



Resúmenes SIIC

● EMPLEO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS EN PEDIATRIA

Cardiff, Reino Unido

Los factores culturales, sociales, ciertas actitudes y la accesibilidad determinan las diferencias que se observaron en el empleo de medicinas alternativas en dos grupos de niños enfermos de distintos países. Su análisis permitiría sentar políticas asistenciales adecuadas a las necesidades de cada población pediátrica.

Archives of Disease in Childhood 91(2): 153-158, Feb 2006

Autores:

Cincotta D y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of General Paediatrics, University Hospital of Wales

Título original:

Comparison of Complementary and Alternative Medicine Use: Reasons and Motivations between Two Tertiary Children's Hospitals

Título en castellano:

Comparación del Empleo de Medicina Complementaria y Alternativa: Razones y Motivaciones entre Dos Hospitales Pediátricos de Tercer Nivel

Introducción

Según los autores, las razones y los motivos para el empleo de la medicina complementaria y alternativa (MCA) por parte de los niños y sus familias carecen, hasta ahora, de suficientes estudios de evaluación. La prevalencia y los costos de la MCA se encuentran en continuo aumento. Una revisión de 1993 reveló que 48.5% de los australianos recurrieron a la MCA. El seguimiento hasta el año 2000 indicó que ellos gastan ingentes sumas de dinero en terapias alternativas a las que recurrieron 62% más que en 1993. En 1999 se encontró que 7% a 10% de los niños recibieron terapéutica de este tipo. Los estudios de atención primaria pediátrica informaron sobre el empleo en 21% a 33% de la población investigada, en tanto para los estudios realizados en hospitales, las cifras variaban entre 12% y 53%.

Si se comparan las diferencias de utilización entre 2 poblaciones, se pueden investigar las motivaciones y las razones socioculturales que determinan el uso de este tipo de medicina. Los autores sostienen que no ha habido hasta el momento comparación directa entre 2 poblaciones que utilicen la misma metodología, por lo que el objetivo de este trabajo es realizarla en 2 muestras hospitalarias para identificar las diferencias entre ellas y explorar los motivos y las razones por las cuales se recurre a este tipo de medicina. Consideran que, como consecuencia de las posibles conclusiones a las que arriben, se podrían establecer políticas sanitarias para el futuro.

Métodos

El estudio australiano fue realizado en Melbourne entre octubre de 2001 y febrero de 2002 en el *Royal Children Hospital*, población que sirvió de comparación. El estudio británico fue realizado en el Hospital Universitario de Gales, en Cardiff, de enero a febrero de 2004. Ambos hospitales son centros de derivación. Cada uno aportó casi igual cantidad de pacientes para los 5 grupos estudiados: internados, por una parte, y ambulatorios de endocrinología, pediatría general, medicina respiratoria y gastroenterología, por la otra.

Se empleó un cuestionario de diseño especialmente adecuado a los objetivos de los autores,

porque la revisión de la bibliografía no les permitió hallar ninguno que se adaptara a los propósitos perseguidos. Contenía 20 preguntas a ser respondidas en una entrevista presencial con los padres o tutores, durante los 5 a 10 minutos que duraban las reuniones. En 2 páginas se recogieron datos demográficos e información sobre medicina alopática. Si el niño había utilizado MCA durante el año previo, se agregaron preguntas especiales sobre tipo, razones, motivaciones para haber recurrido a ella, iniciación de la terapéutica, percepción sobre su utilidad, costo y comunicación con los médicos. La MCA fue calificada según los casos en naturopática, homeopática, tratamientos con hierbas, medicina china tradicional, dietoterapia y suplementos alimenticios con minerales y vitaminas, acupuntura, osteopatía, aromaterapia, iridología, masaje terapéutico, reflexología, kinesiología, reiki, hipnosis, ejercicios especiales, etc. El empleo de vitaminas y minerales no prescritos se incluyó, dado que podían ser causantes de interacciones y efectos adversos. Se llevó a cabo un acuerdo entre entrevistadores. Del mismo modo, se calibraron los procedimientos de ambos centros hospitalarios antes de iniciarlos, para estar seguros de que se emplearían técnicas similares.

Resultados

El estudio australiano se integró con 503 niños, 101 internados, y entre los ambulatorios, 102 respiratorios, 100 de pediatría general e igual cantidad de diabéticos y pacientes gastroenterológicos. El británico incluyó 500 niños, 100 de ellos de cada grupo.

Sociodemografía de las poblaciones totales y usuarios de MCA, Cardiff contra Melbourne

Los autores volcaron en una tabla las diferencias entre las 2 poblaciones estudiadas. Señalan que el hallazgo más importante fue que los hijos de padres carentes de educación terciaria nacidos en Cardiff habían empleado más MCA que los de Melbourne.

La mayoría de las terapias MCA fueron autoiniciadas (padre/paciente o familia/amigos): Cardiff 74% versus

Melbourne 70%. Sin embargo, los de Cardiff percibieron que la MCA les fue de menor ayuda (57% versus 74%). En el último mes, números similares de participantes combinaron MCA con medicina alopática en Cardiff (3%) y en Melbourne (4%).

La falta de información a los médicos de cabecera fue importante en ambos estudios (Cardiff 66%, Melbourne 63%). Menos usuarios de MCA de Cardiff que de Melbourne consideraron que el médico "debería saber sobre el uso de MCA". En Cardiff, el alto empleo de MCA se asoció con madres poseedoras de educación terciaria. Las mayores frecuencias entre los usuarios de MCA fueron: homeopatía, hierbas y aromaterapia.

Discusión

Los autores afirman que, hasta el momento, no se habían realizado estudios comparativos entre 2 poblaciones pediátricas que utilizaran la misma metodología. Tanto la de Cardiff como la de Melbourne exhibieron alta prevalencia de MCA, aunque algo menor y menos regular en Cardiff, en especial por el empleo más limitado de recursos medicinales (vitaminas, minerales, hierbas) o no medicinales (quiropaxia, naturopatía y masaje terapéutico). Especulan que algunas de las diferencias se pueden explicar por la variación sociocultural.

