

^aServicio de Cirugía Pediátrica
y Unidad de la Vía Aérea.

^bUnidad de Cuidados Intensivos.
Departamento de Pediatría.
Hospital Universitario 12 de Octubre.

Correspondencia: Dr. J. Antón-Pacheco.
Servicio de Cirugía Pediátrica.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid.
Correo electrónico: janton@hdoc.insalud.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Baxter JD, Dunbar JS. Tracheomalacia. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1963; 72: 1013-1023.
2. Wailoo MP, Emery JL. The trachea in children with tracheoesophageal fistula. *Histopathology* 1979; 3: 329-338.
3. Furman RH, Backer CL, Dunham ME, Donaldson J, Mavroudis C, Holinger LD. The use of balloon expandable stents in the treatment of pediatric tracheomalacia and bronchomalacia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125: 203-207.
4. Filler RM, Messineo A, Vinograd I. Severe tracheomalacia associated with esophageal atresia: Results of surgical treatment. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 1136-1141.
5. Kiely EM, Spitz L, Brereton R. Management of tracheomalacia by aortopexy. *Pediatr Surg Int* 1987; 2: 13-15.
6. Malone PS, Kiely EM. Role of aortopexy in the management of primary tracheomalacia and tracheobronchomalacia. *Arch Dis Child* 1990; 65: 438-440.
7. Freitag L. Tracheobronchial stents. En: Bolliger CT, Mathur PN, ed. *Interventional bronchoscopy*. Karger AG 2000; 171-186.
8. Filler RM, Forte V, Chait P. Tracheobronchial stenting for the treatment of airway obstruction. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 304-311.
9. Santoro G, Picardo S, Testa G, Formigari R, Marianeschi S, Catena G, Ballerini L. Balloon expandable metallic stents in the management of tracheomalacia in neonates. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 110: 1145-1148.
10. Nicolai T, Huber RM, Reiter K, Merckenschlager A, Hautmann H, Mantel K. Metal airway stent implantation in children: Follow up of Seven Children. *Pediatr Pulmonol* 2001; 31: 289-296.

Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 264-265)

Sr. Editor:

He leído con gran interés el trabajo "Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* en una zona básica de salud"¹, tema sobre el cual estamos trabajando desde hace 6 años y nos gustaría realizar unas pequeñas puntualizaciones.

El autor habla de 31 casos de neumonía, de los cuales 4 pacientes presentan una radiografía de tórax normal. Uno de los síntomas/signos cardinales para el diagnóstico de neumonía es

una radiografía de tórax patológica, por lo que deben considerarse 31 infecciones por *Mycoplasma*, 27 de ellas neumonías.

Los autores refieren 31 neumonías durante los meses de mayo a julio de 1996, con una incidencia del 72%, explicando su alta incidencia por la posibilidad de un brote epidémico durante dicho período. Esta incidencia puede deberse a que la mayoría de los procesos neumónicos acontecidos desde mayo a finales de agosto en España y países de la cuenca mediterránea, están producidos por *Mycoplasma*^{2,3}. En algunos trabajos anglosajones refieren una mayor frecuencia también en los meses de invierno⁴, mientras que la etiología viral (adenovirus, influenza, parainfluenza) suele aparecer desde principio de invierno a finales de primavera.

Además, según refieren los autores en su trabajo, estos casos no presentan ninguno de los síntomas que podrían hacer pensar en un brote epidémico como son: contactos familiares más intensos en los períodos epidémicos y presentación del proceso neumocócico en edades más tempranas: en nuestro trabajo "*Pneumonia due to Mycoplasma Endemic versus epidemic*" pudimos apreciar una incidencia familiar muy superior durante la fase epidémica rondando el 48%, que duplica la acontecida en fase no epidémicas; también durante la fase epidémica el número de casos presentados en pacientes menores de 3 años fue del 15% frente al 3,7% en fases no epidémicas⁵.

En cuanto a la sintomatología, existe una triada típica en pacientes diagnosticados de neumonía por *Mycoplasma* (fiebre, tos y buen estado general), con una frecuencia superior al 85% en nuestros 247 pacientes pediátricos diagnosticados de neumonía por *Mycoplasma* en estos 6 últimos años. Son raros los casos de neumonía por *Mycoplasma* que exigen ingreso hospitalario, tan sólo 4 de los 132 pacientes diagnosticados hasta mayo de 1999 de neumonía por *Mycoplasma*³, y 7 de los 247 pacientes estudiados con neumonía por *Mycoplasma* hasta agosto de 2001 requirieron ingreso hospitalario.

