

XII CURSO DE PRIMAVERA

de la Sociedad Canaria de
Pediatría de Santa Cruz de Tenerife **2017**



**Libro de publicaciones 2016
de la Sociedad Canaria de Pediatría**

Querido amigo y socio de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife,

Un año más ponemos a tu disposición el resumen de los artículos científicos y capítulos de libros, de los que han sido autores los miembros de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife, durante el año 2016, en esta nueva edición **Libro de Publicaciones 2016, que se publica simultáneamente con la realización del XII Curso de Primavera de nuestra Sociedad.**

Como en años anteriores, queremos hacer visible durante este **XII CURSO DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD CANARIA DE PEDIATRÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE**, los artículos científicos publicados en revistas nacionales (distintas a **Canarias Pediátrica**) o internacionales, y capítulos de libros editados a lo largo del año 2016 por los miembros de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife.

Creo que es importante que conozcamos lo que se produce a nivel científico por cada uno de los que formamos la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife, y de ahí surgió hace unos años esta iniciativa, que se ha ido consolidando en cada nueva edición, hasta alcanzar esta duodécima edición.

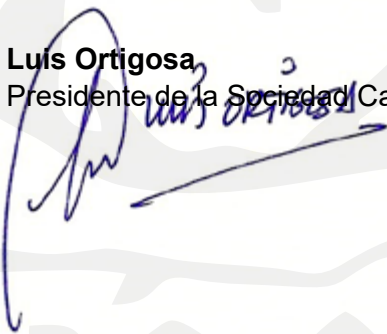
Sabemos que, aunque en este **Libro de Publicaciones 2016** están reunida buena parte de la producción científica de quienes formamos la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife, aún quedan compañeros que, por distintos motivos, no han enviado sus artículos científicos, por lo que les animamos a que desde hoy mismo vayan recopilando las publicaciones que vayan realizando a lo largo de 2017, para que puedan ser editadas en el Libro de Publicaciones de la Sociedad del año próximo.

En nombre de la Junta Directiva de la Sociedad, agradezco el esfuerzo de todos los coautores de este Libro de Publicaciones 2016 de la Sociedad Canaria de Pediatría.

En Santa Cruz de Tenerife, a 20 de Mayo de 2017

Luis Ortigosa

Presidente de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife



Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: Recomendaciones 2016

Moreno-Pérez D, Álvarez García FJ, Arístegui Fernández J, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger Rauet JM, García Sánchez N, Hernández Merino A, Hernández-Sampelayo Matos T, Merino Moína M, Ortigosa del Castillo L, Ruiz-Contreras J y en representación del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP)

An Pediatr (Barc). 2016 Enero; 84(1):60.e1-60.e13

<http://www.analesdepediatría.org/es/calendario-vacunaciones-asociacion-espanola-pediatría/articulo/S1695403316302934/>

El CAV-AEP publica anualmente el calendario de vacunaciones que estima idóneo para los niños residentes en España, teniendo en cuenta la evidencia disponible sobre las vacunas. Reconocemos el esfuerzo del Ministerio de Sanidad, en el último año, por optimizar el calendario común, con la inclusión de la vacunación frente al neumococo y la varicela en la primera infancia.

En cuanto a las vacunas financiadas incluidas en el calendario común, con los datos disponibles actualmente, y dada la falta de disponibilidad del componente de tosferina, se recomienda emplear esquemas 2 + 1 (2, 4 y 12 meses) con las vacunas hexavalentes y con la antineumocócica conjugada 13-valente.

Se aconseja un refuerzo de Tdpa a los 6 años, junto con una dosis de polio, así como vacunación con Tdpa en adolescentes y embarazadas, entre las semanas 27-36. Se emplearán esquemas de 2 dosis para triple

vírica (12 meses y 2-4 años) y varicela (15 meses y 2-4 años).

Se deben incrementar las coberturas frente al papilomavirus en niñas de 11-12 años con 2 dosis (0-6 meses), así como informar a los varones de los beneficios potenciales de la vacunación.

Respecto a las vacunas recomendadas no financiadas, dada su disponibilidad en las farmacias comunitarias, se recomienda la vacuna frente al meningococo B, con esquema 3 + 1 (3, 5, 7 y 13-15 meses), solicitando su entrada en el calendario. Es recomendable vacunar a todos los lactantes frente al rotavirus.

La vacunación antigripal anual y la inmunización frente a la hepatitis A están indicadas en grupos de riesgo.

VACUNA	Edad en meses					Edad en años				
	2	3	4	5	6-7	12	13-15	2-4	6	11-12
Hepatitis B ¹	HB		HB			HB				
Difteria, tétanos y tosferina ²	DTPa		DTPa			DTPa			Tdpa	Tdpa
Poliomielitis ²	VPI		VPI			VPI			VPI	
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ²	Hib		Hib			Hib				
Neumococo ²	VNC		VNC			VNC				
Meningococo C ²			MenC			MenC				MenC / MenACWY
Sarampión, rubéola y parotiditis ²						SRP			SRP	
Varicela ²							Var	Var		
Virus del papilloma humano ²										VPH 2 dosis
Meningococo B ²			MenB		MenB	MenB		MenB		
Rotavirus ¹	RV		RV			RV				
Gripe ²						Gripe (anual)				
Hepatitis A ²						HA 2 dosis				

 Sistemáticas financiadas
 Sistemáticas no financiadas
 Vacunas para grupos de riesgo

Mastocitosis Cutánea Difusa. Presentación de 3 casos y revisión de su manejo

Selva Folch B, López Almaraz R, Sánchez González R, Martínez de Las Heras B

An Pediatr (Barc) 2016; 84:286-8

La Mastocitosis cutánea difusa (MCD) es la forma menos frecuente (<1%) y más grave dentro de las Mastocitosis cutáneas. Existe una infiltración difusa de los mastocitos en la dermis. Clínicamente aparece un engrosamiento progresivo de la piel, prurito rebelde y afectación sistémica importante por la degranulación de los mastocitos. Los objetivos de este artículo fue revisar las historias clínicas, el manejo terapéutico basal y de los brotes de las MCD diagnosticadas en el Hospital Universitario de Canarias.