Aspectos socioculturales

Como fenómeno social, la MCA se describe en la bibliografía con creciente frecuencia. Un autor postula que este tratamiento promueve la salud por sobre la enfermedad. Sus hallazgos se sustentan en 3 tipos de usuarios de MCA: a) los que adoptan una visión holística de la salud (cuerpo-mente-espíritu), b) quienes han cursado experiencias transformadoras y luego vieron el mundo de manera diferente, y c) los individuos "culturales creativos" con dedicación al medio ambiente, la espiritualidad y el amor por lo exótico y foráneo. Otro autor calificó el prototipo de candidato a MCA como aquél que compra salud y que, a la vez, enfatiza en el bienestar antes que en la enfermedad. Un tercer autor considera que los cambios sociales y la globalización condujeron a que declinara la confianza en que la ciencia médica pudiera ser la solución para los problemas vitales. A la vez, percibe que crece el individualismo de aquellos que buscan niveles de control más altos y poder de sus vidas, y que utilizan herramientas tales como Internet. Además, la inmigración de los últimos 20 años generó la transmisión de formas de medicina establecidas en otras latitudes, por ejemplo, la medicina china tradicional.

Comparación de actitudes

Los principios antes mencionados pueden ayudar a explicar la alta prevalencia en ambos centros. Los autores especulan en que estos principios reflejan las actitudes de los australianos más que los galeses. El grupo de los nativos de Cardiff usaría MCA con menos probabilidad que el de Melbourne. La comparación de demografía y datos censales muestra que hay menos extranjeros en Cardiff que en Melbourne. Por lo tanto, la población de mayor variedad cultural de Melbourne pudo haber influido las actitudes de aquellos que son oriundos, y haber producido más "creativos culturales", quienes con mayor probabilidad usarían MCA.

La educación terciaria se asoció con el empleo de MCA en Cardiff, al igual que otros estudios que asumen que la educación es predictora de uso de MCA. Melbourne no mostró esa tendencia, sobre todo debido a que los hijos de padres con menor nivel educativo en Melbourne utilizan más MCA que lo esperado.

El hallazgo de que los participantes de Cardiff percibieron que el MCA les resultaba de menor utilidad que a los de Melbourne sugiere que la alta prevalencia podría estar relacionada con la promoción de su utilización por parte de los mismos padres.

La motivación más alta para curar enfermedades en Melbourne puede explicarse por el mayor uso de vitaminas o hierbas para prevenir y tratar tos y resfríos. Las motivaciones holísticas más comunes de Cardiff representan números pequeños y son menos importantes que la tendencia global; esto indica motivaciones similares para ambos centros.

Comparación de disponibilidad

Diferentes perfiles de profesionales de la MCA disponibles entre países pueden reflejar particularidades de empleo. Hay menos disponibilidad en Cardiff. La predominancia en el uso de MCA no medicinal para "relajación" puede reflejar la proporción de aromaterapeutas y reflexólogos en actividad, así como que el predominio de indicaciones músculo-esqueléticas en Melbourne puede explicar la alta proporción de quiroprácticos. La limitación para el análisis es que quienes practican MCA ejercen una actividad autorregulada, por lo cual es muy difícil establecer con certeza su número exacto.

Los sistemas privados de seguros de salud tienen vinculación con la MCA en Melbourne pero no en Cardiff. El apoyo gubernamental para este tipo de medicina es predominantemente para atención primaria de la salud en ambos países. En 2001, 49% de los médicos generales británicos realizaban algún tipo de MCA con 58% del costo cubierto por el *National Health Service* (NHS). En Australia, en cambio, *Medicare* sólo provee reintegros para acupuntura que, en muchos casos la realizan médicos generales de adultos.

Comunicación y política

Ambos estudios hallaron grados moderados de combinación de medicina alopática con MCA, con el probable riesgo de efectos adversos. Ello significa atender aspectos vinculados con la seguridad, especialmente en vista de la poca comunicación que se establece entre médicos y enfermeras, por una parte, y los padres, por la otra. Para hacer frente a estos aspectos de comunicación y seguridad se establecieron las guías de una política específica: promover el diálogo con los pacientes ambulatorios o internados autorizándolos a discutir sobre MCA, documentar su empleo, conversar con farmacéuticos sobre las interacciones potenciales y notificar los posibles efectos adversos que pudieran interferir con la atención de los niños.

Determinar los factores asociados al alto empleo de MCA podría ser incorporado a la política local, que es diferente según las regiones donde se aplicaría. Así, en Cardiff se podría encarar educación de los padres, uso de aromaterapia, hierbas y homeopatía, mientras que en Melbourne convendría dedicarse especialmente a familias con un solo hijo y niños mayores de 2 años.

Conclusiones

Los médicos deben tomar conciencia de que el uso de medicina complementaria y alternativa es altamente prevalente en niños. La comparación de su empleo en hospitales pediátricos revela que es menor en Cardiff que en Melbourne, atribuido por los autores a variación de factores socioculturales, motivaciones, actitudes y disponibilidad de este tipo de asistencia. Las variaciones regionales, la poca comunicación y los riesgos de interacciones con la medicina alopática marcan la importancia de llevar adelante políticas locales.

Autoevaluación de Lectura

¿De qué manera puede analizarse la participación de la medicina complementaria y alternativa en una población pediátrica?

- A. Mediante un cuestionario escrito anónimo que deban responder los padres.
- B. Mediante la historia clínica electrónica unificada.
- C. Mediante entrevistas personales y respuestas a un cuestionario estructurado.
- D. Mediante las historias clínicas confeccionadas por los residentes.

[Respuesta Correcta](#)

● MICROFLORA INTESTINAL EN NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA E INFANTES SANOS

Estocolmo, Suecia

Se observó una diferencia significativa en la actividad metabólica de la flora microbiana intestinal en niños con enfermedad celíaca en el momento de presentación y después del tratamiento con una dieta libre de gluten, en comparación con un grupo control.

American Journal of Gastroenterology 100(12):2784-2788, Dic 2005

Autores:

Tjellström B y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Microbiology and Tumour Biology Center, Karolinska Institute

Título original:

Gut Microflora Associated Characteristics in Children with Celiac Disease

Título en castellano:

Características Asociadas de la Microflora Intestinal en Niños con Enfermedad Celíaca

Introducción

La enfermedad celíaca (EC) se caracteriza por una lesión de la mucosa del intestino delgado proximal, en personas predispuestas genéticamente, secundaria a la ingesta de gluten. Afecta principalmente a individuos con genotipo HLA DQA1*0501 y DQB1*0201, genes que codifican la molécula DQ2. Además del gluten, otros factores ambientales tales como la composición y actividad metabólica de la microflora gastrointestinal pueden estar involucrados en la patogénesis de la enfermedad. Poco después del nacimiento, el tracto gastrointestinal se coloniza con bacterias y se establecen poblaciones complejas. Recientemente, mediante microscopía electrónica se detectaron bacterias con forma de bastoncitos en la mucosa del intestino delgado de pacientes con EC activa o inactiva, pero no en un grupo control. El objetivo de este estudio consistió en investigar la función metabólica de la microflora intestinal en niños con EC a fin de identificar la existencia de una microflora intestinal distinta en estos pacientes en comparación con niños sanos. Para esta evaluación se consideró el análisis de los productos del metabolismo microbiano: las características asociadas con la microflora, que se definieron respecto de la estructura anatómica o la función fisiológica, bioquímica o inmunológica en un organismo influidas por la microflora de un modo anabólico o catabólico.

