

# PEDIATRICS

## páginas electrónicas

Las *Páginas electrónicas* es la sección sólo en línea de PEDIATRICS. Establecidas en 1997, las características de las *Páginas electrónicas* son la investigación original y los comentarios que cubren los avances médicos importantes. Los artículos que aparecen en las *Páginas electrónicas*, al igual que los que salen impresos en la revista, son sometidos a rigurosa revisión por expertos y son publicados con los mismos patrones de calidad. Estos artículos se hallan indexados en Medline/Pubmed, Thompson's IDL y otros importantes índices internacionales.

Los resúmenes de los artículos que aparecen en las *Páginas electrónicas* salen impresos en esta sección de cada número de PEDIATRICS y los artículos completos sólo pueden obtenerse en línea. La URL de cada artículo puede hallarse al final del resumen impreso. Todos los artículos también se pueden encontrar simplemente mirando la tabla de contenidos en línea de cada número, que se halla en la página web de la revista ([www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org)). Todos los artículos que aparecen en la *Páginas electrónicas* son accesibles en línea de forma gratuita, no se precisa registro o suscripción para esta sección de "acceso abierto" de la revista.

### Tabla de contenidos y resúmenes actuales

- e984 Infancia digital: uso de los medios y la tecnología electrónicos por parte de lactantes, niños pequeños y preescolares. *E.A. Vandewater et al*
- e1016 Disomnias y parasomnias en los niños de corta edad. *D. Petit et al*
- e1026 Impacto de las bajas de afiliación en Medicaid sobre el uso y el coste de la asistencia sanitaria. *M. E. Rimsza et al*
- e1033 Aseguramiento sanitario en las edades vulnerables: patrones y disparidades desde la adolescencia hasta el comienzo de la treintena. *S. H. Adams et al*
- e1040 Funcionalismo psicológico y capacidad de afrontamiento de las madres de niños con autismo: estudio poblacional. *G. Montes et al*
- e1047 Necesidad de la baja laboral por motivos familiares y uso de la misma por los progenitores de niños con necesidades sanitarias especiales. *P. J. Chung et al*
- e1056 Duración del sueño y sobrepeso en los adolescentes: horas de sueño automanifestadas frente a los datos cronológicos recogidos en un diario. *K. L. Knutson et al*
- e1063 Relación entre la duración del estado de pobreza y la salud infantil en el Quebec Longitudinal Study of Child Development: análisis longitudinal de una cohorte de nacimientos. *L. Séguin et al*
- e1071 Ensayo clínico de distribución aleatoria sobre la prevención de la hidrocefalia después de una hemorragia intraventricular en lactantes pretérmino: lavado cerebral frente a punción evacuadora del líquido. *A. Whitelaw et al*
- e1079 Neurodesarrollo y crecimiento de los lactantes con peso al nacer extremadamente bajo al trasladarlos desde la unidad de cuidados intensivos neonatales a unidades de nivel I o II. *S. Lainwala et al*
- e1088 Cáncer infantil y marcas de nacimiento ("antojos"): Collaborative Perinatal Project. *K.J. Johnson et al*
- e1094 Curación de los traumatismos del himen en niñas prepúberas y en muchachas adolescentes: un estudio descriptivo. *J. McCann et al*
- e1107 Efecto de la lactancia materna sobre los factores de riesgo cardiorrespiratorio en la vida adulta. *A.R. Rudnicka et al*
- e1116 Seguimiento a largo plazo de 414 niños y adolescentes rumano infectados por el VIH que recibieron tratamiento antirretroviral altamente activo con lopinavir/ritonavir. *M. W. Kline et al*
- e1121 Anomalías cerebrales en pacientes con síndrome de hiperimmunoglobulina E. *A.F. Freeman et al*
- e1126 Estudio longitudinal de la prevalencia, el desarrollo y la persistencia de las conductas de riesgo para la infección por VIH de transmisión sexual en jóvenes delincuentes: consecuencias para la asistencia sanitaria en la colectividad. *E.E. Gregory et al*
- e1142 Tratamiento de los niños y adolescentes con infección por VIH controlado directamente en el hospital para valorar el cumplimiento de las prescripciones de medicación antirretroviral. *D. Glikman et al*
- e1149 Inyección de toxina botulínica A y terapia ocupacional en niños con parálisis cerebral hemipléjica identificados en un archivo poblacional: ensayo controlado, ciego simple, con distribución aleatoria. *R.N. Russo et al*
- e1159 Predicción de la angustia infantil durante la radioterapia: papel de los factores médicos, psicosociales y demográficos. *J.L. Klosky et al*
- e1167 Exposición al tabaquismo en las películas entre los adolescentes de 10-14 años en Estados Unidos: estimación poblacional. *J.D. Sargent et al*
- e1177 "Urticaria multiforme": una serie de casos y revisión de los síndromes de hipersensibilidad urticariforme anular aguda en la infancia. *K.N. Shah et al*
- e1184 Reducción del dolor durante las vacunaciones en el niño: revisión basada en las pruebas y recomendaciones. *N.L. Schechter et al*
- e1199 Importancia del reconocimiento clínico del síndrome de Loey-Dietz en el período neonatal. *A.T. Yetman et al*
- e1203 Diagnóstico de la inmunodeficiencia variable común en un paciente con discinesia ciliar primaria. *E.W. Skorupski et al*
- e1206 Síndrome de Brugada enmascarado como convulsiones febriles. *J.R. Skinner et al*
- e1212 Linfohistiocitosis hemofagocítica y enfermedad linfoproliferativa ligada al cromosoma X, inducidas por el virus de Epstein-Barr: un simulador de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *M. Mischler et al*

**RESUMEN.** Infancia digital: uso de los medios y la tecnología electrónicos por parte de lactantes, niños pequeños y preescolares. Elizabeth A. Vandewater, PhD, Victoria J. Rideout, MA, Ellen A. Wartella, PhD, Xuan Huang, MA, June H. Lee, PhD, y Mi-suk Shim, PhD.