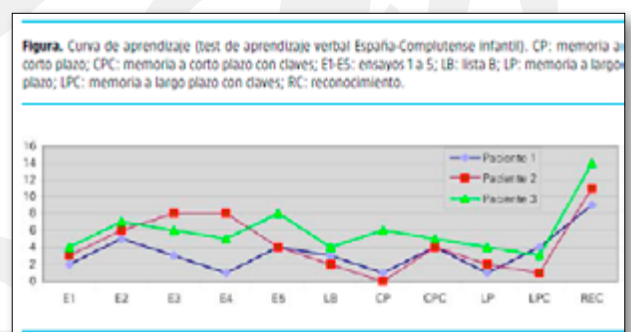


Perfil neuropsicológico en el Síndrome de Opsiclono-mioclono-ataxia como forma de presentación de tumores neurobásticos

Bravo J, López Almaraz R, Mateos M, Díaz L, Hernández-Expósito S

Rev Neurol 2016; 62: 249-57

El síndrome opsiclono-mioclono-ataxia (SOMA) o encefalopatía de Kinsbourne es un síndrome paraneoplásico de daño cerebelar asociado mayoritariamente en la edad pediátrica con tumores neuroblásticos. Diversos estudios han informado de déficits neurológicos, cognitivo-conductuales y de desarrollo persistentes en el 70-80% de estos pacientes. En este artículo presentamos los resultados de los estudios neuropsicológicos realizados a 3 casos de SOMA diagnosticadas en el Hospital Universitario de Canarias. Se aportan datos que enfatizan el papel del cerebelo en el procesamiento cognitivo complejo en población infantil, probablemente vinculado a alteraciones neuromadurativas de esta estructura motivadas por deficiencias del sistema inmunológico.



Genetic features of Neuroblastic Tumors associated with Opsoclonus-myoclonus syndrome opens up the possibility for detection in peripheral blood

Berbegall AP, López Almaraz R, Navarro S, Noguera R

Expert Rev Neurother 2016; 16: 465-7

En esta editorial se exponen los resultados nacionales de tumores neuroblásticos (TN) asociados a SOMA desde 1997 a 2014 con una incidencia del 2.36% (15 casos de un total de 646; de los cuales 3 son del HUC de La Laguna + 1 HU Cruces), mayormente estadios 1 o L1 (66.7%). Se hicieron estudios moleculares pareados con las muestras de tumor primario y sangre periférica. Se encontraron diferentes frecuencias de perfiles de anomalías cromosómicas segmentarias (SCA) entre SOMA-TN y la cohorte control de TN para pacientes >18 meses (40% versus 62,3%) y para tumores en estadio 1 (60% frente a 13,8%) que pueden ayudar a ampliar nuestro conocimiento actual sobre una biología “diferente” en esta asociación. Se propone una colaboración internacional para el análisis genómico de los TN, además de análisis genómicos en las células tumorales diseminadas y en el ADN circulante del tumor en plasma sin células (DTC / ctDNA)”. El diagnóstico exacto del TN asociado a SOMA con el análisis de sangre periférica (“BIOPSIA LÍQUIDA”) puede ser una excelente y rentable manera de evaluar el perfil genómico del tumor y acelerar el inicio de un tratamiento adecuado en estos casos tan particulares.

ESPGHAN 2012 Guidelines for Coeliac Disease Diagnosis: Validation Through a Retrospective Spanish Multicentric Study

Donat E, Ramos JM, Sánchez-Valverde F, Moreno A, Martínez MJ, Leis R, Peña-Quintana L, Castillejo G, Fernández S, García Z, Ortigosa L, Balmaseda E, Marugán JM, Eizaguirre FJ, Lorenzo H, Barrio J, Ribes-Koninckx C; SEGHP Working Group on Coeliac Disease.

J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016. Feb;62(2):284-291

Estudio retrospectivo multicéntrico español, para evaluar la eficacia de los nuevos criterios diagnósticos de la Sociedad Europea de Pediatría Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) para el diagnóstico de enfermedad celíaca (EC). Se incluyeron 2.177 niños (0.6-15.9 años), a los cuales se había practicado una biopsia intestinal entre 2000 y 2009, y con un mínimo de dos años de seguimiento tras la biopsia.

Nuestros resultados respaldan los nuevos Criterios ESPGHAN 2012 para el diagnóstico de EC, que pueden utilizarse sin riesgo de sobrediagnóstico.

Abordaje de la tos crónica en Atención Primaria a través de casos clínicos

Rodríguez Fernández-Oliva CR, Asensi Monzó MT, Moneo Hernández MI

En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2016*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 209-15. Accesible en:

https://www.aepap.org/sites/default/files/3s.11_abordaje_de_la_tos_cronica_en_ap.pdf

Se considera tos crónica en el niño aquella que dura más de 4 semanas, tiempo en el que ha cedido habitualmente la tos de un catarro de vías altas.

El tratamiento de la tos debe realizarse en función de la etiología. Con un abordaje adecuado se puede identificar la misma hasta en el 80% de los casos y el tratamiento será efectivo en el 90% de ellos.

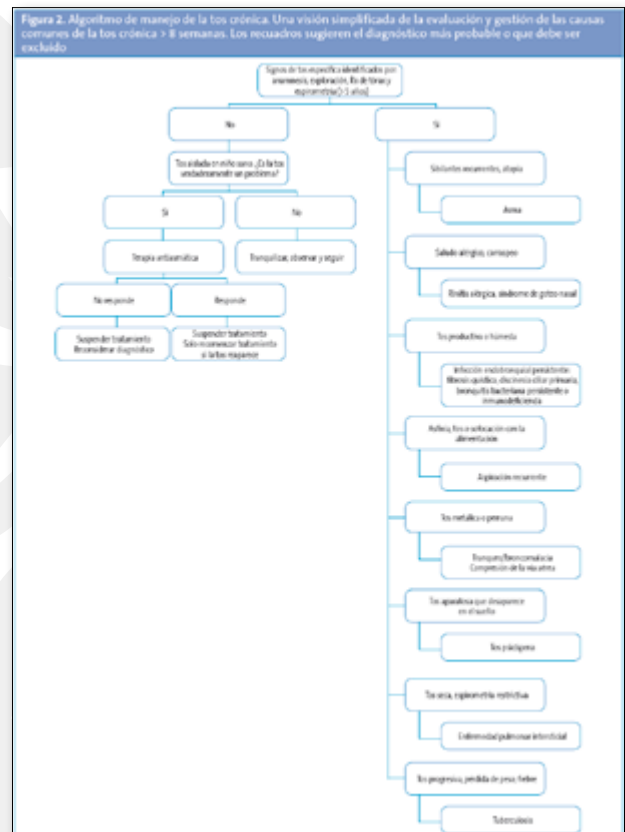
En la anamnesis se preguntará cómo empezó la tos, sus características específicas, sus desencadenantes y la respuesta a medicaciones empleadas previamente.

