

Revistas

Síntomas de presentación de los tumores cerebrales en el niño

The presenting features of brain tumors: a review of 200 cases
Wilne SH, Ferris RC, Nathwani A, Kennedy CR.
Arch Dis Child. 2006;91:502-6.

Eficacia de la cinta aislante respecto a placebo en el tratamiento de la verruga vulgar en escolares de primaria

Efficacy of duct tape vs placebo in the treatment of verruca vulgaris (warts) in primary school children
De Haen M, Spigt MG, Van Uden CJ, Van Neer P, Feron FJ, Knottnerus A.
Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:1121-5.

Salud física y emocional de las madres de niños con dolor abdominal funcional

Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain
Campo JV, Bridg J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, Di Lorenzo C, et al.
Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161:131-7.

La tos persistente sugiere tos ferina

Whooping cough in school age children with persistent cough: prospective cohort study in primary care
Harnden A, Grant C, Harrison T.
BMJ. 2006;333:174-7.

Cribado para el síndrome de QT largo

Effectiveness of neonatal ECG screening for the long QT syndrome
Quaglini S, Ragnoni C, Spazzolini C.
Eur Heart J. 2006;27:1824-32.

Uso de la vacuna antineumococo conjugada en la Unión Europea

Use of 7-valent pneumococcal conjugate vaccine in EU
Lopalco PL.
Euro Surveill. 2006;11(12):E061207.3.

Síndrome metabólico en niñas preadolescentes

Definition of metabolic syndrome in preadolescent girls
Chi CH, Wang Y, Wilson DM, et al.
J Pediatr. 2006;148:788-92.

La hipersensibilidad inducida por picaduras de insecto y los principios "SCRATCH": nuevo abordaje de la urticaria papulosa

Insect bite-induced hypersensitivity and the SCRATCH principles: a new approach to papular urticaria
Hernández RG, Cohen BA.
Pediatrics. 2006;118:189-96.

Libros

Víctimas y matones

Paulino Castells.
Madrid: Ceac; 2007.

Revistas

Síntomas de presentación de los tumores cerebrales en el niño

The presenting features of brain tumors: a review of 200 cases

Wilne SH, Ferris RC, Nathwani A, Kennedy CR.

Arch Dis Child. 2006;91:502-6.

Se determinaron las características de presentación de los tumores cerebrales de 200 niños diagnosticados entre 1988 y 2001 mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas en los servicios de neurocirugía y pediatría del Wessex Neurology Centre y del Southampton General Hospital del Reino Unido. La edad media de presentación fue de 7,4 años (rango: 15 semanas a 17 años). La proporción entre el sexo masculino y femenino fue de 4/3. Los primeros síntomas por orden de frecuencia fueron: cefalea (41%), vómitos (12%), ataxia (11%), trastornos visuales (10%), problemas educacionales o conductuales (10%) y convulsiones (9%). Las cefaleas fueron nocturnas o matutinas en el 61% de los casos y tuvieron carácter continuo en el 18%. De los 38 niños con problemas escolares, 12 presentaban dificultades para la lectura o la escritura, problemas de memoria y concen-

tración y faltas de asistencia. Hubo trastornos visuales en el 38% de los pacientes (diplopia y visión borrosa). El 15% (30 niños) presentó convulsiones, 19 de ellos de carácter focal. El 88% presentó uno o más signos anormales en el momento de la presentación: edema de papila (38%), anomalías de los pares craneales (49%), signos cerebelosos (48%), signos de vías largas (27%) y alteraciones de la conciencia (12%). En los 42 niños menores de 3 años las cefaleas y las convulsiones fueron menos frecuentes que en los pacientes de más edad; en cambio, fueron más frecuentes los cambios conductuales, como la somnolencia.

La duración media de los síntomas antes del diagnóstico fue de 2,5 meses (rango entre 1 día y 120 meses). Los tumores de alto grado se diagnosticaron más rápidamente después del comienzo de los síntomas, en comparación con los tumores de bajo grado, y los tumores infratentoriales se diagnosticaron antes que los supratentoriales.

