

PEDIATRICS

páginas electrónicas

Las páginas electrónicas de PEDIATRICS representan la extensión en Internet de la Revista PEDIATRICS, proporcionando investigación pediátrica original a través de este emergente medio de comunicación.

Cada mes se publican en las páginas electrónicas de PEDIATRICS de 6 a 10 nuevos artículos revisados por expertos cubriendo importantes avances médicos. En esta sección de cada número de PEDIATRICS aparecen los resúmenes de los artículos de las páginas electrónicas de PEDIATRICS. Los artículos originales completos solamente se hallan disponibles en las páginas electrónicas de PEDIATRICS.

Las páginas electrónicas de PEDIATRICS incorporarán finalmente características especiales solamente disponibles a través de Internet, como potentes capacidades de búsqueda, documentos reservados on-line, avances especiales de números próximos de PEDIATRICS y de las páginas electrónicas de PEDIATRICS e hiperenlaces para la navegación ampliada.

Para el acceso a las páginas electrónicas de PEDIATRICS es necesario disponer de una conexión a Internet (disponible a partir de un suministrador de Internet o de un suministrador on-line) y de un World-Wide Web browser (una pieza de software diseñada para permitir el acceso y obrar recíprocamente con materiales del World-Wide Web). El lugar se halla localizado en <http://www.pediatrics.org> en el World-Wide Web.

Tabla de contenidos y resúmenes actuales

- e326 Comparación de la utilidad de un carro estándar de reanimación pediátrica con la de otro carro basado en la cinta Broselow: estudio clínico cruzado, controlado y con distribución al azar, incluidos los escenarios de reanimación simulados. Swati Agarwal, Suzanne Swanson, Allison Murphy, Kim Yaeger, Paul Sharek, y Louis P. Halamek
- e334 La pomada de tacrolimus al 0,03% es segura y eficaz en el tratamiento de la dermatitis atópica de leve a moderada en los pacientes pediátricos: resultados de un estudio clínico controlado con el vehículo de la pomada, doble ciego y con distribución al azar. Lawrence A. Schachner, Cindy Lamerson, Mary P. Sheenan, Mark Boguniewicz, Joy Mosser, Sharon Raimor, Toni Shull y Eileen Jaracz
- e343 Hipernatremia asociada con la lactancia materna: ¿estamos pasando por alto el diagnóstico? Michael L. Moritz, Mioara D. Manole, Debra Bogen y J. Carlos Ayus
- e348 Ejercicio con y sin bomba de insulina en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Gil Admon, Yitzhak Weinstein, Bareket Falk, Naomi Weintraub, Hadassa Benzaquen, Ragina Ofan, Gila Fayman, Levana Zigel, Naama Constantini y Moshe Phillip
- e356 Evolución de la hernia diafragmática congénita: estudio poblacional en Australia occidental. Joanne Colvin, Carol Bower, Jan E. Dickinson y Jenni Sokol
- e364 Peor calidad de vida en los niños recién diagnosticados del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en comparación con los niños asmáticos y los niños sanos. Rodrigo Escobar, César A. Soutullo, Amaia Hervas, Xavier Gastaminza, Pepa Polavieja e Inmaculada Gilaberte
- e370 Prevalencia de las armas de fuego y hábitos de su almacenamiento doméstico en los 50 Estados y el District of Columbia: hallazgos en el Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2002. Catherine A. Okoro, David E. Nelson, James A. Mercy, Lina S. Balluz, Alex E. Crosby y Ali H. Mokdad
- e377 Prevalencia incrementada de obesidad en niños con estreñimiento funcional valorados en un centro médico universitario. Dinesh S. Pashankar y Vera Loening-Baucke
- e381 Mayor prevalencia de sobrepeso en los niños usuarios de los centros de salud comunitarios. Nicolas Stettler, Michael R. Elliott, Michael J. Kallan, Steven B. Auerbach y Shiriki K. Kumanyika
- e389 Obesidad, sensación de vergüenza y depresión en los niños en edad escolar: un estudio de base poblacional. Rickard L. Sjöbert, Kent W. Nilsson y Jerzy Leppert
- e393 Estudio epidemiológico del síndrome del colon irritable en adolescentes y niños en China: un estudio basado en el marco escolar. Liu Dong, Li Dingguo, Xu Xiaoxing y Lu Hanming
- e397 La vacuna antigripal trivalente a base de virus vivos atenuados es segura en los niños sanos de 18 meses a 4 años, de 5-9 años y de 10-18 años de edad: estudio clínico abierto, sin distribución al azar y basado en la comunidad. Pedro A. Piedra, Manjusha J. Gaglani, Mark Riggs, Gayla Herschler, Charles Fewlass, Matt Watts, Claudia Kozinetz, Colin Hessel y W. Paul Glezen
- e408 Cambios en los serotipos de los neumococos colonizantes después de la vacuna PCV7 en 16 comunidades de Massachusetts (2001 y 2004). Susan S. Huang, Richard Platt, Sheryl L. Rifas-Shiman, Stephen I. Pelton, Donald Goldmann y Jonathan A. Finkelstein
- e414 Correlaciones psicosociales de la intención de paternidad por parte de los varones adolescentes. Cynthia Rosengard, Maureen G. Phipps, Nancy E. Adler y Jonathan M. Ellen
- e420 Biomarcadores séricos para identificar el síndrome torácico agudo entre los pacientes con drepanocitosis que se presentan en el servicio de urgencias. James T. Naprawa, Bema K. Bonsu, Deborah G. Goodman y Mark A. Ramalli
- e426 Necesidades dentales no cubiertas en los niños con requerimientos especiales de asistencia sanitaria: implicaciones para el hogar médico. Charlotte Lewis, Andrea S. Robertson y Suzanne Phelps
- e432 Contenido en energía y grasa de la leche materna exprimida en la lactancia prolongada. Dror Mandel, Ronit Lubetzky, Shaul Dollberg, Shimon Barak y Francis B. Mimouni
- e436 La presentación catastrófica del botulismo del lactante puede enmascarar o retrasar el diagnóstico. Wendy G. Mitchell y Linda Tseng-Ong
- e439 Enfermedad inflamatoria intestinal asintomática que se presentó con signos mucocutáneos. Sheila S. Galbraith, Beth A. Drolet, Subra Kugathasan, Amy S. Paller y Nancy B. Esterly
- e445 Mutación RAG1 nueva en un caso de inmunodeficiencia grave combinada. Junyan Zhang, Linda Quintal, Adelle Atkinson, Brent Williams, Eyal Grunebaum y Chaim M. Roifman
- e450 Dermatitis por el tinte de los pañales. Lauren Alberta, Susan M. Sweeney y Karen Wiss
- e453 Intoxicación aguda por vitamina D en un niño. Fermin Barrueto Jr, Helena H. Wang-Flores, Mary Ann Howland, Robert S. Hoffman y Lewis S. Nelson
- e457 Anomalia de DiGeorge completa en ausencia de hipocalcemia neonatal y defectos velofaciales y cardíacos. Salem Al-Tamemi, Bruce Mazer, David Mitchell, Pedro Albuquerque, Alessandra MV Ducan, Christine McCusker y Nada Jabado
- e461 Empiema intracaneal de origen sinusal en el niño. Noemi Adame, Gary Hedlund y Carrie L. Byington
- e468 Neoplasia endocrina múltiple tipo 2A en una familia con mutación C634Y. Malaka B. Jackson, Marta Guttenberg, Holly Hedrick y Thomas Moshang
- e472 Eritema pernio en pediatría. Tamara D. Simon, Jennifer B. Soep y J. Roger Hollister

RESUMEN. Comparación de la utilidad de un carro estándar de reanimación pediátrica con la de otro carro basado en la cinta Broselow: estudio clínico cruzado, controlado y con distribución al azar, incluidos los escenarios de reanimación simulados. Swati Agarwal, MD, Suzanne Swanson, MD, Allison Murphy, MD, Kim Yaeger, RN, Paul Sharek, MD, MPH, y Louis P. Halamek, MD. *Antecedentes.* El acceso al material de reanimación es un componente crítico para la prestación de una asistencia óptima en las situaciones de paro en pediatría. En los hospitales y clínicas infantiles se usa tradicionalmente un "carro estándar" de reanimación pediátrica, cuyos cajones están organizados según el tipo de intervención (p. ej., módulo de intubación, módulo intravenoso), lo que requiere que se abran múltiples cajones durante una reanimación. Sin embargo, en muchos servicios de urgencias se utiliza un carro de reanimación pediátrica basado en la cinta Broselow ("carro Broselow"), donde cada cajón se codifica con un color y está organizado según la talla y el peso del paciente; cada cajón contiene todo el equipo necesario para la reanimación de un paciente de una talla y un peso determinados. En una revisión de la bibliografía no se han hallado estudios para examinar la utilidad de uno y otro carro.

Objetivos. Comparar cuál es la organización del carro de reanimación (estándar o Broselow) que permite un acceso más rápido al equipo, una selección más precisa del material de tamaño apropiado y una mayor satisfacción del usuario.

Metodología. Se realizó un estudio clínico prospectivo, cruzado, controlado y con distribución al azar, en el que a 21 profesionales de la asistencia sanitaria pediátrica se les asignó el papel de obtener el equipo apropiado durante 2 reanimaciones estándares simuladas, utilizando alternativamente el carro estándar o el de Broselow. Se determinó el tiempo empleado y la exactitud al elegir el equipo médico apropiado, así como el grado de satisfacción después de la prueba. Todas las simulaciones se llevaron a cabo en el Center for Advanced Pediatric Education, Stanford University Medical Center, una organización de adiestramiento diseñada para reproducir el ambiente médico real con grabación en vídeo de los escenarios.

