



CARTAS AL EDITOR

Ácidos grasos n-3 y n-6 en plasma al nacer y al año de edad y relación con el tipo de alimentación

n-3 and n-6 fatty acids in plasma at birth and at one year and the relationship with the type of feeding

Sr. Editor:

El Dr. Sanjurjo et al¹ abordan en su reciente artículo el estado plasmático de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (LCPUFA) en el recién nacido y su relación con el tipo de alimentación, una de las cuestiones candentes a la hora de realizar recomendaciones nutricionales para este grupo de edad. Sus datos contribuyen, sin duda, a crear un cuerpo de doctrina necesario para establecer dichas recomendaciones.

A lo largo del estudio se hace referencia a la importancia de sus hallazgos en relación con la recomendación de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) sobre la introducción de la alimentación complementaria. En concreto los autores señalan como una posible causa de la disminución de las concentraciones de ácido docosahexaenoico (DHA) a lo largo del primer año que «las guías recientes de la ESPGHAN recomiendan la supresión del huevo y del pescado durante el primer año de vida debido a problemas alérgicos».

Es posible que el tiempo transcurrido desde el envío del artículo (febrero de 2007) y su aceptación (marzo de 2008) no haya permitido a los autores conocer el contenido del último documento del Comité de Nutrición de ESPGHAN sobre la diversificación de la alimentación en el lactante². La introducción a su debido tiempo de la alimentación complementaria en el periodo de lactante es necesaria tanto desde el punto de vista nutricional como del desarrollo. En concreto, el Comité considera como un objetivo deseable mantener la lactancia materna exclusiva alrededor de 6 meses e introducir la alimentación complementaria no antes de la semana 17 ni después de la 26.

Mayor controversia existe sobre el calendario específico de introducción de los distintos alimentos, causado, sobre todo, por la escasez de datos científicos rigurosos.

Aunque teóricamente podría haber razones naturales para establecer unas recomendaciones distintas según se tratara de lactantes con lactancia materna o con fórmula infantil³, es una medida poco práctica y que podría ocasionar confusión entre los padres y cuidadores.

El Comité aconseja incluir buenas fuentes de hierro (p. ej., carne) y LCPUFA (p. ej., pescados grasos) en la dieta de la alimentación complementaria. Es evidente que algunos alimentos son más alergénicos que otros (p. ej., huevos, pescado, frutos secos y marisco). Sin embargo, no hay datos que soporten que la introducción tardía de estos alimentos prevenga o retrase la aparición de la alergia⁴. A partir de estas consideraciones y de las repercusiones sobre la ingesta de LCPUFA de la serie n-3, que significaría retrasar o evitar estos alimentos durante el primer año, el Comité señala que no hay datos suficientes que sustenten esta práctica. Por lo tanto, estos alimentos pueden introducirse una vez iniciada la alimentación complementaria. Esta recomendación contrasta llamativamente con la del Colegio Americano de Alergia, Asma e Inmunología⁵. La introducción precoz de leche de vaca (antes de 12 meses) también contribuiría a obtener un perfil de DHA en membrana de eritrocitos mejor que con fórmulas no suplementadas⁶. Por otras consideraciones, no obstante, el Comité indica que la leche de vaca no debe constituir la principal fuente láctea antes de los 12 meses.

La biodisponibilidad de una adecuada cantidad de LCPUFA en el primer año de vida parece tener potenciales consecuencias para el desarrollo intelectual y para la función inmunitaria, pero también en la prevención de la enfermedad cardiovascular en la edad adulta⁷.

Coincido, por tanto, en la recomendación de Sanjurjo de garantizar un aporte suficiente de n-3 en el primer año, bien por medio de una alimentación complementaria adecuada en variedad y momento de introducción o bien mediante alimentos suplementados como pueden ser las fórmulas infantiles.

Bibliografía

1. Sanjurjo Crepo P, Trebolazabala Quirante N, Aldámiz-Echevarría Azuara L, Castaño González L, Prieto Perera JA, Andrade Loreiro F. Ácidos grasos n-3 y n-6 en plasma al nacer y al año de edad y relación con el tipo de alimentación. *An Pediatr*. 2008;68:570–5.
2. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, ESPGHAN Committee on Nutrition, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;46:99–110.
3. Foote KD, Marriott LD. Weaning of infants. *Arch Dis Child*. 2003; 88:488–92.
4. Prescott SL, Tang ML. The Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy position statement: summary of allergy prevention in children. *Med J Aust*. 2005;182:464–7.
5. Fiocchi A, Assa'ad A, Bahna S. Adverse reactions to foods Committee. American College of Allergy, Asthma and Immunology. *An Allergy Asthma Immunol*. 2006;97:10–20.

6. Courage ML, McCloy UR, Herzberg GR, Andrews WL, Simmons BS, McDonald AC, et al. Visual acuity development and fatty acid composition of erythrocytes in full-term infants fed breast milk, commercial formula, or evaporated milk. *J Dev Behav Pediatr.* 1998;19:9-17.
7. Forsyth JS, Willats P, Agostoni C, Bisseden J, Casaer P, Boehm G. Long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infant formula and blood pressure in later childhood: follow up of a randomized controlled trial. *BMJ.* 2003;326:953-7.

doi:10.1016/j.anpedi.2008.08.010

Sífilis congénita en un niño de 7 semanas: ¿se hubiera evitado con otro protocolo?

