

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

mayo agosto 2014

volumen 44

número 2

SUMARIO

ARTÍCULO ORIGINAL

Correlaciones estadísticas de los huesos carpo-metacarpo-falángicos entre sí y respecto a la edad cronológica, procedentes de niños aragoneses

B. Ebrí Torné, I. Ebrí Verde

CASOS CLÍNICOS

Brote de Onicomadesis secundaria a enfermedad boca-mano-pie en la provincia de Teruel

C. G. Iannuzzelli Barroso, J. P. Caballero Castro, M. P. Sanz de Miguel, F. Valle Sánchez, M. Casanova Rituerto

Fiebre y atralgias en viajero: virus de Chikungunya

A. Beisti Ortego, A. Vicente Gabás, C. Cristóbal Navas, M. T. Jiménez Buñuales, M. T. Llorente Cereza, M. Lamata Subero

SESIONES DE LA SOCIEDAD

Resúmenes de la Sesión de Comunicaciones Libres celebrada el 19 de junio en Zaragoza

Patógeno inusual en síndrome febril sin foco

C. Verástegui, M. Bouthelier, F. de Juan, L. Ciria, D. Sagarra, J. Sorribes

Paciente con exantema en extremidades.

Diagnóstico en Atención Primaria

E. Romeo Lázaro, T. Cenarro Guerrero, D. Sagarra Novellón

Síndrome de Brugada

A. Ayerza Casas, F. Ramos Fuentes, C. García Lasheras, E. Aurensanz Clemente, M. López Ramón, L. Jiménez Montañés

Proctocolitis alérgica en recién nacido de dos días de vida con lactancia materna exclusiva

S. Laliena Aznar, V. Adán Lanceta, R. Pinillos Pisón, M. Martínez Moral, M. J. Oliván del Cacho

Prolactinoma de evolución tórpida

E. A. Garza Espí, C. Fuertes Rodrigo, A. de Arriba Muñoz, M. Ferrer Lozano, J. I. Labarta Aizpún

Tortícolis en niño de 8 años

M. Díez Muñoz, I. Serrano Viñuales, L. Troyas Fernández de Garayalde, C. Rodríguez-Vigil Iturrate, V. Gómez Palacio





BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

Órgano de expresión fundamental
de la Sociedad de Pediatría
de Aragón, La Rioja y Soria

Con la colaboración de



Edita:

**Sociedad de Pediatría
de Aragón, La Rioja y Soria**

Paseo de Ruiseñores, 2
50006 Zaragoza

Dep. legal:

M. 21. 402-1970

I.S.S.N.:

1.696-358-X

Imprime:

TIPOLINEA, S.A.

Publicación autorizada por
el Ministerio de Sanidad
como Soporte Válido
Ref. n.º 393

Publicación cuatrimestral
(3 números al año)

Fundador:

Luis Boné Sandoval

Dirección:

Carmen Campos Calleja

Secretaria de redacción:

M.ª Gloria Bueno Lozano

Avda. Alcalde Sainz de Varanda, 26, 12-D
50009 Zaragoza
mgbuenol@unizar.es

Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria

<http://www.comz.org/spars/spars.html>

Junta directiva:

Presidenta:

Nuria García Sánchez

Vicepresidente 1.º:

Javier Sierra Sirvent

Vicepresidente 2.º:

José María Arnal Alonso

Secretario general:

Gonzalo González García

Secretario de actas:

Juan Pablo García Íñiguez

Tesorero:

Segundo Rite Gracia

Bibliotecaria

y directora del Boletín:

Carmen Campos Calleja

Vocal por Huesca:

Fernando Vera Cristóbal

Vocal por La Rioja:

M.ª Yolanda Ruiz del Prado

Vocal por Soria:

Ruth Romero Gil

Vocal por Teruel:

Yolanda Aliaga Mazas

Vocal por Zaragoza:

César García Vera

Vocal de Pediatría

Extrahospitalaria

y de Atención Primaria:

M.ª Ángeles Learte Álvarez

Vocal MIR:

Elena Faci Alcalde

Consejo de redacción:

Directora:

Carmen Campos Calleja

Secretaria de Redacción:

M.ª Gloria Bueno Lozano

Consejo de Redacción:

F. de Juan Martín

J. Fleta Zaragoza

M. V. Labay Martín

A. Lacasa Arregui

A. Lázaro Almaraz

C. Loris Pablo

L. Ros Mar

F. Valle Sánchez

G. Rodríguez Martínez

M.ª Pilar Samper Villagrasa

Presidentes de honor:

E. Casado de Frías

M. A. Soláns Castro

A. Sarría Chueca

A. Baldellou Vázquez

M. Bueno Sánchez

M. Adán Pérez

A. Ferrández Longás

J. Elías Pollina

M. Domínguez Cunchillos

REVISTA INCLUIDA EN EL ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL

mayo
agosto
2014
volumen 44
número 2

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

SUMARIO

ARTÍCULO ORIGINAL

- 33** Correlaciones estadísticas de los huesos carpo-metacarpo-falángicos entre sí y respecto a la edad cronológica, procedentes de niños aragoneses
B. Ebrí Tomé, I. Ebrí Verde

CASOS CLÍNICOS

- 40** Brote de Onicomadesis secundaria a enfermedad boca-mano-pie en la provincia de Teruel
C. G. Iannuzzelli Barroso, J. P. Caballero Castro, M. P. Sanz de Miguel, F. Valle Sánchez, M. Casanova Rituerto
- 44** Fiebre y atralgias en viajero: virus de Chikungunya
A. Beisti Ortego, A. Vicente Gabás, C. Cristóbal Navas, M. T. Jiménez Buñuales, M. T. Llorente Cereza, M. Lamata Subero

SESIONES DE LA SOCIEDAD

Resúmenes de la Sesión de Comunicaciones Libres celebrada el 19 de junio en Zaragoza

- 47** Patógeno inusual en síndrome febril sin foco
C. Verástegui, M. Bouthelier, F. de Juan, L. Ciria, D. Sagarra, J. Somibes
- 48** Paciente con exantema en extremidades. Diagnóstico en Atención Primaria
E. Romeo Lázaro, T. Cenarro Guerrero, D. Sagarra Novellón
- 48** Síndrome de Brugada
A. Ayerza Casas, F. Ramos Fuentes, C. García Lasheras, E. Aurensanz Clemente, M. López Ramón, L. Jiménez Montañés
- 49** Proctocolitis alérgica en recién nacido de dos días de vida con lactancia materna exclusiva
S. Laliena Aznar, V. Adán Lanceta, R. Pinillos Pisón, M. Martínez Moral, M. J. Oliván del Cacho
- 49** Prolactinoma de evolución tórpida
E. A. Garza Espí, C. Fuertes Rodrigo, A. de Arriba Muñoz, M. Ferrer Lozano, J. I. Labarta Aizpún
- 50** Tortícolis en niño de 8 años
M. Díez Muñoz, I. Serrano Viñuales, L. Troyas Fernández de Garayalde, C. Rodríguez-Vigil Iturrate, V. Gómez Palacio

may
august
2014
volume 44
number 2

BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLE

- 33** Statistical co-relations of the carpal-metacarpal-phalange bones between them and in regards to the chronological age, in Aragon children
B. Ebrí Tomé, I. Ebrí Verde

CLINICAL CASES

- 40** Outbreak of Onychomadesis secondary a mouth-hand-foot disease in Teruel area
C. G. Iannuzzelli Barroso, J. P. Caballero Castro, M. P. Sanz de Miguel, F. Valle Sánchez, M. Casanova Rituerto
- 44** Fever and arthralgias in a returning traveler: Chikungunya virus infection
A. Beisti Ortego, A. Vicente Gabás, C. Cristóbal Navas, M. T. Jiménez Buñuales, M. T. Llorente Cereza, M. Lamata Subero

SOCIETY SESSIONS



Correlaciones estadísticas de los huesos carpo-metacarpo-falángicos entre sí y respecto a la edad cronológica, procedentes de niños aragoneses

B. Ebrí Tomé, I. Ebrí Verde

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 33-39]

RESUMEN

Introducción: Los autores estudian las correlaciones existentes entre la edad cronológica y las máximas distancias de los huesos carpianos y metacarpo-falángicos, medidos en mm con un nonius. **Material y métodos:** La población longitudinal aragonesa «Andrea Prader» estudiada ha sido de 160 niños, 73 varones y 87 mujeres desde los 0 a los 20 años, con un total de radiografías de mano izquierda examinadas de 1.319 en varones y 1.563 en mujeres. **Resultados:** Se han obtenido los coeficientes de correlación entre los mismos huesos correlacionados entre sí. A través de las ecuaciones de la recta de regresión obtenidas de cada correlación con la edad cronológica, es posible calcular la edad ósea de cada hueso, para averiguar si esta se encuentra adelantada, retrasada o son concordantes. **Conclusiones:** Esta información puede ser válida para el clínico cuando valore la edad ósea de un niño a estudio.

PALABRAS CLAVE

Edad ósea, huesos carpianos y metacarpo-falángicos, niños aragoneses.

Statistical co-relations of the carpal-metacarpal-phalange bones between them and in regards to the chronological age, in Aragon children

ABSTRACT

Introduction: The authors study the chronological age and the maximum distances of the carpal and meta-carpal-phalange, in mm and measured with a nonius. **Material and methods:** We studied a lengthwise Aragon population "Andrea Prader" of 160 children, 73 male and 87 female, from 0 until 20 years of age, with a total of left hand radiographies studied of 1,319 in male and 1,563 in female. We have also obtained the co-relation coefficients between the same bones co-related to each other. **Results:** It is possible to calculate the bone age of each bone with the equations of the regression line of each co-relation with the chronological age, in order to find out if the bone age is advanced, delayed, or if they are in concordance. **Conclusions:** This information can be useful for the practitioner when valuing the bone age of a studied child.

KEY WORDS

Bone age, carpal and meta-carpal-phalange bones, Aragon children.

