

2. Guthrie R. Screening for "inborn error of metabolism" in the newborn infant – a multiple test program. *Birth Defects Orig Artic Ser* 1968; 4: 92-98.
3. Efron ML, Young D, Moser HW, MacCreedy RA. A simple chromatographic screening test for the detectino of disorders of amino acid metabolism. *N Engl J Med* 1964; 270: 1378-1383.
4. Scriver CR, Davies E, Cullen AM. Application of a simple micro-method to the screening of plasma for a variety of amino-acidopatías. *Lancet* 1964; 2: 230-232.
5. Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D, Childs B, Kinzler KW et al. *The metabolic bases of inherited disease*, 8ª ed. Nueva York: McGraw Hill, 2001.
6. Rinaldo P. The impact of tandem mass spectrometry on Biochemical Genetics. *Ital J Pediatr* 2001; 696-697.
7. Levy HL. Newborn screening by Tandem Mass Spectrometry: A new era. *Clin Chem* 1998; 44: 2401-2402.
8. Chace DH, Sherwin JE, Hillman SL, Loery F, Cunningham GC. Use of phenylalanine-to-tyrosine ratio determined by tandem mass spectrometry to improve newborn screening for phenylketonuria of early discharge specimens collected during the first 24 hours. *Clin Chem* 1998; 44: 2405-2409.
9. Burlina AB, Giordano G, Catuogno S, Zachchello F. The role of tandem mass spectrometry in the diagnosis of metabolic disease: The experience in the Veneto area. *Ital J Pediatr* 2001; 27: 766-773.

Pielonefritis aguda con síntomas compatibles con artritis de cadera

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 587-588)

Sr. Editor:

Habitualmente la pielonefritis aguda cursa con fiebre, deterioro del estado general, dolor abdominal lumbosacro y ocasionalmente hematuria y proteinuria¹. Pero la realidad clínica a menudo varía y se observa un dolor referido a región inguinal, perineo y cara interna del muslo indicativo de otros procesos patológicos.

Por ello creemos de interés presentar el caso de un paciente con aparente sintomatología de artritis de cadera que resultó ser una pielonefritis aguda.

Varón de 8 años que fue remitido al servicio de ortopedia de nuestro hospital con la sospecha de artritis de cadera izquierda. Presentaba picos de fiebre de 39 °C y dolor en la cadera izquierda de 6 días de evolución, sin otro foco objetivable. La exploración del aparato locomotor evidenció una contractura antiálgica con deformidad en flexión y rotación externa de la cadera derecha acompañada de una movilidad dolorosa. En los datos de laboratorio se objetivó la presencia de leucocitosis (14.600/ml) con desviación izquierda, y un hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus*. El estudio radiológico simple bilateral no evidenció signos de osteonecrosis en la epífisis femoral ni otros hallazgos patológicos. En el estudio ecográfico destacó únicamente un pequeño derrame articular de cadera derecha. Las imágenes ecográficas y radiológicas de la cadera izquierda fueron normales.

Ante la sospecha diagnóstica de artritis séptica de cadera derecha se realizó una artrotomía extrayendo escaso líquido claro no purulento. A continuación se instauró una inmovilización con yeso pel-

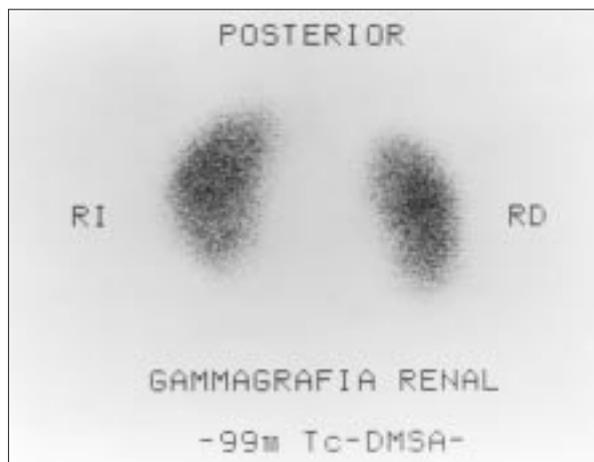


Figura 1. ^{99m}Tc-DMSA posterior. Aumento del riñón izquierdo indicativo de pielonefritis aguda.

