

un año durante la epidemia estacional, y hasta el 5-10% de estos pacientes, requerirán ingreso por insuficiencia respiratoria o complicaciones asociadas a la enfermedad⁹. En nuestra serie, el 12% del total de las bronquiolitis requirieron cuidados intensivos, suponiendo el 13,2% del total de las bronquiolitis VRS positivas.

Las arritmias cardíacas en pacientes sin anomalías cardíacas congénitas estructurales han sido descritas como complicaciones extrapulmonares en la infección por VRS¹, constituyendo en algunas series el 2,5% de las complicaciones recogidas. En nuestra casuística las arritmias supusieron el 2,9% de las complicaciones por VRS.

Se ha descrito en la bibliografía asociación entre taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular y bloqueo auriculoventricular completo, a menudo en un patrón caótico pudiendo ser arritmias muy resistentes al tratamiento^{3-7,10}.

Es necesario que los médicos que asisten a estos pacientes, conozcan esta rara posibilidad de asociación entre infección por VRS y arritmias, para actuar de forma eficaz ante la presentación de las complicaciones cardíacas.

Bibliografía

1. Eisenhut. Extrapulmonary manifestations of severe respiratory syncytial virus infection—a systematic review. *Crit Care*. 2006; 10:R107.
2. Willson DF, Landrigan CP, Horn SD, Smout RJ. Complications in infants hospitalized for bronchiolitis or respiratory syncytial virus pneumonia. *J Pediatr*. 2003;143:5142–149.
3. Donnerstein RL, Berg RA, Shehab Z, Ovadia M. Complex atrial tachycardias and respiratory syncytial virus infections in infants. *J Pediatr*. 1994;125:23–8.
4. Armstrong DS, Menahem S. Cardiac arrhythmias as a manifestation of acquired heart disease in association with paediatric respiratory syncytial virus infection. *J Paediatr Child Health*. 1993;29:309–11.
5. Menahem S. Respiratory syncytial virus and supraventricular tachycardia in an infant. *Int J Cardiol*. 1991;32:249–51.
6. Olesch CA, Bullock AM. Bradyarrhythmia and supraventricular tachycardia in a neonate with RSV. *J Paediatr Child Health*. 1998;34:199–201.
7. Gouin S, Ali S. A patient with chaotic atrial tachycardia. *Ped Emerg Care*. 2003;19:95–8.
8. Ochoa Sangrador C, González de Dios J. Conferencia de consenso sobre bronquiolitis aguda (II): epidemiología de la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. *An Pediatr (Barc)*. 2010 Mar;72(3):222.e1–26.
9. López Guinea A, Casado Flores J, Martín Sobrino MA, Espínola Docio B, de la Calle Cabrera T, Serrano A. Bronquiolitis grave. Epidemiología y evolución de 284 pacientes. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:116–22.
10. Thomas JA, Raroque S, Scott WA, Toro-Figueroa LO, Levin DL. Successful treatment of severe dysrhythmias in infants with respiratory syncytial virus infections: Two cases and a literature review. *Crit Care Med*. 1997;25:880–6.

A.I. Garrido Ocaña^{a,*}, D. Mora Navarro^a,
E. García Soblechero^a, C. González Fuentes^a y
M.L. Domínguez Quintero^b

^a Sección de Neonatología, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España
^b Sección de Cardiología Infantil, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: anabel.garrido@gmail.com
(A.I. Garrido Ocaña).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.10.013

Quiste de vallécula como causa infrecuente de episodio aparentemente letal

Vallecular cyst as an uncommon cause of a potentially lethal event

Sr. Editor:

Los episodios aparentemente letales (ALTE) son definidos como «aquellos episodios bruscos y alarmantes para el observador, consistentes en alguna combinación de apnea, cambios en el color o en el tono, atragantamiento y/o sofocación»¹. Requieren de estimulación vigorosa o medidas de resucitación cardiopulmonar para reiniciar la respiración normal del paciente, excluyéndose los casos evidentes de atragantamiento^{2,4}. Se presentan en menores de un año, con un pico de mayor incidencia entre la primera semana y los 2 meses de vida. Su incidencia exacta es desconocida, dadas las connotaciones subjetivas de su definición, aunque se estima que oscila entre el 0,6 y el 0,8% de todas las consultas a urgencias en menores de 1 año alrededor de

0,6% por cada 1.000 recién nacidos vivos³. Aunque en un 30-50% de casos son catalogados como idiopáticos, es aconsejable realizar un estudio detallado en los ALTE de riesgo mayor para descartar la existencia de una posible patología subyacente, siendo la anamnesis y la exploración física las que orienten inicialmente la actitud a seguir. Son múltiples los protocolos de actuación existentes que incluyen las pruebas complementarias a realizar en cada momento⁵. Los diagnósticos que con mayor frecuencia se encuentran son la enfermedad por reflujo gastroesofágico, las infecciones respiratorias y las convulsiones³⁻⁶. Se debe considerar también la existencia de otros procesos que, aunque infrecuentes, en ocasiones van a explicar episodios sin causa aparente en la evaluación inicial.

