

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen
Volume 67

Número
Number 2

Abril-Junio
April-June 2004

Artículo:

Pediatría general

Derechos reservados, Copyright © 2004:
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

El objetivo de esta sección de Educación Médica Continua en Pediatría, es transcribir resúmenes de artículos de la literatura nacional y/o extranjera que permitan al médico que atiende niños actualizar, abundar o mejorar su conocimiento sobre los temas escogidos. En esta ocasión fueron sobre: 1) El riesgo de defectos mayores después de la inyección intracitoplásmica de esperma y fertilización *in vitro*. 2) Los derechos de los niños, incluyendo los del recién nacido. 3) Las relaciones del asma materna durante el embarazo y sus consecuencias sobre la madre y el neonato. 4) Riesgo de infección grave por *E sakazakii* asociada a una fórmula en polvo para lactantes. 5) Revisión de las causas y metodología para el diagnóstico en caso de dolor abdominal crónico recurrente y 6) Un artículo que aborda algunas de las complicaciones posvaricela al referirse a un caso que presentó púrpura, glomerulonefritis y síndrome de Guillain-Barré; lo importante de esta presentación es que en la literatura que los autores revisaron no existen reportes de casos clínicos con tres o más incidentes secundarios a un evento posinfección por el virus de varicela-zoster.

Palabras clave: Tecnología reproductiva asistida, inyección intracitoplásmica de esperma, fertilización *in vitro*, derechos de los niños, asma, *Enterobacter sakazakii*, dolor abdominal crónico recurrente, varicela, síndrome de Guillain-Barré.

ABSTRACT

As is already known the goal of this section of Continuous Medical Education in pediatrics is to copy the abstracts of articles from national or foreign literature so the physician dealing with children is able to put up to date, increase or prove his knowledge upon the chosen articles. 1) Risk and major congenital defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. 2) The children's rights including those of the newborns. 3) The relation of the maternal asthma during pregnancy and the consequences to the mother and newborn 4) Risk of serious infection due to E sakazakii associated to a powder formula for nursing babies. 5) Review of the causes and the methodology to diagnosis in case of chronic and recidivant abdominal pain and 6) some of the post chicken pox complication mainly after case which presented purpura, glomerulonephritis and Guillain-Barré syndrome. The most important of such and article is to stress than in the literature by the authors reviewed aren't showed clinical cases with three or more side effects post infection of the varicella-zoster virus.

Key words: Intracytoplasmic sperm injection and *in vitro* fertilization, children's rights, asthma, *Enterobacter sakazakii*, chronic and recidivant abdominal pain, varicela, Guillain-Barré syndrome.

The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and *in vitro* fertilization

N Engl J Med 2002; 346 (10); 725-730

La fertilización *in vitro* (FIV) se introdujo en la práctica con poca evaluación formal de sus efectos sobre la salud de los niños concebidos con este procedimiento.

Cuando se introdujo la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (IIE) en 1992, resurgió la inquietud previa de que los lactantes concebidos con el uso de tecnología reproductiva asistida (TRA) pudiesen tener un riesgo mayor de defectos al nacimiento.

Estudios previos no habían demostrado un incremento del riesgo de defectos mayores al nacimiento en niños concebidos con IIE o con FIV; sin embargo,

* Unidad de Pediatría. Hospital General de México.

gran parte de las investigaciones habían tenido problemas metodológicos, incluyendo tamaño inadecuado de la muestra y falta de información apropiada para la comparación.

Además, las definiciones de defectos mayores al nacimiento usadas para niños concebidos con TRA fueron diferentes de las utilizadas para los nacidos por vía natural. Esta diferencia pudo haber llevado a una subestimación de la prevalencia relativa de defectos al nacimiento entre los niños concebidos por TRA.

En Western Australia existen tres clínicas privadas que dan tratamiento con TRA bajo reglas establecidas por la *Human Reproductive Technology Act 1991* que estableció los estatutos y el registro de la tecnología reproductiva que contiene información de todos los procedimientos llevados a cabo con TRA desde abril de 1993.

Michéle Hansen; Jennifer J. Kurinczur; Carol Bower y Sandra Webb del *Telethon Institute for Children Health Research and the Center for Child Health Research, University of Western Australia, the Health Department of Western Australia and the Western Australia Birth Defects Registry*, todos en Perth Australia, compararon la prevalencia de los defectos mayores entre los niños concebidos por tales procedimientos con una muestra al azar de niños concebidos en forma natural, usando los mismos sistemas de clasificación para todos los defectos de nacimiento.

El método que utilizaron fue obtener los datos de tres registros: 1) de nacimientos, 2) de nacimientos después de concepción asistida y 3) de defectos mayores al nacimiento en niños nacidos entre 1993 y 1997.

Los autores insistieron en la prevalencia de los defectos mayores al nacimiento diagnosticados por un año de edad en esos niños.

