

PEDIATR PULMONOL. 2018 JAN 24.
doi: 10.1002/ppul.23948. [Epub ahead of print]

Tos tipo hábito/tic: presentación y evolución con confirmación simple

Habit-tic cough: Presentation and outcome with simple reassurance

Wright MFA, Balfour-Lynn IM.

Resumen

Objetivos: Nuestro enfoque terapéutico de la tos tipo hábito/tic es de confirmación en una sola consulta. Para asegurar la calidad de nuestra práctica, efectuamos el seguimiento de los niños para determinar el resultado al menos 3 meses luego del diagnóstico.

Diseño: Se estudiaron de manera consecutiva los niños mayores de 6 años. Las historias clínicas fueron analizadas retrospectivamente y los padres respondieron una encuesta verbal guionada.

Resultados: Cincuenta y cinco pacientes fueron identificados (mediana de edad 9,9 años), con una mediana de duración de la tos de 3 meses (IQR 2- 7,5 meses, rango hasta 3 años). En 51/55 (93%) casos, la tos estuvo ausente durante el sueño. 51/55 (93%) habían recibido medicación previa con una mediana de 3 pruebas terapéuticas, ninguna de las cuales había resuelto la tos. El seguimiento fue posible en 39/55 (71%) niños con una mediana de duración de 1,9 años. En 32/39 (82%), la tos se resolvió por completo (59% dentro de las 4 semanas, incluyendo 12% en el mismo día) y en 6/39 (15%) mejoró. En 26/39 (67%) padres que creyeron en el diagnóstico la tos se resolvió en 96%, mientras que en 13/39 (33%) que fueron escépticos, la resolución se observó solo en 54%. En 7/39 (18%) de los niños posteriormente se diagnosticó un tic, síntomas funcionales o trastornos de la conducta/psiquiátricos.

Conclusión: La tos por hábito puede ser diagnosticada de las características de la anamnesis; la pregunta crucial es si la tos desaparece durante el sueño. Nosotros obtuvimos resultados satisfactorios a largo plazo luego de una sola consulta con una simple confirmación, pero es importante que el niño y los padres crean en la explicación. No es infrecuente que tics o problemas de conducta aparezcan posteriormente.

Comentario

El problema del niño con tos crónica (TC) está ampliamente debatido en la literatura.¹⁻⁴ Diferentes patologías pueden originarla pero también existen causas funcionales no orgánicas. Los pediatras asisten con frecuencia a niños y familias que llegan a la consulta con frustración y desaliento por falta de respuesta luego de varias consultas, estudios realizados y tratamientos que no dieron resultados.

En esta oportunidad Wright y Balfour-Lynn analizaron a un grupo de niños con TC que en una única consulta asumieron como tos tipo hábito o tic, de causa funcional o psicógena. El estudio duró 6 años y abarcó a 55 niños con TC de 3 meses o más de evolución.

El criterio diagnóstico principal fue la ausencia de tos durante el sueño en un niño clínicamente sano. La estrategia terapéutica se basó en explicar con palabras claras, tranquilizadoras y reconfortantes la naturaleza benigna y pasajera del problema.

En este enfoque optimista y certero de ausencia de enfermedad en una única entrevista radica la originalidad del trabajo.

Luego de un período de seguimiento de 3 meses a 6,3 años 39 pacientes lo completaron y en 32 de ellos el síntoma había desaparecido rápidamente. Durante el mismo 4 niños desarrollaron otros síntomas funcionales, 3 trastornos de conducta y 2 asma.

El estudio también muestra que de 55 pacientes hay 16 familias que no aceptaron el seguimiento (¿fracaso de la estrategia?), 26/39 familias creyeron y aceptaron inicialmente el diagnóstico y de esos niños 25/26 resolvieron el síntoma. En cambio 13/39 familias estuvieron escépticas y aún en desacuerdo con el diagnóstico y entre ellos sólo 7/13 lograron resolver el problema.

El manejo de los síntomas funcionales en los niños es complicado y los resultados no son categóricos, sin embargo este artículo rescata un aspecto central que los pediatras sabemos hacer: diagnosticar salud. Para lograrlo debemos dedicar tiempo a la consulta, transmitir confianza, seguridad y afecto al niño y su familia y reflexionar a tiempo en porqué deberíamos pedir estudios complementarios o indicar tratamientos azarosos.

