

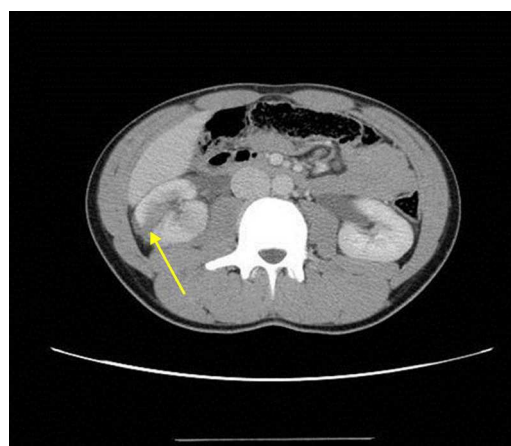
## CARTAS AL EDITOR

**Parkour: una nueva causa de lesiones internas graves****Parkour: a new cause of serious internal injury**

Sr. Editor:

*Parkour* o *Free running* es un nuevo deporte extremo, mezcla de escalada libre en roca con gimnasia, pero en un entorno urbano, tratando de superar los obstáculos del medio ambiente: ir por encima, alrededor, a través o debajo de ellos, realizando saltos, escalada o haciendo piruetas. La mayoría de los practicantes de *parkour* son excelentes atletas que practican sus saltos en un ambiente controlado (gimnasio...). Sin embargo, la realidad es que los aficionados tratan de imitar a profesionales de *parkour* sin la formación adecuada o el equipo de protección necesario. La mayoría de los casos publicados se refieren a fracturas óseas o luxaciones en aficionados<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de un paciente varón adolescente de 13 años de edad que fue trasladado a nuestro servicio de urgencias después de una caída sobre la espalda desde 3 m de altura cuando trataba de realizar un salto mientras practicaba *parkour*. Presentaba dolor abdominal periumbilical irradiado a la fosa renal derecha, acompañado de hematuria macroscópica. Se constató defensa abdominal con percusión renal derecha positiva. La cifra de hemoglobina era de 14,2 g/dl, de creatinina de 0,75 mg/dl y de urea de 18 mg/dl, con estudio de coagulación normal. Las cifras de presión arterial eran de 104/67 mmHg. El paciente no tenía fracturas costales. La ecografía abdominal reveló un área hipocóica triangular de base periférica en el riñón derecho, asociada con una cantidad mínima de fluido perirrenal; el riñón izquierdo era normal. Las imágenes de la tomografía computarizada (fig. 1) mostraron una laceración renal derecha en su región inferior que, de acuerdo a la *Organ Injury Scale of the American Association for the Surgery of Trauma* (AAST), equivalía a un grado IV (laceración parenquimatosa que se extiende a través de la corteza renal, médula, y sistema colector)<sup>3</sup>. El paciente fue remitido a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Fue valorado por el Servicio de Cirugía Pediátrica y se decidió tratamiento conservador. Permaneció en reposo con sondaje vesical y antibioterapia por vía intravenosa (amoxicilina-ácido clavulánico). A las 48 h del ingreso, la ecografía abdominal confirmó la desaparición de



**Figura 1** Corte axial de tomografía computarizada sin contraste en el que se observa la laceración del parénquima renal a través de la corteza y médula renal (flecha).

la colección perirrenal derecha y solo mostró un aumento de la ecogenicidad del polo inferior renal. Presentó hematuria macroscópica durante una semana. A los 8 días del ingreso el paciente fue dado de alta, con diuresis normal y sin hematuria.

Según sus fundadores, David Belle y Sébastien Foucan, el *parkour* es el arte de moverse de una parte a otra del entorno, buscando formas nuevas aunque potencialmente peligrosas de recorrer la ciudad. Esta disciplina trata de adaptar los movimientos del practicante a cualquier obstáculo que se encuentra en su camino<sup>2</sup>. Sus practicantes se conocen como «*parkourists*» (parkourionistas) o «*traceurs*» (trazadores). Los parkourionistas profesionales tienen algún tipo de entrenamiento en artes marciales o gimnasia, y son plenamente conscientes de los riesgos que implica la práctica de esta disciplina. El principal problema es que, dada la enorme popularidad que tienen estos deportes entre los jóvenes, cada vez más aficionados están tratando de emular los saltos y acrobacias que ven en videos en Internet o por televisión. Este es el caso del *parkour*, una disciplina que aparece en muchas películas de gran éxito (Casino Royale, La jungla 4.0, Attack the block, Yamakasi, etc.), con actores famosos persiguiendo a personas que realizan espectaculares acrobacias *parkour*. La falta de un entrenamiento adecuado y el desconocimiento de los riesgos potenciales que entraña este deporte conducen a que se observen lesiones cada vez más graves en los aficionados

que tratan de practicarlo. Hay varios artículos de lesiones producidas por el *parkour* en la literatura, todos ellos son fracturas óseas, luxaciones, roturas de ligamentos...<sup>1,2,4</sup>. No hemos encontrado ningún artículo sobre lesiones de órganos internos producidos por la práctica del *parkour*, por lo tanto este es el primer artículo que lo describe como causante de una lesión renal de alto grado en un adolescente.