Métodos

El ensayo se realizó entre marzo de 1996 y enero de 2002. El grupo de estudio comprendió a los niños con EC diagnosticados consecutivamente de acuerdo con los criterios de la Sociedad Europea

de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Treinta y seis niños (12 varones, 24 mujeres, mediana de edad 4.7 años, 0.7 a 9.9 años) con EC se evaluaron al momento de presentación (dieta normal con contenido de gluten, síntomas y signos clínicos indicativos de EC, marcadores serológicos positivos y biopsia de intestino delgado con enteropatía grave), mientras que 47 (21 varones, 26 mujeres, mediana de edad 4.2 años, 1.1 a 10.3 años) se estudiaron cuando se encontraban bajo la dieta libre de gluten por al menos 3 meses. Para la comparación se incluyó un grupo control que consistió en 42 niños sanos (23 varones, 19 mujeres, mediana de edad 3 años, 0.25 a 5.75 años) que consumían una dieta normal con contenido de gluten y no mostraban signos de desnutrición. Los grupos no fueron similares en cuanto a edad y sexo. Ningún participante había sido tratado con antibióticos dentro de los 3 meses previos a la recolección de las muestras de materia fecal. En los niños evaluados al momento de presentación, las muestras de materia fecal se obtuvieron antes del comienzo de la dieta libre de gluten, mientras que en aquellos con EC y dieta libre de gluten se recolectaron en 1 a 4 ocasiones dentro de un intervalo de 3 meses en un período de un año sin cambios dietarios. El estado funcional de la microflora intestinal se evaluó mediante el análisis de los ácidos grasos de cadena corta (AGCC) en las muestras de materia fecal por cromatografía líquido-gaseosa. Se analizaron los siguientes AGCC: ácido acético, ácido propiónico, ácido *i*-butírico, ácido *n*-butírico, ácido *i*-valérico, ácido *n*-valérico, ácido *i*-caproico y ácido *n*-caproico. La evaluación estadística se realizó mediante la prueba de la *t* de Student. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. La correlación entre los ácidos *i*-butírico e *i*-valérico en cada grupo se evaluó por medio del coeficiente r^2 de correlación de Spearman. Un coeficiente r^2 superior a 0.70 se consideró una correlación significativa, y por encima de 0.90, una correlación muy significativa.

Resultados

Se observaron niveles sustancialmente más altos de ácido acético, ácido *i*-butírico y ácido *i*-valérico, así como de los AGCC totales en los niños con EC antes y después del tratamiento con la dieta libre de gluten en comparación con el grupo control. El contenido de ácido propiónico y ácido *n*-valérico difirió significativamente entre los niños con EC bajo dieta libre de gluten y el grupo control. No se observó una diferencia significativa en los AGCC entre los niños con EC con dieta libre de gluten y sin ella. Además, el patrón de AGCC no difirió significativamente en los pacientes con EC menores de 6 años comparados con aquellos entre 6 y 10 años. La correlación entre los ácidos *i*-butírico e *i*-valérico fue muy significativa tanto en los niños sanos y en aquellos con EC con dieta libre de gluten o sin ella ($r^2 = 0.9296$).

Discusión y conclusión

Según los autores, la presencia de AGCC de cadena más larga (ácidos valérico y caproico) representa un proceso anabólico efectuado bajo condiciones anaeróbicas. Los principales representantes (ácidos acético, propiónico y *n*-butírico) son los productos finales de la degradación intestinal de los carbohidratos y reflejan los procesos catabólicos acrecentados por una presencia limitada de oxígeno. Los ácidos ramificados (isoformas) son productos metabólicos del clivaje de proteínas y lípidos. Para el huésped, los AGCC representan principalmente una fuente de energía importante para los colonocitos; en especial, el ácido butírico incrementa la cinética de los enterocitos. De este modo, los AGCC sirven como reserva nutricional para la mucosa intestinal; también son importantes para la regulación de la motilidad intestinal y actúan como antidiarreicos. Además, pueden proteger contra ciertos microorganismos patogénicos intestinales. Los principales hallazgos de este estudio, señalan los valores, fueron los niveles significativamente más altos de ácido acético, ácido *i*-butírico, ácido *i*-valérico y de la cantidad total de AGCC en los pacientes con EC en comparación con el grupo control. Debe destacarse que esta diferencia se mantuvo después de la dieta libre en gluten.

Según los expertos, no fue informado previamente el hallazgo de que los niños con EC, independientemente del tratamiento con dieta, presentan un perfil fecal alterado de AGCC, en comparación con el grupo control. Los resultados muestran diferencias en la actividad metabólica intestinal entre los pacientes con EC y el grupo control, lo cual indica que parte del clivaje de los carbohidratos y las proteínas tiene lugar en el intestino delgado, que es el sitio principal de localización de la enteropatía en la EC, y esto puede deberse a la alteración en la composición de la flora bacteriana en el intestino delgado. Alternativamente, un pasaje rápido al intestino delgado o una disminución de la actividad metabólica causada por la enteropatía del intestino delgado o proximal y la malabsorción en los pacientes con EC no tratada puede provocar una sobrecarga de

nutrientes no digeridos en el intestino delgado distal y el colon. La hiperplasia de las criptas que se desarrolla en paralelo con la atrofia de las vellosidades indica un alto recambio celular en el intestino delgado. Las células son eliminadas y aumentan la cantidad de sustrato que produce AGCC ramificados. Es probable que la fuerte correlación entre los ácidos *i*-butírico e *i*-valérico la provoque el alto recambio intestinal que lleva a la síntesis de grandes cantidades de proteínas endógenas que se presentan en la flora intestinal.

El grupo control incluyó niños de hasta 6 años, mientras que el grupo con EC alcanzó los 10 años; sin embargo, no se observó una diferencia significativa en el patrón de AGCC entre los niños de menor y mayor edad con EC.

