

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen
Volume 66

Número
Number 3

Julio-Septiembre
July-September 2003

Artículo:

Pediatría general

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com



Pediatría general

Beatriz Anzures López*

RESUMEN

Los lectores de la sección de Educación Médica Continua encontrarán en esta ocasión resúmenes de artículos y comentarios sobre: 1) El que se refiere a la hidratación oral, terapia aceptada y adoptada unánimemente en centros de segundo nivel de atención y en forma progresiva también por los familiares como medida terapéutica en los casos de deshidratación por diarrea, lo que ha dado por resultado la importante disminución de las complicaciones y la mortalidad por diarrea, en especial en los niños menores de dos años de edad. 2) El que trata sobre infecciones urinarias recurrentes que, cuando tienen como sustrato malformaciones en el tracto genitourinario, evolucionan con mucha frecuencia con recaídas o recidivas, lo que significa un alto riesgo para daño renal permanente en caso de falla en el diagnóstico oportuno y en el tratamiento integral que ameritan estos niños. 3) El que nos recuerda la importancia de la violencia familiar, problema social en aumento; en lo que respecta a violación comentaremos que se ha confirmado que el "enemigo" se encuentra en casa en la mayoría de los eventos o provocado por un familiar, cada día se dan más casos por maestros y aun por sacerdotes. El pediatra debe alertar y ser el apoyo para los padres y el menor. 4) El que informa sobre ántrax cutáneo en un lactante de siete meses de edad que se presentó después de los atentados del 11 de septiembre en Estados Unidos y que nos alerta sobre las posibilidades del bioterrorismo. 5) El que versa sobre el eccema facial persistente en un lactante como consecuencia de la falla en la historia clínica del paciente al omitir un interrogatorio completo y dirigido que hubiera permitido detectar la causa de este eccema persistente. 6) El que presenta el informe de dos casos clínicos de varicela neonatal que permite recordar la importancia de esta entidad. Se comenta sobre indicaciones y contraindicaciones de la vacuna que, desafortunadamente, aún no está incluida en nuestra cartilla de vacunación.

Palabras clave: Hidratación oral, infección urinaria, violencia familiar, maltrato al menor, ántrax cutáneo, varicela, zoster, vacunas.

ABSTRACT

The readers of the Continuous Medical Education section will, this time, find summaries of articles about: 1: Oral hydration accepted and adopted unanimously in the second level centers of medical care and thereafter by the relatives as a therapeutic management guidelines in cases of diarrhea by dehydration which of course decreases importantly the complications and mortality, mainly in those children younger than two years old. 2: One article dealing with urinary relapsing infections due to genital-urinary malformations which give a high risk for a permanent renal damage if not an early diagnosis is established. 3: Another one, calling our attention upon the violence within the family as an increasing social problem; and in respect of rape we shall comment that in most of the cases "the enemy" is at home or caused by a relative. It is more and more often seen, cases perpetrated by the teachers and even by priests. The pediatrician should give the alert and support the parents and/or the children. 4: The one informing about cutaneous anthrax in a 7 months old nursing baby showed after the September 11 transgression in U.S.A. which gave us the idea of bioterrorism. 5: That one concerning persisting facial eczema in a nursing because of a careless history clinic non focused a complete interrogation which should have given the etiology of such a persistent eczema and also a paper presenting two cases of chicken pox, so we ought remember the importance of the disease and pitfalls of vaccine are commented. Unfortunately the later is not yet included in our vaccination program.

Key words: Oral hydration, urinary infection, violence within the family, cutaneous anthrax, chicken pox, zoster, vaccine.

* Unidad de Pediatría. Hospital General de México.

Hidratación oral y complicaciones abdominales por diarrea.

Acta Pediatr Mex 2002; 23 (5): 281-284.

Este es un trabajo original realizado por Baeza Herrera y colaboradores en el Hospital Pediátrico Moctezuma, quienes analizan el papel relevante que ha tenido la hidratación oral como recurso terapéutico especialmente en la disminución de las complicaciones quirúrgicas abdominales por diarrea.

Desde 1917 se usó la hidratación oral como medida terapéutica en los casos de deshidratación secundaria a infección gastrointestinal por cólera. Harrison y Darrow, en 1946, introdujeron este recurso con una solución con base en glucosa, lactato y electrolitos; poco después se fabricó un preparado comercial en polvo denominado Lytren. El primer documento escrito en América que menciona el uso de la vía oral para tratar la deshidratación se publicó en 1943 en la *Revista Chilena de Pediatría*; el segundo muy similar fue en el Hospital Manuel Arriarán de Chile en 1958 por Meneghello. En México el primer informe sobre este tema apareció en 1961 cuando de la Torre y Larracilla recomendaron la hidratación con base en una solución con sodio, potasio, cloro y sacarosa a través de una sonda gástrica. Sin embargo, la difusión formal del método terapéutico en el país la hicieron Mota Hernández y Velasquez Jones, quienes iniciaron la hidratación oral en el Hospital Infantil de México.

Desde entonces, el empleo de este recurso ha sido aceptado y adoptado unánimemente en centros de segundo nivel de atención.

La isquemia intestinal como consecuencia de deshidratación grave había sido, hasta hace algunos años, un problema no resuelto entre las urgencias abdominales. Independientemente de los mecanismos que en algunos niños conducían al choque y a la gangrena del yeyuno e ileon, la frecuencia y gravedad de la complicación ha disminuido de manera considerable.

