

El objetivo de esta sección es analizar las revistas de Pediatría que se publican actualmente (y en su caso libros) para facilitar, y si es posible orientar, la lectura de los artículos y trabajos más interesantes de Pediatría de Atención Primaria publicados.

LOCALIZACIÓN DE MONEDAS INGERIDAS
MEDIANTE UN DETECTOR DE METALES
*Localizing ingested coins with a metal
detector*

Bassett KE, Schunk JE and Logan L

Am J Emerg Med 1999; 17: 338-341

La ingesta accidental de monedas es un problema frecuente en la población infantil. El manejo inicial de estos pacientes incluye un doble objetivo: confirmar la ingesta y determinar la localización del cuerpo extraño. Interesa detectar los pacientes en los que la moneda está alojada en el esófago ya que esta situación puede asociarse a un importante riesgo de complicaciones serias. La presencia y cualidad de la sintomatología no tiene, en la práctica, gran valor para predecir la localización esofágica de la moneda, por lo que generalmente suele requerirse una radiografía para aclarar esta cuestión.

En este trabajo se da cuenta de un estudio de la utilización de un dispositivo detector de metales de fácil uso, comparado con el estudio radiológico convencional, para confirmar la ingesta de monedas y determinar la localización de

éstas, en 91 niños atendidos por este motivo. Encuentran que el uso del detector de metales es muy útil en la selección de los pacientes con monedas de localización esofágica (valor predictivo positivo del 91% y negativo del 95%). El manejo de pacientes asintomáticos con monedas alojadas en el esófago medio o inferior es discutido actualmente. Algunos autores proponen una actitud expectante durante 12-24 horas, y en este trabajo se propone la eventual utilidad del detector de metales para seguir la progresión de la moneda en estos pacientes.

CONDUCTA ANTE EL FLEMÓN Y EL ABSCESO
PERIAMIGDALINO EN LA INFANCIA
DESDE NUESTRA EXPERIENCIA

García Callejo FJ, Velert Vila M

An Esp Pediatr 1999;51:251-256

Estudio retrospectivo de los casos habidos en los últimos 15 años de niños con abscesos periamigdalinos. Los autores evalúan la edad de presentación, infección faringoamigdalina previa, tratamiento antibiótico, clínica, pruebas diagnósticas: ecografía, punción-aspiración y

cultivo bacterianos de la superficie y del material aspirado. Tratamiento y evolución.

Los autores han observado una elevación de la incidencia en niños (edad media 9,8 años), siendo esta patología característica de adultos jóvenes. El cambio habido en los últimos años puede estar en relación con las elevadas tasas de resistencias bacterianas y el inadecuado empleo del arsenal terapéutico antimicrobiano. La clínica fue similar, odinofagia (100%), fiebre elevada y trismus (56%). Se observó una ausencia de correlación entre el frotis faríngeo y el cultivo del material obtenido del absceso. Encontrándose en el primero *Streptococcus Pyogenes* y *Haemophilus influenzae* predominantemente en el segundo. Seis de los niños fueron tratados con macrólidos, dos con amoxicilina y uno con cefuroxima. Parece que una mayor preponderancia de *Haemophilus* en detrimento de *Streptococo pyogenes* y su resistencia creciente a antimicrobianos, así como el empleo inadecuado de los mismos puede justificar esta patología en niños.

TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA EN LA PUBERTAD DIFERIDA: ESTUDIO LONGITUDINAL EN RELACIÓN A UN GRUPO CON CONTROL

Llop Viñolas D, Vizmanos Lamotte B, Aresté Pitzzalis A, Soler Pérez JL, Martí-Henneberg C

An Esp Pediatr 1999;51:346-352.

