

Bibliografía marzo 2025

Top Ten

- [Enfermedades infecciosas más frecuentes asociadas a inundaciones en niños](#)
An Pediatr (Barc). 2025;102:503777

Las inundaciones son uno de los fenómenos naturales más descritos a nivel mundial, y su incidencia va en aumento debido a las consecuencias producidas por el cambio climático. La aparición de estos desastres conlleva riesgos en la población afectada, incluyendo el aumento de enfermedades transmisibles derivado principalmente del desplazamiento y del hacinamiento de la población, la deficiencia de medidas higiénico-dietéticas y la dificultad de acceso a servicios sociosanitarios. Las enfermedades infecciosas más frecuentemente descritas en estas catástrofes son las gastrointestinales, las respiratorias y las producidas por la sobreinfección de heridas. También se han descrito brotes epidémicos por infecciones menos prevalentes, como la leptospirosis, o infecciones transmitidas por vectores, cuyo aumento de incidencia ha sido fuertemente relacionado con este tipo de desastres.

Ante estos eventos es primordial el desarrollo de protocolos de vigilancia epidemiológica, así como la elaboración de consensos de diagnóstico y manejo terapéutico de las enfermedades transmisibles más prevalentes por parte de las sociedades científicas.

Este documento de consenso ha sido elaborado por la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) en colaboración con la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Sociedad Valenciana de Pediatría (SVP) con la finalidad de establecer recomendaciones para el manejo terapéutico de las principales enfermedades infecciosas que puedan producirse en los niños afectados por inundaciones, pudiendo ser extensible a otras catástrofes naturales.

- [The value of white blood cell count in predicting serious bacterial infections in children presenting to the emergency department: a multicentre observational study](#) *Archives of Disease in Childhood* 2025;110:191-196.

Antecedentes: El recuento leucocitario (RGB) es un marcador ampliamente utilizado para predecir infecciones bacterianas graves (IBG); sin embargo, estudios previos han mostrado un rendimiento deficiente. Este estudio busca evaluar la utilidad del RGB para predecir IBG en niños en urgencias y comparar su valor con el de la proteína C reactiva (PCR) y el recuento absoluto de neutrófilos (RAN).

Métodos. Este estudio es un estudio observacional multicéntrico que incluyó a niños febriles de 0 a 18 años que acudieron a uno de 12 servicios de urgencias en 8 países europeos. La asociación entre el recuento de leucocitos y la IBS se evaluó mediante regresión logística multivariable, ajustando por edad, PCR y duración de la fiebre. Además, se evaluó el rendimiento diagnóstico mediante la sensibilidad y la especificidad. Los resultados se compararon con los de PCR y RAN.

Resultados Incluimos 17 082 niños con mediciones de WBC, de los cuales 1854 (10.9%) tenían un SBI. WBC >15 tuvo un OR ajustado de 1.9 (IC del 95%: 1.7 a 2.1) para la predicción de SBI, después de ajustar por factores de confusión. La sensibilidad y la especificidad fueron 0.56 (IC del 95%: 0.54 a 0.58) y 0.74 (0.73 a 0.75) para WBC >15, y 0.32 (0.30 a 0.34) y 0.91 (0.91 a 0.91) para WBC >20, respectivamente. En comparación, CRP >20 mg/L tuvo una sensibilidad de 0.87 (IC del 95%: 0.85 a 0.88) y una especificidad de 0.59 (0.58 a 0.59). Para una PCR >80 mg/L, la sensibilidad fue de 0,55 (IC del 95%: 0,52 a 0,57) y la especificidad de 0,91 (IC del 95%: 0,90 a 0,91). Además, para un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) >10, la sensibilidad fue de 0,55 (IC del 95%: 0,53 a 0,58) y la especificidad de 0,75 (IC del 95%: 0,75 a 0,76). La combinación de leucocitos y PCR no mejoró el rendimiento en comparación con la PCR sola.

Conclusión: El recuento de leucocitos no tiene beneficio diagnóstico para identificar niños con una IBS en comparación con la PCR y solo debe medirse para indicaciones específicas.

