

Cirugía y Cirujanos

Volumen **72**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2004**
March-April

Artículo:

Cartas al editor

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Bedigraphic.com

Carta al editor

Sr. Acad. Alejandro Reyes Fuentes
Editor de *Cirugía y Cirujanos*

Distinguido Sr. Editor:

“Pancreatitis aguda en pediatría. ¿Es lo mismo que en el adulto?” El artículo del Acad. Baeza H. y cols. (Cir Ciruj 2003; 71: 434-439) me ha invitado al recuerdo, a la justificada y a la necesaria reflexión médica.

En cuanto al recuerdo, efectivamente, la pancreatitis la consideramos como un padecimiento raro y por lo tanto la soslayábamos en el diagnóstico diferencial de los miles de casos de abdomen agudo que discurrían por la consulta externa y por los servicios de emergencia de nuestros nosocomios. Sabíamos que se manifestaba prioritariamente, como la mayoría de cuadros similares de otras etiologías, por dolor epi o mesogástrico referido y provocado por la palpación, así como por la presencia del vómito, a veces incoercible, que conducía fácilmente al desequilibrio hidroelectrolítico. En la laparotomía propepédica de los contados casos atendidos por nosotros, no encontramos quistes o neoplasias pancreáticas, ni anomalías congénitas o adquiridas de ningún órgano, y sí, en cambio, sólo las gotitas de grasa nadando en un líquido peritoneal serohemático y opalescente, enrojecimiento glandular discreto y un mínimo aumento de volumen de la víscera. El manejo transquirúrgico fue muy conservador. Ya en la convalecencia, por cierto afortunada en esos contados casos, encontramos elevadas las cifras de amilasa y las de lipasa. *A posteriori* no encontramos causales de parasitosis, traumas, medicamentos o tóxicos que explicaran la etiología, por lo que las registramos como idiopáticas.

En cuanto a la reflexión, en cambio, se agolpan en mi mente infinidad de posibilidades, sugerencias y recomendaciones. El síndrome Ch-S-L (chile-sal-limón) que he descrito, publicado y difundido en versátiles foros desde hace décadas,¹⁻⁴ y que por cierto es una lástima no haya sido investigado en el interrogatorio del artículo de referencia, pienso yo bien podría ser el causante común de la pancreatitis aguda en la pediatría mexicana, o bien, ser confundido o un acompañante simultáneo de la gastritis ulcero-genética del CH-S-L. Observamos con llamativa constancia, que en los antecedentes de la mayoría de los niños que ingresaban a

las urgencias hospitalarias existía el de la ingestión viciosa, consuetudinaria y abusiva, de uno, de dos o tres (la más común y la más típica), casera o callejeramente (la más de las veces), de los ingredientes causales de los que nosotros considerábamos como una gastritis aguda pura o gastritis ulcero-genética por semejar en los más de los casos los cuadros de una úlcera duodenal. Además del dolor intenso supraumbilical (referido y provocado), de la náusea y el vómito, de febrícula por ser deshidratante, como es citada también en la clínica de las pancreatitis, existía frecuentemente el antecedente de anorexia, irritabilidad y de previas algias vagas abdominales. Llegó a ser tal el cúmulo de enfermitos luciendo esta clínica y por ende rechazados de cirugía después de unas horas de observación, que pronto los residentes optaron por preguntar inicialmente, antes de la exploración clínica, por interrogatorio directo e indirecto, que si el niño acostumbraba o no ingerir chile, sal y limón, aislada o combinadamente. Esta conducta hizo disminuir considerablemente las interconsultas a cirugía y la ocupación de las camas de urgencias. Estos comunes aderezos o saborizantes de nuestras comidas, sobre todo de las engañosas y mal llamadas chatarras, porque no tienen nada que ver con el fierro, se expendían y desgraciadamente se siguen consumiendo, afuera y adentro de las escuelas, sobre todo a la hora del recreo o de la salida y son ingeridas por los escolares con avidez, con el estómago en ayunas o quizás seco. Las manzanas, los pepinos, los membrillos, los elotes, otras frutas, etc., se vendían y se venden bien recubiertos y embarrados de chile piquín en polvo, de sal y de limón. Los niños no tomaban, ni toman agua, ni tenían y ni tienen dinero para el refresco. Por eso, esta mescolanza o papilla se deposita compactada y casi inmóvil, probablemente en el antro gástrico. Con esto se amainaba y se amaina el hambre de nuestro pueblo pobre e inculto. Y me pregunto: ¿podrían estos mismos irritantes ser los causantes de la pancreatitis en la niñez mexicana?, ¿podría el síndrome CH-S-L sumarse con simultaneidad al cuadro de la pancreatitis?, ¿podría haberse confundido clínicamente en la serie del artículo de referencia, la pancreatitis con el síndrome CH-L-S? A mayor abundamiento, en el escrito que mueve

a estas conjeturas, las edades de mayor afluencia casuística de sus pancreatitis coinciden con la edad escolar en que los niños ingieren más chile, sal y limón, por ende, son los más propensos a padecer el síndrome CH-S-L.

