

Efecto de la sacarosa como reductor de la duración del llanto en lactantes en el momento de la vacunación
Acta Pediatr Esp 2003; 61: 234-238

Escarlatina: una enfermedad actual (revisión de 165 casos)
Acta Pediatr Esp 2003; 61: 292-295

Evaluación del programa de cribado de defecto de refracción ocular a los 6 años de edad en un centro de salud
Acta Pediatr Esp 2003; 61: 488-492

Factores de riesgo de infección por campylobacter: estudio prospectivo de casos y controles en Noruega
Factors associated with increased and decreased risk of campylobacter infection: A prospective case-control study in Norway.
Am J Epidemiol 2003; 158: 234-242

Efecto de la lactancia materna sobre la tensión arterial en edades posteriores: revisión sistemática y meta-análisis
Effect of breast feeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis
BMJ 2003; 327: 1189-92

Guía de la Asociación Americana del Corazón para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular arteriosclerótica en la infancia
American Heart Association Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning Childhood.
Circulation 2003; 107: 1562-1566

Sobrepeso y obesidad en niños checos de 6 a 14 años en 1991: efecto protector de la crianza al pecho

Overweight and obesity in 6-to-14-year-old Czech children in 1991: Protective effect of breast-feeding
J Pediatr 2002; 141: 764-9

La naturaleza del retraso ponderoestatural entre los niños de familias de bajos ingresos valorados en el marco de la clínica
The Nature of Low Anthropometry among low-income children screened in clinical settings
Nutrition Research 2000; 20: 1689-1696

Los probióticos en la práctica clínica: revisión crítica de los datos disponibles
Probiotics in clinical practice: a critical revision of the evidence
Nutrition Research 2001; 21: 343-353

Absceso retrofaríngeo en el niño: presentación clínica, utilidad de los métodos de imágenes para el diagnóstico y tratamiento actual
Pediatrics (Ed esp) 2003; 55(6): 347-52

Infección por metaneumovirus humano en EE.UU.: manifestaciones clínicas asociadas con una nueva infección respiratoria pediátrica
Pediatrics (Ed esp) 2003; 55(6): 353-6.

¿Cuál es la utilidad de la otoscopia neumática para mejorar la precisión diagnóstica?
Pediatrics (Ed esp) 2003; 55(6): 134-7.

Enfermedad celíaca y desarrollo de enfermedad mental en niños y adolescentes
Untreated celiac disease and development of mental disorders in children and adolescents
Psychosomatics 2002; 43: 331-334

Alimentos funcionales y nutrición óptima. ¿Cerca o lejos?
Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 317-331

EFFECTO DE LA SACAROSA COMO REDUCTOR DE LA DURACIÓN DEL LLANTO EN LACTANTES EN EL MOMENTO DE LA VACUNACIÓN

Soriano Faura J, Gómez Gil A.

Acta Pediatr Esp 2003; 61: 234-238

Los autores analizaron si 2 ml de sacarosa al 75%, administrados a niños de 1 a 6 meses de edad 1 minuto antes de aplicar una vacuna intramuscular, reducían el tiempo de llanto en comparación con placebo (2 ml de agua). Estudiaron 323 episodios vacunales.

Observaron que en el grupo de estudio se redujo discretamente el tiempo de duración del llanto. También que la duración del llanto fue menor a mayor edad del niño, estableciendo la hipótesis de que los métodos de distracción que utilizan las madres son más eficaces a mayor edad, dado que el niño es más receptivo a la comunicación.

Concluyeron que, las diferencias encontradas, aunque fueron estadísticamente significativas, no fueron clínicamente importantes y que por tanto no se puede recomendar el uso de sacarosa con estos fines.

ESCARLATINA: UNA ENFERMEDAD ACTUAL (REVISIÓN DE 165 CASOS)

Sevilla Ramos P, Martino Alba R, Carrasco Torres A, Alonso Cristobo M, Blanco González JE, García de Frías JE.

Acta Pediatr Esp 2003; 61: 292-295

Estudio retrospectivo de 165 casos de escarlatina diagnosticados en un Servicio de Pediatría hospitalario entre 1997 y 2000. Los criterios diagnósticos fueron: clínica compatible (faringoamigdalitis, fiebre y exantema típico) y test de detección rápida de antígeno de *S. pyogenes* o cultivo faríngeo positivos.

El 83% eran menores de 5 años y el 23% menores de 3, con un caso de 8 meses de edad. Dos pacientes fueron diagnosticados de escarlatina recurrente. Cuatro precisaron ingreso (uno de ellos por sospecha de enfermedad de Kawasaki).

