

- 235.
- 2 García MA, Román J, Narbona J, Canitano R, Vaamonde J, Villas C. Enfermedad de Hallervorden-Spatz: Aportación clínica y terapéutica. *Act Ped Esp* 1993; **51**:463-467.
 - 3 Marsden CD, Quinn NP. The dystonias. *Br Med J* 1990; **300**:139-144.
 - 4 Hughes JM. Botulism. En: Scheld WM, Whitley RJ, Durack DT (eds). *Infections of the Central Nervous System*. New York: Raven Press, 1991; págs. 589-602.
 - 5 Greene P, Kang U, Fahn S, Brin M, Moskowitz C, Flaster E. Double-blind, placebo-controlled trial of botulinum toxin injections for the treatment of spasmodic torticollis. *Neurology* 1990; **40**:1213-1218.
 - 6 Jankovic J, Schwartz K, Donovan DT. Botulinum toxin treatment of cranial-cervical dystonia, spasmodic dysphonia, other focal dystonias and hemifacial spasm. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; **53**:633-639.
 - 7 Jankovic J, Brin MF. Therapeutic uses of botulinum toxin. *New Engl J Med* 1991; **324**:1186-1194.
 - 8 Cheshire WP, Abashian SW, Mann JD. Botulinum toxin in the treatment of myofascial pain syndrome. *Pain* 1994; **59**:65-69.
 - 9 Sánchez-Carpintero R, Narbona J. Toxina botulínica en el tratamiento de la parálisis cerebral infantil hemipléjica. Experiencia a lo largo de un año. *An Esp Pediatr* 1996; **84**(S):42.
 - 10 Shaari CM, Sanders I. Quantifying how location and dose of botulinum toxin injections affect muscle paralysis. *Muscle Nerve* 1993; **16**:964-969.
 - 11 Borodic GE, Joseph M, Fay L, Cozzolino D, Ferrabte RJ. Botulinum a toxin for the treatment of spasmodic torticollis: dysphagia and regional toxin spread. *Head Neck* 1990; **12**:392-399.
 - 12 Haug BA, Dressler D, Prange HW. Polyradiculoneuritis following botulinum toxin therapy. *J Neurol* 1990; **237**:62-63.
 - 13 Bowden JB, Rapini RP. Psoriasiform eruption following intramuscular botulinum a toxin. *Cutis* 1992; **50**:415-416.
 - 14 Sampaio C, Castro-Caldas A, Sales-Luis ML, Alves M, Pinto I, Apolinario P. Brachial plexopathy after botulinum toxin administration for cervical dystonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993;

J. Doménech Fernández,
A. Armisen Pedrejón¹

An Esp Pediatr 1997;47:444-445.

Sr. Director:

Hemos leído con interés en la sección ¿Cuál es su diagnóstico? el caso clínico «Hallazgo radiológico de imagen lítica isquiopubiana. Necrosis aséptica de la sincondrosis isquiopubiana (enfermedad de van Neck-Oldenberg) por el Dr. Alvarez Momboisse y cols.⁽¹⁾ y quisieramos hacer algunos comentarios.

En la historia de la medicina se han cometido algunos errores, como considerar enfermedades lo que no son más que variantes de la normalidad, que la tradición y la inercia han ido perpetuando. La rarefacción irregular e insuflación radiológica de la sincondrosis isquiopubiana llevó a van Neck en 1924 a pensar que se trataba de una osteocondritis⁽²⁾. En la actualidad esta imagen que aparece con frecuencia en niños asintomáticos se considera una variante de la normalidad sin repercusión patológica^(3,4) y no una necrosis avascular, como afirman los autores.

Caffey y Ross encontraron esta tumefacción radiológica asintomática en el 72% de los niños a los 6 años y en el 65% a los 7

¿Existe la enfermedad de van Neck?

años, con frecuencias decrecientes hacia las edades de 2 y 12 años. En algo más de la mitad de los casos el hallazgo fue unilateral⁽⁵⁾. El análisis histológico de muestras de tal lesión obtenidas tras intervenciones quirúrgicas han mostrado ser fisis normales cerrándose^(3,6). Tachdjian sostiene que la osificación irregular e insuflación de la sincondrosis isquiopúbica es una hallazgo normal, que sucede en algún momento en casi todos, o quizá todos los niños⁽⁶⁾.

La edad en la que sucede el cierre de la sincondrosis isquiopubiana es muy variable, extendiéndose desde los 4 a los 9 años habitualmente⁽⁷⁾. Acheson considera que la fusión de las ramas isquiática y púbica cursa en cinco fases (0 a 4), observándose en la fase 3 una insuflación típica de la fisis, que de hecho caracteriza esta fase⁽⁸⁾.

El caso presentado es una niña de 3 años y medio en la que casualmente se descubre una imagen radiotransparente en la rama isquiopubiana. Esta imagen en una niña asintomática corresponde a la fisis isquiopubiana próxima al cierre, pero no una necrosis avascular de la sincondrosis isquiopubiana.

Por otra parte, en los casos en los que exista alguna sintomatología local acompañando a esta imagen, deben investigarse otras causas, como fractura de estrés u osteomielitis^(9,10), o patología en zonas vecinas como la cadera o el raquis lumbar. Los

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital «La Fe».

¹Pediatra. Servicio Valenciano de Salud. Valencia.

Correspondencia: Dr. Julio Doménech Fernández. Servicio de Cirugía y Traumatología. Hospital «La Fe». Avda. de Campanar, 21. 46009 Valencia.

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.