El estudio incluyó 301 niños concebidos con inyección intracitoplásmica de esperma (IIE), 837 concebidos por fertilización *in vitro* estándar y 4,000 niños concebidos en forma natural.

De los 301 niños concebidos por IIE (8.6%) y 75 de los 837 concebidos por FIV (9%) tuvieron defectos mayores al nacimiento diagnosticados por un año comparado con 168 de los 4,000 niños concebidos en forma natural (4.2%, $p < 0.001$ en comparación con alguno de los tipos de tecnología utilizada).

Como comparación con la concepción natural, el porcentaje de posibilidades para defectos mayores al nacimiento para un año de edad, después de ajustes para edad materna, paridad, sexo de los ni-

ños y correlación con hermanos, fue 2.0 (95% intervalo de confiabilidad, 1.3 a 3.2) con IIE y 2.0 (95% intervalo de confiabilidad 1.5 a 2.9) en niños concebidos por FIV.

Los autores concluyen que los niños concebidos por IIE o FIV tienen el doble de riesgo para sufrir defectos mayores múltiples, defectos musculoesqueléticos y cromosomales al nacimiento en comparación con los niños concebidos en forma natural.

Comentario: Los niños concebidos por vía natural, en comparación con los concebidos con tecnología reproductiva, fueron de pretérmino con mayor frecuencia, nacidos por cesárea y de bajo peso, lo que significa un riesgo agregado para estos neonatos, independientemente de la posibilidad de presentar malformaciones congénitas.

Los derechos del niño.

Un paradigma a considerar en la práctica pediátrica cotidiana

Acta Pediatr Mex 2003; 24 (6): 361-365

La importancia de proporcionar al menor una protección especial fue enunciada en la *Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño* en 1924 y en la *Declaración de los Derechos del Niño de 1959*; la última declaración al respecto fue expuesta en el seno de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ofrece la última propuesta sobre los derechos de los niños en un documento que la mayoría de los países del mundo han designado. México adoptó y aceptó los preceptos de esta Carta Magna, ya que fueron aprobados por la Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión el 19 de junio de 1990.

La también denominada *Declaración de los Derechos del Niño* contiene 54 artículos que han sido agrupados en cinco apartados de acuerdo a su contenido.

1) Derechos sobre su protección y para la aplicación de sus derechos (artículos 1 al 5) Incluyen el concepto internacional de lo que es un niño; el derecho a no ser discriminado; el derecho al interés superior del niño; a que sus derechos sean observados con eficiencia; el derecho al cumplimiento de las responsabilidades que tienen para él sus padres y sus tutores.

2) Derechos civiles (artículos 6 al 22). Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo. Derecho a protección contra los malos tratos. Es deber del Es-

tado establecer medidas preventivas y de tratamiento para perpetradores; obligación del Estado proporcionar protección a los niños privados de su medio familiar (abandono o desamparo), tomando en cuenta el origen cultural del niño; derecho a la protección contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental (artículo 19); derecho a la adopción; protección especial a los niños refugiados o que soliciten el estatuto de refugiado.

3) Derechos en servicios médicos, sociales y culturales (artículos 23 a 31). Los niños mental o físicamente impedidos tienen derecho a recibir cuidados, educación y adiestramiento especial; derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos de rehabilitación. Todo niño tiene derecho a beneficiarse de la seguridad social; derecho a la nutrición, a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, moral, social y espiritual. Es obligación de sus padres proporcionarle el derecho a la educación y es obligación del Estado asegurar por lo menos la educación primaria gratuita y obligatoria.

4) Derechos de los niños en situaciones sociales anómalas o de riesgo y deberes del Estado para su protección (artículos 32 a 40). Es obligación del Estado proteger al niño contra el desempeño de cualquier trabajo nocivo para su salud, educación o desarrollo; el derecho a ser protegido del uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas e impedir que se involucren en el tráfico de las mismas. *El niño tiene derecho a ser protegido de la explotación y abuso sexuales, incluyendo prostitución y pornografía* (artículo 34); derecho contra cualquier forma de explotación. Es obligación del Estado tomar las medidas preventivas para la venta, tráfico y trata de niños. Ningún niño será sometido a tortura o penas crueles, inhumanas o degradantes, a la pena capital, a la prisión perpetua o al encarcelamiento ilegal.

Los niños afectados por conflictos armados tienen derecho a recibir protección y a no ser reclutados antes de cumplir los 15 años; los niños víctimas de tortura de conflictos armados, de abandono, de malos tratos o de explotación deben recibir tratamiento adecuado que asegure su recuperación y reintegración social. Todo niño que sea considerado culpable de haber infringido las leyes será respetado en sus derechos y tendrá el beneficio de todas las garantías y asistencias jurídicas.

5) Aplicación y entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 41 a 54). El estado debe dar a conocer los principios de la Convención tanto a los padres como a los niños. *El*

estado tiene la obligación de establecer un comité formado por diez expertos de gran integridad moral y reconocida competencia que vigilen el cumplimiento y seguimiento de estos derechos.