Resultados. De los 21 sujetos, el 62% señaló que el carro Broselow era "fácil" o "muy fácil" de usar, frente al 33% que halló dicha facilidad con el carro estándar. De los 21 sujetos, el 67% prefirió el carro Broselow, el 10% prefirió el carro estándar y el 23% no demostró preferencia por uno u otro. El material de intubación y de sondas nasogástricas se encontró con una rapidez significativamente mayor con el carro Broselow (tiempo medio, 29,1 y 20 s, respectivamente), en comparación con el carro estándar (tiempo medio, 38,7 y 38,2 s, respectivamente). Se halló el equipo correcto en el 99% de las ocasiones con el carro Broselow, frente al 83% con el carro estándar. El 10% de los sujetos tenían experiencia previa con el carro Broselow, frente al 62% con el carro estándar.

Conclusiones. A pesar de tener menos experiencia previa con el carro Broselow, los sujetos del estudio lo hallaron más fácil de usar y lo prefirieron al carro estándar. Además, los sujetos localizaron el equipo de intubación y las sondas nasogástricas con una rapidez significativamente mayor con el carro Broselow y también encontraron el equipo adecuado significativamente más a menudo con este carro. Estos datos sugieren que en los puntos de asistencia a los pacientes pediátricos debería considerarse la organización del carro de reanimación según el modelo

Broselow, con el fin de mejorar la confianza del profesional sanitario y la seguridad del paciente. *Pediatrics* 2005;116:e326-e33.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0320

RESUMEN. La pomada de tacrolimus al 0,03% es segura y eficaz en el tratamiento de la dermatitis atópica de leve a moderada en los pacientes pediátricos: resultados de un estudio clínico controlado con el vehículo de la pomada, doble ciego y con distribución al azar. Lawrence A. Schachner, MD, Cindy Lamerson, MD, Mary P. Sheehan, MD, Mark Boguniewicz, MD, Joy Mosser, MD, Sharon Raimer, MD, Toni Shull, RN, y Eileen Jaracz, PharmD, en representación del US Tacrolimus Ointment Study Group. *Objetivo.* El presente estudio se diseñó para comparar la seguridad y la eficacia de la pomada de tacrolimus al 0,03% con las del vehículo de la pomada, para el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) de leve a moderada en los pacientes pediátricos.

Métodos. Un total de 317 pacientes (de 2-15 años) con una DA de leve a moderada se distribuyeron al azar para recibir 2 veces al día la pomada de tacrolimus o el vehículo de la misma, en un estudio multicéntrico y doble ciego, de 6 semanas de duración. En situación basal, así como al cuarto día y a las 2, 4 y 6 semanas, se realizaron las valoraciones de eficacia, entre las que se incluyeron el Investigators' Global Atopic Dermatitis Assessment (IGADA), el área de eccema y la gravedad del índice, el porcentaje del área de la superficie corporal total afectada y la valoración del paciente sobre el prurito. Para valorar la seguridad se registraron los fenómenos cutáneos adversos.

Resultados. Al final del estudio, el 50,6% (80 de 158) de los pacientes presentó un resultado satisfactorio del tratamiento con pomada de tacrolimus, según las puntuaciones del Investigators' Global Atopic Dermatitis Assessment, lo que constituye una mejoría significativa en comparación con los pacientes que recibieron el vehículo de la pomada (25,8% [41 de 159]). El porcentaje de mejoría a partir de la situación basal, según las puntuaciones del área del eccema y del índice de gravedad, fue también significativamente mayor en los pacientes tratados con tacrolimus (54,8%) en comparación con los pacientes que recibieron el vehículo de la pomada (20,8%). También se observó una mejoría significativa en el porcentaje de superficie corporal afectada en los pacientes tratados con tacrolimus (disminución del 50,5% a partir de la situación basal) en comparación con los que recibieron el vehículo (16,4%). Las puntuaciones del prurito señaladas por los pacientes fueron significativamente más bajas en los tratados con tacrolimus (2,1) en comparación con los que recibieron el vehículo (3,7). En conjunto, la incidencia descrita de fenómenos adversos cutáneos fue similar en ambos grupos de tratamiento. No se observaron diferencias significativas en la incidencia de sensaciones de quemazón o de escozor entre los 2 grupos. Un número significativamente menor de pacientes tratados con tacrolimus suspendieron prematuramente el tratamiento por presentar fenómenos cutáneos adversos o un mayor prurito y eritema en el lugar de la aplicación.

Conclusión. La monoterapia con pomada de tacrolimus al 0,03% es un tratamiento alternativo seguro y eficaz para los pacientes pediátricos con una DA de leve a moderada. *Pediatrics* 2005;116:e334-e42.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2638

RESUMEN. Hipernatremia asociada con la lactancia materna: ¿estamos pasando por alto el diagnóstico? Michael L. Moritz, MD, Mioara D. Manole, MD, Debra Bogen, MD, y J. Carlos Ayus, MD. *Objetivo.* Valorar la incidencia y las complicaciones de la deshidratación hipernatémica asociada con la lactancia materna en los recién nacidos hospitalizados.

Diseño del estudio. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el Children's Hospital of Pittsburgh que cubría un período de 5 años, para identificar a los recién nacidos (< 29 días de vida) a término o cercanos a término (≥ 35 semanas de gestación), por lo demás sanos, alimentados al pecho y que ingresaron con una concentración de sodio sérico ≥ 150 mEq/l sin explicación para su hipernatremia, a excepción de un aporte lácteo insuficiente.

Resultados. La incidencia de deshidratación hipernatémica asociada con la lactancia materna entre 3.718 recién nacidos a término y cercanos a término hospitalizados fue del 1,9% (n = 70). Estos niños nacieron principalmente de madres primíparas (87%) y que recibieron el alta en el plazo de 48 h después del parto (90%). El síntoma de presentación más frecuente fue la ictericia (81%). El 63% de los niños se estudiaron por sospecha de sepsis, y se les realizó una punción lumbar. Ninguno de ellos presentó bacteriemia o meningitis. Los niños presentaron una hipernatremia de intensidad moderada (mediana, 153 mEq/l; rango, 150-177), con una pérdida media de peso del 13,7%. Aparecieron complicaciones no metabólicas en el 17% de los niños, y las más frecuentes fueron las crisis de apnea y/o la bradicardia. No hubo fallecimientos.

Conclusión. La deshidratación hipernatémica que requiere hospitalización es frecuente en los recién nacidos alimentados al pecho. Es necesario incrementar los esfuerzos para conseguir una lactancia materna satisfactoria. *Pediatrics* 2005;116:e343-e7.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2647

RESUMEN. Ejercicio con y sin bomba de insulina en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Gil Admon, MD, MHA, Yitzhak Weinstein, PhD, Barek Falk, PhD, Naomi Weintrob, MD, Hadassa Benzaquen, CDE, Ragina Ofan, BSN, Gila Fayman, BSC, Levana Zigel, BSC, Naama Constantini, MD, y Moshe Phillip, MD. *Antecedentes.* Aunque el uso de bombas de insulina se está convirtiendo en una técnica popular para la administración de insulina en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), no hay acuerdo sobre las pautas para su utilización correcta durante el ejercicio.

Objetivo. Investigar la respuesta fisiológica y el riesgo de hipoglucemia en los niños y adolescentes con DM1 al hacer ejercicio con la bomba en función (BF) (el 50% de la tasa basal) o desconectada (BD).

Métodos. Diez sujetos (6 varones y 4 mujeres) de 10-19 años, y afectados de DM1, realizaron un ejercicio fisiológico (40-45 min) en una bicicleta ergométrica unas 2 h después de tomar un desayuno estándar y de aplicarles un bolo de insulina (Lispro). Los pacientes tomaron hidratos de carbono complejos (20 g) antes y después del ejercicio. Cada paciente realizó la prueba una vez con la BF y otra vez con la BD, de un modo aleatorio y cruzado (ciego simple). Durante el ejercicio y después de 45 min de recuperación, se controlaron las respuestas cardiorrespiratorias, metabólicas y hormonales de los sujetos. Durante las 24 h

posteriores al ejercicio se investigó la concentración de glucemia mediante un sistema de monitorización continua de la glucosa, con el fin de comprobar la aparición de episodios tardíos de hipoglucemia.

Resultados. Durante el ejercicio, las concentraciones de glucosa disminuyeron en 59 ± 58 mg/dl (media \pm desviación estándar [DE], $29 \pm 24\%$) con la BD y en 74 ± 51 mg/dl ($35,5 \pm 18\%$) con la BF (no significativo). No se observaron diferencias significativas en los valores de cortisol, hormona de crecimiento y noradrenalina entre las situaciones de BF y BD. Tampoco se observaron diferencias en los parámetros cardiorrespiratorios o en las concentraciones de lactato y de ácidos grasos libres en sangre entre las 2 situaciones de la bomba. Los episodios de hipoglucemia durante el ejercicio fueron asintomáticos y aparecieron en 2 sujetos con la BF y en otros 2 con la BD. Nueve sujetos presentaron una hipoglucemia tardía tras la situación de BF, en comparación con 6 sujetos tras la situación de BD (no significativo).

