

de la lesión hepática a pesar de la corticoterapia asociada<sup>3</sup>.

Presentamos 2 casos de HH neonatales diagnosticados y tratados con propranolol en nuestro centro.

El primero de ellos es una recién nacida a término, macrosoma, hija de madre diabética (HMD). En la ecografía abdominal realizada durante el cribado habitual del HMD se objetivó una lesión hepática que en la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal resultó compatible con HH (fig. 1A-C). A los 13 días de vida inició tratamiento con propranolol a 1 mg/kg/día, que se aumentó paulatinamente hasta alcanzar los 3 mg/kg/día sin objetivarse efectos adversos. En la ecografía a los 4 meses de vida no se observaba la lesión hepática, por lo que se inició retirada del beta-bloqueante. No obstante, a los 15 meses se observó una recidiva del HH de 17 mm adyacente a la vena cava, que involucionó espontáneamente. Actualmente, la paciente de 24 meses de edad presenta remisión completa del tumor.

El segundo caso es una recién nacida a término de peso adecuado, trasladada a nuestro centro al segundo día de vida por masa en hemiabdomen derecho que alcanzaba fosa ilíaca derecha asociada a importante distensión abdominal y circulación colateral. En la ecografía abdominal presentaba una masa en lóbulo hepático (LH) derecho y la TAC abdominal fue compatible con HH difuso (fig. 1D-F). Al 4.º día de vida comenzó tratamiento con VCR, metilprednisolona y propranolol a 0,5 mg/kg/día y se inició estudio pretrasplante. En el control ecográfico a las 10 semanas desde el inicio del tratamiento, la lesión medía 70 × 50 mm y las lesiones en LH izquierdo apenas eran perceptibles, por lo que se suspendió VCR y se inició retirada progresiva de corticoterapia, recibiendo a partir del segundo mes de vida únicamente tratamiento beta-bloqueante, que se mantuvo durante 15 meses a dosis máxima de 3 mg/kg/dosis con buena tolerancia clínica y reducción progresiva del HH. En la actualidad, la paciente de 5 años de edad se encuentra en remisión completa.

En conclusión, el propranolol podría constituir el tratamiento de primera línea de los HH multifocales y difusos, dada su eficacia y seguridad, minimizando los riesgos asociados a otras opciones terapéuticas. Al igual que en los HI

cutáneos, suponemos que actúa deteniendo la proliferación de la lesión e induciendo su remisión.

## Bibliografía

- Mhanna A, Franklin WH, Mancini AJ. Hepatic infantile hemangiomas treated with oral propranolol—a case series. *Pediatr Dermatol.* 2011;28:39–45.
- Tan ST, Itinteang T, Leadbitter P. Low-dose propranolol for multiple hepatic and cutaneous hemangiomas with deranged liver function. *Pediatrics.* 2011;127:e772–6.
- Bosemani T, Puttgen KB, Huisman TA, Tekes A. Multifocal infantile hepatic hemangiomas—imaging strategy and response to treatment after propranolol and steroids including review of the literature. *Eur J Pediatr.* 2012;171:1023–8.
- Cavalli R, Novotna V, Buffon RB, Gelmetti C. Multiple cutaneous and hepatic infantile hemangiomas having a successful response to propranolol as monotherapy at neonatal period. *G Ital Dermatol Venereol.* 2013;148:525–30.
- Yeh I, Bruckner AL, Sanchez R, Jeng MR, Newell BD, Frieden IJ. Diffuse infantile hepatic hemangiomas: A report of four cases successfully managed with medical therapy. *Pediatr Dermatol.* 2011;28:267–75.
- Léauté-Labrèze C, Hoeger P, Mazereeuw-Hautier J, Guibaud L, Baselga E, Posiunas G, et al. A randomized, controlled trial of oral propranolol in infantile hemangioma. *N Engl J Med.* 2015;372:735–46.

M.A. Baena-Gómez<sup>a,\*</sup>, M.P. Priego Ruiz<sup>a</sup>,  
E. Mateos González<sup>a</sup>, M.J. Peña Rosa<sup>a</sup>  
y R. Muñoz Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y sus Áreas Específicas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

<sup>b</sup> Unidad de Gestión Clínica de Radiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mabaenagomez@gmail.com](mailto:mabaenagomez@gmail.com)  
(M.A. Baena-Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.05.008>

## Características clínicas y epidemiológicas de la gripe neonatal



### Clinical and epidemiological characteristics of neonatal influenza

Sra. Editora:

La gripe es una infección viral que afecta a la población general, pero preferentemente a los extremos de la vida. La gripe pediátrica se presenta básicamente antes de los 5 años. La sintomatología es bastante inespecífica en edades inferiores a los 2 años y solo a partir de los 4-5 años sus manifestaciones clínicas puede orientarnos hacia esta enfermedad<sup>1</sup>.

Existen pocos estudios sobre la gripe neonatal (menos de 28 días) y focalizados en la gripe A (H1N1) pandémica<sup>2-4</sup>. Por ello presentamos un estudio prospectivo sobre los casos detectados en las últimas 3 temporadas gripales (2012/13, 2013/14 y 2014/15).

A los pacientes que acudían a urgencias durante los meses gripales con sintomatología respiratoria se les realizó un aspirado nasofaríngeo. La detección de los virus gripales se efectuó mediante una técnica de RT-PCR en tiempo real (Anyplex<sup>®</sup> RV16; Seegen, Corea del Sur). Se revisaron las historias clínicas de los neonatos con diagnóstico de gripe.