Sobre las obligaciones de los niños. Es interesante el concepto de corresponsabilidad sobre las obligaciones de los niños y que habrán de cumplir como: el amar, el obedecer, el respetar, el acudir a la escuela y llevar a cabo sus deberes y responsabilidades en el hogar acordes con su edad.

Derechos del niño hospitalizado. La situación difícil de un niño, en ocasiones agresiva y en otras estresante de estar hospitalizado, lo hacen potencialmente vulnerable en su bienestar biopsicosocial. El médico y todo el equipo de salud encargados de su atención tienen la tarea de adecuar su ejercicio de diagnóstico y tratamiento con el menor agravio al pequeño. La obligación moral de la persona encargada de la salud del niño es establecer una relación humanizada, de diálogo y de respeto, en la cual, a pesar de tener lenguajes diferentes, se genere un vínculo paciente-padres-médico cuyo resultado sea brindar confianza e incrementar la calidad de la atención del menor y su familia.

El pediatra debe ejercer su profesión con responsabilidad, respeto, cuidado y conocimiento, protegiendo siempre el desarrollo biopsicosocial de los niños y transmitiendo de una manera sencilla y comprensible los conocimientos necesarios que ayuden a los padres a tomar las mejores decisiones por sus hijos.

Con el objeto de que el equipo de salud encargado de los niños hospitalizados reconozca su responsabilidad de ofrecer un servicio y atención con calidez, en 1986 se redactó la *Carta Europea de los Niños Hospitalizados* que establece los derechos especiales que deben gozar los niños que se encuentran en esta situación. En esta Carta se describen las medidas que permiten un mejor manejo psicológico y emocional del niño hospitalizado, situación que presumiblemente debe mejorar algunos aspectos biopsicosociales relacionados con su estancia hospitalaria.

Derechos del recién nacido. En la vida del ser humano existe un periodo trascendental: la etapa perinatal, en la que es sumamente vulnerable y que puede ser incluido o afectado por factores maternos, ambientales, culturales, geográficos, económicos, etcétera. Es importante proveer un ambiente adecuado a los recién nacidos, incluso desde antes del nacimiento, para otorgarles la mejor calidad de vida posible.

El alto índice de morbilidad y mortalidad infantil en la etapa perinatal es un claro marcador de la calidad en la asistencia que reciben los neonatos.

El documento sobre los Derechos de los Niños de 1989 incluye "el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación". Establece la necesidad de ejercer acciones que aporten los beneficios necesarios y suficientes para que todos los infantes tengan el máximo nivel de salud y su preservación.

Durante la etapa de recién nacido, el niño es más vulnerable en su integridad biopsicosocial y requiere cuidados especiales y apoyo que deberán ser otorgados por personal altamente capacitado. Por lo tanto, es obligación del pediatra y de los especialistas en neonatos contar con la preparación suficiente que permita solucionar la problemática de manera integral, como lo menciona la Asociación Nacional de Protección al Recién Nacido.

Los autores de este artículo de revisión doctor Perea Martínez y colaboradores de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, INP, UNAM, con base a toda la información señalada en los Derechos de los Niños concluyen en lo siguiente:

Establecer, dentro de un marco jurídico internacional, el deber de los Estados y de sus Instituciones de velar por el bienestar de los niños. "El respeto a los Derechos de los Niños, es una garantía para preservar la humanidad".

Algunos niños y adolescentes tienen la madurez para dar su opinión sobre el manejo de su enfermedad; a pesar de ello, los adultos continuamos decidiendo por ellos, afectando de alguna manera su autonomía.

Inculcar valores humanos dignos y éticos encaminados a mejorar la estancia, la calidad y calidez de atención durante la hospitalización, incluso en momentos difíciles de sufrimiento o cuando el niño va a morir.

Finalmente, comentan los autores, es importante señalar que el niño requiere atención especial y protección en situaciones de riesgo para su salud, por lo que la promulgación de estos derechos destaca la importancia de respetar la libertad, la intimidad y la vida del niño.

Comentario: Todo niño tiene derecho intrínseco a la vida y a tener condiciones óptimas de salud para su adecuado crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social, siendo esta tarea una obligación para los médicos que atienden niños. Por su falta de madurez física y mental, los niños necesitan protección y cuidados especiales; inclusive protección legal tan-

to antes como después de nacer. Recordemos que al salvar la vida de un niño, se salva la vida de todo el género; al curarlo física y mentalmente, se está aliviando y se cura a toda la especie, tomando en cuenta que de los resultados del trato, del cuidado en su alivio, de la forma de comprenderlo y encauzarlo depende el futuro del hombre.