Los pediatras formados antes de la década de los setenta y ochenta, y que actualmente ejercen la especialidad en instituciones de segundo nivel, pueden constatar que el síndrome diarreico infeccioso en la actualidad, es muy diferente de la forma grave que se observaba corrientemente hace muchos años en las salas de urgencias de los hospitales. Creemos que aun cuando no haya habido un decremento real del síndrome diarreico, la tasa de complicaciones renales, pulmonares, neurológicas, hematológicas e intestinales, ha disminuido considerablemente

El objetivo de este estudio fue primero informar sobre los niños que requirieron laparotomía exploradora después de sufrir deshidratación grave por infección gastrointestinal observados en un periodo corto en una época en que no se empleaba hidratación oral (59 niños observados en un lapso de tres años que sufrieron alguna complicación abdominal causada por una infección gastrointestinal: isquemia regional, gangrena segmentaria o perforación intestinal con mortalidad de 75%). Los autores solamente lucubran en tratar de contrastar otra situación en dos casos tratados en los últimos cinco años que sufrieron la misma enfermedad, pero en una época distinta cuando la hidratación oral se empleaba sistemáticamente y por un periodo más prolongado. Segundo, destacar que en el tiempo transcurrido entre el grupo en estudio y los otros casos se usó extensamente la hidratación oral para el tratamiento de las pérdidas de líquidos. Se sugiere la influencia favorable que ha tenido esta medida para abatir considerablemente la mortalidad por complicaciones abdominales de la diarrea infecciosa.

El material y método indica que fue un estudio retrospectivo y descriptivo con la experiencia de los autores en un grupo de niños con "gastroenteritis y complicación abdominal" tratados en el Departamento de Cirugía del hospital entre 1993 y 1996, estudiando las siguientes variables: Edad, sexo, curso y evolución de la diarrea, hallazgos físicos, radiológicos, estado nutricional, hallazgos operatorios, procedimientos efectuados y mortalidad.

Fueron 57 pacientes con isquemia intestinal consecutiva a diarrea aguda con fiebre y vómito; 54(91.5%) eran menores de un año; cinco tenían entre 13 y 24 meses (0.5%), predominó el sexo masculino. El síndrome diarreico permaneció activo al menos ocho días en 33 pacientes antes que sobreviniera la complicación. En 18 pacientes (30.5%), la evolución de la enfermedad duró entre nueve y 20 días; no fue posible corroborar el dato en seis casos.

En 25 pacientes (39%) había antecedente de administración de medicamentos que disminuyen la motilidad intestinal, particularmente atropínicos. La diarrea causó grados diversos de deshidratación y choque en 15 niños; hubo hemorragia rectal en 10; distensión abdominal en todos; edema de pared en 15; equimosis o petequias en nueve; crepitación de la pared abdominal en tres pacientes y presencia de "tumoración" en dos. En 15 casos fue posible observar los hallazgos radiográficos; en todos hubo dilatación de asas y niveles hidroaéreos generalizados; en cuatro se observó aire libre subdiafragmático y en cuatro neumatosis intestinal; tres tuvieron como

complicación extraintestinal neumonía de focos múltiples y uno cardiomegalia por cardiopatía congénita.

En 34 niños el estado nutricional era grave, con déficit ponderal mayor al 40%; sólo tres niños se consideraron eutróficos o desnutridos leves. Todos los pacientes tuvieron peritonitis y fueron operados; había necrosis de extensión diversa, con perforación única o múltiple en 39 y perforación sin necrosis en cinco. Se observó isquemia blanca en cinco niños y neumatosis en siete. Del total, en cinco los hallazgos fueron constatados en la necropsia y en todos existía gangrena extensa y peritonitis generalizada, con o sin perforación intestinal.

La intervención quirúrgica más frecuentemente practicada fue la derivación externa (ileostomía y colostomía) con o sin resección intestinal en 45 niños; en nueve se pudo hacer resección y anastomosis término-terminal; en uno se efectuó sutura primaria y cuatro nunca alcanzaron un estado preoperatorio adecuado y fallecieron. La mortalidad fue de 75%, siempre por septicemia, con o sin síndrome de insuficiencia orgánica múltiple.

En tanto que los dos enfermos con características similares con los que se contrastan estos resultados, vistos en los últimos cinco años que sufrieron una complicación quirúrgica abdominal moderada, ambos sobrevivieron.

Comentario. La mortalidad de todas las complicaciones por diarrea y DHE disminuyeron en forma substancial desde que se implantó el sistema de hidratación oral para los casos de diarrea de cualquier etiología, en especial la de tipo bacteriano.

Los más afectados eran los lactantes y las complicaciones más frecuentes, las hidroelectrolíticas con alteración renal y las sistémicas como la septicemia y la coagulación intravascular diseminada; condiciones que, al igual que las complicaciones quirúrgicas, a la fecha se presentan en forma esporádica.

Infecciones urinarias recurrentes:

Algunos factores de riesgo

Rev Mex Pediatr 2003; 70(2) 62-67.