En la evaluación inicial es aconsejable la realización de una radiografía de tórax y una espirometría que permita descartar las etiologías más frecuentes.

En algunos casos de “tos crónica inespecífica”, en la que se ha descartado patología subyacente, se recomienda un ensayo terapéutico con corticoides inhalados a dosis medias en los casos de tos predominantemente seca (400 µg/día de budesonida o equivalente) durante 2 a 12 semanas en función de las guías, reevaluando al paciente a las 2-3 semanas, y si no responde al tratamiento, se debe retirar el mismo.

Considerar que en la tos crónica productiva de más de 3-4 semanas de duración puede haber sobreinfección bacteriana. En estos niños puede ser útil el tratamiento antibiótico durante 10-14 días. Si hay recurrencias se descartará una enfermedad de base.

No hay evidencia científica que justifique el empleo de tratamientos sintomáticos que alivien la tos, como jarabes antitusivos, mucolíticos y/o antihistamínicos.

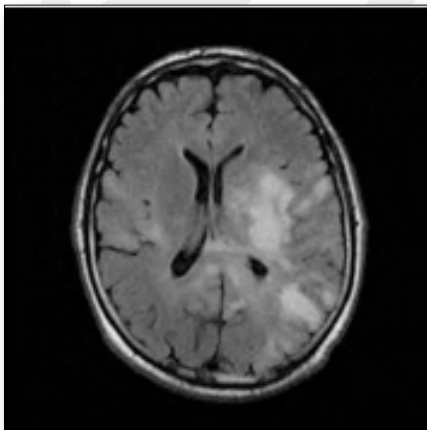
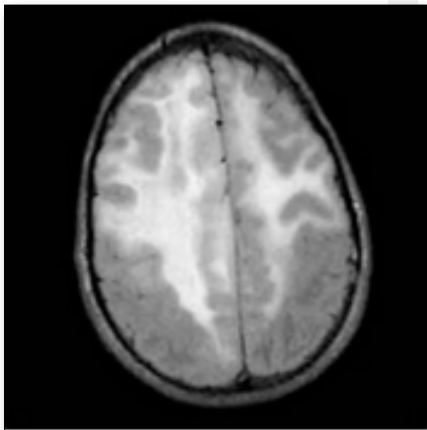


Gliomatosis Cerebri: A consensus summary report from the first International Gliomatosis Cerebri Group Meeting, march 26-27, 2015, Paris, France

Jeffrey G, Castañeda Heredia A, George E, Kieran M, Morales La Madrid A

Pediatric Blood and Cancer. Volume 63, Issue 12, pages 2072-2077, December 2016

Gliomatosis cerebri (GC) is a universally fatal extensive and diffuse infiltration of brain parenchyma by a glial tumor. Many aspects of this phenomenon remain unknown. The First International Gliomatosis cerebri Group



Meeting had the following goals: refine the clinical and radiologic diagnostic criteria for GC, suggest appropriate diagnostic procedures, standardize tissue manipulation for histologic and molecular characterization, and prioritize relevant preclinical projects. Also, general treatment recommendations were outlined for the pediatric population. Importantly, this meeting was the starting point for meaningful collaborative international research projects. This review is a consensus summary of discussions shared and conclusions derived from this meeting.

Renal function tests also exist

Monge-Zamorano M, Luis-Yanes MI, García-Nieto V

J Pediatr Urol. 2016 Apr;12(2):131-2. doi: 10.1016/j.jpurol.2015.12.005

Comment in: Response to letter to the editor 'Renal tract abnormalities missed in a historical cohort of young children with UTI if the NICE and AAP imaging guidelines were applied'. [J Pediatr Urol. 2016]



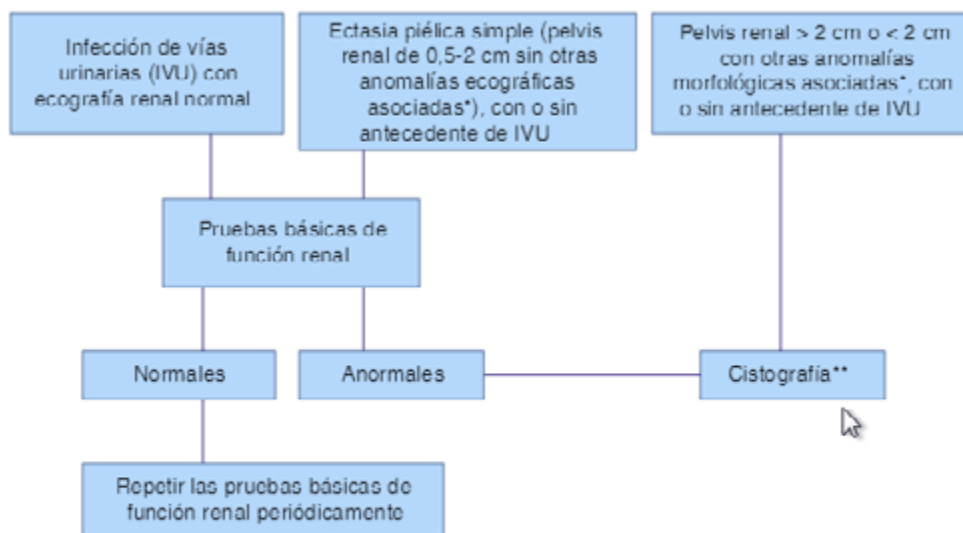
Utilidad de las pruebas básicas de estudio de la función renal en la toma de decisiones en niños con pérdida de parénquima renal o dilatación de la vía urinaria

García Nieto VM, Luis Yanes MI, Arango Sancho P, Sotoca Fernández JV

Nefrología. 2016 May-Jun;36(3):222-31

Las pruebas básicas de estudio de la función renal como la osmolalidad urinaria máxima y la eliminación urinaria de albúmina y de N-acetil-glucosaminidasa se alteran con mucha frecuencia en situaciones clínicas que cursan con hiperpresión en la vía urinaria o con pérdida de parénquima renal. No obstante, en todos los algoritmos que se pueden consultar dedicados al es-

tudio de los niños con infección urinaria o dilatación de la vía urinaria, nunca se menciona el beneficio del uso de esos parámetros funcionales. En esta revisión, se ofrece información acerca de la utilidad práctica que conlleva la determinación de los parámetros básicos de estudio de la función renal. A partir de esos datos se propone un algoritmo destinado a realizar una petición razonada de la cistografía conjuntando parámetros morfológicos y funcionales.