Estudio longitudinal de casos (n=15) y controles (n=17) para evaluar el efecto del tratamiento con enantato de testosterona depot 50mg/mes durante 6 meses, definida pubertad diferida en aquellos que no habían iniciado la pubertad a los 14 años o ésta era insuficiente para su edad. Los autores observan en el grupo de niños tratados una velocidad de crecimiento superior en el primer año, mayor área muscular del brazo y el estadio puberal G más precozmente, aunque con un volumen testicular similar. No existieron diferencias significativas entre los dos grupos en ningún parámetro clínico. La administración de dosis más elevadas pueden ser contraproducentes sobre la maduración ósea y la supresión del eje hipotálamo-hipofisario.

PSEUDOTUMOR DEL
ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO Y TORTÍCOLIS
MUSCULAR EN NIÑOS: ESTUDIO
PROSPECTIVO DE 510 CASOS

*Sternocleidomastoid pseudotumor
and congenital muscular torticollis
in infants: A prospective study
of 510 cases*

Cheng JCY et al

J Pediatr 1999; 134: 712-716

Los autores estudiaron 510 casos de pseudotumor del esternocleidomastoideo (PTEM) durante 10 años.

Valoraron la presentación clínica, las anomalías asociadas, el tratamiento recibido y la evolución para determinar los factores pronósticos más importantes.

La edad media de presentación fue al 24 día tras el nacimiento, y la mayoría antes de los 3 meses.

Existía una alta correlación con la presentación de nalgas y con el parto instrumental.

El déficit en la rotación pasiva del cuello, marcaba el pronóstico (a mayor déficit peor pronóstico). Y estaba en relación con displasia de caderas, asimetría craneofacial, tamaño y extensión del PTEM.

La evolución fue excelente en el 90% de los casos con un tratamiento conservador, que incluía estiramiento manual precoz y prolongado (unos 4 meses) del

esternocleidomastoideo realizado por fisioterapeutas expertos.

El 6% requirió tratamiento quirúrgico, estos pertenecían al grupo que presentaba mayor grado de déficit en la rotación pasiva del cuello.

SALBUTAMOL LIBERADO POR INHALADOR A
DOSIS FIJA CON ESPACIADOR COMPARADO
CON EL NEBULIZADO EN NIÑOS CON ASMA
AGUDO MODERADO

*Comparison of albuterol delivered by a
metered dose inhaler with spacer versus a
nebulizer in children with mild acute
asthma*

Schuh S et al

J Pediatr 1999; 135:22-26

El objetivo de este estudio fue comparar el tratamiento con una única dosis de salbutamol liberado a dosis fija con cámara espaciadora, a bajas y altas dosis, con el liberado por un nebulizador.

En un servicio de urgencias se realizó un ensayo randomizado, doble ciego, a 90 niños con asma agudo moderado con edades comprendidas entre 5 y 17 años de edad, con una sola dosis de salbutamol. Se formaron tres grupos: 30 niños recibieron 2 puffs de salbutamol, 30 entre 6 y 10 puffs (según el peso del niño) y los otros 30 recibieron 0,15 mgs/Kg nebulizado.

No encontraron diferencias significativas entre los grupos tratados.

Concluyen que en niños con asma agudo moderado, tratados con 2 puffs de salbutamol con cámara espaciadora, el tratamiento es igual de efectivo clínicamente que el tratamiento con altas dosis (de 6 a 10 puffs) o el nebulizado.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
LA PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA
Med Clín (Barc) 1999; 113:710-715

Extenso artículo que no menciona nada sobre algunos de los problemas específicos de la tuberculosis en la infancia, no sé si por considerarlo materia que merece un consenso específico (si es así lo deberían mencionar en el texto), o por un simple y en tal caso criticable olvido.

Aunque el lector no encontrará ninguna referencia o novedad sobre la conveniencia o no de las pruebas de despistaje con Mantoux, o sobre la conveniencia o no de vacunar a ciertos colectivos de niños, es un documento interesante.

