

24 horas de vida: T₄ libre (T₄L), 52,8 pmol/l (valores normales [VN], 10-20 pmol/l); T₃ libre (T₃L), 18,3 pmol/l (VN, 3,5-6 pmol/l); hormona tiroestimulante (TSH), indetectable; anticuerpo anti-receptor de TSH (fundamentalmente TSI), 80% (VN, < 15%). Estos valores fueron normalizándose en aproximadamente un mes. Permaneció asintomático en todo momento sin tratamiento.

En los otros dos recién nacidos (producto de un embarazo gemelar), la madre fue intervenida un mes antes del inicio del embarazo, permaneciendo eutiroides durante el mismo (con terapia sustitutiva con L-tiroxina). Ambos presentaron signos de tirotoxicosis desde el sexto día de vida, con los siguientes hallazgos analíticos: T₄L: > 6 ng/dl (VN, 0,7-1,87); TSH, < 0,03 (VN, 0,25-4,67); TSI, > 95 U/l (VN, < 15%). Precisarón tratamiento con metimazol (80 días) y propranolol (45 días)².

A propósito de estos casos clínicos puntualizamos que:

1. La TcT en pacientes con EG no previene totalmente la reactivación de la enfermedad, incluso durante el embarazo^{3,4}. Estos autores observaron que cuanto mayor es el título de TSI preoperatorio, más tiempo tardan en normalizarse los TSI maternos, así como habrá mayores posibilidades de recurrencia de hipertiroidismo materno posquirúrgico³.

2. La TcT o la terapia con radioyodo no inducen remisión inmunológica a pesar de conseguir la remisión clínica y hormonal de la enfermedad, siendo posible la transferencia placentaria de anticuerpos TSI^{3,5}.

Ante todos estos datos, nos gustaría señalar la conveniencia de un seguimiento endocrinológico continuado de las pacientes tiroidectomizadas o tratadas con radioyodo por una EG (a pesar de existir un hipotiroidismo posterior), especialmente durante el embarazo, mediante la determinación de TSI o anticuerpos anti-receptor de TSH.

D. Moreno Pérez^a, V. Borrás Pérez^b, J.P. López Siguero^a

^aUnidad de Endocrinología Pediátrica.

Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga.

^bDepartamento de Pediatría.

Hospital General de Granollers. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

- Romero Narbona F, López Siguero JP, Martínez-Aedo Ollero MJ, Martínez Valverde A. Hipertiroidismo neonatal. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 185-188.
- Borrás Pérez V, Gussinyé Canabal P, Peñas Boira M, Zuasnarbar Cotro A, Catalá Puigbó M. Hipertiroidismo neonatal autoinmune en gemelos de madre tiroidectomizada. *An Esp Pediatr* 2000; 52 (Supl. 1): 104.
- Sugino K, Ito K, Ozaki O, Mimura T, Iwasaki H, Wada N et al. Postoperative changes in thyrotropin-binding inhibitory immunoglobulin level in patients with Graves' disease: is subtotal thyroidectomy a suitable therapeutic option for patients of child-bearing age with Graves' disease? *World J Surg* 1999; 23: 727-731.
- Okamoto T, Fujimoto Y, Obara T, Ito Y, Aiba M. Retrospective analysis of prognostic factors affecting the thyroid functional status after subtotal thyroidectomy for Graves' disease. *World J Surg* 1992; 16: 690-696.
- Smith CM, Gavranich J, Cotterill A, Rodda CP. Congenital neonatal thyrotoxicosis and previous maternal radioiodine therapy. *BMJ* 2000; 320: 1260-1261.

Red de fibrina en el líquido cefalorraquídeo de los niños con meningitis tuberculosa: un antiguo, olvidado y eficaz método para su diagnóstico precoz

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 502)

Sr. Director:

El artículo de Parrilla et al¹, sobre meningitis tuberculosa (MT), publicado recientemente en su revista nos ha parecido sumamente interesante. En él se abordan, entre otros, dos temas que merecen destacarse.

