

L. Trujillo Caballero^{a,*}, J.M. García Puga^b
y S. Alguacil Antón^c

^a *Pediatría, Hospital Materno-Infantil del Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España*

^b *Pediatría, Centro de Salud Salvador Caballero, Granada, España*

^c *Medicina de Familia, Hospital San Cecilio, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauramix25@gmail.com
(L. Trujillo Caballero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.12.010>

Una rara causa de dolor abdominal en un niño sano



A rare cause of abdominal pain in a healthy child

Sra. Editora:

El reciente artículo «Imagen de esofagitis en el inmunocompetente: posibilidades diagnósticas»¹ comenta el caso de una esofagitis herpética en una niña inmunocompetente que recibió tratamiento con Aciclovir. Como se comenta, la esofagitis herpética es una infección común oportunista en el paciente inmunocomprometido, sin embargo en el individuo inmunocompetente es una enfermedad poco descrita y posiblemente infradiagnosticada², más aún en la población pediátrica donde la prevalencia de primoinfección herpética es elevada, y donde enfermedades más frecuentes tienen síntomas similares³.

Presentamos el caso de un niño de 10 años de edad sano sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por un cuadro de 7 días de evolución de fiebre elevada y dolor epigástrico; como consecuencia había perdido 2,5 kg de peso en una semana. Su madre había padecido un herpes labial previo al comienzo de los síntomas.

La exploración física revelaba signos de deshidratación leve y dolor epigástrico a la palpación abdominal. El resto de la exploración fue normal, sin observarse lesiones herpéticas.

Los estudios de laboratorio fueron anodinos salvo una proteína C reactiva de 1,4 mg/dl. Se realizó una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias, que mostraba una mucosa esofágica en tercio inferior y medio intensamente inflamada con erosiones y úlceras longitudinales (fig. 1), siendo la mucosa del tercio superior normal.

El estudio anatomopatológico de la biopsia esofágica mostraba cambios de tipo viral con celularidad inflamatoria, las técnicas específicas de inmunohistoquímica para VHS-1 y 2 fueron positivas (fig. 2); al igual que el estudio microbiológico mediante PCR para VHS-1. El resto de estudios microbiológicos para otros virus y hongos fueron negativos. Ante el diagnóstico de esofagitis se inició tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones; cuando se confirmó el origen herpético se añadió al tratamiento Aciclovir® oral. Fue seguido en la consulta de gastroenterología infantil con buena evolución.

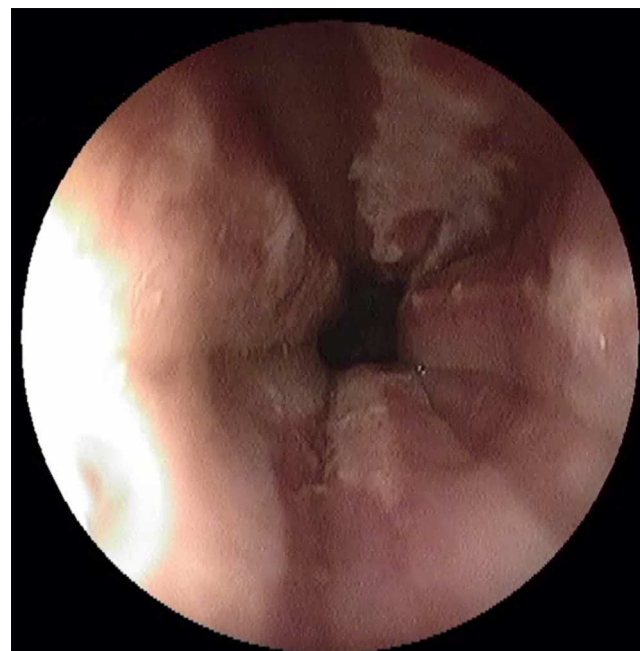


Figura 1 Imagen de endoscopia digestiva alta que muestra en el tercio medio e inferior del esófago una mucosa intensamente inflamada con erosiones y úlceras longitudinales.

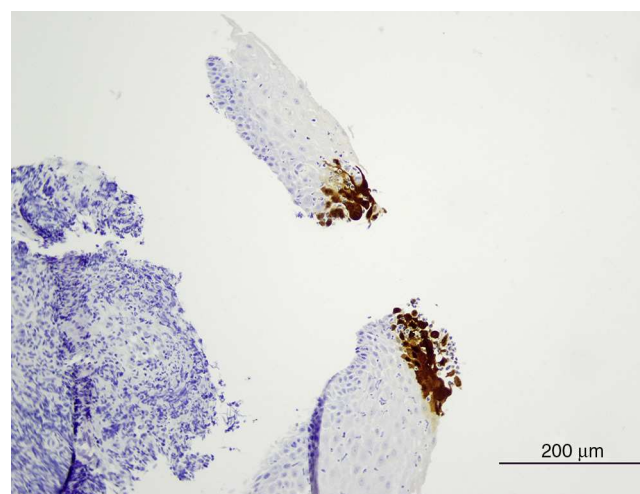


Figura 2 Imagen del estudio anatomopatológico mediante técnica específica de inmunohistoquímica para VHS-1 y 2 positiva.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.042>.