Correspondencia: Bernardo Ebrí Tomé
Viñedo Viejo, 2, escalera 13-1.º 50009 Zaragoza
e-mail: ebri@ebri.es • b.ebri@yahoo.es
Recibido: marzo de 2013. Aceptado: marzo de 2013

INTRODUCCIÓN

Los huesos de la mano siguen un ritmo evolutivo concordante con la edad cronológica del niño, de tal manera que en su crecimiento van adquiriendo progresivamente una morfología adaptativa a la función que en cada momento de la evolución es requerida. Sus facetas articulares van ajustándose progresivamente, cooperando a mantener la resistencia y al mismo tiempo la plasticidad de la mano.

Este trabajo de investigación anatómica pretende aportar un servicio al clínico, ya que permite a través de las ecuaciones de la recta de regresión, procedentes de las correlaciones (coeficiente de correlación) de los diferentes huesos carpianos y metacarpo-falángicos respecto a la edad cronológica del niño, obtener las edades óseas de cada hueso de estas regiones anatómicas de niños a estudio. Estas edades óseas divergen de la edad cronológica o edad del cumpleaños del niño, de tal forma que resolviendo una sencilla ecuación sabremos en cada hueso si la divergencia entre dichas edades se encuentra adelantada, retrasada o es concordante en ambas.

Todo el estudio que presentamos se basa en los datos radiológicos obtenidos de la casuística longitudinal de niño aragonés «Andrea Prader».

Ya Ebrí Torné en 1988-1989⁽¹⁻⁴⁾ había publicado un estudio de concordancias entre los huesos carpianos y la edad cronológica, así como entre huesos, procedente de una casuística transversal española; y posteriormente estudió, en una casuística longitudinal suiza, la concordancia entre los huesos metacarpo-falángicos respecto a la edad cronológica, y en los mismos dedos que valora el método de Tanner II-Rus⁽⁵⁻⁷⁾. Faltaba, no obstante, aportar un estudio global carpo-metacarpo-falángico en casuística española longitudinal, y ello ha sido la labor que hemos desarrollado en este trabajo que presentamos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La casuística objeto de estudio comprende 160 niños: 73 varones y 87 mujeres, distribuidos por sexos y años desde su nacimiento hasta los 20 años inclusive (ver tabla I). Las radiografías de mano izquierda fueron cedidas por el Centro Andrea Prader y efectuadas en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Se trata de niños sanos, aragoneses procedentes del Centro Andrea Prader, donde se coordina el crecimiento del niño aragonés⁽⁸⁾. Para el estudio de las condiciones socioeconómicas de las familias, se empleó la encuesta de

Tabla I. Distribución de la casuística (años) varones y mujeres.

Edad	N.º varones	N.º mujeres
0,5	67	79
1	64	81
2	57	76
3	63	85
4	69	79
5	69	81
6	72	81
7	71	85
8	67	85
9	70	85
10	73	81
11	72	79
12	72	87
13	73	82
14	72	87
15	73	85
16	66	80
17	63	77
18	59	66
19	18	17
20	9	5
Global	1.319	1.563

Graffar, 1956. De acuerdo a esta clasificación, la mayoría de la población objeto del estudio pertenece a la categoría III, clase media-media, la más abundante (46,2%) y a la clase media-baja (categoría IV: 43,9%); a la media-alta (categoría II) el 9,5%; a la más baja (categoría V) el 0,4% y a la más alta (categoría I) ninguna familia, por lo que los resultados obtenidos son representativos de la mayoría de la población.

Se ha analizado cada radiografía de los niños de la casuística desde el nacimiento hasta los veinte años, año tras año, midiéndose con un nonius en mm las máximas distancias de cada núcleo de osificación del carpo y metacarpo-falanges. Dichas medidas se han correlacionado estadísticamente con la edad cronológica en ambos sexos (ver tablas III y IV) y entre sí, hueso a hueso (tablas V y VI). A partir de las ecuaciones de la recta de regresión: $y = a + b \cdot x$ procedente de cada correlación, se obtiene la edad ósea de cada hueso. Donde «y» es la edad ósea, averiguándose esta al resolver la ecuación, donde «a» es la ordenada en el origen que se sumará a «b», que es el coeficiente de regresión multiplicado por la distancia medida de cada hueso en

Tabla II. Diversas abreviaturas de los huesos estudiados. Valores en mm.

Escafoides	
Semilunar	
Piramidal	
Pisiforme	
Trapezio	
Trapezoide	
Grande	
Ganchoso	
Ep. Radial	
Ep. Cubital	
Ep. 1.º metacarpiano	EIM = Ep 1.º Metacarpiano
Ep. Falange proximal 1.º dedo	PF1 = Fal Proximal 1.ª
Ep. Falange distal 1.º dedo	DF1 = Fal Distal 1.ª
Ep. Metacarpiano 3.º dedo	MT3 = Meta 3 = 3.º Metacarp
Ep. Falange proximal 3.º dedo	PF3 = Fal Proximal 3.ª
Ep. Falange media 3.º dedo	MF3 = Fal Media 3.ª
Ep. Falange distal 3.º dedo	DF3 = Fal Distal 3.ª
Ep. Metacarpiano 5.º dedo	MT5 = Meta 5 = 5.º Metacarp
Ep. Falange proximal 5.º dedo	PF5 = Fal Proximal 5.ª
Ep. Falange media 5.º dedo	MF5 = Fal Media 5.ª
Ep. Falange distal 5.º dedo	DF5 = Fal Distal 5.ª
EP = Epifisis F, Fal = Falange	
D = Distal MT, Meta, Metacarp = Metacarpiano	
P = Proximal M = Media	

mm del niño a estudio. En las tablas III (varones) y IV (mujeres) se detallan además los valores para cada hueso de «a» y «b».

El número de radiografías de mano izquierda en proyección dorsopalmar estudiadas ha sido de 1.319 varones y 1.563 mujeres. Para la labor estadística, se utilizó el paquete estadístico «Statistix», software versión 9, año 2000, así como el programa Excel para la confección de las tablas que presentamos.

El Estudio General Somatométrico y Radiológico Andrea Prader, promovido por la Unidad de Endocrinología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, fue autorizado por el Comité de Investigación; asimismo se obtuvo el consentimiento firmado por parte de los padres de los niños, siendo además avalado y apoyado este por el Gobierno de Aragón⁽⁸⁾.

En otros trabajos, se procedió en estos niños a obtener ecuaciones globales para cálculo de la edad ósea y predicción de talla a partir de los llamados índices carpiano (IC), metacarpofalángico (IMF) y carpo-metacarpofalángico (ICMF), índices básicamente obtenidos por un sumatorio de medias de cada hueso, creándose también

para ello un programa informático que se encuentra a disposición del práctico⁽⁹⁻¹²⁾.

Las siglas de abreviatura de los huesos metacarpo-falángicos (epifisis) se detallan en la tabla II. Los huesos carpianos no experimentan abreviatura.

RESULTADOS

Se presentan en las tablas III y IV las ecuaciones de la recta de regresión de varones y mujeres, para obtener las edades óseas de cada hueso carpiano y núcleos epifisarios metacarpianos-falángicos a partir de los máximos diámetros nucleares, tal como se ha explicado en material y métodos. Asimismo se ofrecen los coeficientes de correlación entre las medidas de estos huesos y la edad cronológica, coeficientes altamente significativos a $p < 0,001$. En las tablas V y VI, se ofrecen los coeficientes de correlación entre los huesos del carpo y los del metacarpo-falanges, de varones y mujeres de la Serie Global. Estos coeficientes son altamente significativos a $p < 0,001$. Estos hechos nos indican el crecimiento paralelo de todos estos huesos, respecto a la variable común que es la edad cronológica.

En publicaciones anteriores⁽⁹⁻¹²⁾ se ofrecen las figuras de las radiografías de mano izquierda en proyección dorsopalmar, con las indicaciones concretas de cómo se han medido los núcleos epifisarios carpianos y metacarpianos-falángicos, medidas realizadas en mm y décimas de mm con un nonius o pie de rey.

DISCUSIÓN

Las correlaciones que hemos comentado, ya habían sido calculadas por Ebrí Tomé, en la bibliografía citada, procedentes de una serie transversal de 5.225 niños aragoneses. La novedad nuestra es que, en la actualidad, las hemos calculado en la serie longitudinal de niño aragonés (Andrea Prader). Ebrí vio cómo los núcleos que poseían un coeficiente de regresión más elevado (b) respecto a la edad cronológica ofrecían un mayor ritmo de osificación que otro que lo tuviera menor, y en consecuencia, al observar también los coeficientes de regresión de los diferentes huesos entre sí, observó cómo el coeficiente de regresión de los núcleos que tenían un mayor coeficiente con la edad tenían también un mayor coeficiente de regresión al ser correlacionados entre sí, traduciendo este hecho un mayor ritmo de crecimiento de estos huesos. Y viceversa, los huesos con más bajo coeficiente de regresión con la edad, también entre sí, tenían coeficien-

Tabla III. Obtención de la edad ósea de cada hueso carpiano y epífisis metacarpo-falángicas en relación a sus diámetros. Serie Global. Varones.

