

autores afirman en la discusión «Cursa frecuentemente de forma asintomática o con una clínica poco manifiesta, exacerbada tras períodos de intensa actividad física, con dolor en las ingles o muslos, claudicación de la marcha, cojera, cansancio o dolores erráticos y poco intensos en miembros inferiores». Pues, bien, atribuir la sintomatología, aunque leve e inespecífica, a lo que en realidad es un patrón normal de osificación podría enmascarar otros diagnósticos y resultar peligroso.

Posiblemente una bibliografía insuficientemente seleccionada ha llevado a los autores a confusión. Hemos creído necesario hacer estas observaciones porque la divulgación de conceptos erróneos en una revista de pediatría general, considerando como enfermedad lo que no es tal, puede llevar a provocar ansiedad en los padres y a practicar exploraciones radiológicas repetidas innecesariamente a niños sanos.

Bibliografía

- 1 Alvarez Momboisse M, Serrano Corcoles MC, Cueto Saavedra SJ, Pérez Martínez M, Cuenca Montero M. Hallazgo radiológico de imagen lítica isquiopubiana. Necrosis aséptica de la sincondrosis isquiopubiana (enfermedad de van Neck-Oldenberg). *An Esp Pediatr* 1997; **46**:303-305.
- 2 Neck M van. Osteochondritis du pubis. *Arch Franco-Belges Chir* 1924; **27**:238.
- 3 Resnick D. Diagnosis of bone and joint disorders, tercer tomo. Filadelfia/Londres/Toronto: W.B. Saunders, 1981; 2907-2909.
- 4 Keats TE. Atlas of normal roentgen variants that may simulate disease, 5ª edición. San Luis: Mosby, 1992; 304.
- 5 Caffey J, Ross SE. The ischiopubic synchondrosis in healthy children: some normal roentgenographic findings. *Am J Roengenol* 1956; **76**:488-494.
- 6 Tachdjian MO. Pediatric Orthopedics, 2ª edición. Filadelfia/Londres/Toronto: W.B. Saunders, 1990;1016.
- 7 Girdan BR, Golden R. Centers of ossification of the skeleton. *Am J Roengenol* 1952; **68**:922-924.
- 8 Acheson RM. The Oxford method of assessing skeletal maturity. *Clin Orthop* 1957; **10**:19-39.
- 9 Canale ST, King RE. Pelvic and hip fractures. En: Rockwood CA, Wilkins KE, King RE (eds). Fractures in Childre, 3ª edición. Filadelfia: J.B. Lippincott, 1991; 1005-1006.
- 10 Kozlowski K, Hochberger O, Povysil B. Swollen ischiopubic synchondrosis: a dilemma for the radiologist. *Australas-Radiol* 1995;

M. Labay Matías, T. Valero Adán,
J. Martín Calama, C. de Miguel Pardo,
F. Valle Sánchez

An Esp Pediatr 1997;47:445-446.

Sr. Director:

Mycoplasma pneumoniae desempeña un importante papel etiológico en las enfermedades respiratorias humanas⁽¹⁾. Su incidencia máxima en niños se sitúa entre los 5 y 14 años, siendo más rara en los menores de esa edad⁽²⁾.

Entre los meses de abril y julio de 1996 ingresaron 14 niños en el Servicio de Pediatría de nuestro Hospital afectados por un cuadro de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*, de los cuales la mitad tenían menos de 4 años de edad.

El diagnóstico se realizó tras apreciar signos neumónicos auscultatorios, confirmando la condensación mediante radiología torácica y por la detección de IgM positiva a *Mycoplasma pneumoniae*.

A todos los niños se les practicaron, además, hemocultivo, frotis faríngeo y nasal, hemograma, bioquímica general y sero-

Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* en niños menores de 4 años

logía de virus respiratorio sincitial, S. influenza A y B, S. parainfluenza 1-2-3, *Legionella*, *Psittacosis* y fiebre Q. De los 14 casos citados, sólo los siete menores de 4 años son motivo de consideración.

Sus características generales figuran en la tabla I. Cabe destacar que el menor de ellos tenía 15 meses de edad y que cuatro habían recibido previamente amoxicilina-clavulánico o cefixima, sin registrar mejoría. El único niño afebril a su ingreso (caso 3) mostraba importante afectación de su estado, y al ser el primero en diagnosticarse se inició tratamiento endovenoso con amoxicilina-clavulánico, hasta recibir los resultados de la serología. En el resto, ya de entrada, se utilizó claritromicina a 16 mg/kg/día, añadiéndose otros fármacos, como broncodilatadores y mucolíticos, fundamentalmente. La evolución fue favorable en todos ellos.