Maternal asthma and pregnancy outcomes: A retrospective cohort study

Am J Obstet Gynecol 2001; 184 (2): 90-96

El asma es el trastorno respiratorio más frecuente que complica el embarazo, ya que afecta entre a 0.4 y 1.3% de las mujeres embarazadas. En 1972 se llevó a cabo un estudio del registro de nacimientos en Noruega cuyos datos fueron los primeros reportados respecto a que las mujeres con asma tenían riesgo mayor de problemas perinatales, incluyendo muerte al nacimiento, niños pretérmino, bajo peso al nacimiento y preeclampsia. Desde entonces se han realizado numerosas investigaciones que han examinado niños y consecuencias maternas en mujeres con asma, pero los resultados han sido cuestionados.

En virtud del aumento reciente de la morbilidad y mortalidad asociadas con asma, el problema creciente de éste durante el embarazo justifica una mayor atención.

El objetivo de los autores de este artículo Liu y colaboradores de Ottawa Ontario y Sainte-Foy Montreal, Quebec y Piscataway, New Jersey, fue examinar las relaciones entre asma durante el embarazo y obtener las consecuencias finales en niños y madres seleccionados.

La información la proporcionó Med Echo, una base de datos de todos los ingresos de pacientes a cuidados intensivos en instituciones de Quebec, la cual se produce cada año. Los datos disponibles de las madres y los recién nacidos incluyeron el diagnóstico primario y hasta 15 secundarios, fecha de ingreso y alta, edad materna, edad gestacional, en semanas completas y peso al nacimiento.

Por cada año fiscal, las madres con una codificación diagnóstica de asma en cualquiera de los 16 diagnósticos se seleccionaban de inmediato; por cada una se tomaba de manera aleatoria una muestra control (mujeres sin asma), la que formaba parte de la muestra control principal (cuatro veces mayor que el número de mujeres con asma).

El índice de crecimiento fetal (ICF) se usó como medida del tamaño del lactante en relación con su

edad gestacional. El ICF se calculó como el cociente del peso observado al nacimiento dividido entre el peso medio al nacimiento, sexo-específico y edad gestacional específica de la población de estudio. Se piensa que este estudio contiene información acerca del grado de peso bajo o sobrepeso relativos a medios derivados internamente y se ha encontrado que está estrechamente relacionado con una determinación clínica precisa de la madurez del feto.

El nacimiento pretérmino se consideró como edad gestacional al nacimiento < 37 semanas; postérmino > 42 semanas. Muy pequeño para su edad gestacional se definió como un ICF < 0.75; pequeño para su edad gestacional como un ICF = 0.85 y grande para su edad gestacional como un ICF > 1.15.

Las variables dependientes fueron los resultados adversos seleccionados de la madre y el producto; el asma materna fue la variable de explicación de mayor interés. Se utilizó el análisis de regresión logística múltiple antes y después del ajuste por variables de confusión importantes para examinar la asociación entre las variables dependientes e independientes.

Los autores encontraron que el asma materna se asoció de manera significativa con el nacimiento pretérmino, pequeño para su edad gestacional, grande para su edad gestacional y estancias hospitalarias prolongadas tanto del recién nacido como de la madre (la estancia prolongada se calculó > 4 días). El trabajo de parto pretérmino y la corioamnionitis fueron más frecuentes entre las madres con asma; éstas presentaron también trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto por cesárea y hospitalizaciones prolongadas.

Con sus resultados, los autores demostraron que las mujeres embarazadas que padecen asma tienen un incremento sustancial de riesgo para eventos adversos, tanto para ellas como para sus productos, lo que sugiere que las madres con asma y sus recién nacidos requieran de atención especial.

Comentario: A partir de la década de los 60 y 70 del siglo XX, en forma por demás progresiva, se ha ido incrementando la frecuencia de asma en todas las edades. Todo médico a la fecha está interesado en los avances terapéuticos. En programas de congresos, simposios y todo tipo de reuniones médicas está incluido algún tópico sobre asma. Este artículo que aborda el tema sobre asma y embarazo y las complicaciones que ello implica, tanto para la madre como para el producto, es de especial interés para ginecoobstetras, neonatólogos y pediatras.

***Enterobacter sakasaki* infections associated with the use of powdered infant formula – Tennessee, 2001.**

From the Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)

JAMA 2002; 287 (17): 2204-2205

Enterobacter sakasaki es una bacteria Gram negativa en forma de bastón que en raras ocasiones provoca una infección invasiva. Sin embargo, cuando se presentan meningitis y complicaciones severas neurológicas, incluyendo formación de absceso cerebral, la muerte ocurre en 33 a 80% de los casos en recién nacidos.

Este artículo realizado en Tennessee, Estados Unidos, resume la investigación de una infección fatal asociada con *E. sakasaki* en un recién nacido hospitalizado. Señala que la infección estaba asociada con la presencia del microorganismo en la fórmula láctea que se administró al neonato.

