

proceso de queratinización de la matriz ungueal, como el liquen plano, psoriasis, eccema de contacto, eccema atópico, pénfigo vulgar y alopecia areata⁴. El liquen plano ungueal en la infancia no suele estar asociado a procesos autoinmunes y la afectación cutaneomucosa concomitante como es el caso que nos ocupa ocurre en menos del 15% de las ocasiones⁵.

La respuesta terapéutica a la administración de acetónido de triamcinolona intramuscular en dosis de 0,5 mg/kg/mes produce resultados terapéuticos satisfactorios, con mínimos efectos secundarios, produciendo mejoría parcial e incluso la total resolución del cuadro en un elevado porcentaje de los casos en un plazo inferior a 6 meses. En el caso de que exista una manifiesta corticofobia por parte de los progenitores también se puede aconsejar la abstención terapéutica, ya que se ha descrito que la variedad de la distrofia de las 20 uñas tiende a mejorar espontáneamente en el curso de los siguientes años a su diagnóstico inicial.

**R. Ruiz-Villaverde^a, D. Sánchez-Canó^b
y F.J. Pacheco Sánchez Lafuente^c**

^aUnidad de Dermatología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Granada. ^cHospital Materno-Infantil de Granada. España.

Correspondencia: Dr. R. Ruiz-Villaverde. Complejo Hospitalario de Jaén. Avda. Ejército Español, 10. 23007 Jaén. España. Correo electrónico: ismenios@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Tosti A, Piraccini BM, Cambiaghi S, Jorizzo M. Nail lichen planus in children: Clinical features, response to treatment, and long-term follow-up. *Arch Dermatol.* 2001;137:1027-32.
2. Taniguchi S, Kutsuna H, Tani Y, Kawahira K, Hamada T. Twenty-nail dystrophy (trachyonychia) caused by lichen planus in a patient with alopecia universalis and ichthyosis vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:903-5.
3. Peluso AM, Tosti A, Piraccini BM, Cameli N. Lichen planus limited to the nails in childhood: Case report and literature review. *Pediatr Dermatol.* 1993;10:36-9.
4. Jerasutus S, Suvanprakorn P, Kitchawengkul O. Twenty-nail dystrophy. A clinical manifestation of spongiotic inflammation of the nail matrix. *Arch Dermatol.* 1990;126:1068-70.
5. Silverman RA, Rhodes AR. Twenty-nail dystrophy of childhood: A sign of localized lichen planus. *Pediatr Dermatol.* 1984;1:207-10.

Sepsis neonatal por *Enterobacter sakazakii*

Sr. Editor:

El *Enterobacter sakazakii* es un bacilo gramnegativo, perteneciente a la familia de los *Enterobacteriaceae*. Es un patógeno ampliamente distribuido, relacionado con casos esporádicos o

pequeños brotes en UCIN de sepsis, meningitis y enterocolitis necrosante. Puede afectar a cualquier grupo de edad, pero son más susceptibles los recién nacidos, sobre todo pretérminos, de bajo peso, inmunocomprometidos e hijos de madres VIH¹. Las tasas de mortalidad alcanzan hasta un 50% y la morbilidad neurológica, cuando se asocia a meningitis, es muy elevada.

Aunque en ocasiones se desconoce la fuente y el vehículo de la infección por *E. sakazakii*, en la mayoría de los casos se establece que son los preparados alimenticios en polvo para lactantes (leche o fortificadores de leche materna)¹⁻³. No existen evidencias de transmisión vertical, horizontal entre lactantes o a través del medio ambiente.

