

Novedades distinguidas

Estudios recientemente publicados en prestigiosas revistas internacionales, redactados por los médicos que integran la agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC), brazo periodístico de SIIC. Cada trabajo de Novedades distinguidas ocupa alrededor de media página.

10 - Estudian Factores de Riesgo para Infecciones Oportunistas en Niños con VIH Tratados con TARGA

Ylitalo N, Brogly S, Seage III G y colaboradores

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 160(8): 778-787, Ago 2006

A pesar de que la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) fue introducida hace tiempo, en la población pediátrica con VIH se observan aún infecciones oportunistas (IO).

Aunque a partir de la implementación de la TARGA descendió el número de IO entre los individuos infectados por el VIH, algunos pacientes que reciben este tratamiento aún presentan estas infecciones. La TARGA produce una mejoría en la función inmune, aunque en los niños la supresión viral resulta menos evidente que en los adultos. Hasta el momento, pocos estudios evaluaron la incidencia de IO con relación al uso de la TARGA en los pacientes pediátricos infectados por el VIH. Por ello, los autores del presente trabajo estudiaron dicha relación en una cohorte de niños estadounidenses con infección perinatal y que iniciaron la TARGA en diferentes edades y niveles de inmunosupresión.

El estudio incluyó 1 927 niños, los cuales fueron estudiados prospectivamente entre 2000 y 2003. Al inicio de la investigación y con intervalos de 3 meses, los pacientes fueron interrogados y examinados en busca de síntomas y signos de IO, con medición de la carga viral y del recuento de células CD4+. Todos los episodios de IO fueron clasificados como de categoría B o C según el tipo de evento y los antecedentes personales de IO (sobre la base del criterio de los *Centers for Diseases Control and Prevention* [CDC]). Se definió como TARGA el tratamiento antirretroviral con un mínimo de tres drogas de las cuales por lo menos una era un inhibidor de la proteasa o un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa.

Durante el período de seguimiento, el 12.7% de los pacientes (n = 226) presentaron IO. La tasa de incidencia fue 4.99 casos por cada 100 años-persona para el primer episodio de IO de categoría B y 1.47 casos por cada 100 años-persona para el primer episodio de un evento de categoría C. La duración de la TARGA no se asoció con el riesgo de IO, mientras que la mayor edad (10 años o más) al momento de la iniciación del tratamiento sí se relacionó con un aumento del riesgo de contraer IO (índice de riesgo: 2.48).

Sin embargo, dicho incremento del riesgo disminuyó luego de ajustar el análisis según el recuento de células CD4+ y la categoría de la enfermedad en la clasificación CDC al inicio de la terapia. Se observó que el 49.6% de los niños con IO presentaban menos de 15% de células CD4+ al momento del inicio de la TARGA, mientras que entre los niños que no presentaron IO, la proporción de pacientes que mostraban un recuento celular similar fue de 23.7%. Por otra parte, las respectivas proporciones de pacientes de ambos grupos con menos de 15% de células CD4+ al momento de su inclusión al estudio fueron de 41.2% y 7.7%, mientras que hacia el final del seguimiento, dichas proporciones fueron de 41.2% y 8.3%. El recuento de células CD4+ menor de 15% al momento de iniciar la TARGA se asoció con un índice de riesgo de 2.04 con respecto a un porcentaje normal de dichas células (25% o más). Al mismo tiempo, las categorías B y C de la enfermedad al momento de iniciar la TARGA se asociaron con un mayor riesgo de presentar un primer episodio de IO que la condición asintomática o la categoría A, con índices de riesgo de 3.21 y 3.35, respectivamente.

Estos resultados muestran que a pesar de la introducción de la TARGA en el manejo de la infección por VIH en la población pediátrica aún se registran IO en los pacientes que la reciben. Al respecto, los bajos porcentajes de células CD4+ y las categorías B y C de la enfermedad según el criterio de los CDC representan los factores predictores más importantes para esta situación.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat050/06o25005.htm

11 - El Labio Leporino y el Paladar Hendido Unilateral Retrasan el Desarrollo Dentario

Huyskens R, Katsaros C, Van't Hof M, Kuijpers-Jagtman A

Cleft Palate-Craniofacial Journal 43(5):612-615, Sep 2006

Los niños con labio leporino y paladar hendido unilateral presentan un retraso en la edad dentaria.

