

## Revisión bibliográfica

**Escobar MF, Delgado MP, Jaramillo C. Detección de *Mycoplasma pneumoniae* mediante PCR-hibridación in vitro en niños con infección respiratoria. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2005;18(4):265-70.**

Las infecciones respiratorias agudas son causadas por diversos agentes virales y bacterianos. Habitualmente el diagnóstico es eminentemente clínico sin identificación del agente causal, debido a que las pruebas de laboratorio tradicionales (títulos de crioaglutininas y cultivo) son poco específicas.

El *Mycoplasma pneumoniae* ha adquirido importancia creciente como agente causal, especialmente de la neumonía en niños en edad escolar y adultos de alto riesgo. Sus manifestaciones clínicas, similares a las de otros patógenos, dificulta su diagnóstico y tratamiento.

Para facilitar la identificación del *M. pneumoniae* los autores implementaron las pruebas moleculares PCR (Polimerase Chain Reaction) e hibridación *in vitro*, en 36 pacientes de 0 a nueve años con diagnóstico clínico de neumonía. Se les tomó exudado orofaríngeo y las muestras se sometieron a las pruebas seleccionadas; en 24 de ellas (67%) se identificó *M. pneumoniae*, principalmente en niños de 0 a tres años, cuatro a seis y siete a nueve respectivamente.

Los autores concluyen que la PCR (Polimerase Chain Reaction) e hibridación *in vitro* son de gran utilidad para un diagnóstico preciso y una terapia específica.

Dra. María Alejandra Soria Hernández  
Bacteriología Experimental.

**De Inocencio Arocena J. Dolor muscoloesquelético en pediatría de atención primaria. Etiología y orientación diagnóstica. Arch Argent Pediatr 2006;104(3):275-83.**

El dolor muscoloesquelético (DME) representa una de las causas más frecuentes de dolor recurrente en

pediatría y puede originarse en cualquiera de sus componentes: huesos, músculos, tendones, fascias, bursas, ligamentos y articulaciones. Las causa del DME son muy variadas pero mediante una historia clínica apropiada y una revisión exhaustiva, podrán ser establecidas. Algunas de las patologías se consideran propias de determinada edad y raras en otras por lo que desaparecen resolviéndose favorablemente, pero también están las patologías que requieren estudios especializados, por considerarse de pronóstico reservado.

El autor menciona que los DME más frecuentes en preescolares de 3 a 5 años, son los traumatismos, dolores del crecimiento, dolores inespecíficos, sinovitis transitoria e hipermovilidad; en escolares de 6 a 9 años, traumatismos, etiología mecánica/síndrome por sobrecarga, osteocondrosis (enfermedad de Sever) y en adolescentes de 10 a 14 años, traumatismos, etiología mecánica/ síndrome de sobrecarga, osteocondrosis (Osgood-Schlatter).

Pueden ser signos de alarma los siguientes factores: 1. Si el paciente tiene una edad igual o menor a tres años porque puede manifestarse (artritis séptica, neoplasias, oligoartritis inflamatoria). 2. Sintomatología sistémica presente en neoplasias. Infecciones osteoarticulares. 3. Patrón doloroso inflamatorio, con sintomatología persistente  $\geq$  2-3 meses de evolución. 4. Impotencia o alteración funcional.

Dra. María Alejandra Soria Hernández.  
Bacteriología Experimental.

**Becerra Flores MC, Farfán Canto JM, Nieva García B, Fajardo Gutiérrez A. Valores plaquetarios de referencia en niños sanos residentes de la ciudad de México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006;44(2):121-30.**

Las características de las plaquetas son de utilidad en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento relacionadas con los trombocitos; éstas permiten sospechar por ejemplo entidades como hiperfunción medular, hiperplenismo o síndrome de Wiskott-Aldrich entre otras

patologías. Los parámetros existentes se han obtenido en población adulta y en niños de otros países.

Por tanto los autores consideraron conveniente realizar un estudio de valores normales del número de plaquetas, volumen medio de la plaqueta, amplitud de la plaqueta y plaquetocito o trombocito en población infantil sana residente en el Distrito Federal.

Contaron con una población de 653 niñas y niños con edad entre dos y 16 años, sanos, eutróficos, con crecimiento y desarrollo adecuados y niveles de hemoglobina normales para su edad; se les tomó una muestra de 2.5 mL de sangre procesándose después de 2 a 4 horas. El resultado fue que el número de plaquetas era de  $295 \pm 57 \times 10^9/L$ ; el volumen medio de la plaqueta,  $8.85 \pm 1.24$  femtolitros; plaquetocito o trombocito,  $17.2 \pm 1.1\%$ ; amplitud de la plaqueta,  $0.26 \pm 0.05\%$ , valores muy similares a los obtenidos por otros autores en población infantil residente a nivel del mar.

Los autores concluyen que sus resultados también pueden ser utilizados como índices de referencia de valores plaquetarios.

*Dra. María Alejandra Soria Hernández.  
Bacteriología Experimental.*

**Torres F, Chiolo M J, González N, Durán P, Ossorio M F, Rial MJ y cols. Capacidad para predecir etiología con la radiografía de tórax en niños hospitalizados con neumonía. Arch. Argent Pediatr 2006; 104 (2): 106-8.**

La neumonía es una causa importante de morbi-mortalidad en la infancia; virus y bacterias son los agentes etiológicos involucrados. Conocer la etiología

es importante para decidir utilizar antibióticos. La radiología es un valioso auxiliar para el diagnóstico y seguimiento de las infecciones respiratorias bajas.

Con objeto de evaluar la capacidad para predecir etiología con la radiografía de tórax en niños con neumonía, se diseñó un trabajo basado en la puntuación radiológica de Khamapirad y Glezen, la cual considera: características del infiltrado, localización, líquido en el espacio pleural, presencia de absceso, neumatocele, bula, atelectasia o ambas. Se incluyeron en el estudio niños de 1 mes a 10 años de edad hospitalizados por neumonía, con los siguientes criterios de exclusión: riesgo para enfermedad respiratoria grave, requerimiento de cuidados intensivos, tratamiento antibiótico previo (2 semanas), sin diagnóstico etiológico y etiología mixta. El estudio fue de un año (enero 2002-diciembre 2002). En todos se tomó radiografía de tórax a su ingreso y se obtuvo una puntuación. El diagnóstico etiológico se obtuvo por medio de cultivo de sangre o líquido pleural o inmunofluorescencia en aspirado nasofaríngeo.

Se hospitalizaron 454 niños; de éstos se excluyeron 313, se incorporaron al estudio 141 pacientes, 64 (45.5%), sexo femenino. Los pacientes con etiología bacteriana mostraron valor de  $3.9 + 0.92$ ; aquellos con etiología viral  $-1.6 + 1.3$ . Esto mostró sensibilidad de 100%, especificidad de 94%, valor predictivo positivo de 77%, valor predictivo negativo de 100%. Aunque debe considerarse que la radiografía sólo fue valorada por un observador, su uso puede ser valioso para todo médico que valore de primera intención este tipo de pacientes.

*Dra. Angélica Carrillo Rincón RII de Pediatría Medica.  
Instituto Nacional de Pediatría.*