; eritrocitos en forma de espina (acantocitos); un trastorno neurológico similar al que se ve en la ataxia de Friedreich; degeneración retiniana con retinitis pigmentosa y malabsorción intestinal.

Las biopsias intestinales obtenidas de estos pacientes muestran una arquitectura vellosa normal, pero las células absortivas intestinales aparecen repletas de grandes gotas de triglicéridos, las cuales parecen estar contenidas dentro de las membranas del retículo endoplásmico, y probablemente representan la fusión de otras menores originadas durante el proceso de absorción de las grasas.

En estos pacientes se producen normalmente, tanto la hidrólisis intraluminal, como la esterificación intramucosa de los ácidos grasos libres y monoglicéridos de nuevo.

Después de la ingestión de grasa, se ven aparecer gotitas de grasa en el retículo endoplásmico; pero hay una ausencia llamativa de acumulación de lípidos en las vacuolas del Golgi, por lo que no tiene lugar la formación de quilomicrones. Así, esta enfermedad en su aspecto disabsortivo se caracteriza por la dificultad en la salida de la grasa de la célula absortiva intestinal, bien por inhabilidad de la misma (de su aparato de Golgi) de aglutinar las partículas grasas, o por la incapacidad del retículo endoplásmico de sintetizar la proteína que constituirá el complejo lipoproteico de los quilomicrones.

¿A qué se llama sprue tropical? ¿Cuál es su frecuencia en nuestro país?

El sprue tropical es una enfermedad crónica caracterizada por diarrea, esteatorrea, pérdida de peso, debilidad y, eventualmente por severa anemia macrocítica y emaciación.

Esta enfermedad está ampliamente distribuida por regiones tropicales y subtropicales, siendo reportada en Puerto Rico, Haití, Ceilán, India y Hong Kong. Sin embargo, parece ser poco frecuente en África y América del Sur. Los residentes de países templados desarrollan con frecuencia esta enfermedad cuando viajan a países donde esta afección es endémica. Se ha descrito diezmando tropas europeas en operaciones en el trópico.

Los signos fundamentales de esta afección (diarrea crónica con esteatorrea, anemia macrocítica, glositis y emaciación) son debidos a la malabsorción de grasas, carbohidratos, vitamina B₁₂ y ácido fólico, determinada por una

lesión mucosa intestinal difusa, descrita originalmente por Manson Bahr en Ceilán, en 1915.

Esta lesión puede confundirse con la del celiaco siendo a veces necesario hacer el diagnóstico diferencial por medio de la respuesta dietética a la supresión del gluten.

Sin embargo, las lesiones del sprue son generalmente más leves y respetan bastante la arquitectura normal de la mucosa, y por otra parte no es raro encontrar anomalías histopatológicas en la mucosa de sujetos asintomáticos que viven en regiones donde el sprue tropical es endémico.

Resumiendo, para simplificar puede decirse, que en ciertas áreas del mundo existe un espectro de manifestaciones patológicas de intestino delgado que varían desde el estado asintomático hasta el cuadro clásicamente descrito como sprue tropical; de ahí que podamos considerarlo como la manifestación clínica florida de una enfermedad que frecuentemente cursa en ciertas regiones en forma subclínica.

Se desconoce la etiología de esta enfermedad. La respuesta favorable a la antibioticoterapia sugiere una etiología infecciosa, pero todos los esfuerzos por hallar algún agente biológico (virus, bacteria, hongo o protozooario) responsable de este cuadro clínico han fracasado.

Las formas ligeras u oligosintomáticas responden bien al ácido fólico, pero en las más severas, siempre es necesario asociar algún antibiótico, generalmente por un tiempo no corto.

Es necesario tener también en cuenta que a este cuadro clínico puede asociarse una deficiencia secundaria de lactasa, lo cual tiene también implicaciones terapéuticas de importancia.

En Cuba desconoce exactamente la frecuencia de esta afección. La presencia de la misma en países vecinos y su presuntiva etiología infecciosa hacen suponer que quizá sea más frecuente en nuestro medio que lo que se reporta, aunque indudablemente, de ser así tendría características de gran benignidad.

¿Cuál es el valor del test de absorción del lipiodol en la detección de un síndrome de malabsorción?

El test del lipiodol, cuyo valor subrayaron Jones y Di Sant Agnese en 1963, es una excelente prueba de screening de malabsorción, de gran utilidad y sencillez y de gran aplicación en Pediatría.

El lipiodol es aceite de semillas de amapola con un contenido de un 40% de iodo, el cual está firmemente unido a los dobles enlaces de los ácidos grasos que forman parte de la estructura del triglicérido, permaneciendo unido a dicha estructura no saturada después de la absorción.