Existe poca información bibliográfica respecto de la flora intestinal en pacientes con EC que pueda utilizarse como comparación. No obstante, hay algunas pruebas acerca de la participación de factores microbianos en la patogénesis de la enfermedad. Por lo general, un período de gastroenteritis precede la EC en niños. Algunos investigadores sugirieron que esta enfermedad puede desencadenarse en individuos genéticamente predispuestos expuestos a la infección por adenovirus intestinal 12 mediante una reacción cruzada entre la gliadina y la proteína del adenovirus 12 a nivel de la interacción con el receptor de células T. El hallazgo en otro estudio de bacterias con forma de bastoncitos en los pacientes con diagnóstico reciente de EC y aquellos en remisión llevó a la hipótesis de que la alteración en la glicosilación en la mucosa en algunos pacientes celíacos resultó en un cambio en la flora bacteriana que, a su vez, pudo ocasionar una diferencia funcional en el intestino. Sin embargo, también se observó que los microorganismos pueden influir sobre la glicosilación en la mucosa intestinal. No hay certezas acerca de si es la alteración en la glicosilación *per se* en la EC o en la flora bacteriana lo que causa los cambios en la glicosilación.

En conclusión, se observó una diferencia en la actividad metabólica de la flora microbiana intestinal en niños con EC en comparación con el grupo control. El hallazgo de un patrón diferente en algunos AGCC en los pacientes con EC en el momento de presentación de la enfermedad y durante el tratamiento con la dieta libre de gluten indica que es un fenómeno genuino de la EC no influido por la dieta, la inflamación o la respuesta autoinmune del paciente. Estos resultados pueden ayudar a dilucidar la patogénesis de la EC.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué diferencias se encontraron en las cantidades totales de ácidos grasos de cadena corta en materia fecal en los pacientes con enfermedad celíaca, independientemente del tratamiento con dieta libre de gluten, en comparación con el grupo control?

- A. Aumento significativo.
- B. Disminución significativa.
- C. Disminución no significativa.
- D. Aumento no significativo.

Respuesta Correcta

EFICACIA Y SEGURIDAD A CORTO PLAZO DEL TRATAMIENTO ANTIPIRETIICO EN NIÑOS

Tel Aviv, Israel

Un régimen que alternó paracetamol (12.5 mg/kg/dosis) e ibuprofeno (5 mg/kg/dosis) cada 4

horas fue más efectivo que la monoterapia para la reducción de la fiebre en niños con edades entre 6 y 36 meses, independientemente de la medicación inicial de carga.

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 160(2):197-202, Feb 2006

Autores:

Sarrell E

Institución/es participante/s en la investigación:

Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University

Título original:

Antipyretic Treatment in Young Children with Fever

Título en castellano:

Tratamiento Antipirético en Niños Pequeños con Fiebre

Introducción

La fiebre representa el motivo de consulta más frecuente en la práctica pediátrica. Los lactantes y niños pequeños son especialmente susceptibles debido a su pequeño tamaño corporal, la mayor relación superficie corporal/peso y el bajo porcentaje de grasas a subcutánea. Si bien se considera que la fiebre constituye una beneficiosa respuesta fisiológica al proceso infeccioso, puede provocar irritabilidad y estrés, así como una elevada ansiedad por parte de los padres. Por ello, los médicos prefieren prescribir agentes antipiréticos, además de las recomendaciones sobre los métodos físicos para disminuir la fiebre. El paracetamol o acetaminofeno es un antipirético muy utilizado debido a su alta eficacia y buen perfil de seguridad. Es un derivado del para-aminofenol que inhibe la ciclooxigenasa y también la formación y liberación de prostaglandinas. Se absorbe en el tracto gastrointestinal y alcanza las concentraciones plasmáticas pico dentro de los 30 minutos. El tiempo para la reducción máxima de la temperatura es de aproximadamente 2 horas. La dosis recomendada de paracetamol es de 12 a 15 mg/kg cada 6 horas. El ibuprofeno es un derivado del ácido propiónico que, al igual que el paracetamol, inhibe la biosíntesis de prostaglandinas. También se absorbe en el tracto gastrointestinal, alcanza concentraciones plasmáticas pico en una hora y la disminución máxima de la temperatura se logra dentro de las 3 horas. La dosis recomendada es de 5 a 10 mg/kg cada 8 horas. Ambos agentes antipiréticos demostraron ser seguros en los niños. El objetivo del presente estudio fue comparar la efectividad clínica entre la monoterapia con paracetamol o ibuprofeno y un régimen con alternancia entre ambas drogas en niños de entre 6 y 36 meses.

Métodos

El estudio de tipo aleatorizado, a doble ciego y con un diseño de grupos paralelos se llevó a cabo entre el 15 de septiembre de 2003 y el 15 de marzo de 2004 en 3 centros pediátricos comunitarios de atención primaria (2 urbanos y 1 rural) de Israel. La muestra incluyó a todos los pacientes consecutivos de entre 6 y 36 meses, con una temperatura rectal de al menos 38.4° C. El mismo médico realizó la historia clínica, con la recolección de información demográfica, médica, diagnóstico previo, uso de otros fármacos y hábito de fumar en el hogar. Posteriormente, una enfermera procedió a realizar la asignación al azar a los grupos terapéuticos, registró el peso de los pacientes y obtuvo los datos iniciales de laboratorio, la temperatura al ingreso y el nivel de incomodidad de acuerdo con el puntaje en el cuestionario de estrés *Noncommunicating Children's Pain Checklist* (NCCPC). El grupo A recibió paracetamol (12.5 mg/kg/dosis cada 6 horas). La mitad del grupo recibió una dosis de carga inicial con paracetamol (25 mg/kg) y la otra mitad, con ibuprofeno (10 mg/kg). El grupo B recibió ibuprofeno (5 mg/kg/dosis cada 8 horas; máximo 20 mg/kg/día). Para la mitad de este grupo hubo una dosis de carga inicial con paracetamol (25 mg/kg) y la otra mitad recibió una dosis de carga inicial con ibuprofeno (10 mg/kg). El grupo C fue tratado con paracetamol (12.5 mg/kg/dosis; máximo 50 mg/kg/día) que se alternó con ibuprofeno (5 mg/kg/dosis; máximo 20 mg/kg/día) cada 4 horas. Medio grupo recibió una dosis de carga inicial con paracetamol (25 mg/kg) y la otra mitad, con ibuprofeno (10 mg/kg). Los niños recibieron la dosis de carga de una segunda enfermera, quien también instruyó a los padres o tutores en la confección de un registro diario térmico y la realización del cuestionario de estrés durante el seguimiento. Todos los participantes fueron evaluados y seguidos por el mismo médico, quien desconocía la asignación de los grupos. Para cada niño incluido en el ensayo, el médico preparó un cuestionario computarizado