Dr. Mario Grenoville
Comité de Neumonología
Sociedad Argentina de Pediatría

Referencias

1. Shields MD, Bush A, Everard ML, et al. BTS guidelines: Recommendations for the assessment and

- management of cough in children. *Thorax*. 2008; 63 Suppl 3: 1-15
2. Irwin RS, Glomb WB, Chang AB. Habit cough, tic cough, and psychogenic cough in adult and pediatric population. ACCP. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2006;129 Suppl 1:S174-9.
 3. Weinberberg M, Hoegger M. The cough without a cause: habit cause syndrome. *J Allergy Clin Immunol*. 2016; 137(3): 930-1.
 4. Vertigan AE, Murad MH, Pringsheim T, et al. Somatic cough syndrome (previously referred to as psychogenic cough) and tic cough (previously referred to as habit cough) in adults and children. CHEST Guidelines and Expert Panel Report. *Chest*. 2015; 148(1):24-31

N ENGL J MED. 2018 FEB 1;378(5):428-438.

Antecedentes de enfermedad renal en la infancia y riesgo de enfermedad renal terminal en el adulto

History of childhood kidney disease and risk of adult end-stage renal disease

Calderon-Margalit R, Golan E, Twig G, Leiba A, Tzur D, Afek A, Skorecki K, Vivante A.

Resumen

Introducción: No está definido el riesgo a largo plazo asociado con la enfermedad renal que no progresó hacia la enfermedad renal crónica en la infancia. El objetivo fue estimar el riesgo de futura enfermedad renal terminal, en adolescentes que tuvieron función renal normal y un antecedente de enfermedad renal en la infancia.

Métodos: Estudio a escala nacional con base poblacional de una cohorte histórica de 1 521 501 adolescentes israelíes examinados al ingresar al servicio militar obligatorio en 1967, seguidos hasta 1997; los datos se relacionaron con el registro israelí de enfermedad renal terminal. La enfermedad renal en la infancia incluyó anomalías congénitas del riñón y de las vías urinarias, pielonefritis y enfermedad glomerular; todos los participantes incluidos en el análisis primario tuvieron función renal normal y tensión arterial normal en la adolescencia. Se utilizaron modelos de Cox de riesgos proporcionales para estimar la razón de riesgo para enfermedad renal terminal asociada con antecedentes de enfermedad renal en la infancia.

Resultados: Durante el seguimiento de 30 años, 2490 personas desarrollaron enfermedad renal terminal. El antecedente de cualquier

enfermedad renal en la infancia se asoció con una razón de riesgo para enfermedad renal terminal de 4,19 (IC95% 3,52 a 4,99). Las asociaciones entre cada diagnóstico de enfermedad renal en la infancia (anomalías congénitas del riñón y la vía urinaria, pielonefritis y enfermedad glomerular) y el riesgo de enfermedad renal terminal en la adultez fueron similares en su magnitud (análisis multivariado de razones de riesgo ajustadas 5,19 [IC95% 3,41 a 7,90], 4,03 [IC95% 3,16 a 5,14] y 385 [IC95% 2,77 a 5,36] respectivamente).

El antecedente de enfermedad renal en la infancia se asoció con menor edad al comienzo de la enfermedad renal terminal (razón de riesgo para enfermedad terminal renal del adulto <40 años de edad, 10,40 [IC95% 7,96 a 13,59]).

Conclusiones: El antecedente de enfermedad renal clínicamente evidente en la infancia, incluso si la función renal era aparentemente normal en la adolescencia, se asoció con un aumento significativo del riesgo para enfermedad renal terminal, lo que sugiere que el daño renal o la anomalía estructural en la infancia tienen consecuencias a largo plazo.

Comentario

En patologías nefro-urológicas, la persistencia de proteinuria patológica, hipertensión arterial o disminución del filtrado glomerular (FG) implica un significativo riesgo de progresión hacia estado terminal de enfermedad renal (ESRD).