y	SEXO	x	N.º	a	b	r ²	MEDIA	r
Edad	Niños	Escafoides	1.306	3,34	0,52	0,88	11,30	0,94
Edad	Niños	Semilunar	1.306	1,84	0,66	0,89	11,20	0,95
Edad	Niños	Piramidal	1.306	0,49	0,81	0,87	10,90	0,94
Edad	Niños	Pisiforme	1.306	5,30	0,78	0,75	5,14	0,87
Edad	Niños	Trapezio	1.306	3,06	0,62	0,87	9,96	0,94
Edad	Niños	Trapezoide	1.306	2,82	0,81	0,87	7,97	0,94
Edad	Niños	Grande	1.306	-4,16	0,69	0,89	19,30	0,95
Edad	Niños	Ganchoso	1.306	-2,71	0,74	0,89	16,10	0,95
Edad	Niños	Ep. Radial	1.306	-1,05	0,45	0,90	22,60	0,95
Edad	Niños	Ep. Cubital	1.306	3,78	0,65	0,84	8,45	0,92
Edad	Niños	EIM	1.306	0,82	0,89	0,91	9,45	0,96
Edad	Niños	Ep. PF1	1.306	0,39	0,95	0,89	9,32	0,89
Edad	Niños	Ep. DF1	1.306	-0,94	1,31	0,88	7,78	0,94
Edad	Niños	Ep. MT3	1.306	-0,95	0,94	0,87	10,90	0,94
Edad	Niños	Ep. PF3	1.306	-2,00	1,03	0,85	10,90	0,92
Edad	Niños	Ep. MF3	1.306	-1,07	1,18	0,87	8,78	0,93
Edad	Niños	Ep. DF3	1.306	-0,48	1,41	0,87	6,91	0,94
Edad	Niños	Ep. MT5	1.306	-0,48	1,19	0,86	8,21	0,93
Edad	Niños	Ep. PF5	1.306	-0,84	1,11	0,88	9,08	0,94
Edad	Niños	Ep. MF5	1.306	0,60	1,39	0,90	6,24	0,95
Edad	Niños	Ep. DF5	1.306	0,57	1,62	0,89	5,39	0,95

$y = a + b \cdot x$
 $y =$ Edad ósea
 $x =$ Diámetro huesos

N.º = individuos
r², r = coeficientes de correlación
 $p < 0,001$

tes de regresión más bajos. Todos estos procesos nos van mostrando la dinámica evolutiva, o ritmo óseo diferente de cada hueso con la edad. Es decir, podemos afirmar, que existe una diferente «personalidad» de cada hueso, de tal manera que hay núcleos con mayor y menor ritmo evolutivo. Algunos autores anatómicos clásicos, como Orts Llorca, ya habían comentado la necesidad de una mayor adaptación biomecánica de algunos huesos respecto a otros, al servicio de la adaptación funcional del individuo. Ebrí Torné ya valoró cómo huesos que comienzan muy pronto en el individuo y que van a presentar también mayores diámetros nucleares, como los huesos grande, ganchoso y la propia epífisis radial, son núcleos muy importantes en la biomecánica de la mano.

Todos los coeficientes de correlación entre las variables «x» e «y» que exponemos en las tablas son significativas a $p < 0,001$. Vemos en estas correlaciones cómo, a medida que aumenta el tamaño de los huesos, aumenta la edad cronológica y viceversa. También observamos

que estos coeficientes de correlación son mayores en varones que en mujeres, y ligeramente superiores en los huesos carpianos que metacarpo-falángicos, aunque igualmente significativos. Si ordenásemos los huesos estudiados en un orden secuencial de mayor a menor coeficiente de regresión, que traduce el crecimiento lineal del hueso, observaremos cómo el orden secuencial básicamente sería el mismo en ambos sexos, tanto en los huesos carpianos como en las epífisis metacarpo-falángicas, hecho que traduce en ambos sexos, una semejanza básica en el orden arquitectural de la mano al servicio de la biomecánica. En el carpo son fundamentalmente la epífisis radial, escafoides, trapezio, semilunar los de mayores coeficientes, además del grande y ganchoso, que aunque ocupan un orden secuencial más retrasado, es debido a sus propias características, dado que aparecen muy temprano ya al nacimiento, sirviendo de guía a la osificación carpiana, y por lo tanto con un proceso evolutivo propio; y aunque en apariencia sea más lento su ritmo, sin embar-

Tabla IV. Obtención de la edad ósea de cada hueso carpiano y epífisis metacarpo-falángicas en relación a sus diámetros. Serie Global. Mujeres.

y	SEXO	x	N.º	a	b	r ²	MEDIA	r
Edad	Niñas	Escafoides	1.557	1,95	0,61	0,86	11,56	0,93
Edad	Niñas	Semilunar	1.557	0,93	0,74	0,86	10,97	0,93
Edad	Niñas	Piramidal	1.557	-0,30	0,88	0,80	10,58	0,90
Edad	Niñas	Pisiforme	1.557	3,88	0,90	0,83	5,79	0,91
Edad	Niñas	Trapezio	1.557	1,54	0,71	0,86	10,51	0,93
Edad	Niñas	Trapezoide	1.557	1,47	0,94	0,84	8,05	0,92
Edad	Niñas	Grande	1.557	-5,10	0,77	0,85	18,31	0,92
Edad	Niñas	Ganchoso	1.557	-4,06	0,84	0,88	15,62	0,94
Edad	Niñas	Ep. Radial	1.557	-1,87	0,50	0,86	21,68	0,93
Edad	Niñas	Ep. Cubital	1.557	2,58	0,73	0,84	8,82	0,92
Edad	Niñas	EIM	1.557	-0,31	0,98	0,80	9,60	0,90
Edad	Niñas	Ep. PF1	1.557	-1,37	1,09	0,83	9,53	0,91
Edad	Niñas	Ep. DF1	1.557	-2,20	1,43	0,80	7,90	0,90
Edad	Niñas	Ep. MT3	1.557	-2,24	1,06	0,84	10,68	0,92
Edad	Niñas	Ep. PF3	1.557	-3,33	1,15	0,80	10,72	0,90
Edad	Niñas	Ep. MF3	1.557	-2,37	1,30	0,82	8,78	0,91
Edad	Niñas	Ep. DF3	1.557	-1,78	1,57	0,82	6,93	0,91
Edad	Niñas	Ep. MT5	1.557	-2,01	1,36	0,84	8,16	0,92
Edad	Niñas	Ep. PF5	1.556	-2,23	1,23	0,84	9,19	0,93
Edad	Niñas	Ep. MF5	1.556	-1,23	1,57	0,86	6,58	0,93
Edad	Niñas	Ep. DF5	1.556	-0,83	1,81	0,84	5,48	0,92

$y = a + b \cdot x$
 $y =$ Edad ósea
 $x =$ Diámetro huesos

N.º = individuos
r², r = coeficientes de correlación
 $p < 0,001$

go llegan a alcanzar en ambos sexos mayores dimensiones que ningún otro hueso, a excepción de la epífisis radial. Estos mismos núcleos óseos se corresponden también con los huesos con mayores diámetros. En metacarpo-falanges, coinciden básicamente también las secuencias en varones y mujeres, siendo la epífisis del primer metacarpiano, la de la falange primera proximal, la epífisis del tercer metacarpiano y la de la falange proximal tercera las que presentan mayores coeficientes de regresión, correspondiendo también a los huesos con mayores diámetros; y viceversa: los huesos de un menor ritmo, o menores coeficientes de regresión, son: DF5, MF5, DF3, que corresponden a los huesos con menores diámetros nucleares.

Nosotros creemos que estos hechos, coincidentes en ambos sexos, pueden ser debidos al servicio de la misma necesidad biológica de adaptación biomecánica.

Estas secuencias nucleares (de cuando «y» es igual a edad ósea y «x» a los diámetros nucleares) son similares

en varones y mujeres, tanto en los huesos carpianos como en las epífisis metacarpo-falángicas; mientras que los propios coeficientes de regresión son superiores en las niñas que en los niños, traduciendo en las niñas cómo hay huesos con mayor edad ósea que en los varones, hecho que evidencia una mayor precocidad ósea en las niñas que en los niños hasta la edad de 14 años, donde son aventajadas por los varones. Todas las correlaciones y en ambos sexos son altamente significativas a $p < 0,001$. Si establecemos un orden secuencial de los núcleos carpianos y metacarpo-falángicos ordenados de mayor a menor coeficiente de correlación, observaremos cómo básicamente el orden secuencial es muy semejante entre varones y mujeres, y además concordante y muy semejante en los huesos carpianos (no así en los metacarpo-falángicos) en ambos sexos con el orden secuencial comentado. Ello traduce lo apuntado antes, que existe una correlación biológica de los huesos carpianos entre sí, además de estadística, al servicio de la biomecánica.

Tabla V. Coeficientes de correlación entre los huesos del carpo y metacarpo-falanges (epífisis) entre sí. Serie Global. Varones.

Serie Global	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Casos incluidos 616																				
Perdidos 917																				
P>0,001																				
Escafoides																				
Semilunar	0,94																			
Piramidal	0,90	0,89																		
Pisiforme	0,87	0,85	0,84																	
Trapezio	0,95	0,93	0,90	0,87																
Trapezoide	0,93	0,91	0,90	0,84	0,95															
Grande	0,92	0,92	0,91	0,84	0,93	0,92														
Ganchoso	0,92	0,91	0,91	0,87	0,92	0,89	0,93													
Ep. Radial	0,94	0,94	0,90	0,91	0,94	0,92	0,93	0,93												
Ep. Cubital	0,90	0,88	0,88	0,85	0,91	0,90	0,90	0,89	0,91											
EIM	0,93	0,93	0,89	0,90	0,94	0,92	0,92	0,91	0,96	0,91										
Ep. PFI	0,92	0,92	0,87	0,88	0,93	0,91	0,91	0,90	0,94	0,89	0,96									
Ep. DFI	0,88	0,89	0,85	0,86	0,90	0,89	0,88	0,88	0,91	0,85	0,93	0,94								
Ep. MT3	0,91	0,91	0,88	0,87	0,91	0,89	0,91	0,90	0,94	0,89	0,94	0,92	0,88							
Ep. PF3	0,92	0,92	0,88	0,89	0,92	0,90	0,92	0,92	0,95	0,91	0,95	0,93	0,90	0,95						
Ep. MF3	0,91	0,91	0,87	0,89	0,92	0,90	0,90	0,90	0,94	0,90	0,94	0,94	0,91	0,93	0,95					
Ep. DF3	0,90	0,91	0,87	0,84	0,90	0,90	0,89	0,88	0,92	0,89	0,92	0,92	0,91	0,91	0,93	0,94				
Ep. MT5	0,89	0,89	0,85	0,87	0,89	0,86	0,88	0,88	0,92	0,86	0,93	0,89	0,88	0,93	0,92	0,92	0,90			
Ep. PF5	0,93	0,92	0,89	0,90	0,93	0,91	0,91	0,92	0,95	0,91	0,96	0,94	0,91	0,93	0,96	0,96	0,93	0,94		
Ep. MF5	0,90	0,90	0,86	0,89	0,90	0,89	0,88	0,90	0,93	0,88	0,94	0,93	0,91	0,91	0,92	0,95	0,93	0,92	0,94	
Ep. DF5	0,90	0,89	0,86	0,86	0,90	0,89	0,87	0,89	0,91	0,87	0,92	0,92	0,90	0,90	0,91	0,93	0,94	0,90	0,93	0,94

Las correlaciones de los huesos carpianos encontradas por nosotros coinciden básicamente con las encontradas por Ebrí Torné en 1980 en una serie transversal aragonesa de 5.225 niños, aunque este autor encontró correlaciones más altas en ambos sexos en los huesos grande y ganchoso; escafoides y grande; piramidal y grande; semilunar y grande; grande y ganchoso; ganchoso y piramidal; grande y ep. radial; ganchoso y ep. radial. Aunque todas las correlaciones son significativas, hemos evidenciado cómo los huesos que presentan más altas correlaciones entre sí, tanto los del carpo como los metacarpo-falángicos, son los que presentan también una mayor correlación con la edad.