El grado de maduración de los niños en crecimiento puede estimarse a partir de los estadios de desarrollo esquelético, las características sexuales secundarias y la dentición. La edad dentaria se correlaciona con la edad ósea. En algunos estudios se investigó el desarrollo dentario en niños con labio leporino y paladar hendido bilateral. Sus resultados mostraron la existencia de un retraso significativo en la edad dentaria de los niños de sexo masculino de 5 años, mientras que esto no se observó en las niñas ni en los varones de 9.5 y 14 años.

Las investigaciones realizadas en niños con afección unilateral arrojaron resultados contradictorios. Los autores del presente estudio sostienen que esto podría explicarse por la ausencia de criterios de inclusión estrictos en esos trabajos o por la inclusión de diversos tipos de hendiduras, en algunos casos sin grupo control. Por eso, llevaron a cabo esta investigación con el objeto de estudiar las diferencias en la edad dentaria de los niños con labio leporino y paladar hendido unilateral y completo con respecto a la observada en los niños sin esta asociación.

Los investigadores analizaron los datos correspondientes a 70 niños (45 varones) nacidos entre 1976 y 1988, con labio leporino y paladar hendido unilateral y completo, y sin otras enfermedades o malformaciones congénitas. De cada caso se disponía de 1 a 9 radiografías, las cuales sumaban 373 y habían sido obtenidas entre los 5 y 14 años de edad. Se determinó la edad dentaria a través de la calificación de los estadios madurativos de 7 dientes mandibulares izquierdos (con excepción del tercer molar) en una escala de 8 puntos según la calcificación de la corona dentaria y el desarrollo de la raíz. Los puntajes de los 7 dientes fueron sumados para calcular el puntaje de madurez entre 0 y 100, el cual, a su vez, sirvió de base para determinar la edad dentaria sobre la base de tablas específicas para niños y niñas. Los resultados fueron comparados con los observados en un estudio anterior en 482 niños (90 de sexo masculino) de 4 a 14 años sin labio leporino ni paladar hendido. Las comparaciones fueron realizadas en tres grupos etarios: 5, 9.5 y 14 años.

Las respectivas edades dentarias a los 5, 9.5 y 14 años en los niños con labio leporino y paladar hendido unilateral y completo fueron 5.05, 9.17 y 14.92 en los varones, y 5.08, 9.33 y 14.66 en las niñas. En la población de niños sin esta afección, las edades dentarias correspondientes a los tres grupos etarios fueron, en el caso de los varones, de 6.37, 10.18 y 16.66, respectivamente, mientras que en las niñas los respectivos valores fueron 5.81, 9.86 y 15.32. De esta manera, los valores del

retraso en la edad dentaria en los varones con labio leporino y paladar hendido en las tres edades estudiadas fueron 1.31, 1.01 y 1.74, respectivamente, mientras que en las niñas, estos valores fueron 0.73, 0.53 y 0.67. Como se observa, el retraso en la edad dentaria en presencia de estas malformaciones fue más marcado en los varones, y el efecto del sexo fue significativo en los grupos de 5 y 14 años.

Los resultados de este trabajo muestran que en los niños con labio leporino y paladar hendido completo y unilateral se observa un retraso de la edad dentaria con relación a los niños sin estas malformaciones. Los autores sostienen que la razón de la demora en el desarrollo dentario podría radicar en que tanto éste como el desarrollo del paladar secundario son regulados en parte por los mismos genes.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat051/06n28008.htm

12 - En Neonatos de Bajo Peso con Cardiopatía el Riesgo de Mortalidad se Asocia con el Diagnóstico y el Abordaje Quirúrgico

Abrishamchian R, Kanhai D, Cardarelli M y colaboradores

European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 30(5):700-705, Nov 2006

En los neonatos de bajo peso al nacer (BPN) que son intervenidos quirúrgicamente por una cardiopatía congénita, el riesgo de mortalidad se asocia con el diagnóstico de base, la presencia de complicaciones en la cirugía, la realización de una intervención paliativa y la necesidad de reoperar durante la misma internación.

La bibliografía referida al tratamiento quirúrgico de los recién nacidos de BPN y cardiopatía congénita comprende sólo la descripción de casos aislados y una limitada cantidad de series de casos. Al respecto, los autores del presente trabajo llevaron a cabo un metanálisis de los estudios publicados, con el objeto de analizar los riesgos de la intervención quirúrgica temprana de estos pacientes y de determinar su relación con el peso y el diagnóstico. La hipótesis formulada es que, independientemente del peso, el diagnóstico específico y otras variables desempeñan el principal papel en la determinación del riesgo de mortalidad quirúrgica en estos pacientes.