Conclusiones. No se observó ninguna ventaja con la BF o la BD durante el ejercicio. La hipoglucemia tardía fue más frecuente que la hipoglucemia durante el ejercicio. Sin embargo, la situación de BF se asoció con una tendencia a presentar un mayor riesgo de hipoglucemia tardía. Se recomienda retirar la bomba o desconectarla durante el ejercicio prolongado, además de controlar la glucemia durante varias horas después del ejercicio, sea cual sea la situación de la bomba. *Pediatrics* 2005;116:e348-e55.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2428

RESUMEN. Evolución de la hernia diafragmática congénita: estudio poblacional en Australia occidental. Joanne Colvin, MB, BS, Carol Bower, PhD, Jan E. Dickinson, MD, y Jenni Sokol, FRACP. *Objetivos.* En muchos informes recientes se han observado unas mayores tasas de supervivencia para la hernia diafragmática congénita (HDC). Ello se ha basado, en gran parte, en datos institucionales, que a menudo adolecen de un sesgo en la selección de los casos. El objetivo del presente estudio consistió en comprobar la verdadera incidencia, el tratamiento y la evolución de la HDC durante un período de 12 años en una población limitada geográficamente, así como en determinar sus tendencias de cambio durante dicho período. También se trató de averiguar cuáles eran los factores prenatales y posnatales que se asociaron con la morbilidad y mortalidad en estos niños.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de todos los casos de HDC observados en Australia occidental desde 1991 a 2002. Los casos se identificaron a partir de 5 bases de datos independientes, incluido el Western Australian Birth Defects Registry, dentro de la red sanitaria de Australia occidental. Se identificaron todos los fetos y recién nacidos diagnosticados de HDC en Australia occidental durante dicho período, incluidos los abortos espontáneos, los nacidos muertos y los abortos provocados en los que se había diagnosticado una HDC fetal, así como en los diagnosticados después del nacimiento. También se incluyeron los casos en los que no se conoció el diagnóstico de HDC hasta el momento de la necropsia. Se excluyó del estudio a los niños con eventración diafragmática. Se obtuvo una detallada información mediante la revisión de las historias clínicas de la madre y del niño.

Resultados. Se identificaron 116 casos de HDC. De ellos, 71 (61%) nacieron vivos y 37 sobrevivieron más de

un año (el 52% de los nacidos vivos, el 32% de todos los casos de HDC). En 38 fetos (33%) se provocó el aborto, 4 (3%) abortaron espontáneamente y 3 (3%) nacieron muertos. En 54 (47%) casos había otras malformaciones congénitas mayores. En 21 (18%) casos dichas malformaciones eran probablemente letales. De todos los casos con otras malformaciones mayores, fallecieron 42 (78%). En 27 (71%) de 38 fetos en los que se provocó el aborto había otras anomalías mayores. En 23 (32%) recién nacidos vivos había otras anomalías mayores (4 de las cuales se consideraron como letales), aunque ello no influyó en su supervivencia. El 53% de los casos se diagnosticaron prenatalmente y en el 49% de estos embarazos se provocó el aborto. De los recién nacidos con HDC diagnosticada prenatalmente, 10 (33%) sobrevivieron más de 1 año. La edad gestacional no influyó en la supervivencia de los nacidos vivos. Se logró el diagnóstico prenatal en 55 casos (47%), 41 (74%) de los cuales nacieron vivos y fueron diagnosticados clínicamente después del nacimiento. En los 14 casos restantes se llegó al diagnóstico en el examen necrópsico de fetos en los que se provocó el aborto por otros motivos (8 casos) o tras abortos espontáneos o recién nacidos muertos (5 casos). Se observaron diferencias significativas entre los nacidos vivos diagnosticados prenatal y posnatalmente. Los primeros presentaron una tasa de supervivencia significativamente reducida (el 33 frente al 66% en los segundos). Los nacidos vivos diagnosticados prenatalmente presentaron un peso al nacimiento más bajo y una menor edad gestacional. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos en cuanto al inicio del parto (espontáneo o inducido) o la tasa de cesáreas electivas. Los nacidos vivos diagnosticados prenatalmente presentaron una probabilidad más elevada de nacer en un centro perinatal de nivel terciario y fueron intubados con más frecuencia al nacer. No se hallaron diferencias en las puntuaciones de Apgar a 1 y 5 min entre los grupos. De 71 nacidos vivos, 37 (52%) sobrevivieron más de un año. La mayoría de los fallecimientos ocurrieron durante los primeros 7 días de vida (44%). Se produjeron fugas preoperatorias de aire en 16 (22%) niños, de los que fallecieron 14 (88%). Los factores que predijeron la mortalidad de los nacidos vivos incluyeron el diagnóstico prenatal, la hernia derecha, las fugas aéreas importantes, la baja edad gestacional, el bajo peso al nacer y las puntuaciones de Apgar bajas a 1 y 5 min. En el transcurso de la década se observó un aumento significativo en la proporción de casos en que se realizó el diagnóstico de HDC mediante la ecografía prenatal, así como en el número de nacidos vivos en el centro perinatal de nivel terciario. La mortalidad de todos los casos y de los nacidos vivos, así como la proporción de casos diagnosticados prenatalmente en los que se provocó el aborto, fueron mayores en la última época, aunque no de un modo significativo.

Conclusiones. Se trata de un estudio global de tipo poblacional sobre la hernia diafragmática congénita, con plena comprobación de los casos, un gran tamaño de la muestra y unos datos completos sobre la evolución de todos los casos. En la mayoría de los estudios publicados sobre la HDC se examinan poblaciones específicas de pacientes, como los recién nacidos remitidos a centros de cirugía pediátrica de nivel terciario. Estos estudios adolecen invariablemente de no detectar la mortalidad de los casos con HDC que fallecen antes de su llegada al centro de referencia, ya sea por provocación del aborto, por muerte fetal *in*

utero o por muerte posnatal previa al transporte. Al excluir estos casos del cálculo de mortalidad se produce un sesgo de selección significativo. En el presente estudio, el 35% de los nacidos vivos fallecieron antes de ser remitidos. La población de niños que llegaron al centro quirúrgico terciario representó sólo el 40% del total de casos de HDC. *Pediatrics* 2005;116:e356-e63.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2845

RESUMEN. Peor calidad de vida en los niños recién diagnosticados del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en comparación con los niños asmáticos y los niños sanos. Rodrigo Escobar, MD, César A. Soutullo, MD, PhD, Amaia Hervas, MD, Xavier Gastaminza, MD, Pepa Polavieja, BSc, e Inmaculada Gilaberte, MD. **Objetivo.** Valorar la calidad de vida (CV) en los niños que presentan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) recién diagnosticado y no tratado, en comparación con los niños asmáticos y los sanos.

Métodos. El presente estudio prospectivo de casos y controles incluyó un grupo de 120 niños de 6-12 años con un diagnóstico reciente de TDAH, según la cuarta edición del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". Los sujetos se emparejaron por edad, sexo y área sanitaria con 2 grupos control, es decir, 93 niños asmáticos y 120 niños sanos. Se recogieron las características sociodemográficas y las puntuaciones del Child Health Questionnaire.

Resultados. En la mayoría de los dominios del Child Health Questionnaire, la CV de los niños con TDAH obtuvo una puntuación peor que la de los niños asmáticos y la de los niños sanos. Las mayores diferencias se hallaron en la conducta, las limitaciones sociales por problemas físicos, el impacto emocional sobre los padres y las actividades familiares. Casi todos los dominios psicosociales se afectaron en mayor grado en comparación con los niños asmáticos y ocurrió lo propio con los dominios psicosociales y físicos en relación con los niños sanos.

Conclusiones. El TDAH interfiere en la vida cotidiana de los niños, de los padres y de las familias aún más que en el asma, principalmente en las áreas relacionadas con el funcionalismo psicosocial, aunque también se observaron pruebas de un peor funcionalismo físico. El retraso en reconocer, valorar y tratar los casos de TDAH puede influir negativamente en la CV de estos niños. *Pediatrics* 2005;116:e364-e9.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0386

RESUMEN. Prevalencia de las armas de fuego y hábitos de su almacenamiento doméstico en los 50 Estados y el District of Columbia: hallazgos en el Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2002. Catherine A. Okoro, MS, David E. Nelson, MD, MPH, James A. Mercy, PhD, Lina S. Balluz, SCD, Alex E. Crosby, MD, MPH, y Ali H. Mokdad, PhD. **Objetivos.** Examinar la prevalencia de las armas de fuego y los hábitos de su almacenamiento doméstico en los 50 Estados y el District of Columbia y estimar el número de niños expuestos a los hábitos de almacenamiento inseguros.

Métodos. Se analizaron los datos del Behavioral Risk Factor Surveillance System, encuesta de corte transversal realizada en 2002 en 240.735 adultos mediante llamadas

telefónicas al azar en los 50 Estados y el District of Columbia.

Resultados. El 32,6% de los adultos informaron de que tenían armas de fuego en el hogar o en sus inmediaciones. Su prevalencia osciló entre el 5,2% en el District of Columbia y el 62,8% en Wyoming (mediana, 40,8%). La prevalencia de adultos con armas de fuego cargadas en el hogar osciló entre el 1,6% en Hawaii, Massachusetts y New Jersey, y el 19,2% en Alabama (mediana, 7,0%); la prevalencia de adultos con armas de fuego, cargadas o descargadas, en el hogar osciló entre el 0,4% en Massachusetts y el 12,7% en Alabama (mediana, 4,2%). Entre los adultos con niños y jóvenes menores de 18 años, la prevalencia de armas de fuego cargadas en el hogar osciló entre el 1,0 y el 13,4% (mediana, 5,3%), y la prevalencia de armas de fuego, cargadas o descargadas, en el hogar osciló entre el 0,3 y el 7,3% (mediana, 2,3%); en ambos casos, la prevalencia más baja se observó en Massachusetts, y la más elevada en Alabama. Los hallazgos indican que aproximadamente 1,69 millones (intervalo de confianza del 95%, 1,57-1,82) de niños y jóvenes estadounidenses menores de 18 años viven con armas de fuego cargadas o descargadas en el hogar.

