

ETAPA DE "LUNA DE MIEL" EN EL NIÑO DIABETICO

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE "WILLIAM SOLER"

Dr. Walberto Eirin González* y Dr. Pedro González Fernández**

Eirin González, W.; P. González Fernández: *Etapa de "luna de miel" en el niño diabético.*

Se encuestaron los 18 niños diabéticos que se atienden en la consulta de Endocrinología del Hospital Pediátrico Provincial de Sancti Spíritus. De ellos, presentaron remisión durante la evolución de la enfermedad 6 niños para el 33 %. No existió diferencia estadísticamente significativa entre el grupo que hizo remisión y el que no la hizo, en cuanto a la edad de inicio de la enfermedad. La etapa de remisión se produjo entre los 2 y 6 meses de iniciada la afección y tuvo una duración promedio de 6,5 meses. No existió diferencia significativa en la dosis de insulina diaria que necesitan los niños de ambos grupos para su control actual. Se insiste en la necesidad de mantener tratamiento insulínico durante esta etapa, por baja que sea la dosis necesaria para mantener asintomático al niño.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus (DM) es una afección poco frecuente en el niño.¹ En un estudio realizado en nuestro país se encontró una frecuencia de 1 x 7 000 en este grupo de edad que afecta por igual a ambos sexos.²

Cuando a un niño diabético se le indica un tratamiento correcto con insulina o dieta, sobre el tercer mes, los requerimientos de insulina comienzan a disminuir con dosis tan pequeñas como de 2 a 4 unidades al día, lo cual da lugar a un período de remisión de la enfermedad.^{1, 3}

Esta fase de remisión llamada también etapa de "luna de miel" (*honey moon*) y efecto Brush no es muy conocida por el médico y el pediatra general. Es por ello que decidimos revisar este aspecto en los diabéticos menores de 15 años de nuestra provincia, con el fin de valorar la frecuencia con la que se presenta este período, sus características generales y, sobre todo, para que se tenga en cuenta, cuando estemos en presencia de un niño en el cual comienza a manifestarse esta enfermedad.

MATERIAL Y METODO

Los 18 niños diabéticos que se atienden en la consulta de Endocrinología del Hospital Pediátrico Provincial de Sancti Spíritus fueron encuestados.

En la encuesta se recogieron además de los datos generales, los siguientes: edad al inicio de la DM, si hizo remisión o no, tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad al inicio del período de remisión, tiempo de duración de esta fase, causa

* Especialista de I Grado en Endocrinología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

** Especialista de I Grado en Endocrinología. Hospital Pediátrico Docente "William Soler".

por la que considera que hubo necesidad de aumentar la dosis de insulina, así como la cantidad y tipo de insulina que usa actualmente.

Consideramos en remisión a todo niño que requiera durante un tiempo no menor de 7 días una dosis de insulina diaria de 4 unidades o menos, manteniéndose normoglucémico y aglucosúrico.

Los niños se dividieron en 2 grupos: en el grupo I se incluyeron niños diabéticos que presentaron remisión y en el grupo II a aquéllos que no la presentaron.

Se utilizaron los siguientes estadígrafos: promedio, desviación estándar y la *t* de Student.

Los resultados se expresan en tablas y figuras.

RESULTADOS

Se encuestaron los 18 niños diabéticos que son atendidos en la consulta de Endocrinología del Hospital Pediátrico Provincial de Sancti Spíritus. Unos pocos niños diabéticos de la provincia se atienden directamente en el Instituto de Endocrinología y Metabolismo o en el Hospital Pediátrico de Santa Clara.

De estos 18 pacientes, presentaron remisión 6 de ellos, para el 33 % de los mismos.

La edad actual promedio de los niños fue de 10,7 ($\pm 2,7$) años, con un rango que va de los 4 a los 14 años. En la tabla 1 se pueden observar las edades de los pacientes de los 2 grupos estudiados.

Tabla 1. Edad al inicio de la enfermedad y edad actual de los niños diabéticos (en años)

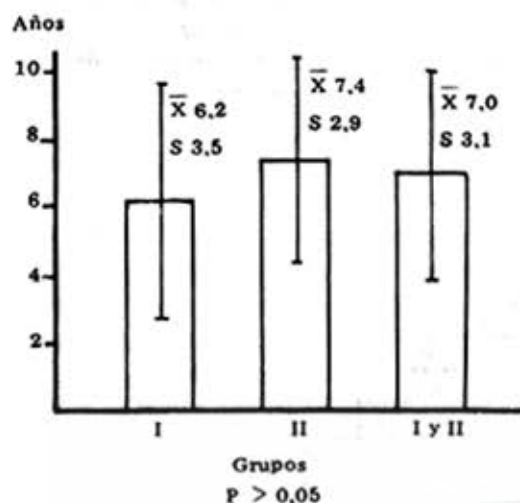
		Pacientes								
Grupo I		ADL	ROM	STO	PES	MHM	ATL	$\bar{X}$	S	
Edad al inicio		6	5,2	0,8	5	11	9	6,2	3,5	
Edad actual		12	6	4	13	13	11	9,8	3,8	