La infección urinaria es la invasión microbiana del aparato urinario que sobrepasa los mecanismos de defensa del huésped, produce una reacción inflamatoria y eventualmente alteraciones morfológicas y funcionales, que ordinariamente se presentan en personas de uno u otro sexo de diferentes grupos poblacionales. Su comportamiento clínico epidemiológico depende de la edad.

En los niños, la *Escherichia coli* es la causa del 80 a 90% de las infecciones agudas y el 70 % de las recurrentes. Otras enterobacterias, como *Klebsiellas*, *Proteus* y *Pseudomonas* pueden también ser causa de infección en la infancia.

Se conocen algunas condiciones que influyen en su evolución como: Edad, sexo, estado nutricional y anomalías morfológicas de las vías urinarias. También otras menos identificadas como: El agente causal, el antibiótico utilizado y el lugar por donde recibió el tratamiento, la duración del tratamiento y la calidad del seguimiento, que pudieran favorecer la recurrencia del primer episodio.

El seguimiento de estos pacientes con infección urinaria permite detectar y reconocer recurrencias que, cuando acompañan al reflujo vesicoureteral, dan lugar a nefropatía por reflujo.

Teniendo en cuenta las consecuencias que para los niños puedan tener las infecciones recurrentes se decidió realizar esta investigación, con el propósito de identificar algunos de los factores que puedan influir en su aparición.

La definición operacional de algunas variables y conceptual de algunos términos usados fueron las siguientes:

Infección urinaria: Invasión del tracto urinario por diversos microorganismos evidenciada por manifestaciones clínicas, respuesta inflamatoria (cituria con más de 20 leucocitos $\times 10^6/L$) y aislamiento del agente causal (minicultivo con más de 100,000 colonias/mL).

Infección urinaria recurrente: Pacientes con más de una infección urinaria por el mismo agente (recada) o por un agente diferente (reinfección).

Riesgo relativo (RR): Relación entre el riesgo de desenlace en presencia del factor de riesgo y el riesgo de desenlace en ausencia del mismo.

Razón de momios (RM): Estimación del riesgo relativo en estudios de casos y controles.

Factor de riesgo modificable (FRM): Factor de riesgo de determinado evento que puede ser eliminado o disminuido mediante acciones médicas.

Fracción etiológica (FE): Elemento estadístico que representa la influencia que tienen los factores de riesgo modificables.

Probabilidad (P): Medida estadística que representa la asociación entre el factor y el evento.

Estado nutricional: Se evaluó según peso-talla y expresó en percentiles, se consideró desnutridos a los ubicados por debajo del tercer percentil.

Factor predisponente: Condición que favorece el crecimiento y desarrollo de microorganismos responsables de la infección urinaria, ya que impiden el flu-

jo libre de orina o que favorecen su estasis, detectado mediante examen físico o estudio imagenológico.

Selección del agente microbiano: Para su identificación se empleó la técnica del minicultivo.

Calidad de seguimiento: a) *Adecuada:* Los que recibieron seguimiento cada tres meses, por al menos un año, después de diagnosticada la infección urinaria. b) *Inadecuada:* Aquellos que no recibieron el seguimiento antes descrito.

El objetivo del Dr. Carlos Coronel Carbajal, Especialista I Grado Pediatría de Camagüey, Cuba, fue identificar algunos factores de riesgo de infección urinaria recurrente. Realizó un estudio retrospectivo de casos y controles pareado 1:1 en 41 niños que padecieron infecciones urinarias recurrentes en menores de 15 años en el año 2001. Los datos obtenidos de la historia clínica fueron: Tipo de recurrencia, edad, sexo, estado nutricional, formas clínicas, factores predisponentes, bacteria identificada, antimicrobiano usado en infecciones previas, vía por donde recibió el tratamiento, duración de éste, calidad de seguimiento. En sus resultados hubo un predominio de las recaídas (63.4%). De acuerdo con objetivos se estimó la razón de momios (RM). Los resultados que mostraron mayor fuerza de asociación con el suceso fueron: Factores predisponentes (RM = 3.36), tratamiento con sulfaprim (RM = 3.34), edad menor a un año (RM = 3.08) y el sexo femenino (RM = 1.89). Se comportaron como factores de riesgo: La edad menor de un año, el sexo femenino, la presencia de factores predisponentes y el tratamiento con sulfaprim.

Se sabe que el 80% de los niños con infecciones urinarias agudas pueden evolucionar a la recurrencia debido a la presencia de anomalías del tracto urinario que no son detectadas en el primer episodio de infección. La recurrencia es menos frecuente por el abandono del tratamiento o por la elección incorrecta del antibiótico para tratar la infección. La consecuencia puede llegar a daño renal permanente o cicatriz renal, por lo que hay autores que aconsejan el uso "profiláctico" de antimicrobianos en pacientes con riesgo de recurrencia.

Durante la etapa de la lactancia, hay ciertos factores que favorecen la aparición y recurrencia de las infecciones urinarias: La uretra es más corta y ancha, y hay reflujo fisiológico en los primeros meses de vida; existe también contacto frecuente con heces fecales por aseo genital incorrecto; los niños tienen una cierta inmadurez de su sistema inmune y las malformaciones de vías urinarias empiezan a causar problemas. En este estudio se encontró que el riesgo fue tres veces mayor en los menores de un año (RM = 3.08).