Nuestro caso señala que la esofagitis herpética debería considerarse dentro del diagnóstico diferencial en cualquier niño que acuda con la tríada de odinofagia y/o disfagia, fiebre y dolor retroesternal de comienzo agudo, particularmente si asocia una esofagitis ulcerativa en el tercio distal sin causa evidente. Se ha descrito la exposición a un miembro de la familia con lesiones de VHS⁴, como en el caso de nuestro paciente.

Las esofagitis pueden ser endoscópicamente inespecíficas, de ahí la importancia del estudio microbiológico y anatomopatológico para establecer el diagnóstico definitivo¹.

El tratamiento con Aciclovir[®] en pacientes inmunocompetentes es controvertido, ya que se trata de un proceso autolimitado, sin embargo el uso temprano de Aciclovir[®] puede acortar la clínica y reducir el riesgo de complicaciones⁴. Por último, hay que recordar que se debería hacer un estudio de la inmunidad solo si hay una mala evolución, ya que una recuperación precoz sugiere que la inmunidad humoral y celular están intactas².

Bibliografía

1. Núñez-Ramos R, Prieto Arce M, Medina Benitez E, Urruzuno Tellería P. Imagen de esofagitis en el inmunocompetente:

posibilidades diagnósticas. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81:e5-6.

2. Al-Hussaini AA, Fagih MA. Herpes simplex ulcerative esophagitis in healthy children. *Saudi J Gastroenterol*. 2011;1:353-6.
3. Rahhal RM, Ramkumar DP, Pashankar DS. Simultaneous herpetic and candidal esophagitis in an immunocompetent teenager. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;40:371-3.
4. Ramanathan J, Rammouni M, Baran J Jr, Khatib R. Herpes simplex virus esophagitis in the immunocompetent host: An overview. *Am J Gastroenterol*. 2000;2171-6.

M. Fernández Morán^{a,*}, P. Flórez Díez^a,
M. González Guerrero^b
y S. Jiménez Treviño^a

^a *Departamento de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

^b *Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta_fmoran@hotmail.com
(M. Fernández Morán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.02.015>

Importancia de un estudio basal completo en pacientes con diagnóstico de dermatomiositis juvenil



Importance of a full assessment in patients diagnosed with juvenile dermatomyositis

Sra. Editora:

Hemos leído con especial interés el caso clínico publicado de una paciente de 12 años de edad con diagnóstico de dermatomiositis juvenil (DMJ) y afectación gastrointestinal en forma de disfagia¹. Nos gustaría destacar que a pesar de que la presencia de disfagia en el comienzo de esta enfermedad es poco frecuente, estimada en un 29-44% para las miopatías inflamatorias², la presencia de alteración deglutoria por videofluoroscopia es habitual. En nuestra serie de pacientes con diagnóstico de DMJ de los últimos 10 años hemos encontrado alteración videofluoroscópica en el 87% de los casos, todos ellos asintomáticos, cifras similares a las encontradas en otras series de pacientes con DMJ^{2,3}. Es posible, por lo tanto, que esta paciente presentase afectación orofaríngea en el comienzo y no fuese un empeoramiento a pesar del tratamiento iniciado.

La presencia de afectación deglutoria en un paciente con DMJ lo clasifica como moderado. En estos casos, algunos autores recomiendan incluso prevenir la aspiración pulmo-

nar mediante sonda nasogástrica hasta que se asegure una deglución sin riesgo. La afectación de la musculatura orofaríngea no se ha relacionado con el grado de debilidad, valorado mediante escalas validadas en pediatría como la Childhood Myositis Assessment Scale (CMAS) o el Manual Muscle Test². Por ello, creemos de vital importancia realizar un estudio basal completo a todos los pacientes que incluya la realización de videofluoroscopia, independientemente de la presencia de sintomatología.

Asimismo, consideramos que para una valoración objetiva de la fuerza y resistencia en el diagnóstico inicial y en el seguimiento es fundamental el uso de maniobras validadas y estandarizadas como el CMAS.

Los glucocorticoides orales constituyen la base del tratamiento de la mayoría de las enfermedades reumatológicas, si bien no existen ensayos clínicos que comparen la eficacia de las distintas vías de administración y las dosis utilizadas. Estos fármacos actúan por 2 vías distintas: la vía genómica, a nivel del núcleo celular, modificando la expresión de genes implicados en la respuesta inflamatoria sistémica, con un tiempo de acción más lento y menor potencia antiinflamatoria, y la no genómica, con acción antiinflamatoria a nivel citoplasmático, modulando vías intracelulares implicadas en la inflamación, con un tiempo de acción rápido y efecto antiinflamatorio más intenso⁴. Los efectos secundarios de la prednisona están relacionados con su dosis total acumulada. Por el contrario, los pulsos de metilprednisolona, con acción a través de la vía no genómica, no se han relacionado con estos efectos secundarios, siendo cada vez más frecuentes la utilización de pautas combinadas de corticoides en pulsos intravenosos y orales con el objetivo de disminuir la dosis total acumulada y, consecuentemente, los efectos secundarios. Por

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.038>.