La búsqueda de trabajos se realizó en una base informática de estudios científicos e incluyó los publicados entre 1990 y 2004. Se identificaron 8 series de casos con datos concernientes a pacientes individuales, de quienes se analizó la información demográfica y datos prequirúrgicos, quirúrgicos y posquirúrgicos. Todas las investigaciones incluían neonatos pequeños para su edad gestacional sometidos a intervención quirúrgica por cardiopatía congénita con un peso de hasta 2.5 kg. Con el objeto de facilitar el análisis en términos del diagnóstico de las malformaciones cardíacas congénitas, éstas fueron divididas en 8 grupos según la clasificación de la *Society of Thoracic Surgeons*.

Los trabajos incluidos en el presente metanálisis comprendían 356 pacientes que habían sido sometidos a reparación quirúrgica de algún defecto cardíaco congénito. Los diagnósticos más frecuentes fueron los defectos del tabique interventricular, tetralogía de Fallot, transposición de los grandes vasos, coartación de la aorta y retorno venoso pulmonar anómalo. Las complicaciones más comunes fueron sepsis (6.1%) y neumonía (5.6%).

El análisis univariado demostró que los factores más significativos en la predicción de la mortalidad fueron el diagnóstico, la presencia de alguna complicación quirúrgica, la realización de una cirugía paliativa y la necesidad de reintervención quirúrgica durante la misma internación. En tanto que las variables demográficas como edad gestacional, edad y peso al momento de la cirugía, sexo y raza no presentaron un efecto importante en el resultado de la intervención.

Con relación a los grupos de diagnóstico, el que presentó el mayor riesgo de mortalidad fue el que comprendía las lesiones izquierdas, estenosis o atresia aórtica o mitral y el síndrome de hipoplasia izquierda (grupo 4), seguido del grupo que incluía las lesiones cardíacas en el lado derecho, la atresia pulmonar, la atresia o estenosis tricuspídea y la enfermedad de Ebstein (grupo 3). Con relación al grupo 1, que incluía los defectos septales auriculares y ventriculares, la ventana aortopulmonar, el canal completo auriculoventricular y la persistencia del *truncus* arterioso, los *odds ratio* de mortalidad correspondientes a los grupos ya mencionados fueron 7.6 y 4.6, respectivamente. El 15% de los pacientes presentaba un síndrome genético concomitante, de los cuales los más frecuentes fueron CATCH, trisomía 21 y VACTER (12 casos de cada uno).

Estos resultados indican que en los recién nacidos de BPN que presentan una cardiopatía congénita el riesgo de mortalidad posterior a la cirugía se asocia con el diagnóstico y el abordaje quirúrgico. Por su parte, el peso y la edad gestacional del paciente parecen representar factores de menor importancia en la probabilidad de mortalidad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat051/06d270022.htm

13 - La Infección por Virus Sincitial Respiratorio Tiene Elevada Prevalencia en Niños Asmáticos Pequeños

Lazzaro T, Hogg G, Barnett P

Journal of Paediatrics and Child Health 43(1-2):29-33, Ene 2007

La tasa de infección por el virus sincitial respiratorio (VSR) es elevada entre los niños menores de 5 años que presentan exacerbación del asma o sibilancias recurrentes durante el período de máxima incidencia de transmisión del virus. Esta información es importante para tomar medidas preventivas, que deberían incluir el aislamiento de los enfermos pediátricos con asma internados en los hospitales y su vacunación contra el VSR, cuando sea posible.

El VSR es el agente patógeno respiratorio individual más importante durante la lactancia e infancia, responsable de morbilidad y mortalidad significativas en la población pediátrica. Los individuos más susceptibles a adquirir la infección incluyen los lactantes entre las 6 semanas y los 9 meses, los prematuros y los niños con cardiopatía congénita, displasia broncopulmonar o inmunodeficiencia. Además, entre otros virus, el VSR ha sido vinculado con la exacerbación del asma que muchas veces motiva la consulta a los servicios de urgencias y la internación de los pacientes.

Este estudio se propuso determinar la tasa de infección por el VSR en los niños menores de 5 años con asma o sibilancias recurrentes y comparar su evolución clínica con la de pequeños con edad y antecedentes similares, pero sin infección viral.

Los participantes fueron incluidos en el estudio de manera prospectiva, en el departamento de urgencias de un centro hospitalario de alta complejidad, en Melbourne, Australia, durante la estación de mayor prevalencia de infección por VSR, en 1998.