Los autores señalan que la escarlatina sigue siendo una enfermedad actual y que observan un desplazamiento en su presentación hacia edades más precoces. La presencia de *S. pyogenes* en la faringe no excluye el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE DEFECTO DE REFRACCIÓN OCULAR A LOS 6 AÑOS DE EDAD EN UN CENTRO DE SALUD
González Jiménez A, Díez Domingo J, Albert Rue A, Ballester Sanz A.

Acta Pediatr Esp 2003; 61: 488-492

Los autores evaluaron el programa de cribado de defecto de refracción ocular realizado a los 6 años de edad en un Centro de Salud. Analizaron de manera retrospectiva las historias de 190 niños nacidos entre 1993 y 1995 que fueron revisados a la edad de 6 años y que además pudieron ser localizados en el año 2002 para comprobar si utilizaban diariamente lentes correctoras o no (se les preguntó si necesitaban lentes correctoras 1 a 3 años después de la revisión de los 6 años). Constaba en la historia haber realizado optotipos a los 6 años en 146 de los 190 niños.

Utilizaban lentes correctoras 14 (7%). De ellos, 6 ya las empleaban antes de la revisión de los 6 años. De los 8 restantes, en 3 no se habían realizado optotipos y en los 5 que sí se habían realizado no se detectaron alteraciones (sensibilidad 0%). Por otra parte, de los 146 niños en los que se realizaron optotipos a los 6 años, en 5 el resultado fue anormal y se derivaron al oftalmólogo, pero ninguno de los 5 acabó empleando lentes.

En la discusión señalan que los defectos visuales más graves, que son los que precisan tratamiento precoz para mejorar el pronóstico (ambliopía, estrabismo, anisometría), deben detectarse entre los 2 y 4 años, mientras que los demás defectos de refracción aparecen generalmente en edades posteriores a los 6 años. En estos últimos no hay evidencia de que el diagnóstico y tratamiento precoz, realizado antes de que el paciente note síntomas, aporte algún beneficio sobre el tratamiento aplicado cuando aparecen síntomas.

FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR *CAMPYLOBACTER*: ESTUDIO PROSPECTIVO DE CASOS Y CONTROLES EN NORUEGA
Factors associated with increased and decreased risk of campylobacter infection: A prospective case-control study in Norway.

Kapperud G, Speland G, Wahl E, et al.
Am J Epidemiol 2003; 158: 234-242

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar factores, de riesgo o de protección, para padecer gastroenteritis por *Campylobacter*.

Durante el período entre julio de 1999 a junio de 2000, seleccionaron 212 casos confirmados bacteriológicamente, residentes en las tres regiones noruegas con mayor incidencia conocida de dicha in-

fección intestinal y en las cuales habita un tercio de la población del país. Se les emparejaron 422 controles sanos, homogéneos en cuanto a variables sociodemográficas con el grupo de casos.

A todos se les envió un cuestionario estructurado por correo, contactando telefónicamente con ellos al cabo de una semana para recoger las respuestas. En los menores de 16 años la entrevista se realizó a los padres o tutores. Los entrevistadores no estaban cegados respecto a la condición caso-control. Se recabaron datos personales, demográficos, socioeconómicos y de exposiciones específicas a agua, alimentos, animales, etc. Se realizó análisis uni y multivariado con variables dicotómicas y continuas, cuantificando el número de exposiciones.

La edad media, tanto de casos como de controles, fue de 25 años con un rango de edad entre 8 meses y 80 años.

Entre los muchos factores indagados, destacan como asociados significativamente a mayor riesgo de gastroenteritis por *Campylobacter*: la manipulación y/o ingesta de carne de aves de corral comprada cruda, el consumo de carne de cerdo poco cocinada, beber aguas no tratadas o leche no pasteurizada y el contacto frecuente con animales de granja.

Se muestran como factores de protección: la ingesta de frutas y otros vegetales crudos, de pescado o de cordero. Nadar en lagos, mar o piscina también parece ser un factor de protección.

Los propios autores recomiendan cautela en la interpretación de los resultados aduciendo posibles sesgos de recuerdo y de no cegamiento de los entrevistadores.