El patrón radiológico que presentan los pacientes con neumonía por *Mycoplasma* suele ser abigarrado, con diversas imágenes radiológicas: parahiliar peribronquial, parenquimatosas, atelectásicas, etc., si bien existe una, aunque no la más frecuente, que es casi patognomónica de infección por *Mycoplasma* y es la imagen micronodular segmentaria⁶.

Los autores refieren una diferencia entre los pacientes tratados con macrólidos y aquellos tratados con betalactámicos¹. Aunque el resultado del tratamiento es mejor en aquellas neumonías tratadas con macrólidos, en la mayor parte de los casos los pacientes tratados con betalactámicos también se acaban curando, como lo demuestran diversos trabajos de neumonías comunitarias en donde no encuentran diferencias significativas en los diferentes tratamientos empleados. Incluso entre los diferentes macrólidos existe una diferencia, aunque no estadísticamente significativa, entre los diferentes macrólidos empleados, evolucionando mejor en aquellos casos tratados con claritromicina y azitromicina que en los tratados con eritromicina⁷⁻¹⁰.

J.A. Gómez Campderá

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Sección de Enfermedades Infecciosas.

Correspondencia: Dr. J.A. Gómez Campderá.

Sección de Enfermedades Infecciosas.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Dr. Castelo, 49. 28009 Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Ruiz-Cabello J, Maldonado Espinosa MJ, Rubio Quedo C, Rosales Zabel JM, Pereira Rodríguez MJ, Holgado Carballo MA. Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* en una zona básica de salud. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 108-112.
2. Ruiz Contreras J, Pascual Ruiz V. La infección por *Mycoplasma pneumoniae* en la patología respiratoria infantil. *An Esp Pediatr* 1986; 24: 15-25.
3. Gómez Campderá JA, Navarro Gómez ML, Ruiz Magro P, Rodríguez Fernández R, Izquierdo García A, Rivera Franco M. Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*. Cuatro años de estudio. *Rev Mex Puer Pediatr* 1999; 7: 58-66.
4. Broughton RA. Infection due to *Mycoplasma pneumoniae* in childhood. *Pediatr Infect Dis J* 1985; 5: 71-85.
5. Gómez Campderá JA, Rodríguez Fernández R, González Sánchez MI, Navarro Gómez ML, Rivera Franco M, Gutiérrez Rodríguez MA, Ramírez Fernández R. Pneumonia due to *Mycoplasma pneumoniae*. Endemic versus epidemic. 40th ICAAC. Toronto, 2000.
6. Vázquez J, Casanova A, Gómez Campderá JA, Delgado J, Gómez I, Relazón S, Zabalza R. Infección por *Mycoplasma pneumoniae*, patrones radiológicos. *Acta Pediatr Esp* 1997; 55: 471-474.
7. Gómez Campderá JA. Azitromicina en el tratamiento de las neumonías ambulatorias en pediatría. Estudio de 155 casos. *Acta Pediatr Esp* 1996; 54: 554-563.
8. Gómez Campderá JA. Neumonías extrahospitalaria en pediatría. *Salud Rural* 1996; XIII: 17-34.
9. Harris JA, Kolokathis A, Campbell M, Cassel GH, Hammerchlag MR. Safety and efficacy of azithromycin in the treatment of community-acquired pneumonia in children. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 865-871.
10. Wubbel L, Muniz L, Ahmed A, Trujillo M, Carubelli C, McCoig C et al. Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 19: 98-104.