Se trató de un neonato masculino nacido por cesárea, con peso de 1,270 kg, procedente de una gestación de 33.5 semanas. Fue hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) por tener bajo peso al nacimiento, prematuridad e insuficiencia respiratoria, en abril de 2001. A los 11 días de nacido presentó fiebre, taquicardia, disminución de la perfusión vascular y anomalías neurológicas (se sospechó actividad convulsiva). El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) reveló leucocitos 32/mm³ (normal: 0.0-0.5/mm³), eritrocitos 27/mm³ (normal: 0), proteínas 292 mg/dL (normal: 15-45 mg/dL) y glucosa 1 mg/dL, (normal: 40-70 mg/dL). El cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR) presentó crecimiento de *E. sakasaki*. El neonato fue tratado contra meningitis con antimicrobianos por vía endovenosa; sin embargo, el daño neurológico fue progresivo y falleció nueve días después.

En virtud de que el microorganismo resultó ser una causa rara de meningitis neonatal, el personal del hospital, en colaboración con el *Tennessee Department of Health* y el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), investigaron la fuente de la infección.

Durante el mes de abril de 2001 (del 10 al 20 es decir el periodo de estudio) se incrementó la supervisión de casos para determinar si otros niños de la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (UCIN) estaban afectados o colonizados con *E. sakasaki*. Se realizaron valoraciones en los pacientes para colonización a través de coprocultivo. Se revisaron tam-

bién los registros microbiológicos del laboratorio para detectar reportes de crecimiento de *E. sakasakii* de especímenes clínicos durante el periodo de estudio.

Se establecieron las definiciones de "infección confirmada", "sospecha de infección", "colonización" y "paciente-caso".

Se definió como *infección confirmada* cualquier cultivo positivo por *E. sakasakii* de un sitio normalmente estéril; como *sospecha de infección*, cultivo positivo de un sitio no estéril con deterioro documentado del estado clínico (incremento de la frecuencia respiratoria sin otra causa evidente en las 24 horas previas a la obtención de la muestra para cultivo; *colonización* se definió como un cultivo positivo de *E. sakasakii* de un sitio no estéril sin deterioro, documentado del estado clínico en las 24 horas previas a la toma de la muestra.

En total se revisaron 49 recién nacidos. Se identificaron 10 casos de infección o colonización por *E. sakasakii*, una infección confirmada en el paciente índice (cultivo positivo en LCR), dos sospechosos de infección (ambos con cultivo positivo de aspirado traqueal) y siete colonizaciones (seis en coprocultivo y uno en urocultivo; un paciente estaba colonizado en ambos).

Se definió como *paciente-caso* cualquier paciente de la UCIN con infección (confirmada o en sospecha) o colonización durante el periodo de estudio.

Se revisaron los registros médicos y los posibles factores de riesgo durante el periodo de estudio: edad gestacional, peso al nacimiento, uso de ventilador, de incubadora humidificada, medicamentos administrados por vía oral y tipo de alimentación.

De los 49 niños identificados en el grupo, nueve fueron pacientes-caso y 40 no. El análisis de los factores de riesgo identificó solamente el uso de una fórmula en polvo específica para lactantes (Portagen) asociada en forma significativa con la infección o colonización por *E. sakasakii*. Todos los pacientes-caso recibieron Portagen en comparación con 21 de los 40 pacientes no-caso.

Para determinar la fuente de infección, se efectuaron estudios microbiológicos en las muestras del agua esterilizada comercial usada para la preparación de la fórmula y de muestras de ésta tomada de latas abiertas, así como de los mismos dos lotes usados en la UCIN durante el periodo de estudio. Se tomaron cultivos por frotis ambientales de las superficies en las que se había preparado el producto. También se efectuaron cultivos de las latas no abiertas que proporcionó el fabricante, con el mismo código de los lotes de las abiertas.

En los cultivos de fórmula de latas abiertas y cerradas de un lote único creció *E. sakasakii*. Tanto el agua como los cultivos ambientales fueron negativos.

En la UCIN se efectuó una revisión de las prácticas de control de infección, políticas y procedimientos para preparación, almacenamiento y administración de fórmula en polvo a recién nacidos. No se detectaron fallas en alguno de estos aspectos.

Lo anterior permite describir una asociación entre la infección fatal atribuible a *E. sakasakii* y el uso de una fórmula comercial en polvo para recién nacido en una UCIN.

Los médicos deben estar conscientes del riesgo potencial de infecciones por el uso de fórmula no estéril en la atención de la salud del neonato.

Comentario: La metodología utilizada en esta investigación pone de manifiesto que en los cuñeros de las maternidades institucionales y en las de atención privada siempre se debe llevar un control estricto sobre las fórmulas lácteas que ingiera el recién nacido durante su estancia hospitalaria, ya sea en la UCIN, en el cuñero de cuidados intermedios y aun en la estancia junto con la madre. De no ser así, puede ocurrir, como en el artículo que aquí se resume, que la fórmula pueda ser el vehículo de una infección grave y aun mortal.