FRECUENCIA BASAL DE DEFECTOS
CONGÉNITOS EN ESPAÑA Y SU EVOLUCIÓN
EN EL TIEMPO: UTILIDAD Y SIGNIFICADO
DE LAS DISTINTAS CIFRAS DE FRECUENCIA

Martínez Frias ML, Bermejo E
Med Clin (Barc) 1999; 113: 459-462

El conocimiento de la frecuencia de los distintos defectos congénitos tiene distintas utilidades: conocer el impacto del problema en una población y estimar el riesgo de cada uno de ellos para poder informar a las personas interesadas y planificar investigaciones, y para planificar los recursos sociosanitarios precisos para su atención.

En este trabajo se estudia la evolución de las frecuencias de los 13 defectos congénitos más importantes en distintos períodos de tiempo que abarcan desde 1980 a 1996, tomando en consideración la fecha de 1985 a partir de la cual empezó a ser posible la interrupción voluntaria del embarazo en caso de diagnóstico prenatal de defectos congénitos.

Encuentran una importante disminución de las frecuencias de defectos congénitos a partir de 1985, en prácticamente todas las áreas geográficas.

Los autores proponen que las cifras relativas al período anterior a 1985 se tomen como base de estimación de la verdadera frecuencia de cada defecto congénito a efectos de estimar el riesgo

y fundamentar investigaciones, mientras que las cifras posteriores a esta fecha se tomen como base para la planificación de los recursos sociosanitarios necesarios para la atención global a los niños con defectos congénitos.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA

¿Y DESPUÉS QUÉ?

García-Guasch R, Castillo J

Med Clin (Barc) 1999; 113: 132-133

Los estudios relacionados con la eficacia de la atención en las situaciones de parada cardiorrespiratoria (PCR) han tenido tradicionalmente como principal objetivo la supervivencia. No obstante, actualmente, es cada vez mayor el interés por la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a la PCR.

En este trabajo, los autores hacen una revisión del estado actual de los estudios sobre supervivencia y sobre la utilización de predictores del estado neurológico y calidad de vida posterior.

También destacan la necesidad de promover la homogeneización de criterios e investigación sobre los distintos aspectos relacionados con la asistencia de la PCR en el ámbito extrahospitalario.

SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

Martín-Castro C, Bravo M,

Navarro-Pérez P, Mellado Vergel FJ

Med Clin (Barc) 1999; 113: 121-123

Se trata de un trabajo en el que se evalúa la eficacia de los sistemas de asistencia a emergencias en el ámbito extrahospitalario.

Hay poca información sobre el resultado de la atención a las emergencias médicas en el ámbito no hospitalario, y además, al ser ésta una cuestión relacionada con los distintos sistemas organizativos existentes a tal fin, resulta una información poco comparable.

El presente es un estudio prospectivo sobre 282 pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR) atendidos en 1995 y 1996 en algunas zonas de Andalucía. El 62% de estos pacientes recibieron reanimación cardiopulmonar avanzada; 9 pacientes (5%) sobrevivieron al alta hospitalaria, y 8 de ellos conservaba un alto nivel de calidad de vida a los 6 meses. Este dato es relevante ya que matiza la impresión previa de que las personas que sufren PCR y sobreviven lo hacen con una seria disminución de la calidad de vida sobre todo en lo referente a la capacidad para reincorporarse al mundo laboral/profesional y sus funciones intelectuales.

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO CON LEPTINA RECOMBINANTE EN UNA NIÑA CON DEFICIENCIA CONGÉNITA DE LEPTINA
Effects of recombinant leptin therapy in a child with congenital leptin deficiency

Farroqi IS, Jebb SA, Langmack G

N Eng J Med 341: 879-84

Los autores son los que han descrito por primera vez el déficit congénito de leptina en dos primos consanguíneos con gran obesidad. Este defecto había sido estudiado previamente en ratones.

En este artículo describen el ensayo terapéutico realizado durante un año a uno de estos pacientes, una niña de 9 años. La leptina humana recombinante se administró diariamente de forma subcutánea. Al principio del tratamiento la niña medía 140 cm. y pesaba 94,4 Kg.