* Cicatrices renales, riñones atróficos o hipodisplásicos, dilatación ureteral o ureteroceles
** Preferentemente, cistosonografía

Figura 6 - Propuesta de algoritmo para solicitar una cistografía en niños con IVU o CAKUT a partir de ciertos datos morfológicos ecográficos y de las pruebas básicas de estudio de la función renal.

Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica, Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátricas, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria sobre antibioterapia en alergia a penicilina o amoxicilina

Baquero-Artigao F, Michavila A, Suárez-Rodríguez Á, Hernández A, Martínez-Campos L, Calvo C y Grupo Colaborador de Infecciones de Manejo Ambulatorio

La sospecha de alergia a antibióticos beta-lactámicos, especialmente penicilina y sobre todo amoxicilina, suponen el motivo de consulta más frecuente en las Unidades de alergia Infantil. En este documento de consenso se describe la clínica y los criterios diagnósticos de las reacciones alérgicas, así como el tratamiento antibiótico alternativo de las infecciones más habituales en pediatría, para los pacientes con sospecha diagnóstica o confirmación de la alergia.

Looking beyond patients: Can parents' quality of life predict asthma control in children?

Cano-Garcinuño A, Mora-Gandarillas I, Bercedo-Sanz A, Callén-Blecua MT, Castillo-Laita JA, Casares-Alonso I, Forns-Serrallonga D, Tauler-Toro E, Alonso-Bernardo LM, García-Merino Á, Moneo-Hernández I, Cortés-Rico O, Carvajal-Urueña I, Morell-Bernabé JJ, Martín-Ibáñez I, Rodríguez-Fernández-Oliva CR, Asensi-Monzó MT, Fernández-Carazo C, Murcia-García J, Durán-Iglesias C, Montón-Álvarez JL, Domínguez-Aurrecoechea B, Praena-Crespo M

Pediatr Pulmonol. 2016 Jul;51(7):670-7

Los factores sociales y familiares pueden influir en la probabilidad de lograr el control del asma en los niños. La calidad de vida de los padres ha sido insuficientemente explorada como un factor predictivo relacionado con la probabilidad de lograr el control de la enfermedad en niños asmáticos. Se analizaron los datos de 452 niños (edad media 9,6 años, 63,3% varones). La calidad de vida de los padres fue predictiva para el control del asma; Cada aumento puntual en la puntuación inicial de IFABI-R se asoció con una odds ratio ajustada (intervalo de confianza del 95%) de 0,56 (0,37-0,86) para un buen control del asma en la segunda visita, 2,58 (1,62-4,12) para la exacerbación del asma, 2,12 (1,33-3,38) para una visita no programada al médico, y 2,46 (1,18-5,13) para ir a la sala de emergencias. El cuartil más alto para la puntuación IFABI-R tuvo una sensibilidad del 34,5% y una especificidad del 82,2% para predecir el asma mal controlada.

Knowledge of asthma in school teachers in nine spanish cities

López-Silvarrey Varela A, Rueda Esteban S, Pértega Díaz S, Korta Murua J, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Sánchez Jiménez J, Úbeda Sansano MI, Morel Bernabé JJ, Iglesias López B, Martínez Gómez M and Román Piñana JM, EACEE investigator group

Pediatric Pulmonology 2016; 51:678-687

El objetivo es analizar el conocimiento del asma y su manejo en los profesores españoles, utilizando el cuestionario Newcastle Asthma Questionnaire (NAKQ).

Los maestros tienen un bajo nivel de conocimiento sobre el asma, con una limitación importante en algunos aspectos de la enfermedad. Deben estar capacitados para reconocer los principales síntomas de la enfermedad, cómo actuar en caso de síntomas y la identificación temprana de situaciones en las que los alumnos necesitan asistencia sanitaria.

Normal levels of urinary cc16 protein. Comments on beamer et al.

Association of children´s urinary cc16 levels with arsenic concentrations in multiple environmental media

García-Nieto V, Mancini D, Rodríguez-Carrasco E

Int. J. Environ. Res. Public Health 2016, 13, 521

Recently, Beamer et al. have published in this journal an interesting work whose objective was to determine if urinary CC16 levels in children are associated with arsenic concentrations in environmental media collected from their homes. Their hypothesis was based on the fact that arsenic exposure has been associated with decreased CC16 levels in adults. The authors concluded that lower levels of CC16 in children's urine may be associated with exposure to arsenic via multiple routes.

These results have two controversial aspects. The first one is that the kidney is a known target organ of arsenic toxicity and is critical for both in vivo arsenic biotransformation and elimination. For more than a century, it has been well known that intoxication by arsenic produces vascular or tubular histological lesions for which the term "the arsenic kidney" was created. Later, it was confirmed that chronic arsenic administration in experimental animals originates ultrastructural alterations that consist in swollen mitochondria and increased numbers of dense autophagic lysosome-like bodies in the proximal tubule cells. Moreover, a subcytotoxic dose of arsenite induces necrotic changes in the cytoplasmic structure and mitochondrial morphology in the

human proximal tubular cell line. Recently, Tokumoto et al. described that inorganic arsenic may induce p53-dependent apoptotic pathways through the downregulation of gene expression of the Ube2d family in proximal tubular cells. With the intention of examining the association between arsenic exposure and renal dysfunction, Chen et al. studied 1043 subjects from a population in Taiwan. The authors observed an abnormal urinary elimination of β 2-microglobulin when urinary levels with an arsenic-to-creatinine ratio were above 35 μ g/g. In a Mexican study, an association between urinary arsenic levels and α 1-microglobulin urinary excretion, another low-molecular-weight protein that is a marker of early tubular proximal renal injury, was observed. Consequently, the patients studied by Beamer et al. should have elevated or at least normal CC16 levels, making difficult to accept that they had reduced levels upon exposure to arsenic. The second controversial point refers precisely to the reduced urinary levels to which the paper of Beamer et al. refers. Under physiological conditions, the quasi-totality of this protein that is filtered is reabsorbed in the proximal tubule in such a way that the detectable levels in urine are very low. Therefore, in our first paper on the subject, the value of the urinary CC16-to-creatinine ratio was zero in 16 of the 31 control children (51.6%). In another recent study by our group, the average urinary CC16-to-creatinine ratio in control children ($1.12 \pm 0.59 \mu$ g/g) ($n = 28$) was even lower than that in the first study ($1.22 \pm 1.52 \mu$ g/g). In summary, we believe that Beamer et al. should reconsider the discussion of the results to which your paper refers given that having low urinary CC16 levels is normal.

