

Cartas al editor

Síndrome de shock tóxico fatal por estreptococo beta hemolítico del grupo A posterior a varicela

Sr. Editor:

La Comunicación breve "Síndrome de shock tóxico fatal por estreptococo beta hemolítico del grupo A posterior a varicela" (*Arch Argent Pediatr* 2006; (3):256-258) me ha dejado una serie de preguntas y reflexiones que quisiera exponer.

1. ¿Hubo oportunidades perdidas en este caso? Creo que sí. La presentación la realiza una unidad de cuidados intensivos y lógicamente el análisis se centraliza en las 4 horas que transcurrieron entre el ingreso de la paciente a la unidad y su fallecimiento. Al finalizar hacen énfasis en la "alta sospecha clínica que debemos tener los pediatras" pero se obvia que la propia paciente había permanecido "cinco horas en observación" en el propio hospital.
2. Catorce horas antes de su ingreso había consultado por fiebre, dolor e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo. Si agregamos la edad (2 años y medio) y lesiones residuales de varicela (¿qué tipo de lesiones residuales a 30 días del comienzo?) se suman factores de riesgo. (El artículo hace mención a Paganini et al. que encontraron que 45% de los niños con infecciones graves por EBHGA habían tenido previamente varicela). Evidentemente un enfoque clínico no pudo prevalecer ante los estudios por imágenes y laboratorio normales (aunque se refiere 30% de formas en cayado en los leucocitos). De allí que tras 5 horas se dio de alta.
3. Como pediatras sumamos más preocupación porque la paciente tuvo nuevo contacto con el sistema de salud: 6 horas antes del ingreso consultó en otro hospital "por reaparición de la fiebre" pero "tras la evaluación clínica se le otorgó el alta, con igual diagnóstico" (¿qué diagnóstico?).
4. La comunicación es clara, concisa pero a la vez contundente y dramática ya que es la historia de una niña previamente sana que consulta por fiebre y dolor en una rodilla pero que en el lapso de 20 horas fallece producto de

un shock tóxico, habiendo tenido tres ingresos al sistema de salud en ese período de tiempo.

Seguramente el caso dio lugar a tantas y más interpretaciones como las que describimos. Las características de una "comunicación breve" limita *per se* la discusión, pero mi humilde intención es que el enfoque no quedara limitado a las 4 horas terminales en una unidad de terapia sino que, como pediatras, nos dejara reflexiones respecto a un chico con antecedentes de varicela que acudió al sistema de salud con sintomatología.

Cordialmente,

Dr. Manuel Vivas - MP 289
Comodoro Rivadavia (Chubut)

Respuesta

Sr. Editor:

Me dirijo a Ud. a fin de responder la carta enviada por el Dr. Manuel Vivas sobre algunos aspectos de la comunicación breve "Síndrome de shock tóxico fatal por estreptococo beta hemolítico del grupo A posterior a varicela".¹

Considero que los comentarios realizados son muy importantes y quiero manifestar mi absoluto acuerdo y el de los restantes autores respecto a las oportunidades perdidas durante las reiteradas consultas que tuvo la paciente previo al ingreso a la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

No fue un objetivo de la comunicación relatar solamente la internación en la terapia intensiva, sino jerarquizar la forma de presentación de la enfermedad y lo relevante del antecedente de varicela, como instrumentos para llegar a un diagnóstico precoz.

Tanto en la mencionada comunicación,¹ como en otras publicaciones,^{2,3} se detallan las manifestaciones clínicas iniciales de esta enfermedad. Las mismas son variadas e inespecíficas, de allí la importancia de la sospecha, ya que el curso clínico es rápido y fulminante. La infección previa por el virus de la varicela es uno de los factores de riesgo más importantes para

tener enfermedades invasivas por estreptococo beta hemolítico del grupo A en pacientes previamente sanos.²⁻⁶ La varicela no siempre es una enfermedad benigna.

Coincido con el Dr. Vivas en poner énfasis en el enfoque integral del paciente, donde los estudios de imágenes y de laboratorio sean "complementarios" de las manifestaciones clínicas. Considero que la publicación, tanto de este caso clínico como de otros similares, colaborará a que los pediatras tengamos un alto nivel de alarma y sospecha, únicas maneras para poder llegar rápidamente al diagnóstico y establecer el tratamiento adecuado.

Cordialmente.