**Resultados.** En un día corriente, el 75% de los lactantes veía la TV y el 32%, vídeos/DVD, durante un promedio aproximado de 1 hora y 20 minutos. Los nuevos medios están también accediendo a los niños pequeños: el 27% de los niños de 5 a 6 años utilizaba un ordenador (durante 50 min por término medio) en un día corriente. Muchos niños pequeños (1/5 de los niños de 0 a 2 años y > 1/3 de los de 3 a 6 años) tienen también TV en su habitación. El motivo aducido más comúnmente es que así dejan libres otros aparatos de TV en la casa y los demás miembros de la familia pueden ver sus programas favoritos (54%). La mayoría de los niños de 3 a 6 años se ajustaba a las normas de la American Academy of Pediatrics a este respecto, pero no así el 70% de los niños de 0 a 2 años.

**Conclusiones.** El presente estudio es el primero en que se recoge información global sobre el grado de utilización de los medios entre los niños de corta edad en Estados Unidos. Estos niños se desarrollan en un ambiente impregnado por los medios, con acceso casi universal a la TV, y un gran número de niños tiene un aparato de TV en su habitación. Los medios y la tecnología se hallan aquí para quedarse y está virtualmente garantizado que desempeñarán un papel creciente en la vida cotidiana, incluso en los muy pequeños. En este tema de salud pública es de gran importancia investigar la influencia que ejercen los medios sobre el desarrollo infantil. *Pediatrics*. 2007;119:e984-e1015.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1804](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1804)

**RESUMEN.** Disomnias y parasomnias en los niños de corta edad. Dominique Petit, PhD, Évelyne Touchette, MPs, Richard E. Tremblay, PhD, Michel Boivin, PhD, y Jacques Montplaisir, MD, PhD.

**Resultados.** El porcentaje de niños con despertar nocturno frecuente disminuyó uniformemente desde el 36,3% a los 2,5 años hasta el 13,2% a los 6 años. De modo similar, el porcentaje de niños con dificultad para conciliar el sueño disminuyó significativamente desde el 16,0% a los 3,5 y 4 años hasta el 10% a los 5 años y el 7,4% a los 6 años. La prevalencia global de cada parasomnia en el período estudiado fue la siguiente: sonambulismo, 14,5%; terrores nocturnos, 39,8%; somniloquia, 84,4%; enuresis, 25,0%; bruxismo, 45,6%, y movimientos rítmicos, 9,2%. La persistencia del sonambulismo a los 6 años correlacionó significativamente con la presencia de terrores nocturnos y somniloquia. La persistencia de terrores nocturnos a los 6 años correlacionó también con la somniloquia. Finalmente, la persistencia de los terrores nocturnos a los 6 años correlacionó con el despertar frecuente. La ansiedad de separación se asoció con la persistencia del despertar nocturno y con el sonambulismo, el bruxismo, los terrores nocturnos y la somniloquia.

**Conclusiones.** En los niños preescolares existe una elevada prevalencia de despertar nocturno y dificultad para conciliar el sueño. Las parasomnias son muy prevalentes en los niños pequeños y se asocian con la ansiedad de separación. Sin embargo, ejercen un escaso impacto sobre la duración del sueño. *Pediatrics*. 2007;119:e1016-e1025.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2132](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2132)

**RESUMEN.** Impacto de las bajas de afiliación en Medicaid sobre el uso y el coste de la asistencia sanitaria. Mary E. Rimsza, MD, Richard J. Butler, PhD, y William G. Johnson, PhD.

**Resultados.** Un 10% de bajas en la afiliación aumentaría los costes sanitarios de la comunidad en 3.460.398 dólares anualmente, o en 2.121 dólares por cada niño dado de baja. Este aumento de los costes se atribuye a un desplazamiento de la asistencia ambulatoria hacia los servicios de urgencias, más caros, y a un aumento de los días de hospitalización. Según nuestros cálculos, el 69% del cambio en las visitas a los servicios de urgencias, el 58% del producido en las estancias hospitalarias y el 74% del cambio en las visitas ambulatorias serían atribuibles a la modificación en la situación de aseguramiento.

**Conclusiones.** Los cambios de planes que dan lugar a bajas de afiliaciones a los programas de seguros públicos aumentan el número de visitas a los servicios de urgencias y el número de días de hospitalización, así como los costes totales de la asistencia sanitaria en la comunidad. Cabe esperar que estos incrementos en el uso de los servicios asistenciales agraven los problemas de saturación de los servicios de urgencias y la falta de camas hospitalarias. La mayoría de las modificaciones en la utilización son atribuibles al cambio en la situación de aseguramiento, lo que da lugar a un desplazamiento de la asistencia del ámbito ambulatorio, más económico, hacia los servicios de urgencias, y a un aumento de los días de hospitalización cuando los niños pierden la cobertura de Medicaid/State Children's Health Insurance Program. *Pediatrics*. 2007;119:e1026-e1032.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2747](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2747)

**RESUMEN.** Aseguramiento sanitario en las edades vulnerables: patrones y disparidades desde la adolescencia hasta el comienzo de la treintena. Sally H. Adams, RN, PhD, Paul W. Newacheck, DrPH, M. Jane Park, MPH, Claire D. Brindis, DrPH, y Charles E. Irwin, Jr, MD.

**Resultados.** Los patrones de aseguramiento siguen una curva en "U" a lo largo de las distintas edades. Las tasas son más elevadas a los 13-14 años, más bajas a los 23-24 y luego aumentan gradualmente. Los patrones son similares en los seguros privados; sin embargo, la cobertura pública disminuye a lo largo de las edades. En los análisis de bivarriancia, los grupos de raza negra o hispana tienen menores tasas de cobertura que los de raza blanca, y las tasas también son menores en los grupos con ingresos económicos bajos o medios que en los grupos con ingresos elevados. Después de ajustar los motivos potenciales de confusión, todas las disparidades siguieron siendo significativas, a excepción de las diferencias entre los grupos de raza negra o blanca.