Los criterios de inclusión requerían edad menor de 5 años, al menos un episodio previo de sibilancias, con respuesta a los broncodilatadores, y síntomas de presentación compatibles con exacerbación de asma o recurrencia de las sibilancias. Los investigadores recabaron información clínica y obtuvieron una muestra de exudado nasal que fue enviada al laboratorio para determinar la presencia de VSR mediante inmunofluorescencia directa, o de virus influenza, parainfluenza o adenovirus, por inmunofluorescencia indirecta. Una semana después de la consulta se realizó una entrevista telefónica a los padres de cada niño para obtener información sobre la evolución clínica del episodio y la necesidad de internación.

En total, se evaluaron los datos de 73 pacientes, con edades entre 6 meses y 5 años (mediana de 28 meses), 64% de los cuales eran varones. Se logró el aislamiento del VSR en 33 enfermos (45%), de adenovirus en 1 niño y las pruebas de laboratorio fueron negativas en los demás casos. La probabilidad de infección por VSR fue más elevada en los pacientes menores de 12 meses ($p = 0.03$), aunque la proporción de casos en individuos mayores de 3 años fue notable. Los niños infectados por VSR presentaron tos y sibilancias durante mayor número de días antes de concurrir al hospital ($p = 0.008$ y 0.002 , respectivamente). No hubo ninguna relación entre el diagnóstico de infección por VSR y la gravedad de la afección pulmonar previa o la presencia de comorbilidad.

La entrevista telefónica con los padres reveló que 66% de los niños había requerido internación, 90% de los cuales habían recibido el alta a los 2 días. La tasa general de ingreso al hospital correspondió a 30% para los niños de edad similar, con síntomas de presentación indicativos de exacerbación de asma sin infección respiratoria relacionada.

Los autores concluyen que el hallazgo más importante de su trabajo es la elevada tasa de infección por VSR en la población pediátrica menor de 5 años, que concurre al departamento de urgencias debido a asma o sibilancias recurrentes, durante la época del año de mayor prevalencia de transmisión del virus mencionado.

La importancia de esta conclusión se relaciona con la necesidad de prevenir la transmisión intrahospitalaria de la infección viral mediante el aislamiento de los pacientes asmáticos internados por la exacerbación de su enfermedad durante los períodos de mayor prevalencia de VSR. Otra medida preventiva trascendente es la vacunación contra el VSR de los pequeños con antecedentes de asma o sibilancias recurrentes, cuando sea posible.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat052/07326021.htm

14 - Evalúan la Incidencia de Problemas Psicosociales en Niños con Fibrosis Quística

Bregnballe V, Thastum M, Schiøtz P

Acta Paediatrica 96(1):58-61, Ene 2007

La valoración de la calidad de vida de los pacientes pediátricos con fibrosis quística (FQ) debe considerar la presencia de síntomas de ansiedad y bajo concepto de sí mismos, frecuentes en esa población, ya que es posible implementar estrategias para ayudar a los enfermos a afrontar los problemas psicosociales.

Durante las últimas décadas surgió el interés por la calidad de vida de las personas con diversas enfermedades crónicas, entre ellas, la FQ. Estudios anteriores comunicaron trastornos emocionales importantes en los pacientes con esa afección, pero el cambio en la expectativa de vida podría tener influencia sobre este hecho, en especial en los niños y los adolescentes.

Los autores de este trabajo decidieron comparar un grupo de niños con FQ con otro de controles sanos, para identificar las necesidades específicas de los enfermos en relación con su salud mental.

La población de estudio incluyó 43 niños de ambos sexos con diagnóstico de FQ y 1 121 pequeños sanos, con edades entre 7 y 14 años (promedio de 10.8 años). Con excepción de la diabetes, ninguno de los participantes presentó afecciones comórbidas.

El principal criterio de valoración del estudio fueron los cuestionarios del *Beck Youth Inventory* (BYI) para evaluar la presencia de depresión, ansiedad, enojo, alteraciones de conducta y de la valoración personal. También se examinó la tendencia de los niños a desempeñarse socialmente de manera deseable, de acuerdo con un cuestionario específico. Como medidas de la salud general se consideraron el índice de masa corporal (IMC) y el volumen espiratorio forzado del primer segundo (VEF₁).