		Pacientes													
Grupo II		LMG	EPO	HSS	MGF	ENF	CFF	OFA	CGA	PPA	SEA	ATT	SSA	$\bar{X}$	S
Edad al inicio		10	6	5	8	7	0,2	9	10	11	6	8	9	7,4	2,9
Edad actual		12	7	13	9	13	11	11	11	14	11	12	10	11,2	1,9

Leyenda: $\bar{X}$: promedio. S: desviación estándar.

La edad promedio del inicio de la enfermedad (tabla 1, figura 1) en los niños del grupo I fue de $6,2 \pm 3,5$ años, en tanto que la del grupo II fue de $7,4 \pm 2,9$ años, sin existir diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre un grupo y el otro.

En los pacientes del grupo I transcurrió un tiempo promedio de 3,8 meses (desviación estándar de 1,5) entre el momento de inicio de la afectación y la fase de remisión (tabla 2, figura 2).



Leyenda: $\bar{X}$: promedio. S: desviación estándar.
Nota: $p > 0,05$.

Figura 1. Edad del inicio de la enfermedad (en años).



Leyenda: $\bar{X}$: promedio. S: desviación estándar.

Figura 2. Tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el inicio de la remisión (en meses).

La dosis promedio de insulina que usan actualmente los niños del grupo I es de 49,3 unidades/día (desviación estándar de 22,4), en tanto que la del grupo II es de 36,7 unidades/día ($\pm 17,4$) sin existir diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$) (tabla 3, figura 4).

Tabla 2. Tiempo transcurrido desde el inicio de la diabetes hasta el inicio de la remisión (en meses) y tiempo de duración de la remisión

Paciente	t^1	t^2
ADL	2	12
ROM	3	3
STO	3	4
PGS	4	6
MHH	6	8
STO	5	6
$\bar{X}$	3,8	6,5
S	1,5	3,2

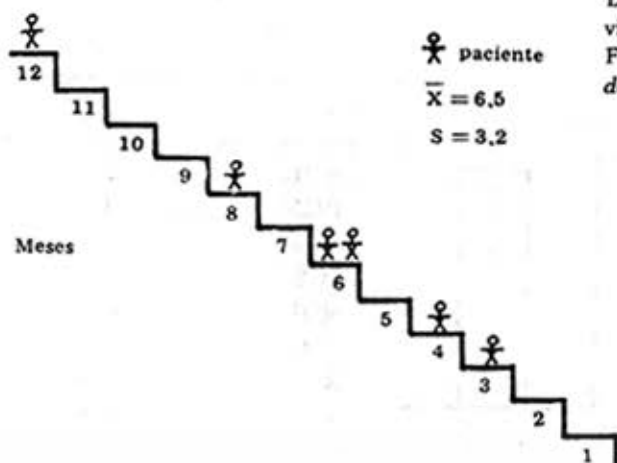
Leyenda: t^1 : tiempo transcurrido desde el inicio de la diabetes hasta el inicio de la remisión (en meses). t^2 : tiempo de duración de la remisión (en meses). $\bar{X}$: promedio. S: desviación estándar.

Nota: Grupo I.

El tiempo promedio de la remisión fue de 6,5 meses con una desviación estándar de 3,2 (tabla 2, figura 3).

En cuanto a la causa por la que fue necesario aumentar la dosis de insulina, 3 de los pacientes (o sus familiares) consideran que fue una infección (dentro de ellas 1 varicela), 2 consideran que fue espontáneamente (sin causa aparente) y 1 por dieta inadecuada.

Todos los pacientes utilizan actualmente insulina lenta U-80, excepto 1 de cada grupo que usa insulina mono-compuesta (monotard) y otro del grupo II que usa NPH.

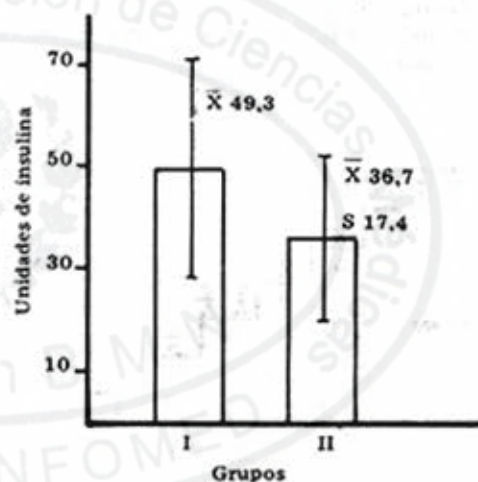


Leyenda: $\bar{X}$: promedio. S: desviación estándar.
Figura 3. Tiempo de duración de la remisión (en meses).