El riesgo de recurrencia del sexo femenino casi duplica (RM = 1.89) al masculino debido a condiciones como: Sinequia de labios menores que, en la mayoría de los casos, pasa inadvertida en la primera consulta (pues no se examina el aparato genitourinario en forma rutinaria), el aseo incorrecto de los genitales en la niña y la postura durante el baño favorecen la aparición en este sexo.

Hay otras etapas de la vida en las que esta infección es frecuente en el sexo femenino, como durante el inicio de ir a la escuela (el cambio brusco en el régimen de evacuación de la vejiga), en la pubertad (cuando aparece la menarquia y malos hábitos higiénicos), en la adolescencia (porque se pueden iniciar las relaciones sexuales) y durante el embarazo (que es otro factor favorecedor de las infecciones urinarias). En el primer año de edad se piensa que las infecciones primarias predominan en los varones no circuncidados; sin embargo, sólo uno de cada 100 no circuncidado desarrolla infección urinaria; la circuncisión sólo es recomendable para aquellos niños con anomalías que predisponen a las infecciones urinarias.

Los factores que predisponen a la invasión del tracto urinario por microorganismos, al impedir la libre salida de la orina, son importantes. Se reporta que su presencia aumentó el riesgo de recurrencia más de tres veces (RM = 3.36), por lo que es importante hacer énfasis en un adecuado examen físico del aparato genitourinario que permita identificar en forma temprana estas anomalías, para evitar que se favorezca la recurrencia de las infecciones. En el presente estudio, al menos en pacientes (39%) del grupo "casos" se hubiera podido evitar la recurrencia.

Hay que recordar que la primera infección urinaria puede traducir una anomalía funcional o anatómica del tracto urinario, por lo que se recomienda siempre realizar un estudio imagenológico de las vías urinarias; ya que éstas se han detectado hasta en 38% de los niños con infecciones urinarias.

Comentario. Muchos de los médicos que atienden niños, e inclusive algunos pediatras, no consideran, con la frecuencia que se debiera, la posibilidad de infección de vías urinarias en sus pequeños pacientes, pues las manifestaciones iniciales de esta entidad son por demás solapadas; en algunos casos únicamente se tiene el dato de que no aumentan adecuadamente de peso, otros presentan frecuentes episodios de diarrea no grave. Como lo señalan los autores de este artículo, una correcta historia clínica con exploración genital adecuada y recordando los

riesgos para padecer esta enfermedad ayudarán a hacer diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos de infección de vías urinarias en lactantes, preescolares y adolescentes.

La violencia familiar

¿Un problema que se hereda o se aprende?

Gac Med Mex 2002; 138 (2): 157-176.

Así se denominó un Simposio presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina de México, el 25 de abril de 2001, coordinado por el Dr. Arturo Loredó Abdalá que comprendió cinco temas, aquí nos referiremos al quinto que comprendió el *Maltrato al menor*. Fue presentado por el propio Dr. Loredó.

Aunque el abuso al niño existe desde tiempo inmemorial, la información que se tiene al considerarlo como maltrato al menor, probablemente se pueda establecer como una sospecha desde los últimos años del siglo XIX y, en una forma precisa, desde la descripción original de Caffey, posteriormente enriquecido con los estudios de Kempe, Fontana, Finkelhor, entre otros, dando origen al síndrome del niño maltratado (SNM).

Con base en la magnitud del problema, ya que se acepta actualmente que en el mundo el 10% de cualquier comunidad pediátrica puede ser víctima de una agresión intencional diversa y de ella solamente 1% es diagnosticada, la Organización Mundial de la Salud ha considerado este fenómeno como un problema de salud pública mundial.

En un simposio de esta naturaleza —dice el Dr. Loredó—, es menester señalar que tres situaciones son básicas en el desarrollo del SNM y, por lo tanto, deben ser expuestas claramente, refiriéndose concretamente al comportamiento del agresor, las formas clínicas del síndrome y por último la expresión en la víctima.

Existen tres situaciones básicas en el desarrollo del SNM: El comportamiento del agresor, las formas clínicas del síndrome y su expresión en la víctima.

1. Conducta del agresor, ésta puede tener dos variantes a) El perpetrador es activo y su acción evidente o enmascarada: Esta última se ejemplifica en el síndrome de Munchausen en niños b) El agresor es pasivo y, por este comportamiento, no impide la agresión al menor e inclusive la favorece, al propiciar situaciones que desencadenan tal acción.

2. Se refiere al tipo de maltrato que puede sufrir el niño, que a su vez exhibe dos vertientes a) Se expresa en fenómenos bien conocidos por la comu-

nidad médica y paramédica que se halla en contacto con niños, como son el maltrato físico, el abuso sexual, la privación emocional o social y los niños de la calle o en la calle; b) Condición poco conocida y se ejemplifica con el síndrome de Munchausen en niños, el abuso fetal, los niños de la guerra, los niños de las fronteras, el maltrato étnico, las víctimas del ritualismo satánico, entre otros.