Creemos que es importante conocer nuevos tipos de actividades y deportes a las que la población pediátrica y adolescente tiene acceso, de cara a proporcionar una adecuada atención y poder identificar las posibles lesiones que se produzcan durante su práctica.

## Bibliografía

1. Frumkin K. Bilateral calcaneal fractures and «free running»: a dangerously cool emerging «sport». *Ann Emerg Med.* 2005;46:300.

2. McLean C, Houshian S, Pike J. Paediatric fractures sustained in Parkour (free-running). *Injury.* 2006;37:795-7.
3. Moore EE, Shackford SR, Pachter HL, McAninch JW, Browner BD, Champion HR, et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. *J Trauma.* 1989;29: 1664-6.
4. Miller JR, Demoiny SG. Parkour: a new extreme sport and a case study. *J Foot Ankle Surg.* 2008;47:63-5.

A. Vivanco-Allende\*, A. Concha-Torre,  
S. Menéndez-Cuervo y C. Rey-Galán

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Área de Gestión de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anaviall@hotmail.com](mailto:anaviall@hotmail.com)

(A. Vivanco-Allende).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.03.004>

## Opsoclonus-mioclonus-ataxia en el contexto de infección aguda por *Mycoplasma pneumoniae*

### Acute *Mycoplasma pneumoniae* infection-associated opsoclonus-myoclonus-ataxia syndrome

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un niño de 9 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por fiebre de hasta 39,7 °C, de 6 días de evolución, en contexto de vómitos, que han ido remitiendo, y cefalea ocasional. En las 72 h previas se añaden sensación de rotación de objetos, irritabilidad y movimientos oculares caóticos. En el examen físico se objetiva ataxia, dismetría y movimientos oculares sacádicos; la funduscopía revela papiledema bilateral. Ingresamos como encefalitis para estudio. Se realizan una tomografía computarizada craneal, que no objetiva afectación, y una punción lumbar, donde se observa pleocitosis (220 leucocitos por microlitro, 100% mononucleares), hiperproteinorraquia (90 mg/dl) e hipoglucoorraquia (36 mg/dl, glucemia de 99 mg/dl), con niveles normales de adenosindeaminasa. Se realiza prueba de la tuberculina (PT) y se inicia aciclovir por vía intravenosa. El segundo día del ingreso persiste irritable, con fiebre, ataxia y movimientos oculares sacádicos, y se añaden mioclonías en la cara y los hombros. Se reorienta el caso como síndrome opsoclonus-mioclonus-ataxia (SOM) de origen parainfeccioso y se completa el estudio etiológico: virus herpes por PCR en LCR negativos, serologías negativas frente a VIH, *Borrelia burgdorferi* (*B. burgdorferi*), *Chlamydia psittaci* y *pneumoniae* y virus de Epstein-Barr, y antiestreptolisinas < 200 U/ml; PT de 0 mm, test de Quantiferón© negativo, y resonancia magnética cerebral normal. Se realiza determinación de catecolaminas en orina (ácidos homovanílico y

vanilmandélico), que son normales y descartan neuroblastoma. Se interrumpe el aciclovir y se inicia corticoterapia (dexametasona 0,15 mg/kg cada 6 h, por vía intravenosa). Presenta excelente respuesta a los corticoides, permaneciendo afebril a las 24 h y con lenta normalización de la exploración neurológica en los días siguientes. Se recibe IgM positiva a *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*), con IgG negativa, por lo que se añade claritromicina oral (8 mg/kg cada 12 h) durante 2 semanas; el estudio por PCR en plasma y LCR para *Mycoplasma* es negativo. El paciente es dado de alta con pauta descendente de corticoides. En el control ambulatorio al mes del ingreso se objetiva una recuperación clínica *ad integrum*. Se comprueba seroconversión para *M. pneumoniae* (IgG positiva) y se realiza angiorresonancia magnética cerebral que descarta vasculitis. Se cataloga de SOM en el contexto de infección aguda por *M. pneumoniae*.

El SOM es una rara entidad caracterizada por la combinación de opsoclonus (movimientos oculares caóticos, conjugados y multidireccionales), mioclonías (principalmente de tronco y cuello) y ataxia cerebelosa<sup>1</sup>. Suele ser la manifestación de un síndrome paraneoplásico (en el niño habitualmente asociado a neuroblastoma) o parainfeccioso, aunque a menudo no se llega a un diagnóstico etiológico<sup>2</sup>. El SOM se presenta generalmente en niños entre 1 y 4 años de edad, aunque en los casos de origen infeccioso suele afectar a pacientes mayores de 9 años. Está descrito en la infección por *M. pneumoniae*<sup>1</sup>, pero también asociado a otras etiologías víricas (*Coxsackie B3*, rotavirus, hepatitis C, VIH, citomegalovirus, herpes 6, Epstein-Barr, varicela o enterovirus), bacterianas (*Haemophilus influenzae*, *B. burgdorferi*, estreptococos del grupo A y *Salmonella* entérica), e incluso a *Plasmodium falciparum*<sup>2-6</sup>. En la infección aguda por *Mycoplasma*, las técnicas de biología molecular permiten un diagnóstico más precoz<sup>7</sup>, pero no son útiles en el diagnóstico de procesos inmunomediados, donde la serología sigue siendo la base del diagnóstico.