Tabla 3. Dosis actual de insulina (unidades/días)

	$\bar{X}$	S
Grupo I	49,3	22,4
Grupo II	36,7	17,4

Leyenda: $\bar{X}$: promedio. S: desviación estándar.
Nota: $p > 0,05$.



Leyenda: $\bar{X}$: promedio. S: desviación estándar.
Figura 4. Dosis actual de insulina.

DISCUSION

La DM es una afección poco frecuente en el niño.¹ En los Estados Unidos, aproximadamente en el 5 % de todos los diabéticos se presenta la enfermedad antes de los 15 años de edad y 1 de cada 2 500 personas en esta edad es diabética.⁴

Nuestra provincia cuenta con una población infantil aproximada de 136 000 niños, según el censo de población de 1980. Por lo tanto, los 18 niños que se atienden en la Consulta de Endocrinología, representan una frecuencia de 1 x 7 500 en la provincia.

En un estudio realizado en nuestro país se encontró una frecuencia de 1 x 7 000 en este grupo de edad,² por lo que la frecuencia de esta enfermedad en los niños de esta provincia es aproximadamente la misma que la frecuencia promedio nacional, ya que unos pocos niños diabéticos se atienden en el Instituto Nacional de Endocrinología y Metabolismo o en Villa Clara.

De los 18 niños diabéticos encuestados, presentaron remisión 6 de ellos, para el 33 %. En un estudio realizado por Licea y colaboradores⁵ encontraron 12 niños que

presentaron remisión de un total de 33 (36%), por lo que la frecuencia de este período fue similar en nuestros casos. Sin embargo, *Sperling*⁶ plantea una frecuencia del 50 % o más, en aquellos niños en que las necesidades iniciales de insulina son bastante altas. Pero debemos aclarar que este autor considera en remisión a aquellos niños que necesitan 0,3 unidades de insulina por kg de peso por día o menos.

En los niños que presentaron remisión, la edad promedio de inicio de la enfermedad no se diferenció de forma significativa de los que no la hicieron, en nuestros casos. Se plantea que la fase de "luna de miel" aparece comúnmente después de los 3 años de edad y antes de los 10 años.^{1, 5} Nosotros tuvimos 1 caso que presentó la remisión al año de edad y otro con más de 11 años, aunque los restantes estaban dentro del período referido por otros autores.

Transcurrió un promedio de 3,8 meses entre el momento de aparición de la enfermedad y la etapa de "luna de miel". *Güell*¹ plantea que generalmente se produce al tercer mes y *Licea y colaboradores*⁵ la encontraron en los primeros 6 meses después de la aparición de la enfermedad, lo cual se corresponde con los hallazgos nuestros (entre 2 y 6 meses).

La duración de la remisión es variable; suele abarcar varias semanas o meses, pero puede durar 1 ó 2 años⁶ y algunos plantean períodos mucho más prolongados.⁷ En uno de nuestros casos, la remisión se prolongó a 12 meses (el paciente de más larga duración), pero la duración promedio nuestra fue de 6,5 meses.

Las causas por las cuales cesa el período de remisión, han sido atribuidas a infecciones, transgresiones dietéticas, el inicio de la pubertad o espontáneamente.^{3, 8}

En nuestros pacientes, 3 casos consideran que el cese de la etapa se debió a infecciones, 2 espontáneamente y 1 por transgresiones dietéticas, lo que se corresponde con lo planteado hasta ahora sobre este aspecto.

En relación con la dosis de insulina que necesitan estos pacientes en la actualidad para su control no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre el grupo que presentó remisión y el que no la presentó. No comparamos los resultados con las dosis previas a la remisión porque el dato no nos resultaba confiable, por diversas razones: nivel de escolaridad, olvido y disminución progresiva de la dosis que hacía difícil precisar los requerimientos previos.