Eficacia de la cinta aislante respecto a placebo en el tratamiento de la verruga vulgar en escolares de primaria

Efficacy of duct tape vs placebo in the treatment of verruca vulgaris (warts) in primary school children

De Haen M, Spigt MG, Van Uden CJ, Van Neer P, Feron FJ, Knottnerus A. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:1121-5.

Desarrollando el tema iniciado por Focht *et al*¹, que comentábamos en esta misma sección hace unos años², los autores holandeses de este artículo perfeccionan la metodología de aquel estudio y realizan un ensayo clínico multicéntrico, doble ciego, con 103 escolares con verrugas vulgares. El objetivo es valorar la eficacia de la oclusión con cinta aislante respecto al placebo para su tratamiento.

Como placebo emplearon un material adherente en forma de anillo de similares características al suministrado en forma de tiras para el grupo experimental.

Constituyen dos grupos, de 51 y 52 niños, experimental y control, homogéneos en cuanto al tamaño de la principal verruga y número de verrugas. Sólo se recomendaba el tratamiento de la mayor. El seguimiento por observador ciego respecto a la condición del tratamiento se realizó durante seis semanas. Pasado este período, sólo el 16% del grupo de tratamiento, respecto a un 6% del de control, había disfrutado de la desaparición de la verruga principal (la diferencia no es estadísticamente significativa). En cuanto al diámetro, se había reducido en un 27%, respecto al 9% en el grupo placebo (diferencia significativa). El efecto sobre el resto de verrugas satélites no es significativo. Un 15% de los niños del grupo experimental sufrió molestias como eritema y eczema local.

El prometedor efecto de la oclusión con cinta aislante de la verruga vulgar observado por Focht *et al* es echado por tierra en el presente ensayo clínico, aunque los autores plantean la posibilidad de un mejor resultado con un mayor seguimiento y con cintas de mayor adherencia. Para ello serían necesarios nuevos ensayos de calidad.

¹ Focht DR, Spicer C, Fairchok MP. The efficacy of duct tape vs cryotherapy in the treatment of verruca vulgaris (the common wart). *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156:971-4.

² Eficacia de la cinta adhesiva respecto a la crioterapia en el tratamiento de las verrugas. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;5:168-9.

Salud física y emocional de las madres de niños con dolor abdominal funcional

Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain

Campo JV, Bridg J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, Di Lorenzo C, et al.

Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161:131-7.

Estudio caso-control en el que se evaluó 59 casos de niños con dolor abdominal recurrente funcional (DARF) contra 76 controles sin este problema. El objetivo es tratar de esclarecer si las madres de niños de 8 a 15 años con DARF sufren más ansiedad, depresión y síntomas somáticos, como el síndrome del intestino irritable, migrañas, síndrome de fatiga crónica y fibromialgia, que las de niños que no lo padecen. La evaluación se hace mediante cuestionarios y entrevistas anónimas.

En un análisis univariante, las madres de hijos con DARF tuvieron mayor probabilidad que las controles de padecer o haber padecido síndrome del colon irritable, migraña, ansiedad, depresión y enfermedades psicosomáticas y de que los síntomas actuales empeoraran su calidad de vida y les hicieran usar con una frecuencia notablemente mayor las consultas del médico y las urgencias,

pero, curiosamente, no los servicios de salud mental. El análisis multivariante de regresión logística encontró una clara asociación entre el DARF en la infancia y la historia de depresión o ansiedad en la madre, lo que lleva a la conclusión de que el DARF debe ser redefinido y considerado más un trastorno emocional primario que una enfermedad propiamente del aparato digestivo que, de forma secundaria, produciría una alteración emocional debido al estrés o a la mala adaptación al síntoma y que en el DARF los factores emocionales son intrínsecos al problema, que éste predice alteraciones emocionales ulteriores y que la ansiedad suele preceder al comienzo del DARF en la mayoría de los niños. Varios estudios en adultos con DARF sugieren una marcada carga familiar de tendencia a trastornos de ansiedad, depresión y síntomas somáticos frente al estrés más que al DARF aislado.

