

Revisión bibliográfica

Camacho-Badilla, Cañas-Coto, Soriano-Fallas, Carranza-Portocarrero, Avila-Agüero. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto en pediatría. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Gac Méd Méx 2005;141:

Niño de 10 años, sin antecedentes de importancia. Tuvo una masa cervical derecha de cuatro semanas de evolución; había aumentado de tamaño y se acompañó de fiebre no cuantificada de ocho días de evolución. No hubo pérdida de peso, dolor o malestar general. La masa medía 10 x 12 cm, era de consistencia renitente, adherida a planos profundos sin datos de inflamación. En el Servicio de Oncología se sospechó un linfoma. Laboratorio y gabinete. Hemoglobina 11.6 g/dL, leucocitos, 9,130, 56% segmentados, 23% linfocitos y 12% de eosinófilos; plaquetas, 418,000/mm³. Química sanguínea normal y la serología para CMV, EBV y Toxoplasma positivas sólo para IgG. Intradermoreacción para tuberculosis y ELISA para VIH negativas. Radiografía de tórax. Adenopatías hiliares bilaterales. Ultrasonido de abdomen normal. Ultrasonido cervical: Múltiples adenopatías derechas, la mayor de 4 cm, sólida y adherida a la parótida. Una biopsia y cultivos de la masa fueron negativos para proceso infeccioso; las tinciones especiales no revelaron ningún microorganismo. Histológicamente se encontraron granulomas con necrosis central, abundante cariorrexis, histiocitos, linfocitos y células gigantes multinucleadas, sin neutrófilos; no había evidencia de malignidad. Durante su internamiento la masa disminuyó de tamaño espontáneamente; en las valoraciones subsecuentes por consulta externa se constató la desaparición de la misma. Habiendo descartado procesos infecciosos, inmunitarios o malignos, se concluyó que el paciente cursó con una enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF).

La EKF, de causa desconocida puede deberse a procesos infecciosos: sífilis, tuberculosis, brucelosis, etc. y autoinmunes: lupus eritematoso sistémico,

enfermedad de Still, etc. Afecta predominantemente mujeres (relación 4:1) entre los 30 y 40 años. Se han descrito sólo 12 casos de niños; éste es el doceavo, descrito en Costa Rica. El diagnóstico diferencial debe incluir los padecimientos que causan linfadenopatía cervical. El diagnóstico definitivo se basa en los datos de la biopsia. A diferencia de los adultos, los casos de niños son más comunes en varones. El pronóstico es bueno y no se requiere tratamiento específico.

Resumió: Sergio Díaz Madero R III de Pediatría

Díaz-Buschmann C, Ruiz Falcó ML, Gutierrez-Solana LG. Toxina botulínica y tratamiento actual de la parálisis cerebral infantil. Rev Esp Pediatr 2004;60(4):297-302

La parálisis cerebral infantil es causa frecuente de discapacidad en la infancia. Las principales causas de trastorno funcional es la espasticidad en 80% de los casos. La toxina botulínica se ha utilizado para tratar el blefaroespasmó, el estrabismo y otras formas de distonía, y más recientemente la espasticidad.

La parálisis cerebral es un trastorno de la postura y el movimiento, no progresivo, secundario a una lesión cerebral durante el periodo de maduración del sistema nervioso central. La forma espástica es la más frecuente y cursa con disminución de la movilidad espontánea, aumento del tono muscular, signos piramidales y alteraciones en el desarrollo motor; causa dolor, contracturas y deformidades óseas.

El tratamiento de la espasticidad en la parálisis cerebral infantil debe ser multidisciplinario, con fisioterapia para evitar la fijación de patrones patológicos que favorezcan contracturas y deformidades. Algunos medicamentos han demostrado ser eficaces, pero sus efectos secundarios, sobre todo en el sistema nervioso central e hígado, limitan su uso.

La toxina botulínica (TBA) es producida por el *Clostridium botulinum*. Funciona bloqueando el transporte de las vesículas de acetilcolina hacia la pared celular inactivando la placa motora. Los efectos iniciales se manifiestan en los días siguientes; el máximo se alcanza en dos semanas y la duración es variable, el problema revierte debido a la inervación

del músculo con nuevas terminaciones nerviosas, aproximadamente en seis meses. Las reacciones adversas pueden ser locales y generales, como dolor o sensibilidad en el sitio de la inyección, fiebre, síndrome gripal, debilidad muscular, marcha anómala, incontinencia urinaria, malestar, erupción y reacción alérgica.

En los niños con PCI la toxina disminuye el tono muscular y aumenta la extensión activa, mejora el recorrido articular y reduce temporalmente la espasticidad. Se requiere que la espasticidad sea localizada reversible o dinámica, y que sea el condicionante principal de la alteración que se pretende mejorar. Por otra parte, el papel de la fisioterapia y la terapia ocupacional como tratamiento de base es muy importante; la TBA constituye sólo un recurso complementario.

Aunque se han realizado diversos estudios al respecto, es necesario que haya una mayor concordancia entre los métodos para evaluación de los resultados y de que éstos reúnan un grado adecuado de sensibilidad y fiabilidad.

Resumió: Dra. Mariana Colmenares Castaño RIP

Orantes-Ruiz O, Cortés y Quevedo Barrientos JA. Técnica de exanguinotransfusión “vena-vena”. Rev Mex Pediatr 2005;72:36-40

Existen varias técnicas de exanguinotransfusión en recién nacidos. Los autores analizan la que utiliza la vena umbilical para extraer la sangre y cualquier vena superficial para transfundir. Esta técnica se basa en el principio de que por cada gota de sangre extraída, se transfunde otra gota al sistema venoso, lo que evita cambios hemodinámicos bruscos.

Tiene tres variantes: 1ª La que usa dos bombas de infusión. 2ª La que utiliza buretas graduadas. 3ª La que sólo controla el goteo de sangre por minuto.

Esta técnica con sus tres variantes se deriva de la descrita por Valentine, pero en la que analizan los autores, se ha eliminado el aparato usado por este autor y se han agregado diversos controles para hacerla más sencilla y rápida.

La elección de la técnica de exanguinotransfusión depende del equipo disponible en el hospital; la rapidez y seguridad del procedimiento, del monitoreo continuo del paciente.