Las características clínicas de este defecto son: hiperfagia importante, exceso de ganancia de peso desde la primera infancia y obesidad severa.

Los autores no encuentran disminución del gasto energético basal, ni de la temperatura corporal (a diferencia de lo descrito en ratones) por lo que la ganancia ponderal parece deberse exclusivamente al efecto de la leptina sobre el control del apetito.

El tratamiento produjo una importante pérdida de peso (16,4 Kg en un año)

por disminución de grasa corporal con un balance energético negativo de 400 Kcal diarias. Esta pérdida se debió a disminución de la ingesta calórica por regulación del apetito.

En el mismo número de la revista hay una interesante editorial sobre el tema con el título "El papel de la leptina en la fisiología humana" (*The role of leptin in human physiology*).

TRATAMIENTO CON HORMONA DEL CRECIMIENTO EN ADULTOS Y NIÑOS
Growth hormone therapy in adults and children

Vance ML, Mauras N

N Eng J Med 1999; 341: 1206-16

Es un artículo de revisión interesante en tanto en cuanto refiere nuevos campos en el tratamiento con hormona del crecimiento especialmente en adultos (ya que el tratamiento en niños nos resulta mucho más familiar).

Los objetivos del tratamiento en adultos son restaurar la composición corporal normal, mejorar la función muscular y cardíaca, normalizar las concentraciones séricas de lípidos y mejorar la calidad de vida.

La causa de déficit de GH en adultos es la enfermedad pituitaria, bien un adenoma o bien cirugía o radioterapia. El diagnóstico se establece por la respuesta

insuficiente a un estímulo (hipoglucemia inducida por insulina es el preferido).

Entre los efectos del déficit de GH en adultos está el aumento del riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular (aproximadamente 1,5 veces superior a lo normal). Se dan otros síntomas físicos (aumento de la masa grasa, disminución de la masa muscular y de la fuerza, menor tamaño cardíaco, menor densidad ósea, aumento de lípidos,...) y psíquicos (labilidad emocional, trastornos en la función sexual,...) que son más severos en los déficit de GH de comienzo en la edad adulta que en los que debutaron en la infancia.

El tratamiento sustitutivo mejora muchos de estos síntomas a corto plazo, pero lleva aplicándose sólo 11 años, por lo que los beneficios a largo plazo, sobre todo en lo que se refiere a mortalidad, aún no se conocen.

Otros usos en adultos: Se ha administrado en la caquexia por SIDA y en otras enfermedades catabólicas sin resultados consistentes. No es más efectiva a corto plazo la GH para aumentar la fuerza y resistencia en atletas que el entrenamiento sólo.

También se describe el uso de GH en niños en las distintas indicaciones en las que está aceptado y en las que aún es controvertido su uso.

ASISTENCIA A GUARDERÍAS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA Y ENFERMEDADES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR E INFERIOR EN NIÑOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA

Attendance to day nursery in the first year of life and upper and lower respiratory tract infections in children with atopic family history

Celedon JC. et al

Pediatrics 1999; 48 (13); 171-176.

En la sección de originales aparece este estudio prospectivo de una población de recién nacidos con antecedentes familiares en el padre o en la madre de asma/alergia que están siendo seguidos para valorar la correlación entre la exposición en fase precoz de la infancia a alérgenos del interior de los domicilios con el posterior desarrollo de asma bronquial y atopia (el artículo sólo contempla una parte pequeña del estudio realizado). Se recogió información sobre niños que acuden a guarderías para ver cómo éstas influyen en la aparición de infecciones de tracto respiratorio superior e inferior.

El número total de niños incluidos en el estudio fue de 498. Se realizó una visita domiciliaria a los 2 ó 3 meses y se cumplimentaron cuestionarios telefónicos cada 2 meses donde se recogía información sobre la aparición de sínto-

mas respiratorios y enfermedades del tracto respiratorio superior e inferior diagnosticadas por el médico.