A lo largo de las 3 temporadas se han diagnosticado 1.215 casos de gripe, de los cuales 631 (51,9%) fueron en menores de 15 años. De ellos, 21 casos se presentaron en neonatos (3,3% del total de casos de gripe estudiados). La edad media fue de 24,1 días (rango: 5-28 días). Los pacientes de menor edad (5 y 9 días) presentaron una gripe A (H3N2). En la [tabla 1](#) se presentan las características generales de los

**Tabla 1** Características generales de los pacientes con diagnóstico de gripe neonatal

	Tipo de gripe			Total (N = 21)
	A(H1N1) <sup>a</sup> (N = 10)	A(H3N2) (N = 8)	B (N = 3)	
Niño	6 (60) <sup>b</sup>	5 (62,5)	0	11 (52,3)
Niña	4 (40)	3 (37,5)	3 (100)	10 (47,7)
Edad media	24,5 días	23,5 días	24,3 días	24,1 días
Fiebre > 38 °C	8 (80)	5 (62,5)	3 (100)	16 (76,1)
Secreciones nasofaríngeas	6 (60)	5 (62,5)	3 (100)	14 (66,6)
Tos	8 (80)	3 (37,5)	1 (33,3)	12 (57,1)
Letargia	7 (70)	3 (37,5)	1 (33,3)	11 (52,3)
Lactancia materna	5 (50)	8 (100)	0	13 (61,9)
Lactancia artificial	4 (40)	0	2 (66,6)	6 (28,5)
Lactancia mixta	1 (10)	0	1 (33,3)	2 (9,6)
Ambiente familiar gripal	5 (50)	5 (62,5)	2 (66,6)	12 (57,1)
Tratamiento antibiótico	1 (10)	2 (25,0)	1 (33,3)	4 (19,1)
Ingreso hospitalario	1 (10)	0	0	1 (4,7)

<sup>a</sup> A(H1N1)pdm09.

<sup>b</sup> Número de casos (porcentaje).

neonatos estudiados. En 3 pacientes existía antecedente de prematuridad y en uno una bronquiolitis previa por VRS. Ningún paciente falleció como consecuencia o a causa de la gripe. Ninguna de las madres había sido vacunada frente a la gripe durante el embarazo.

En los neonatos estudiados no se han observado diferencias de género entre los diferentes virus gripales, salvo los casos de gripe B, aunque el escaso número no permite extraer conclusiones; tampoco se han detectado diferencias en la edad media de presentación. Sin embargo Martic et al.<sup>4</sup> han comunicado que la edad media de los neonatos infectados por el virus A (H1N1)p era de 19,2 días y en el 70% de casos eran niñas. En este mismo grupo viral la edad media de nuestros pacientes fue de 24,5 días y el 40% eran niñas, lo cual indica posibles variaciones dependientes de la población o área geográfica estudiada<sup>4</sup>.

En la mayoría de los pacientes los síntomas presentados fueron leves, no precisando ingreso hospitalario excepto en un caso, que lo fue por su prematuridad. El 100% de los neonatos infectados por el virus gripal A (H1N1)p descritos por Martic et al.<sup>4</sup> precisaron de ingreso hospitalario; nuestro paciente también estaba infectado por este mismo tipo viral. Debido a la escasa repercusión clínica del proceso gripal, ningún paciente recibió tratamiento antiviral. Este dato contrasta con el comunicado por Martic et al.<sup>4</sup> en el cual el 50% de los neonatos recibieron tratamiento con oseltamivir debido a la sintomatología neurológica predominante. En 4 pacientes (19,1%) se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico por presentar una otitis media aguda. En un estudio previo se ha comunicado que el 40% de los neonatos con gripe recibieron antibioticoterapia debido a complicaciones bacterianas (neumonía, otitis media e infección urinaria)<sup>4</sup>.

Hemos observado, que a pesar de que el 61,9% de los neonatos habían recibido lactancia materna, tuvieron infección gripal. De este modo podría decirse que la lactancia materna no ha sido un factor protector en este grupo estudiado.

Debería hacerse hincapié en la vacunación de la gestante como un factor protector frente a la gripe neonatal.

Coincidimos con otros estudios<sup>3,4</sup> en que el principal factor de riesgo para la gripe neonatal es el entorno familiar gripal (57,1%), siendo especialmente importante para los casos de gripe A (H3N2) y gripe B. Este factor familiar se ha detectado en el 90% de los neonatos estudiados con gripe A (H1N1)p<sup>4</sup>.

La gripe neonatal parece ser una entidad leve o moderada que no obliga al ingreso hospitalario debido a la escasa afectación general. La mayoría de los casos se adquieren en el entorno familiar y no presentan complicaciones respiratorias.

## Bibliografía

1. Peltola V, Ziegler T, Ruuskanen O. Influenza A and B virus infections in children. *Clin Infect Dis*. 2003;36:299–305.
2. Sert A, Yazar A, Odabas D, Bilgin H. An unusual cause of fever in a neonate: Influenza A (H1N1) virus pneumonia. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:734–6.
3. Martic J, Savic N, Minic P, Pasic S, Nedeljkovic J, Jankovic B. Novel H1N1 influenza in neonates: From mild to fatal disease. *J Perinatol*. 2011;31:446–8.
4. Martic J, Savic N, Jankovic B, Nedeljkovic J, Rakonjac Z, Pejic K, et al. Two season's experience with pandemic A H1N1 influenza infection in neonates. *Turk J Pediatr*. 2012;54:612–6.

J. Reina<sup>a,\*</sup> y F. Ferrés<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Virología, Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup> Unidad de Urgencias, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jorge.reina@ssib.es](mailto:jorge.reina@ssib.es) (J. Reina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.05.007>