- [Diagnosis and Management of Pediatric Myocarditis](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p e95-e98, March 2025.

La miocarditis es una enfermedad inflamatoria heterogénea del miocardio que causa edema focal y lesiones que pueden dar lugar a anomalías estructurales y funcionales. La incidencia varía entre 0,8 y 2,13 casos por 100.000, con predominio masculino en niños mayores de 6 años (riesgo aproximadamente 2,5 veces superior) y dos picos de incidencia: en niños menores de 2 años y en adolescentes de 13 a 18 años. La mortalidad intrahospitalaria es del 6,1%. Los virus son la principal causa de miocarditis en niños, siendo los más frecuentes el parvovirus B19, el virus del herpes humano tipo 6 (VHH-6), los enterovirus y los adenovirus. Otras etiologías incluyen citomegalovirus (CMV), virus de Epstein Barr, hepatitis C, herpes simple tipo 2, gripe, parainfluenza, SARS-CoV-2 y VIH, con menor frecuencia bacterias u otros patógenos infecciosos, mecanismos inmunomediados y exposición a toxinas. A nivel mundial, la etiología más frecuente es el *Trypanosoma cruzi* (enfermedad de Chagas).

La presentación clínica depende de la localización y la extensión de los focos inflamatorios en el miocardio, así como de la edad y la etiología. Las características clínicas varían de asintomáticas a shock cardiogénico y muerte súbita cardíaca. Las presentaciones clínicas más comunes son insuficiencia cardíaca aguda, nueva arritmia y dolor torácico en adolescentes. El escaso aumento de peso, la fiebre, la irritabilidad o apatía, los episodios periódicos de palidez y diaforesis con síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva son típicos en neonatos y lactantes. En los niños mayores se observan antecedentes recientes de infección vírica 10-14 días antes de la presentación, debilidad general, intolerancia al ejercicio, dolor torácico, diaforesis, palpitations, disminución del apetito, fiebre baja y síntomas respiratorios relacionados con la insuficiencia cardíaca...

- [Long-Term Symptoms in Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Cervical Adenitis Syndrome after Tonsillectomy](#). The Journal of Pediatrics, Volume 278, 114424.

Objetivo: Investigar el curso clínico inicial y a largo plazo del síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical (PFAPA) después de la amigdalectomía con respecto a los episodios de fiebre y los síntomas no febriles relacionados con PFAPA.

Diseño del estudio: Estudio observacional de cohorte con datos retrospectivos y transversales, basado en 86 de 101 pacientes sometidos a amigdalectomía por PFAPA entre enero de 2006 y marzo de 2020, de una cohorte de 336 pacientes diagnosticados con PFAPA en la infancia. Los datos se recopilaron mediante entrevistas telefónicas estructuradas y revisión de historias clínicas. Se entrevistó a los padres sobre la respuesta inicial a la amigdalectomía y la evolución clínica posterior. Se entrevistó a los pacientes (si tenían ≥ 18 años) o a los padres (si eran menores) sobre los síntomas presentes en el momento de este estudio de seguimiento a largo plazo.

Resultados: Seis meses después de la amigdalectomía, 45 de 86 participantes (54%) no tenían síntomas de PFAPA, 19 (22%) solo tenían síntomas no febriles relacionados con PFAPA, 17 (20%) tenían episodios de fiebre en curso pero menos frecuentes o más leves, 1 (1%) tenía episodios febriles en curso sin mejoría y 4 (5%) tenían datos faltantes porque los padres no estaban disponibles. En 10 de 45 pacientes con remisión inicial, los episodios de fiebre reaparecieron 0,5-4,5 años después de la amigdalectomía. En el seguimiento a largo plazo (mediana de 8,8 años [rango de 2,8-16,1 años] después de la amigdalectomía), 54 de 86 (63%) no tenían síntomas de PFAPA, 15 (17%) tenían episodios febriles, generalmente con intervalos más largos entre brotes que antes de la amigdalectomía, y 17 (20%) tenían síntomas no febriles relacionados con PFAPA.