Dolor abdominal crónico recurrente en niños

Acta Pediatr Mex 2003; 24 (6): 351-353

Este es un artículo original de los doctores Ocampo del Prado, Cervantes Bustamante y Ramírez Mayans del Servicio de Gastroenterología y Nutrición del Instituto Nacional de Pediatría y de la doctora Sosa de Martínez del Departamento de Metodología del mismo instituto.

El dolor abdominal crónico recurrente (DACR) es común en la edad pediátrica, se estima que afecta a más del 34% de los niños y adolescentes de la población mundial.

El objetivo de los autores al realizar este trabajo fue conocer las principales causas de dolor abdominal crónico recurrente en niños mexicanos.

Definieron al dolor crónico recurrente como un síntoma que se presenta al menos una vez al mes durante tres meses consecutivos, y de intensidad suficiente para alterar la vida normal; puede ser persistente o recurrente (a finales de los años 50 del siglo XX, Apley estudió 1,000 escolares y estableció el criterio para definir el dolor abdominal crónico recurrente que fue el que los autores utilizaron).

Es un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, observacional en pacientes de dos a 18 años de edad, de uno u otro sexo, con dolor crónico recurrente estudiados en la consulta externa del Servicio de Gastroenterología y Nutrición, entre marzo de 2001 y diciembre de 2002. Se realizaron exámenes de laboratorio, gabinete, endoscopia e histología.

Fueron excluidos los pacientes con alteraciones del sistema nervioso central y retraso psicomotor, malformaciones congénitas del tubo digestivo, antecedentes de cirugía del tubo digestivo, enfermedades metabólicas, neuropatía crónica o nefropatía crónica.

En todos se elaboró historia clínica completa. Para fines del estudio sólo se tomó en cuenta edad y sexo. Se realizaron exámenes de laboratorio, de gabinete o de ambos: biometría hemática completa, urocultivo, coproparasitoscópicos en serie de tres, coproantígeno para *Giardia lamblia*, prueba de hidrógeno en aire espirado, endoscopia digestiva alta con dos tomas de biopsias de antro y dos de duodeno para búsqueda de *Helicobacter pylori* y estudio histopatológico. En algunos casos se midió amilasa, lipasa sérica y se realizó ultrasonografía abdominal.

Fueron estudiados 151 pacientes (70 hombres y 81 mujeres); 41 casos fueron de dos a cinco años; 74 de cinco a 12 años y 36 de 13 a 18 años, con predominio del grupo de escolares (cinco a 12 años) con un 49% del total. En todos se encontró una causa orgánica. El 52% de los pacientes presentaron enfermedad ácido péptica con y sin *Helicobacter pylori*, seguido de intolerancia a la lactosa, giardiasis, constipación funcional crónica y pancreatitis.

Datos de laboratorio y gabinete en los 151 pacientes:

Coproparasitoscópico (serie de tres): negativo en 145; uno para *Ascaris lumbricoides* y para *Giardia lamblia*; cuatro para *Entamoeba histolytica*.

Antígeno Giardia: Coproparasitoscópico con Giardia + antígeno giardia siete; prueba de hidrogeniones 25; **Histología:** Esofagitis dos, gastritis no asociada a *Helicobacter pylori* 30, gastritis asociada a *Helicobacter pylori* 47, duodenitis crónica 13, duodenitis con hipertrofia linfóide ocho, gastroduodenitis cuatro.

Endoscopia: Esofagitis dos, gastritis 10, duodenitis 35, gastroduodenitis 79.

Diagnósticos asociados. En los 151 pacientes estudiados con dolor abdominal crónico recurrente:

Gastritis asociada a *Helicobacter pylori* 41, gastritis asociada a *H. pylori* e intolerancia a la lactosa cuatro, gastritis asociada a *H. pylori* y constipación crónica dos, enfermedad acidopéptica 27, enfermedad ácido péptica e intolerancia alimenticia dos. Uno para cada una de las entidades siguientes: Enfermedad ácido péptica y constipación crónica, enfermedad acidopéptica y pancreatitis crónica y para enfermedad acidopéptica y alergia a proteínas de la leche de vaca, 10 intolerancia a la lactosa, seis intolerancia a la lactosa y reflujo gastroesofágico, cuatro intolerancia a la lactosa y giardiasis, uno intolerancia a la lactosa y pancreatitis crónica, 16 constipación crónica, 14 giardiasis, siete pancreatitis crónica, cuatro intolerancia alimentaria, tres quiste folicular del ovario, dos para amibiasis y orquiepididimitis y uno para cada una de las entidades siguientes: colecistitis, colecistitis y coledocolitiasis y síndrome de intestino irritable.

Con los nuevos procedimientos diagnósticos como la prueba de hidrógeno en aire espirado, la endoscopia alta y baja en niños, se ha visto que la etiología orgánica del DACR es más frecuente que lo reportado previamente por otros autores y, por lo tanto, la frecuencia del dolor abdominal "funcional" ha disminuido. El diagnóstico de DACR "funcional" debe hacerse por exclusión de todas las causas orgánicas.

