

Miopericarditis por virus de Epstein-Barr imitando infarto agudo de miocardio

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 163)

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el caso clínico publicado por Díez Tomás et al en su revista¹. Nosotros aportamos un caso recientemente atendido en nuestra unidad que también nos planteó la misma duda diagnóstica, pero en el que sí establecimos el agente etiológico.

Se trataba de una paciente de 12 años, sin antecedentes de interés, que consultó en urgencias por dolor torácico de comienzo agudo, localizado a nivel retrosternal, de carácter punzante, que aumentaba con la tos y movimientos respiratorios, sin mejoría con cambios posturales. Se acompañaba de vómitos y malestar general. Refería haber tenido 15 días antes un breve episodio de dolor torácico retrosternal, opresivo. A la exploración física destacaba facies de dolor con leve palidez cutánea. Afebril. No roce pericárdico ni soplos, tonos cardíacos normales y rítmicos. FC 55 lat/min. PA 120/70 mmHg. La radiología de tórax era normal. Mediante ECG se detectó una elevación del S-T en V5 con una CPK de 210 U. A las 3 h sufrió un empeoramiento a pesar de la administración de acetilsalicilato de lisina IV, presentando elevación de S-T en V4-V5-V6 con CPK de 257 UI (MB 69 U, 26,8%). Se realizó un estudio ecocardiográfico que resultó normal. La clínica cedió paulatinamente, con normalización ECG y analítica a las 24 h, siendo dado de alta a las 48 h. La serología para *Coxsackie* B1-6 y adenovirus fue negativa y el perfil lipídico estaba dentro de límites normales. Reingresó 12 días después por cuadro de fiebre elevada de 4 días de evolución, odinofagia y poliadenopatías, presentando estudio hematométrico normal con elevación de enzimas hepáticas, Paul-Bunnell positivo y serología para virus de Epstein-Barr positiva.

A pesar de ser rara la causa cardiológica en los dolores torácicos que vemos en urgencias^{2,3}, la posibilidad de esta etiología supone un reto diagnóstico y gran ansiedad médico-paciente-familia. Cuando nos encontramos ante un paciente con dolor torácico, alteraciones electrocardiográficas y aumento de enzimas miocárdicas, este reto llega a su más alto nivel.

Nuestro paciente inicialmente nos planteó la duda diagnóstica de proceso miopericárdico o infarto de miocardio de cara lateral. La mejoría clínica tras administrar varias dosis de antiinflamatorios no esteroides con normalización del ECG y CPK en 24 h, y posterior aparición de cuadro febril, nos llevó al diagnóstico de miopericarditis como pródromos de proceso viral que posteriormente resultó ser una mononucleosis infecciosa.

Nosotros creemos que a pesar de la rareza del cuadro, tal vez no sea tan infrecuente al inicio del mismo la duda diagnóstica con proceso coronario, potencialmente grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez Tomás J, Lastra Areces B, Barreiro Daviña J, García Mozo R, Crespo Hernández M. Miopericarditis imitando infarto de miocardio en un niño. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 613-615.
2. Kocis KC. Chest pain in pediatrics. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 189-203.
3. Selbst SM, Ruddy RM, Clark BJ, Henretig FM, Santauli T Jr. Pediatric chest pain: a prospective study. *Pediatrics* 1988; 82: 319-323.

**J. Valverde-Molina, E. González-Sánchez
y P. Díez-Lorenzo**

Servicio de Pediatría Hospital Los Arcos.
Santiago de La Ribera. Murcia.

Prevalencia de Mantoux positivos en una población de 1.016 niños saharauis de 3-6 años de edad

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 163-164)

Sr. Director:

La tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades más extendidas en el mundo. Se estima que una tercera parte de la población mundial está infectada con *Mycobacterium tuberculosis*, que cada año aparecen unos 8 millones de nuevos casos y que causa 3 millones de muertes. El único método diagnóstico aceptado para detectar la infección tuberculosa es la prueba de la tuberculina que tiene una gran importancia epidemiológica. Los índices epidemiológicos más útiles son los de infección, especialmente la prevalencia o porcentaje de infectados a una edad o en una población determinada¹.

En abril de 1999 la 2.ª Comisión Médico-Quirúrgica de Cooperación con el pueblo saharai de Castellón visitó los campamentos de refugiados saharauis de Tindouf (Argelia), continuando con la labor ya iniciada el año anterior e instaurando, entre otros, el Protocolo de Prevención y Tratamiento de la tuberculosis. El trabajo desarrollado por la comisión se centró en la *wilaya* (provincia, región) de Smara (población asignada por el gobierno saharai a la Comunidad Valenciana).

Este protocolo fue elaborado conjuntamente con el Servicio de Epidemiología de la Conselleria de Sanitat i Consum de Castellón y consultado con el Ministerio de Salud de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD). Tras su aceptación se realizaron reuniones con el Ministerio de Salud de la RASD, con sus delegados y con los médicos y enfermeros de la *wilaya* de Smara.

