

2. Chaila MZ, Fabio S, Quiroga E, Sánchez de Boeck N, Namur M, D'urso M, et al. Prevalencia de síndrome metabólico en niños y adolescentes según diferentes criterios diagnósticos y su correlación con niveles de leptina y adiponectina. *Rev Argent Endocrinol Metab.* 2012;49:103–14.
  3. Grupo de Trabajo de la GPC sobre la prevención y tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Guía de Práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2009.
  4. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz WH. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents. Findings from the third National Health and nutrition examination survey 1988–1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:821–7.
  5. Tapia Ceballos L. Síndrome metabólico en la infancia. *An Pediatr (Barc).* 2007;66:159–66.
  6. Estrategia Naos. Ministerio de Sanidad [acceso 1 Feb 2013]. Disponible en: [http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que\\_es/](http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/)
  7. Informe migración infantil en España. UNICEF [acceso 1 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.unicef.es/infancia/ong-espana/inmigracion-e-infancia-en-espana>
  8. Díez López I, Rodríguez Estévez. Resultados de una intervención nutricional en población infantil con obesidad: diferencias entre la población inmigrante y la española. *Rev Esp Obes.* 2008;6:280–5.
  9. González García G, Rodríguez Martínez G, Romero Noreña A, Fuertes Fernández-Espinar J, Lorente Aznar T, Álvarez Sauras MT, et al. Influencia de la etnia y el sexo en la ingesta de alimentos como factores de riesgo de malnutrición en escolares. *Acta Pediatr Esp.* 2009;67:493–7.
- I. Díez López\* y A. Sarasua Miranda
- Sección de Endocrinología Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital de Txagorritxu, Vitoria, España*
- \*Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: Ignacio.diezlopez@osakidetza.net*  
 (I. Díez López).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.03.018>

## Meningitis y *Streptococcus pyogenes*: un cruce de caminos poco frecuente

### Meningitis and *Streptococcus pyogenes*: a rare cross-roads

*Sr. Editor:*

La meningitis por *Streptococcus pyogenes* (SP) es infrecuente y supone menos de un 1-3% de las enfermedades invasivas por estreptococo del grupo A<sup>1</sup>. Las meningitis causadas por este microorganismo se producen por un mecanismo de extensión por contigüidad desde un foco de infección, como otitis, sinusitis o mastoiditis.

A continuación, se describe el caso de un niño con meningitis por SP que pensamos puede ser de interés debido a la escasa frecuencia de presentación.

Varón de 12 años que acude a Urgencias por fiebre y cervicalgia. Refiere además náuseas, vómitos y somnolencia durante las 24 h previas. La semana anterior había sido valorado por su pediatra por una infección respiratoria de vías altas y una otalgia derecha.

A su llegada, el paciente se encontraba somnoliento pero consciente y orientado, con un Glasgow 14/15. La temperatura era de 37,2 °C y la presión arterial de 123/77 mmHg. En la exploración física se objetivaron una intensa hipermia faríngea y una otitis media aguda derecha supurada. En la exploración neurológica se constató rigidez de nuca y los signos de Kernig y Brudzinski fueron positivos.

El hemograma reveló un recuento de 23.510 leucocitos/ $\mu$ l con un 92% de neutrófilos y una proteína C reactiva de 20 mg/dL. Se realizó una punción lumbar y se obtuvo un líquido turbio con un total de 1.400 células (90% polimorfonucleares y 10% mononucleares), glucosa de 33 mg/dL y proteínas de 163 mg/dL. La tinción de Gram en líquido cefalorraquídeo (LCR) fue negativa.

Se inició tratamiento empírico con cefotaxima y vancomicina, y se añadió dexametasona los 2 primeros días. A

las 36 h de iniciada la antibioterapia, el estado general del paciente mejoró y la fiebre desapareció. En los cultivos de LCR y el exudado del oído derecho se aislaron colonias de SP sensible a penicilina. Los hemocultivos fueron estériles. Tras conocer los resultados del cultivo de LCR se cambió el tratamiento antibiótico a penicilina. La resonancia magnética cerebral mostró ventriculitis y ausencia de otras complicaciones intracraneales. El tratamiento antibiótico se mantuvo durante 21 días. El paciente mostró una evolución clínica favorable con una exploración neurológica normal en el momento del alta.

Trabajos recientes han descrito el aumento de las infecciones invasivas por estreptococo del grupo A desde los años ochenta<sup>2</sup>. La meningitis por SP es menos frecuente y supone menos del 1% de los casos de meningitis bacteriana<sup>3</sup>. Existen 34 casos pediátricos descritos en los últimos 30 años.

La meningitis por SP en niños se asocia con frecuencia a un foco reconocido de infección. El más común son las infecciones del oído medio, desde donde la bacteria puede alcanzar directamente el LCR<sup>4</sup>. Otros posibles focos de infección son sinusitis, infecciones respiratorias de vías altas y lesiones cutáneas, como impétigo o erisipela. La meningitis por SP puede representar una complicación de la infección varicelosa<sup>5</sup> y también se ha relacionado con el síndrome del shock tóxico<sup>6</sup>. Por otro lado, también se han comunicado casos de meningitis por SP sin un foco reconocido de infección (32%)<sup>3</sup>. En nuestro caso, el foco de infección es una otitis media aguda sin tratar y la meningitis es el resultado de la extensión al LCR del SP.

El antibiótico de elección en la meningitis por SP es la penicilina y no existen trabajos que describan resistencia de la bacteria a este fármaco. Nuestro paciente se trató inicialmente con cefotaxima y vancomicina, y tras obtener el diagnóstico etiológico se cambió a penicilina por vía intravenosa. El tratamiento se mantuvo durante 21 días. La mayoría de los casos pediátricos de meningitis por SP reciben tratamiento durante 14 a 21 días<sup>2</sup>, recomendándose tratamientos más prolongados, sobre todo en el caso de complicaciones<sup>7</sup>.