**Conclusiones.** Después de los 18 años, todos los grupos son vulnerables a la falta de seguros. Los aumentos de las tasas después de los 25-26 años son atribuibles a incrementos en la cobertura privada, mientras que las disminuciones de la cobertura pública son responsables de que no se recuperen plenamente las tasas más altas que se observan en la adolescencia. La red de seguridad de los programas públicos que cubre a los adolescentes desaparece a comienzos de la vida adulta, lo que deja vulnerables a los adultos jóvenes, problema que persiste hasta comienzos de la treintena en los sujetos con escasos recursos o de origen hispano. *Pediatrics*. 2007;119:e1033-e1039.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1730](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1730)

**RESUMEN.** Funcionalismo psicológico y capacidad de afrontamiento de las madres de niños con autismo: estudio poblacional. Guillermo Montes, PhD, y Jill S. Halterman, MD, MPH.

**Resultados.** Las madres de un niño con autismo presentaban un gran estrés y era más probable que su salud psíquica fuera mala o regular, en comparación con las madres de la población general, incluso después de ajustar los factores de capacidad social del niño y datos demográficos. Sin embargo, también era más probable que mantuvieran una relación más estrecha con el niño y un mejor afrontamiento de las tareas de su crianza, y menos probable que se enojaran con él, después de ajustar los factores antes mencionados. El hecho de tener un hijo con autismo no se asoció con un menor apoyo social para la crianza, ni con discusiones o mayor violencia en el hogar.

**Conclusión.** Las madres de niños con autismo mostraron una notable solidez en las relaciones con el niño y tuvieron apoyo social y estabilidad en el hogar, en el contexto de un gran estrés y una mala salud psíquica. *Pediatrics*. 2007;119:e1040-e1046.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2819](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2819)

**RESUMEN.** Necesidad de la baja laboral por motivos familiares y uso de la misma por los progenitores de niños con necesidades sanitarias especiales. Paul J. Chung, MD, MS, Craig F. Garfield, MD, MAPPC, Marc N. Elliott, PhD, Colleen Carey, BA, Carl Eriksson, MD, MPH, y Mark A. Schuster, MD, PhD.

**Resultados.** El 48% de los progenitores empleados a tiempo completo eran candidatos a beneficiarse de la Family and Medical Leave Act federal; el 30% obtuvo el permiso por motivos familiares (sin incluir las bajas por enfermedad o vacaciones). En el año anterior, sus hijos se ausentaron por término medio 20 días de la escuela o la guardería, realizaron 12 visitas al médico o a los servicios de urgencias y sufrieron 1,7 hospitalizaciones. Aunque el 81% de los progenitores obtuvo la baja laboral por enfermedad del niño, el 41% no siempre dejó el trabajo cuando el niño lo necesitaba, y el 40% de quienes obtuvieron la baja volvió al trabajo demasiado pronto. En el análisis de regresión con variables múltiples, los progenitores elegibles para los beneficios de la Family and Medical Leave Act y que conocían dicha selección tuvieron unas probabilidades 3,0 veces mayores de faltar al trabajo por enfermedad del niño, en comparación con los padres que no eran elegibles para dichos beneficios. Los progenitores con > 4 semanas de permiso proporcionado por el empresario tuvieron unas probabilidades 4,7 veces mayores de faltar al trabajo > 4 semanas que los progenitores sin los mencionados beneficios. Los progenitores con derechos de baja remunerada tuvieron unas probabilidades 2,8 veces mayores de faltar al trabajo cuando el niño los necesitaba, en comparación con los demás progenitores.

**Conclusiones.** Los padres que trabajan a tiempo completo y cuyos hijos tienen necesidades sanitarias especiales sufren graves conflictos entre la familia y el trabajo. Aunque la mayoría goza de los derechos de la baja laboral, muchos informan que sus necesidades a este respecto no quedan cubiertas. El acceso a los beneficios de la Family and Medical Leave Act y a la baja laboral proporcionada por el empresario puede influir en gran medida en la utilización de dicha baja. *Pediatrics*. 2007;119:e1047-e1055.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2337](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2337)

**RESUMEN.** Duración del sueño y sobrepeso en los adolescentes: horas de sueño automanifestadas frente a los datos cronológicos recogidos en un diario. Kristen L. Knutson, PhD, y Diane S. Lauderdale, PhD.

**Resultados.** La muestra final incluyó a 767 varones y 779 niñas de 10 a 19 años. El tiempo medio de sueño en el diario cronológico fue de casi 9 horas en los días laborables y > 10 horas en los fines de semana. La duración media automanifestada fue de 8 horas. Hubo escasa correlación entre ambos métodos de medición. La duración del sueño registrada con el diario no se asoció significativamente con el sobrepeso. En cambio, el tiempo automanifestado se asoció con el sobrepeso, aunque la asociación no fue lineal. Al incluir ambas mediciones en el mismo modelo, sus efectos en el sobrepeso fueron independientes.

**Conclusiones.** La débil correlación que existe entre la duración del sueño automanifestada o recogida en un diario, así como la independencia de sus asociaciones respectivas con el sobrepeso, suscitan dudas acerca de lo que representan las diferentes medidas de la duración del sueño en los adolescentes. *Pediatrics*. 2007;119:e1056-e1062.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2597](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2597)

**RESUMEN.** Relación entre la duración del estado de pobreza y la salud infantil en el Quebec Longitudinal Study of Child Development: análisis longitudinal de una cohorte de nacimientos. Louise Séguin, MD, MPH, Béatrice Nikiéma, MD, MSc, Lise Gauvin, PhD, Maria-Victoria Zunzunegui, PhD, y Qian Xu, MD, MSc.

**Resultados.** En esta cohorte de nacimientos, el 13,7% (268) de los niños de 3½ años incluidos en el Quebec Longitudinal Study of Child Development sufrió períodos intermitentes de pobreza desde el nacimiento (1-2 episodios), y otro 14,4% (280), un estado crónico de pobreza (3-4 episodios). Los niños de familias con pobreza crónica presentaron ataques de asma con mayor frecuencia y un índice acumulativo de problemas de salud más elevado; por otra parte, las madres de los niños con episodios intermitentes de pobreza tuvieron más tendencia a percibir que la salud de su hijo se hallaba por debajo de la calificación de "muy buena". Estas asociaciones conservaron su significación estadística después de controlar las características del niño y la madre. No se observó relación entre la duración del estado de pobreza y las infecciones o el retraso del crecimiento.