Los niños con FQ no difirieron del grupo de control respecto de los síntomas de depresión, las alteraciones de conducta y la autoestima. Los participantes con menor edad y los varones mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de calificación de la ansiedad. Por otra parte, las niñas con FQ expresaron menos enojo que los sujetos sanos.

No hubo ninguna correlación entre el IMC y las diversas subescalas del BYI. En los enfermos de 11 a 14 años se observó una correlación significativa entre el VEF₁ y la valoración de sí mismos y una relación inversa entre ese parámetro de la función pulmonar y los síntomas de ansiedad.

Los pacientes con FQ no difirieron de la población de control en cuanto a la tendencia a desempeñarse de manera socialmente adecuada, hecho que indicó un manejo apropiado del estrés emocional.

Los investigadores comentan que en el centro donde se realizó el presente estudio los niños asisten a charlas de información sobre su enfermedad a los 10 y a los 14 años, y que esta estrategia podría explicar la baja incidencia de ansiedad en los pacientes mayores, comparados con los más pequeños.

A diferencia de otros trabajos, no se halló relación entre ninguno de los parámetros psicológicos y el IMC. En cambio, se observó una relación directa entre la valoración personal y la evaluación funcional pulmonar e inversa entre esta última y la presencia de ansiedad. Sin embargo, la ausencia de vínculo con la autoestima fue explicada por los autores como debida a la mayor proporción de varones entre los adolescentes incluidos en este trabajo, quienes tenderían a negar menos la enfermedad que las niñas.

Una de las principales desventajas de este estudio fue el pequeño tamaño de la muestra, por lo cual sus resultados deben interpretarse con cautela.

Sus autores concluyen que los niños con FQ suelen presentar mayor ansiedad que la población general, a edades más tempranas, lo cual debería guiar la implementación de estrategias para afrontar su situación personal como parte del tratamiento de la enfermedad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat052/07319041.htm

15 - Tendencias Temporales en el Manejo de la Diarrea Infantil en Países de Mediano y Bajos Recursos

Forsberg B, Petzold M, Tomson G, Allebeck P

Bulletin of the World Health Organization 85(1):42-48, Ene 2007

En la actualidad, una cantidad sustancial de niños pertenecientes a países de bajos y medianos recursos no recibe terapia de rehidratación oral (TRO) durante el curso de un cuadro de diarrea.

En la década de 1980, la OMS estableció un programa especial de control de la diarrea infantil cuyo objetivo inmediato fue la reducción de la mortalidad por este cuadro y, en un plazo mayor, la disminución de la morbilidad asociada.

La intervención principal de ese programa fue la promoción de la TRO con una solución que contiene glucosa, sodio, potasio y una base química. Esta solución podía ser administrada en forma de sales de rehidratación oral (SRO) preparadas para disolver en agua o cualquier fluido recomendado por los respectivos programas nacionales para la prevención y tratamiento de la deshidratación.

Hacia 1998, más de 100 países habían establecido sus propios programas nacionales para el control de las enfermedades diarreicas, mientras que el uso de las SRO se incrementó desde 51 millones de paquetes entre 1979 y 1980 hasta 800 millones durante el período 1991-1992.

A pesar de los avances mencionados, los resultados de una reciente revisión global muestran que la diarrea aún es una importante causa de mortalidad en algunos países de medianos y bajos recursos. En la presente investigación, sus autores buscaron analizar el grado de mejoría de la terapia contra la diarrea durante un período en el cual se dirigieron importantes esfuerzos para la comunicación de dicha estrategia hacia el público general y los trabajadores de la salud.

Se analizaron los datos provenientes de 107 encuestas realizadas entre 1986 y 2003 en 40 países de medianos y bajos recursos. Estas encuestas, referidas a demografía y salud y llevadas a cabo cada 5 años, incluyen muestras representativas de cada país compuestas por 5 000 a 30 000 hogares. Entre las preguntas se incluyen algunas dirigidas a las madres acerca de cualquier episodio de diarrea padecido por sus hijos durante las 2 semanas previas.

Sobre la base de esta información se analizó el porcentaje de niños que recibieron TRO, que recibieron mayor cantidad de líquido que la habitual, de pacientes que no recibieron ninguna de las dos intervenciones anteriores y de niños que, durante el episodio de diarrea, fueron alimentados en forma continua con cantidades iguales o superiores a las habituales.