En efecto, el diagnóstico precoz de la MT es fundamental para el éxito terapéutico. Por desgracia, no existe un método rápido, sencillo, moderno y fiable en la actualidad. No obstante, los antiguos tratados citan un procedimiento muy simple que en su momento pudimos comprobar como muy eficaz. Se trata de obtener tras la correspondiente punción lumbar, 6-8 ml de líquido cefalorraquídeo (LCR), introducirlos en un tubo de ensayo, sellarlo con un tapón de plástico o de goma y dejarlo a temperatura ambiente en una zona del hospital donde no existan fluctuaciones térmicas. Al cabo de 1 o 2 días aparece una red de fibrina sobrenadando el LCR, con aspecto de nube o telaraña²⁻⁵.

Esto que nuestros médicos predecesores consideraban patognomónico de la neurotuberculosis (fig. 1), pudimos comprobar que era sistemáticamente cierto en los 10 casos de MT que tuvimos la oportunidad de tratar entre 1979 y 1985 en el Hospital Infantil Son Dureta de Palma de Mallorca. Algunos de ellos fueron objeto de publicación por sus especiales características⁶.

En la red de fibrina citada se visualiza por un microbiólogo experto, y con relativa facilidad, el bacilo de Koch²⁻⁵. Sin embargo, no publicamos un estudio específico de este importante



Figura 1. Red de fibrina en LCR en un niño con meningitis tuberculosa. Tomada de Eckstein⁵.

y sencillo procedimiento diagnóstico por parecernos que era lo bastante conocido y por considerarlo erróneamente anacrónico.

En cuanto al tratamiento, acertadamente Parrilla et al¹ remarcan que en casos de hidrocefalia es fundamental la práctica de drenaje ventricular externo, manteniéndolo el tiempo necesario para que las presiones intracraneales se normalicen. En ocasiones, según nuestra experiencia, se precisan 2 o 3 semanas⁶. De esta forma, pueden evitarse la muerte del niño o las secuelas neurológicas. También utilizamos posteriormente con excelente resultado derivación ventrículo-peritoneal⁶.

La extraordinaria revisión de Parrilla et al¹ supone para las nuevas generaciones de pediatras una puesta al día de una terrible enfermedad como la MT que afortunadamente resulta cada vez más infrecuente.

**M. Labay Matías^a, F. Valle Sánchez^a,
J. Reynes Muntaner^b, B. Gómez Rivas^b,
J. Hervás Palazón^b y M. Moros Peña^a**

Servicios de Pediatría.

^aHospital General de Teruel Obispo Polanco.

^bHospital Infantil Son Dureta. Palma de Mallorca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parrilla Parrilla JS, Sánchez Fernández N, Cintado Bueno C. Meningitis tuberculosa. ¿Una enfermedad en regresión en nuestro medio? *An Esp Pediatr* 2000; 52: 232-237.
2. Apert E. Meningitis tuberculosa. En: Apert E, ed. *Enfermedades de los niños*. Barcelona: Salvat, 1922; 484-485.
3. Von Domarus A. Enfermedades infecciosas. En: Von Domarus A, ed. *Manual Práctico de Medicina Interna*. Barcelona: Marín, 1938; 132-133.
4. Ibrahim J. Enfermedades de las meninges. En: Feer E, Bessau G, Finkelstein H, Ibrahim J, Moro E, Pfaundler M et al, eds. *Tratado de enfermedades de los niños*. Barcelona: Manuel Marín, 1955; 403-408.
5. Eckstein A. Enfermedades del sistema nervioso, incluyendo neurosis funcionales. En: Degkowitz R, Eckstein A, Freudentberg E, Brühl H, Goebel F, György P et al, eds. *Tratado de Pediatría*. Barcelona: Labor, 1935; 609-672.
6. Labay Matías MV, Sugar Bescós C, Reynés Muntaner J, Gómez Rivas B, Martínez Ibars E, Alcaraz Hurtado P. Tratamiento de las meningitis tuberculosas agudas. *An Esp Pediatr* 1982; 17: 359-365.