¿Podemos hacer autocontrol en el asma en nuestros niños?

Rodríguez Fernández-Oliva CR, Cortés Rico O

Publicado el 13 octubre, 2016. Familia y Salud

Accesible en: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/asma-y-alergia/asma/podemos-hacer-autocontrol-en-el-asma-de-nuestros-hijos>

Autocontrol es un conjunto de “instrucciones” de lo que hay que hacer en caso de síntomas o crisis de asma, que el pediatra o neumólogo explica y da por escrito. El protagonista del plan de acción escrito o de automanejo es el paciente y su familia. Permite actuar con autonomía del personal sanitario.

El autocontrol es una meta a conseguir, para lograr el control de la enfermedad que permita una vida lo más normalizada posible. Lo ideal es que tras diagnosticar el asma y aconsejar un tratamiento, se expliquen una serie de pautas, que los padres y familias puedan seguir en casa. Hay que individualizar cada caso, pero hay puntos clave que nos permiten hacer un correcto manejo de la enfermedad. Nuestros hijos a partir de los 7 años pueden ser entrenados para identificar sus síntomas y aprender las pautas y conductas a seguir.

Es importante involucrar en el manejo de la enfermedad a toda la familia (padres, cuidadores, otros miembros), a la escuela y al entorno donde el niño o adolescente desarrolla su actividad física y/o deporte.

Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio

Conejo Fernández A, Martínez Roig A, Ramírez Balza O, Álvez González F, Hernández Hernández A, Baquero Artigao F, Alfayate Domínguez S, Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega J, Moraga Llop FA, de Lucas González R, Calvo Rey C

Cómo citar este artículo: Conejo Fernández A, Martínez Roig A, Ramírez Balla O, Alvez González F, Hernández Hernandez A, Baquero Artigao F, et al. Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio. Rev pediatr Aten primaria 2016;18:XX-XX

Entre las infecciones por hongos, las micosis superficiales, adquiridas por contacto directo o indirecto con un animal o con una persona infectados, son las más habituales en la infancia. Los patógenos más frecuentes en el niño inmunocompetente son las levaduras (*Candida* y *Malassezia*) y los dermatofitos. La morbilidad de las micosis superficiales es tan importante como poco considerada, pues existe la falsa Impresión de que constituyen un problema menor pese a su gran incidencia en la práctica habitual En el presente documento de consenso, elaborado por el Grupo de Trabajo de Infecciones de Manejo Ambulatorio de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y la Sociedad

Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), se abordan los aspectos esenciales de la infección micótica superficial en el niño inmunocompetente.

Fecal Gluten Peptides Reveal Limitations of Serological Tests and Food Questionnaires for Monitoring Gluten-Free Diet in Celiac Disease Patients

Comino I, Fernández-Bañares F, Esteve M, Ortigosa L, Castillejo G, Fambuena B, Ribes-Koninckx C, Sierra C, Rodríguez-Herrera A, Salazar JC, Caunedo A, Marugán-Miguelsanz JC, Garrote JA, Vivas S, lo lacono O, Núñez A, Vaquero L, Vegas AM, Crespo L, Fernández-Salazar L, Arranz E, Jiménez-García VA, Montes-Cano MA, Espín B, Galera A, Valverde J, Girón FJ, Bolonio M, Millán A, Martínez Cerezo F, Guajardo C, Alberto JR, Rosinach M, Seguroa V, León F, Marinich J, Muñoz-Suano A, Romero-Gómez M, Cebolla A, Sousa C

Am J Gastroenterol. 2016 Oct;111(10):1456-1465

<http://www.nature.com/ajg/journal/v111/n10/pdf/ajg2016439a.pdf>

El tratamiento de la Enfermedad Celíaca (EC) consiste en una dieta sin gluten, estricta y duradera (DLG). Los pacientes deben ser controlados mediante encuestas dietéticas y marcadores serológicos de EC, para asegurar la adherencia a la dieta. Sin embargo, ninguno de estos métodos

ofrece una medida exacta del cumplimiento dietético. El objetivo de este estudio fue evaluar la medición de péptidos inmunogénicos de gluten (GIP) en las heces como un marcador de adherencia a la DLG, y compararlo con los métodos tradicionales de monitorización de la DLG.

Se realizó un estudio prospectivo, no aleatorizado, multicéntrico, que incluyó a 188 pacientes con EC en DLG y 84 controles sanos. Todos los pacientes recibieron un cuestionario dietético y se determinó la eliminación de GIP fecal cuantificado por Ensayo inmunoenzimático (ELISA). Y se midieron simultáneamente Ac antitransglutaminasa sérica IgA, y Ac antigliadina deaminada

La detección de péptidos de gluten en las heces (GIP) revela las limitaciones de los métodos tradicionales para la vigilancia de la DLG en los pacientes celíacos. Este método GIP-ELISA permite la evaluación directa y cuantitativa de la exposición precoz al gluten después de la ingestión y podría ayudar en el diagnóstico y manejo clínico de los pacientes celíacos no respondedores y de los pacientes con EC refractaria.

Agnesia renal unilateral. Nuevos argumentos acerca de la relación genética entre la urolitiasis y las malformaciones renales

García Nieto V, Huertes Díaz B, Escribano Subías J, Alarcón Alacio MT, González Rodríguez JD, Cabrera Sevilla JE, Peralta Aros C, Luis Yanes MI

An Pediatr (Barc). 2016 Nov;85(5):240-246

Antecedentes

En escasos trabajos previos, se ha comunicado que puede observarse la presencia de hipercalciuria en pacientes portadores de algunos tipos de CAKUT, como estenosis pieloureteral, reflujo vesicoureteral o quistes renales simples. Además, se ha descrito una prevalencia mayor de hipercalciuria y/o urolitiasis en los miembros de las familias de esos niños con algunos tipos de CAKUT, en comparación con la población en general. El presente estudio se llevó a cabo para averiguar si los niños con agnesia renal unilateral (ARU) tienen las características descritas anteriormente en otros tipos de CAKUT.