EFFECTO DE LA LACTANCIA MATERNA
SOBRE LA TENSIÓN ARTERIAL EN EDADES
POSTERIORES: REVISIÓN SISTEMÁTICA
Y META-ANÁLISIS

*Effect of breast feeding in infancy
on blood pressure in later life: systematic
review and meta-analysis*

**Owen CG, Whincup PH, Gilg JA,
Cook DG.**

BMJ 2003; 327: 1189-92

En diversos estudios se ha sugerido que la alimentación del lactante con fórmula incrementaría la tensión arterial (TA) en el niño mayor. Las hipótesis incluyen el mayor contenido de sodio de las fórmulas en la década de los 80, y la ausencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga en las fórmulas, que tienen un papel importante en la génesis de la hipertensión.

Los autores hacen una revisión sistemática de la literatura y encuentran que hay una tendencia al sesgo de publica-

ción, ya que los estudios con un tamaño muestral pequeño son más propensos a encontrar resultados a favor de la lactancia materna (LM), mientras que los estudios mayores sugieren que la LM tiene, como mucho, un efecto pequeño sobre la TA media del niño cuyo significado clínico y de salud pública es limitado. No hay asociación del tipo de alimentación con la TA diastólica, y en caso de obviar el sesgo de publicación, la reducción de la TA media sería de 1,1 mmHg.

En un ensayo clínico en niños pretérmino, donde se aleatorizó el tipo de alimentación, no encuentran diferencias en la TA a los 8 años, los otros estudios son observacionales y pueden incluir factores de confusión como la clase social, la tendencia individual a la obesidad, y tipo de dieta tras la LM, que pueden influir la TA al final de la niñez.

Nota del redactor: Este tipo de revisiones sistemáticas son fundamentales para resumir todos los estudios que se publican sobre una materia, de forma que permita un análisis de posibles sesgos, de heterogeneidad y permita estimar factores de confusión. De la presente revisión se puede concluir que no hay datos para sugerir un efecto clínicamente beneficioso de la LM sobre la TA.

GUÍA DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIOSCLERÓTICA EN LA INFANCIA

American Heart Association Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning Childhood.

Kavey RW, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, Taubert K.
Circulation 2003; 107: 1562-1566

La Asociación Americana del Corazón presenta en este artículo una guía para la prevención de la enfermedad arteriosclerótica cardiovascular dirigida a la edad pediátrica.

Está dividida en tres partes:

En la primera parte el objetivo es la prevención primaria general en la edad infantil. Incluye la promoción de hábitos dietéticos saludables (para conseguir un peso corporal, un perfil lipídico y una tensión arterial adecuados), actividad física regular, y prevención del tabaquismo activo y pasivo.

La segunda parte de la guía tiene por objetivo identificar a los niños y adolescentes con riesgo elevado de enfermedad cardiovascular. Valoran la historia familiar en primer grado de obesidad, hipertensión, dislipemia, diabetes, consumo de tabaco y enfermedad cardiovas-

cular precoz. Historia personal de peso corporal y tensión arterial, hábitos dietéticos y de actividad física. Recomiendan realizar estudio del perfil lipídico en mayores de 2 años con historia familiar de dislipemia o enfermedad prematura cardiovascular.

La última parte de la guía se centra en cómo intervenir en los niños y adolescentes con un riesgo elevado cardiovascular con el propósito de disminuirlo. Respecto al colesterol, el objetivo es conseguir mantener un LDL-C menor de 160mg/dl (menos de 130mg/dl, mejor) y en diabéticos menos de 100mg/dl, modificando la dieta y actividad física. Recomiendan considerar tratamiento farmacológico si LDL-C mayor de 190mg/dl, o mayor de 160mg/dl con otros factores de riesgo. El objetivo con otros lípidos es mantener los triglicéridos menor de 150mg/dl y HDL-C menor de 35mg/dl. Generalmente están alterados en el contexto del sobrepeso con resistencia a la insulina, debe controlarse el peso y disminuir la ingesta de azúcares simples. Descartar diabetes, enfermedad tiroidea, renal y abuso del alcohol. Solo se recomienda tratamiento farmacológico si los triglicéridos son mayores de 400mg/dl por el riesgo de pancreatitis.

La tensión arterial debe mantenerse por debajo del percentil 95 para su edad,

talla y peso. Para ello recomiendan controlar el peso, reducir el sodio de la dieta, descartar causas de hipertensión secundaria y plantearse tratamiento farmacológico si existe alteración de los órganos diana: hipertrofia ventricular, microalbuminuria, anomalías vasculares renales. Manejo del sobrepeso con la colaboración de dietistas. Tratamiento de la diabetes para conseguir una glucosa en plasma menor de 120mg/dl y HgA1c menor de 7%. Conseguir que el paciente y/o los padres si son fumadores dejen de hacerlo.

SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS CHECOS DE 6 A 14 AÑOS EN 1991: EFECTO PROTECTOR DE LA CRIANZA AL PECHO
Overweight and obesity

in 6-to-14-year-old Czech children in 1991: Protective effect of breast-feeding

Toschke AM, Vignerova J, Lhotska L, Osankova K, Koletzko B, Von Kriest R.
J Pediatr 2002; 141: 764-9

Con las premisas de que la obesidad es el problema nutricional más común en los países industrializados, que la obesidad infantil está relacionada con la obesidad del adulto y con el desarrollo precoz de enfermedad cardiovascular y que las intervenciones terapéuticas son caras y con resultados poco satisfactorios. Considerando la crianza al pecho

una intervención barata, se realiza el estudio en una sociedad socialista con unas condiciones sociales muy homogéneas (niños nacidos en Checoslovaquia en las décadas 70 y 80) se trata de valorar el posible efecto preventivo de la lactancia materna. Los datos son extraídos del "5º estudio antropométrico nacional en niños y adolescentes" de la zona checa de la antigua Checoslovaquia, realizado el año 91 y que recoge numerosos datos socio-demográficos y otros factores de riesgo para la obesidad infantil.

El estudio está apoyado y sufragado por el Ministerio de Salud de la República Checa.

Consiste en un cuestionario a los padres, y un examen antropométrico a los niños realizado por los profesores de educación física, instruidos y con el mismo modelo de escala, en una muestra representativa de escuelas seleccionadas de forma aleatoria a lo largo del país teniendo en cuenta la densidad de población. Se recogieron 33.768 cuestionarios (97,7%) de los cuales se desecharon 716 por datos incompletos. Los datos se analizan siguiendo múltiples análisis de regresión logística.

El sobrepeso y la obesidad son definidos como un IMC >90 percentil y >97 percentil respectivamente.

Se valoran diversos factores de confusión: nivel educativo de los padres, IMC de los padres, hábito tabáquico materno, peso elevado al nacer (>4 kg), tiempo de TV diario, hijo único o hermanos, actividad física y consumo de fruta, presentándose los datos de cada categoría de manera dicotómica.

En resumen, los resultados son los siguientes: entre los niños no criados al pecho la prevalencia de sobrepeso fue del 12,4% y de obesidad del 4,4%, mientras que en los niños alimentados al pecho total o parcialmente, las cifras fueron respectivamente del 9,3% y del 3,2% sin observarse variaciones significativas según la duración de la lactancia materna.

Se discute, en los niños amamantados, la variabilidad de ingesta, la menor concentración de proteínas, la menor densidad energética de la leche humana, la mejor autorregulación de la ingesta, la presencia de factores bioactivos que modulan los factores de crecimiento epitelial y de necrosis tumoral de los cuales se sabe que inhiben la diferenciación de los adipocitos in vitro. En los niños criados con fórmula se han documentado niveles mayores de insulina que potencialmente favorece un mayor depósito de grasa y una proliferación temprana de adipocitos, que parecen

relacionados con una mayor ingesta de proteínas pero no de calorías, grasas o hidratos de carbono.

Parece que los efectos beneficiosos de la lactancia materna se mantienen en el tiempo.

LA NATURALEZA DEL RETRASO PONDOESTADURAL ENTRE LOS NIÑOS DE FAMILIAS DE BAJOS INGRESOS VALORADOS EN EL MARCO DE LA CLÍNICA
The Nature of Low Anthropometry among low-income children screened in clinical settings

Sherry B, Miller D, Wilcox W, Nieburg P, Hughes M, Yip R

Nutrition Research 2000; 20: 1689-1696

Como método de cribaje y con el objetivo de monitorizar la salud pública, los valores bajos de peso y altura son usados habitualmente como signo de malnutrición en la infancia. En los países en desarrollo estos valores son prevalentes, debido a insuficiente ingesta calórica, enfermedades infecciosas o a ambas circunstancias a la vez. En los EEUU donde dichas circunstancias son raras incluso entre poblaciones socialmente desfavorecidas, las razones subyacentes en los niños con retraso ponderoestatural no están claras. En este estudio descriptivo llevado a cabo en el área de la ciudad de Atlanta (Georgia) se estudian la prevalencia de

este hecho y las características de los niños que lo presentan.

Los resultados son fácilmente aplicables a nuestro país en el momento actual.

Se valoran por separado dos series de pacientes, externos e ingresados en un hospital urbano y su área de referencia. Los sujetos son sobre todo niños afroamericanos de bajos ingresos de edades entre 3 meses a 10 años. Se define como retraso los valores de 2 desviaciones típicas por debajo de la media en las tablas de referencia de talla para edad y peso para talla.