Conclusiones: Si bien los síntomas de PFAPA se resuelven o son más leves después de la amigdalectomía en la mayoría de los pacientes, al evaluar la amigdalectomía como opción de tratamiento para PFAPA, se deben considerar los resultados a largo plazo que muestran síntomas residuales en una minoría considerable. Una mayor concienciación sobre los síntomas persistentes después de la amigdalectomía puede mejorar la comprensión y la atención médica de estos pacientes.

- [Seroprevalence status of vaccine-preventable diseases in migrants living in shelter centers in Barcelona, Spain](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:139-47.

En 2022, alrededor de 281 millones de personas vivían en un país extranjero y más de 100 millones fueron desplazados de su país de origen. La cobertura vacunal frente a enfermedades infecciosas en migrantes recién llegados (MRL) es inferior a la de las poblaciones de los países de acogida. Por consiguiente, los estudios de seroprevalencia y un mejor acceso a la vacunación contribuyen a reducir estas diferencias.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal incluyendo a los migrantes, que residieron ≤ 5 años en el país de acogida y con ≥ 16 años de edad, que solicitaron un examen médico entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de enero de 2021. Se ofreció análisis serológico y vacunación a aquellos individuos sin inmunidad frente a hepatitis B (HBV), hepatitis A (HAV), varicela, sarampión, parotiditis y rubéola.

Resultados

Trescientos quince migrantes fueron atendidos durante el periodo de estudio. Las tasas de protección iniciales fueron de 252/296 (85,1%) para sarampión, 274/295 (92,9%) para rubéola, 257/296 (86,8%) para parotiditis, 264/295 (89,5%) para varicela, 267/313 (85,3%) para HAV y 104/300 (34,6%) para HBV. La protección final tras las pautas de vacunación completas fue de 278/296 (93,9%) para sarampión, 287/295 (97,3%) para rubéola, 274/296 (92,6%) para parotiditis, 276/295 (93,6%) para varicela, 280/313 (89,5%) para HAV y 139/300 (46,3%) para HBV.

Conclusiones

La intervención ha aumentado las tasas de inmunidad en los migrantes, sin embargo, dichas acciones deben mantenerse para alcanzar los niveles de inmunización de la población local. La colaboración entre centros de acogida y centros sanitarios especializados de referencia es fundamental para implementar los programas de vacunación.

Comentario GPI: El estudio incluye una franja pequeña de población pediátrica pero aporta información de utilidad de cara a la corrección de calendarios vacunales realizada en esta población en AP.

- [Treatment of Macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* Pneumonia in Children: A Meta-analysis of Macrolides Versus Tetracyclines.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p 200-206, March 2025.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia mundial de infecciones de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* resistente a macrólidos (MPRM), especialmente en niños, va en aumento. Es imperativo evaluar la eficacia clínica de antibióticos alternativos como las tetraciclinas para garantizar un tratamiento eficaz, mitigar la resistencia a los antibióticos, mejorar los resultados clínicos y minimizar la propagación de cepas resistentes entre los niños infectados por MRMP. El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia terapéutica de los macrólidos y las tetraciclinas en el tratamiento de la neumonía por MRMP en niños.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura para identificar estudios comparativos que examinaran los resultados clínicos de los antibióticos macrólidos y

tetraciclinas en niños con neumonía por MPRM. Se realizó un metanálisis de la duración media de la fiebre, la duración de la estancia hospitalaria, las eficacias terapéuticas y el tiempo hasta la defervescencia para comparar macrólidos y tetraciclinas.