**Conclusiones.** La pobreza crónica afecta a un gran número de niños y ejerce una influencia negativa sobre el estado de salud de los niños preescolares, aunque dispongan de una asistencia sanitaria adecuada. Los efectos de la pobreza crónica pueden variar según los distintos indicadores del estado de salud y la edad del niño. *Pediatrics*. 2007;119:e1063-e1070.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1750](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1750)

**RESUMEN.** Ensayo clínico de distribución aleatoria sobre la prevención de la hidrocefalia después de una hemorragia intraventricular en lactantes pretérmino: lavado cerebral frente a punción evacuadora del líquido. Andrew Whitelaw, MD, David Evans, MD, Michael Carter, MD, Marianne Thoresen, MD, Jolanta Wroblewska, MD, Marek Mandera, MD, Janusz Swietlinski, MD, Judith Simpson, MD, Constantinos Hajivassiliou, MD, Linda P. Hunt, PhD, e Ian Pople, MD.

**Resultados.** De los 34 lactantes asignados al tratamiento con drenaje, irrigación y fibrinólisis, fallecieron 2 y se intervino a 13 para colocar una derivación (fallecidos o derivación: 44%). De los 36 lactantes asignados al tratamiento estándar, fallecieron 5 y se colocó una derivación a 14 (fallecidos o derivación: 50%). La diferencia no es significativa. Doce (35%) de 34 lactantes que recibieron drenaje, irrigación y terapia fibrinolítica presentaron una hemorragia intraventricular secundaria, en comparación con 3 (8%) de 36 en el grupo estándar. La hemorragia intraventricular secundaria se asoció con unas mayores probabilidades de cirugía derivativa y de recibir más transfusiones sanguíneas.

**Conclusiones.** A pesar de su base lógica y de los esperanzadores resultados conseguidos en estudios piloto, el tratamiento con drenaje, irrigación y fibrinólisis no redujo las intervenciones derivativas ni el porcentaje de fallecimientos, en un ensayo multicéntrico de distribución aleatoria. La hemorragia intraventricular secundaria es un factor principal que contrarresta cualquier posible efecto terapéutico de la extracción de la sangre antigua mediante lavado. *Pediatrics*. 2007;119:e1071-e1078.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2841](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2841)

**RESUMEN. Neurodesarrollo y crecimiento de los lactantes con peso al nacer extremadamente bajo al trasladarlos desde la unidad de cuidados intensivos neonatales a unidades de nivel I o II.** Shabnam Lainwala, PhD, MBBS, Rebecca Perritt, MS, Kenneth Poole, PhD, y Betty Vohr, MD, para el National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network.

**Resultados.** El traslado de los lactantes a unidades de nivel I o II se asoció significativamente con los siguientes parámetros: raza blanca, posesión de seguros privados, nacimiento fuera de la institución, morbilidades neonatales más bajas y menor colaboración para el seguimiento, en comparación con el grupo de la UCIN. Después de ajustar las covariables conocidas se observó que el traslado a las unidades de nivel I o II no se asociaba con trastornos del neurodesarrollo o el fallecimiento; sin embargo, existía una relación con una mayor tasa de rehospitalizaciones después del alta.

**Conclusiones.** Los lactantes con un peso al nacer extremadamente bajo que se trasladan a unidades de nivel I o II presentan un crecimiento y un neurodesarrollo similares a los observados en los lactantes que se dan de alta directamente desde la UCIN. Sin embargo, tienen más probabilidades de reincidir en el hospital y colaboran menos en el seguimiento. La creación de unas normas coherentes para planificar el alta desde las unidades de nivel I y II podría mejorar la colaboración para el seguimiento y reducir las tasas de rehospitalización en estos niños que se trasladan. *Pediatrics*. 2007;119:e1079-e1087.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0899](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0899)

**RESUMEN. Cáncer infantil y marcas de nacimiento (“antojos”): Collaborative Perinatal Project.** Kimberly J. Johnson, MPH, Logan G. Spector, PhD, Mark A. Klebanoff, MD, MPH, y Julie A. Ross, PhD.

**Resultados.** En el Collaborative Perinatal Project, 2.505 individuos presentaban una marca de nacimiento, definitiva o sospechosa, incluidos 7 de 47 niños que desarrollaron un cáncer. Las marcas de nacimiento se asociaron con un au-

mento significativo del riesgo de cáncer. Hubo un ligero descenso en la estimación del riesgo al excluir los casos que se diagnosticaron en el primer año de vida. Ningún proceso maligno específico se influyó notablemente por las marcas de nacimiento.

**Conclusiones.** Aunque este estudio se basó en un pequeño número de casos, mediante datos prospectivos se observó que había un exceso de marcas de nacimiento en los niños que recibieron un diagnóstico de cáncer. Estos hallazgos apoyan la posibilidad de que exista una etiología común entre las marcas de nacimiento y el cáncer infantil, lo que podría ayudar a comprender algo mejor la patogenia de los procesos malignos en el niño. *Pediatrics*. 2007;119:e1088-e1093.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2315](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2315)

**RESUMEN. Curación de los traumatismos del himen en niñas prepuberales y en muchachas adolescentes: un estudio descriptivo.** John McCann, MD, Sheridan Miyamoto, MSN, FNP, Cathy Boyle, MSN, PNP, y Kristen Rogers, PhD.