Se encuentra una talla baja para la edad en el 3,7% de los pacientes ingresados y de 4,1% para los externos. El peso bajo para la talla es de 2,1% y 1,3% respectivamente. Aproximadamente el 85% de los internos y el 55% de los externos habían tenido bajo peso al nacimiento y/o padecían alguna enfermedad crónica. Aunque la prevalencia del retraso ponderoestatural en estos niños de bajos ingresos está próxima a la esperada según las tablas (2,3%), la mayoría de ellos presentaban algún antecedente médico que explicaba esa condición.

Se consideran como posibles causas de los valores antropométricos bajos: la malnutrición primaria debida a falta de alimentos, la malnutrición secundaria debida a enfermedades que condicio-

nan una escasa ingesta, absorción o utilización de la energía y/o nutrientes y las variantes de la normalidad que en las tablas estarían bajo el punto de corte de las 2 desviaciones estándar.

Como dato positivo está el hecho de que globalmente considerada esta población de bajos ingresos, no presenta diferencias antropométricas con la población general de los EEUU. Pero el que muchos de ellos presenten problemas explica los hallazgos: indica que la mayoría de los niños muy bajos o delgados no son variantes de la normalidad y serían mayoritariamente casos de malnutrición secundaria. Los datos también confirman que el peso bajo al nacer es un fuerte predictor de retraso ponderal durante la infancia.

Concluyen que los clínicos que evalúan a niños bajos y delgados, deben asumir razonablemente, que hay o ha habido alguna razón médica que lo explique, mientras no se demuestre lo contrario.

LOS PROBIÓTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:
REVISIÓN CRÍTICA DE LOS DATOS DISPONIBLES
*Probiotics in clinical practice: a critical re-
vision of the evidence*

McNaught CE, MacFie J

Nutrition Research 2001; 21: 343-353

Durante la pasada década se ha generado un considerable debate sobre la in-

teracción de la microflora gastrointestinal con el huésped humano, y se ha intentado manipular la misma con organismos probióticos en numerosas situaciones clínicas con la esperanza de conseguir efectos beneficiosos para el huésped. Se revisan los datos de ensayos con probióticos en humanos en varias áreas: enfermedades diarreicas, enfermedad intestinal inflamatoria, profilaxis quirúrgica y modulación de los lípidos séricos.

El mecanismo de acción de los probióticos en el intestino es controvertido, pero se acepta que sus cualidades son la adherencia y colonización del intestino, compitiendo con los microorganismos patógenos, la competición por nutrientes con los mismos, la producción de sustancias antimicrobianas (bacteriocinas) y la estimulación de la inmunidad mucosa y humoral del huésped por interacción con el tejido linfóide del intestino.

Sobre su papel en la práctica clínica tras la revisión de varios ensayos clínicos en humanos se concluye:

- Diarrea aguda del niño pequeño: hay buena evidencia para usar *Lactobacillus GG* en el tratamiento de la diarrea en lactantes (la mayoría producidas por Rotavirus). Queda por demostrar su utilidad como profilaxis.

- Diarrea del viajero (mayoritariamente bacteriana): no se han demostrado beneficios.
- Diarrea asociada al uso de antibióticos: los alentadores resultados con el uso de *Lactobacillus GG* por ahora no justifican su uso como tratamiento de rutina.
- Enfermedad inflamatoria crónica del intestino: la investigación aún está en sus primeras fases y es difícil sacar conclusiones, pero la evidencia actual sugiere que los probióticos pueden jugar un papel en el tratamiento de estos procesos.
- Probióticos y modulación de los lípidos séricos: en la actualidad no hay evidencia que sustente su uso para modificar los lípidos y prevenir la arterosclerosis.
- Probióticos en la prevención de complicaciones sépticas en cirugía digestiva programada y en cuidados intensivos: los hallazgos sugieren que los probióticos pueden modular la función barrera de la pared intestinal cuando es deficiente (enfermos críticos), pero no cuando está abierta como en la cirugía.

ABSCESO RETROFARÍNGEO EN EL NIÑO:
PRESENTACIÓN CLÍNICA, UTILIDAD
DE LOS MÉTODOS DE IMÁGENES PARA
EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUAL

Craig FW, Schunk JE.