Desenmarañar la naturaleza de las relaciones entre el DARF, la ansiedad y la depresión requiere más estudios desde diferentes puntos de vista con estudios que incluyan la valoración de la respuesta a diferentes tratamientos. El hecho de que a pesar de la fuerte asociación de niños con DARF y madres con trastornos psiquiátricos que no usen

más los servicios de salud mental que los controles sugiere que quizás tengan dificultad en reconocer el estrés emocional, que crean que los profesionales de la salud mental no sean de gran ayuda o que teman el estigma de la enfermedad mental. Los pediatras deben estar atentos a reconocer estos trastornos emocionales en las madres de niños con DARF.

La tos persistente sugiere tos ferina

Whooping cough in school age children with persistent cough: prospective cohort study in primary care

Harnden A, Grant C, Harrison T.
BMJ. 2006;333:174-7.

Se valoró la prevalencia de tos ferina reciente en 179 niños entre 5 y 16 años con tos de más de 14 días de evolución en las consultas de Atención Primaria en Inglaterra entre octubre de 2001 y marzo de 2005. Se midieron los valores de IgG anti-toxina de *Bordetella pertussis*. De los 172 que autorizaron la toma de muestra, el 37,5% (64 niños) se diagnosticó de tos ferina reciente y con respecto a los que no tenían tos ferina presentaron con más frecuencia: quejido inspiratorio (gallo), vómitos y tos productiva y menor probabilidad de presentar sibilancias. No hubo diferencias de se-

xo o edad respecto a los que no presentaban tos ferina. La duración total de la tos fue significativamente mayor en los niños con tos ferina; dos meses después del comienzo de los síntomas todavía tosía el 85% de los niños con tos ferina. No hubo diferencia en cuanto al número de días lectivos perdidos por los niños o laborales por los padres.

La tos prolongada, como se demuestra, a menudo puede ser causada por tos ferina. En Atención Primaria se olvida en el diagnóstico diferencial de la tos prolongada, estén o no vacunados. Aunque su tratamiento antibiótico no reduzca la intensidad o duración de la enfermedad, se impide la diseminación de la infección.

Cribado para el síndrome de QT largo

Effectiveness of neonatal ECG screening for the long QT syndrome

Quaglini S, Ragnoni C, Spazzolini C.
Eur Heart J. 2006;27:1824-32.

Investigadores de la Universidad de Pavía (Italia) analizaron el coste-eficacia del electrocardiograma (ECG) como elemento de cribado del síndrome de QT largo (SQTL) en el primer mes de vida. Basándose en sus propios datos sobre 45.000 niños estimaron que la prevalencia del SQTL era aproximadamente de 1:2.500. Como alternativa a un en-

sayo clínico aleatorio (que podría no ser ético) se elaboró un complejo árbol de decisiones. Los parámetros utilizados fueron los años de vida salvados, el número de fallecimientos evitados antes de los 40 años de edad y los costes en euros asumidos. La supervivencia esperada de los pacientes con SQTL aumentó en 7,6 años y el coste por año de vida salvado fue de 11.740 euros. Dicho de otro modo, el coste de salvar una vida de 70 años sería de unos 820.000 euros. Sin el cribado, la mortalidad precoz por el SQTL es del 13,5%; con el cribado disminuiría al 3,2%. Dada la prevalencia del SQTL de 1:2.500, habría unos 220 lactantes afectados en una población de 550.000 recién nacidos y 30 de ellos (13,5%) fallecerían tempranamente. El cribado reduciría el número de fallecimientos a 7 (3,2%), con un ahorro de 23 vidas por cada 550.000 recién nacidos.