Métodos

En un estudio descriptivo y multicéntrico se determinó la prevalencia de hipercalciuria, hipocitraturia y urolitiasis en 67 niños (43 hombres y 24 mujeres) con ARU y sus familias.

Resultados

En 26 niños (38,8%) se observaron las 2 anomalías metabólicas que favorecen la

formación de cálculos renales distribuidos de la siguiente manera: hipercalcioria en 16, hipocitraturia en 9 y tanto hipercalcioria como hipocitraturia en uno. Ocho niños (11,9%) presentaron un cólico renal durante el tiempo total de seguimiento. Una historia familiar de litiasis urinaria se encontró en 42/67 de los niños (62,7%): en familiares de primer grado en 12 de ellos, en familiares de segundo grado en 15 y en ambos grados de familiares en los otros 15. En contraste, en el grupo de control histórico, solamente en el 28,1% de las familias al menos un miembro había tenido urolitiasis.

Conclusión

Nuestros resultados muestran que la prevalencia de la hipercalcioria y/o hipocitraturia en pacientes pediátricos con ARU es mayor que en la población general. Asimismo, la prevalencia de urolitiasis en las familias de estos niños es también mayor que en la población general.

Can acetazolamide be used to treat diseases involving increased bone mineral density?

González-Rodríguez JD, Luis-Yanes MI, Inglés-Torres E, Arango-Sancho P, Cabrera-Sevilla JE, Duque-Fernández MR, Gil-Sánchez S, García-Nieto VM

Intractable Rare Dis Res. 2016 Nov;5(4):284-289

Sclerosing bone dysplasias are a series of clinically and genetically heterogeneous diseases characterized by functional failure of the osteoclasts in bone resorption, leading to an excessive amount of bone mineral density (BMD) which could have serious

clinical consequences. We treated three children affected with seriously high levels of BMD with acetazolamide, with the intention of inducing metabolic acidosis, thus increasing bone resorption and reducing BMD. All our patients tolerated and followed the treatment well and the clinical response was satisfactory in all cases.



Osteopetrosis. Mottled sclerotic pattern in bones of left hand of male patient.



Patient's craniometaphyseal dysplasia. (A) Cranial radiography on diagnosis: Irregular cranial sclerosis. (B) Radiography of lower limb on diagnosis: Metaphyseal widening with areas of hyperdensity and hypodense zones in diaphysis.

Urinary clara cell protein in kidney transplant patients: A preliminary study

García-García PM, Martín-Izquierdo E, de Basoa CM, Jarque-López A, Pérez-Suárez G, Rivero-González A, González-Posadas JM, Macía-Heras M, García-Nieto VM, Navarro-González JF

Transplant Proc. 2016 Nov;48(9):2884-2887

Resumen

Objective: The aim of this exploratory study was to analyze the urinary excretion of Clara cell protein (CC16), a new marker of proximal tubular dysfunction (PTD), in kidney transplantation (KT).

Materials and methods

Urinary concentrations of CC16, β 2-microglobulin (β 2m), and N-acetyl-glucosaminidase (NAG) were measured in 50 KT patients (72% men; mean age 50.4 ± 12.4 years; diabetes in 24%; duration of KT 4.3 ± 3.1 years) and 10 healthy controls (6 men; mean age 33.6 ± 13.4 years).

Results

Urinary levels of β 2m, NAG, and CC16 were significantly higher in KT patients than in controls: β 2m: 0.77 (interquartile range [IQ] 0.22 to 4.62) g/g vs 0.069 (IQ 0.05 to 0.10) g/g; NAG: 3.16 (IQ 2.09 to 5.33) U/g vs 1.73 (IQ 1.25 to 2.07) U/g; CC16: 26.01 (IQ 8.62 to 123.3) g/g vs 2.51 (IQ 0.83 to 7.18) g/g ($P < .001$). Elevated levels of β 2m, NAG, and CC16 were found in 81%, 28%, and 71% of KT patients, respectively. Urinary levels of β 2m, NAG, and CC16 signifi-

cantly increase as glomerular filtration rate (GFR) decreases. Interestingly, in patients with GFR >60 mL/min, we still found high levels of β 2m, NAG, and CC16 in 77%, 13%, and 52%, respectively. Diabetic subjects had significant higher levels of the 3 markers compared with nondiabetic subjects, without differences in albumin excretion or GFR. CC16 showed a positive correlation with urinary albumin ($r = 0.42$, $P < .001$), NAG ($r = 0.352$, $P < .05$), and β 2m ($r = 0.75$, $P < .001$).

Conclusion

PTD is highly prevalent in KT patients. This is the first study that analyzes CC16 in KT patients, showing that the urinary excretion of this protein is significantly increased in this population. Further studies are needed to examine the clinical value of CC16 in KT patients.

La medicina de los niños en tiempos de cervantes. Primeras monografías médicas pediátricas en España hace 400 años

Zafra Anta MA, Gorrotxategi Gorrotxategi P, de Arana Amurrio JI, García Nieto VM; en representación del Comité de Historia de la Asociación Española de Pediatría

An Pediatr (Barc). 2016Dec;85(6):32

Este año 2016 se cumplen 400 años de la muerte de Cervantes, escritor universal nacido en Alcalá de Henares. Aunque en El Quijote, su obra cumbre, apenas se citan las enfermedades de la infancia, como por ejemplo, alferecía (convulsiones), sí se en-

cuentran numerosas referencias sociales y médicas en este y otros textos de Cervantes. Con este estudio histórico resumido sobre el inicio de las monografías pediátricas en España en tiempos de Cervantes, queremos conmemorar su obra.

Con estas primeras monografías, algunos autores concluyen que se produce un nacimiento en España de la medicina de los niños en la Edad Moderna. Sin embargo, posteriormente, la literatura médica del setecientos no recoge ningún texto pediátrico sistemático, a diferencia de los siglos XVI y XVII. Como comentarios se puede citar que, dada la poca significación social del niño como entidad diferenciada en la historia hasta el siglo XX, se entiende que la enfermedad pediátrica no esté muy diferenciada en el período histórico de Cervantes y del Siglo de Oro. Pero fue en este Siglo de Oro cuando se escribieron e imprimieron las primeras monografías con signos, síntomas y enfermedad pediátrica; y también de puericultura. La aportación de la medicina española del Renacimiento a las monografías fue importante y referenciada en la época, aunque no tanto como la alemana e italiana.