Pacientes con antecedentes de patologías nefro-urológicas, que no presentan signos de daño secular, no han sido suficientemente estudiados con seguimientos prolongados.

El trabajo evalúa este riesgo en una importante casuística con 30 años de seguimiento a partir de la adolescencia.

Entre los factores para inclusión se refiere presentar valores normales de creatinina en suero. La creatinina no es buen parámetro para evaluar función renal en estos pacientes, pues un daño tubular puede aumentar su excreción lo que mantiene niveles normales en suero enmascarando disminuciones del FG.

Se refiere un riesgo 4 veces mayor para ESRD y con más temprana presentación en los pacientes estudiados comparado con los controles (sujetos que no padecieron patologías nefro-urológicas). No se observaron diferencias entre los diversos tipos de patologías nefro-urológicas precedentes.

Tras el análisis de la rica casuística presentada, la patogenia del riesgo aumentado de ESRD, es atribuida a posible hiperfiltración de nefronas remanentes.

La hipertensión glomerular condicionante de la hiperfiltración es considerada importante factor de progresivo daño renal.¹ La hiperfiltración implica pérdida de la reserva funcional renal (RFR).

Dada la alta prevalencia en Argentina del síndrome urémico hemolítico (SUH), un estudio epidemiológico similar sería de relevancia en pacientes que padecieron la enfermedad y se recuperaron sin presentar signos de daño secuelar.

Nosotros estudiamos la RFR en 33 de estos pacientes con FG basal y tras carga proteica, mediante depuración plasmática de 99mTc-DTPA; RFR normal se observó en 17 niños y los 16 restantes se mostraron sin RFR.² Otros autores efectuaron un estudio similar mediante inulina y mostraron además la inadecuación de la creatinina para evaluar en estos casos el FG.³

Si la pérdida de RFR es un indicador precoz de riesgo aumentado para ESRD, podemos tempranamente implementar probables medidas de prevención, como moderada limitación en los aportes proteicos o suministro de inhibidores de la enzima convertasa.^{4,5}

Dr. Luis Voyer

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde
Profesor Titular Consulto de la UBA
Director de la carrera de Especialistas en Pediatría
Comité de Docencia e Investigación CODEI

Referencias

1. Brenner BM, Lawler EV, Mackenzie HS. The hyperfiltration theory: a paradigm shift in nephrology. *Kidney Int.* 1996;49(6):1774-7.
2. Bruno GO, Dieguez SM, Voyer LE. Reserva funcional renal mediante depuración de ácido dietilentríamino-pentaacético marcado con tecnecio-99m en niños que padecieron síndrome urémico hemolítico. *Arch Arg Pediatr.* 2012;110(1):60-3.
3. Tufro A, Arrizurieta EE, Repetto H. Renal functional reserve in children with a previous episode of a haemolytic-uraemic syndrome. *Pediatr Nephrol.* 1991;5(2):184-8.
4. Brenner BM, Meyer TW, Hostetter TH. Dietary protein intake and the progressive nature of kidney disease: the role of hemodynamically mediated glomerular injury in the pathogenesis of progressive glomerular sclerosis in aging, renal ablation, and intrinsic renal disease. *N Engl J Med.* 1982;307(11):652-9.
5. Klachr S, Levey AS, Beck GJ, et al. The effect of dietary protein restriction and blood-pressure control on the progression of chronic renal disease. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *N Engl J Med.* 1994;330(13):877-84.

N ENGL J MED. 2018 APR 5;378(14):1302-1312.

Cambios en el sobrepeso desde la infancia al comienzo de la edad adulta y riesgo de diabetes tipo 2

Change in overweight from childhood to early adulthood and risk of type 2 diabetes

Bjerregaard LG, Jensen BW, Ångquist L, Osler M, Sørensen TIA, Baker JL.

Resumen

Introducción. El sobrepeso en la infancia se asocia con mayor riesgo de diabetes tipo 2 en la edad adulta. Se investigó si la corrección del sobrepeso antes de la edad adulta reducía este riesgo.