Como análisis secundario, los autores valoraron el impacto de la identificación precoz de otras dos cardiopatías congénitas potencialmente mortales: el origen anómalo de la arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar y la coartación aórtica. Este análisis agregó otras cuatro vidas salvadas a las 23 conseguidas por el cribado del SQTL en una población de 550.000 recién nacidos, lo

que aumenta a 27 el número de vidas salvadas mediante cribado con el ECG. Los autores concluyen que un programa de cribado neonatal del SQTL con el ECG tiene una relación coste-eficacia muy favorable y que puede salvarse un número significativo de vidas a un bajo coste.

Uso de la vacuna antineumococo conjugada en la Unión Europea

Use of 7-valent pneumococcal conjugate vaccine in EU

Lopalco PL.

Euro Surveill. 2006;11(12):E061207.3.

La vacuna antineumococo conjugada 7-valente fue registrada en la Unión Europea (UE) en febrero de 2001 y, desde entonces, ha aumentado incesantemente su uso en niños de 2 a 59 meses de edad. En EE. UU., donde fue aprobada en 2000, se ha alcanzado una cobertura mayor del 80% en 2005 en el grupo de niños de 19 a 35 meses de edad, cifras puestas en relación con una disminución del 75% de la incidencia de la enfermedad en niños menores de 5 años de edad y del 62% en los individuos mayores de esta edad.

Con objeto de conocer el uso de esta vacuna en los países de la UE, el equipo editorial de Eurosurveillance ha recopilado la información procedente de los

25 países de la UE y de Noruega, Bulgaria y Rumanía en noviembre de 2006. Los resultados principales son los siguientes:

- En 11 países –Alemania, Bélgica, Chipre, Francia, Grecia, Holanda, Italia (sólo algunas regiones), Luxemburgo, Noruega, Polonia y Reino Unido–, se incluye en los programas de vacunación universal. De ellos, siete con un esquema de cuatro dosis y tres con tres dosis; uno más estudia cambiar de una pauta de cuatro a tres dosis.
- En ocho países (Austria, Chequia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Finlandia, Malta y Suecia) se contempla la vacunación de determinados grupos de riesgo. De éstos, cuatro estudian actualmente adoptar una recomendación de vacunación universal.
- Los nueve países restantes no incluyen ninguna recomendación de uso de esta vacuna, aunque todos destacan que mantienen el tema en estudio y que probablemente adopten cambios en los próximos meses.

Esta información está disponible en la dirección web de Eurosurveillance: www.eurosurveillance.org/ew/2006/061207.asp#3

Síndrome metabólico en niñas preadolescentes

Definition of metabolic syndrome in preadolescent girls

Chi CH, Wang Y, Wilson DM, et al.

J Pediatr. 2006;148:788-92.

El síndrome metabólico es un grupo de factores de riesgo cardiovascular asociados a resistencia a la insulina. Estos factores de riesgo cardiovascular incluyen: obesidad, hiperinsulinemia, dislipemia e hipertensión. No existe una definición globalmente aceptada del síndrome metabólico en el adulto y aún existe menos acuerdo en los pacientes pediátricos, lo que hace difícil determinar la prevalencia, comparar los resultados de diferentes estudios y coincidir en las pruebas de cribado. El objetivo de este estudio consistió en determinar la diferencia en las tasas de prevalencia en mujeres preadolescentes al aplicar diversas definiciones publicadas. Se utilizaron dos poblaciones distintas tomadas de otros proyectos. Una estaba formada por mujeres preadolescentes (8-10 años) de raza negra y nivel socioeconómico bajo, incluidas en un estudio sobre prevención de la obesidad, con un IMC mayor del percentil 50 para la edad o con al menos un progenitor o tutor con un IMC mayor de 25. La segunda población esta-

ba constituida por participantes del estudio Stanford GAMES, estudio para la prevención de la obesidad que incluía a niñas preadolescentes (7 a 10 años), procedentes de seis escuelas públicas, con diversidad étnica y socioeconómica. En ambos estudios se excluyó a las niñas con un diagnóstico previo de diabetes mellitus o enfermedad crónica que afecte al crecimiento o al peso, o que recibieron medicación capaz de influir sobre estos parámetros. Se estudiaron las siguientes variables: peso, talla, perímetro abdominal, pliegue cutáneo tricipital y tensión arterial en reposo. Las variables bioquímicas estudiadas fueron: glucosa plasmática, insulina, colesterol cHDL y triglicéridos.