3. Se refiere a las manifestaciones clínicas que la víctima expresa, pueden ser evidentes y lógicas o todo lo contrario, ya que la violencia en los niños o en los adolescentes, independientemente de su forma, es capaz de generar una gran diversidad de signos y síntomas:

- Tener una expresión clínica obvia (excoriación de profundidad variable en la piel, quemaduras, fracturas, infecciones de transmisión sexual, embarazo y otras).
- Generar una alteración en el crecimiento físico (talla baja, desnutrición, obesidad).
- Modificar el funcionamiento inmune al afectar básicamente el sistema de interleucinas y con ello favorecer infecciones de cualquier índole.
- Alterar los patrones del sueño, propiciando insomnio, pesadillas, terrores nocturnos o un funcionamiento hormonal incorrecto (producción, liberación o acción anormal de la hormona de crecimiento).
- Dar lugar a afección psicoemocional de grado variable, pero que puede ser capaz de modificar, en la víctima, su tolerancia al estrés, su personalidad, su capacidad de adaptación.

A la fecha, existe un enorme escollo que impide, en términos generales, una precisión de lo que debe entenderse por maltrato infantil. Se han propuesto un sinnúmero de definiciones por instituciones mundiales, organizaciones gubernamentales o civiles, grupos de investigación o expertos en la materia y, aunque la gran mayoría son comprensibles, ninguna se sustenta en los elementos básicos que permitan abarcar todos y cada uno de los elementos inmersos en el fenómeno del maltrato infantil.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP), se han considerado a los siguientes como fundamentales para una definición.

La intencionalidad de la acción.

La existencia de agresión u omisión.

Si el fenómeno ocurre antes o después de nacer.

Si el evento sucede dentro o fuera del hogar.

Si es habitual u ocasional.

Si lo genera una persona, una institución o la sociedad, mediante la superioridad física, emocional o

intelectual, ocasionando daño a la esfera biopsicosocial del menor.

De lo anterior, la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría propone la siguiente definición para maltrato al menor: *Toda agresión u omisión intencional, dentro o fuera del hogar, contra un menor(es), antes o después de nacer, que afecta su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física o intelectual.*

Comentario. Es importante el tener una definición para este problema del maltrato al menor que, estamos conscientes, cada vez aflige más a la sociedad y debemos complementarlo con el conocimiento y la aplicación de los Derechos de los Niños.

Ántrax cutáneo en un lactante de siete meses de edad.

Informática Médica 2003; VII (5) 25 –27.

La infección por ántrax se presenta en tres formas: Cutánea, por inhalación y gastrointestinal. El término ántrax deriva de las lesiones características de la forma cutánea: "Una escara negra" Aproximadamente, el 95% de las formas está representado por la manifestación cutánea, la forma inhalada es mucho menos frecuente y la forma gastrointestinal es muy rara. Todas pueden llevar a bacteremia, septicemia, meningitis y muerte; y todas pueden presentarse en niños.

El ántrax es una infección causada por el *Bacillus anthracis*, bacilo aeróbico Gram positivo que forma esporas; se encuentra en todo el mundo y es endémico en muchos países, en especial en Asia, África, Sudamérica y Australia, se estima que cada año ocurren 20,000 nuevos casos. Por el contrario, en Estados Unidos, de 1944 al año 2000, se reportaron 224 casos de ántrax cutáneo y solamente cinco entre 1984 y 2000; durante el siglo XX únicamente ocurrieron 18 casos de ántrax por inhalación, el último fue en 1978 y no se han vuelto a reportar casos de ántrax gastrointestinal; ninguno de los casos reportados en el siglo XX fueron en niños.

Desde octubre de 2001, el cuadro epidemiológico del ántrax en Estados Unidos cambió en forma considerable, además de las exposiciones de bioterrorismo a las esporas de ántrax en diversos lugares del país, se han comprobado casos de ántrax pulmonar y cutáneo, ocurriendo varias defunciones. Con dos excepciones, todos los casos ocurrieron en adultos, cuya exposición se efectuó en el contex-

to de labores periodísticas, gubernamentales o del servicio postal.

En este trabajo se informa de un caso de ántrax cutáneo en un lactante de siete meses de edad que progresó a enfermedad sistémica grave a pesar del tratamiento temprano con antibióticos. El paciente desarrolló anemia hemolítica microangiopática severa con afección renal, coagulopatía e hiponatremia. Las manifestaciones sistémicas de la enfermedad persistieron durante casi un mes, a pesar de la terapia con: Antibióticos, electrolitos y corticoesteroides; finalmente se resolvieron.

Reporte del caso: Lactante previamente sano de siete meses de edad, sin antecedentes médicos importantes, pero recientemente había estado al aire libre en un parque de la ciudad de Nueva York y lo habían llevado a visitar a su madre en su lugar de trabajo, las oficinas de una organización nacional de noticias de televisión en donde estuvo durante una hora el día anterior a que iniciara sus síntomas. Fue hospitalizado el 1 de octubre de 2001. Dos días antes había presentado una mácula indolora de color rojo en la cara interna proximal del miembro superior izquierdo acompañada de tumefacción; durante las siguientes 24 horas, el edema aumentó, la mácula evolucionó a pápula y principió con secreción serosa evolucionando afebril y sin ningún otro síntoma. El problema fue tratado como una celulitis con amoxicilina/clavulinato potásico inicialmente por el pediatra de atención primaria; después de la tercera dosis, ameritó hospitalización por aumento del edema y de la secreción e intolerancia a los medicamentos por vía oral. El ultrasonido del miembro superior izquierdo reveló la presencia de una inflamación difusa sin absceso y linfadenopatía axilar mínima; los estudios de Doppler excluyeron trombosis de vena profunda o cualquier otro compromiso vascular; se realizó drenaje quirúrgico de la lesión; por expresión se obtuvo un líquido negruzco, no se encontró absceso subyacente. Al segundo día de hospitalización, el bazo izquierdo mostró edema masivo, no doloroso, con una mácula rojo oscuro de aproximadamente 2 a 3 cm de diámetro, había secreción copiosa amarillenta de aspecto seroso de la herida y un eritema pálido que se extendía por el tórax hasta el área esternal. Los diagnósticos diferenciales considerados fueron: Infección ósea, de tejidos blandos o de ambos, mordedura de arácnido o lesión de masa obstructiva. Ese mismo día se reportó el primer caso de ántrax cutáneo en Nueva York y se pensó que este niño estuviera potencialmente infectado por ántrax. Se efectuaron dos biopsias cutáneas de la lesión y,