RESULTADOS

Once estudios en los que participaron 1143 pacientes compararon la eficacia clínica de los macrólidos y las tetraciclinas en niños con neumonía MPRM. Los estudios se realizaron en China, Japón y Corea, y se analizaron los resultados de días febriles, duración de la estancia hospitalaria, eficacia terapéutica y tiempo hasta la defervescencia. Los macrólidos estudiados fueron la azitromicina y la claritromicina, mientras que las tetraciclinas fueron la minociclina y la doxiciclina. La estimación conjunta de 5 estudios mostró que la duración media de los días febriles y de la estancia hospitalaria fue mayor en el grupo de los macrólidos que en el de las tetraciclinas [diferencia de medias ponderada = 1,64 días, intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,68-2,59, diferencia de medias ponderada = 1,22 días, IC del 95%: 0,82-1,62, respectivamente]. La eficacia terapéutica fue significativamente inferior en el grupo de los macrólidos que en el de las tetraciclinas (odds ratio: 0,33; IC del 95%: 0,20-0,57).

CONCLUSIONES

La eficacia clínica del tratamiento con tetraciclinas fue superior a la del tratamiento con macrólidos en niños con neumonía MPRM. Sin embargo, es necesario seguir investigando para validar estos hallazgos y fundamentar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

- [Genotypic and phenotypic characterisation of respiratory syncytial virus after nirsevimab breakthrough infections: a large, multicentre, observational, real-world study](#). Lancet Infect Dis. 2024 Oct 14:S1473-3099(24)00570-X.

INTRODUCCIÓN

Nirsevimab, un anticuerpo monoclonal de acción prolongada, ha sido aprobado para la prevención de la infección por el virus respiratorio sincitial (VRS) en lactantes. En Francia, se administraron más de 210 000 dosis únicas en lactantes menores de 1 año durante la temporada 2023-24. En este contexto, la selección y propagación de variantes de escape podría ser motivo de preocupación. El objetivo fue caracterizar el VRS asociado a la infección irruptiva.

MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico, nacional y observacional en Francia durante la temporada 2023-24 del VRS en lactantes infectados por el VRS (de <1 año de edad) que recibieron o no recibieron una dosis de nirsevimab antes de su primera temporada del VRS. Se excluyeron los lactantes con información insuficiente sobre el tratamiento con nirsevimab o sin el consentimiento de los padres. Se utilizaron muestras respiratorias recogidas en cada laboratorio para la secuenciación del ARN completo del

VRS con el fin de analizar los cambios en el sitio de unión de nirsevimab Ø. Se analizaron aislados clínicos del VRS para la neutralización por nirsevimab. Se analizaron las sustituciones candidatas F mediante un ensayo de inhibición de la fusión.

RESULTADOS De los 695 lactantes infectados por el VRS, se analizaron 545 (78%) secuencias completas del genoma del VRS: 260 (48%) de infecciones intercurrentes tratadas con nirsevimab (236 [91%] VRS-A y 24 [9%] VRS-B) y 285 (52%) de lactantes infectados por VRS no tratados (236 [83%] VRS-A y 49 [17%] VRS-B). El análisis de RSV-A no reveló ninguna sustitución en el sitio Ø conocido por estar asociado con la resistencia a nirsevimab. Dos (8%) de las 24 infecciones por VRS-B presentaron sustituciones asociadas a la resistencia: F:N208D (sustitución dominante asociada a resistencia) y una combinación recientemente descrita de F:I64M más F:K65R (sustitución minoritaria asociada a resistencia), ambas de las cuales indujeron altos niveles de resistencia en el ensayo de inhibición de la fusión.

INTERPRETACIÓN

Este estudio es, hasta donde se conoce, el mayor estudio de vigilancia genotípica y fenotípica de infecciones irruptivas con (o en la era de) nirsevimab hasta la fecha. Las variantes de ruptura de nirsevimab siguen siendo muy raras a pesar del uso generalizado del fármaco. La detección de mutaciones asociadas a la resistencia en la proteína F del VRS-B pone de relieve la importancia de la vigilancia molecular activa.

- [SARNA: RECOMENDACIONES PARA SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.](#)
Infarma. Servicio Canario de Salud.