En las investigaciones realizadas en estas edades se emplearon varias series de criterios modificados del adulto para estimar la prevalencia. Revisaron los estudios efectuados en la última década para identificar las diferentes series de criterios empleados para definir el síndrome metabólico en niños y adolescentes y se dividieron los estudios en los que usaron criterios adaptados de la definición del síndrome metabólico del Education Program Adult Treatment Panel III (ATP III) y los que utilizaron los criterios de la

OMS (seis y ocho estudios respectivamente).

La prevalencia osciló entre el 0,4 y el 23% en el estudio GEMS y entre el 2 y el 24,6% en el estudio GAMES utilizando las definiciones adaptadas de ATP III. Al aplicar los criterios modificados de la OMS se halló entre el 0 y el 15,3% en la población GEMS y entre el 0,4 y el 15,8% en la GAMES.

Estos resultados demuestran que existe una variación muy amplia de los criterios publicados sobre el síndrome metabólico infantil. Sería beneficioso desarrollar una definición consensuada. Diversas organizaciones, como la Academia Americana de Pediatría, la Asociación Americana de Diabetes y la Lawson-Wilkins Pediatric Endocrine Society, están trabajando actualmente para identificar más adecuadamente los marcadores en la infancia que presagian la morbilidad y mortalidad en el adulto de modo que se desarrolle una definición útil del síndrome metabólico en los pacientes pediátricos.

La hipersensibilidad inducida por picaduras de insecto y los principios "SCRATCH": nuevo abordaje de la urticaria papulosa
Insect bite-induced hypersensitivity and the SCRATCH principles: a new approach to papular urticaria
Hernández RG, Cohen BA.
Pediatrics. 2006;118:189-96.

Muy interesante y práctico este artículo que aborda una patología no infrecuente en la consulta del pediatra de Atención Primaria, ya que es mucho más frecuente en la infancia que en el adulto, y cuyo manejo es, con frecuencia, frustrante. La urticaria papulosa se define como una erupción pruriginosa, crónica o recidivante de pápulas, vesículas y habones muy pruriginosos. Se atribuye a la hipersensibilidad a las picaduras de insectos. Debido al rascado, con frecuencia se observan excoりaciones, sobreinfección bacteriana y cicatrices o trastornos de la pigmentación residuales. El correcto diagnóstico inicial y el conocimiento de la historia natural de la erupción conducen al tratamiento apropiado, que evita la derivación innecesaria así como el uso de procedimientos diagnósticos caros e innecesarios, cuando no dolorosos.

Mellanby clasifica las reacciones a las picaduras o mordeduras de insecto en

cinco estadios por los que pasa sucesivamente el individuo sensibilizado y que pueden evolucionar en periodos de tiempo muy variables, de pocos meses a varios años: estadio 1: sin reacción cutánea, es el periodo de inducción de la sensibilidad; estadio 2: con reacciones cutáneas retardadas; estadio 3: con reacciones inmediatas seguidas de reacciones retardadas; estadio 4: con reacciones inmediatas y no retardadas y, finalmente, el estadio 5: en el que desaparece la reactividad y, por tanto, la clínica.

Este artículo presenta cuatro casos de urticaria papulosa haciendo hincapié en sus características clínicas; incluye varias fotografías que ilustran bien el aspecto de las lesiones. La mayoría de los niños fueron remitidos a la consulta de dermatología infantil debido a una erupción pruriginosa de evolución crónica y a que habían sido evaluados y/o tratados por otros especialistas.