**Resultados.** Las lesiones sufridas por las 113 niñas prepuberales fueron: 21 accidentales, no inflingidas; 73 por abusos sexuales, y 19 de “causa desconocida”. Todas las 126 adolescentes puberales fueron víctimas de agresiones sexuales. Las lesiones himeneales curaron a distintos ritmos y, a excepción de las heridas profundas, no quedaron signos de trauma previo. Las erosiones y las hemorragias submucosas “leves” desaparecieron en 3-4 días, mientras que las hemorragias “acentuadas” persistieron durante 11-15 días. Sólo las petequias y las ampollas hemorrágicas se consideraron como “marcadores” para determinar la fecha aproximada de la lesión. Las petequias se resolvieron en el plazo de 48 horas en las niñas prepuberales y en 72 horas en las adolescentes. En una adolescente se detectó una ampolla hemorrágica al cabo de 34 días. Al curarse los desgarros, disminuyeron en profundidad y se alisaron. De los casos con desgarros “superficiales”, “intermedios” o “profundos”, 15 de 18 niñas prepuberales presentaban unos bordes himeneales lisos y continuos, mientras que 24 de 41 himenes de adolescentes tenían un aspecto normal, “ondulado”, y en 30 de 34 no se observaba solución de continuidad tras la curación. La “amplitud” final del borde himenal dependió de la profundidad inicial del desgarro. No se observó la formación de cicatrices en ninguno de ambos grupos de niñas.

**Conclusiones.** Las lesiones del himen se curaron rápidamente y, excepto los desgarros más profundos, no quedaron signos del traumatismo sufrido. No hubo diferencias significativas en el proceso de curación ni en la evolución de las lesiones del himen entre los dos grupos de niñas. *Pediatrics*. 2007;119:e1094-e1106.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0964](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0964)

**RESUMEN. Efecto de la lactancia materna sobre los factores de riesgo cardiorrespiratorio en la vida adulta.** Alicja R. Rudnicka, PhD, Christopher G. Owen, PhD, y David P. Strachan, MD.

**Resultados.** La lactancia materna durante > 1 mes se asoció con unos valores más reducidos del perímetro abdominal, el cociente cintura/caderas y el factor de Von Willebrand, y con unas menores probabilidades de obesidad, en comparación con la lactancia artificial, después de ajustar

los factores de peso al nacer, peso materno antes del embarazo, tabaquismo materno durante el embarazo, nivel socioeconómico durante la infancia y la vida adulta, región de nacimiento, género y situación tabáquica actual. Después del ajuste, la clase de alimentación del lactante no se asoció con otros factores de riesgo cardiorrespiratorio, excepto con unas cifras más bajas de fibrinógeno y proteína C-reactiva en el sexo femenino.

**Conclusiones.** En el presente estudio, las relaciones inversas de la lactancia materna durante > 1 mes con la obesidad central y los marcadores de la inflamación son de pequeña cuantía y tienen escasa importancia desde el punto de vista de la salud pública. Aunque a largo plazo no se observó un efecto protector importante de la lactancia materna durante > 1 mes sobre otros factores de riesgo cardiorespiratorio en la vida adulta, es necesario realizar nuevos estudios con datos actuales sobre la lactancia materna exclusiva, para confirmar estos hallazgos. *Pediatrics*. 2007;119:e1107-e1115.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2149](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2149)

**RESUMEN.** **Seguimiento a largo plazo de 414 niños y adolescentes rumanos infectados por el VIH que recibieron tratamiento antirretroviral altamente activo con lopinavir/ritonavir.** Mark W. Kline, MD, Sorin Rugina, MD, Margareta Ilie, MD, Rodica F. Matusa, MD, Ana-Maria Schweitzer, MA, Nancy R. Calles, BSN, RN, y Heidi L. Schwarzwald, MD.

**Resultados.** La población del estudio estaba compuesta principalmente por niños mayores y adolescentes con enfermedad avanzada por VIH que ya habían recibido tratamiento antirretroviral. El tratamiento fue bien tolerado, con 337 niños (81%) que lo seguían después de una mediana de > 4 años. Hubo 37 fallecimientos; la tasa de mortalidad fue favorable en comparación con los datos históricos recogidos prospectivamente. El nivel más reciente de la concentración plasmática de ARN VIH durante el tratamiento fue < 400 copias/ml en 192 de 265 niños investigados. La cifra basal media de linfocitos CD4<sup>+</sup> fue de 292/ $\mu$ l (n = 299); el cambio medio desde las cifras basales fue de +266 (n = 284), +317 (n = 260), +343 (n = 176) y +270 (n = 121) cé-lulas/ $\mu$ l, después de 1, 2, 3 y 4 años de tratamiento, respectivamente.

**Conclusiones.** El tratamiento antirretroviral altamente activo puede administrarse de modo inocuo y eficaz en niños y adolescentes de ámbitos con recursos limitados. El empleo de lopinavir/ritonavir en dicho tratamiento es una opción terapéutica inocua, eficaz y duradera para los niños mayores y adolescentes con enfermedad avanzada por VIH que ya han recibido otro tratamiento antirretroviral. *Pediatrics*. 2007;119:e1116-e1120.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2802](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2802)

**RESUMEN.** **Anomalías cerebrales en pacientes con síndrome de hiperimmunoglobulina E.** Alexandra F. Freeman, MD, Christina J. Collura-Burke, DO, MPH, Nicholas J. Patronas, MD, Lidia Stana Ilcus, MD, Dirk Darnell, MSN, Joie Davis, APRN, APNG, Jennifer M. Puck, MD, y Steven M. Holland, MD.

**Resultados.** En 35 de los 50 pacientes se hallaron lesiones cerebrales focales, con señales de alta intensidad en las técnicas de recuperación de la inversión atenuada del

flujo y de ponderación en T2. Las hiperintensidades focales predominaron en la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales y su número osciló entre 2 y > 50. Las hiperintensidades ocurrieron con más frecuencia en adultos que en niños, y no se halló relación con un aumento de la presión arterial. Cinco pacientes presentaban infartos lacunares. Se hallaron malformaciones de Chiari tipo 1 en 9 de 50 pacientes. Dos pacientes presentaban complicaciones infecciosas en la RMN: cerebritis en 1 caso e infarto hemorrágico en el otro; en la necropsia se halló que su origen era micótico en ambos casos. Existían trastornos neurológicos en 1 paciente con infarto lacunar, en los 2 pacientes con complicaciones infecciosas y en 1 paciente con hemorragia subaracnoidea secundaria a un aneurisma sacular.