Todas estas correlaciones y estadísticas descriptivas, descritas para los huesos carpianos y epífisis metacarpo-falángicas, tanto las referidas por nosotros como por Ebrí Torné, nos indican diferentes perfiles evolutivos en relación con la edad, de los diferentes núcleos de osificación.

Todo ello, creemos, es debido una vez más a un proceso adaptativo continuado de los huesos de estas regiones anatómicas, al servicio de una mayor funcionalidad biomecánica de la mano del ser humano.

Agradecemos al doctor Ferrández Longás, director del Centro Andrea Prader, la ayuda prestada al haber cedido a los autores las radiografías de los niños para ser estudiadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ebrí Torné B. Maduración ósea sobre carpo y tarso. Estudio clínico radiológico infantil. Editorial Heraldo de Aragón. Zaragoza, 1988.
2. Ebrí Torné B. Aportación en tablas numéricas y gráficas de los máximos diámetros de los núcleos de osificación del carpo. Estudio de población española de 5.225 niños. Rev Esp Cirug Mano 1989; 38(16): 55-62.

Tabla VI. Coeficientes de correlación entre los huesos del carpo y metacarpo-falanges (epífisis) entre sí. Serie Global. Mujeres.

Serie Global																				
Casos incluidos 804																				
P>0,001																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Escafoides																				
Semilunar	0,91																			
Piramidal	0,89	0,85																		
Pisiforme	0,87	0,84	0,83																	
Trapezio	0,91	0,91	0,87	0,89																
Trapezoide	0,88	0,86	0,86	0,86	0,92															
Grande	0,88	0,87	0,88	0,86	0,90	0,89														
Ganchoso	0,90	0,89	0,89	0,87	0,90	0,87	0,92													
Ep. Radial	0,92	0,89	0,87	0,90	0,91	0,87	0,89	0,91												
Ep. Cubital	0,86	0,83	0,82	0,87	0,89	0,88	0,86	0,84	0,88											
EIM	0,68	0,68	0,64	0,69	0,70	0,70	0,69	0,69	0,70	0,68										
Ep. PFI	0,86	0,85	0,83	0,90	0,89	0,88	0,88	0,86	0,90	0,88	0,71									
Ep. DFI	0,83	0,82	0,78	0,84	0,85	0,84	0,83	0,82	0,85	0,83	0,68	0,91								
Ep. MT3	0,88	0,87	0,85	0,86	0,87	0,85	0,86	0,88	0,91	0,85	0,69	0,88	0,85							
Ep. PF3	0,87	0,86	0,83	0,89	0,88	0,88	0,87	0,87	0,91	0,86	0,71	0,90	0,86	0,92						
Ep. MF3	0,84	0,84	0,78	0,87	0,86	0,84	0,83	0,83	0,88	0,86	0,67	0,88	0,85	0,87	0,90					
Ep. DF3	0,83	0,83	0,79	0,85	0,84	0,83	0,82	0,82	0,86	0,85	0,67	0,88	0,87	0,86	0,87	0,90				
Ep. MT5	0,84	0,83	0,80	0,86	0,85	0,83	0,84	0,86	0,90	0,82	0,69	0,87	0,83	0,90	0,90	0,86	0,86			
Ep. PF5	0,87	0,86	0,83	0,90	0,89	0,87	0,87	0,88	0,92	0,88	0,70	0,92	0,86	0,89	0,93	0,90	0,88	0,91		
Ep. MF5	0,84	0,85	0,79	0,89	0,86	0,83	0,84	0,85	0,90	0,85	0,69	0,90	0,86	0,87	0,89	0,91	0,90	0,91	0,93	
Ep.DF5	0,82	0,82	0,78	0,85	0,85	0,81	0,83	0,82	0,87	0,84	0,66	0,88	0,86	0,84	0,86	0,87	0,90	0,86	0,89	0,92

- Ebrí Torné B. Estudio estadístico en una población española de 5.225 niños de los huesos del carpo, su correlación con el índice carpiano. Estudio comparativo del ritmo de crecimiento de los huesos entre sí. *Rev Esp Cirug Mano* 1989; 36(15): 91-104.
- Ebrí Torné B. Parámetros biológicos de 5.225 niños españoles. *Acta Pediatr Esp* 1989; 47(8): 499-504.
- Ebrí Torné B. Estudio estadístico y descriptivo en niño suizo de la edad ósea en el carpo por los métodos de Tanner y Ebrí. *Rev Esp Cirug Mano* 1994; 21(47): 67-75.
- Ebrí Torné B. Índice de valoración Ósea Metacarpofalángico. Estudio Longitudinal Suizo. Estudio comparado con Tanner II Rus. *Acta Pediatr Esp* 1996; 54(2): 94-102.
- Tanner JM, Whitehouse RH, Healy MJR, Goldstein H. A revised system for estimating skeletal maturity from hand and wrist radiographs with separate standards for carpals and other bones (Tw2 system). Standards for skeletal age. París: International Children's Centre; 1972.
- Ferrández Longás A. Estudio longitudinal de niños españoles normales desde nacimiento hasta la edad adulta. Datos antropométricos, puberales, radiológicos e intelectuales. Fundación Andrea Prader. Zaragoza; 2005.
- Ebrí Torné B, Ebrí Verde I. Índices numéricos metacarpofalángico y carpiano para el cálculo de la edad ósea y predicción de talla adulta. *An Pediatr (Barc)* 2012; 76(4): 199-213.
- Ebrí Torné B, Ebrí Verde I. Estudio comparativo entre las edades óseas Greulich-Pyle, Tanner-W2 y Ebrí y entre predicciones de talla adulta. *Pediatr Integral* 2012; XVI(9): 741.e1-741.e7.
- Ebrí Torné B, Ebrí Verde I. Nuevo Índice de Valoración Ósea Ebrí-Carpo-Metacarpofalángico y de Predicción de Talla Adulta. *Pediatr Integral* 2012; XVI(10): 822.e1-822.e9.
- Ebrí Torné B, Ebrí Verde I. Studies in Spanish Children to Calculate Bone Age and Predict Adult Height: Forty Years of Own Investigation. *Pediatr Therapeut*: 2015, 5:227. Doi:10.4172/2161-0665.1000227.

Brote de Onicomadesis secundaria a enfermedad boca-mano-pie en la provincia de Teruel

C. G. Iannuzzelli Barroso⁽¹⁾, J. P. Caballero Castro⁽¹⁾, M. P. Sanz de Miguel⁽²⁾,
F. Valle Sánchez⁽³⁾, M. Casanova Rituerto⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Médicos residentes, Hospital Obispo Polanco (Teruel). ⁽²⁾ Hospital Obispo Polanco, Servicio de Pediatría (Teruel)
⁽³⁾ Centro de Salud Santa Eulalia del Campo, Servicio de Pediatría (Teruel). ⁽⁴⁾ Hospital Obispo Polanco, Servicio de Dermatología (Teruel)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 40-43]

RESUMEN

Introducción: La Onicomadesis es una alteración del crecimiento ungüeal, puede deberse a una gran variedad de patologías locales y sistémicas, o de causa farmacológica. Se caracteriza por la presencia de surcos transversales en la uña hasta su desprendimiento completo. Existe asociación con enfermedades infecciosas tales como la enfermedad boca-mano-pie. **Material y métodos:** Se recogieron parámetros clínico-epidemiológicos de 5 niños de una misma guardería, con el diagnóstico de Onicomadesis, en relación con casos de enfermedad boca-mano-pie previa, de diciembre de 2011 a marzo de 2012. **Resultados:** Cuatro de ellos procedían de la misma localidad, eran de sexo femenino y tuvieron como diagnóstico previo enfermedad boca-mano-pie y uno de exantema leve en los dos meses previos, las edades oscilaron entre 14 y 33 meses. **Conclusión:** Se debe considerar a la Onicomadesis como una posible complicación en el curso de enfermedades virales tan comunes en la infancia como la enfermedad boca-mano-pie.

PALABRAS CLAVE

Uña, onicomadesis, líneas de Beau, enfermedad boca-mano-pie, enterovirus.

Outbreak of Onychomadesis secondary a mouth-hand-foot disease in Teruel area

ABSTRACT

Introduction: *Onychomadesis is nail growth disturbance which may be due to a variety of local and systemic diseases, or drug-induced. Is characterized by the presence of transverse grooves in which result in its complete detachment. There is an association with infectious diseases such as mouth-hand-foot disease.* **Methods:** *We collected clinical and epidemiological parameters of 5 children from the same kindergarten, all of with an Onychomadesis diagnosis. All of the diagnoses were connected to prior cases of mouth-hand-foot disease between December 2011 and March 2012.* **Results:** *Four of the patients came from the same locality, were female and had a previous diagnosis of mouth-hand-foot disease and mild rash over the two months previous, their ages ranged between 14 and 33 months.* **Conclusion:** *Onychomadesis should be considered as a possible complication of viral diseases common in childhood, such as mouth-hand-foot disease.*

KEY WORDS

Nail, Onychomadesis, Beau's lines, mouth-hand-foot disease, enterovirus.