sobre los datos demográficos, el nivel de fiebre, los días de enfermedad, los signos físicos, el modo de tratamiento, los hallazgos de laboratorio, el comienzo de la enfermedad y las visitas al departamento de emergencias, que debía ser completado a medida que avanzase el estudio. El seguimiento se llevó a cabo mediante los registros diarios de los padres o tutores y una entrevista telefónica a las 24 horas (día 1) y a las 48 horas (día 2) de la incorporación. Se pidió a los padres que midiesen la temperatura rectal de sus hijos con un termómetro de mercurio al menos 3 veces por día durante el tratamiento y una vez por día por otros 10 días, y que registrasen la cantidad de medicación antipirética utilizada y el número de días laborables perdidos debido a la enfermedad del niño. Además, completaron el cuestionario de estrés NCCPC. Este se diseñó para ser utilizado en lactantes y niños pequeños incapaces de comunicarse verbalmente. Todos los pacientes concurren a una visita de control al tercer día del estudio. Las consultas posteriores se llevaron a cabo en los 5 y 10 días después de la incorporación al estudio. Las pruebas de función renal y hepática y los análisis de materia fecal para la búsqueda de sangre oculta se repitieron a los 3 y 5 días del seguimiento y cada 2 semanas por un total de 12 semanas. Los registros diarios efectuados por los padres se recolectaron al décimo día. Las principales medidas de resultados fueron: la temperatura, el puntaje de estrés, la cantidad de medicación antipirética recibida, los días totales de ausentismo laboral debido a la enfermedad del niño, la recurrencia de la fiebre dentro de los 5 a 10 días después del comienzo del tratamiento, el número de visitas al departamento de emergencias dentro de los 10 días de la incorporación al estudio, la función hepática y renal, la aparición de síntomas gastrointestinales o de sangrado y de síndrome de Reyé. La fiebre se evaluó de acuerdo con el máximo registro de temperatura obtenido en cualquier día. Los niños con temperatura $< 37.8^{\circ} \text{C}$ se consideraron afebriles; mientras que un puntaje de 4 o más en el cuestionario de estrés NCCPC se consideró anormal. El tratamiento se juzgó como exitoso si se redujeron la temperatura media y el puntaje medio en el cuestionario de estrés NCCPC. Los síntomas de irritación gastrointestinal se diagnosticaron por la presencia de dolor abdominal asociado con vómitos o diarrea según los registros de los padres o cuidadores. El sangrado gastrointestinal se evaluó por la presencia de sangre oculta en materia fecal. En cuanto a la metodología estadística, los datos entre los grupos se compararon con la prueba de *chi* cuadrado para evaluar las variables nominales u ordinales. La comparación del puntaje en el cuestionario de estrés, la fiebre y las dosis se evaluaron por el análisis de variancia. Se utilizó la prueba de la *t* pareada para valorar las diferencias en cuanto al puntaje en el cuestionario NCCPC y la fiebre en el tiempo en cada grupo. Se consideró significativo un valor de *p* de 0.05.

Resultados

Un total de 480 niños cumplieron los criterios de elección, de los cuales 464 (96.7%) completaron el estudio. Debido a que el tipo de droga utilizada como dosis de carga (paracetamol o ibuprofeno) no tuvo un efecto estadístico ($p = 0.52$), los pacientes se agruparon de acuerdo con su fármaco de mantenimiento. Los grupos fueron similares en cuanto al sexo, estado civil de los padres, número de hermanos, hábito de fumar en el hogar, presencia de complicaciones prenatales o neonatales y enfermedad que produjo la fiebre. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la media del pico máximo de temperatura el día de la incorporación al estudio ($p = 0.31$). Las diferencias fueron significativas al primer día y continuaron en los días 2 y 3 ($p < 0.001$). La media de los picos febriles en el grupo C fue más baja a medida que transcurrieron los días en comparación con los otros grupos; con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos C y A ($p < 0.001$) y los grupos C y B ($p < 0.001$), pero no entre los grupos A y B. Se observó una diferencia sustancial en el nivel de disminución de los puntajes de estrés en el cuestionario NCCPC en todos los grupos terapéuticos ($p < 0.001$), pero fue más pronunciada en el grupo C comparado con los grupos A y B. La diferencia fue aún más pronunciada si se toma en cuenta que los niños en el grupo C partieron de puntajes medios de estrés más elevados ($p < 0.001$). El grupo C mostró una reducción en el nivel de estrés del 52.4%, del 45% y del 17.7% desde el ingreso al día 1, del día 1 al día 2 y del día 2 al día 3, respectivamente, en comparación con el 39.6%, 23.2% y el 9.8%, respectivamente en el grupo B y el 35.7%, 24.6% y el 13.7%, respectivamente en el grupo A. El grupo C requirió significativamente menos dosis de medicación antipirética por niño comparado con los otros grupos ($p < 0.001$). El grupo C recibió un menor número de dosis de drogas por niño en los días 1, 2 y 3 respecto de los grupos A y B; con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los días 1 y 2, pero no en el día 3 (grupo C *versus* los otros grupos, $p < 0.001$). El grupo C requirió 22.6% menos dosis del día 1 al día 2 y 25.7% menos del día 2 al día 3; mientras el grupo A recibió 11.2% y 24.4% menos, respectivamente y el grupo C, 2.2% y 2.7% menos dosis, respectivamente. Estos cambios fueron

estadísticamente significativos ($p < 0.001$). En el grupo C, independientemente del tipo de droga utilizada como dosis de carga, se observó un menor número de recurrencias de la fiebre en los días 5 y 10 en comparación con los grupos A y B. En el día 5 se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p = 0.02$), pero no en el día 10 ($p = 0.62$). En el grupo C también se observó un menor ausentismo laboral comparado con los otros grupos ($p < 0.001$). No hubo una diferencia sustancial en el número de consultas al departamento de emergencias ($p = 0.65$). El análisis de regresión lineal multivariado mostró que el tipo de terapia fue el único factor significativo que influyó sobre el resultado ($p = 0.047$). Ningún paciente presentó una reacción adversa relacionada con la medicación ni una enfermedad grave. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a las alteraciones en la función hepática ($p = 0.60$) o renal ($p = 0.93$) que se observaron en la fase aguda, pero desaparecieron durante el seguimiento.