**Conclusiones.** Las anomalías del sistema nervioso central son frecuentes en el síndrome de hiperimmunoglobulina E. Las hiperintensidades T2 focales, no detectadas anteriormente, constituyen una característica destacada de esta rara enfermedad y pueden ayudar en el diagnóstico. Quedan por investigar la etiología y las consecuencias clínicas de estas anomalías. *Pediatrics*. 2007;119:e1121-e1125.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2649](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2649)

**RESUMEN.** **Estudio longitudinal de la prevalencia, el desarrollo y la persistencia de las conductas de riesgo para la infección por VIH de transmisión sexual en jóvenes delincuentes: consecuencias para la asistencia sanitaria en la colectividad.** Erin E. Gregory, BS, Gary M. McClelland, PhD, Linda A. Teplin, PhD, Karen M. Abram, PhD, Leah J. Welty, PhD, y Jason J. Washburn, PhD, ABPP.

**Resultados.** En el seguimiento, casi tres cuartas partes de los jóvenes habían practicado  $\geq$  1 conducta sexual de riesgo sin protección. Más del 60% había practicado  $\geq$  10 conductas de riesgo en su entrevista inicial; en el seguimiento, casi dos tercios de ellos seguían practicándolas. En los jóvenes que se hallaban en libertad, muchas conductas eran más prevalentes en el seguimiento que en el momento inicial. En los jóvenes encarcelados ocurría lo contrario. El desarrollo y la persistencia de las conductas de riesgo para la infección por VIH de transmisión sexual diferían según el género, la raza/etnia y la edad, incluso después del ajuste para la situación de encarcelamiento. En comparación con las muchachas, los varones presentaban unas tasas más elevadas de prevalencia de muchas conductas de riesgo para la infección por VIH de transmisión sexual, y tenían más probabilidades de persistir en algunas de estas conductas y de desarrollar otras nuevas. En cambio, las conductas de riesgo por inyección eran más prevalentes entre las muchachas que en los varones, y también era más probable que se desarrollaran y persistieran dichas conductas. En comparación con los sujetos < 18 años, los  $\geq$  18 años presentaban en el seguimiento unas tasas más elevadas de prevalencia de muchas conductas de riesgo para la infección por VIH de transmisión sexual. En conjunto, hubo pocas diferencias raciales y étnicas en los patrones de dichas conductas; la mayor parte de las diferencias se debía al inicio y a la persistencia del consumo de sustancias entre los blancos no hispanos y los hispanos.

**Conclusiones.** Debido a que los jóvenes detenidos tienen una estancia media de sólo 2 semanas, las conductas de riesgo para la infección por VIH de transmisión sexual en los jóvenes delincuentes constituyen un problema de salud

pública en la colectividad, no limitado exclusivamente al ámbito judicial juvenil. Si se mejora la coordinación entre los sistemas que desarrollan iniciativas dirigidas a los jóvenes en relación con las infecciones por VIH de transmisión sexual (asistencia primaria, educación, salud psíquica y sistema judicial juvenil), se puede disminuir la prevalencia de las conductas de riesgo y reducir sustancialmente la propagación de las infecciones por VIH de transmisión sexual entre las personas jóvenes. *Pediatrics*. 2007;119:e1126-e1141.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0128](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-0128)

**RESUMEN.** **Tratamiento de los niños y adolescentes con infección por VIH controlado directamente en el hospital para valorar el cumplimiento de las prescripciones de medicación antirretroviral.** Daniel Glikman, MD, Linda Walsh, NP, Judy Valkenburg, PA-C, P. Daisy Mangat, RN, MPH, y John F. Marcinak, MD.

**Resultados.** Hubo 9 pacientes infectados perinatalmente, con un total de 13 ingresos. La edad mediana fue de 13 años, y 8 habían recibido múltiples pautas antirretrovirales. Se observaron 3 patrones comunes de cambio en la carga viral a lo largo del tiempo. En el primero, la carga viral cayó al final del período de tratamiento con observación directa y permaneció baja después. En el segundo, la caída de la carga viral, observada al final del período, no se mantuvo. En el tercero, no hubo modificaciones en la carga viral durante o después del período de observación. En comparación con la carga viral al ingreso, al final del tratamiento con observación directa era menor en 8 pacientes, con un descenso medio  $\pm$  DE de  $0,8 \pm 0,55 \log_{10}$  copias/ml.

**Conclusiones.** Un breve período de tratamiento con observación directa en el hospital fue útil para confirmar la falta de cumplimiento de las prescripciones de medicación antirretroviral, lo que tiene influencia en las futuras decisiones terapéuticas a adoptar en los niños y adolescentes infectados por el VIH. Debe tomarse en consideración la puesta en práctica de este breve período en los pacientes con mal control virológico en los que han fracasado los tratamientos ambulatorios. *Pediatrics*. 2007;119:e1142-e1148.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2614](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2614)

**RESUMEN.** **Inyección de toxina botulínica A y terapia ocupacional en niños con parálisis cerebral hemipléjica identificados en un archivo poblacional: ensayo controlado, ciego simple, con distribución aleatoria.** Remo N. Russo, MBBS, FRACP, FAFRM, Maria Crotty, FAFRM, PhD, Michelle D. Miller, PhD, MNutrDiet, BSc, Sonya Murchland, BappSci, MHSc, Peter Flett, MBBS, FRACP, FACRM, FAFRM, MRACMA, y Eric Haan, BMedSc, MBBS, FRACP.

**Resultados.** Todos los participantes (intervención: n = 21; control: n = 22) proporcionaron datos inicialmente y a los 3 y 6 meses. La edad media era de 8,6 años; 23 eran varones y 20, niñas. A los 3 meses, los niños del grupo de intervención presentaron unos resultados significativamente mejores en cuanto a la estructura corporal y a la participación en actividades. Hubo mejorías en la auto-percepción en el campo de la autovalía global. A los 6 meses, las diferencias entre los grupos de intervención y de control persistían en los parámetros de estructura corporal,

pero no en los de participación en actividades o auto-percepción.