No se conoce con exactitud el mecanismo de producción de este período. Los primeros informes indicaron falta completa de producción insulínica a los estímulos; sin embargo, investigaciones actuales plantean que al medir el péptido C, notaron incremento de éste durante la etapa, por lo que consideran que se debe a secreción de insulina residual o renovada.⁹

Finalmente, hay algo sobre lo cual es absolutamente necesario insistir y es el hecho de que, aunque excepcionalmente algunos autores plantean lo contrario,⁷ se debe mantener una dosis de insulina por baja que ésta sea para evitar falsas esperanzas de curación en el niño y los familiares, garantizar el crecimiento y desarrollo adecuados y evitar rechazos ulteriores del niño a las inyecciones.^{1, 3, 5, 10}

CONCLUSIONES

1. La etapa de "luna de miel" es una etapa frecuente en la evolución de la diabetes mellitus en el niño.
2. Este período parece ser infrecuente en la edad puberal y su duración promedio no parece exceder los 18 meses.

3. La etapa de "luna de miel" no influye en la dosis de insulina necesaria para controlar posteriormente al niño.
4. Es imprescindible mantener una dosis diaria de insulina, por baja que ésta sea, durante este período.

Agradecimientos

Reconocemos la colaboración brindada para la realización de este trabajo por los alumnos de 5to año de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus Luis O. Rodríguez Rodríguez, César Rodríguez Expósito, Melba Ruiz Pérez, Benigne Merera Batista, Mayra Caruncho Fernández y José Madrigal Valdés.

SUMMARY

Eirin González, W.; P. González Fernández: *The "honey moon" stage in the diabetic child.*

Eighteen diabetic children attended at the Endocrinology service of the Sancti Spiritus Provincial Pediatric Hospital are surveyed. Six of them (33 %) showed remission during the evolution of the disease. There was no statistically significant difference between the remission and the non-remission group as regards age at the onset of the disease. The remission stage occurred between 2-6 months after the onset of the affection and had an average span of 6.5 months. There was no statistically significant difference in the daily dosage of insulin required by children from the two groups for their current control. The need to maintain insulin therapy during this stage, however low the dosage necessary for maintaining the child asymptomatic, is emphasized.

RÉSUMÉ

Eirin González, W.; P. González Fernández: *Etape de "lune de miel" chez l'enfant diabétique.*

On fait une enquête aux 18 enfants diabétiques qui sont soignés dans la consultation d'endocrinologie de l'Hôpital Pédiatrique Provincial de Sancti Spiritus. Parmi eux, 6 enfants ont présenté la remission pendant l'évolution de la maladie (33 %). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le groupe qui a présenté remission et celui qui n'est la présente pas, en ce qui concerne l'âge de commencement de la maladie. L'étape de remission s'est produite entre les 2 et 6 mois depuis le commencement de l'affection et qui a duré comme moyenne 6,5 mois. Il n'existe pas de différence significative dans la dose d'insuline quotidienne qui ont besoin les enfants de deux groupes pour les contrôler actuellement. On insiste sur la nécessité de maintenir un traitement avec insuline pendant cette étape quoique la dose nécessaire pour maintenir l'enfant dans un état asymptomatique soit basse.

BIBLIOGRAFIA

1. Güell, R.: Temas de Endocrinología Infantil. Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1973. P. 487.
2. MINSAP: Censo de consumidores de productos antidiabéticos. La Habana, 1971.
3. Mateo de Acosta, O. y cols.: Normas de diagnóstico y tratamiento de Endocrinología y Metabolismo. 3ra parte. En: Actualidad en Endocrinología. Serie: Información Temática. CNICM. 5 (3): 54, 1981.
4. White, O.: Citado por Güell.¹
5. Licea, M. y cols.: Remisión y diabetes mellitus. Rev Clin Esp 159: 409, 1980.
6. Sperling, M. A.: Diabetes sacarina. Clin Ped Norteam 1: 151, 1979.
7. Herrera Pombo, J. L.: Diabetes mellitus. Bases Patogénicas, clínicas y terapéuticas. Ed. Científico-Médica, Barcelona, España, 1981.
8. Güell, R. y cols.: Diabetes mellitus. Características clínicas en 112 pacientes menores de 15 años. Rev Cubana Pediatr 44: 3, 1972.
9. Block, M. B. et al.: Sequential changes in beta-cell function in insulin-treated diabetic patients assessed by C-peptide immunoreactivity. N Engl J Med 288: 1144, 1973.

10. *Brouhard, B. H.; L. B. Travis: Diabetes mellitus en niños y adolescentes. En: Terapéutica de Conn. Ed. Revolucionaria, La Habana, 1982.*

Recibido: 12 de septiembre de 1985. Aprobado: 11 de diciembre de 1985.

Dr. *Walberto Eirin González*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". San Lázaro No. 701, esquina a Belascoaín, municipio Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.

MANUAL PARA USO DE DESINFECTANTES EN HOSPITALES



Podrá adquirirlo próximamente en la red de ventas de libros de Medicina del Ministerio de Cultura.