Conclusiones. Hay variaciones importantes en la prevalencia de armas de fuego y en los hábitos de su almacenamiento. Es muy importante que los sistemas de control, como BRFSS, continúen inspeccionando la prevalencia y los hábitos mencionados, de modo que las futuras intervenciones para promover un almacenamiento seguro de las armas de fuego puedan valorarse y llevarse a cabo de un modo más generalizado basándose en su eficacia. *Pediatrics* 2005;116:e370-e6.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0300

RESUMEN. Prevalencia incrementada de obesidad en niños con estreñimiento funcional valorados en un centro médico universitario. Dinesh S. Pashankar, MD, MRCP, y Vera Loening-Baucke, MD. **Objetivo.** La prevalencia de obesidad infantil, rápidamente creciente, constituye el problema más importante que afrontan los pediatras en la actualidad. Un estudio reciente sugirió la asociación entre la obesidad y el estreñimiento en la edad infantil, pero dicho estudio carecía de un grupo de control. Los objetivos de la presente investigación consistieron en valorar la prevalencia de obesidad en una numerosa cohorte de niños con estreñimiento funcional y compararla con un grupo de control representativo de la población general.

Métodos. Se efectuó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 719 niños de 4 a < 18 años de edad con estreñimiento funcional crónico, atendidos en las consultas de pediatría general y de gastroenterología pediátrica entre julio de 2002 y junio de 2004. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC) y signos y síntomas de estreñimiento, incluida la incontinencia fecal. La obesidad se definió como un IMC superior al percentil 95, y la obesidad grave como un IMC ≥ 5 , por encima del percentil 95 para la edad y el sexo. El grupo control estuvo formado por los 930 niños (4 a < 18 años) que se presentaron en la consulta pediátrica para una visita de puericultura entre enero y junio de 2004. Para el análisis se utilizaron las pruebas de la χ^2 y de la t.

Resultados. La prevalencia global de obesidad fue significativamente más elevada en los niños con estreñimiento

(22,4%) en comparación con los del grupo control (11,7%), y esta mayor prevalencia se observó también en la obesidad grave. Las tasas de prevalencia de obesidad fueron significativamente más elevadas en los varones estreñidos (25%) que en las mujeres estreñidas (19%), y también lo fueron en comparación con los varones del grupo control (13,5%) y las mujeres del grupo control (9,8%), respectivamente. En los 3 grupos de edades, los varones estreñidos presentaron unas tasas de obesidad significativamente más elevadas que los varones de control, mientras que en las mujeres estreñidas se observaron unas tasas de obesidad significativamente más elevadas en las edades de 8 a < 18 años. La incontinencia fecal (encopresis) se observó en 334 de los 719 (46%) niños estreñidos. La prevalencia de obesidad fue similar en los niños estreñidos con o sin incontinencia fecal.

Conclusión. La prevalencia de obesidad es significativamente más elevada en los sujetos con estreñimiento, tanto en los varones (4 a < 18 años) como en las mujeres (8 a < 18 años), y no está relacionada con la presencia de incontinencia fecal en los niños estreñidos. La mayor prevalencia de obesidad puede ser debida a factores dietéticos, al nivel de actividad o a influencias hormonales, y precisa una ulterior valoración. *Pediatrics* 2005;116:e377-e80.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0490

RESUMEN. Mayor prevalencia de sobrepeso en los niños usuarios de los centros de salud comunitarios. Nicolas Stettler, MD, MSCE, Michael R. Elliott, PhD, Michael J. Kallan, MS, Steven B. Auerbach, MD, MPH, y Shiriki K. Kumanyika, PhD, MPH. **Objetivo.** Ante la creciente prevalencia de la obesidad infantil, es importante identificar las poblaciones de niños con alto riesgo con el fin de dirigir los limitados recursos disponibles hacia la prevención y el tratamiento de los más vulnerables. Los objetivos del presente estudio consistieron en determinar la prevalencia de sobrepeso en los niños usuarios de los centros de salud comunitarios en zonas con escasez de prestaciones médicas, situadas en las Regions II and III de la Health Resources and Service Administration (Mid-Atlantic y Puerto Rico), así como comparar dicha prevalencia con los datos representativos a escala nacional y contrastar los datos de prevalencia entre diferentes áreas geográficas y grupos raciales y étnicos.

Métodos. Se resumieron las historias clínicas de una muestra representativa de 2.474 niños que en 2001 fueron usuarios de 30 centros de salud comunitarios, para recoger los datos de talla y peso que se determinaron clínicamente. Se definió el sobrepeso como un índice de masa corporal \geq percentil 95 de una población de referencia. Para lograr una estimación del sobrepeso no sesgada, se utilizaron múltiples atribuciones para los datos que faltaban. Estos datos se compararon con la National Health and Nutrition Examination Survey de 1999-2002.

Resultados. La prevalencia de sobrepeso fue elevada en esta muestra de niños de 2-5 años (21,8%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 19,1-24,8) y de 6-11 años (23,8%; IC del 95%, 16,9-27,7), en comparación con la National Health and Nutrition Examination Survey de 1999-2002 (10,3 y 15,8%, respectivamente). No se observaron diferencias significativas de la prevalencia entre los niños asiático-americanos (18,2%; IC del 95%, 11,2-28,3), hispanos

(24,6%; IC del 95%, 21,3-28,2), de raza negra no hispanos (25,6%; IC del 95, 20,8-30,9) y de raza blanca no hispanos (22,8%; IC del 95%, 19,0-27,0). Además, tampoco se hallaron diferencias de prevalencia entre los niños que utilizaban los centros de salud comunitarios de las zonas continentales urbanas (23,7%; IC del 95%, 20,6-27,2), suburbanas (24,0%; IC del 95%, 20,0-28,5) o rurales (22,9%; IC del 95%, 19,3-26,9).

Conclusiones. El presente estudio identificó una población de niños con riesgo particularmente elevado de obesidad, basado en el tipo de sistema sanitario que utilizan, independientemente de su raza/etnia y de las características geográficas. Dado que los centros de salud comunitarios poseen experiencia en las cuestiones preventivas y atienden a más de 4,7 millones de niños en Estados Unidos, pueden ser un punto de acceso y un ámbito especialmente prometedores para la prevención de la obesidad infantil. *Pediatrics* 2005;116:e381-e8.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0104

RESUMEN. Obesidad, sensación de vergüenza y depresión en los niños en edad escolar: un estudio de base poblacional. Rickard L. Sjöbert, MD, PhD, Kent W. Nilsson, BA, y Jerzy Leppert, MD, PhD. **Objetivos.** Investigar si hay alguna asociación entre la obesidad en el adolescente y la depresión en una población no clínica, y también si la situación psicosocial y económica y las experiencias subjetivas de vergüenza (ser menospreciado o ridiculizado por otros) pueden ser responsables de dicha asociación.

Método. Se examinaron las asociaciones entre el índice de masa corporal (IMC) comunicado por el sujeto y la depresión, después de controlar los factores del sexo, sensación de vergüenza, clase de trabajo de los padres, separación de éstos y situación económica. El estudio se realizó sobre una muestra de 4.703 adolescentes (el 71% de la población investigada de estudiantes de 15 y 17 años de edad en un condado sueco) que cumplimentaron la encuesta Survey of Adolescent Life in Vestmanland 2004.

Resultados. La obesidad estuvo relacionada significativamente con la depresión y con los síntomas depresivos en los adolescentes de 15 y 17 años de edad. La obesidad también se asoció significativamente con las experiencias de vergüenza. Todas las asociaciones significativas entre los grupos de IMC y la depresión, definida ésta según la cuarta edición del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", desaparecieron después de controlar los factores de experiencias vergonzantes, clase de trabajo de los padres y separación de éstos. Los adolescentes con muchas experiencias vergonzantes presentaron un riesgo incrementado (*odds ratio* = 11,3; intervalo de confianza del 95%, 8,3-14,9) de estar deprimidos.

Conclusiones. Hay una asociación estadísticamente significativa entre la obesidad y la depresión en el adolescente. Los efectos de las experiencias vergonzantes, la separación de los padres y la clase de trabajo de éstos pueden explicar esta asociación. Los resultados sugieren que, en algunas ocasiones, el tratamiento clínico de la obesidad no es simplemente una cuestión de dieta y ejercicio, sino también de afrontar los temas de la vergüenza y el aislamiento social. *Pediatrics* 2005;116:e389-e92.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0170

RESUMEN. Estudio epidemiológico del síndrome del colon irritable en adolescentes y niños en China: un estudio basado en el marco escolar. Liu Dong, MD, Li Dingguo, MD, Xu Xiaoxing, MD, y Lu Hanming, MD. **Objetivos.** Investigar la prevalencia del síndrome de colon irritable (SCI), las características de su distribución en los adolescentes y niños en China y sus factores desencadenantes.

Métodos. Se trata de un estudio estratificado con distribución al azar, según muestras agrupadas, en 5.403 sujetos de 6-18 años de edad que eran alumnos de 9 escuelas, realizado en la provincia de Heilongjiang y en Shanghai. Los sujetos estudiados cumplimentaron un cuestionario. El SCI se diagnosticó según los criterios Rome II.

Resultados. La prevalencia del SCI, según los criterios Rome II, en adolescentes y niños en China fue del 13,25%. La proporción entre varones y mujeres fue de 1:1,8. En comparación con Shanghai (11,72%), se observó una prevalencia más elevada del SCI (14,02%) en la provincia de Heilongjiang. La prevalencia en los niños de ≤ 12 años no fue significativamente mayor que en los adolescentes de ≥ 13 años (11,86 y 11,44%, respectivamente). La prevalencia del SCI en los estudiantes pertenecientes a minorías (21,15%) no fue significativamente mayor que en los de raza Han (16,08%). El presente estudio indica que los factores psicológicos, los hábitos alimentarios, el ambiente exterior deficiente, los hábitos personales y los condicionamientos de la familia podrían ser unos factores contribuyentes importantes y que la exposición al frío (*odds ratio* = 2,83) sería el factor más destacado.