INTRODUCCIÓN

La sarna o escabiosis es una enfermedad dermatológica contagiosa producida por la infestación de un ácaro patógeno denominado *Sarcoptes Scabiei*. Este parásito excava túneles en las capas superficiales de la piel, donde deposita sus huevos, lo que provoca irritación y picazón intensa. Se transmite por contacto directo con la piel de personas infestadas, o por contacto con sus ropas u objetos contaminados. Se disemina por contacto íntimo entre miembros de una familia, por contacto sexual y por convivencia principalmente en hospitales, guarderías, residencias e instituciones cerradas.

La sarna constituye un problema de salud pública a nivel mundial que afecta principalmente a países subdesarrollados y en vías de desarrollo², pero en los últimos años, se ha observado un incremento significativo de casos en países desarrollados, incluida España...

- [A natural experiment on the effect of herpes zoster vaccination on dementia.](#)
Nature. 2025 Apr 2. doi: 10.1038/s41586-025-08800-x. Epub ahead of print

Los herpesvirus neurotrópicos pueden estar implicados en el desarrollo de la demencia¹⁻⁵. Además, las vacunas pueden tener importantes efectos inmunológicos no deseados⁶⁻⁹. Aquí nos proponemos determinar el efecto de la vacunación viva atenuada contra el herpes zóster en la aparición de diagnósticos de demencia. Para

proporcionar pruebas causales en lugar de correlacionales, aprovechamos el hecho de que, en Gales, la elegibilidad para la vacuna contra el zoster se determinaba en función de la fecha exacta de nacimiento de un individuo. Los nacidos antes de 2 de septiembre de 1933 no eran elegibles y lo seguían no siendo de por vida, mientras que los nacidos a partir del 2 de septiembre de 1933 eran elegibles durante al menos 1 año para recibir la vacuna. Utilizando datos de historiales médicos electrónicos a gran escala, mostramos en primer lugar que el porcentaje de adultos que recibieron la vacuna aumentó del 0,01% entre los pacientes que tenían sólo 1 semana más de edad para ser elegibles, al 47,2% entre los que tenían sólo 1 semana menos. Aparte de esta gran diferencia en la probabilidad de haber recibido alguna vez la vacuna zoster, es poco probable que los individuos nacidos justo 1 semana antes del 2 de septiembre de 1933 difieran sistemáticamente de los nacidos 1 semana después. Utilizando estos grupos de comparación en un diseño de regresión discontinua, mostramos que recibir la vacuna contra el zoster redujo la probabilidad de un nuevo diagnóstico de demencia durante un periodo de seguimiento de 7 años en 3,5 puntos porcentuales (intervalo de confianza [IC] del 95% = 0,6-7,1, $p = 0,019$), lo que corresponde a una reducción relativa del 20,0% (IC del 95% = 6,5-33,4). Este efecto protector fue mayor entre las mujeres que entre los hombres. Confirmamos con éxito nuestros hallazgos en una población diferente (población combinada de Inglaterra y Gales), con un tipo diferente de datos (certificados de defunción) y utilizando un resultado (muertes con demencia como causa primaria) que está estrechamente relacionado con la demencia, pero menos dependiente de un diagnóstico oportuno de demencia por parte del sistema sanitario¹⁰. A través del uso de un experimento natural único, este estudio proporciona evidencia de un efecto de prevención o retraso de la demencia de la vacuna zoster que es menos vulnerable a la confusión y el sesgo que la evidencia asociativa existente.

Comentario GPI: aunque se trata de una vacuna no indicada en población pediátrica, se incluye el artículo por el interés que puede tener para los pediatras conocer “efectos inesperados” de las vacunas.

- [Increase in tuberculosis among children and young adolescents, European Union/European Economic Area, 2015 to 2023](#). Euro Surveill. 2025 Mar 20;30(11):2500172.

Dado que la tuberculosis (TB) en niños es un indicador de transmisión continua, analizamos los datos de vigilancia para comprender el aumento de casos de TB notificados en menores de 15 años en los países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo entre 2015 y 2023. Diversos factores podrían haber contribuido a este aumento, como la mejora del diagnóstico y la notificación, la migración y la pandemia de COVID-19. La tendencia al alza observada, aunque baja en cifras absolutas, subraya la importancia de la detección temprana de casos y la prevención oportuna.