En general, la tendencia temporal de administración de TRO a los niños afectados con diarrea mostró un incremento anual de 0.39%, lo que demostró la existencia de una asociación positiva y débil entre las variables tiempo y frecuencia de uso. El 58% de los países estudiados mostró una evolución positiva de este indicador. Con respecto a la variable referida a la administración incrementada de líquidos, se observó un aumento anual general de 1.02%, con una tasa superior al promedio en el 53% de los países. El análisis del porcentaje de niños que no recibieron TRO ni mayor cantidad de líquidos durante el episodio mostró una reducción anual general de 0.64%. Sin embargo, en el 43% de los países estudiados se observó un incremento temporal de este indicador. Por último, la tendencia referida a la administración continua de alimentos durante el cuadro de diarrea mostró una reducción anual de 0.58%. El 58% de los países mostraron un incremento temporal de este porcentaje. Sólo el 7% de los países con información referida a las cuatro variables estudiadas mostró tendencias positivas en las cuatro. La mayor proporción de países con evolución positiva de la TRO correspondió a la región del África subsahariana.

La reducción de la mortalidad y morbilidad infantil por diarrea requiere el adecuado manejo de este cuadro. Sin embargo, los resultados de la presente investigación muestran que en los últimos años varios países no registran progresos con relación al uso de la TRO propuesta por la OMS. Las cifras permiten estimar que, anualmente, 307 millones de niños con diarrea no reciben TRO, 356 millones no reciben una cantidad aumentada de líquido y 227 millones no son tratados a través de ninguna de las dos intervenciones mencionadas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat052/07319048.htm

16 - Debe Pesquisarse la Infección por *Bordetella pertussis* en el Núcleo Familiar de los Lactantes con Posible Tos Ferina

Raymond J, Armengaud J, Gendrel D y colaboradores

Clinical Microbiology and Infection 13(2):172-175, Feb 2007

El diagnóstico de la infección por *Bordetella pertussis* debe realizarse lo más tempranamente posible en los lactantes, en quienes la apnea es una manifestación muy frecuente. A tal fin, la detección de los contactos familiares infectados, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real puede permitir el tratamiento oportuno de los niños más pequeños.

La tos ferina es subdiagnosticada en los países donde la cobertura de la vacuna es extensa y, además, la infección atípica

en los adultos puede contribuir a la diseminación de la enfermedad. La morbilidad y la mortalidad asociadas con la infección por *B. pertussis* son mayores entre los niños, especialmente en los que no han sido vacunados o en quienes el esquema de inmunización no se completó. En Francia, por ejemplo, la tos ferina es la causa más frecuente de mortalidad asociada a infecciones bacterianas adquiridas en la comunidad entre los lactantes menores de 2 meses.

Los autores de este trabajo utilizaron la PCR específica para *Bordetella* para detectar la infección de manera sistemática en los convivientes con lactantes menores de 4 meses, internados debido a cuadros de apnea, tos paroxística o emetizante, durante la estación del año de mayor incidencia de tos ferina. El propósito de la investigación fue precisar la utilidad de ese método de pesquisa entre los convivientes para diagnosticar tempranamente la infección en los niños sintomáticos.

El estudio se realizó en la sala de pediatría de un hospital con recursos de alta complejidad de París, Francia, entre octubre de 2004 y marzo de 2005. Se obtuvieron muestras de hisopado nasofaríngeo de todos los participantes incluidos, así como de los padres, hermanos, abuelos o cualquier otra persona que conviviera con ellos. Además, se investigó la presencia de los virus sincitial respiratorio, influenza, parainfluenza y adenovirus.

Se analizaron los resultados de la PCR específica de las muestras de 41 lactantes y 80 contactos familiares. En 16 pacientes pediátricos el examen mencionado confirmó la infección por *B. pertussis*, aunque en 6 de ellos el resultado de la primera muestra fue negativo, en tanto que el de un segundo hisopado realizado 5 a 7 días después del inicial dio positivo.

La PCR en tiempo real fue también positiva en los estudios de al menos un conviviente, en 15 de las 16 familias en las cuales se diagnosticó tos ferina en el caso pediátrico. En conjunto, 20 de los contactos familiares mostraron PCR específica positiva, pero sólo 10 de estas personas refirieron tos de más de 5 días de evolución y 9 se encontraban asintomáticas. Todos los padres y hermanos de los niños incluidos en el estudio habían sido inmunizados con vacunas inactivadas de células completas contra la tos ferina. Dos de los 16 casos pediátricos habían recibido la vacuna con componentes acelulares contra *B. pertussis*.