LIBROS

Dolor torácico de evolución atípica

Papoyan Zapatero R, Rodríguez Carrasco E

En: Ebook VIII Curso Intensivo para Residentes de Cuidados Intensivos Pediátricos. Editorial Ergon. ISBN: 978-84-16732-46-3. Marzo de 2016.

Niña de 10 años de edad que presenta desde hace aproximadamente tres días dolor torácico que ha ido empeorando de forma progresiva, asociado a decaimiento y vómitos en las últimas 24 horas. Además refiere que desde hace aproximadamente tres meses presenta palidez cutánea, conjuntivitis e inflamación ocular con decaimiento y pérdida de peso no objetivada, sudoración y rechazo parcial de la alimentación. No ha sufrido ningún cuadro febril en las últimas semanas. Dentro de sus antecedentes personales destaca que padece una Parálisis cerebral infantil de predominio motor con crisis convulsivas en tratamiento con ácido valproico y por la que se encuentra en seguimiento por Neuropediatría, tiene completado el calendario vacunal de forma adecuada para su edad, ha precisado dos ingresos a los 4 meses y a los 3 años de edad por bronquiolitis aguda y por neumonía respectivamente, ha presentado broncoespasmos de repetición para los que no precisa tratamiento de mantenimiento. Se encuentra en seguimiento por Neumología Pediátrica por disfagia / aspiraciones de repetición, siendo una tomografía axial computerizada de alta resolución (TACAR) reciente normal. Entre sus antecedentes familiares destaca que su padre es diabético, su madre y su hermana de 3 años son sanas y tiene una tía y una abuela maternas con una enfermedad renal no especificada.

En la Exploración Física presenta una frecuencia cardíaca (FC) de 135 lpm; una ten-

sión arterial (TA) de 160/90 (122) mmHg; una frecuencia respiratoria (FR) de 39 rpm. La saturación periférica de oxígeno (SpO₂) es de 95% con aporte de oxígeno (FiO₂) del 35% en mascarilla. Tiene una temperatura axilar de 36,2°C. Sus mucosas se encuentran empastadas, presenta un regular estado general, con palidez cutánea mucosa importante y con un edema facial llamativo. Tiene un buen relleno capilar sin aspecto séptico. En la auscultación pulmonar presenta una disminución del murmullo vesicular de forma simétrica en ambos campos pulmonares con crepitantes finos bibasales. No tiene signos de dificultad respiratoria. La auscultación cardíaca y la exploración abdominal son normales. En la exploración neurológica presenta una puntuación de 11 en la escala de Glasgow. Las pupilas son isocóricas y normorreactivas. La exploración de los pares craneales no muestra alteraciones. Se manifiesta una hipertonía del hemicuerpo derecho con aumento de los reflejos osteotendinosos a ese nivel. La puntuación global en la escala de PRISM III es de 5.

Los diagnósticos finales de la paciente son:

- Insuficiencia renal aguda.
- Vasculitis p-ANCA.
- SDRA- hemorragia pulmonar aguda.
- Hipertensión arterial.

Rotavirus

Ortigosa Castillo L



En Manual de Vacunas en línea de la AEP. Actualizado en Junio de 2016. Accesible en <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-35>, páginas 1-15.

Resumen.-

El rotavirus (RV) es la causa principal de diarrea infantil grave en todo el mundo e infecta prácticamente a todos los niños en los 5 primeros años de vida, sobre todo en los primeros 2 años.

La persistencia en la infancia de una alta morbilidad por rotavirus, independientemente de la mejoría en las condiciones higiénicas y sanitarias, sitúa a la vacunación como la única estrategia con posibilidad de impacto en la prevención de la enfermedad. El objetivo de estas vacunas ha sido reproducir la historia natural de la infección: proteger frente a la enfermedad grave en los primeros meses de vida.

Los estudios poscomercialización en los países industrializados en los que se vacuna sistemáticamente frente al RV indican que puede ocurrir invaginación como consecuencia de esta vacunación, pero el riesgo es bajo, de aproximadamente 1 a 5 casos por 100 000 niños vacunados.

Por tanto, debemos mantener una vigilancia activa de las reacciones adversas de las vacunas frente al rotavirus, fundamentalmente de la posibilidad de invaginación intestinal, informando a los padres de los niños que van a ser vacunados de los be-

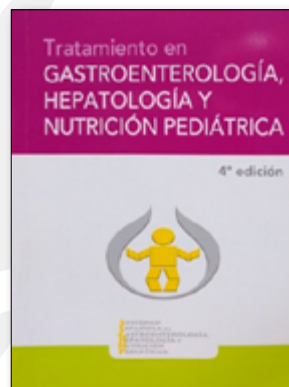
neficios y riesgos de esta vacuna, y explicando claramente los signos de alarma de invaginación intestinal, para poder actuar con rapidez y evitar las complicaciones de un diagnóstico diferido.

Existen 2 vacunas frente al rotavirus, pentavalente bovina-humana (RotaTeq®) y monovalente humana (Rotarix®), ambas atenuadas y de administración oral, que han demostrado ser seguras y eficaces frente a la enfermedad y que no interfieren con las vacunas del calendario vigente.

Se recomienda la vacunación frente al rotavirus en todos los lactantes.

Reflujo gastroesofágico y esofagitis en niños

Armas Ramos H, Ortigosa Castillo L



En: Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Ergon (4ª Edición). Madrid 2016, Capítulo 2: págs 23-43

Descripción clínica, diagnóstica y fundamentalmente terapéutica de estas dos entidades.

El reflujo gastroesofágico constituye un motivo frecuente de consulta médica en los lactantes (50%), la mayoría de las veces sin repercusiones clínicas, situaciones que no suelen requerir pruebas complementarias

diagnósticas ni tratamiento farmacológico. A lo largo de este capítulo se detallan aspectos fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de estos dos trastornos, y se aporta un práctico algoritmo para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Plan de Frutas y Verduras. Medidas de Acompañamiento. Guía Didáctica. Frutas

Suárez López de Vergara RG, Suárez Santana MD, Pedrosa Guerra AI, Herrera Rodríguez C, Bueno García I, Morín de León M

Edita: Instituto Canario de Calidad Agroalimentaria. Dep Legal 239/2016

<http://www.programapipo.com/actividades-con-pipo/plan-de-frutas-y-verduras-en-la-escuela/>

El Plan de Frutas y Verduras en la escuela, es un programa de la Comisión Europea dirigido a los Estados Miembros que, de forma voluntaria, gestionan su ejecución.