ATENTAMENTE

Académico Dr. Andrés E Straffon-Osorno

Bibliografía

1. Straffon OA. Nuevas entidades en pediatría. Síndrome CH-S-L. México: 1984:34.
2. Straffon OA. La clínica en pediatría. Interrogatorio por sistemas: sistema digestivo. México: Ed. Trillas; 1991. p. 75.
3. Straffon OA. Clínica pediátrica: cómo explorar al niño. Sistema digestivo. México: Ed. Prado; 2001. p. 8.
4. Straffon OA. Atlas compendiado de pediatría médico-quirúrgica. Cap. Abdomen agudo. México: Bayer; 2003.



Dr. Alejandro Reyes-Fuentes
Director Editorial
Revista *Cirugía y Cirujanos*
Presente

En respuesta a la gentil misiva dirigida a la revista *Cirugía y Cirujanos* respecto a nuestro artículo que sobre pancreatitis en la infancia recién nos acaba de publicar, deseo hacer algunas consideraciones: En primer término, agradecerle al Dr. Straffon Osorno por el interés y la reflexión que le despertó nuestro documento y, en segundo, referirme a que la acuñación de nuevos síndromes en la actualidad deben ser propuestos bajo determinadas premisas sujetas a rigores que establece no sólo un bien conducido estudio de investigación, sino también bajo el escrutinio de la medicina basada en evidencias. De lo contrario, cuando se intente la difusión de ese nuevo conocimiento a través de una publicación o por una disertación en un foro adecuado, el proyecto será tan endeble como inválido. Con relación a las asociaciones clínicas, en nuestros días existen muchas descritas en la literatura (VACTERL, CHARGE, EMG, WARG, etc.), exigen para su conformación de una gran audacia de los autores, pero en particular de una estrecha interdependencia entre las causas y los efectos.

Respecto al síndrome CH-S-L (chile-sal-limón), efectivamente fue propuesto hace muchos años y el razonamiento para proponerlo me parece congruente, sin embargo, no ha sido validado por nadie más que no sea el Dr. Straffon Osorno, lo que de antemano le resta seriedad. Una propuesta de esta naturaleza empieza a ser validada cuando es mencionada por individuos ajenos al que lo propone.

Es factible, por otro lado, que si el Dr. Straffon cree que existe daño gástrico como consecuencia de la ingestión de esos productos engañosos, haya consecuentemente también dolor abdominal. No obstante, bajo normas estrictamente

científicas, sería conveniente redescribirlo desde el punto de vista clínico, efectuando una endoscopia, medir el pH gástrico por períodos adecuados de tiempo y verificar si hay o no reflujo gastroesofágico, obtener una biopsia, así como efectuar una gammagrafía y medir el vaciamiento gástrico, y contrastar los resultados con un grupo control, bajo un esquema de investigación doble ciego. Una vez demostrado que existe una correlación estrecha entre las alteraciones encontradas y la ingestión de chile, sal y limón, entonces existen más bases científicas que fortificarían la propuesta.

En referencia a la posibilidad de que el síndrome CH-S-L sea causante de la pancreatitis o que hayamos confundido ésta con el síndrome CH-S-L, la respuesta es rotunda y categóricamente negativa porque el síndrome CH-S-L no está descrito en la literatura consultada, porque no existe una explicación etiopatogénica que la respalde y porque la mayoría de los niños fueron operados.

En espera de que la respuesta a las inquietudes planteadas por el Dr. Straffon hayan sido satisfechas, agradezco a ambos la gentileza de sus misivas.

ATENTAMENTE

Académico Dr. Carlos Baeza-Herrera

Bibliografía

1. Baeza CH, Velasco SL, Mora HF, Godoy EAH, Osorio ACD. Pancreatitis aguda en pediatría. ¿Es lo mismo? *Cir Ciruj* 2003;71:434-439.
2. Straffon OA. Atlas Compendiado de pediatría médico-quirúrgica. Cap. Abdomen agudo. México: Bayer; 2003.