Conclusión

Comentan los autores que su estudio brindó información sobre la eficacia y seguridad de las drogas analizadas sólo a corto plazo (3 días). No se evaluó la farmacocinética de las dosis repetidas, la seguridad biológica o el efecto de la deshidratación prolongada en la probabilidad de complicaciones renales en el régimen con alternancia entre ibuprofeno y paracetamol. Estos resultados no pueden extrapolarse a niños menores de 6 meses, con desnutrición, alteraciones hepáticas o renales, enfermedad metabólica, endocrina o neoplásica, úlcera gástrica o antecedentes de reacciones adversas. El tamaño pequeño de la muestra y la corta duración de la terapia (3 días) reducen el poder estadístico para detectar reacciones adversas graves. Independientemente de estas limitaciones, los investigadores refieren que el presente estudio fue el primero de tipo aleatorizado, a doble ciego y controlado que evaluó la seguridad y eficacia de un régimen con alternancia de paracetamol e ibuprofeno respecto de la monoterapia en niños de entre 6 y 36 meses.

En conclusión, el uso de un régimen de alternancia entre paracetamol (12.5 mg/kg/dosis) e ibuprofeno (5 mg/kg/dosis) cada 4 horas, independientemente de la medicación inicial de carga, redujo la fiebre de modo más rápido y prolongado en comparación con la monoterapia, sin un incremento en las reacciones adversas.

Autoevaluación de Lectura

En un grupo de niños de entre 6 y 36 meses, ¿qué régimen antipirético fue significativamente más efectivo en la disminución de la fiebre?

- A. Alternancia entre el paracetamol y el ibuprofeno cada 4 horas.**
- B. Monoterapia con ibuprofeno a 10 mg/kg/dosis cada 8 horas.**
- C. Monoterapia con ibuprofeno a 5 mg/kg/dosis cada 8 horas.**
- D. Monoterapia con paracetamol a 12.5 mg/kg/dosis cada 6 horas.**

Respuesta Correcta

● ENTRENAMIENTO EN ALERGIA EN LA FORMACION ACADEMICA DE LOS OTORRINOLARINGOLOGOS

Baltimore, EE.UU.

En las últimas décadas la importancia de la alergia dentro de la especialidad otorrinolaringológica ha aumentado notablemente. Como consecuencia, en la actualidad el 61.9% de los programas

académicos de formación de la especialidad cuentan con servicios de alergia para la práctica activa de los profesionales en formación.

Otolaryngology-Head and Neck Surgery 134(1):25-27, Ene 2006

Autores:

Lin S, Mabry R

Institución/es participante/s en la investigación:

Durante varias décadas, la alergia ha formado parte de la práctica de un significativo número de otorrinolaringólogos. Así, el reconocimiento creciente de la alergia como un aspecto importante de la otorrinolaringología ha determinado el crecimiento del énfasis, a través de los programas académicos de la especialidad, en el establecimiento de servicios activos de atención especializada de la alergia.

La alergia forma parte integral de la otorrinolaringología. Desde comienzos del siglo XX, los especialistas de este campo han reconocido la importancia de la alergia como un factor contribuyente de la enfermedad de las vías aéreas superiores. Sin embargo, la calidad y cantidad de la educación otorrinolaringológica sobre la alergia en los programas de formación en la especialidad han variado a través del tiempo y según las instituciones. En la pasada década, se ha puesto un énfasis adicional en asegurar que todos los programas de educación provean un entrenamiento adecuado en alergia, lo cual incluye su diagnóstico y tratamiento. Este movimiento ha determinado que muchos programas de educación instalen nuevas clínicas de alergia, o, al menos, que consideren agregar estos servicios. Al mismo tiempo, las instituciones académicas deben enfrentar una variedad de nuevos desafíos a medida que agregan servicios de alergia. En 2004, se llevó a cabo una encuesta con el objeto de conocer el estado de los actuales servicios académicos de alergia, y determinar los desafíos que éstos enfrentan, además de evaluar las consecuencias económicas del agregado de dichos servicios.

La mencionada encuesta, compuesta por 12 preguntas, fue enviada a 102 programas académicos acreditados de otorrinolaringología en EE.UU. De éstos, respondieron 71 (69.6%). El 61.9% de los encuestados respondió contar con un servicio activo de alergia en su institución, mientras que los restantes (38.1%) respondieron no contar con éste. El método de diagnóstico más comúnmente empleado fue el estudio intradérmico de dilución (43.4%), y el número promedio de pacientes bajo inmunoterapia en cada servicio fue de 242. Con respecto a los aspectos económicos, el 72% de los servicios de alergia operaban con ganancias y el 28%, lo hacían con pérdidas, aunque estos últimos no aclararon las razones de estos resultados financieros. El 74.5% manifestó que el agregado del servicio de alergia había aumentado la cantidad de referencias a sus departamentos. Frente a la pregunta de por qué se decidió el ofrecimiento de un servicio de alergia, las razones más frecuentemente citadas fueron el entrenamiento y el cumplimiento de los requerimientos de la residencia, además de motivos financieros, necesidades comunitarias, investigación, la provisión de un servicio otorrinolaringológico completo y el interés de algún miembro individual del departamento. Los desafíos enfrentados por el agregado del servicio fueron la falta de personal o de espacio, y la dificultad de hallar un especialista con experiencia en alergia.

El reconocimiento de que la alergia puede contribuir a numerosas enfermedades tratadas por los otorrinolaringólogos ha determinado un significativo crecimiento de este campo dentro de la especialidad. Así, a medida que la importancia de la alergia dentro de la otorrinolaringología se tornaba más aparente, también lo hacía la importancia de la educación con respecto a la alergia a aquellos especialistas en formación. Los resultados de la presente encuesta demuestran que, en la actualidad, la mayoría de los programas de entrenamiento presentan un servicio de alergia para la práctica activa.

Nápoles, Italia

La hepatitis C crónica adquirida en la infancia es una enfermedad leve, con lenta progresión a la fibrosis.