Métodos. El estudio incluyó 62 565 hombres daneses cuyo peso y estatura fueron medidos a los 7 y 13 años de edad y al comienzo de la edad adulta (17 a 26 años). Se definió sobrepeso de acuerdo con los criterios de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Se obtuvieron los datos sobre diagnóstico de diabetes tipo 2 a los ≥ 30 años en 6710 personas, del registro nacional de salud.

Resultados. En 62565 hombres, el sobrepeso a los 7 años de edad (3373/62 565; 5,4%), 13 años de edad (3418/62 565; 5,5%), o comienzo de la edad adulta (5108/62 565; 8,2%) se asoció positivamente con el riesgo de diabetes tipo 2; las asociaciones fueron más fuertes con sobrepeso a mayor edad, y con menor edad en el momento del diagnóstico de diabetes tipo 2.

Los hombres que corrigieron su sobrepeso antes de los 13 años de edad tuvieron un riesgo de padecer diabetes tipo 2 diagnosticada entre los 30 y 60 años similar a los que nunca tuvieron sobrepeso (razón de probabilidades 0,96; IC95% 0,75-1,21). En comparación con los hombres que nunca tuvieron sobrepeso, los que lo presentaron a los 7 y a los 13 años pero no en el comienzo de la edad adulta tuvieron mayor riesgo de diabetes tipo 2 (razón de riesgos 1,47; IC95% 1,10-1,98) pero su riesgo fue menor que el de los hombres con sobrepeso persistente (razón de riesgos [sobrepeso persistente vs. nunca sobrepeso] 4,14; IC95% 3,57-4,79). El aumento del índice de masa corporal entre los 7 años y el comienzo de la edad adulta se asoció con mayor riesgo de diabetes tipo 2 incluso entre aquellos cuyo peso había sido normal a los 7 años de edad.

Conclusiones. El sobrepeso infantil a los 7 años, se asoció con mayor riesgo de diabetes

tipo 2 en el adulto solamente si continuó durante la pubertad o a edades mayores.

Comentario

Las intervenciones que logran un descenso de peso en adultos han demostrado ser efectivas para retrasar o evitar el desarrollo de diabetes de tipo 2 (DBT 2) en sujetos con factores de riesgo. En pediatría, no todos los estudios científicos realizados hasta el momento han mostrado dicha efectividad.¹

Según datos recientes, la incidencia global de sobrepeso y obesidad en la infancia es del 23%.² La obesidad es la causa más común de insulino-resistencia en los niños; la prevalencia de síndrome metabólico llega a ser alrededor de 30% entre los adolescentes obesos.³ Además, el aumento de peso que ocurre durante la pubertad (caracterizado por un marcado descenso en la insulino-sensibilidad)⁴ juega un rol central en el desarrollo posterior de DBT 2.

El trabajo danés publicado en el *New England Journal of Medicine* es un estudio retrospectivo de seguimiento longitudinal de una cohorte muy numerosa, que utilizó datos de registros nacionales precisos (peso y talla) para calcular el índice de masa corporal (IMC).

Los autores sostienen que el sobrepeso/obesidad desde los 7 años de edad hasta la pubertad se asoció a un mayor riesgo de desarrollar DBT 2 en la adultez temprana. En cambio, el riesgo se redujo cuando los sujetos normalizaron el peso antes de los 13 años y lo mantuvieron hasta la adultez.

Por estos resultados, la normalización del IMC antes de la pubertad podría reducir el riesgo de desarrollar DBT 2 en la edad adulta.

Las estrategias preventivas escolares y de salud pública, deberían apuntar a esta ventana de oportunidad prepuberal para normalizar el peso de nuestros niños.

Dra. Marisa Armeno

Médica Pediatra.

Especialista en Nutrición Infantil (UBA)

Médica de planta permanente

Servicio de Nutrición del Hospital "Prof. Dr. J. P. Garrahan"

Referencias

1. Llewellyn A, Simmonds M, Owen CG, et al. Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2016; 17(1):56-67.
2. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384(9945):766-81.
3. Weiss RD, Dziura J, Burgert TS, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004; 350(23):2362-74.
5. Kelsey MM, Zeitler PS. Insulin resistance of puberty. *Curr Diab Rep* 2016; 16(7): 64.