Presentamos el caso clínico de un lactante varón de 3 meses de edad que acude a nuestro servicio de urgencias por presentar episodio de apnea, hipotonía, cianosis peribucal y ausencia de respuesta a estímulos de unos 10 min de duración con recuperación espontánea. Entre sus antecedentes personales: recién nacido 36 semanas de gestación con estridor inspiratorio desde el nacimiento, catalogado de probable laringomalacia, con aumento progresivo en las últimas dos semanas. En la exploración física: aceptable estado



Figura 1 Fibrobroncoscopia: tumoración quística que tracciona epiglotis, deformándola e impidiendo el cierre completo de la glotis.

general, cabeza en hiperextensión y lateralizada, estridor inspiratorio audible sin fonendo, taquipneico (frecuencia respiratoria: 45 rpm), retracción xifoidea y tiraje subcostal e intercostal. Ante el ALTE, se realizan diversas pruebas complementarias; destacando en la fibrobroncoscopia flexible el hallazgo de una tumoración redondeada, quística que tracciona la epiglotis, deformándola e impidiendo el cierre completo de la glotis (fig. 1). Se realiza una TC cervical para concretar su localización y tamaño; objetivándose un quiste de vallécula de 7,6 mm de diámetro (fig. 2). Ante la posibilidad de que pudiese tratarse de un resto tiroideo, se realiza



Figura 2 TC cervical: quiste de vallécula de 7,6 mm.

una gammagrafía tiroidea con ^{99}Tc , no evidenciándose captación del radiotrazador en ninguna localización, probablemente por inmadurez del tejido tiroideo del paciente. Durante su hospitalización, presenta empeoramiento progresivo con aumento de la dificultad respiratoria y rechazo de tomas, lo que hace necesaria su extirpación urgente mediante cirugía endolaríngea. Ante la imposibilidad de descartar tiroides ectópico, se monitorizan niveles pre y postquirúrgicos de hormona tirotrópica, siendo estos normales. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica permite el diagnóstico histológico definitivo de quiste epitelial de vallécula. El postoperatorio evoluciona favorablemente con la administración y reducción progresiva de corticoides sistémicos. Actualmente, se encuentra asintomático, con buena ganancia ponderal y no precisa ningún tratamiento.

El quiste epitelial de vallécula es una causa poco frecuente de anomalía congénita de la vía aérea superior; siendo su incidencia exacta desconocida (se estima que representa el 10,5% del total de quistes laríngeos congénitos, cuya incidencia anual oscila alrededor de 1 por 300.000 nacimientos)⁷. Su conocimiento despierta gran interés dada su potencial morbimortalidad asociada. Aunque principalmente asintomático en adultos; en general en la infancia, se presenta con estridor inspiratorio, dificultad en la alimentación, fallo de medro y/o distrés respiratorio, así como en raras ocasiones puede debutar con un episodio aparentemente letal o incluso causar la muerte por obstrucción supraglótica debido al efecto masa que provoca^{7,8}. Las características que determinan el modo de presentación clínica y su severidad son fundamentalmente el tamaño y la localización, así como su posible asociación a la laringomalacia, que facilita el colapso de las vías respiratorias debido a la existencia de una epiglotis hiperlaxa. Entre los estudios diagnósticos que deben plantearse ante la sospecha clínica de esta entidad, se deben incluir radiografía anteroposterior y lateral de cuello, TC cervical, gammagrafía tiroidea, fibrobroncoscopia flexible o laringoscopia directa^{7,9}. Las opciones terapéuticas disponibles son la resección quirúrgica abierta, la resección endoscópica asistida por láser o la marsupialización.

A pesar de su infrecuencia, los quistes congénitos valleculares deben considerarse en el diagnóstico diferencial del estridor en la infancia así como del ALTE, ya que su identificación temprana es fundamental para evitar un posible desenlace fatal.

Bibliografía

1. National Institutes of Health Consensus Development Conference on Infantile Apnea and Home Monitoring, Sept 29 to Oct 1, 1986. *Pediatrics*. 1987;79:292–9.
2. Davies F, Gupta R. Apparent life threatening events in infants presenting to an emergency department. *Emerg Med J*. 2002;19:11–6.
3. McGovern MC, Smith MBH. Causes of apparent life threatening events in infants: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2004;89:1043–8.
4. Sánchez Etxaniz J, Santiago Burruchaga M, González Hermosa A, Rodríguez Serrano R, Astobiza Beobide E, Vega Martín MI. Características epidemiológicas y factores de riesgo de los episodios aparentemente letales. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:412–8.

