

Doctor: ¿tiene cinco minutos?

Selección a cargo del Dr. Alejandro Awad*

- **Etiología del retraso del crecimiento en niños derivados al consultorio externo de endocrinología**

Maala Daniel, et al
Departments of Pediatrics and Pediatric Endocrinology, Helen DeVos Children's Hospital at Spectrum Health, Grand Rapids, Michigan, EE.UU. Clin Pediatr 2008;47(8):762-765.

El estudio se llevó a cabo en el consultorio externo de endocrinología entre 2002 y 2005, e incluyó a 97 pacientes. Se constató que el 51% de los pacientes tenía una deficiencia nutricional, en un 28% la baja talla obedeció al bajo peso para la edad gestacional o constitucional o familiar, la tercera causa más frecuente eran las enfermedades gastrointestinales, entre ellas, el reflujo gastrointestinal, la enfermedad celíaca y las alergias alimentarias.

- **Síndrome de DRESS en la práctica pediátrica**

Divya Seth, et al
Departments of Pediatrics and Allergy and Immunology, University Wayne, Detroit, Michigan, EE.UU. Clin Pediatr 2008;47(9):947-952.

El síndrome DRESS (*drug rash with eosinophilia and systemic symptoms*), también llamado síndrome de hipersensibilidad a las drogas, es una forma grave de reacción cutánea, caracterizada por fiebre, erupción, poliadenopatías, alteraciones hematológicas y compromiso orgánico.

Los autores presentan a un paciente de 9 años que ingresa con edema en cara y erupción maculopapular que compromete palmas y plantas; con fiebre, poliadenopatías y ligera hepatomegalia de consistencia firme y no dolorosa. Tres semanas antes de la internación, tuvo eritema facial con edema por lo que se le prescribió amoxicilina. Como el cuadro persistía y apareció la fiebre, se decidió su internación. La erupción era más eritematosa y pruriginosa. En la anamnesis, se descubre que, cuatro meses antes, estaba recibiendo carbamazepina por déficit de atención.

Las pruebas de laboratorio mostraron eosinofilia significativa (4000 UI), con ligera elevación de las enzimas hepáticas. Las pruebas para *Bartonella henselae*, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus y virus de la inmunodeficiencia humana fueron negativas. Complemento C3 y C4 normales, anticuerpos antinucleares negativos, test de antígeno estreptocócico negativo. Biopsia de ganglio no compatible con linfoma; se observó infiltrado linfocítico y eosinofílico relacionado con reacción a drogas. El Servicio de Reumatología descartó vasculitis por la erupción y el edema.

Inicialmente el niño recibió corticoides; sin embargo, el uso de estos agentes es discutido, en la mayoría de los casos, mejoran los síntomas, aunque la erupción y la hepatitis pueden persistir por varias semanas.

El niño mejoró notablemente y fue dado de alta a la semana.

- **Absceso cerebral en niños: análisis de 20 casos en un centro médico**

Kai-Liang Kao, et al
Department of Pediatrics Veterans General Hospital and Nacional Yng-Ming University, Taipei, Taiwán J Microbiol Immunol Infect 2008;41:403-407.

Los autores llevaron a cabo un estudio retrospectivo de abscesos cerebrales entre 1996 y 2006, y hallaron 20 niños con este cuadro. La edad de los pacientes variaba entre 20 días y 18 años.

El síntoma de presentación más frecuente fue la fiebre (15 niños); se detectó déficit neurológico focal en 11 de ellos (8 con hemiparesia, 2 con ptosis palpebral, 1 con trastornos en el lenguaje). El 50% tuvo un cuadro convulsivo inicial, ninguno tenía antecedentes de epilepsia.

El factor predisponente más importante fue la cardiopatía congénita cianótica en 7 pacientes, 3 de ellos tenían infección dental.

Con respecto a la localización del absceso, había 5 en el lóbulo frontal, 6 niños tenían lesiones múltiples.

Cuatro pacientes recibieron sólo antibióticos, porque el absceso era pequeño o la mejoría fue rápida con tratamiento antibiótico; los restantes 16 debieron ser sometidos a cirugía. El tratamiento duró 30 y 100 días.

El patógeno más frecuente fue *Staphylococcus aureus*, seguido de *Streptococcus viridans*.

Las secuelas más importantes fueron trastornos convulsivos (67%), hemiplejía (4 niños) y retraso mental (2 pacientes).

- **Miocardopatías en recién nacidos y niños: un amplio espectro de etiologías y pobre pronóstico**

Andrea Badertscher, et al
Division of Cardiology, University Children's Hospital,
Zurich, Suiza
Acta Paediatrica 2008;97:1523-1528.

La miocardiopatía es una enfermedad del músculo cardíaco cuya principal característica es la presencia de disfunción sistólica o diastólica, o una estructura anormal miocárdica. Las miocardiopatías se subdividen en hipertróficas, dilatadas, restrictivas, arritmogénica ventricular derecha y no clasificadas.

Este es un estudio retrospectivo entre 1995 y 2004, e incluyó a pacientes con miocardiopatía dentro del primer año de vida. Entre los 35 pacientes, 18 tenían miocardiopatía dilatada, 14 hipertrófica y 3 inclasificable.

Las etiologías fueron síndromes genéticos (8 niños), enfermedades metabólicas (5 niños), miocardiopatía familiar (3 niños) y miopatía (un caso).

Durante un seguimiento de 15 años, 13 pacientes fallecieron por insuficiencia cardíaca progresiva y dos fueron sometidos a un trasplante cardíaco. La mortalidad fue más alta en casos de miocardiopatía dilatada que hipertrófica. Los pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca severa dentro del primer mes de vida tenían peor pronóstico que los niños sin estos síntomas.

El estudio concluye en que las etiologías más frecuentes de las miocardiopatías son los síndromes genéticos y las enfermedades metabólicas.

- **Características cronológicas y clínicas de apnea asociadas a infección por virus sincicial respiratorio: serie retrospectiva de casos**

Arms Joseph Leo, et al
Division of Emergency Medicine, Children's Hospitals
and Clinics of Minnesota, Minneapolis, EE.UU.
Clin Pediatr 2008;47(9):953-958.

En este estudio, los autores comparan pacientes con infección por el virus sincicial respiratorio (VSR) que sufrieron apneas con aquellos sin apneas, a fin de ayudar a los médicos de atención ambulatoria a estratificar a los pacientes con infección por el VSR.

Los profesionales consideraron que los niños con riesgo de sufrir apneas eran los nacidos de término y menores de 1 mes, los prematuros con edad gestacional <37 semanas y por referencia médica o familiar de que el niño tuvo una apnea antes de su admisión al centro médico.

El estudio incluyó a 42 pacientes con apnea y un grupo control de 198 niños sin apnea. Veintiocho 28 pacientes con apnea tenían menos de 60 días de vida; entre los 14 niños con apnea después de los 60 días, todos tenían antecedentes de prematuridad, reflujo gastroesofágico, cardiopatía congénita, convulsiones o hiperreactividad bronquial.

Los autores llegan a la conclusión de que muchos pacientes con apnea eran menores de 2 meses de edad y sufrían apneas antes de los 5 días de enfermedad.

Si se tiene esto en cuenta, la edad y la duración de la enfermedad pueden ayudar a los pediatras a determinar qué niños tienen riesgo de padecer apneas.

*dr.alejandrowad@gmail.com