El uso de dexametasona en nuestro caso se basó en los trabajos descritos de meningitis neumocócica, en los que el tratamiento corticoideo asociado a la antibioterapia reduce la morbimortalidad<sup>8</sup>. Existen trabajos que proponen usar dexametasona como terapia adyuvante en el tratamiento de cualquier meningitis aguda que se presuma de etiología bacteriana<sup>9</sup>.

La meningitis continúa siendo una manifestación inusual de las infecciones invasivas por estreptococo del grupo A. A pesar de la baja incidencia, se han descrito casos con importantes secuelas neurológicas y curso fulminante, sobre todo en niños donde no se establecieron un diagnóstico y un tratamiento precoz. Es muy importante que todos los pediatras seamos conscientes de esta entidad, de tratamiento sencillo y bien conocido pero de curso y pronóstico grave si el diagnóstico no se establece con prontitud.

## Bibliografía

1. Lamagni TL, Darenberg J, Luca Harari B, Siljander T, Efstratiou A, Henriques Normark B, et al. Epidemiology of severe *Streptococcus pyogenes* disease in Europe. *J Clin Microbiol*. 2008;46:2359–67.
2. Fanella S, Embree J. Group A streptococcal meningitis in a pediatric patient. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2008;19:306–8.
3. Stephens DS, Farley MM. Pathogenic events during infection of the human nasopharynx with *Neisseria meningitidis* and *Haemophilus influenzae*. *Rev Infect Dis*. 1991;13:22–33.
4. Steppberger K, Adams I, Deutscher J, Müller H, Kiess W. Meningitis in a girl with a recurrent otitis media caused by *Streptococcus pyogenes*. Otitis media has to be treated appropriately. *Infection*. 2001;29:286–8.
5. Brandt CM, Kitz R, Lütticken R, Brade V. *Streptococcus pyogenes* meningitis complicating varicella in a 3-month-old child. *Scand J Infect Dis*. 2003;35:876–8.
6. Shetty AK, Frankel LR, Maldonado Y, Falco DA, Lewis DB. Group A streptococcal meningitis: report of a case and review of literature since 1976. *Pediatr Emerg Care*. 2001;17:430–4.
7. Perera N, Abulhoul L, Green MR, Swann RA. Group A streptococcal meningitis: Case report and review of the literature. *J Infect*. 2005;51:e1–4.
8. Van de Beek D, de Gans J, McIntyre P, Prasad K. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;1:CD004405.
9. Baraldés MA, Domingo P, Mauri A, Monmany M, Castellanos M, Pericas R, et al. Group A streptococcal meningitis in the antibiotic era. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1999;18:572–8.

E. Jiménez González\*, P. Bello Gutiérrez, E. Alonso Villán e I. Carabaño Aguado

*Servicio de Pediatría, Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles,, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: erika.jimenez@hospitalreyjuancarlos.es* (E. Jiménez González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.04.002>

## Tratamiento sintomático de las infecciones respiratorias agudas de vías superiores: ¿lo estamos haciendo bien?

### Symptomatic treatment of acute upper respiratory tract infections: Are we doing it right?

*Sr. Editor:*

Hemos leído con gran interés el artículo de Cano et al.<sup>1</sup> que aporta datos muy recientes sobre el consumo de fármacos anticatarrales en niños de 0-13 años. Este estudio confirma que el uso de estos fármacos no ha cambiado significativamente respecto a la última Encuesta Nacional de Salud del año 2006. Lo que parece más reseñable es que continúan siendo prescritos por médicos en su mayoría, y sobre todo en niños menores de 4 años, lo que los autores atribuyen a hábitos profundamente enraizados en la comunidad médica. La tos aguda es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría y en la mayoría de los casos es el producto de una infección de las vías respiratorias altas (IVRA). Aunque se trata de un proceso transitorio y auto-limitado, tiene un gran impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes (y sus familiares), por lo que motiva un gran consumo de fármacos. Muchos de estos medicamentos, que son de venta libre y pueden adquirirse sin receta médica

(SRM), además de tener escaso efecto en el control de la tos, tienen una morbilidad y una mortalidad asociada no despreciables.

Los fármacos más empleados para el tratamiento sintomático de la tos y de las IVRA en la infancia se clasifican en antitusígenos, mucolíticos y expectorantes, antihistamínicos y descongestionantes. Se han realizado numerosas revisiones hasta la actualidad y todas concluyen que estas medicaciones tienen escaso o ningún efecto en el control sintomático de la tos en los niños<sup>2</sup>. La revisión Cochrane de 2012, que incluye 26 ensayos, 8 de ellos en niños (n = 616), concluye que no hay evidencia a favor ni en contra de la efectividad de estos fármacos en el control de la tos asociada a IVRA<sup>3</sup>.

Aunque los fármacos SRM tienen pocos efectos secundarios a dosis adecuadas, se han publicado varios casos de intoxicación grave e incluso muerte, la mayoría de ellos asociados a sobredosificación. En Estados Unidos, durante un año, 7.091 pacientes <12 años fueron tratados en urgencias por efectos adversos de fármacos para la tos e IVRA. La mayoría tenía entre 2 y 5 años y consultó por ingesta accidental, y los <2 años por error de dosificación de los cuidadores<sup>4</sup>. La Asociación Americana de los Centros de Control de Envenenamiento en 2005 reportó 64.658 exposiciones a estos productos en niños <2 años de edad, de los cuales 28 se relacionaron con efectos adversos mayores o muerte. En una revisión de 2009 se concluye que el 85% de los casos de muerte en <12 años relacionada con fármacos para la