Congenital syphilis in a 7-week old baby: Could it be prevented with another protocol?

Sr Editor:

La sífilis congénita (SC) es una enfermedad grave cuya prevención se basa en diagnosticar precozmente la sífilis en la embarazada y tratarla adecuadamente. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan analizar la serología de sífilis a toda mujer gestante al confirmarse el embarazo y repetir la determinación en el tercer trimestre si pertenecen a grupos de riesgo de infección¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja realizar la prueba en la primera visita de la gestante y, si los recursos lo permiten, repetirla en el tercer trimestre².

Presentamos un niño diagnosticado de SC, cuya madre, no perteneciente a ningún grupo de riesgo, presentó serología de sífilis negativa en el primer trimestre de gestación.

Niño de 7 semanas que, desde hacía 2 días, no movía las extremidades superiores cuya manipulación le provocaba llanto. Nacido de embarazo normal y controlado. La serología de sífilis durante la decimoquinta semana de embarazo mediante la reagina rápida del plasma (RPR) resultó negativa. El examen neonatal no detectó anomalías.

Exploración física: normalmente constituido; buen desarrollo ponderoestatural y psicomotor. Ambas extremidades superiores permanecían inmóviles espontáneamente (fig. 1) y su movilización resultaba dolorosa. Palidez de piel y mucosas, exantema maculopapuloso de elementos rojo-anaranjados no confluentes en tronco, segmentos distales de las extremidades, palmas y plantas. Hepatomegalia y esplenomegalia de 5 y 3 cm por debajo del reborde costal. Enantema palatino de máculas eritematosas con ulceración central.

Exámenes complementarios: anemia normocrómica y trombocitopenia (26.000/ μ l). Elevación de GOT, GPT y GGT; el resto de la bioquímica, normal. Elemental de orina, normal. Serología de sífilis: RPR positivo (título, 1/128) y microaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA) positiva (1/2.560). Otras serologías, incluido VIH, negativas. Análisis de LCR normal, con VDRL negativo. Ecografía: hepatoesplenomegalia y nefromegalia bilateral. Radiología ósea: lesiones metafisarias en muñecas y rodillas con bandas de rarefacción ósea y pequeñas fracturas en los ángulos metafisarios, con reabsorción ósea en ambas metafisis tibiales (signo de Winberger) (fig. 2).

J.M. Moreno Villares

Unidad de Nutrición Clínica.
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Correo electrónico: jmoreno.hdoc@salud.madrid.org

Serología de sífilis positiva en la madre (RPR, 1/8 y TPHA, 1/640) y en el padre (RPR, 1/4 y TPHA, 1/640).

Se trató con penicilina G sódica intravenosa, con respuesta clínica y serológica rápidamente favorables.

La SC tiene consecuencias muy graves que abarcan desde la muerte intrauterina a enfermedad prenatal o posnatal. El riesgo del contagio vertical es mayor cuando la infección materna es reciente^{3,4}.

La frecuencia de la SC depende de la del adulto. Tras disminuir la incidencia de sífilis durante la segunda mitad del siglo XX, se asiste en los últimos 15 años a un rebrote de la enfermedad en numerosos países europeos^{3,5} y en España, donde la tasa general aumentó desde 1,73/100.000 habitantes en 1999 a 4,31 en 2006 y la de SC desde 0,01 a 0,05⁶.

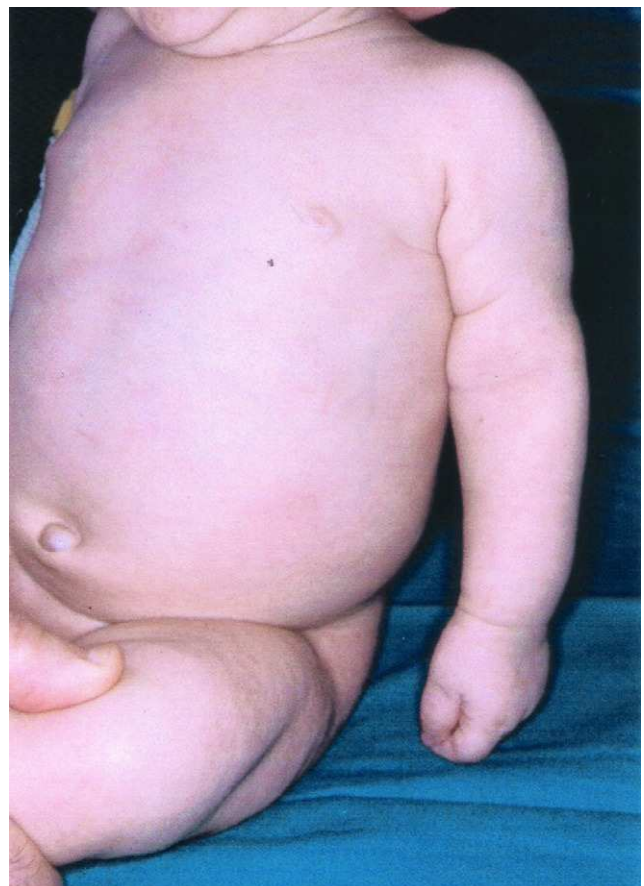


Figura 1 Seudoparálisis de Parrot.