La primera fase del protocolo se ha centrado en la realización de un cribado tuberculínico a la población infantil de 3 a 6 años que acudía a las guarderías en las 6 *dairas* (municipios)

TABLA 1. Mantoux realizados en las guarderías de las seis *dairas* que constituyen la *wilaya* de Smara, lectura y resultados

<i>Daira</i>	Mantoux	No leídos	Negativos	Positivos
Birlehlu	120	17	103	0
Chederia	193	11	177	5
Farsia	164	24	139	1
Tifariti	176	17	151	8
Hausa	178	70	106	2
Mahbes	185	12	168	5
	1.016	151	844	21

que constituyen la *wilaya* de Smara. La técnica utilizada para el cribado fue la intradermoreacción de Mantoux. Se utilizaron 2 U de tuberculina PPD-RT23 de Evans Medical y la lectura se realizó a las 72 h. Se consideraron positivas las induraciones superiores o iguales a los 15 mm en niños vacunados con BCG (se consideró vacunado el niño que lo hacía constar mediante la cartilla de vacunación y/o detectamos cicatriz vacunal) y en niños no vacunados (no constaba en cartilla vacunal, sin cicatriz) induraciones iguales o superiores a 5 mm. Para la aplicación del Mantoux el personal fue debidamente adiestrado y la lectura fue realizada de forma independiente por dos sanitarios (pediatra/enfermera).

Se realizaron un total de 1.016 Mantoux en las 6 guarderías de las *dairas* (tabla 1). Pudieron ser leídos a las 72 h 844 (83,07%) del total, siendo positivos 21 (2,48%). Al mismo tiempo, se diagnosticaron 15 varicelas en la población infantil objeto del estudio. Pudieron ser leídos 10 Mantoux de los niños afectados de varicela que fueron todos ellos negativos, los cinco restantes fueron casos perdidos (no pudieron ser leídos).

El análisis de los resultados nos da una prevalencia del 2,48% de Mantoux positivos en este grupo de edad. Comparando estos datos con los obtenidos en la Comunidad Valenciana la prevalencia de Mantoux positivos a los 6 años se situaba entre el 0,57 ± 0,22% y el 0,76 ± 0,24% para las cohortes de 1982 y 1985, respectivamente², lo que supone un rango entre 3 y 4 veces superior al de nuestra comunidad.

De los 21 niños con Mantoux positivo, a 14 se les pudo practicar radiografía de tórax que se realizó en el Hospital Nacional de Rabuni con material que nosotros mismos aportamos (líquidos de revelado, chasis y placas). En un niño se encontró una adenopatía parahiliar derecha.

Paralelamente se inició el estudio de contactos en las familias de los pacientes diagnosticados de tuberculosis y se dio comienzo a la búsqueda de casos índice entre los familiares de los niños con Mantoux positivo.

Deseamos comunicar parte de los resultados obtenidos en la primera fase del protocolo, ya que creemos que puede ser de interés para los profesionales sanitarios que trabajamos con los niños saharauis, tanto en España como en los campamentos de refugiados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tardío Torío E, Alcaide Megías J, Altet Gomez MN, Cobos Barroso N, Escribano Montaner A, Fernández Recuero J et al. Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 89-97.
2. Comisión Técnica de Tuberculosis: Programa de Prevención y Control de Tuberculosis. Castellón: Conselleria de Sanitat i Consum. Monografía Sanitaria. Serie E N°. 15, 1993.

**A. Nácher Fernández^a, M.D. Ferrándiz Sellés^b
y C. Pérez Sivó^c**

^aCentro de Salud Barranquet. Castellón.

^bServicio de Medicina Intensiva. Hospital General.

Castellón. ^cCentro de Salud Almazora. Castellón.

Tabaquismo en pediatría

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 164-165)

Sr. Director:

Con mucho entusiasmo leí y releí los artículos referentes al tabaco que han publicado recientemente ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA¹⁻³. De los tres artículos, incluido el editorial, se desprende por encima de otras consideraciones que debido a la magnitud y relevancia del problema, los pediatras estamos obligados a preocuparnos y ocuparnos con más intensidad de este asunto. No basta con saber los perjuicios del tabaquismo, tenemos la obligación de implicarnos mucho más y, como en tantas ocasiones, tratar de dar soluciones de raíz. El enfoque del problema del tabaquismo debido a sus diversos aspectos (político, económico, social y sanitario) es multidisciplinario, si bien los pediatras tenemos la oportunidad de estar muy en contacto con el inicio del problema –la adolescencia–, por lo tanto, debemos intentar “vacunar” a los jóvenes con el fin de ayudarles a que mejoren su respuesta frente al tabaco. Pero esto sería quedarse corto; se debe hacer mucho más y tal vez podríamos actuar sobre tres grandes campos: *a)* el tabaquismo en los pediatras; *b)* los niños como fumadores pasivos, y *c)* el inicio en el consumo de tabaco.

No hay muchos estudios de la prevalencia del tabaco en pediatras españoles⁴. En el año 1996 sobre una muestra de 313 pediatras de toda España se halló que fumaban el 24,3% (el 23% mujeres y el 25,5% varones), el 32,6% son ex fumadores.

Asimismo, en el 37,4% de los casos se afirma realizar programas contra el inicio del consumo y el 39,9% aseguran que hacen campaña contra los fumadores pasivos. Uno de los datos más interesantes del estudio es el hallazgo de que los pediatras que más fuman son los que menos aconsejan sobre los peligros del tabaco en los niños (fumadores pasivos). En comparación con otras especialidades los pediatras son los que presentan una prevalencia menor, este hecho nos sitúa en un buen punto de partida para que nuestras acciones tengan más credibilidad ya que el ejemplo modélico es un factor determinante ante la sociedad.