- [Early childhood developmental concerns following SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccination during pregnancy: a Scottish population-level](#)

[retrospective cohort study](#). Lancet Child Adolesc Health. 2025 Mar;9(3):162-171.

INTRODUCCIÓN

La comprensión de los efectos de la infección por SARS-CoV-2 y la vacunación con COVID-19 durante el embarazo puede ayudar a informar la orientación clínica y abordar las dudas sobre la vacuna. Se examinaron las relaciones entre la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo, la vacunación con COVID-19 durante el embarazo y los problemas de desarrollo infantil temprano en niños de 13-15 meses de edad en Escocia.

MÉTODOS

Se creó una gran base de datos de salud administrativa vinculada a nivel de población, combinando el conjunto de datos COVID-19 en el embarazo en Escocia (COPS) con datos de revisión de salud infantil de 13-15 meses de edad y otros conjuntos de datos. Se incluyeron niños concebidos después del 18 de mayo de 2020 y nacidos antes del 30 de septiembre de 2021, así como sus madres. Se utilizaron modelos de regresión logística para investigar las asociaciones entre la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo, la vacunación con COVID-19 durante el embarazo y los problemas de desarrollo (es decir, los problemas de desarrollo de los padres o cuidadores y los problemas identificados por los visitantes médicos en relación con el habla, el lenguaje, la comunicación, la resolución de problemas, la motricidad gruesa, el desarrollo personal y social y el desarrollo emocional y conductual) medidos durante las revisiones rutinarias de salud infantil a la edad de 13-15 meses, incluido el ajuste por factores de confusión y covariables.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 24 919 parejas niño-madre (12 752 [51,2%] niños varones; 12 167 [48-8%] niñas). 1631 (6,5%) niños estuvieron expuestos prenatalmente al SARS-CoV-2 y 4943 (19,8%) a la vacunación COVID-19. No se encontraron asociaciones entre la infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo y los problemas de desarrollo. Tras el ajuste por factores de confusión y covariables, la vacunación con COVID-19 durante el embarazo se asoció con menores probabilidades de problemas de desarrollo relacionados con la resolución de problemas (odds ratio 0-78 [IC del 95%: 0,64-0,95]), el desarrollo personal y social (0,76 [0,61-0,95]) y el desarrollo emocional y conductual (0,67 [0,48-0,92]), pero no se asoció con otros problemas de desarrollo.

INTERPRETACIÓN

Las infecciones por SARS-CoV-2 durante el embarazo no parecen estar relacionadas con problemas de desarrollo en la primera infancia, y las vacunaciones con COVID-19 durante el embarazo parecen ser seguras desde el punto de vista de los problemas de desarrollo en la primera infancia. Dado que algunos problemas de desarrollo no se manifiestan hasta que los niños tienen más de 13-15 meses, las investigaciones futuras deberán seguir vigilando los resultados a medida que los niños crecen y se desarrollan.

Casos clínicos

- [A 30-month-old Boy With Recurrent Fever](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p 250, March 2025. *Caso citado de: Casey A, Madhavan VL, Zucker EJ, et al. N Engl J Med. 2024;391:2256–2265.*

Un niño de 30 meses, previamente sano y totalmente vacunado, se presentó con una historia de 4 semanas de fiebre recurrente en el contexto de tos persistente y cojera intermitente. Se le detectó hipoxemia y leucocitosis que empeoraba progresivamente (con un recuento de leucocitos de 42.390 por microlitro) y antecedentes de anemia ferropénica. Los estudios de imagen revelaron opacidades difusas del parénquima pulmonar, linfadenopatía multifocal y múltiples lesiones hipoecoicas esplénicas.