Conclusión. El SCI es un trastorno frecuente en los adolescentes y niños en China. La prevalencia del SCI a estas edades osciló según el área geográfica. Este estudio indica que el SCI en los adolescentes y niños podría tener relación con los factores psicológicos, los hábitos alimentarios, el ambiente exterior deficiente y los condicionamientos de la familia. *Pediatrics* 2005;116:e393-e6.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2764

RESUMEN. La vacuna antigripal trivalente a base de virus vivos atenuados es segura en los niños sanos de 18 meses a 4 años, de 5-9 años y de 10-18 años de edad: estudio clínico abierto, sin distribución al azar y basado en la comunidad. Pedro A. Piedra, MD, Manjusha J. Gagliani, MBBS, Mark Riggs, PhD, Gayla Herschler, MSN, RNC, Charles Fewlass, BS, Matt Watts, MPH, Claudia Kozinetz, PhD, Colin Hessel, MS, y W. Paul Glezen, MD. **Objetivo.** Los casos mortales por gripe en niños sanos, descritos durante la epidemia gripal de 2003-2004, atrajeron la atención de la población sobre la gravedad de la gripe a estas edades. En 1996-1998 se llevó a cabo un estudio clínico fundamental de fase III en niños de 15-71 meses de edad y se demostró que la vacuna antigripal trivalente a base de virus vivos atenuados (ATVVA) era segura y eficaz. En otro estudio posterior, con distribución al azar, doble ciego y controlado con placebo, sobre la vacuna ATVVA en niños de 1-17 años, se observó un aumento estadísticamente significativo de fenómenos asmáticos en los niños menores de 59 meses. Por esta causa, esta vacuna no se autorizó para los niños menores de 5 años de edad. En la presente comunicación se informa sobre el estudio a mayor escala realizado hasta la fecha con respecto a la seguridad de la vacuna ATVVA, recientemente autorizada, en niños de 18 meses a 4 años, de 5-9 años y de 10-18 años de edad, en un estudio clínico

efectuado durante 4 años (1998-2002) basado en la comunidad, que se llevó a cabo en el Scott & White Memorial Hospital and Clinic (Temple, Texas).

Métodos. Antes de la autorización de la vacuna ATVVA, se realizó un ensayo clínico sobre ella en la comunidad, de carácter abierto y sin distribución al azar. Se investigaron las historias clínicas de todos los niños en busca de efectos secundarios graves (ESG), 6 semanas después de la vacunación. Para valorar la utilización de los servicios sanitarios se determinó el riesgo relativo de sufrir enfermedades respiratorias agudas que precisaron asistencia médica (ERAAM) y las tasas de asma al cabo de 0-14 días y 15-42 días de la vacunación, en comparación con las tasas previas a ésta. Se revisaron las historias clínicas de todas las visitas codificadas como asma, para clasificar adecuadamente los fenómenos (asma aguda u otro). Se valoró el riesgo de ERAAM de 0-14 días y de 15-42 días después de la vacuna ATVVA, siguiendo un método similar al utilizado en el análisis posterior a la autorización de las vacunas triple vírica (sarampión-rubéola-parotiditis) y difteria-tétanos-tosferina de células completas.

Resultados. Se administró a todos los niños, independientemente de su edad, una dosis intranasal única de vacuna ATVVA en cada año vacunal. En los 4 años del estudio, se administraron 18.780 dosis de vacuna ATVVA a 11.096 niños. Se administraron 4.529, 7.036 y 7.215 dosis de la vacuna a los niños de 18 meses a 4 años, 5-9 años y 10-18 años, respectivamente. En el primero, segundo, tercero y cuarto año de vacunación, se identificaron 10, 15, 11 y 6 ESG, respectivamente, ninguno de los cuales fue atribuible a la vacuna ATVVA. En el primero, segundo, tercero y cuarto año de vacunación, se identificaron, entre las adolescentes, 3, 2, 1 y 0 embarazos, respectivamente; todas ellas dieron a luz niños sanos. Durante los 4 años, se valoró en los vacunados el riesgo relativo de ERAAM entre 0-14 días y 15-42 días después de la vacuna ATVVA. En comparación con el período previo a la vacunación, en los 4 años vacunales no se observó ningún aumento significativo en el riesgo de ERAAM entre 0-14 días y 15-42 días después de la vacunación en los niños de 18 meses a 4 años, 5-9 años y 10-18 años de edad. En comparación con el período previo a la vacunación, en los niños de 18 meses a 4 años de edad no se observó un aumento significativo en los riesgos de ERAAM, ni tampoco de las subcategorías de ERAAM (otitis media/sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas y enfermedades de las vías respiratorias bajas) o de asma entre los 0 y 14 días después de la vacunación. No se detectó ningún aumento significativo en el riesgo de ERAAM, subcategorías de ERAAM o asma cuando el período de riesgo se prolongó hasta los 15-42 días después de la vacunación, a excepción de los fenómenos asmáticos en el primer año. En dicho año se detectó un riesgo relativo (RR) de 2,85 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,01-8,03) para los fenómenos asmáticos en los niños de 18 meses a 4 años de edad, pero no se observó ningún aumento significativo en los otros 3 años vacunales (segundo año, RR = 1,42; IC del 95%, 0,59-3,42; tercer año, RR = 0,47; IC del 95%, 0,12-1,83; cuarto año, RR = 0,20; IC del 95%, 0,03-1,54). No se observó ningún aumento significativo en el riesgo de ERAAM o asma en los niños de 18 meses a 18 años de edad que recibieron 1, 2, 3 o 4 dosis secuenciales de vacuna ATVVA. Los niños de 18 meses a 4 años de edad que recibieron 1, 2, 3 o 4 dosis secuenciales de vacuna ATVVA no presentaron ningún au-

mento significativo en el riesgo relativo de ERAAM de 0-14 días después de la vacunación, al igual que los niños de 5-9 años y 10-18 años.

Conclusiones. No se observó ningún aumento en el riesgo relativo de fenómenos asmáticos entre los 0 y 14 días después de la vacunación en niños de 18 meses a 4 años, 5-9 años y 10-18 años de edad. En el primer año vacunal, los niños de 18 meses a 4 años de edad presentaron un RR significativamente más elevado (2,85; IC del 95%, 1,01-8,03) para los fenómenos asmáticos entre los 15 y 42 días después de la vacunación. En el segundo año vacunal, la formulación de la vacuna ATVVA fue idéntica a la del primer año; sin embargo, en los niños de 18 meses a 4 años de edad no se observó ningún aumento significativo de los fenómenos asmáticos entre los 15 y 42 días después de la vacunación. De modo similar, en los años vacunales tercero y cuarto, los niños de 18 meses a 4 años de edad no presentaron ningún aumento significativo de los fenómenos asmáticos entre los 15 y 42 días después de la vacunación. De igual modo, la vacuna ATVVA no aumentó el riesgo de asma en los niños que recibieron 1, 2, 3 o 4 dosis secuenciales de la vacuna. Aunque se observó la posibilidad de un verdadero aumento en el riesgo de asma en uno de los 4 años en los niños de 18 meses a 4 años de edad entre los 15 y 42 días después de la vacunación, es más probable que la asociación sea fruto del azar, debido a las 190 comparaciones realizadas sin ajuste para las comparaciones múltiples. Se llegó a la conclusión de que la vacuna ATVVA es segura en los niños de 18 meses a 4 años, 5-9 años y 10-18 años de edad. La hipótesis de que la vacuna ATVVA se puede asociar con un aumento de los fenómenos asmáticos en los niños menores de 5 años de edad no está apoyada por los presentes hallazgos. Está indicado revalorar el límite inferior de edad para el uso de la vacuna ATVVA en los niños. *Pediatrics* 2005;116:e397-e407.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2258

RESUMEN. Cambios en los serotipos de los neumococos colonizantes después de la vacuna PCV7 en 16 comunidades de Massachussets (2001 y 2004). Susan S. Huang, MD, MPH, Richard Platt, MD, MS, Sheryl L. Rifas-Shiman, MPH, Stephen I. Pelton, MD, Donald Goldmann, MD, y Jonathan A. Finkelstein, MD, MPH. **Objetivo.** La introducción de la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente (PCV7) ha suscitado el temor de que se produzcan reemplazamientos por serotipos no vacunales, tanto en la enfermedad invasiva como en los portadores sanos. El análisis de los serotipos colonizantes en los niños sanos de la comunidad puede proporcionar datos críticos sobre tales cambios.

Métodos. En 2001 y 2004 se obtuvieron frotis nasofaríngeos en los niños menores de 7 años de edad durante las visitas de control de la salud realizadas en consultorios de asistencia primaria de 16 comunidades de Massachussets. Se practicaron antibiogramas y serotipificaciones en las cepas aisladas de *S. pneumoniae*. A partir de las historias clínicas se obtuvieron los antecedentes vacunales con PCV7.