vipédico. El cultivo microbiológico del líquido articular fue negativo. Durante su estancia hospitalaria se presentó un episodio de macrohematuria con 250 eritrocitos/campo, densidad 1.025, nitritos negativos y 20 leucocitos/campo en el sedimento, con urinocultivos negativos, estando bajo tratamiento con amoxicilina-clavulánico y vancomicina desde hacía 1 semana, que posteriormente se cambió a ceftriaxona. Ante este hallazgo se insistió en la recogida de datos anamnésticos encontrándose antecedentes de litiasis renal y una sintomatología de poliuria y disuria que acompañó al inicio del cuadro. El paciente evolucionó de manera favorable.

La imposibilidad de haber realizado pruebas de imagen en la fase aguda, por la presencia del yeso pelvipédico, hizo que se practicara, una vez retirado, una ^{99m}Tc-ácido dimercaptosuccínico (DMSA) que mostró un ligero aumento del riñón izquierdo compatible con pielonefritis difusa (fig. 1). No se objetivaron alteraciones anatómicas ni analíticas que justificaran el antecedente de litiasis renal.

El diagnóstico y tratamiento precoz de la pielonefritis es importante para evitar las secuelas a largo plazo en forma de insuficiencia renal e hipertensión arterial. Es razonable iniciar un tratamiento con una cefalosporina de tercera generación parenteral seguida de antibioticoterapia por vía oral durante 10-14 días y profilaxis hasta que se descarte algún condicionamiento anatómico de la infección urinaria^{2,3}.

Ante una cadera dolorosa hay que pensar en primer lugar en una artritis séptica⁴, sin olvidar los abscesos del psoas, abscesos de los obturadores, osteomielitis pélvica, piomiositis del iliaco, piomiositis de los aductores, apendicitis aguda, absceso retroperitoneal, artritis microcristalina⁵⁻⁷ y/o... pielonefritis aguda.

Con este caso insistimos en la importancia de realizar una anamnesis detallada ante cualquier historia clínica, evitando la influencia de una etiqueta diagnóstica inicial.

**B. López Montesinos, A. Ortí Martín,
A. Pérez Tamarit, F. Asensi Botet
y M.ªC. Otero Reigada**

Sección de Infectocontagiosos.
Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Correspondencia: Dra. B. López Montesinos.
Sección de Infectocontagiosos. Hospital Infantil La Fe.
Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia.
Correo electrónico: berlomon@yahoo.com

BIBLIOGRAFÍA

1. García M, González-Lamuño D. Infecciones del tracto urinario. En: Cruz M, ed. Tratado de Pediatría, 8ª ed. Madrid: Ergón, 2001; 1545-1556.
2. Rushton HG. Urinary tract infections in children. Epidemiology, evaluation and management. *Pediatr Clin North Am* 1997; 44: 1133-1169.
3. Bégué P. Traitement antibiotique de la pyélonéphrite aigüe de l'enfant. *Arch Pédiatr* 1998; 5 (Suppl 3): 96-301.
4. Avinash KS, Gedalia A. Septic arthritis in children. *Rheum Dis Clin North Am* 1998; 24: 287-304.
5. Rolando MV, Bormberg K, Bradley JS. Obturator internus muscle abscess in children: Report of seven cases and review. *Clin Infect Dis* 1999; 28: 117-122.
6. Chen WS, Wan YL. Iliacus pyomyositis mimicking septic arthritis of the hip joint. *Arch Orthop Trauma Surg* 1996; 115: 233-235.
7. Montero LA, Fernández CM. Artritis séptica de cadera como forma de presentación de una apendicitis aguda. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 205.

Fe de errores

En el trabajo de P. Betrián Blasco et al titulado "Angioedema hereditario" (*An Esp Pediatr* 2002;56:472-73) se han detectado dos errores. En la descripción del caso clínico, *donde dice* "inhibidores C₄ y C₁", *debería decir* "inhibidor C₁ y fracción del complemento C₄". En la tabla 1 quedan reflejados 10 ml/kg de ácido tranexámico, cuando en realidad son 10 mg/kg.