En los resultados se comprobó que la asistencia a guarderías estaba asociada a dos o más otitis diagnosticadas por el médico (OR: 2,4, intervalo de confianza del 95%, 1,7-3,6), tres o más informes de los padres de obstrucción o secreción nasal (OR: 3,2, intervalo de confianza del 95%, 1,9-5,5) y enfermedades del tracto respiratorio inferior diagnosticadas por el médico (crup, bronquitis, bronquiolitis y neumonía (OR: 1,6, intervalo de confianza del 95%, 1,0-2,4).

La presencia en la guardería de animales domésticos, alfombras en la zona de dormir y la presencia de más de diez niños eran factores predictivos de presentar dos o más otitis diagnosticadas por el médico.

Como conclusiones, establecen que la asistencia a guarderías en lactantes con antecedentes familiares de atopia incrementa el riesgo de sufrir infecciones del tracto respiratorio superior e inferior.

INDICADORES CLÍNICOS DE LESIÓN INTRACRANEAL EN LOS LACTANTES CON TRAUMATISMO CRANEAL

Clinical indicators of intracranial lesion in infants with cranial injury

Greenes D y Schutzman SA

Pediatrics 1999; 48 (4); 211-218

Se trata de un estudio prospectivo realizado en las urgencias de un hospital pediátrico terciario, en el que se incluyó a todos los niños menores de 2 años remitidos por un traumatismo craneal. El objetivo era determinar si los signos clínicos son indicadores sensibles de lesión intracraneal, si las radiografías de craneo en niños asintomáticos pero con un hematoma del cuero cabelludo es un método útil de detectar lesión intracraneal y si los lactantes sin signos clínicos de lesión intracraneal y/o sin hematoma de cuero cabelludo pueden ser tratados con seguridad sin estudios radiológicos.

En la discusión y conclusiones del estudio se establece que los signos clínicos no son indicadores sensibles de lesión intracraneal en lactantes ya que un 48% de pacientes de este estudio eran asintomáticos y presentaban una lesión intracraneal. Por otra parte la edad precoz es un criterio relativamente útil para diferenciar los pacientes con mayor riesgo de lesión intracraneal. Durante los pri-

meros 3 meses de vida se observó un mayor riesgo de presentar dicha lesión.

Existe una correlación entre el mecanismo de la lesión y la probabilidad de lesión intracraneal, de manera que caídas desde una altura superior a 92 cm. o caídas por escaleras tienen un riesgo aumentado.

El hematoma en el cuero cabelludo es el indicador clínico más sensible de lesión intracraneal en lactantes asintomáticos. En función de los datos recogidos se aconseja el cribado radiológico de todos los lactantes asintomáticos de menos de 1 año de edad que presenten cualquier hematoma del cuero cabelludo y en los lactantes mayores de 1 año aquellos que presenten un hematoma grande y a tensión.

Por los datos recogidos en este estudio en cuanto a la evolución, no parece necesario realizar estudios radiológicos en lactantes asintomáticos que no presentan hematomas importantes del cuero cabelludo.

Todas estas consideraciones no son aplicables en los casos de sospecha de malos tratos.

POTENCIALES MECANISMOS DEL FRACASO EN LA ERRADICACIÓN DE LOS ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO A DE LA FARINGE

Possible mechanisms of failure in the eradication of group A streptococci from the pharynx

Gerber MA, Tanz RR et al

Pediatrics 1999; 48 (4); 232-239

El objetivo de este estudio era investigar la eficacia relativa de la administración por vía oral de cefadroxilo y penicilina V para el tratamiento de la faringitis por *estreptococos* del grupo A y el mecanismo o mecanismos responsables del fracaso del tratamiento en lograr la erradicación de la faringe del *estreptococo*.