Correspondencia: Carla Iannuzzelli Barroso
San Francisco, 30, piso 2. 44001 Teruel
e-mail: carlayannu@hotmail.com
Recibido: febrero de 2014. Aceptado: febrero de 2014

INTRODUCCIÓN

La Onicomadesis es la separación periódica de la porción proximal de la placa ungueal de la matriz y el lecho, con la subsecuente pérdida de uñas. Obedece a una detención transitoria de la actividad de la matriz ungueal y un surco de espesor completo separa la lámina ungueal proximal del pliegue ungueal proximal. De este modo, comienza a crecer una nueva uña cuando la placa ungueal, parcialmente desprendida, todavía se adhiere por su segmento distal con el lecho de la uña^(1,2,3). De igual manera, también es producida por una infección provocada por un virus, que hace que se empiece a mudar de uñas. El desprendimiento de la uña es el único síntoma de esta enfermedad, y puede ser parcial o total^(4,5,6).

Por otra parte, las líneas de Beau se deben a una detención transitoria de la proliferación de la matriz ungueal proximal y se visualiza como surcos transversales, a menudo más profundos en la lámina ungueal central que se desplaza en sentido distal con el crecimiento de la uña^(6,7).

Entre las causas más frecuentes que generan líneas de Beau y Onicomadesis se encuentran:

- Traumatismo: manicura, onicotilomanía.
- Enfermedades dermatológicas: eccemas, eritrodermia, paroniquia.
- Enfermedades sistémicas: administración de ciertos fármacos (quimioterapia), fiebre alta, enfermedad viral (enf. mano-pie-boca; sarampión), Kawasaki, cirugía e isquemia periférica.

El diagnóstico de presunción inicial de la lesión ungueal única sería con una onicomiosis así como onicolisis tóxica y abrasiva. La onicolisis es el despegamiento subungueal de la unión entre la uña y lecho, en forma parcial o total, aunque persiste la conexión con la matriz de la uña⁽⁷⁾.

La enfermedad boca-mano-pie es una infección frecuente en la infancia originada por virus del género enterovirus. La mayoría de los casos se deben a virus Coxsackie (VC) A16, pero posteriormente se observó que de forma ocasional se asociaba a los VC serotipos A5, A7, A9, A10, B2 y B5, y algunos serotipos del virus ECHO^(1,8). Recientemente también se ha asociado con el Enterovirus 71. El contagio tiene lugar por vía oral y a veces se detectan pequeñas epidemias. Los síntomas incluyen odinofagia, dolor bucal con negativa a comer; fiebre de 38-39 °C que dura 1 o 2 días e invariablemente un enantema bucal vesicular localizado en cualquier punto de la cavidad, respetando la faringe. Las vesículas, cuyo número no suele ser superior a 6, se ulceran rápi-

damente pero producen menos molestias que otras úlceras⁽⁹⁾. En un 75% de los casos se asocia a exantema en forma de vesículas que se asientan sobre una base maculopapulosa, las cuales no son pruriginosas y su número es muy variable (de 1 a 10 en cada extremidad); se distribuyen de forma periférica⁽¹⁰⁾. Las lesiones cutáneas, principalmente en manos (3-7 mm) desaparecen en 1 o 2 semanas sin dejar cicatriz. En algunas ocasiones se puede observar la presencia de adenopatías laterocervicales y, raramente, conjuntivitis, otitis y bronquitis.

El diagnóstico del síndrome es fácil por sus características clínicas aunque sus lesiones vesiculares cutáneas se asemejan a las causadas por el virus Herpes Simple o el Varicela Zóster⁽⁷⁾. Aquí podemos ver de forma invariable lesiones en la mucosa oral, a diferencia de la varicela ya que las lesiones orales son menos frecuentes y las lesiones cutáneas más extensas⁽¹¹⁾. En pacientes con gingivoesomatitis herpética aparece una mayor afectación del estado general y las lesiones se hallan limitadas a la cavidad oral y no afectan a las extremidades. No hay tratamiento específico para esta infección y únicamente se prescriben medicamentos para calmar las molestias y evitar complicaciones⁽¹¹⁾.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se recogen datos clínico-epidemiológicos de 5 niños de una misma guardería en la localidad de Santa Eulalia, perteneciente a Teruel, que cuentan con el diagnóstico de presunción de Onicomadesis, posiblemente en relación con múltiples casos de EBMP en la provincia de Teruel.

Se ha hecho uso de una ficha dentro de la cual se consignaron datos que incluyeron datos demográficos como edad, la fecha de aparición de los síntomas y cuadro clínico posterior al cuadro viral, desde diciembre de 2011 hasta marzo de 2012.

No se realizó estudios serológicos a dichos niños, pero sí se hizo cultivo micológico a 2 de ellos.

RESULTADOS

Entre diciembre de 2011 y marzo de 2012, 5 niños de una guardería de Santa Eulalia, fueron vistos en las consultas de Pediatría y Dermatología por presentar alteraciones ungueales, tales como Onicomadesis, líneas de Beau e hiperqueratosis. Cuatro de ellos eran mujeres y uno varón, que se encontraban en los rangos de edades entre 14 y 33 meses.

Tabla I. Resumen de datos clínicos.

	1	2	3	4	5
Edad	14 meses	20 meses	27 meses	33 meses	25 meses
Sexo	mujer	mujer	mujer	mujer	varón
Ant. de EBMP	sí	sí	sí	sí	exantema
Fiebre	no	sí	no	sí	no
Tiempo transcurrido desde EBMP hasta presentar onicomadesis	6 semanas	8 semanas	6 semanas	6 semanas	4 semanas
Dedos	1º, 2º, 3º mano derecha y 1º, 2º mano izquierda	2º mano derecha y 1º pie derecho	1º, 2º, 3º, 4º mano derecha y 1º, 2º, 4º, 5º mano izquierda	2º mano derecha	2º mano izquierda y 2º, 3º mano derecha
Líneas de Beau	no	no	sí	sí	sí



Figura 1. Línea de Beau y coloración parda de uña en primer dedo pie derecho.



Figura 2. Onicosis de dedo índice de mano derecha. Comienzo de despegamiento en dedo medio.



Figura 3. Onicosis de segundo dedo de mano izquierda.

La procedencia de cuatro niños fue de Santa Eulalia y uno era de Cella, pero los 5 niños acuden a la misma guardería en Santa Eulalia.

De la totalidad de los niños que cursaron con Onicomadesis, cuatro niños tuvieron como diagnóstico previo enfermedad boca-mano-pie y uno exantema leve, en un período de 1 mes y medio a 2 meses previos, tal y como se demuestra en la tabla I. A continuación procedemos a narrar los resultados:

Así tenemos que el paciente 1 presentó Onicomadesis solo en ambas manos.

El paciente 2 presentó Onicomadesis en manos y pie, con cultivo positivo para *Candida Parapsilosis* (figura 1).

El paciente 3 presentó Onicomadesis en manos, acompañado de estrías transversales, engrosamiento y queratosis.

El paciente 4 presentó Onicomadesis del 2º dedo de mano derecha, acompañado de estrías transversales y queratosis.

El paciente 5 presentó Onicomadesis de ambas manos, acompañado de estrías transversales y queratosis; con cultivo micológico negativo (figuras 2 y 3).

Como datos adicionales dos de estos pacientes asocian al cuadro clínico fiebre y tres presentaban como hallazgo líneas de Beau.

También se realizaron cultivos de las lesiones ungueales para descartar onicomycosis en 2 pacientes, siendo estos negativos.

DISCUSIÓN

Es importante saber que la Onicomadesis es una complicación de exantemas víricos tales como la enfermedad boca-mano-pie, que no cuenta con ninguna medida terapéutica específica para actuar sobre las lesiones ungueales ya que necesariamente hay que mantener las zonas ungueales limpias e hidratadas, debido a que en un lapso de 4 o 5 meses las uñas vuelven a crecer sin ninguna complicación.

Se han descrito varios brotes de Onicomadesis en España, secundaria a enfermedad viral, como los descritos en Valladolid, Valencia y Barcelona en estudios previos^(1, 2, 12, 13). Debido a su escasa frecuencia y al desconocimiento de dicha patología, es causa de alarma entre padres y cuidadores de niños.

Por tal motivo, es importante hacer el diagnóstico correcto a través de una buena historia clínica retrospectiva que aporte datos de sintomatología previa para no infravalorar el diagnóstico por el tiempo prolongado de separación entre la sintomatología y la aparición de Onicomadesis; indagar acerca de si hubiera algún tipo de contacto entre los pacientes afectados, buscando una exposición común que en nuestro caso se trató de la asistencia a la misma guardería.