**Conclusión.** La inyección de toxina botulínica A, combinada con un programa de terapia ocupacional de baja intensidad, logra unas mejorías significativas en la estructura corporal, la participación en actividades y la auto-percepción. *Pediatrics*. 2007;119:e1149-e1158.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2425](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2425)

**RESUMEN.** **Predicción de la angustia infantil durante la radioterapia: papel de los factores médicos, psicosociales y demográficos.** James L. Klosky, PhD, Vida L. Tyc, PhD, Xin Tong, MPH, Deo Kumar Srivastava, PhD, Mindy Kronenberg, PhD, Alberto J. de Armendi, MD, y Thomas E. Merchant, DO, PhD.

**Resultados.** La menor edad y el mayor grado de la angustia observada sirvieron para predecir el uso de anestesia; la mayor frecuencia cardíaca basal predijo una conducta de angustia inicial más baja, y el tratamiento en decúbito prono incrementó la conducta de angustia y la frecuencia cardíaca en relación con los valores basales.

**Conclusiones.** Las variables del tratamiento y psicológicas están directamente relacionadas con la angustia infantil durante la radioterapia. Está justificado emprender actuaciones, adecuadas al desarrollo del niño y eficaces con respecto al coste, con el fin de reducir la angustia durante los procedimientos de radioterapia. *Pediatrics*. 2007;119:e1159-e1166.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-1514](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-1514)

**RESUMEN.** **Exposición al tabaquismo en las películas entre los adolescentes de 10-14 años en Estados Unidos: estimación poblacional.** James D. Sargent, MD, Susanne E. Tanski, MD, y Jennifer Gibson, MS.

**Resultados.** Las 534 películas eran principalmente de las clases PG-13 (41%) y R (40%); en el 74% de ellas se veía fumar (3.830 actos de tabaquismo en total). Por término medio, cada película la había visto el 25% de los adolescentes encuestados. El visionado era mayor al aumentar la edad y menor en las películas de clase R. En conjunto, en estas películas hubo 13,9 millardos de actos de fumar, 665 por término medio por cada adolescente de 10-14 años. Aunque en esta muestra las películas de clase R contenían el 60% de los actos de tabaquismo, daban lugar sólo al 39% de las exposiciones, por el menor porcentaje de adolescentes que las veían. En 30 películas populares, cada una de ellas daba lugar a  $\geq 100$  millones de exposiciones. Cada uno de 30 actores originaba  $> 50$  millones de exposiciones de tabaquismo, de modo que sólo el 1,5% de los actores originaba una cuarta parte de todos los actos de fumar vistos por la muestra de adolescentes.

**Conclusiones.** Las películas populares originan millardos de imágenes de tabaquismo y de personajes que fuman, que llegan a los adolescentes de Estados Unidos. La eliminación del tabaquismo en las películas catalogadas para jóvenes reduciría sustancialmente la exposición originada por los éxitos de taquilla. Además, los actores famosos que fuman a menudo en las películas podrían ejercer una influencia importante a este respecto si rechazaran los papeles de personajes que fuman. *Pediatrics*. 2007;119:e1167-e1177.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2897](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2897)

**RESUMEN.** **“Urticaria multiforme”: una serie de casos y revisión de los síndromes de hipersensibilidad urticariforme anular aguda en la infancia.** Kara N. Shah, MD, PhD, Paul J. Honig, MD, y Albert C. Yan, MD.

La urticaria anular aguda es una reacción de hipersensibilidad cutánea, común y benigna, que se manifiesta en el niño en forma de lesiones urticariformes características de tipo anular, arqueado y policíclico, asociadas a edemas de las partes acras. Se confunde a menudo con el eritema multiforme y, a veces, con una reacción del tipo de la enfermedad del suero. Aunque estas tres entidades pueden presentarse de un modo similar, las características clínicas específicas ayudan a distinguirlas, y es importante que el clínico sea capaz de diferenciar entre ellas. Presentamos aquí una serie de 18 pacientes que recibieron un diagnóstico de urticaria anular aguda y revisamos las distinciones clínicas entre esta entidad, las reacciones del tipo de la enfermedad del suero y el eritema multiforme. Debido a la frecuencia de su confusión clínica con este último, proponemos emplear el término “urticaria multiforme”, como descripción más adecuada para destacar las características clínicas distintivas de esta variante de la urticaria. *Pediatrics*. 2007;119:e1177-e1183.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1553](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1553)

**RESUMEN.** **Reducción del dolor durante las vacunaciones en el niño: revisión basada en las pruebas y recomendaciones.** Neil L. Schechter, MD, William T. Zempsky, MD, Lindsey L. Cohen, PhD, Patrick J. McGrath, PhD, C. Meghan McMurtry, BA, y Nancy S. Bright, BSN.

El dolor que acompaña a las vacunaciones es una fuente de ansiedad y angustia para los niños, sus padres y los proveedores que las administran. La preparación del niño antes del procedimiento parece reducir la ansiedad y el dolor subsiguiente. Los datos limitados disponibles sugieren que la administración intramuscular de las vacunas debe realizarse en el vasto externo (parte anterolateral del muslo) en los niños < 18 meses, y en el deltoides (parte superior del brazo) en los > 36 meses. Se discute el lugar idóneo para los niños de 18 a 36 meses. Algunos estudios sugieren que el área ventroglútea es la más apropiada en cualquier edad. Las agujas largas producen generalmente menos dolor y reacción local. Durante la inyección, la conducta de los padres influye claramente en la del niño ante el dolor. El exceso de tranquilización, las críticas o las disculpas parentales parecen aumentar la angustia del niño, mientras que el humor y la distracción tienden a reducirla. Las técnicas de distracción varían según la edad, el temperamento y los motivos de interés del niño, pero su eficacia viene apoyada por la literatura. Una solución azucarada instilada directamente en la boca o mediante un chupete reduce fiablemente los signos de angustia en los niños < 6 meses y debe utilizarse sistemáticamente. Aunque en la actualidad no se dispone de un anestésico tópico que sea perfecto, es muy recomendable emplearlo en los niños particularmente temerosos o con anteriores experiencias negativas. La presión local, aplicada con un dispositivo o con el dedo, disminuye claramente el dolor. Finalmente, en la época de las inyecciones múltiples, los padres parecen preferir que se administren simultáneamente, en vez de hacerlo de modo secuencial, si se dispone de personal suficiente. Las vacunaciones provocan angustia a muchos niños; hasta que aparezcan nuevos métodos, el uso sistemático de las técnicas de que se dispone puede re-

ducir significativamente la angustia asociada a estos procedimientos. *Pediatrics*. 2007;119:e1184-e1198.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1107](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1107)