El objetivo principal del Plan es incrementar el consumo de frutas y verduras desde las primeras etapas de la vida, y de este modo promover la mejor alimentación en el contexto de hábitos de vida saludable.

El Plan comienza por impulso de la Unión Europea en 2009 y Canarias está participando en el Plan desde su comienzo, por lo que se alinea a la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), estando en concordancia con el Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil.

Consiste en la distribución de fruta y verduras de producción local, para que sean consumidas durante el recreo por los escolares, se trata pues de facilitar su degustación fuera del horario de otras comidas. Al mismo tiempo se aporta información, a través de talleres didácticos, a fin de establecer vínculos entre la agricultura, el medio ambiente, la alimentación, la actividad física y la salud. También se favorecer el conocimiento de los aspectos de cultivo, temporalidad, procedencia, comercialización, así como aspectos dietéticos y nutritivos, propiciando que la elección de frutas y verduras se encuentre dentro del consumo diario, tratando de profundizar en la idea de que dicho consumo repercute en el mantenimiento de la salud.

La Dirección General de Salud Pública ha realizado el contenido de los materiales didácticos, la formación del profesorado para su ejecución en el aula, así como el se-

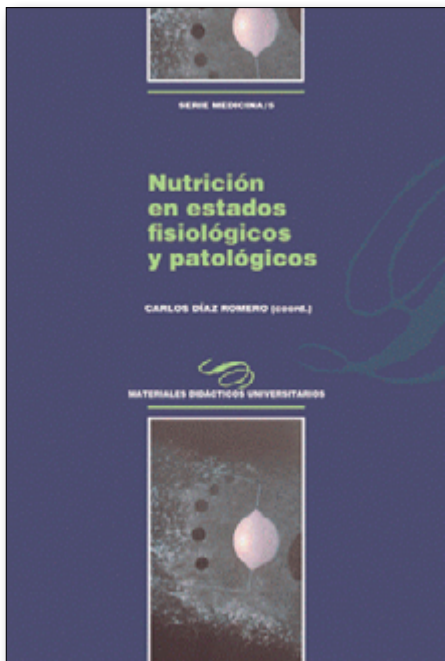


guimiento y evaluación de las medidas de acompañamiento del Plan, con la colaboración del Instituto Canario de Calidad Agroalimentaria y la Dirección de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa, como respuesta a una acción conjunta entre las administraciones públicas.

go de las diferentes etapas de la vida. El capítulo “Nutrición del adolescente” revisa las características de esta etapa crucial de la vida, los requerimientos y recomendaciones nutricionales específicos, los principales problemas en la alimentación del adolescente, y las recomendaciones dietéticas y dieta saludable en este rango de edad.

Nutrición del adolescente

Murray Hurtado M

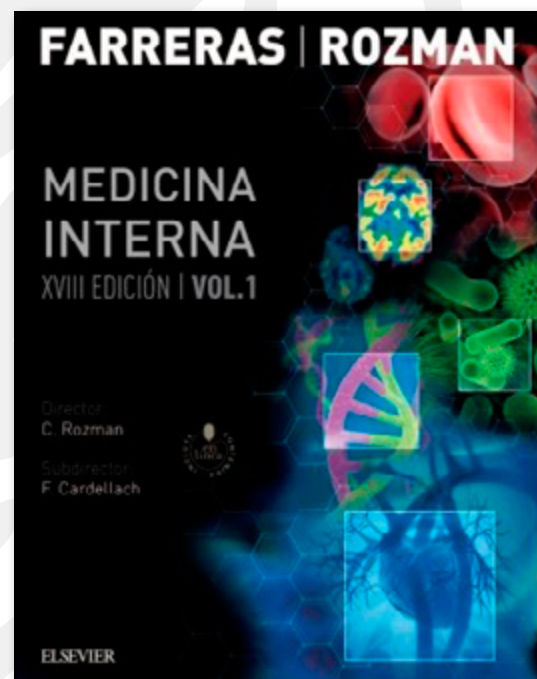


En: Nutrición en estados fisiológicos y patológicos, páginas 113-125. 1ª Edición. Díaz Romero (coord.). Servicio de publicaciones Universidad de la Laguna, 2016. 574 p. ISBN 978-84-15939-47-4

Manual orientado tanto a alumnos de Ciencias de la Salud como a los profesionales de este campo que quieran profundizar en sus conocimientos sobre nutrición. Se estructura en 28 temas en los que se ahonda en diferentes aspectos de la nutrición tanto en la salud como en la enfermedad, a lo lar-

Enfermedades del túbulo renal

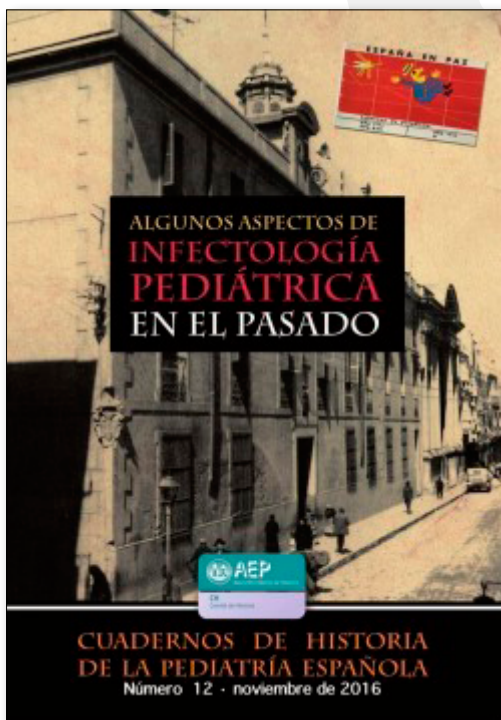
García Nieto V, Poch López de Briñas E.



En: Medicina Interna (Farreras Rozman, 18ª ed.). Barcelona: Elsevier 2016, pp. 898-908

Algunos aspectos de infectología pediátrica en el pasado

García Nieto V, de Arana Amurrio JI, Fernández Menéndez JM, Fernández Teijeiro JJ, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Ponte Hernando F, Zafra Anta MA, Alonso Lebrero E (Grupo de Trabajo de Historia de la Pediatría y Documentación Pediátricas de la AEP)



En: Cuadernos de Historia de la Pediatría Española. Asociación Española de Pediatría (nº 12) 2016. ISBN13:978-84-617-7588-0