Pediatrics (Ed esp) 2003; 55(6): 347-52

El absceso retrofaríngeo (ARF) es una infección de los espacios profundos del cuello, potencialmente grave. Excluidos los de origen postraumático la presentación es a veces sutil, similar a una epiglotitis, con fiebre, estridor, sialorrea y a veces meningismo. Se ha calificado como "la epiglotitis del nuevo milenio" pero con ausencia de toxicidad clínica. Se trata de una revisión retrospectiva en un hospital terciario de los casos de ARF. Sobre un total de 64 casos, con una mediana de edad de 36 meses, el 75% eran menores de 5 años (esto se ha puesto en relación con que a partir de esta edad los ganglios linfáticos regionales sufren cierta atrofia). Los síntomas más frecuentes fueron dolor en el cuello (38%), fiebre (17%), odinofagia (17%) y presencia de una masa en el cuello (16%). En el 45% estaba limitada la extensión del cuello. Se obtuvieron cultivos intraoperatorios en 20 casos, y de éstos, en 13 se obtuvo *Streptococcus* del grupo A. El 58% de los pacientes fueron tratados exclusivamente con antibióticos aunque el tratamiento tradicional ha sido el drenaje qui-

rúrgico de la colección purulenta por vía intraoral. La intervención quirúrgica se relacionó con los hallazgos de la tomografía computarizada ($p < 0,001$) que lo diferencia de la celulitis o flemón retrofaringeo. No hubo fallos de tratamiento entre los tratados solo con antibióticos o antibióticos y cirugía.

INFECCIÓN POR METANEUMOVIRUS HUMANO EN EE.UU.: MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS CON UNA NUEVA INFECCIÓN RESPIRATORIA PEDIÁTRICA

Esper F, Boucher D, Weibel C, Martinello R, Kahn JS.

Pediatrics (Ed esp) 2003; 55(6): 353-6

Las infecciones del aparato respiratorio son una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La OMS las sitúa en segundo lugar como causa de muerte en niños menores de 5 años. Se desconoce la etiología de casi la mitad de las neumonías adquiridas en la comunidad. En la población pediátrica, el virus respiratorio sincitial (VRS) y los virus gripales y parainfluenza son responsables de la mayoría de los casos de bronquiolitis y neumonía. Recientemente investigadores holandeses informaron de un nuevo virus respiratorio, el metaneumovirus humano (MNVH), posteriormente se ha detectado en Australia, Canadá y Reino Unido, lo que su-

giere una distribución a escala mundial. En este estudio prospectivo recogido desde octubre de 2001 a febrero de 2002, se proponen averiguar si el MNVH existe en nuestro medio y determinar las características clínicas asociadas. Se tomaron muestras respiratorias de 296 niños menores de 5 años con resultados negativos para el VRS, gripe A y B, virus parainfluenza 1-3 y adenovirus por anticuerpos fluorescentes directos y se investigó la presencia de MNVH que se evidenció en el 6,4% de los casos. Las manifestaciones clínicas consistieron en sibilancias, hipoxia y signos anormales en la radiografía de tórax. La bronquiolitis fue el diagnóstico más común en niños infectados por MNVH. En EE.UU. se hospitalizan cada año por bronquiolitis 150.000 lactantes y niños menores de 5 años, cifras que van en aumento en las últimas dos décadas. Es necesaria una vigilancia activa para determinar el espectro global de la enfermedad.

¿CUÁL ES LA UTILIDAD DE LA OTOSCOPIA NEUMÁTICA PARA MEJORAR LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA?

Jones W S, Kaleida PH.

Pediatrics (Ed esp) 2003; 55(6): 134-7

A pesar de que se considera que la otoscopia neumática es la forma ópti-

ma de valorar la presencia o ausencia de un derrame en el oído medio, muchos profesionales no la ponen en práctica. Este estudio persigue averiguar el grado de exactitud otoscópica de un grupo de clínicos (34 residentes de pediatría y 6 pediatras) tras el visionado de 50 vídeograbaciones de exploraciones otoscópicas de tímpano, validadas previamente para fines didácticos. Cada tímpano se contempla en una presentación estática y luego en otra neumática (móvil) contestando "sí" o "no", en cada caso, si existía o no derrame. Comparando la exactitud en ambas pruebas, la mejoría absoluta media en la exactitud, al comparar la prueba estática (61%) con la neumática (76%) fue de 15% (IC 95%,12-18). La mejoría relativa media fue del 26% (IC95%,19-32). La mejoría relativa media en sensibilidad y especificidad al pasar de la visión estática a la neumática fue del 24% (IC del 95%,15-33) y del 42% (IC del 95%,27-58) respectivamente. Estos hallazgos pueden tener importantes implicaciones, ya que el empleo sistemático de la otoscopia neumática en niños con otitis medias mejoraría la utilización apropiada de antibióticos.