Clinical Infectious Diseases 41(10): 1431-1437, Nov 2005

Autores:

Iorio R y Colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Pediatrics, University of Naples "Federico II"

Título original:

Chronic Hepatitis C in Childhood: An 18-Year Experience

Título en castellano:

Hepatitis C Crónica en la Infancia: 18 años de Experiencia

Introducción

Según diversos estudios realizados, la hepatitis C en los niños parece ser una enfermedad más leve y con un curso natural más favorable en comparación con la observada en los adultos. Los resultados a largo plazo de la hepatitis C crónica (HCC) no fueron completamente estudiados en niños tratados con interferón (IFN) o sin éste. El objetivo de este ensayo fue evaluar retrospectivamente los resultados a largo plazo de la infección por el virus de hepatitis C (VHC) en una amplia serie de niños con HCC atendidos en forma consecutiva en un único centro, así como comparar estos resultados entre los pacientes tratados y no tratados.

Pacientes, materiales y métodos

Se incorporaron al estudio todos los niños y adolescentes entre 2 y 18 años con anticuerpos contra el VHC (anti-VHC) por más de 6 meses atendidos en una unidad de hepatología durante 1986 y 2004, sin enfermedades sistémicas concomitantes u otras causas de enfermedad hepática crónica. En cada visita de seguimiento y en todos los pacientes se evaluaron los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud a través del examen clínico y una entrevista apropiada. El crecimiento se determinó periódicamente con las tablas de percentilos estándar de peso y estatura. Al comienzo del estudio se confeccionó la historia clínica de cada uno de los participantes en donde se recabaron los factores de riesgo para la infección por el VHC, la edad al momento de la infección, los signos clínicos de enfermedad hepática, los resultados de las pruebas de función hepática, el recuento de glóbulos blancos, los niveles séricos de ARN del VHC, el genotipo del VHC, el nivel de alfa-fetoproteína, los niveles séricos de inmunoglobulinas, la presencia de autoanticuerpos no específicos de órgano como anticuerpos antinucleares, antimúsculo liso y microsómicos tipo 1 antihepáticos/renales (LKM1), la presencia de crioglobulinas y de hormonas tiroideas. Todos los pacientes se controlaron periódicamente cada 3 a 6 meses mediante examen físico, pruebas de función hepática, pruebas virológicas y determinación de los niveles de alfa-fetoproteína. A intervalos de 6 a 12 meses se determinaron los marcadores de autoinmunidad y los perfiles hormonales de los pacientes tratados. Cada 12 meses se realizaron ecografías del hígado, tracto biliar, esplénica y de la vena porta. Se efectuaron biopsias hepáticas. El examen histológico fue analizado por el mismo patólogo, quien desconocía los datos clínicos y bioquímicos. A las muestras de biopsia se les adjudicó un puntaje respecto de la actividad inflamatoria hepática (grados 0-18) y los cambios fibróticos (grados 0-6) de acuerdo con la metodología de Ishak y colaboradores. También se recolectaron los datos acerca de los antecedentes de tratamiento con IFN. La respuesta al tratamiento se definió como la ausencia de ARN del VHC en muestras obtenidas al momento de la finalización de la terapia. Se definió recaída como la reaparición de niveles de ARN del VHC después del logro de la respuesta virológica, y respuesta virológica sostenida a la ausencia de niveles detectables de ARN del VHC al final del tratamiento y 6 meses después, hasta el final del período de seguimiento posterior. Los pacientes en los cuales los niveles de ARN del VHC nunca se tornaron indetectables se clasificaron como "no respondedores". En los niños no tratados, se determinaron los niveles séricos de aminotransferasas y de ARN del VHC a lo largo del período de seguimiento.

En cuanto a la metodología estadística, todos los datos se expresaron como medianas y rangos. La comparación de las variables categóricas se realizó mediante la prueba de *chi* cuadrado o exacta de Fisher, según correspondiera. La comparación de las variables continuas se efectuó por medio de las pruebas de la U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

Se estudiaron 125 niños consecutivos con anticuerpos anti-VHC y diagnóstico de HCC (mediana de la edad al momento de la última observación: 14.5 años [7.2 a 23 años]) sin enfermedades sistémicas concomitantes. Todos los pacientes fueron asintomáticos y ninguno mostró un crecimiento anormal. El curso de la infección crónica por el VHC se evaluó retrospectivamente por una mediana de tiempo de 9 años (3.4 a 20.9 años). Sobre la base de los niveles de alanina aminotransferasa (ALT) durante el primer año de positividad del anti-VHC, los participantes se dividieron en dos grupos: aquellos con hipertransaminasemia (100 pacientes, todos los cuales mostraron niveles detectables de ARN del VHC) y aquellos con valores normales de ALT (25 pacientes, 16 que presentaron viremia y 9 que no). De los 100 niños con hipertransaminasemia, 50 recibieron IFN durante el período de observación. Al comienzo del estudio, tanto los pacientes tratados como los no tratados con hipertransaminasemia y aquellos no tratados con valores normales de ALT fueron similares en cuanto a edad, sexo, características clínicas, duración de la infección por el VHC y distribución de los genotipos del virus, pero se encontraron diferencias significativas en cuanto a la vía de infección y la presencia de viremia. Todos los participantes fueron asintomáticos durante el período de observación, con la excepción de los efectos adversos secundarios al IFN en el grupo de tratamiento. Ningún paciente mostró signos de descompensación hepática. Todos los niños presentaron niveles normales de albúmina, razón internacional normalizada (RIN), alfa-fetoproteína y hormonas tiroideas.

En cuanto a los pacientes tratados, 28 niños recibieron IFN recombinante alfa-2b (5 MU/m² 3 veces por semana por 12 meses); 9, IFN recombinante alfa-2a (5 MU/m² 3 veces por semana, con duración de 6 meses en presencia de un genotipo distinto del 1b y de 12 meses en presencia de un genotipo 1b) y los 13 restantes IFN alfa-linfoblastoide (3 MU/m² 3 veces por semana por 12 meses). La mediana del tiempo de observación fue de 8.9 años (4.9 a 14.4 años). Ocho pacientes (5 con infección por el genotipo 1 del VHC y 3 con infección por un genotipo distinto del 1) que no tuvieron una respuesta favorable al IFN recibieron un segundo ciclo de IFN a una mediana de edad de 11 años (6.7 a 15.2 años). Sólo un niño (con infección por el genotipo 2a-2b del VHC) logró una respuesta virológica sostenida. La mediana del tiempo de seguimiento después del segundo ciclo de tratamiento con IFN fue de 6.1 años (4.4 a 9.6 años). Se observó una respuesta virológica sostenida en 11 (64.7%) de 17 participantes con infección por genotipos del virus distintos del 1 y en 8 (24.2%) de 33 niños con infección por el genotipo 1 del VHC ($p < 0.05$). Entre los pacientes tratados con IFN alfa-linfoblastoide, las tasas de respuesta sostenida no difirieron significativamente según el genotipo. No se encontraron diferencias sustanciales entre los pacientes con respuesta virológica sostenida y aquellos con falta de respuesta en los siguientes parámetros: edad, sexo, vía de infección, niveles séricos de ALT o de ARN del VHC y presencia de lesiones histológicas en el hígado.