tanto éstas como las muestras de sangre que se obtuvieron en el segundo día, se enviaron a centros para prevención y control de enfermedades (CDC), para diagnóstico de reacción de cadena de polimerasa e inmunología. Dos días después se reportaron positivos a *Bacillus anthracis* con gran cantidad de ADN de ántrax en las muestras. El niño fue dado de alta a los 17 días con el tratamiento recomendado por los CDC: ciprofloxacina por 60 días desde el inicio de la infección. Después de dos semanas con este tratamiento, los demás aislamientos de ántrax mostraron ser susceptibles a la penicilina, por lo que se cambió el tratamiento a amoxicilina; ya para los 30 días posteriores a su ingreso el cuadro clínico había cedido considerablemente.

Como lo ilustra este caso, comentan los autores, el ántrax cutáneo en un lactante o niño tiende a progresar rápidamente a enfermedad sistémica grave; por lo que, si hay sospecha de ese diagnóstico, debe hospitalizarse al paciente de inmediato, monitorear cuidadosamente el estado de electrolitos y el hematológico e instituir la administración de antibióticos por vía intravenosa. Para el diagnóstico puede recurrirse en forma inicial a una tinción de Gram y hemocultivo y, para su confirmación, a biopsia de piel y reacción en cadena de polimerasa sérica.

En esta nueva era de bioterrorismo debe considerarse el ántrax en el diagnóstico diferencial de procesos inflamatorios agudos progresivos de la piel, así como con los demás cuadros clínicos con los cuales se relaciona esta enfermedad.

Comentario. Durante el mes de junio de 2003 se presentaron algunos casos de ántrax en nuestro país en el Estado de Michoacán, pero no fue del tipo de ántrax por inhalación, sino que correspondieron a la forma de adquisición cutánea por ganado infectado, condición totalmente diferente a la que se reporta en este artículo, que estuvo en relación directa con el bioterrorismo en Estados Unidos después del 11 de septiembre de 2001.

Eccema facial persistente en un lactante.

Rev Mex Pediatr 2003; 70 (2): 81-83.

La dermatitis eccematosa generalmente ocurre en pacientes con historia familiar de procesos alérgicos, como rinitis persistente, fiebre de heno, asma bronquial o dermatitis atópica.

Es una enfermedad subaguda que se caracteriza por prurito intenso y persistente en un área que cursa con inflamación. Es una enfermedad dermatológica

ca con una prevalencia aproximada del 10% en los lactantes que generalmente se acompaña de una historia personal o familiar de alergia.

El Dr. Jorge Arturo Aviña Fierro, investigador clínico del Departamento de Pediatría Médica del Hospital General de Zona 14 del IMSS de Guadalajara, Jalisco, reporta el caso de un lactante menor con dermatitis eccematosa de la cara, que presenta una evolución tórpida, a pesar de múltiples tratamientos, que al final evolucionó favorablemente al modificar las condiciones ambientales.

Como antecedentes recibió alimentación al seno materno durante los primeros cuatro meses y después un sucedáneo de la leche materna. Padres y hermana sanos sin antecedentes de enfermedades alérgicas.

A los seis meses de edad, el niño es visto por primera vez por un especialista con una dermatosis facial de cuatro meses de evolución.

A los dos meses de edad inicia con resequedad en ambas mejillas que se manejó con aceite para bebé, jabón de avena y una crema con linimento oleocalcáreo, sin mejoría. El médico cambió la prescripción a ácido fusídico en crema y la madre utilizó remedios caseros con emolientes. En nuevas consultas, le prescribieron diferentes esteroides tópicos, sin éxito (hidrocortisona, betametasona y mometasona).

A la exploración inicial se encontró que las lesiones estaban bien delimitadas en ambas mejillas, consistían en áreas eritematosas congestivas con una zona central exudativa y exulceraciones, costras dérmicas descamadas en pequeñas zonas centrales y algunas partes con aspecto inicial de liquenificación, así como huellas de reacción inflamatoria dérmica intensa y de rascado. No se encontró evidencia de otras zonas de dermatosis ni manifestaciones alérgicas a otro nivel.