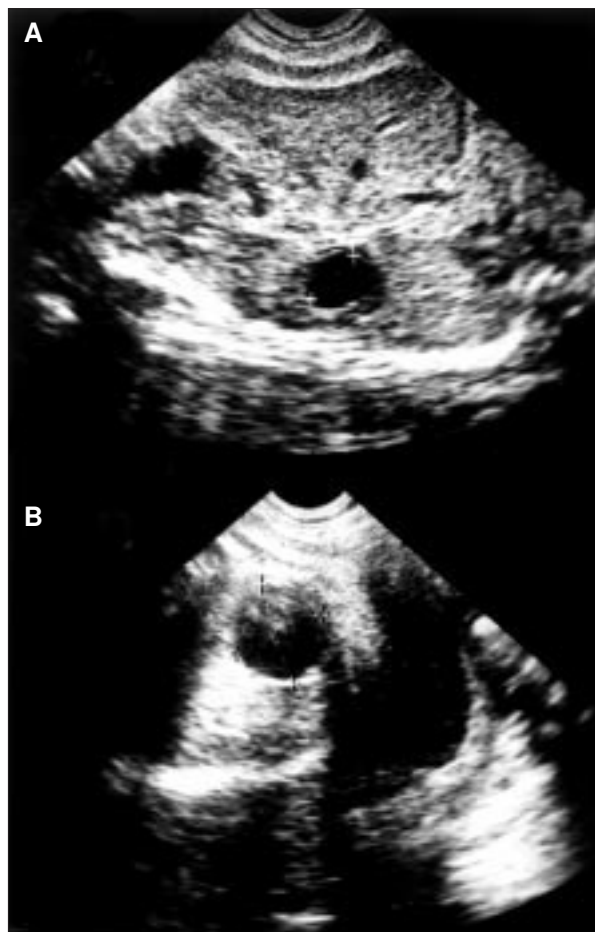


Figura 1. **A)** Ecografía prenatal a las 34 semanas de gestación. (Orientación oblicuo sagital.) Lesión quística anecogénica oval de 17 × 13 mm en región suprarrenal izquierda. **B)** A las 38 semanas masa hipoecogénica quística de 37 × 36 mm en dicha zona.

Neuroblastoma quístico prenatal

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 265-267)

Sr. Editor:

El primer diagnóstico de neuroblastoma prenatal fue descrito por Fenart et al en 1983¹.

Actualmente, con el uso sistemático de la ecografía durante el embarazo, ha aumentado el número de neuroblastomas diagnosticados, sobre todo quísticos, en el período antenatal. Se añade aquí un nuevo caso y se discute la problemática del diagnóstico diferencial y las posibles pautas de su tratamiento.

Madre de 23 años de edad. Tercera gestación. Embarazo controlado. En la ecografía rutinaria realizada a las 34 semanas de gestación se observaba una lesión quística anecogénica ovalada de 17 × 13 mm en la región suprarrenal izquierda (fig. 1A). El control ecográfico a las 38 semanas presentaba un aumento de la masa (37 × 33 mm) con mayor ecogenicidad interna (fig. 1B). La madre no presentó ninguna complicación de preeclampsia o hipertensión. Parto a término a las 40 semanas, vaginal, cefálico y sin instrumentación.

La recién nacida pesó 3.410 g. En la exploración se palpó una masa en hipocondrio izquierdo. La presión arterial fue normal. En la bioquímica en sangre destaca enolasa específica neuronal (33,2 ng/ml). Los resultados de catecolaminas en orina a los 8 días de vida referidos a miligramos de creatinina fueron: dopamina 0,475 µg; ácido vanilmandélico, 0,012 mg; ácido homovanílico, 0,021 mg. Las radiografías de tórax y abdomen no presentaron alteraciones. La ecografía Doppler abdominal mostró una masa de aspecto quístico multiseptada de 50 × 35 mm situada entre bazo y riñón izquierdo, el cual está desplazado inferiormente (fig. 2). La resonancia magnética (RM): masa suprarrenal izquierda de 40 × 30 mm, predominantemente quística que captaba contraste y presentaba proyecciones nodulares hacia el interior del quiste, compatibles con neuroblastoma quístico. A los 15 días se realizó estudio de rastreo corporal con MIBG-I123, imágenes gammagráficas que mostraban un área hipoactiva con halo hiperactivo a su alrededor localizada en región superior de hemiabdomen izquierdo. Ecografía abdominal preoperatoria sin variaciones con los controles previos.

A los 20 días de vida se realizó laparotomía con extirpación completa de una masa suprarrenal quística de 40 × 30 × 40 mm, cursando el postoperatorio sin incidencias. El examen histológico confirmó un neuroblastoma quístico. En el espesor de su pared se evidenció una neoformación constituida por células pequeñas redondas con