**RESUMEN.** **Importancia del reconocimiento clínico del síndrome de Loeys-Dietz en el período neonatal.** Anji T. Yetman, MD, Rebecca S. Beroukhim, MD, Dunbar D. Ivy, MD, y David Manchester, MD.

Se describen aquí los casos de 5 pacientes que se presentaron con anomalías musculoesqueléticas en el período neonatal. En todos ellos se sospechó inicialmente un síndrome de Larsen o un síndrome de Beals, pero más tarde se halló una mutación *TGFBR2*, diagnóstica del síndrome de Loeys-Dietz. Los pacientes presentaron una dilatación aórtica progresiva que obligó a la intervención quirúrgica en 3 casos y dio lugar al fallecimiento de uno de ellos. El retraso en el diagnóstico del síndrome de Loeys-Dietz puede conducir a un pronóstico desfavorable. *Pediatrics*. 2007;119:e1199-e1202.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2886](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2886)

**RESUMEN.** **Diagnóstico de la inmunodeficiencia variable común en un paciente con discinesia ciliar primaria.** Edward W. Skorupinski, MD, Shiang-Ju Kung, MD, Ejaz Yousef, MD, y Stephen J. McGeady, MD.

En esta observación clínica describimos el primer caso en la literatura de un paciente con discinesia ciliar primaria e inmunodeficiencia variable común. Un niño de 17 años, diagnosticado previamente de síndrome de Kartagener y con neumopatía estable, presentó un curso con deterioro clínico que obligó a buscar un segundo diagnóstico. Aunque estos dos raros procesos pueden dar lugar a una patología pulmonar análoga, su pauta de tratamiento es diferente, lo cual ilustra sobre la necesidad de considerar los diagnósticos asociados en las situaciones clínicas complejas. *Pediatrics*. 2007;119:e1203-e1205.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2396](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2396)

**RESUMEN.** **Síndrome de Brugada enmascarado como convulsiones febriles.** Jonathan Robert Skinner, MB, ChB, FRACP, FRCPCH, MD, Seo-Kyung Chung, BSc, Carey-Anne Nel, BSc, MSc(MED), Andrew Neil Shellring, BPhEd, BSc, PhD, Jackie Robyn Crawford, NZCS, Neil McKenzie, MB, ChB, FRACP, Ralph Pinnock, MB, ChB, DCH(SA), MHSc, FRACP, John Kerswell French, BMedSc, MB, ChB, MSc, PhD, y Mark Ian Rees, BSc, PhD.

La fiebre puede provocar una taquicardia ventricular en adultos con síndrome de Brugada, pero esta asociación no se ha descrito en la infancia. Una niña de 21 meses de raza blanca presentó unos episodios repetidos de disminución de la conciencia y convulsiones febriles. Durante un episodio típico se documentó una taquicardia ventricular de ritmo rápido. El ECG de 12 derivaciones practicado en reposo reveló los signos de un síndrome de Brugada. Los ECG en reposo practicados al hermano y a la madre fueron normales, pero la fiebre en la madre y el estrés farmacológico con ajmalina en el hermano revelaron la presencia de signos ECG del síndrome de Brugada. Las pruebas genéticas revelaron una mutación *SCN5A* en los sujetos afectados de esta familia. *Pediatrics*. 2007;119:e1206-e1211.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2628](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2628)

**RESUMEN.** Linfohistiocitosis hemofagocítica y enfermedad linfoproliferativa ligada al cromosoma X, inducidas por el virus de Epstein-Barr: un simulador de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Matthew Mischler, MD, Geoffrey M. Fleming, MD, Thomas P. Shanley, MD, Lisa Madden, MD, John Levine, MD, Valerie Castle, MD, Alexandra H. Filipovich, MD, y Timothy T. Cornell, MD.

Una complicación rara de la infección por el virus de Epstein-Barr es el desarrollo de una linfohistiocitosis hemofagocítica. Aunque la mayoría de los casos de linfohistiocitosis hemofagocítica inducida por el virus de Epstein-Barr se desarrollan en individuos inmunocompetentes, la rara inmunodeficiencia con enfermedad linfoproliferativa ligada al cromosoma X se descubre a menudo por una infección por el virus de Epstein-Barr y es clínicamente indistinguible de la linfohistiocitosis hemofagocítica inducida por dicho virus. Describimos aquí el curso clínico y el

tratamiento empleado en un paciente de 17 años, previamente sano, que se presentó con un colapso hemodinámico y un síndrome de intensa respuesta inflamatoria sistémica a consecuencia de una hemofagocitosis masiva en el contexto de una enfermedad linfoproliferativa ligada al cromosoma X. Se instituyó un nuevo método terapéutico con anti-factor  $\alpha$  de necrosis tumoral, para atenuar el estado hiperinflamatorio inducido por el virus. Dado el parecido con una sepsis masiva, y dado también que el enfoque terapéutico es sustancialmente distinto, este caso ilustra sobre la importancia del reconocimiento precoz y el tratamiento sin demora para reducir la elevada morbilidad y mortalidad en relación con la linfohistiocitosis hemofagocítica y con la enfermedad linfoproliferativa ligada al cromosoma X, inducidas por el virus de Epstein-Barr. *Pediatrics*. 2007; 119:e1212-e1218.

**URL:** [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1534](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-1534)