Tomando en cuenta que el niño había recibido varios tipos de tratamientos sin resultado, se realizó una historia clínica cuidadosa con la finalidad de determinar la existencia de algún factor ambiental que ocasionara el problema. Se encontró que el padre trabajaba en un depósito de materiales de construcción, donde tenía contacto con cal, cemento y otro tipo de sustancias que impregnaban su ropa de trabajo, la que seguía usando al llegar a su casa, con la cual el niño tenía contacto diario.

Se suspendieron los medicamentos, se orientó a los familiares para que el padre cambiara su ropa de trabajo antes de entrar en contacto con el niño y se prescribió aplicación local de compresas con solución de manzanilla (kamillosan) tres veces al día y un anti-

histamínico por vía oral (difenhidramina), 4 mg/kg/día en tres dosis. Una semana después había notable mejoría: Disminución de la reacción inflamatoria, aparición de zonas de piel sana, ausencia de resequeidad dérmica y desaparición de las huellas de rascado. Se retiró el antihistamínico y se continuó con la aplicación tópica de manzanilla durante dos semanas más, con lo cual el cuadro clínico remitió totalmente.

Se puede comentar que este caso clínico resulta interesante, pues pone en evidencia que la realización de un interrogatorio completo orientado y encauzado hacia las posibles etiologías que pueden provocar una dermatosis persistente resulta más benéfico que el cambio constante de terapéuticas o el incremento de la potencia de las medicaciones dermatológicas utilizadas, que en este paciente había influido en prolongar la evolución de la dermatosis, al utilizarse sin haber eliminado el factor causal que era el contacto directo con el polvo de cal y cemento. Tomando las medidas preventivas, la remisión clínica fue espectacular.

Se hizo seguimiento del paciente durante cuatro meses con valoración cada tres semanas, sin que recurriera la dermatosis. A la fecha, el niño tiene un año de edad y no ha vuelto a presentar dermatosis eccematosa, que había padecido durante cuatro meses en la etapa de lactante menor.

Comentario. En gran número de casos con problemas dermatológicos, la prolongación del problema es consecuencia de que familiares y amigos dan su opinión sobre la mejor medicina para curarlos, y así se aplican diversidad de pomadas, ungüentos y lociones antes de acudir al médico; pero no es raro que al consultar a un médico tampoco se resuelva el problema. Que a todos nos sirva de ejemplo, ya que, como dice el autor de este artículo: Un interrogatorio completo, orientado y encauzado hacia las posibles etiologías que pueden condicionar un eccema persistente hubieran evitado múltiples tratamientos y prolongación del problema que cedió en forma espectacular al encontrarse la causa ambiental que lo provocaba.

Varicela neonatal:

Informe de dos casos clínicos.

Rev Mex Pediatr 2003; 10 (59): 145–150.

La varicela es una enfermedad infectocontagiosa exantemática que se presenta en la edad preescolar y escolar en el 95% de los casos. Es causada por el virus varicella-zoster (VZ). Es la infección primaria del virus VZ, el cual permanece después latente en las células nerviosas de los ganglios posteriores y su

reactivación causa herpes zoster. La infección primaria asintomática es muy rara.

La varicela neonatal es una enfermedad poco frecuente, su modo de transmisión es por exposición ambiental, igual a la de la varicela en otras edades, y se manifiesta después de los 10 primeros días de vida. Es necesario realizar el diagnóstico diferencial entre varicela neonatal y varicela congénita que tiene varias modalidades de presentación, dependiendo del momento en que adquiere la enfermedad durante el embarazo.

Para la varicela congénita, el diagnóstico prenatal durante las primeras 20 semanas de embarazo se establece por amniocentesis o cordocentesis en madres que presentan en el primer trimestre varicela para establecer el riesgo de virosis en el feto.

En 1947, se publicaron las primeras observaciones que establecían una asociación entre la infección materna y la varicela en el recién nacido, así como la presencia de malformaciones en el producto; sin embargo, el síndrome de varicela congénita se informó hasta 1974.

Las lesiones características ocurren en la superficie de la piel, con distribución del dermatoma 76%, afección al sistema nervioso central 60%, enfermedades oculares 51% y anomalías del esqueleto 49%. Las alteraciones congénitas que se han descrito son: Escaras cutáneas; hipoplasia y atrofia de miembros inferiores; atresia de colon y sigmoides; anomalías de la cloaca; cadera luxante; cicatrices por contracturas; peso bajo; cataratas; opacidad corneal; ceguera; dedos rudimentarios; coriorretinitis; atrofia cortical; retraso mental; miembros hipoplásicos con o sin alteraciones del sistema nervioso central. Después de las 20 semanas de embarazo se incluyen cicatrices en piel; no se ha observado aumento en la mortalidad fetal debido a la enfermedad.

Los Dres. García GJL, Sánchez MV, Reyes GU y López CG informan en este artículo sobre dos casos clínicos de varicela neonatal. El primer caso se trató de un recién nacido del sexo femenino producto de madre de 24 años de edad, gesta 3 para 3, de término, parto eutócico; peso de 3.300 kg, talla de 51 cm y exploración física normal. Se da de alta con su madre a las 48 horas. A los 15 días regresa a consulta externa sin patología aparente. Reingresa al hospital a los 27 días de edad con hipertermia, irritabilidad, disminución de ingesta y aparición de un exantema en la parte anterior de tórax, abdomen, espalda, cara y región perianal. Las lesiones dérmicas eran pápulas y vesículas. Durante su estancia hospitalaria, las lesiones aumentaron en número, apareciendo en miembros inferiores, signos característicos de vari-

cela. Se realizó el diagnóstico de varicela neonatal y se documentó el antecedente de varicela en una tía materna que habitaba en el mismo domicilio, quien presentó la enfermedad 15 días antes de que la recién nacida ingresara al hospital. Se indicó aislamiento y tratamiento con aciclovir IV por cinco días en dosis de 30 mg/kg/día, cinco días por vía oral y aplicación tópica del mismo. Se efectuó seguimiento en la consulta externa durante los siguientes cuatro años tiempo en el que se ha observado asintomática, sin complicaciones ni secuelas.