Comunicamos un caso de sepsis neonatal por *E. sakazakii* en un recién nacido pretérmino de peso gestacional adecuado. Se trata de un recién nacido, varón, procedente de una segunda gestación, sin factores de riesgo de infección perinatal u otros antecedentes de interés. El parto fue a las 31 semanas, vía vaginal, eutócico, con peso al nacimiento de 1.715 g, Apgar 9/10 y pH_a cordón 7,27. Al ingreso no precisa soporte respiratorio o hemodinámico, ni cateterización central. A partir del tercer día de vida recibe nutrición parenteral central, por mala tolerancia digestiva, a través de catéter epicutáneo-cava. En el quinto día de vida presenta sepsis clínica (PCR 10 mg/dl, cultivos negativos) que necesita CPAP nasal, fármacos vasoactivos y antibioterapia intravenosa (ceftazidima y vancomicina) sin recambio de catéter. Tras mejoría clínica y analítica, presenta el décimo día de vida deterioro del estado general con episodios de apnea, nueva elevación de PCR (14 mg/dl), anemia (hemoglobina 7 g/dl), plaquetopenia (14.000/ μ l) sin otras alteraciones de la coagulación y bioquímica de LCR normal. Se reemplaza el catéter epicutáneo-cava por otro similar en la otra extremidad, se inicia antibioterapia empírica con imipenem y recibe transfusión de concentrado de hemáties y plaquetas. Se aísla en el hemocultivo *E. sakazakii* (tabla 1), siendo los cultivos de LCR, catéter vascular, heces y orina negativos.

La nutrición enteral del paciente se realizó con leche materna y preparado líquido para prematuros, no habiendo utilizado ningún producto en polvo. Se cultivaron muestras de exudado vaginal materno, leche materna, del preparado líquido y fomites, con resultado negativo.

TABLA 1. Antibiograma *Enterobacter sakazakii*

Ampicilina	Resistente
Amoxicilina-ácido clavulánico	Resistente
Piperacilina tazobactam	Sensible
Imipenem	Sensible
Meropenem	Sensible
Cefazolina	Resistente
Cefuroxima	Resistente
Cefotaxima	Resistente
Ceftriaxona	Resistente
Ceftazidima	Resistente
Cefepima	Sensible
Gentamicina	Sensible
Tobramicina	Sensible
Cotrimoxazol	Sensible
Ofloxacino	Sensible

La evolución fue favorable, manteniéndose la antibioterapia durante 10 días y recibiendo el alta a los 24 días de vida con exploración física normal. Las ecografías cerebrales seriadas fueron normales y el desarrollo psicomotor a los 12 meses de vida no muestra déficit.

Los primeros casos de infección neonatal por *E. sakazakii* fueron publicados en 1961⁴. La bibliografía internacional recoge hasta la fecha aproximadamente 70 casos de infección sistémica neonatal por *E. sakazakii*, ninguno de los cuales se ha publicado en nuestro país⁵⁻⁷.

Aunque no se ha identificado, se admite la existencia de una fuente de infección para recién nacidos, distinta a los preparados alimenticios en polvo^{2,6}. Se han descrito infecciones por *E. sakazakii* en recién nacidos, que al igual que nuestro paciente, no consumieron preparados en polvo⁸. Tampoco se ha demostrado la transmisión horizontal, a pesar del aislamiento de *E. sakazakii* en orina y heces de lactantes asintomáticos durante un brote en una UCIN². Así mismo, el aislamiento ocasional de este germen en secreciones vaginales, no ha sido suficiente para postular una transmisión vertical⁹.

La contaminación del equipo utilizado en la manipulación de preparados lácteos, también se ha relacionado como causa de algún brote, si bien en nuestro caso no hemos podido identificar fallos en los procedimientos de preparación del producto. Siguiendo las recomendaciones internacionales utilizamos preparados líquidos para lactantes y se siguen estrictamente las directrices para la manipulación de otros productos en polvo.

Se desconocen los factores que determinan la virulencia y la patogenicidad del *E. sakazakii*, pero se han descrito diferentes cepas de este germen según la producción de una endotoxina implicada en la patogenicidad. El estómago de los recién nacidos, sobre todo prematuros, es menos ácido, lo cual favorecería la supervivencia de este germen pese a que el nivel de contaminación intrínseca de los preparados sea muy bajo¹⁰.