Se trata de un estudio prospectivo con distribución al azar en 4 consultas pediátricas, con un total de 462 pacientes con cultivo faríngeo positivo a *estreptococo* grupo A con distribución al azar para recibir cefadroxilo o penicilina V.

En la discusión y conclusiones se pone de manifiesto la aparente superioridad del cefadroxilo para la erradicación del *estreptococo* de la faringe, sobre todo cuando se trata de portadores crónicos en los que aparece una faringitis vírica, en cambio cuando se trata de faringitis aguda probablemente causada por *estreptococo* del grupo A, esta aparente ventaja del cefadroxilo sobre la penicilina V no existe.

La presencia de betalactamasa producida por gérmenes habituales en la faringe y la interferencia bacteriana que estos mismos gérmenes provocan, no son responsables de los fracasos bacteriológicos en el tratamiento de las faringitis por *Streptococo* del grupo A.

Por tanto, los autores llegan a la conclusión de que la penicilina sigue siendo el fármaco de elección para el tratamiento de las faringitis agudas producidas por *Streptococos* del grupo A y que la superioridad del cefadroxilo y de las cefalosporinas en general que algunos autores encuentran, son probablemente debidas a la inclusión en los estudios de portadores crónicos con faringitis víricas intercurrentes.

ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA INFANTIL
Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children.

Wubbel L et al

Pediatr Infect Dis J 1999;18:98-104.

Los autores estudian un total de 168 niños de 6 meses a 16 años que son diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad en un servicio de urgencias, siendo tratados de manera ambulatoria. El diagnóstico se basó en la

clínica (taquipnea, fiebre, tos o estertores), y en la radiografía de tórax compatible con neumonía.

En la visita inicial se les realizó, además de la radiografía de tórax, hemograma, hemocultivo, frotis nasofaríngeo para cultivo y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) frente a *Chlamydia pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*, título de anticuerpos frente a dichas bacterias y frente a *Streptococcus pneumoniae*, frotis nasofaríngeo para detección de virus mediante inmunofluorescencia directa y cultivo, y Mantoux.

Se dividieron aleatoriamente en dos grupos. El primero fue tratado con azitromicina en suspensión a dosis de 10 mg/kg/día el primer día, con un máximo de 500 mg, y 5 mg/kg/día durante 4 días más, con un máximo de 250 mg al día. El segundo grupo fue a su vez dividido en dos: los niños menores de 5 años fueron tratados con amoxicilina-clavulánico a dosis de 40 mg/kg/día en tres tomas, durante 10 días, y los mayores con estolato de eritromicina a dosis de 40 mg/kg/día en tres tomas durante 10 días (con un máximo de 500 mg por toma).

A la mayoría de los pacientes (136 de 168) se les pudo realizar serología de control. Sólo se repitió la radiografía de tórax a aquellos que tuvieron signos clínicos persistentes o nueva infección.

Los resultados de los cultivos nasales y faríngeos, y de la PCR, se compararon con los obtenidos en un grupo control de niños sanos.

Se identificó el posible patógeno en 73 niños (43%). En 58 se detectó un solo patógeno y en 15 dos, de forma que se obtuvieron 88 patógenos: 35 *S. pneumoniae*, 31 virus (13 *virus respiratorio sincitial*, 4 *influenza A*, 3 *parainfluenza 3*, 3 *adenovirus*, 3 *parainfluenza 1*, etc.), 12 *M. pneumoniae* y 10 *C. pneumoniae*.

Para las bacterias, el hemocultivo resultó negativo en todos los pacientes, de forma que la respuesta de anticuerpos en sueros pareados resultó ser la única prueba diagnóstica útil. Para los virus, de los 31 casos, 24 fueron detectados por cultivo, 15 por inmunofluorescencia directa y 12 por ambos métodos.

Los dos radiólogos que examinaron de forma independiente las radiografías fueron incapaces de diferenciar entre los que tuvieron etiología bacteriana, vírica o no precisable. Tampoco hubo correlación entre el recuento total y diferencial de leucocitos al inicio y la etiología.