Resultados. Entre las cepas neumocócicas colonizantes, los serotipos de PCV7 disminuyeron desde un 36 a un 14% y los serotipos no vacunales aumentaron desde un 34 a un 55%. El porcentaje global de portadores no varió (26 a 23%), ni tampoco lo hizo el porcentaje de serotipos con potencial reactividad cruzada (30 a 31%). Los serotipos 11,

15 y 29 fueron los más frecuentes entre los no contenidos en la vacuna. Se observó un notable aumento en la ausencia de sensibilidad a la penicilina, desde un 8 a un 25%, en los serotipos no contenidos en la vacuna; el 35% fueron muy resistentes a este antibiótico. La ausencia de sensibilidad a la penicilina aumentó desde un 45 a un 56% en los serotipos contenidos en la PCV7, mientras que permaneció estable entre las cepas de PCV7 con potencial reactividad cruzada (el 51 frente al 54%).

Conclusiones. La colonización neumocócica se ha modificado después de introducir la vacuna PCV7, tanto en la distribución de los serotipos como en los patrones de sensibilidad a los antibióticos. Ha aumentado la frecuencia de las cepas no vacunales y se ha triplicado la proporción de estas cepas que no son sensibles a la penicilina. Estas modificaciones hacia una mayor colonización por los serotipos no contenidos en la vacuna hacen aconsejable vigilar los cambios que puedan producirse en la epidemiología de la enfermedad neumocócica invasiva. *Pediatrics* 2005;116:e408-e13.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2338

RESUMEN. Correlaciones psicosociales de la intención de paternidad por parte de los varones adolescentes. Cynthia Rosengard, PhD, Maureen G. Phipps, MD, MPH, Nancy E. Adler, PhD, y Jonathan M. Ellen, MD. **Objetivo.** Identificar las diferencias psicosociales entre los varones adolescentes con experiencia sexual que tienen intenciones de paternidad y los que no tienen dichas intenciones.

Metodología. Estudio de corte transversal de 101 varones adolescentes con experiencia sexual, reclutados a partir de una consulta de enfermedades de transmisión sexual del norte de California. Mediante las pruebas de la t de Student y el análisis de regresión se examinaron, en los 6 meses siguientes, las diferencias psicosociales entre los varones sin intención de paternidad y los que sí tenían dicha intención. Se utilizó el análisis de la varianza para examinar las diferencias entre diversas combinaciones de planes y probabilidades de dejar embarazada a su pareja.

Resultados. Los informes de los adolescentes sobre sus planes de paternidad difirieron en cuanto a sus valoraciones de la probabilidad de que dejaran embarazada a su pareja ($\chi^2 = 24,33$; $df = 1$). Las actitudes hacia el embarazo y el nivel educativo de las madres de los participantes sirvieron para diferenciar entre los que tenían unas claras intenciones de paternidad (planificación y probabilidad) y los que mostraban claras intenciones de evitar el embarazo (no planificación, no probabilidad).

Conclusiones. Para reducir las tasas de embarazos en las adolescentes, deben valorarse las intenciones de los varones e indagar acerca de ello de múltiples maneras. *Pediatrics* 2005;116:e414-e9.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0130

RESUMEN. Biomarcadores séricos para identificar el síndrome torácico agudo entre los pacientes con drepanocitosis que se presentan en el servicio de urgencias. James T. Naprawa, MD, Bema K. Bonsu, MBChB, Deborah G. Goodman, RN, y Mark A. Ranalli, MD. **Objetivo.** Comparar la idoneidad de los biomarcadores para identificar el síndrome torácico agudo (STA) en los pacientes con drepanocitosis que se presentan en un servicio de urgencias (SU) pediátricas.

Métodos. Durante 13 meses (2002-2003) se realizó un estudio de cohortes de casos y controles en pacientes con drepanocitosis que se presentaron en el SU pediátricas con crisis vasooclusivas o fiebre, en los que se compararon las concentraciones de fosfolipasa A2 secretora (FLA2s), endotelina-1, interleucina-6 y leucocitos en sangre periférica en los casos complicados con el STA y en los controles cuyo proceso no presentaba esta complicación. Para establecer el diagnóstico, se consideró que una prueba era fiable si el área bajo la curva (ABC) de características del receptor-operador era mayor de 0,70. Las pruebas de laboratorio con ABC $\geq 0,70$ se introdujeron en un modelo diagnóstico de partición recursiva binaria.

Resultados. Durante el período del estudio se obtuvieron muestras en 72 visitas de 51 pacientes que se presentaron con crisis vasooclusivas (rango, 1-4 visitas por paciente; 15 se incorporaron al estudio más de una vez). El STA complicó 19 de las 72 visitas (26%; intervalo de confianza del 95%, 17-38). Con un valor de ABC de 0,79, sólo la prueba FLA2s fue fiable para diagnosticar el STA. Los valores de ABC para los leucocitos en sangre periférica, endotelina-1 e interleucina-6 fueron de 0,68, 0,51 y 0,52, respectivamente. La partición recursiva binaria conservó sólo un valor límite de 13,7 ng/ml para que FLA2s fuera fiable para el diagnóstico. Este valor límite tuvo una sensibilidad del 74% (14/19), una especificidad del 87% (46/53), un valor predictivo positivo de 5,6 y un valor predictivo negativo de 0,18.

Conclusiones. La determinación de la fosfolipasa A2 secretora, pero no así la endotelina-1, IL-6 o los leucocitos periféricos, es una prueba fiable para identificar el STA agudo o incipiente en los pacientes jóvenes que se presentan en el servicio de urgencias con crisis de dolor por drepanocitosis. *Pediatrics* 2005;116:e420-e5.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2107

RESUMEN. Necesidades dentales no cubiertas en los niños con requerimientos especiales de asistencia sanitaria: implicaciones para el hogar médico. Charlotte Lewis, MD, MPH, Andrea S. Robertson, MPH, y Suzanne Phelps, MS. **Antecedentes.** Son escasos los conocimientos actuales sobre las características de los niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria (NNEAS) que presentan requerimientos dentales no cubiertos.

Objetivo. Se trató de describir la magnitud de las necesidades dentales no cubiertas entre los NNEAS y caracterizar a los NNEAS que presentaban esta falta de asistencia dental.

Diseño, marco y sujetos. Se utilizaron los datos de la National Survey of Children with Special Health Care Needs, en la que se realizó una encuesta telefónica para identificar a 750 NNEAS de 50 Estados y el District of Columbia. Se entrevistó a familiares de 38.866 NNEAS y se ponderaron los datos para que fueran representativos de los 9,32 millones de NNEAS en toda la nación.

Medidas. El parámetro primario de interés a valorar en los resultados fue el de las necesidades dentales no cubiertas, definidas por el hecho de que se hubiera indicado la necesidad de asistencia dental en un NNEAS, pero no hubiera podido obtenerla. También se consideraron los motivos que impidieron a los niños satisfacer dichas necesidades y se compararon otras clases de asistencia sanitaria y las necesidades dentales no cubiertas. Se realizaron análisis de variables dobles y múltiples para determinar los factores asociados con las necesidades dentales no cubiertas.

Resultados. En conjunto, se informó de que el 78% de los NNEAS presentaron una necesidad de asistencia dental en los 12 meses anteriores, lo que ocupó el segundo lugar en el orden de necesidades, detrás solamente de las prescripciones medicamentosas. De entre los que informaron que tenían necesidades dentales, se estimó que 755.518 (10,4%) de los NNEAS no recibieron toda la asistencia dental que precisaban. En relación con todas las demás clases de servicios sanitarios, las necesidades dentales no cubiertas afectaron a la mayoría de niños. En los análisis de variables múltiples se observó que los niños más pobres, los que carecían de seguro, los niños con intervalos sin asegurar y los que presentaban unas mayores limitaciones por su discapacidad presentaron una probabilidad significativamente más elevada de tener necesidades dentales no cubiertas. Los niños con un médico o una enfermera personales presentaron una probabilidad significativamente más baja de carecer de asistencia dental.

Conclusiones. La asistencia dental es la necesidad no cubierta más prevalente en los NNEAS y afecta a un número sustancialmente mayor de niños que en cualquier otra clase de necesidad sanitaria. Además, la necesidad percibida de asistencia dental en los NNEAS supera a la necesidad de asistencia médica preventiva o especializada. Teniendo en cuenta estos hallazgos, se considera que la asistencia dental debería formar parte explícitamente de los servicios globales y coordinados que pretenden lograr el hogar médico para los NNEAS. Es preciso fomentar las iniciativas para mejorar el acceso a la asistencia dental en los NNEAS más pobres y discapacitados. *Pediatrics* 2005;116:e426-e31.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0390

RESUMEN. Contenido en energía y grasa de la leche materna exprimida en la lactancia prolongada. Dror Mandel, MD, MHA, Ronit Lubetzky, MD, Shaul Dollberg, MD, FACN, Shimon Barak, MD, y Francis B. Mimouni, MD, FAAP, FACN. **Objetivo.** Determinar el contenido de energía y grasa de la leche humana durante la lactancia prolongada.

Métodos. Se incluyeron en el estudio 34 madres de niños nacidos a término sanos que se desarrollaron normalmente y tomaron el pecho durante más de un año (12-39 meses). Los controles fueron 27 madres de niños nacidos a término que alimentaron a sus hijos al pecho durante 2-6 meses. El contenido en grasa de la leche se determinó mediante el crematocrito. El contenido en energía se determinó con una bomba calorimétrica.

Resultados. Los grupos no difirieron con respecto a la talla y la dieta maternas, ni tampoco el peso al nacimiento del niño, la edad gestacional y la frecuencia de las tetadas. En cambio, se observaron diferencias significativas en cuanto a la edad, el peso y el índice de masa corporal (IMC) de las madres. El crematocrito medio fue de $7,36 \pm 2,65\%$ en el grupo de lactancia más corta y de $10,65 \pm 5,07\%$ en el de lactancia más prolongada. El contenido medio de energía fue de $3.103,7 \pm 863,2$ kJ/l en el grupo de lactancia corta y de $3.683,2 \pm 1.032,2$ kJ/l en el de lactancia prolongada. El crematocrito medio y el contenido medio de energía guardaron una correlación significativa con la duración de la lactancia ($R^2 = 0,22$ y $R^2 = 0,23$, respectivamente). En el análisis de regresión múltiple, los crematocritos (o el contenido de energía) no se influyeron significativamente por la edad, la dieta o el IMC maternos ni por el número de tomas diarias, pero la

duración de la lactancia siguió teniendo una influencia significativa a este respecto.