BIBLIOGRAFÍA

- López Davia J, Hernández Bel P, Zaragoza Ninet V, et al. Onychomadesis outbreak in Valencia, Spain, associated with hand, foot, and mouth disease caused by enteroviruses. *Pediatric Dermatology*. 2011; 28: 1-5.
- Reina J, Déniz C, Giménez J, Trallero G. Brote de enfermedad mano-pie-boca causado por el Coxsackievirus A16 en la isla de Mallorca. Publicado en *Anales de Pediatría (Barc)*. 2011; 75: 145-6.
- Salazar A, Borrás MJ, Córdoba J, et al. Brote de onicomadesis asociado a síndrome de boca-mano-pie. *Bol Epidemiol Sem*. 2008; 16: 61-4.
- Ang LW, Koh BK, Cham KP, Chua LT, James L, Goh KT. Epidemiology and control of hand, foot and mouth disease in Singapore, 2001-2007. *Ann Acad Med Singapore*. 2009; 38: 106-12.
- Chatproedprai S, Theanboonlers A, Korkong S, Thongmee C, Wananukul S, Poovorawan Y. Clinical and molecular characterization of hand-foot-and-mouth disease in Thailand, 2008-2009. *Jpn J Infect Dis*. 2010; 63: 229-33.
- Hernández A. La piel del recién nacido. En: Torrello A, editor. *Dermatología en Pediatría General*. Madrid: Grupo aula médica SL; 2007. p. 15-38.
- Barán R, Tosti A. Nails. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. En: Freedberg I.M., Eisen A.Z., editores, Wolff K, 5 ed., 1999, McGraw-Hill, Nueva York, p. 572, 578.
- Wu PC, Huang LM, Kao CL, Fan TS, Cheng AL, Chang LY. An outbreak of coxsackievirus A16 infection: comparison with other enteroviruses in a preschool in Taipei. *J Microbiol Immunol Infect*. 2010; 43: 271-7.
- Moreno JC. Curso Internacional de Dermatología pediátrica. Córdoba. 2003.
- Mehta KI, Mahajan VK. Hand foot and mouth disease. *Indian Pediatrics*. 2010; 47: 345-6.
- Regezic JA, Sciubba JS. Patología bucal. McGraw-Hill Interamericana, 3.ª edición; 2000. pp. 10-11.
- Redondo Granado MJ, Torres Hinojal MC, Izquierdo López B. Brote de Onicomadesis posvímica en Valladolid. *Anales de Pediatría (Barc)*. 2009; 71(15): 436-9.
- Salazar A, Febrer I, Guiral S, Gobernado M, Pujol C, Roig J. Onychomadesis outbreak in Valencia, Spain, June, 2008. *Euro Surveillance*. 2008; 13 [Citado 10 Feb 2009]. Disponible en URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18917>.

Fiebre y artralgias en viajero: virus de Chikungunya

A. Beisti Ortego, A. Vicente Gabás, C. Cristóbal Navas, M. T. Jiménez Buñuales,
M. T. Llorente Cereza, M. Lamata Subero

Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 44-46]

RESUMEN

Antecedentes: La fiebre Chikungunya es una enfermedad vírica transmitida por mosquitos, endémica en países del Caribe y que se caracteriza por la aparición de fiebre, conjuntivitis y artralgias. *Descripción del caso clínico:* Presentamos el caso de dos hermanos de 8 y 12 años con fiebre y artralgias, llegados a España tres días antes desde República Dominicana, con antecedente de picadura de insecto en dicho país. El estudio mediante PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) para virus de Chikungunya resultó positivo en ambos casos, siendo tratados con anti-térmicos y reposo con evolución favorable. *Conclusiones:* El desarrollo de alertas epidemiológicas llevado a cabo en nuestra comunidad resultó fundamental en la identificación y control de la infección.

PALABRAS CLAVE

Chikungunya, artralgia, viajero, vigilancia.

Fever and arthralgias in a returning traveler: Chikungunya virus infection

ABSTRACT

Background: Chikungunya is a viral disease transmitted by mosquitoes, endemic in Caribbean countries. It is characterized by the onset of fever, conjunctivitis and arthralgia. *Description of the case:* We report two siblings aged 8 and 12 years with fever and arthralgia, arrived in Spain three days before from Dominican Republic, with a history of insect sting in that country. The Chikungunya PCR investigation (Polymerase chain reaction) was positive in both cases and they were treated with antipyretics and rest showing a good clinical evolution. *Conclusions:* The development of epidemiological alerts conducted in our community was a key fact in the identification and control of the disease.

KEY WORDS

Chikungunya, arthralgia, returning traveller, surveillance.

Correspondencia: Anunciación Beisti Ortego

José M.ª Contín, n.º 41. 50100 La Almunia de Doña Godina (Zaragoza)

e-mail: abeistiortego@gmail.com

Recibido: agosto de 2014. Aceptado: agosto de 2014

INTRODUCCIÓN

La fiebre Chikungunya es una enfermedad vírica transmitida por mosquitos que se caracteriza por la aparición repentina de fiebre, escalofríos, cefalalgia, anorexia, conjuntivitis, lumbalgia y/o artralgias graves (OPS 2011).

El primer brote epidémico se describió en 1952 en Tanzania. A partir de los años cincuenta se han identificado varios brotes epidémicos en zonas de Asia y en África, donde la enfermedad es endémica. El virus Chikungunya en Europa no es endémico; sin embargo, existen vectores competentes en España, otros países mediterráneos, Alemania, Países Bajos e Isla de Madeira, por lo que la introducción del virus a partir de casos importados en casi todos los países de la región europea podría causar una transmisión local⁽¹⁾. En diciembre de 2013 se detectó por primera vez la transmisión autóctona del virus Chikungunya en la Región de las Américas⁽²⁾. Actualmente, se han notificado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) más de 130.000 casos^(3,4), encontrando transmisión en la mayoría de los países del Caribe⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Niño de 8 años, previamente sano, que consulta en Urgencias por cuadro febril de unas horas de evolución asociado a artralgias en ambos tobillos que incapacita la marcha y que mejora parcialmente con ibuprofeno. Como antecedentes de interés, niegan traumatismo, pero sí refieren que hasta hace 3 días había estado en la República Dominicana, donde 10 días antes había sido picado por un insecto.

En la exploración física llama la atención un exantema eritematoso-macular en facies y tronco que blanquea a la digitopresión así como una picadura en resolución en región retroauricular izquierda. A nivel musculoesquelético no se objetivan signos inflamatorios articulares ni de partes blandas y tampoco limitación a la movilización activa o pasiva de tobillos, rodillas ni caderas; a la palpación refiere dolor leve en cara medial de la región tarsal del pie derecho y en el quinto dedo izquierdo de manera selectiva. El resto de la exploración es compatible con la normalidad.

Dada la ausencia de otro foco en la exploración y ante el conocimiento de un brote endémico de Chikungunya en la República Dominicana, gracias a la alerta divulgada por el Servicio de Epidemiología a través de la Unidad de Medicina Preventiva de nuestro hospital, se decide extracción de analítica para el despistaje de esta infección (sangre completa con EDTA y suero). La analítica de

urgencias mostró un hemograma normal y una proteína C reactiva negativa.

Cuatro días después, consulta su hermano de 12 años de edad por fiebre de hasta 40 °C desde hace 12 horas y artralgias en las cuatro extremidades (muñecas, codos, tobillos y rodillas). En la exploración se objetivan múltiples picaduras en piernas en distintos estadios evolutivos; la movilidad articular está conservada y no presenta signos inflamatorios, únicamente aqueja dolor a la palpación en sendos tobillos. Igualmente se extrae un hemograma que resulta anodino y una proteína C reactiva de 1,45 mg/dL.

Ambos pacientes fueron dados de alta con ibuprofeno oral como antitérmico y reposo relativo, evolucionando favorablemente con desaparición de la fiebre y el dolor en un plazo de 48-72 horas desde su inicio.

Las muestras recogidas para despistaje de la enfermedad por el virus Chikungunya se enviaron al Laboratorio del Hospital San Pedro (hospital de referencia de La Rioja) donde se realizó una PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) preliminar con resultado positivo y desde donde se enviaron las muestras al Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III) para su estudio y confirmación, resultando la PCR viral positiva para los dos casos y la IgM negativa en el primero. En el segundo caso, al tratarse de un hermano del caso conocido, solamente se realizó PCR.

DISCUSIÓN

A pesar de que el virus Chikungunya fue originalmente descubierto en el oeste de África, desde 2004 se ha registrado su propagación a otros continentes, principalmente Asia, existiendo además un progresivo aumento de casos en viajeros procedentes de áreas donde el mosquito es endémico⁽⁶⁾ y registrándose casos autóctonos en áreas inicialmente no endémicas⁽⁷⁾. En diciembre de 2013 se localizó el mosquito en la región del Caribe y desde entonces se ha documentado su presencia en 17 países del Caribe y América del Sur⁽⁸⁾, incluyendo República Dominicana, lugar de procedencia de nuestros pacientes.

Su transmisión precisa de la presencia de un vector compatible, siendo los mosquitos del género *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus* los más ampliamente relacionados, aunque se ha atribuido la capacidad de transmisión a otros géneros, lo cual haría posible su transmisión en regiones sin casos previos registrados⁽⁹⁾.

El periodo de incubación desde la infección a la aparición de síntomas es de 1 a 4 días⁽¹⁰⁾ con un rango de 1 a 14 días. En nuestros casos, el tiempo transcurrido desde

la picadura en el lugar considerado endémico del virus Chikungunya (República Dominicana) hasta la aparición de la sintomatología fue de 7 a 10 días, apoyando así el origen importado de la infección.

Acorde a la clínica objetivada en los casos descritos, es típica la aparición de fiebre elevada que puede llegar hasta 40 °C de 3 a 5 días de duración. Las artralgias suelen aparecer al segundo día del inicio de la fiebre y es común la afectación poliarticular⁽¹¹⁾, sobre todo a nivel distal de articulaciones. Las articulaciones de extremidades inferiores y en concreto los tobillos (41-68% casos) fueron las afectadas en ambos casos descritos; sin embargo, en la exploración no se objetivó edema ni inflamación, signos frecuentemente presentes en la bibliografía (42-95% de los casos según series)⁽¹¹⁾. La afectación simétrica, descrita en el 64-73% de los casos, se encontraba también presente. Asimismo, en el primer caso observamos exantema maculopapular rosado, signo que aparece en el 40-75% de los pacientes⁽¹²⁾. La cefalea, mialgia o los síntomas gastrointestinales son otros síntomas que pueden aparecer de manera menos frecuente, no encontrándose en nuestros pacientes. Ninguno desarrolló afectación reumatológica persistente ni otras complicaciones.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras infecciones tropicales endémicas del país de procedencia, principalmente el Dengue en el caso de la República Dominicana, que, a diferencia del virus Chikungunya, se manifiesta típicamente con trombopenia, siendo rara la afectación articular. En nuestro medio se deberá pensar en la posibilidad de infección por otros virus de incidencia más frecuente, como el virus Epstein-Baer o la rubeola.