ENFERMEDAD CELÍACA Y DESARROLLO DE ENFERMEDAD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Untreated celiac disease and development of mental disorders in children and adolescents

Pynnönen PA, Isometsä ET, Verkasalo MA, Savilahti E and Aalberg V.

Psychosomatics 2002; 43: 331-334

Es de todos conocido que la enfermedad celíaca se presenta, cada vez más, de forma "no clásica", así como que existen formas silentes y latentes.

En el presente trabajo se comentan 2 casos en los que fueron las alteraciones mentales las que precedieron al diagnóstico de esta enfermedad, cuyo control se acompañó de la curación de aquéllas.

El primer caso es el de una niña que a los 12 años comenzó con problemas de comportamiento y trastornos de la esfera alimentaria. Con 13 años cumplía criterios de depresión mayor, se había deteriorado su adaptación y rendimiento escolar, su autoestima, y salvo en el peso, que sólo era un 12% menor de lo esperado, cumplía criterios de anorexia nerviosa. En la valoración psiquiátrica puntuaba de forma claramente patológica en varios tests. Se le realizaron análisis de laboratorio que objetivaron una hemoglobina límite y elevación de anticuerpos anti gliadina (AGA). La biopsia

objetivó atrofia vellositaria a los 13,5 años, instaurándose la dieta exenta de gluten. Con ésta y sin tratamiento específico psiquiátrico, comenzó a mejorar subjetiva y objetivamente, manteniendo la remisión durante al menos 2 años de seguimiento. Curiosamente, cuando tenía 7 años se le había realizado otra biopsia por el hallazgo, durante la investigación de una artritis leve, de unos AGA elevados. La biopsia fue entonces normal. Se trataba pues, de una celíaca latente.

El 2º caso es el de un varón, cuyo profesor, cuando tenía 3 años, aconsejó estudiar para descartar trastorno del desarrollo generalizado dentro de la esfera del autismo. Los padres no le hicieron caso y según comentarios ulteriores del propio paciente, su vida escolar fue deprimente, con grandes dificultades de concentración y aprendizaje, y un total rechazo de sus padres. Su crecimiento somático cursó claramente por encima del percentil 50 tanto en peso como en talla. No presentó problemas digestivos. Cuando tenía 14,5 años, dado que ambos padres habían sido diagnosticados de enfermedad celíaca, le realizaron analítica con elevación de AGA pero la biopsia fue normal. Un año después, por insistir la madre debido al llamativo cansancio del muchacho, se repitió la biop-

sia, siendo entonces patológica. El estudio psiquiátrico retrospectivo diagnosticó: trastorno distímico entre 7 y 16 años. A los 13 cumplía criterios de trastorno obsesivo compulsivo. Seis meses previos al diagnóstico de celiaquía, cumplía criterios de episodio de depresión mayor severo. Tenía alteraciones del sueño, anhedonia, mínima autoestima, etc.

En los primeros meses de seguir dieta exenta de gluten toda su patología psiquiátrica comenzó a mejorar, sin tratamiento específico. A los 17 años no cumplía criterios de enfermedad psíquica alguna y su autoestima y relación social habían mejorado suficientemente. En la descripción de este caso, los autores reflejan que los estudios psiquiátricos son retrospectivos al diagnóstico de enfermedad celíaca. Esto sin duda pudo sesgar las puntuaciones de las escalas utilizadas.

En ambos casos destaca la dificultad del diagnóstico, ya que se precisaron 2 biopsias, siendo las primeras normales.

Se aduce una alteración del sistema serotoninérgico, producida por la mala absorción de ciertos nutrientes como el triptófano, como mecanismo fisiopatológico.

Nota del revisor: También se puede aprender algo de los estudios de casos únicos.

ALIMENTOS FUNCIONALES Y NUTRICIÓN
ÓPTIMA. ¿CERCA O LEJOS?

Silveira Rodríguez MB, Monereo Mejías S, Molina Baena B

Rev Esp Salud Pública 2003; 77:
317-331

Se denominan alimentos funcionales a alimentos de consumo habitual en la dieta que contienen un componente, nutriente o no, con actividad selectiva relacionada con una o varias funciones del organismo, con un efecto fisiológico añadido por encima de su valor nutricional y cuyas acciones positivas justifican que pueda reivindicarse su carácter funcional (fisiológico) o incluso saludable. Un alimento funcional debe ser capaz de promover una o más funciones fisiológicas o bien reducir el riesgo de alguna enfermedad. Según esta definición, actualmente se consideran funcionales el aceite de oliva virgen, el pescado azul, los frutos secos, los cítricos, las legumbres (en especial la soja) y otros. Sin embargo, los límites entre alimentos normales, alimentos funcionales y alimentos o sustancias nutritivas que se destinan de forma específica a prevenir o tratar una enfermedad (estos últimos se pueden denominar "nutracéuticos"), son imprecisos.