Conclusiones. La leche de las madres que lactan durante más de 1 año tiene un contenido significativamente más elevado de energía y grasa en comparación con la leche de las madres que amamantan durante un período más breve. En la lactancia prolongada, la contribución energética de la grasa de la leche materna podría ser significativa en la dieta del niño. *Pediatrics* 2005;116:e432-e5.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0313

RESUMEN. La presentación catastrófica del botulismo del lactante puede enmascarar o retrasar el diagnóstico.

Wendy G. Mitchell, MD, y Linda Tseng-Ong, MD. Se presentan 3 casos de botulismo del lactante con el fin de ilustrar el modo en que las características atípicas, precoces y graves del proceso pueden enmascarar o retrasar el diagnóstico. Dos varones, de 6 semanas y 20 días, respectivamente, fueron llevados a la consulta médica con un rápido deterioro después de breves períodos de rechazo del alimento, uno de ellos con un episodio con aparente amenaza para la vida que tuvo lugar en su domicilio y el otro con un paro cardiorrespiratorio. En el primer niño, los datos de laboratorio iniciales señalaron la presencia de una coagulopatía y eran sugestivos de una sepsis. En el segundo, una grave acidosis e hipoglucemia sugerían una metabopatía subyacente. Un tercer lactante, de un mes de edad, fue hospitalizado inicialmente con un diagnóstico de "faringitis", por sus dificultades en las tomas de alimentos y recibió líquidos intravenosos y antibióticos. Una semana más tarde presentó un paro respiratorio. Los datos de laboratorio en el momento del paro incluyeron una hiponatremia y una acidosis graves, lo cual sugería una causa metabólica. Incluso retrospectivamente, ninguno de estos niños presentó el comienzo típico con estreñimiento, ptosis o paresia facial, antes del colapso catastrófico. Sin embargo, en todos los casos los padres habían llevado el niño al médico por "dificultades en la alimentación" o "succión débil", que no fueron relacionados con un proceso bulbar por los facultativos. Finalmente, en los 3 lactantes se diagnosticó botulismo. Todos habían recibido antibióticos antes del colapso, lo que contribuyó posiblemente a la rapidez del deterioro. Los 3 lactantes se recuperaron, aunque el retraso en el diagnóstico impidió que se les pudiera administrar gammaglobulina antibotulínica. *Pediatrics* 2005;116:e436-e8.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0297

RESUMEN. Enfermedad inflamatoria intestinal asintomática que se presentó con signos mucocutáneos. Sheila S. Galbraith, MD, Beth A. Drolet, MD, Subra Kugathasan, MD, Amy S. Paller, MD, y Nancy B. Esterly, PhD. Aunque la enfermedad inflamatoria intestinal se presenta típicamente con trastornos digestivos, a menudo se asocia con lesiones mucocutáneas que pueden preceder a los síntomas gastrointestinales, lo que pone sobre aviso al médico con respecto a la presencia de una posible enfermedad inflamatoria intestinal, antes de que comiencen los síntomas digestivos. Se presentan los casos de 9 niños sin síntomas gastrointestinales sugerentes de enfermedad inflamatoria intestinal, pero que acudieron con los hallazgos mucocutáneos de dicha enfermedad y fueron diagnosticados subsecuentemente de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa,

por las características típicas de la endoscopia intestinal y/o las biopsias. La mayoría de los pacientes presentaban lesiones orales y perianales. Se considera que la enfermedad inflamatoria intestinal constituye una etiología frecuente para las lesiones orales persistentes en la población pediátrica. Además de elaborar una historia detallada, en los niños con lesiones de la mucosa oral de causa desconocida se deben examinar las mucosas rectal y genital y solicitar un hemograma completo, las concentraciones de hierro, velocidad de sedimentación globular (VSG), albúmina, sangre oculta en heces y endoscopia con biopsias, para descartar la enfermedad inflamatoria intestinal. *Pediatrics* 2005;116:e439-e44.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2281

RESUMEN. Mutación RAG1 nueva en un caso de inmunodeficiencia grave combinada. Junyan Zhang, Linda Quintal, Adelle Atkinson, Brent Williams, Eyal Grunebaum y Chaim M. Roifman, MD, FRCP. *Objetivo.* Las enzimas RAG1 y RAG2, activadoras de la recombinasa, son esenciales para el proceso de redistribución V(D)J en las células B y T y, por tanto, para el desarrollo normal de la función inmunitaria. Las mutaciones en RAG1 o RAG2 pueden provocar una gama de trastornos, desde la típica inmunodeficiencia grave combinada sin células B y T hasta el síndrome de Omenn. En la presente comunicación se expone una presentación peculiar del déficit de RAG1.

Paciente. Se comunica el caso de una niña de 6 meses que presentaba distrés respiratorio grave cuyo estado siguió deteriorándose a pesar del tratamiento antibiótico, aunque pareció responder a la administración de corticoides. La paciente no presentaba eritrodermia ni eosinofilia, y tampoco había linfomegalias.

Resultados. En la investigación del sistema inmunológico se observó un número normal de células T CD3⁺ que expresaban CD4 o CD8. El análisis posterior de los receptores de las células T demostró que casi todas las células T CD3⁺ estaban clonadas; una clona expresaba CD4 mientras que la otra expresaba CD8. El repertorio extremadamente restringido de células T y la falta de células B circulantes indujo al análisis del gen RAG1, el cual reveló una sustitución homocigota nueva T a C en la posición 2.686 del nucleótido.

Conclusiones. El presente caso resalta la importancia de estudiar más a fondo el sistema inmunitario, incluso aunque el análisis estándar de citometría de flujo, ampliamente asequible, demuestre la presencia de un número normal de células T que expresan CD4 o CD8, especialmente en ausencia de células B circulantes. *Pediatrics* 2005;116:e445-e9.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0369

RESUMEN. Dermatitis por el tinte de los pañales. Lauren Alberta, BA, Susan M. Sweeney, MD, y Karen Wiss, MD. La dermatitis del pañal es un problema frecuente en el ámbito ambulatorio pediátrico. Aunque en la mayor parte de los casos la dermatitis del pañal constituye un tipo de dermatitis por contacto en respuesta a sustancias irritantes en el ambiente de los pañales, otros exantemas pueden ser consecuencia de alérgenos presentes en el propio pañal. Sobre la base del examen clínico de los 5 pacientes siguientes y de las pruebas del parche que se practicaron a 2

de ellos, se sospechó que se trataba de una dermatitis alérgica por contacto con diversos tintes azules, rosas y verdes de los pañales. Mientras que los corticoides tópicos son adecuados en la pauta de tratamiento, en el caso de la dermatitis alérgica por contacto el tratamiento más útil es utilizar pañales sin tintes, para evitar el alérgeno. También puede emplearse la prueba del parche con el fin de identificar el alérgeno, ya que su evitación es la clave para prevenir las recidivas. *Pediatrics* 2005;116:e450-e2.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2066

RESUMEN. Intoxicación aguda por vitamina D en un niño. Fermín Barrueto Jr, MD, Helena H. Wang-Flores, DO, Mary Ann Howland, PharmD, Robert S. Hoffman, MD, y Lewis S. Nelson, MD. Se presenta el caso peculiar de un varón de 2 años, previamente sano, con hipercalcemia rebelde e hipertensión por sobredosificación no deliberada de un suplemento importado de vitamina D. El paciente fue llevado al servicio de urgencias con cólico y estreñimiento y se dio de alta tras una exploración física somera. Al persistir los síntomas, en la segunda visita se halló una concentración de calcio sérico de 14,4 mg/dl. A pesar del tratamiento con suero glucosalino al 5% 1/2N intravenoso, furosemida, calcitonina e hidrocortisona, al segundo día de hospitalización aumentó la calcemia a 15,0 mg/dl y no disminuyó hasta el cuarto día, en que llegó a 13,9 mg/dl. La concentración de vitamina D alcanzó su máximo de 470 ng/ml al tercer día de hospitalización. En la anamnesis, la madre reveló que había administrado al niño una ampolla diaria de Raquiferol, un suplemento de vitamina D de importación, en vez de las 2 gotas diarias recomendadas. Cada ampolla contiene 600.000 U de vitamina D; por tanto, el niño recibió una dosis total de 2,4 millones de U en 4 días. La hipercalcemia persistió durante 14 días y se complicó con una hipertensión persistente. No se observaron complicaciones renales, cardíacas o neurológicas. En el momento del alta, la concentración de vitamina D era todavía elevada (389 ng/ml) y la concentración de calcio total había disminuido a 11 mg/dl. El niño se recuperó clínicamente por completo. El presente caso ilustra sobre la necesidad de ser precavidos al utilizar medicamentos importados y/o no autorizados, así como sobre los riesgos inherentes a los errores de dosificación cometidos por los padres. *Pediatrics* 2005;116:e453-e6.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2580

RESUMEN. Anomalía de DiGeorge completa en ausencia de hipocalcemia neonatal y defectos velofaciales y cardíacos. Salem Al-Tamemi, MD, Bruce Mazer, MD, David Mitchell, MD, Pedro Albuquerque, MD, Alessandra MV Ducan, PhD, Christine McCusker, MD, y Nada Jabado, MD, PhD. Se comunica un caso atípico de anomalía de DiGeorge (DG) completa que se presentó inicialmente sólo con una inmunodeficiencia combinada grave (IDCG). El paciente presentaba infecciones graves al recibir este diagnóstico, en concordancia con el fenotipo de IDCG; sin embargo, en el momento de su ingreso se observaron unas concentraciones normales de los recuentos de linfocitos y de las inmunoglobulinas, lo que retrasó el diagnóstico. Como hecho relevante, el niño no presentaba hipocalcemia neonatal ni anomalías velofaciales o cardíacas en el momento del diagnóstico, lo que enmascaró la anomalía de DG subyacente.