El diagnóstico de la enfermedad se puede realizar mediante serología y técnicas moleculares (PCR)⁽¹³⁾. En los primeros 7 días de la enfermedad desde la aparición de los síntomas se realizan ensayos de PCR y serología de anticuerpos IgM. A partir de la semana de inicio de los síntomas se realizan ensayos de detección de anticuerpos IgG y IgM, ya que la PCR solamente es positiva los primeros 5 días. La obtención de muestras en nuestros casos fue tan precoz que solo pudo detectarse el RNA viral.

El tratamiento recomendado, tal como se procedió en ambos casos, es sintomático, no habiéndose demostrado ningún fármaco antiviral útil en el control y disminución de complicaciones de esta enfermedad, encontrándose actualmente en investigación la terapia con anticuerpos monoclonales⁽¹⁴⁾ y el desarrollo de una vacuna eficaz⁽¹⁵⁾.

No obstante, la prevención de su picadura y el diagnóstico temprano mediante la educación de la población

en regiones endémicas y viajeros a ellas, así como su diagnóstico temprano gracias al desarrollo de alertas epidemiológicas en zonas no endémicas como en nuestro caso, resultan fundamentales para una mejor identificación y control de la infección.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Fiebre por chikungunya, información para profesionales sanitarios. Disponible en: <http://www.cdc.gov/chikungunya/>.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/chikungunya/>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Preparación y Respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. 2011. Washington, D.C.: OPS.
4. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es.
5. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). Alertas en Salud Pública de actualidad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertActu.htm>
6. Enserink M. Infectious diseases. Chikungunya: no longer a third world disease. *Science* 2007; 318: 1860.
7. Rezza G, Nicoletti L, Angelini R, et al. Infection with chikungunya virus in Italy: an outbreak in a temperate region. *Lancet* 2007; 370: 1840.
8. Fischer M, Staples JE. Arboviral Diseases Branch, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, CDC. Notes from the field: chikungunya virus spreads in the Americas -Caribbean and South America, 2013-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63: 500.
9. Reiskind MH, Pesko K, Westbrook CJ, Mores CN. Susceptibility of Florida mosquitoes to infection with chikungunya virus. *Am J Trop Med Hyg* 2008; 78: 422.
10. Burt FJ, Rolph MS, Rulli NE, et al. Chikungunya: a re-emerging virus. *Lancet* 2012; 379: 662.
11. Hochedez P, Jaureguiberry S, Debruyne M, et al. Chikungunya infection in travelers. *Emerg Infect Dis* 2006; 12: 1565.
12. Taubitz W, Cramer JP, Kapaun A, et al. Chikungunya fever in travelers: clinical presentation and course. *Clin Infect Dis* 2007; 45: e1.
13. Lakshmi V, Neeraja M, Subbalaxmi MV, et al. Clinical features and molecular diagnosis of Chikungunya fever from South India. *Clin Infect Dis* 2008; 46: 1436.
14. Fric J, Bertin-Maghit S, Wang CI, et al. Use of human monoclonal antibodies to treat Chikungunya virus infection. *J Infect Dis* 2013; 207: 319.
15. Roy CJ, Adams AP, Wang E, et al. Chikungunya vaccine candidate is highly attenuated and protects nonhuman primates against telemetrically monitored disease following a single dose. *J Infect Dis* 2014; 209: 1891.

Patógeno inusual en síndrome febril sin foco

C. Verástegui, M. Bouthelier, F. de Juan, L. Ciria, D. Sagarra, J. Sorribes

Hospital Universitario Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 47]

INTRODUCCIÓN

La fiebre tifoidea es una enfermedad sistémica cuyo agente etiológico es *Salmonella typhi*. Su presentación clínica varía desde un cuadro leve con febrícula, a un cuadro grave con numerosas complicaciones (hemorragia, perforación intestinal, afectación hepatobiliar, cardiovascular, neurológica...). Con la potabilización del agua y el alcantarillado ha dejado de ser endémica en el mundo desarrollado. En España se han declarado 70-80 casos anuales entre 2000 y 2012, la mayoría en viajeros a países endémicos.

OBJETIVOS

Debe considerarse como diagnóstico diferencial del síndrome febril en niños con antecedente de viaje a países endémicos. Su tratamiento antibiótico precoz y adecuado son factores pronósticos fundamentales. La única forma diagnóstica en niños con baja sospecha clínica es su aislamiento en hemo-coprocultivo.

CASO CLÍNICO

Niña de 13 años, española, sin antecedentes de viajes al extranjero, con fiebre (máxima 39,5° C) de 5 días de evolución sin otra sintomatología. Radiografía de tórax, analíticas de sangre y orina sin hallazgos significativos. En hemocultivo se aísla *Salmonella typhi*. Ante diagnóstico de fiebre tifoidea, se inicia tratamiento antibiótico con Cefotaxima intravenosa, con evolución clínica favorable.

CONCLUSIONES

Pese a la baja incidencia en países desarrollados, la fiebre tifoidea debe incluirse en el diagnóstico diferencial del síndrome febril en niños con antecedente de estancia en países endémicos. La antibioterapia precoz reduce su morbilidad y mortalidad. El desarrollo de cepas multirresistentes a antibióticos habituales (amoxicilina, trimetoprim-sulfametoxazol o cloranfenicol) ha requerido el empleo de cefalosporinas de 3.ª generación, y hace que sea fundamental el antibiograma. La vacuna tífica puede reducir el riesgo de enfermedad en aquellos expuestos a *S. typhi*.

Paciente con exantema en extremidades. Diagnóstico en Atención Primaria

E. Romeo Lázaro, T. Cenarro Guerrero, D. Sagarra Novellón

Hospital Universitario Infantil Miguel Servet. Centro de Salud Sagasta (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 48]

INTRODUCCIÓN

El Eritema Nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis que predomina en mujeres entre los 15 y 30 años y que cursa con nódulos subcutáneos dolorosos de aparición aguda que afectan predominantemente a la superficie pretibial de extremidades inferiores, aunque pueden aparecer en otras localizaciones.

OBJETIVOS

Presentar el caso clínico de una paciente vista en un centro de salud con clínica y diagnóstico compatibles con Eritema Nodoso. Revisión de pruebas complementarias y manejo desde Atención Primaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de una mujer de 15 años que acude a la consulta de Atención Primaria por presentar lesiones en extremidades

inferiores de aparición repentina. Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre la etiología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento del Eritema Nodoso.

RESULTADOS

Dada la clínica, las características de las lesiones y los resultados de las pruebas complementarias realizadas se sugiere el diagnóstico de Eritema Nodoso de etiología viral (Herpesvirus 6).

CONCLUSIONES

El Eritema Nodoso es una enfermedad de curso benigno y automitigada.

Un elevado porcentaje de casos es idiopático.

Es importante realizar un diagnóstico precoz en Atención Primaria y la búsqueda, mediante el uso de las pruebas complementarias necesarias, de la etiología del Eritema Nodoso.

Síndrome de Brugada

A. Ayerza Casas^(1,3), F. Ramos Fuentes⁽²⁾, C. García Lasheras⁽¹⁾, E. Aurensanz Clemente⁽¹⁾,
M. López Ramón⁽³⁾, L. Jiménez Montañés⁽³⁾

⁽¹⁾Sección de Cardiología Pediátrica. ⁽²⁾Sección de Genética Clínica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)
⁽³⁾Sección Cardiología Pediátrica Hospital Universitario Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 48]

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Brugada (SB) es una canalopatía de herencia autosómica dominante recientemente descrita caracterizada por un patrón electrocardiográfico característico y predisposición a presentar arritmias ventriculares y muerte súbita.

CASO CLÍNICO

Niña de 15 días remitida para estudio a la consulta de cardiología pediátrica por antecedente de SB en tío materno, diagnosticado de forma casual por hallazgos típicos en ECG realizado en revisión de empresa, ambos asintomáticos. En anamnesis dirigida otro tío materno falleció súbitamente sin hallazgos reseñables en la autopsia. Ante la sospecha de SB familiar se decide realizar estudio genético encontrando una mutación en el gen SMCN5A (variación genética R376H) en

todos los varones de la familia (mutación descrita anteriormente en una única familia belga). Tras estratificación de riesgo se les ha colocado a todos los portadores un desfibrilador automático implantable como prevención primaria de muerte súbita.

COMENTARIOS

El Síndrome de Brugada es un trastorno eléctrico primario sin cardiopatía estructural en el que se asocian síncope recurrentes y un riesgo elevado de muerte súbita en adultos jóvenes. Dado que la herencia es dominante, debemos realizar consejo genético familiar y detectar portadores para realizar estratificación de riesgo. Además, es necesario conocer el patrón electrocardiográfico típico para poder evitar situaciones y/o fármacos que desencadenan arritmias potencialmente malignas en estos pacientes.

Proctocolitis alérgica en recién nacido de dos días de vida con lactancia materna exclusiva

S. Laliena Aznar, V. Adán Lanceta, R. Pinillos Pisón, M. Martínez Moral, M. J. Oliván del Cacho

Hospital Universitario Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 49]

INTRODUCCIÓN

La proctocolitis alérgica del lactante es un trastorno caracterizado por la presencia de deposiciones mucosanguinolentas en los dos primeros meses de vida, pudiendo aparecer en los primeros días de vida. Su incidencia ha aumentado en las dos últimas décadas. Anteriormente, relacionado con niños alimentados con lactancia artificial, en los últimos años se observa un aumento de la incidencia en niños alimentados con lactancia materna exclusiva, estando esto justificado por el paso de proteínas de leche de vaca a la leche de la madre.

El diagnóstico se basa en la clínica, la desaparición de los síntomas al retirar las proteínas de leche de vaca de la dieta, y en la reaparición de estos al reintroducirla. Los niños mantienen buen estado general en todo momento, siendo la gran mayoría tolerantes a la leche de vaca al año de vida, por lo que se considera una patología de buen pronóstico.