Aunque en los protocolos de tratamiento de las neumonías en niños menores de 5 años no se aconsejan macrólidos como antibioterapia de elección, transitoriamente y al constatar los re-

Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel «Obispo Polanco». Teruel.
Correspondencia: Miguel Labay Matías. Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel «Obispo Polanco». Avda. Ruiz Jarabo, s/n. 44002 Teruel.

Tabla I Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* en niños menores de 4 años. Principales datos generales

	Edad	Sexo	Antibióticos previos	Fiebre (oC)	Localización	Escolarización	IgM <i>M. pneumoniae</i>
Caso 1	2 años	M	No	38,9	LID	Sí	(+)
Caso 2	1 año/6 m	V	Amox./clavul	39,6	LII	Sí	(+)
Caso 3	3 años/3 m	V	No	No	LID	Sí	(+)
Caso 4	2 años/8 m	M	Amox./clavul	38,3	LII	Sí	(+)
Caso 5	1 año/3 m	M	No	39,4	LII	Sí	(+)
Caso 6	2 años/4 m	V	Cefixima	40,1	LID	Sí	(+)
Caso 7	3 años	M	Amox./clavul	38,7	LSI	Sí	(+)

sultados de serología en los pacientes mayores ingresados, decidimos modificar circunstancialmente la pauta de tratamiento antibiótico, eligiendo claritromicina por su facilidad de posología y los menores efectos digestivos secundarios que eritromicina en los niños más pequeños^(3,4).

Pensamos que dicha medida fue eficaz ya que en este período se diagnosticaron otros 17 niños de neumonía en urgencias del hospital, previa radiología. Aunque no se les practicó serología se les indicó claritromicina, con resolución del proceso en todos los casos, sin requerir ingreso. Dado el ambiente epidemiológico se puede pensar en *Mycoplasma pneumoniae* como agente etiológico.

Además, a través de las reuniones semanales que mantenemos con los pediatras de Atención Primaria de Teruel, comunicamos la situación y se actuó conjuntamente en la vertiente terapéutica de otros niños afectados por procesos respiratorios. Probablemente se evitaron así ingresos en el hospital. Esto confirma que es prioritario mantener una relación fluida entre Atención Primaria y especializada para intentar hacer frente con eficacia a brotes epidémicos como el descrito.

Por último, el hecho de que *Mycoplasma pneumoniae* afecte actualmente a niños pequeños, pudiera explicarse por la escolarización precoz en guarderías y escuelas, como en los casos descritos, en las que la posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas se incrementa sustancialmente.

Bibliografía

- 1 Domínguez A, Minguell S, Torres J, Serrano A, Vidal J, Salleras L. Community outbreak of acute infection by *Mycoplasma pneumoniae*. *Eur J Epidemiol* 1996; **12**:131-134.
- 2 Esteban R, Jiménez A, Orozco A, Gironés I, Sánchez P, Gracia F. Etiología de la infección respiratoria aguda en 87 niños hospitalizados. *Rev Clin Esp* 1996; **196**:82-86.
- 3 Floret D. Place des macrolides dans le traitement des infections respiratoires de l'enfant. *Arch Pediatr* 1995; **2**:1184-1191.
- 4 Block S, Hedrick J, Hammerschlag MR, Cassell GH, Craft JC. *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in pediatric community acquired pneumonia: comparative efficacy and safety of clarithromycin vs erythromycin ethylsuccinate. *Pediatr Infect Dis J* 1995; **14**:471-477.

FE DE ERRATAS

En el editorial “Deficiencia mental de origen genético”, publicado en *An Esp Pediatr* 1997;47:121-125 apareció un error ajeno al autor, en la página 123, que aquí corregimos:

donde dice ... “La prevalencia de la DMXL en varones (excluyendo síndromes o enfermedades neurológicas) está alrededor del 1,8 por 1.000 varones y del 2,44 por 1.000 en mujeres”.

debería decir ... “La prevalencia de la DMXL en varones (excluyendo síndromes o enfermedades neurológicas donde el síntoma primario es la DM) es de alrededor el 1,8 por 1.000. En las mujeres, se estima que la prevalencia de portadoras es del 2,44 por 1.000 aproximadamente”.