Los autores concluyen que en países en vías de desarrollo como México, en donde las condiciones socioeconómicas son precarias, las causas más frecuentes de DACR son la enfermedad ácido péptica con y sin asociación con *H. pylori*, la intolerancia a la lactosa y la giardiasis. Por lo cual, el abordaje de estos niños tiene que ser sistematizado para investigar las causas de DACR en cada población.

Comentario: El dolor abdominal recurrente en los niños es uno de los motivos al que el médico debe enfrentarse frecuentemente. En muchas ocasiones la madre al llegar, dice: "el niño tiene dolor abdominal, porque no quiere ir a la escuela, o porque ya no quiere seguir comiendo lo que le doy"; otras veces ella misma nos dice: "le duele la barriga porque de seguro tiene bichos", es decir, no se le da mucha importancia a que un niño tenga dolor abdominal. Sin embargo, tal y como lo especifican los autores de este artículo, se requiere conocimiento del problema. Las entidades que puedan ser la causa y la secuencia de toda una metodología para realizar el diagnóstico, dar el tratamiento adecuado y no paliativos para el dolor; lo que desafortunadamente se hace con frecuencia por lo cual, el niño sigue arrastrando su dolor, no en raras ocasiones aun por años

Púrpura, glomerulonefritis y síndrome de Guillain-Barré posvaricela: Informe de un caso

Rev Enf Infec Pediat 2004; 17 (67): 88-92

Se trató de un niño de nueve años de edad, que cursó con un cuadro de varicela 15 días antes de su ingreso al hospital por epistaxis, melena, equimosis, hemorragia subconjuntival, petequias y palidez generalizada de 72 horas de evolución, somnolencia y monoparesia de miembro superior izquierdo de 24 horas de evolución. Se realizó el diagnóstico de púrpura posinfecciosa y, durante su estancia intrahospitalaria, desarrolló otras complicaciones no comunes y poco frecuentes asociadas a un evento de posvaricela.

Los doctores José de Jesús Coria Lozano y Demóstenes Gómez Barreto del Departamento de Infectología Pediátrica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" y la doctora Marcela Espinoza Oliva, pediatra infectóloga egresada del mismo hospital, presentan este interesante caso.

La varicela se padece por la primoinfección del virus varicela-zoster (VVZ), que también produce el cuadro de herpes zoster. Es una infección generalizada, por lo común benigna, altamente contagiosa, con un cuadro clínico caracterizado por un exantema típico y que afecta en general a los niños menores de 10 años de edad; su periodo de incubación es de 14 a 21 días, con un promedio de 14 a 16. Desde el punto de vista histológico, son indistinguibles las lesiones de la varicela y del herpes zoster, pero las características clínicas de cada una de estas enfermedades son diferentes.

La varicela inicia con un exantema macular eritematoso, pruriginoso que inicia en tronco y después abarca cuero cabelludo, cara y extremidades. Estas lesiones evolucionan a vesículas, pústulas y costras. Lo característico de este exantema es que van apareciendo nuevas lesiones llegando a presentarse varios brotes al día (hasta más de cuatro). Se ha considerado como una de las enfermedades propias de la infancia; por lo general es benigna, sus complicaciones leves y rara vez severas en los pacientes inmunocompetentes, no así en el inmunocomprometido en quienes el riesgo es elevado y puede llevar a la muerte.

Las complicaciones de la varicela se dividen en cuatro categorías:

1) *Secundarias a infección bacteriana* (en especial en piel, vía de entrada que en algunos casos da lugar a bacteriemia transitoria o septicemia por estreptococo o estafilococo y síndrome de choque tóxico);

2) *Infecciones virales y órganos específicos* que incluyen neumonitis, hepatitis, glomerulonefritis y síndrome purpúrico,

3) *Infección diseminada con erupción prolongada*: se presenta en adolescentes y adultos, así como en neonatos, embarazadas y en niños inmunocomprometidos, y

4) *Complicaciones asociadas a condiciones en donde la patogénesis no se relaciona a invasión viral*: por ejemplo, encefalitis, mielitis transversa, síndrome de Guillain-Barré y ataxia cerebelosa. La morbilidad asociada a infección del sistema nervioso central es elevada en niños menores de cinco años y adultos mayores de 20 años en adelante. De las complicaciones señaladas con anterioridad, el síndrome de Guillain-Barré se presenta rara vez como complicación de varicela.

A su ingreso el niño tenía peso de 24.5 kg, talla de 136 cm, frecuencia cardíaca de 88 por minuto; frecuencia respiratoria de 22 por minuto; tensión arterial de 120/90 mm Hg y temperatura de 36.5° C. Se encontraba somnoliento, con equimosis de predominio en extremidades y hemorragia conjuntival bilateral, fondo de ojo normal, lesiones dérmicas en fase de costra, miembro superior izquierdo con disminución de tono, fuerza muscular 3/5, sensibilidad conservada. El estudio de laboratorio reportó anemia moderada y plaquetopenia severa. Se diagnostica y maneja como síndrome purpúrico posinfeccioso.

