



**Figura 1** Variaciones de las concentraciones de citoquinas después de una inyección intravenosa de endotoxina. El diagrama es una modificación del original de Couderc et al.<sup>8</sup>. IL-6: interleuquina-6; PCR: proteína C reactiva; PCT: procalcitonina; TNF: factor de necrosis tumoral.

encontraría en la sangre del cordón umbilical de los recién nacidos con factores de riesgo infeccioso.

Por otra parte, hay que recordar que la IL-6 estimula la producción hepática de otros reactantes de fase aguda que perpetúan la cascada inflamatoria como la PCR, y aunque sus niveles se han relacionado con la gravedad de la infección<sup>7</sup>, no deja de ser una citoquina con cinética corta<sup>8</sup>. Por tanto, sería prudente monitorizar la evolución de la sepsis con otros marcadores con cinéticas más prolongadas, como la PCR o la procalcitonina. No obstante, se necesitan estudios prospectivos con un mayor número de pacientes que validen estos resultados y evalúen de forma secuencial las concentraciones de los distintos marcadores proinflamatorios en la sepsis neonatal. Hasta que dispongamos de estos datos, la valoración de los distintos marcadores de infección neonatal debería ser solicitada con el «timing» adecuado, y sus resultados deberían ser analizados con precaución y de forma individualizada.

doi:10.1016/j.anpedi.2010.06.001

## Bibliografía

1. Beceiro Mosquera J, Sivera Monzo CL, Oria de Rueda Salguero O, Olivas López de Soria C, Herbozo Nory C. Utilidad de un test rápido de interleuquina 6 sérico combinado con proteína C reactiva para predecir la sepsis en recién nacidos con sospecha de infección. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:483–8.
2. López Sastre JB, Coto Cotallo GD, Fernández Colomer B; Grupo de Hospitales Castrillo. Neonatal sepsis of vertical transmission: An epidemiological study from the «Grupo de Hospitales Castrillo». *J Perinat Med*. 2000;28:309–15.
3. Chiesa C, Pellegrini G, Panero A, Osborn JF, Signore F, Assumma M, et al. C-Reactive protein, interleukin-6 and procalcitonin in the immediate postnatal period: Influence of illness severity, risk status, antenatal and perinatal complications and infection. *Clin Chem*. 2003;49:60–8.
4. Doellner H, Arntzen KJ, Haereid PE, Aag S, Austgulen R. Interleukin-6 concentrations in neonates evaluated for sepsis. *J Pediatr*. 1998;132:295–9.
5. Lehnbecher T, Schrod L, Kraus D, Roos T, Martius J, Von Stockhausen HB. Interleukin-6 and soluble IL-6 receptor in cord blood in the diagnosis of early onset sepsis in neonates. *Acta Paediatr*. 1995;84:806–8.
6. Procianny RS, Silveira RC. The role of sample collection timing on interleukin-6 levels in early-onset neonatal sepsis. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:407–10.
7. Rodríguez-Gaspar M, Santolaria F, Jarque-López A, González-Reimers E, Milena A, De la Vega MJ, et al. Prognostic value of cytokines in SIRS general medical patients. *Cytokine*. 2001;15:232–6.
8. Couderc R, Mary R, Veinberg F. Marcadores de inflamación en pediatría. *Acta Bioquím Clín Latinoam*. 2004;38:513–7.

M. Cernada Badía, V. Roqués Serradilla y M. Vento Torres\*

*Servicio de Neonatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* maximovento@telefonica.net (M. Vento Torres).

## Respuesta de los autores

### Response by the authors

*Sr. Editor:*

Agradecemos el gran interés y las matizaciones de los autores de la carta «Interleuquina-6 y diagnóstico de sepsis neonatal: algunas matizaciones»<sup>1</sup>, a la que nos gustaría aportar algunas aclaraciones. Nos parece muy interesante su experiencia y sus resultados con un grupo de neonatos con factores de riesgo infeccioso. Sin embargo, el objetivo de nuestro estudio fue analizar la utilidad de los marcadores de

infección, interleuquina-6 (IL-6) y proteína C-reactiva (PCR), en otro escenario diferente, como es el neonato que se presenta con sospecha clínica de infección y que no siempre tiene antecedentes de riesgo de infección. En cualquier caso y dada la corta vida media de IL-6, su determinación, al igual que la de PCR, se realizó en muestras recogidas en la evaluación inicial tras la sospecha clínica. Ello no repercutió significativamente en una menor sensibilidad de IL-6, ya que esta fue de 90,91% para valores de IL-6 > 53 con un alto valor predictivo negativo (VPN 96%), dato fundamental de nuestro estudio y que omite el autor de la carta. Como es lógico, encontramos una menor sensibilidad de PCR (45,5%), ya que es un marcador de aparición más tardío, como bien señalan en su carta. A pesar de ello, la combinación de PCR con IL-6 no fue útil para mejorar la