El segundo caso se trató de un recién nacido masculino, nacido por cesárea debido a desproporción céfalo-pélvica. Es dado de alta sin complicaciones a las 72 horas. A los 16 días de edad acude a consulta externa con lesiones vesiculares, papulares y costras melicéricas, que habían aparecido tres días antes. Al efectuar la exploración, se le encuentra febril, con lesiones en cuero cabelludo, cara anterior y posterior de tórax, miembros superiores e inferiores, algunas en cara, evolucionaba con cuadro diarreico y datos de deshidratación, por gastroenteritis infecciosa; se corrige la deshidratación y se inicia con tratamiento con aciclovir IV fraccionada cada ocho horas a 30 mg/kg/día y aplicación tópica en las lesiones. Se da de alta a los 10 días de estancia hospitalaria. En los últimos seis meses acude a control en la consulta externa del hospital, evolucionando sin complicaciones.

Comentario. La susceptibilidad a la varicela es universal. Es una enfermedad sumamente contagiosa causada por el virus varicela-zoster. En América Latina más del 80% de los casos se producen entre los dos y los 10 años de edad; la seroprevalencia es del 87 al 95% al llegar a la vida adulta. Las personas con alto riesgo de varicela grave o complicada son: Lactantes, adolescentes, adultos y pacientes inmunocomprometidos. La tasa de mortalidad en niños inmunocompetentes es menor a 2/100,000.

La complicación más grave es la encefalitis, pero también se han descrito casos aislados de complicaciones graves como nefritis, pericarditis, neuritis óptica, coagulación intravascular diseminada, mielitis transversa, parálisis ascendente tipo Guillain-Barré, uveítis, orquitis, artritis, hepatitis, varicela y zoster diseminados, púrpura fulminantes y asociación con síndrome de Reye.

La vacuna contra la varicela fue autorizada por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos el 17 de marzo de 1995 para utilizarse en personas sanas de 12 meses de edad o mayores, que no hayan padecido varicela. Es una preparación liofilizada de la cepa Oka del virus varicela-zoster, obtenida mediante

propagación del virus en un cultivo de células diploides humanas MRC; es estable a -70°C durante muchos años y tres a menos de 20°C . Cada 0.5 mL reconstruida contiene una dosis inmunizante. La vía de administración es subcutánea. La vacuna Varilrix (GSK) y Okavax (AVP) tienen un estabilizador, por lo que las vacunas pueden estar entre 2 y 8°C durante dos años.

Para la inmunización activa de sujetos sanos de 12 meses de edad y mayores, puede incluso administrarse simultáneamente con otras vacunas MMR, DPT, HB y Hib, con jeringas diferentes y en sitios separados.

La inmunización contra la varicela postexposición tiene un 90% de eficacia de prevenir la enfermedad, si se administra dentro de los primeros tres y quizá cinco días de la aparición del exantema en el caso índice.

Cuando se administra la vacuna a un niño, ésta la protege en más del 80% en contra de la forma leve de la enfermedad y más del 95% contra la complicada.

La tasa de seroconversión se reduce con la edad. En sujetos de 13 años y más se requieren dos dosis con intervalo de seis a 10 semanas para obtener la seroconversión en el 100% de ellos.

Existe indicación de aplicar la vacuna en caso de brotes en escuelas, guarderías, lugares con preescolares, en trabajadores con alto riesgo de contagio, como maestros, enfermeras y trabajadores de salud que no hayan padecido varicela.

Contraindicaciones de la vacuna: En caso de recibir tratamiento con aspirina (por la posibilidad de condiciones síndrome de Reye), éste se debe suspender durante seis semanas después de la dosis con la vacuna contra la varicela. La aplicación de la vacuna también está contraindicada en pacientes con reacción anafiláctica a la neomicina y gelatina, embarazo, inmunodeficiencia, terapia prolongada de inmunosupresión, infección por VIH, se debe considerar en pacientes con VIH asintomáticos que estén en la clasificación N1 o A1, $\text{CD4} \geq 25\%$.

Los niños elegibles deben recibir dos dosis de vacuna: Día 0 y dos o tres meses después.

Estudios recientes indican que el riesgo de herpes zoster relacionado con la edad es más bajo en niños inmunocompetentes inmunizados con la vacuna contra la varicela, que en quienes han cursado con una infección natural. Investigaciones basadas en la población indican que la incidencia del herpes zoster después de la infección natural en personas menores de 20 años inmunocompetentes es de 69/100,000 personas por año; mientras que el rango reportado de herpes zoster después de la vacunación contra la varicela en inmunocompetentes es, aproximadamente de 2.6/100,000.