Los componentes beneficiosos de los alimentos funcionales pueden ser muy diversos:

1. Probióticos: Son microorganismos vivos que forman parte natural de algunos alimentos, esencialmente de la leche fermentada. Ejercen efectos potencialmente beneficiosos sobre la digestión y sobre la inmunidad local intestinal. El *Lactobacillus casei* puede acortar la diarrea por rotavirus en el lactante.

2. Prebióticos: Son el sustrato trófico de los probióticos, habitualmente oligosacáridos no digeribles por el hombre. Algunos alimentos son ricos en prebióticos, como el trigo, cebolla o plátanos.

3. Simbióticos: Combinación de pro y prebióticos.

4. Fibra: La fibra es hidratos de carbono no digeribles por el hombre. Puede ser soluble, abundante de forma natural en frutas, verduras y tubérculos, o insoluble, como la contenida en la cascarilla de los cereales. Ejerce efectos beneficiosos sobre la digestión, y quizá, de forma indirecta, sobre procesos no digestivos (por ejemplo, el propionato, que es un catabolito de la digestión bacteriana colónica de la fibra soluble, tiene acción inhibidora de la síntesis endógena de colesterol).

5. Ácidos grasos monoinsaturados (MUFA): El efecto cardioprotector de la dieta mediterránea se atribuye, entre otros, al elevado consumo de aceite de oliva. El aceite de oliva es rico en ácido

oleico (MUFA) y también contiene otros componentes posiblemente beneficiosos (especialmente el aceite de oliva virgen).

6. Ácidos grasos poliinsaturados (PUFA) tipo omega 3 (ácido docosahexaenoico (DHA) y su precursor, el ácido linolénico). Al igual que pasa con el aceite de oliva, el consumo de pescado azul probablemente reduce el riesgo aterogénico, lo que se atribuye a su elevado contenido en omega 3.

7. Fitoesteroles: Son moléculas esteroideas similares al colesterol animal, pero procedentes de vegetales. Se absorben muy poco. Son abundantes en las semillas de leguminosas. Sus potenciales beneficios se basan en que compiten con la absorción digestiva de colesterol, pero su inconveniente es que también pueden dificultar la absorción de otras grasas, como los beta-carotenos.

8. Fitoestrógenos: Son moléculas similares a los estrógenos animales, pero proceden de vegetales. Tienen efecto agonista parcial sobre los receptores de estrógenos, por lo que podrían ser beneficiosos para algunos grupos de personas (esencialmente mujeres post-menopausicas). La mayor fuente natural son las isoflavonas de las legumbres, en especial de la soja.

9. Otros fitonutrientes: Además de fitoesteroles y fitoestrógenos, se conocen decenas de productos químicos vegetales (fitoquímicos) potencialmente beneficiosos, como múltiples derivados fenólicos (flavonoides, triterpenos, organosulfurados, resveratrol, etc), tioalilos, licopenos, etc., además de otros sobradamente conocidos, como los beta-carotenos o el ácido fólico.

La eficacia de muchos de estos alimentos no está aún bien documentada. Se necesitan estudios que evalúen su efecto, su interacción con otros alimentos, con otras sustancias medioambientales, con procesos industriales o de preparación culinaria, su repercusión según situaciones fisiológicas o patológicas, según hábitos de vida y según la dotación genética de las personas que los toman. En cualquier caso, el consumo de alimentos funcionales no debe ser tan elevado que desplace al de otros alimentos, lo que ocasionaría desequilibrios nutricionales.

Nota del revisor: En esta revisión, por otra parte excelente, no queda bien aclarada la diferencia entre "alimento de diseño" y alimento funcional (que en sentido estricto es un alimento natural). El verdadero problema es que, por ejemplo, nos están bombardeando con propaganda de alimentos variopintos enriquecidos

en omega 3, pero ¿es igual comer eso que pescado azul? ¿Qué será mejor para un estreñido, comer legumbre, fruta y verdura fresca o suplementar con fibra alimentos insospechados? En España ya

teníamos nuestra "dieta mediterránea", mundialmente reconocida como saludable y que en parte estamos perdiendo (especialmente alimentos muy baratos y saludables, como las legumbres).