Respecto de los pacientes sin tratamiento con hipertransaminasemia inicial, 50 niños fueron controlados por una mediana de tiempo de 9.2 años (3.4-14.9 años). Los valores de transaminasas se normalizaron y los niveles de ARN del VHC se volvieron indetectables en 6 niños después de una mediana de tiempo de 2.4 años (1 a 5 años) y de 3.6 años (2 a 5 años), respectivamente. Estos pacientes continuaron con niveles normales de transaminasas y ausencia de viremia en el período subsiguiente de observación (mediana: 4.2 años, 3.1 a 7 años). Los valores de transaminasas se normalizaron (sin negativización de la viremia) en 10 niños (20%) después de una mediana de tiempo de observación de 2.8 años (1 a 4 años) y se mantuvieron normales durante el período de seguimiento (mediana: 4.7 años, 3.2 a 9.9 años). Los restantes 34 pacientes (68%, 21 con infección por el genotipo 1 del VHC), mostraron niveles persistentemente elevados de ALT y niveles detectables de ARN del virus durante todo el período de observación (mediana: 5.9 años, 4.2 a 13.7 años).

En cuanto a los pacientes sin tratamiento con niveles iniciales normales de ALT, 25 niños se controlaron por una mediana de tiempo de 7.9 años (4.3 a 14.2 años). Entre los 16 participantes con viremia inicial, 12 (75%) mantuvieron sus niveles a lo largo del período de seguimiento y 3 (18.8%) mostraron valores de ALT levemente aumentados o fluctuantes; sólo un niño (6.2%) presentó viremia indetectable. Los 9 pacientes con niveles normales de transaminasas y ausencia

de viremia mantuvieron su estado bioquímico y virológico durante todo el período de observación. Respecto del estado bioquímico y virológico en los niños con tratamiento o sin él, todos mantuvieron la positividad del anti-VHC durante todo el período de observación. Al final del período de seguimiento, las tasas de negativización de la viremia y de normalización de los niveles de ALT fueron significativamente más altas en los niños tratados (38%) en comparación con aquellos sin tratamiento (12%; $p < 0.05$).

En cuanto a los signos bioquímicos y clínicos de autoinmunidad, ninguno de los niños con autoanticuerpos cumplieron con los criterios de hepatitis autoinmune. Se obtuvo una respuesta virológica sostenida en 3 de 4 pacientes con positividad para LKM1 tratados con IFN. Una niña presentó fenómeno de Raynaud grave a los 5 meses de terapia con IFN. Ningún otro participante presentó manifestaciones extrahepáticas de HCC.

Un total de 64 pacientes (mediana de edad: 8.2 años [2 a 14 años] y una duración mediana de la infección por el VHC de 6.9 años [2 a 14 años]) fueron sometidos a biopsia hepática; 47 de los 50 niños tratados < 6 meses antes de comenzar la terapia y 17 de los 75 que no recibieron tratamiento. Al momento de la realización de la biopsia hepática, todos los pacientes presentaron viremia e hipertransaminasemia, con la excepción de una niña con niveles normales de transaminasas. La mediana del grado de hepatitis fue 4.4 (1-8) y la mediana del estadio de fibrosis resultó 1.6 (0-4). No se registraron casos de cirrosis. La edad de los participantes al momento de realización de la biopsia y la duración de la infección por el VHC no se correlacionaron con el puntaje de fibrosis. El análisis histológico también demostró esteatosis leve a moderada en 16 niños (25%), sólo 2 de estos pacientes presentaron infección por el genotipo 3 del VHC, el cual se asocia comúnmente con esteatosis en los adultos. La biopsia se realizó 5.5 años después de la evaluación histológica inicial (2 a 11.2 años) en 21 de los 50 niños tratados. En 6 pacientes con respuesta virológica sostenida, el grado de hepatitis mejoró y el estadio de fibrosis disminuyó en todos, excepto en uno (83%). De los 15 participantes sin respuesta al tratamiento, el grado de hepatitis mejoró en 4 (26.7%), el grado de fibrosis lo hizo en 6 (40%), no se modificó en 5 (33.3%) y empeoró en 4 (26.7%); sólo 1 de los 21 niños con infección por el genotipo 1b del VHC que no respondió al tratamiento presentó cirrosis (4.7%).

Conclusión

Este estudio retrospectivo de 18 años de una amplia serie de niños consecutivos con HCC evaluados en un único centro de atención confirma que, en la mayoría de los casos, los pacientes fueron asintomáticos, tuvieron un crecimiento normal y no mostraron signos clínicos de enfermedad hepática crónica; el 80% presentó hipertransaminasemia y el 20% mostró niveles normales de transaminasas. La prevalencia de niveles normales de transaminasas fue similar a lo informado en adultos. A diferencia de estos últimos, las manifestaciones extrahepáticas de la HCC fueron poco frecuentes. A pesar del curso benigno de la infección por el VHC en la mayoría de los casos, la eliminación espontánea de la viremia raramente se observa. En los niños con viremia persistente e hipertransaminasemia, la terapia con IFN puede ser efectiva en presencia de genotipos diferentes del 1; mientras que son de esperar bajas tasas de respuesta en aquellos con infección por este genotipo.

En conclusión, la HCC adquirida en la infancia es una enfermedad leve, con lenta progresión a la fibrosis. El impacto real de la terapia a largo plazo aún deberá ser establecido.

Autoevaluación de Lectura

¿Cómo fueron las tasas de negativización de la viremia y de normalización de los niveles de alanina aminotransferasa en los pacientes tratados con interferón en relación con aquellos que no recibieron tratamiento al final del período de seguimiento?

A. Similares.

B. Mayores, no significativas.

C. Mayores, significativas.

D. Menores, no significativas.

[Respuesta Correcta](#)

Trabajos Distinguidos, Serie Pediatría, integra el Programa SIIC de Educación Médica
Continuada