Posteriormente, el iodo se separa de la molécula y es excretado por la orina, de ahí que la intensidad de la excreción de iodo sea directamente proporcional a la eficiencia de la absorción de la grasa.

Este test, por supuesto, requiere una función renal normal.

La negatividad de esta prueba, o sea, el hallazgo de iodo en la orina a diluciones superiores a 1:4 indica que no hay malabsorción de grasas. En este sentido, la prueba es categórica. Sin embargo, la ausencia de iodo en la orina o su presencia a diluciones inferiores a 1:4, no afirma en forma absoluta la existencia de esteatorrea, ya que diversos factores, entre ellos una deficiente función renal, pueden alterar su excreción. Sin embargo, ello no reduce su gran utilidad, ya que un gran número de casos en los que se sospeche una malabsorción pueden ser pesquisados de forma fácil y económica sin tener que recurrir a procedimientos más complicados.

EVENTOS

1ª Jornada Latinoamericana de trabajos cooperativos en hematología

Del 18 al 21 del pasado mes de febrero se celebró la Primera Jornada Latinoamericana de Trabajos Cooperativos en Hematología, la que tuvo efecto en el salón "Camilo Cienfuegos" del Ministerio de Salud Pública.

Este importante evento científico contó con la presencia de delegados cubanos y representantes de distintos países latinoamericanos.

Estuvo presidido por el Dr. Ernesto de la Torre, viceministro de Docencia e Investigación y presidente de la Sociedad Cubana de Hematología.

Fue auspiciado por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Hematología, CENIC y la División Latinoamericana de la Sociedad Internacional de Hematología; esta Jornada reviste gran significación, ya que en ella se discutieron temas de suma importancia para el desarrollo de la hematología en América Latina.

En el acto de clausura usó de la palabra el Dr. José A. Gutiérrez Muñiz, ministro de Salud Pública, quien destacó que esta Jornada había hecho posible que un grupo de hematólogos latinoamericanos, de reconocido prestigio, pudieran reunirse y discutir sus puntos de vista y experiencias, a fin de lograr un mayor desarrollo en el campo de la hematología, en aras de la salud del hombre americano.

1ª Jornada científica de profesores de la facultad de ciencias médicas

Durante los días 22, 23, 24, y 25 del pasado mes de febrero, se efectuó la Primera Jornada Científica de Profesores de la Facultad de Ciencias Médicas, auspiciada por los Ministerios de Educación y Salud Pública.

Tan trascendental evento se desarrolló dentro de un marco de gran entusiasmo y alto nivel científico, ya que reunió a más de mil delegados e invitados extranjeros en el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón".

En dicha jornada, tanto profesores e instructores docentes cubanos, como profesores latinoamericanos y europeos presentaron más de quinientos trabajos científicos participando también en mesas redondas, paneles y plenarias. Además de sesiones de cine científico, se presentó una magnífica exposición en la que gran parte de institutos, centros de investigación y hospitales, mostraron gráficamente sus logros más recientes en el campo de la salud pública.

Precediendo al acto de inauguración, el Dr. Jorge Aldereguía, viceministro de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública habló a los presentes, entre los que se encontraban el Ministro de Salud Pública, Dr. José A. Gutiérrez Muñiz y los embajadores de la República Democrática de Viet Nam y el Gobierno Revolucionario Provisional de la República de Viet Nam

del Sur, Nguyen Ngoc Son y Vo Anh Tuan, respectivamente, en un mitin de solidaridad con los pueblos de Viet Nam, Cambodia y Laos, efectuado en la Plaza Roja de "Victoria de Girón". Posteriormente se procedió a la inauguración oficial de la Jornada, cuya presidencia de honor fue asumida por el Dr. Raúl Dorticós Torrado.

Se destacó el objetivo fundamental de dicho evento: reunir a científicos y profesores de todas las disciplinas y de distintos organismos para debatir los problemas en común.

También se hizo un análisis histórico-científico de la obra del ilustre sabio cubano Carlos J. Finlay, así como un panel titulado "Aspectos médicos del crimen de genocidio en Viet Nam", el cual contó con la presencia de la brigada médica cubana que brindó sus servicios en ese hermano país.

En el acto de clausura, hizo un resumen de las actividades científicas de la Jornada el Dr. Jaime Alemañy, quien fue seguido por el Dr. Zoilo Marinello, presidente de la Academia de Ciencias el que destacó la importancia del evento en la busca de la formación integral del médico que le permita desarrollar su trabajo científico en vinculación con la comunidad.