**A. Aguirre Conde, A. Pérez Legorburu,
I. Echániz Urcelay, Z. Hernando Zárate
y J.K. Arrate Zugazabeitia**

Unidad Neonatal. Servicio de Pediatría.
Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Correspondencia: Dra. A. Aguirre Conde.
Unidad Neonatal. Hospital de Basurto.
Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao. España.
Correo electrónico: aguirre@hbas.osakidetza.net

BIBLIOGRAFÍA

- Informe de la reunión de la OMS y la FAO. *Enterobacter sakazakii* y otros microorganismos en los preparados en polvo para lactantes. Genève; 2004. Disponible en: ftp://ftp.fao.org/es/esn/jemra/mra6_es.pdf
- Biering G, Karlsson S, Clark NC, Karlsson, Jonsdóttir KE, Ludvigsson P, et al. Three cases of neonatal meningitis caused by *Enterobacter sakazakii* in powdered milk. *J Clin Microbiol.* 1989;27:2054-6.
- CDC. *Enterobacter sakazakii* infections associated with the use of powdered infant formula-Tennessee, 2001. *MMWR.* 2002;51:297-300.
- Urmenyi AM, Franklin AW. Neonatal death from pigmented coliform infection. *Lancet.* 1961;1:313-5.
- Drudy D, Mullane NR, Quinn T, Wall PG, Fanning S. *Enterobacter sakazakii*: An emerging pathogen in powdered infant formula. *Clin Infect Dis.* 2006;42:996-1002.
- López Sastre JB, Coto Cotallo D, Fernández Colomer B; Grupo de Hospitales Castrillo. Neonatal sepsis of nosocomial origin: An epidemiological study from the "Grupo de Hospitales Castrillo". *J Perinat Med.* 2002;30:149-57.
- Lai KK. *Enterobacter sakazakii* infections among neonates, infants, childrens and adults. *Medicine.* 2001;80:113-22.
- Stoll BJ, Hansen N, Fanarof AA, Lemons JA, for the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. *Enterobacter sakazakii* is a rare cause of neonatal septicemia or meningitis in VLBW infants. *J Pediatr.* 2004;144:821-3.
- Ongradi J. Vaginal infection by *Enterobacter sakazakii*. *Sex Transm Infect.* 2002;78:467.
- Pagotto FJ, Nazarowec-White M, Bidawid S, Farber JM. *Enterobacter sakazakii*: Infectivity and enterotoxin production *in vitro* and *in vivo*. *J Food Prot.* 2003;66:370-5.

Quilotórax bilateral secundario a fractura vertebral

Sr. Editor:

El quilotórax es una acumulación de líquido linfático en el espacio pleural. Es una patología no infrecuente cuya etiología más común a la edad pediátrica es la cirugía cardiotorácica. Otras causas de quilotórax descritas son tumores, malformaciones, trombosis en el sistema vena cava superior y traumatismos a nivel toracovertebral^{1,2}.

Se presenta el caso de un niño politraumatizado que a las 48 h del ingreso tras iniciar tolerancia oral a líquidos presenta disnea brusca por quilotórax bilateral.

Varón de 10 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés que ingresa en UCIP por politraumatismo tras ser arrollado por máquina agrícola. En la exploración física al ingreso destaca: una fractura abierta en tercio proximal de miembro superior izquierdo, una herida abierta con pérdida de sustancia en el tercer dedo de la mano izquierda, edema y deformidad a nivel de rodilla y tobillo derecho y múltiples erosiones en cara y tórax. El resto de la exploración física es normal.

Se realiza TC craneal y radiografía cervical normales. En radiografía de tórax y TC torácica se observa una contusión pulmonar con mínimo derrame pleural izquierdo. En la TC torácica y posterior RM se detecta una fractura a nivel del cuerpo de la segunda vértebra dorsal (D2) con ligero desplazamiento anterior sin compromiso medular (fig. 1). Se realiza radiografía de miembros superiores e inferiores donde se visualiza: una fractura oblicua desplazada de tercio medio del húmero izquierdo, una fractura proximal y distal de tibia y peroné derechos y una fractura falange distal del tercer dedo de la mano izquierda.

Se interviene bajo anestesia general de la fractura desplazada de húmero izquierdo. Tras extubación presenta leve polipnea con sa-