Este caso resalta las dificultades para establecer el diagnóstico precoz de la IDCG e ilustra sobre las variaciones en la presentación del síndrome de delección 22q11.2. Debe haber un alto índice de sospecha hacia la inmunodeficiencia primaria en los niños con infecciones graves y, debido a que el tratamiento puede variar, debe considerarse la anomalía de DG en el diagnóstico diferencial de la IDCG T⁻B⁺ *natural killer*⁺. *Pediatrics* 2005;116:e457-e60.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0371

RESUMEN. Empiema intracraneal de origen sinusal en el niño. Noemi Adame, MD, Gary Hedlund, DO, y Carrie L. Byington, MD. *Antecedentes.* El empiema intracraneal sinogénico (EIS) es una complicación infrecuente de la sinusitis que puede provocar secuelas neurológicas devastadoras. El reconocimiento precoz de los hallazgos clínicos tiene una importancia decisiva para instaurar un tratamiento adecuado.

Objetivo. Describir los síntomas, signos, hallazgos de laboratorio e imágenes para el diagnóstico en una de las series más numerosas de casos pediátricos de EIS que se ha publicado.

Métodos. Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva de todos los niños ingresados en el Primary Children's Medical Center, afectados de EIS, entre junio de 2000 y febrero de 2004. Los casos se identificaron mediante una búsqueda informatizada de las historias clínicas del Primary Children's Medical Center utilizando los términos "sinusitis" y "empiema cerebral/subdural/epidural". Los valores de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y de la proteína C reactiva (PCR) de los niños con EIS se compararon con los de un grupo de niños afectados de sinusitis no complicada asistidos ambulatoriamente en el mismo centro sanitario. En las historias clínicas de los casos de sinusitis no complicada no se revisaron otros datos, clínicos o radiológicos, diferentes de los valores de la VSG y de la PCR.

Resultados. Se identificaron 12 niños con EIS, cuya edad mediana fue de 11,5 años. Los síntomas se hallaron habitualmente presentes unos 10 días (mediana) antes del diagnóstico, e incluyeron cefalea (n = 10), fiebre (n = 11), náuseas/vómitos (n = 7), alteraciones del estado mental (n = 5) y convulsiones (n = 3). Los hallazgos físicos incluyeron un examen neurológico anormal (n = 9), tumor protuberante de Pott (n = 4) y celulitis orbitaria (n = 3). Mediante una búsqueda en la base de datos informatizada del Intermountain Health Care System, se identificaron 142 niños con sinusitis no complicada tratados ambulatoriamente. Los niños con EIS presentaron unas concentraciones notablemente más elevadas de la PCR (mediana, 10,05 mg/dl) y de la VSG (mediana, 87 mm/h) que los niños con sinusitis no complicada (PCR: mediana, 0,7 mg/dl; VSG: mediana, 6 mm/h). Cuatro niños presentaron hiperglucemia. En 4 niños se practicó inicialmente una punción lumbar, cuyos resultados fueron normales en todos ellos. Las pruebas de captación de imágenes craneofaciales practicadas consistieron en la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM). No se detectó el EIS en 4 pacientes a quienes se practicó una TC sin contraste. Con los cortes axiales por sí solos no se pudo demostrar el EIS en un niño con sinusitis etmoidal y esfenoidal y fueron necesarios los cortes coronales para poner de manifiesto su presencia y extensión. Las pruebas iniciales de captación

de imágenes faciales y orbitarias en 2 pacientes con signos físicos de sinusitis complicada (celulitis orbitaria y tumor protuberante de Pott) no bastaron para detectar el EIS. Al utilizar la TC con contraste o la RM, se diagnosticó el EIS en los 12 niños.

Conclusiones. Los niños con sinusitis y cualquier hallazgo neurológico, o bien con signos de sinusitis complicada como el tumor protuberante de Pott o la celulitis orbitaria, o con cefalea persistente, fiebre, náuseas y vómitos después del tratamiento antibiótico, deben estudiarse más a fondo en busca del EIS. Los niños con hiperglucemia o diabetes mellitus pueden presentar un mayor riesgo de EIS. Los valores de la VSG y de la PCR se hallan notablemente elevados en los niños con EIS y pueden ser unos elementos útiles para el cribado. La RM con gadolinio es el método preferible para diagnosticar el EIS. Si no se dispone de RM, debe practicarse una TC con contraste con cortes axiales y coronales. La TC sin contraste, por sí sola, carece de sensibilidad y sus resultados normales pueden inducir una falsa tranquilidad. *Pediatrics* 2005;116:e461-e7

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2501

RESUMEN. Neoplasia endocrina múltiple tipo 2A en una familia con mutación C634Y. Malaka B. Jackson, MD, Marta Guttenberg, MD, Holly Hedrick, MD, y Thomas Moshang Jr, MD. La neoplasia endocrina múltiple tipo 2A (MEN 2A) se debe en general a mutaciones activadoras del codón 634. El carcinoma medular del tiroides se ha observado antes de los 2 años de edad, mientras que el feocromocitoma y el hiperparatiroidismo aparecen en épocas posteriores de la infancia. Se comunican los casos de 4 hermanos menores de 11 años de edad con MEN 2A C634Y-positiva, 3 de ellos con carcinoma medular del tiroides (uno presentaba metástasis nodulares y otro un adenoma paratiroideo) y el cuarto con una hiperplasia de células C. *Pediatrics* 2005;116:e468-e71.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0033

RESUMEN. Eritema pernio en pediatría. Tamara D. Simon, MD, Jennifer B. Soep, MD, y J. Roger Hollister, MD. El eritema pernio (sabañones) es una lesión inflamatoria localizada en la piel como consecuencia de una respuesta anormal al frío. Se presentan 5 casos de mujeres adolescentes que acudieron al servicio de reumatología de un centro pediátrico de nivel terciario en el invierno de 2003 a 2004. Las 5 pacientes eran delgadas, con un índice de masa corporal (IMC) por debajo del percentil 25, y presentaban sabañones en los dedos de los pies o las manos. Los datos de laboratorio, incluidos los anticuerpos antinucleares (AAN) negativos, fueron irrelevantes en todos los casos. Se recomendó un tratamiento sintomático, con o sin medicación. El eritema pernio aparece sobre todo en mujeres jóvenes, aunque puede observarse en sujetos mayores o en niños. Dado que se desarrolla en individuos susceptibles que se exponen a un frío no congelante, las lesiones suelen iniciarse en otoño o invierno y desaparecen en primavera o a comienzos del verano. El eritema pernio agudo puede aparecer 12-24 h después de la exposición al frío. Se observan lesiones eritematosas, purpúricas y edematosas, únicas o múltiples, acompañadas de dolor intenso, prurito o sensación de quemazón. El eritema pernio crónico aparece tras las exposiciones repetidas

al frío, con persistencia de las lesiones. En una exacerbación aguda, el principal diagnóstico diferencial se establece con el fenómeno de Raynaud, que consiste en palidez y cianosis cutánea, netamente delimitadas, seguidas de eritema, cuya duración es mucho más breve (horas, en vez de días). La congelación, en cambio, da lugar a una necrosis tisular. Se han descrito diversos procesos predisponentes para el eritema pernio: presencia de crioproteínas, excesiva exposición al frío y anorexia nerviosa en la edad infantil, y lupus eritematoso sistémico y presencia de anticuerpos antifosfolípidos en el adulto. Por tanto, al estudiar a un paciente con eritema pernio es importante excluir un proceso subyacente y decidir si es necesario realizar más pruebas. Las lesiones del eritema pernio suelen ser autolimitadas, pero pueden conducir a recurrencias. La extremidad afectada debe estar limpia y seca y hay que proceder al recalentamiento. La prevención es el mejor tratamiento; debe minimizarse la exposición al frío después de la noxa inicial. El pronóstico del eritema pernio adecuadamente tratado es excelente. Se ha demostrado que la nifedipina, que ocasiona vasodilatación, es efi-

caz para reducir el dolor, facilitar la curación y prevenir nuevas lesiones. Se considera que los 5 casos observados representan un incremento en comparación con años anteriores; en la clínica de dermatología de la University of Colorado se observó una serie de 8 niños visitados durante un período de 10 años. Los motivos para este posible aumento serían probablemente multifactoriales: el clima frío, una población vulnerable con hábito corporal delgado y la exposición al frío serían otras tantas causas contribuyentes. Hay que señalar que el frío de Colorado es muy seco; sin embargo, el invierno de 2003 a 2004 no fue especialmente más frío o seco que en los años anteriores. Todas las pacientes eran muy delgadas; esta característica corporal puede asociarse con una mayor vasorreactividad cutánea. Tampoco está claro si estos casos pueden reflejar las tendencias de la moda de ese invierno (2 pacientes manifestaron que llevaban chancletas en invierno). El pediatra general, sobre todo si ejerce en un clima frío, debe conocer la presentación y el tratamiento del eritema pernio en el niño. *Pediatrics* 2005;116:e472-e5.

URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2681