Entre los niños con diagnóstico de infección, la apnea se observó con mayor frecuencia que entre aquellos en quienes la PCR fue negativa (69% y 28%, respectivamente). Los pacientes y los contactos infectados recibieron tratamiento con macrólidos (claritromicina o eritromicina).

Durante el período investigado, 4 lactantes internados con diagnóstico de bronquiolitis, con pruebas positivas de infección por virus sincitial respiratorio, presentaron además PCR en tiempo real indicativa de coinfección por *B. pertussis*. Es decir que la infección viral no excluye la posibilidad de enfermedad bacteriana.

Los autores concluyen que la PCR específica es muy útil para pesquisar la infección por *B. pertussis* entre las personas que conviven con niños pequeños, internados con posible diagnóstico de tos ferina, y puede permitir instituir su tratamiento temprano en esa población vulnerable.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat052/07326030.htm

17 - Describen las Características de la Pérdida Auditiva No Orgánica

Hiraumi H, Tsuji J, Ito J y colaboradores

Acta Oto-Laryngologica 127(Supl. 557):3-7, Feb 2007

La observación de discrepancias entre los resultados de la audiometría de tonos puros y los correspondientes al estudio auditivo objetivo sugiere el diagnóstico de pérdida auditiva no orgánica (PANO).

En la PANO, también denominada pérdida auditiva funcional o pseudohipoacusia, existe una discrepancia entre el verdadero umbral auditivo y el admitido por los pacientes. A pesar de que la PANO representa una entidad clínica conocida, usualmente no es considerada en la práctica clínica rutinaria, al mismo tiempo que su diagnóstico correcto puede ser dificultoso. En el presente trabajo, sus autores analizaron la etiología y los síntomas presentes en una población de pacientes con PANO, así como los resultados de su estudio audiométrico.

El estudio incluyó 31 pacientes con PANO atendidos en una institución entre 2000 y 2005, quienes fueron sometidos a audiometría de tonos puros. En todos los casos se arribó al diagnóstico de PANO ante la presencia de discrepancias entre los resultados de la evaluación subjetiva y objetiva de la audición y los síntomas auditivos clínicamente inexplicables como fluctuaciones del umbral de la audiometría de tonos puros y menor umbral en la audiometría de lenguaje con respecto al observado en la audiometría de tonos puros.

De los 31 pacientes con PANO 24 eran de sexo femenino y el promedio de edad fue de 16.6 años. Quince casos se presentaron con deterioro súbito de la audición, tinnitus o ambos síntomas, mientras que 9 pacientes manifestaron pérdida progresiva de la audición. En los restantes 7 no se constataron síntomas subjetivos, con detección de la pérdida auditiva en pesquisas auditivas escolares. En 14 casos la pérdida auditiva era unilateral, y bilateral en otros 14 pacientes. En los restantes 3 casos, los pacientes presentaban una marcada pérdida auditiva en un oído y PANO en el oído contrario.

El promedio del umbral de la audiometría de tonos puros fue de 16.7 dBHL. Los patrones en los audiogramas de tonos puros fueron planos en 33 oídos, de sordera en 11 oídos, de pérdida auditiva en las frecuencias altas y bajas en 5 oídos, deprimidos en 2 oídos y con pérdida auditiva en las frecuencias altas en 2 oídos. Nueve pacientes también presentaban pérdida auditiva orgánica con otitis media con derrame, otosclerosis o neurinoma acústico bilateral. En total, 28 pacientes fueron sometidos al estudio auditivo objetivo y 6 fueron estudiados por audiometría del lenguaje. De éstos, 4 mostraron > 90% de la discriminación del lenguaje en un nivel menor que el correspondiente al umbral de la audiometría de tonos puros. Trece pacientes habían recibido un tratamiento inapropiado antes del diagnóstico de PANO, entre los cuales 8 fueron tratados con esteroides. En este último grupo, la pérdida auditiva había surgido en forma súbita y unilateral en 6 casos, mientras que en los restantes 2 se observaba pérdida auditiva bilateral orgánica acompañante.