Con frecuencia se cree que la urticaria papulosa es propia de los meses de primavera y verano, pero en la consulta se advierte que invariablemente recurre o evoluciona hasta el otoño o el invierno. Es atribuida habitualmente a los mosquitos y pulgas de perros y gatos, pero otro insecto frecuentemente implicado es la chinche común, chupadora de sangre, cuya presencia generalmente no se

tiene en cuenta por pensarse que está poco menos que erradicada, cuando su número está aumentando rápidamente en EE. UU. y en Europa, su desarrollo no depende mucho de las condiciones climáticas o ambientales, resiste periodos largos de ayuno y se desarrolla bien en las grandes ciudades, especialmente allí donde el uso de las camas es rotatorio, como ocurre en los albergues, hoteles, etcétera.

La histología de esta enfermedad muestra muchos hallazgos no específicos que pueden ser compatibles con dermatitis atópica, dermatitis de contacto, hipersensibilidad a fármacos y, en algunos casos, con linfoma. El tipo de células varía según la fase de la enfermedad, desde el primer periodo de sensibilización, con escasa reacción, al más florido en los estadios 3 y 4, pero en casi todas las muestras coexisten linfocitos CD4 y abundantes eosinófilos, lo que indica la coexistencia de una reacción de hipersensibilidad de tipo inmediato y una de tipo retardado; esta última es la responsable tanto de la cronicidad como de la intensidad de la reacción. A medida que el niño se expone más veces a las picaduras, el tiempo que transcurre entre ésta y la aparición de las lesiones va siendo mayor, por lo que a veces resulta difícil asociar el cuadro con

una exposición reciente a insectos y cuando los padres creen que no hay posibilidad de picaduras siguen apareciendo lesiones, lo que confunde a padres y a médicos. La secuencia de lesiones cíclicas se perpetúa hasta que se elimina el insecto productor del ambiente o se alcanza un estado final de desensibilización. Además, existe otro fenómeno conocido como reactivación que ocurre cuando hay alguna nueva picadura en el transcurso de la fase de remisión de un brote y que hace que empeoren el prurito y las lesiones que existían previamente.

Los autores creen que se debe unificar la denominación de esta enfermedad como hipersensibilidad a la picadura de insectos.

Para el diagnóstico, proponen un acrónimo "SCRATCH" (rascado, en inglés) basado en los hallazgos clínicos, que sirve de regla mnemotécnica y que se transcribe en inglés por ser de difícil adaptación al idioma español.

En cuanto al tratamiento, los autores lo basan en el principio de las tres p: prevención de las picaduras, alivio del prurito (a veces difícil en las reacciones retardadas no mediadas por histamina) y paciencia.

The SCRATCH principles: S: symmetric distribution (scalp, neck, face, torso, ex-

tremities); C: crops/clusters of different coloration (erythema, hypo-/hyperpigmentation); R: rover not required: pets are not necessary criteria for diagnosis; A: age specific (usually occurring between 2 and 10 of age); T: target lesions and time (may take weeks to years to resolve); C: confused pediatrician/parent: "We don't have fleas!"; H: household with single family member affected.

Libros

Víctimas y matones

Paulino Castells

Madrid: Ceac; 2007.

Docentes maltratados, progenitores aterrorizados, okupas en la propia casa, acoso escolar, tribus urbanas, matones de barrio... ¿Qué podemos hacer para erradicar esta epidemia que contagia

impunemente al colectivo infantil y juvenil? ¿Qué se puede hacer para aumentar las defensas de los menores y hacerlos así más inmunes al contagio? En este libro, Paulino Castells, pediatra especialista en neurología y psiquiatría, propone diferentes posibilidades de actuación en el ámbito familiar, escolar y social, tanto para prevenir como para tratar la violencia en niños y jóvenes. Este libro no habla de factores neurofisiológicos o psiquiátricos que, en determinadas ocasiones, son responsables de la violencia en la infancia y la adolescencia, pero sí entra de lleno en el mundo de los matones generados por una desestructuración familiar o social y analiza el papel de sus víctimas. Ofrece una visión amplia y completa de un problema creciente en nuestra sociedad y aporta ideas para atajarlo.