A las 24 horas de estancia hospitalaria, presenta hipertensión arterial, edema palpebral discreto, visto por nefrología: el reporte del examen general de orina evidenció hematuria (++), proteinuria (+) y cilindros hemáticos; se consideró daño a nivel glomerular y, secundario a ello, evento hipertensivo.

A las 72 horas de su ingreso se agregan alteraciones a nivel neurológico; marcha en *steppage* (de cigüeña), imposibilidad para extender la mano (mano en tenedor) y parestesias en miembro superior izquierdo. Se sospecha neuropatía periférica o hemorragia intracraneana. Fue valorado por el Servicio de Neurología y se le practican los siguientes estudios: electromiograma, tomografía axial computarizada de cráneo y resonancia magnética. Se encontró infarto hemorrágico en hemisferio derecho; la resonancia magnética demostró hemorragia perenquimatosa del lóbulo occipital derecho. Se diagnostica síndrome de Guillain-Barré atípico y hemorragia parenquimatosa del lóbulo occipital derecho.

Se puede concluir que, a pesar de que la varicela es considerada como una infección benigna de la infancia, debe tenerse en cuenta las complicaciones

que puede ocasionar y la posibilidad de mortalidad asociada. Este caso permitió realizar a los autores de este artículo una revisión de las principales complicaciones de la varicela. En la literatura que ellos revisaron no existen reportes de casos clínicos con tres o más incidentes secundarios a un evento posinfección por el virus de varicela-zoster.

El riesgo de complicaciones asociadas a varicela, acorde a la literatura revisada por los autores, parece ser mayor en adultos y en inmunocomprometidos que en niños sanos o inmunocompetentes.

La infección por el virus de la varicela-zoster es un factor de riesgo poco frecuente, pero importante en el desarrollo de un síndrome de Guillain-Barré que puede causar neuropatía. De manera indirecta, se ha propuesto invasión viral de nervios periféricos, pero por una respuesta inmune a antígenos de la mielina. También se postula una alteración en el equilibrio de linfocitos T citotóxicos y cooperadores con depleción de linfocitos CD8.

A pesar de que el paciente presentó complicaciones raras, pero no graves, no se justificó el uso de aciclovir, dado que éstas fueron desencadenadas por complejos inmunes y no por el efecto citopático del virus. El paciente fue dado de alta al noveno día de su ingreso al hospital y comenzó apoyo en rehabilitación con mejoría paulatina, control de hipertensión (tratamiento que se continuó por tres semanas) y corrección de la plaquetopenia, el paciente vive y está bajo seguimiento médico.

Al considerar los costos de hospitalización de los pacientes que requieren hospitalización por varicela severa o sus complicaciones, conviene recordar e insistir en la aplicación de la vacuna contra la varicela para reducir las complicaciones que aumentan la morbilidad y los gastos generados por hospitalizaciones prolongadas.

Comentario: El síndrome de Guillain-Barré es una de las complicaciones más raras de la varicela. Se debe recordar que este síndrome ha sido definido como una polirradiculoneuropatía simétrica y aguda

con compromiso motor y/o sensorial, distal, generalmente ascendente, con o sin afección de pares craneales y en muchos casos precedida en una a tres semanas por una infección viral de vías respiratorias.

La primera descripción de la enfermedad corresponde a Landry, en 1859, quien observó la debilidad de miembros inferiores con progresión en sentido ascendente. Posteriormente, Westphal (1876) y Osler (1882) profundizaron más sobre este cuadro y fueron acuñados los conceptos de *parálisis ascendente de Landry* y *polineuritis aguda febril*. En 1916 Guillain, Barré y Strohl ampliaron su conocimiento y se introdujo el término *disociación albuminocitológica*, como parámetro diagnóstico.

En 1898, se hicieron los primeros estudios patológicos de esta enfermedad y correspondió a Mills acuñar el concepto de neuronitis para describir los cambios degenerativos de los nervios periféricos. Otros autores han aportado diferentes aspectos al conocimiento de esta afección. Finalmente, en 1964, Wiederholt le dio el nombre con el cual se conoce actualmente: *síndrome de Landry-Guillain-Barré-Strohl* en reconocimiento a lo hecho por estos autores.

A la fecha, la varicela es ya una de las enfermedades prevenibles por vacuna, lo que evita en especial las complicaciones severas de esta enfermedad. Desafortunadamente, por su costo, aún no está incluida en el esquema básico de vacunación en nuestro país y su acceso está limitado a la capacidad económica de los pacientes pediátricos que se atienden a nivel privado.

Dirección para correspondencia:

Dra. Beatriz Anzures López
Hospital General de México
Unidad de Pediatría
Dr. Balmis 148
Col. Doctores
06726 México, D.F.