5. Kahn A, European Society for the Study and Prevention of Infant Death. Recommended clinical evaluation of infants with an apparent life-threatening event. Consensus document of the European Society for the Study and Prevention of Infant Death, 2003. *Eur J Pediatr.* 2004;163:108–15.
6. Semmekrot BA, Van Sleuwen BE, Engelberts AC, Joosten KF, Mulder JC, Liem KD, et al. Surveillance study of apparent life-threatening events (ALTE) in the Netherlands. *Eur J Pediatr.* 2010;169:229–36.
7. Sands NR, Anand SM, Manonkian JJ. Series of congenital vallecular cysts: a rare yet potentially fatal cause of upper airway obstruction and failure to thrive in the newborn. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;38:6–10.
8. Cheng SS, Forte V, Shah VS. Symptomatic congenital vallecular cyst in a neonate. *J Pediatr.* 2009;155:446.
9. Breysem L, Goosens V, Vander Poorten V, Vanhole C, Proesmans M, Smet M. Vallecular cyst as a cause of congenital stridor: report of five patients. *Pediatr Radiol.* 2009;39: 828–31.

C. Remón García^{a,*}, I. Delgado Pecellín^a,
Y.M. Castillo Reguera^a, A.M. Hurtado Mingo^a,
I. Obando Santaella^b y J.P. González Valencia^a

^a Unidad de Neumopediatría, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Unidad de Pediatría, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crystina.remon@gmail.com
(C. Remón García).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.11.006

Cuerpo extraño mandibular. Un diagnóstico inesperado

Mandibular foreign body. An unexpected diagnosis

Sr. Editor:

Los cuerpos extraños pueden penetrar los tejidos blandos a través de heridas o laceraciones secundariamente a un traumatismo, o por el impacto directo contra estos mismos tejidos¹. Cuando no se detectan pueden llevar a consecuencias importantes^{2,3}.

Su identificación es difícil; incluso cuerpos extraños de gran tamaño, por tener densidad radiográfica similar a los tejidos circundantes, pueden ser difíciles de identificar con los métodos de imagen usuales^{4,5}.

Presentamos el caso de un niño, de 16 meses de edad, previamente sano, que acude al servicio de Urgencias por presentar una masa cérvico-mandibular derecha de tres semanas de evolución, no había alteración del estado general ni fiebre. Ya había sido previamente tratado con ibuprofeno sin observar mejoría.

A la exploración física presentaba asimetría facial con edema de la mitad inferior de la cara a derecha; tumoración submandibular y mandibular derecha, de aproximadamente tres centímetros de diámetro, de consistencia dura, desplazable, sin dolor a la palpación ni enrojecimiento cutáneo. En la ecografía cervical se observó un conglomerado de adenopatías cervicales.

Se instituyó tratamiento con amoxicilina y ácido clavulánico y se reevaluó a los cinco días de tratamiento antibiótico; la tumoración mantenía las mismas características: sin dolor espontáneo o a palpación, con dimensiones semejantes, pero con bordes mal delimitados, y ahora no desplazable, causando retracción de la piel y del tejido subcutáneo adyacentes. Se repitió la ecografía cervical que sugería absceso con edema de la grasa adyacente; sin embargo, no excluía la posibilidad de neoformación.

Las demás pruebas complementarias, hemograma, leucograma, proteína C-reactiva y eritrosedimentación, fueron

normales; no hubo evidencia serológica de infección activa (IgM negativa para citomegalovirus, virus Epstein-Barr y para toxoplasma *gondii*; anticuerpos VHC, VIH y antígeno HBs negativos, VDRL negativo), y la prueba de la tuberculina fue negativa.

La tomografía computarizada (TC) mostró una neoformación grande con límites irregulares, infiltrando el hueso mandibular, el espacio de la carótida y las glándulas parótida y submaxilar derechas (fig. 1). Se realizó biopsia por aspiración con exteriorización de pus, el examen citológico fue compatible con inflamación, y la tinción de Ziehl-Nielsen, microbiológico y micológico fueron negativos.

Para esclarecimiento del origen de esta masa se realizó resonancia magnética (RM) en la que se observa lesión nodu-



Figura 1 TC: masa sólida en el espacio parotídeo derecho, envolviendo la mandíbula y la glándula parótida, de bordes irregulares y de tamaño 32 × 14 × 18 mm; infiltración del hueso provocando lisis ósea, y del espacio posterior envolviendo la arteria carótida retro-mandibular.