CASO CLÍNICO

Recién nacido a término, alimentado con lactancia materna exclusiva, que inicia a los dos días de vida deposiciones con hebras de sangre de forma intermitente. Todos los estudios realizados resultan normales. La clínica mejora progresivamente tras la eliminación de las proteínas de leche de vaca de la dieta de la madre. Dada la normalidad de las pruebas y la resolución de la clínica al modificar la dieta de la madre, fue diagnosticado de proctocolitis alérgica.

CONCLUSIONES

Debemos considerar esta patología como parte del diagnóstico diferencial ante deposiciones mucosanguinolentas en lactantes, incluyendo los recién nacidos, independientemente del tipo de lactancia con que sean alimentados.

Prolactinoma de evolución tórpida

E. A. Garza Espí, C. Fuertes Rodrigo, A. de Arriba Muñoz, M. Ferrer Lozano, J. I. Labarta Aizpún

Hospital Universitario Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 49]

INTRODUCCIÓN

Una de las causas de hiperprolactinemia en la edad pediátrica es el prolactinoma. Generalmente se diagnostican ante clínica de retraso puberal y suelen presentar clínica neurológica si se extienden más allá de la silla turca. El tratamiento de elección es médico con agonistas dopaminérgicos. Cuando la evolución no es favorable, se emplean otras alternativas como la cirugía transesfenoidal o la radioterapia.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años y 10 meses controlada desde los 12 años en consultas de Endocrinología por obesidad, que presenta cefalea hemicraneal de 1 mes de evolución, junto con visión borrosa. El TAC craneal urgente muestra una masa hiperdensa en hipófisis y la RMN cerebral evidencia un macroadenoma hipofisario que ocupa la silla turca y la región supraselar con compromiso del quiasma óptico. El nivel de

prolactina inicial fue de 3.276 ng/mL, confirmando el diagnóstico de prolactinoma. Se inicia tratamiento con agonistas dopaminérgicos (Cabergolina) a 0,5 mg/semana que deben ir aumentándose progresivamente por persistencia de clínica y de hiperprolactinemia. La paciente presenta muy mala tolerancia del tratamiento, por lo que a los 9 meses se realiza cirugía transesfenoidal con extirpación parcial de la lesión. Tras 1 año, persiste hiperprolactinemia con mala tolerancia al tratamiento médico que interfiere en su vida diaria, por lo que se realiza radioterapia, con mejoría clínica y disminución de las cifras de prolactina hasta los 64 ng/mL del último control al proseguir tratamiento médico.

COMENTARIOS

Los prolactinomas en edad pediátrica son tumores hipofisarios que responden satisfactoriamente al tratamiento médico, aunque a veces es necesario el abordaje multidisciplinar.

Tortícolis en niño de 8 años

M. Díez Muñoz, I. Serrano Viñuales, L. Troyas Fernández de Garayalde, C. Rodríguez-Vigil Iturrate, V. Gómez Palacio

Hospital Universitario Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 50]

INTRODUCCIÓN

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno localizado principalmente en la cortical diafisaria o metafisis de huesos largos. La clínica consiste en dolor de predominio nocturno que cede con salicilatos. En el diagnóstico es fundamental la radiografía simple, pudiéndose completar el estudio con gammagrafía ósea, TAC o RMN. El tratamiento principal es la exéresis completa de la lesión, pero en niños puede optarse por un tratamiento conservador, ya que en algunos casos involucionan espontáneamente.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 8 años de edad que consulta por cervicalgia y tortícolis izquierda de una semana de evolución que no mejora pese a analgesia y aplicación de calor local. No refiere antecedente traumático ni interferencia del dolor con el descanso. A la exploración física destaca una inclinación cefálica hacia izquierda con contractura de esternocleidomastoideo ipsilateral y limitación para la flexión cervical completa. Movilización activa y pasiva dolorosa. Resto de exploración por aparatos y neurológica sin hallazgos.

Durante su hospitalización persiste dolor y postura antiálgica, que mejora con ibuprofeno sin llegar a ceder completamente. Presentó un episodio aislado de dolor nocturno que cedió con metamizol vía oral.

Se realiza estudio radiológico, objetivándose lesión en C4, cuya etiología no es identificable. En la gammagrafía se constata captación sugestiva de osteoma osteoide y se recomienda proseguir estudio con RMN, prueba en la que se confirma el diagnóstico.

El tratamiento realizado fue conservador (analgesia, relajante muscular). Debido a la mejoría clínica y localización de la lesión, no se planteó tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

El osteoma osteoide es infrecuente en niños. La localización cervical del mismo ha sido descrita en muy pocos casos en la literatura.

Aunque el tratamiento principal es la exéresis, el conservador de espera puede llevar a la involución de la lesión y desaparición de la clínica.



BOLETIN

Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA



Normas de publicación

El Boletín es el órgano de expresión fundamental de la Sociedad de Pediatría de Aragón, la Rioja y Soria. Por ello, además de cumplir con su obligación de difundir las actividades de la Sociedad, pretende ser portavoz de toda problemática sanitaria y fundamentalmente pediátrica de la región geográfica que engloba. En el Boletín se contemplan las siguientes secciones:

Artículo Original

Originales: Trabajos de investigación con diseños de tipo analítico transversal, longitudinal, estudio de casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados.

Casos Clínicos

Casos clínicos: Descripción de uno o varios casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad referida.

Cartas al Director

Cartas al director: Discusión de trabajos publicados recientemente en el Boletín y la aportación de observaciones o experiencias que puedan ser resumidas en un texto breve.

Editorial

Editoriales: Discusión de avances recientes, de interés particular o de temas básicos para la formación continuada en Pediatría.

Artículos Especiales

Artículos especiales: Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de revisión o recopilación y que, por sus características, no encajen bajo el epígrafe de Editorial.

Sesiones de la Sociedad

Sesiones de la Sociedad: Comunicaciones, mesas redondas, sesiones de formación, etc., que sean desarrolladas por la Sociedad. Los autores confeccionarán un resumen de hasta 250 palabras como máximo que se hará llegar a la redacción del Boletín en los días siguientes a la sesión.

Becas y Premios

Becas y Premios: Los autores confeccionarán un resumen de hasta 750 palabras como máximo que se hará llegar a la redacción del Boletín en los días siguientes a la sesión.

Se podrán editar números monográficos extraordinarios, siempre que el Comité de Redacción y los autores interesados decidan conjuntamente las características de los números.

Presentación y estructura de los trabajos

Los trabajos se presentarán en hojas DIN A4, mecanografiadas a doble espacio y dejando márgenes no inferiores a 2,5 cm. Todas las páginas deberán ser numeradas consecutivamente, comenzando por la página titular. La extensión de los trabajos no debe sobrepasar los ocho folios en los artículos originales o editoriales, y cinco folios en los casos clínicos. Los apartados serán: página titular; resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas y pies de figuras. Todos los trabajos irán acompañados de soporte informático, indicando el sistema operativo y programa utilizados.

Página titular: Título original; nombre y apellidos del autor o autores; nombre del centro de trabajo y población; fecha de envío; y nombre, dirección, número de teléfono, fax y e-mail del autor al que debe dirigirse la correspondencia.

Resumen y palabras clave: La extensión del resumen no será superior a doscientas palabras. El contenido del resumen de los artículos originales y casos clínicos deberá ser estructurado en varios de los siguientes apartados: *antecedentes, objetivos, material y métodos, descripción del caso clínico, resultados y/o conclusiones*. Se incluirán de tres a diez palabras clave al final de la página donde figure el resumen.

Se adjuntará una correcta traducción al inglés del título, resumen y palabras clave.

Iconografía: El número de fotografías y figuras deberá ser el mínimo indispensable para la buena comprensión del texto. Se numerarán en caracteres árabes de manera correlativa por orden de aparición en el texto. En el dorso de la figura se indicará el número, nombre del primer autor y orientación de la misma. Las figuras se entregarán separadas del texto, sin montar, en blanco y negro. En una hoja incorporada al texto se escribirán los correspondientes pies de cada figura.

Tablas: Serán numeradas con caracteres romanos por orden de aparición en el texto, escritas a doble espacio y en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo.

Bibliografía: Las citas bibliográficas deben estar numeradas consecutivamente por orden de aparición en el texto, figurando el número entre paréntesis. La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación, y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; el nombre de la revista según abreviaturas del *Index Medicus*; año de aparición, volumen e indicación de la primera y última páginas. Deben mencionarse todos los autores; cuando sean siete o más se citarán los tres primeros y se añadirán después las palabras «et al». Un estilo similar se empleará para las citas de los libros. A continuación se exponen varios ejemplos:

Artículo: Carrasco S, Guillén T, Marco M, Ramírez JM, Pastor I. Síndrome del desfiladero torácico. Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor 1997; 27: 186-192.

Libro: Fomon SJ. Infant Nutrition. 2.^a edición. Filadelfia/Londres/Toronto: WB Saunders; 1974. p. 230-242.

Capítulo de libro: Blines JE. Dolor abdominal crónico y recurrente. En: Walker-Smith JA, Hamilton JR, Walker WA, eds. Gastroenterología pediátrica práctica. 2.^a edición. Madrid: Ergon; 1996. p. 25-27.

No deben incluirse en la bibliografía citas del estilo de «comunicación personal», «en preparación» o «sometido a publicación». Si se considera imprescindible citar dicho material debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto. Ejemplos:

Comunicación personal: (López López A. Comunicación personal).

Trabajos no publicados: (Salinas Pérez C. Estudio patogénico de la neuropatía IgA. En preparación) (Smith J. New agents for cancer chemotherapy. Presentado en el Third Annual Meeting of the American Cancer Society, 13 de Junio 1983, Nueva York).

Página web, sitio web, portal...: Joanna Briggs Institute JBI Connect España [Internet]. Madrid: Centre colaborador del JBI; 2008 [consulta el 22 de julio de 2008]. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/index.php>.

Los trabajos se enviarán para su publicación a M.^a Gloria Bueno Lozano, bien por correo electrónico (mgbuenol@unizar.es), o bien por correo postal (Avda. Alcalde Sainz de Varanda, 26, I2-D. 50009 Zaragoza). La secretaria de redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha posible de publicación.