Sesenta y ocho de los pacientes reclutados tenían una historia previa de enfermedad reactiva de vías aéreas, definida como uno o más episodios previos de sibilancias. En la exploración inicial

tuvieron sibilancias 54 de los 68 pacientes con enfermedad reactiva de vías aéreas y 27 de los 100 sin ella. Aunque las sibilancias se produjeron con mayor frecuencia cuando se aislaron virus, cabe señalar que tuvieron sibilancias pacientes con etiología exclusivamente bacteriana, tanto del grupo con enfermedad reactiva de vías aéreas como sin ella (por ejemplo, 13 pacientes con *S. pneumoniae*, de los que 8 tenían enfermedad reactiva de vías aéreas y 5 no).

La respuesta clínica fue evaluable en 147 niños: 88 niños menores de 5 años, de los cuales 39 recibieron azitromicina, y 49 amoxicilina-clavulánico, y 59 mayores de 5 años, de los que 30 fueron tratados con azitromicina y 29 con eritromicina. De los 147, se consideraron curados 143. No hubo diferencias entre los distintos tipos de tratamiento, ni en el conjunto, ni tampoco considerando sólo a aquellos con etiología bacteriana, incluyendo *M. pneumoniae* y *C. pneumoniae*.

Uno de los fracasos terapéuticos fue un niño tratado con azitromicina, con evidencia serológica de *S. pneumoniae*, que 2 semanas después de iniciado el tratamiento sufrió una reaparición de los síntomas y del infiltrado radiológico pulmonar. Un segundo paciente con evidencia de infección por *virus respira-*

torio sincitial, tratado inicialmente con amoxicilina-clavulánico, sufrió una reagudización de los síntomas a los 11 días de iniciado el tratamiento. En la radiografía tenía condensación y derrame pleural, en el cual creció *S. pneumoniae* resistente a penicilina. Se pudo documentar que el paciente había recibido solamente la mitad de la dosis prescrita de amoxicilina-clavulánico. En los restantes dos fallos del tratamiento no se pudo establecer la etiología.

Un niño, tratado con azitromicina, tuvo un Mantoux positivo de 15 mm, pese a lo cual mejoró clínica y radiológicamente, siendo negativa la detección de bacilos tuberculosos en el líquido gástrico. Se le administró isoniazina durante 6 meses.

OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIÁTRICA

Tania Sih

Editorial: Springer-Verlag Ibérica. 1999.

Este libro ha sido escrito en su mayoría por otorrinolaringólogos brasileños, lo que ya de por sí resulta interesante, dada la habitual colonización intelectual anglosajona (no es algo peyorativo, sino la constatación de un hecho).

Su editora, la Dra. Tania Sih, es presidenta de la Asociación Interamericana

de ORL Pediátrica, y organizó el congreso internacional de ORL pediátrica celebrado en Brasil en 1997.

Comenzó a gestarse en 1995, lo que supone una garantía de la actualidad de los conocimientos en él vertidos.

En sus 78 capítulos se pueden encontrar todos aquellos temas clásicos de la ORL pediátrica. La mayoría de ellos también figuran en los libros habituales de Pediatría General, pero, por motivos obvios, no con la misma profundidad. Otros capítulos son más novedosos: "Audición y retraso escolar", "Síndrome del respirador bucal. Abordaje ortodóntico", "Medicamentos que suscitan controversia en ORL pediátrica" etc.

Incluso los temas más próximos al ORL que al pediatra, parecen haber sido escritos intentando que queden claros y concisos, gracias a lo cual el libro resulta fácil de leer y tiene la extensión y profundidad ideales para constituir un excelente libro de consulta de un pediatra de atención primaria. Únicamente cabría objetar que algunos capítulos podrían contar con más ilustraciones, si bien otros están magníficamente ilustrados ("Complicaciones de la sinusitis", "Adenomegalias" y otros).