sensibilidad y el VPN (83,8%), pero sí mejoró la especificidad y el valor predictivo positivo (VPP), alcanzando el 100% en ambos casos (no el 83,8% que menciona en la carta), aunque estos valores fueron equivalentes a los de IL-6 > 96 pg/ml. Como señalamos en la discusión de nuestro artículo, la combinación de IL-6 y PCR podría ser especialmente útil cuando el paciente lleva más tiempo de evolución y es probable que la IL-6 esté ya en fase de descenso (niveles entre 54–96 pg/ml) y la PCR en ascenso. En cualquier caso, somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio, que ya señalamos en la discusión del artículo, y estamos de acuerdo con los autores de la carta en que se necesitan estudios prospectivos con un mayor número de pacientes para validar estos resultados.

doi:10.1016/j.anpedi.2010.05.021

## Aortitis séptica estafilocócica

### Staphylococcal septic aortitis

*Sr. Editor:*

La aortitis séptica (AS) es una patología infrecuente en pacientes pediátricos. Los signos y síntomas son inespecíficos por lo que requiere un alto índice de sospecha para diagnosticarlo si se quieren evitar sus complicaciones letales. Presentamos el primer caso de aortitis séptica estafilocócica en el servicio de Pediatría Oncológica del Hospital SOLCA, Quito-Ecuador.

Se trata de un niño de 8 años de edad, que 7 días antes de su ingreso a nuestro servicio, es hospitalizado por 3 días en otra institución debido a fiebre de causa no precisada. Ante la sospecha de una enfermedad oncohematológica, ingresa a nuestro hospital con fiebre acompañada de lesiones purpúricas en extremidades y tronco. Además síntomas como: astenia, mialgias, artralgias, vómito y dolor abdominal superior. Se encontraron antecedentes de ictericia, epistaxis bilateral, y lesiones costrosasangrantes en mucosas orales. No antecedentes previos de enfermedades infecciosas, inmunodepresión o alteraciones oncohematológicas.

El examen físico de ingreso reveló fiebre de 38,7°C, ictericia y lesiones purpúricas diseminadas, siendo más notorias en los pies (fig. 1). Los pulsos eran firmes y fácilmente palpables en las 4 extremidades. En la auscultación pulmonar se encontró una disminución de la entrada de aire a derecha.

La analítica del ingreso reveló leucocitosis, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia y PCR elevado. La radiografía de tórax reportó ensanchamiento mediastinal. El aspirado de médula ósea (AMO) descartó leucemia aguda.

Desde su ingreso el paciente recibió antibioticoterapia de amplio espectro para un niño oncológico febril (ceftriaxona y amikacina). Al descartar leucemia aguda mediante el AMO y al encontrar cocos Gram positivos en los hemocultivos, se asoció vancomicina. Tres cultivos de sangre periférica, el urocultivo y el cultivo de médula ósea

## Bibliografía

1. Cernada Badía M, Roqués Serradilla V, Vento Torres M. Interleuquina-6 y diagnóstico de sepsis neonatal: algunas matizaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73.

J. Beceiro Mosquera

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Campus Universitario, Alcalá de Henares, Madrid, España*  
 Correo electrónico: jbeceiro.hupa@salud.madrid.org

resultaron positivos para *Staphylococcus aureus* sensible a vancomicina.

Al quinto día de hospitalización el paciente fue admitido a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por aumento de la dificultad respiratoria, hipoxemia y acidosis respiratoria. A su ingreso se encontró palidez generalizada, taquicardia, hipertensión arterial (150/75), ruidos cardíacos hipofonéticos, abdomen doloroso, hepatomegalia y ausencia de ruidos hidro-aéreos. Los pulsos de las extremidades superiores fueron de amplitud aumentada y los de las extremidades inferiores ausentes con perfusión distal disminuida.

Un nuevo hemograma mostró caída considerable de la hemoglobina, duplicación de la leucocitosis, hiperglicemia y tiempos de coagulación prolongados.

En la radiografía de tórax se observó derrame pleural bilateral de predominio izquierdo. Se realizó una toracocentesis obteniéndose 500 ml de sangre, y se colocó un tubo torácico. El análisis citoquímico reveló la presencia de cocos Gram-positivos.

Una tomografía axial computarizada (TC) reveló un hematoma mediastínico con extravasación del contraste radiológico en este sitio a partir de la aorta (fig. 2). Se evidenció también colecciones de densidad hemática en abdomen, pelvis y retroperitoneo (fig. 3).

El cuadro clínico progresó en forma fulminante a dificultad respiratoria severa e inestabilidad hemodinámica que no se corrigió con fluidos, drogas inotrópicas, vasoactivas, ni transfusión de hemoderivados. El cultivo del líquido



**Figura 1** Lesiones purpúricas en pie izquierdo.