El diagnóstico de PANO surge ante la discrepancia entre los resultados de la audiometría de tonos puros y la evaluación auditiva objetiva. Sin embargo, en la práctica, la segunda no es incluida en forma rutinaria y su realización requiere la sospecha diagnóstica del cuadro. En los pacientes que presentan pérdida auditiva unilateral súbita o pérdida bilateral orgánica acompañante, el diagnóstico puede ser incorrecto y acompañarse de un tratamiento inadecuado. Se debe considerar la presencia de PANO en aquellas pacientes jóvenes de sexo femenino cuyos audiogramas de tonos puros muestran patrones planos o de sordera.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat052/07326031.htm

18 - Actualizan Conceptos sobre las Crisis Convulsivas Febriles

Sadleir L, Scheffer I

BMJ 334(7588):307-311, Feb 2007

Este artículo de revisión acerca de las crisis convulsivas febriles (CCF) enfatiza la elevada frecuencia de este trastorno benigno, la necesidad de excluir el diagnóstico de meningitis o encefalitis, especialmente en presencia de estado epiléptico, y los factores

de riesgo para la aparición posterior de epilepsia. Los autores afirman que la educación y la seguridad transmitidas a los padres constituyen la base del tratamiento de esta afección.

Las CCF se definen como crisis convulsivas asociadas con fiebre (38° o más), en ausencia de infección del sistema nervioso central o de alteraciones agudas del equilibrio hidroelectrolítico, en niños de 6 meses a 6 años. Este cuadro debe distinguirse de las crisis sintomáticas, secundarias a enfermedades neurológicas, y de las provocadas por la fiebre en niños con epilepsia esencial. La prevalencia de las CCF oscila entre 3% y 8% en la población menor de 7 años.

Este trabajo resume los conocimientos sobre la fisiopatología de las CCF, su tratamiento y la evolución de los pacientes. Los autores realizaron una búsqueda en diversas bases de datos electrónicas e identificaron todos los trabajos pertinentes publicados desde el 2000 hasta el presente.

La aparición de CCF es resultado de la combinación de factores predisponentes genéticos y medioambientales. El 24% de los pacientes pediátricos con CCF tiene antecedentes familiares del trastorno y, en algunas familias, se demostró su transmisión autosómica dominante. La identificación de ciertas mutaciones en los genes relacionados con los canales iónicos sugiere que estos genes podrían ser los responsables de la manifestación de esta afección.

La relación de las CCF con la presencia de fiebre no ha sido aún aclarada de modo suficiente. Recientemente se describieron casos de crisis en niños con gastroenteritis viral, sin fiebre, especialmente en países asiáticos.

Habitualmente las CCF consisten en convulsiones tónico-clónicas generalizadas, de menos de 10 minutos de duración, aunque también pueden observarse signos focales y crisis mioclónicas. El estado epiléptico febril, prolongado más de 30 minutos, se presenta en 5% de los niños y es más frecuente su asociación con signos focales.

Los factores de riesgo para la recurrencia de las CCF incluyen: menos de 18 meses de edad, temperatura menor (próxima a 38°), duración más breve de la fiebre antes de la crisis (menos de 1 hora) y el antecedente familiar de CCF. Aproximadamente un tercio de los pacientes con CCF presentarán recurrencias durante enfermedades febriles subsiguientes.

Las variables asociadas con el riesgo de aparición de epilepsia son la manifestación de crisis complejas (es decir de más de 15 minutos de duración, varias crisis en el transcurso de 24 horas o signos neurológicos focales), la presencia de alteraciones en el examen neurológico o el antecedente familiar de epilepsia.

En relación con el desarrollo posterior de los niños, las CCF no afectan las funciones cognitivas ni la conducta y no se dispone de pruebas suficientes para afirmar alguna relación con la esclerosis del hipocampo.

Los estudios de diagnóstico deben solicitarse según la causa probable del cuadro febril. En algunos casos puede ser necesario realizar punción lumbar o estudios por imágenes; no existen razones fundamentadas para la indicación del electroencefalograma.

Respecto del manejo de este cuadro, las crisis prolongadas durante más de 5 minutos pueden tratarse de modo efectivo con diazepam rectal o con midazolam intranasal u oral, los cuales pueden administrarse en el domicilio, mientras se aguarda la llegada de un servicio de emergencias. El paracetamol y el ibuprofeno son útiles para mejorar el estado general de los niños, pero no se demostró que el control estricto de la temperatura corporal disminuya la recurrencia de las CCF. Tampoco existen pruebas de que la medicación anticonvulsiva reduzca el riesgo de aparición de epilepsia.

Para los niños con probabilidad de recurrencia de las crisis o que residen en lugares distantes de los centros de atención sanitaria puede emplearse el diazepam, en forma preventiva, durante episodios febriles. Sin embargo, la educación de los padres y la seguridad acerca de la benignidad del trastorno son fundamentales.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat052/07420009.htm