Dr. Rodolfo Pablo Moreno

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno RP, Caprotta CG, Araguas JL, et al. Arch Argent Pediatr 2006; 104:256-58.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Severe invasive group A streptococcal infections: a subject review. Pediatrics 1998; 101:136-40.
3. Paganini H, Luppino V, Hernández C, et al. Infecciones invasivas por streptococcus β-hemolítico del grupo A. Arch Argent Pediatr 2001; 99:9-13.
4. Laupland KB, Davies HD, Low DE, et al. Invasive group A streptococcal disease in children and association with varicella-zoster virus infection. Pediatrics 2000; 105:60-67.
5. Vugia DJ, Petersen CL, Meyers HB. Invasive group A streptococcal infections in children with varicella in Southern California. Pediatr Infect Dis 1996; 15:146-50.
6. O'Brien KL, Beall B, Barrett NL, et al. Epidemiology of invasive group A streptococcus disease in the United States, 1995-1999. Clin Infect Dis 2002; 35:268-76.

Lo racional es la medicina basada en la evidencia

Sr. Editor:

El día domingo 10 de septiembre se publicó en la sección Ciencia/Salud del diario *La Nación* un artículo titulado: "Los pediatras reivindican el uso del chupete". El periodista documentó su publicación en un comentario editorial del Dr. José Díaz Roselló: "Racionalmente se recomienda no prohibir" publicado en la revista de nuestra Sociedad.¹ El periodista se equivoca con el título de la nota debido a que el pensamiento del Dr. Díaz Roselló no resume de manera alguna, el ideario de nuestra comunidad pediátrica acerca de la introducción del chupete a nuestros niños.

Mientras que la evidencia de que el chupete se asocia con una disminución del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante resulta convin-

cente, el potencial efecto adverso en la duración de la lactancia materna debe ser tenido en cuenta cuando analizamos la ecuación costo/beneficio del chupete. La demostración de Chen y Rogan en un análisis multivariado de que la mortalidad postneonatal en los Estados Unidos es 26% más elevada para los niños que no reciben leche humana,² nos debe hacer sumamente cautelosos antes de introducir un factor (chupete) que pudiera reducir la lactancia materna y por lo tanto aumentar nuestra elevada mortalidad infantil.

La casi totalidad de los estudios observacionales indican una asociación negativa entre el chupete y la lactancia materna.³ Estos estudios nos muestran que los lactantes que usan chupetes son proclives a amamantar por menos tiempo que aquellos que no los utilizan. Sin embargo, los estudios observacionales no pueden determinar si el chupete es la causa de la cesación de la lactancia: estos estudios sólo pueden utilizarse para describir una asociación entre comportamientos.

La evidencia de la causalidad se debe materializar mediante estudios aleatorizados y controlados. En este tipo de estudio las familias se aleatorizan, de tal manera que un grupo de ellas recibe chupete y otro no. Si el chupete causara un impacto negativo con respecto a la duración de la lactancia, las familias que no reciben los chupetes deberían tener menos problemas con la lactancia y mayor duración de la misma.

Sin embargo, los pocos estudios aleatorizados publicados hasta el momento, no han demostrado que ofrecer chupete a los lactantes resulte en una disminución de la lactancia, excepto cuando éste se introduce muy precozmente dentro de los primeros cinco días de vida.⁴

En nuestro país un grupo de médicos de varios hospitales estamos llevando a cabo una investigación: "La influencia del chupete en la lactancia materna: estudio de intervención, aleatorizado, controlado y multicéntrico".⁵ Mi invitación como investigador principal del estudio es esperar los resultados del mismo, para que con datos concretos de la medicina basada en la evidencia, podamos dar un consejo médico sano con más racionalidad y menos fervor.

Dr. Alejandro Jenik

Jefe de la Sección de Recién Nacidos
Sanos del Servicio de Neonatología del
Hospital Italiano de Buenos Aires

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Roselló JL. Racionalmente se recomienda no prohibir. Arch Argent Pediatr 2006; 104(4):291-294.
2. Che A, Rogan WJ. Breastfeeding and risk the of postneonatal death in United States. Pediatrics 2004; 113:435-439.

3. Heinig MJ, Bañuelos J. American Academy of Pediatrics task force on sudden infant death syndrome (SIDS) statement on SIDS reduction: friend or foe of breastfeeding. *J Hum Lact* 2006; 22(1):7-10.
 4. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, Lawrence R. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111(3):511-8.
 5. Jenik A, Vain N, Gorenstein A, et al. Influence of pacifiers on breastfeeding duration: a multicentre, randomised controlled trial. Disponible en: <http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00306956?order=1>
-

Sr. Editor:

E pur si muove.
Galileo

Coincidimos plenamente con el Dr. Jenik y la nota de prensa de *La Nación* en que: "No existen razones para prohibir el uso de chupete".

Atentamente.

Dr. José Luis Díaz Rossello
Director de Neonatología
Maternidad del Hospital de Clínicas
"Dr. Manuel Quintela"

Universidad de la República, Montevideo, Uruguay