Como antecedente familiar relevante, un hermano mayor tenía un diagnóstico de susceptibilidad mendeliana a la enfermedad micobacteriana (MSMD) a raíz de una infección diseminada por *Mycobacterium avium* complex a los 31 con una secuenciación genética que reveló mutaciones patogénicas homocigóticas en el gen que codifica la subunidad 2 del receptor de interferón-gamma (IFNGR2). Los padres no habían accedido a realizar pruebas genéticas a otros miembros de la familia en ese momento y volvieron a rechazarlas tanto cuando la madre de la paciente estaba embarazada de ella como después de que naciera.

Dado dicho antecedente, en el paciente se obtuvieron numerosas muestras, como sangre, orina, heces, líquido de lavado broncoalveolar, aspirados gástricos y biopsias de un ganglio linfático axilar izquierdo y de médula ósea. La tinción de Gram de la muestra de biopsia del ganglio linfático axilar izquierdo reveló la presencia de bacilos acidorresistentes. En los cultivos de sangre, muestra de biopsia de médula ósea, líquido broncoalveolar, muestras de aspirado gástrico y muestra de biopsia de ganglio linfático axilar izquierdo creció finalmente *Mycobacterium kansasii*, lo que confirmó el diagnóstico de infección micobacteriana diseminada.

En la estimulación in vitro de monocitos de sangre periférica con interferón-gamma, la respuesta celular medida con el uso de la fosforilación de STAT1 (transductor de señales y activador de la transcripción 1) estaba completamente ausente, lo que concuerda con el diagnóstico de MSMD. Aunque se ofrecieron pruebas genéticas para la MSMD, los padres de la paciente no aceptaron dichas pruebas. Teniendo en cuenta los resultados del inmunofenotipo del paciente y los hallazgos de la secuenciación genética previa en el hermano mayor del paciente, se realizó un diagnóstico de MSMD debido a una deficiencia autosómica recesiva completa de IFNGR2.

Dos meses después del diagnóstico inicial, el cultivo de la biopsia de médula ósea mostró *Mycobacterium abscessus*. Un año después del diagnóstico inicial, el paciente sigue recibiendo amikacina e imipenem por vía intravenosa, y rifampicina, azitromicina y etambutol por vía oral. Ha permanecido afebril.

- [Sporotrichosis](#). The Journal of Pediatrics, Volume 278, 114439.

Una niña de 5 años acudió al servicio de urgencias con una úlcera indolora en la pierna derecha de 2 meses de evolución. Sus síntomas comenzaron con un nódulo eritematoso no pruriginoso en la pierna que se ulceró con supuración clara. Dos semanas después, desarrolló una pápula proximal a la lesión primaria que también se ulceró. Se le prescribieron mupirocina tópica, cefalexina y clindamicina sin mejoría. La niña tenía varias mascotas, entre ellas gatos, perros y peces de colores, y acampaba con frecuencia. La exploración física reveló una niña afebril con una úlcera no dolorosa, de límites irregulares y bordes socavados, sobre la pierna derecha, de 3 × 2,5 cm de tamaño. Se observó una úlcera más pequeña proximalmente sin eritema ni supuración circundantes ([Figura](#)). Su hemograma completo y su panel metabólico completo no mostraron hallazgos destacables. Su proteína C reactiva fue de 1,2 mg/dl (normal <0,5 mg/dl). Las radiografías de las extremidades inferiores fueron normales. Nuestro diagnóstico diferencial incluía micobacterias atípicas, nocardia, esporotricosis, coccidioidomicosis y blastomicosis, por lo que se obtuvieron biopsias de las lesiones para cultivo e histopatología. El cultivo tisular demostró la presencia de colonias de *Sporothrix schenckii* tras 7 días de incubación en agar dextrosa Sabouraud a 28 °C y 36 °C. Se diagnosticó esporotricosis cutánea a la niña y se inició tratamiento con itraconazol oral. No presentó signos ni síntomas de esporotricosis sistémica y las lesiones se resolvieron en un plazo de 3 meses.



[Visor de figuras](#)

Figura Lesiones ulcerativas en la parte inferior de la pierna derecha.

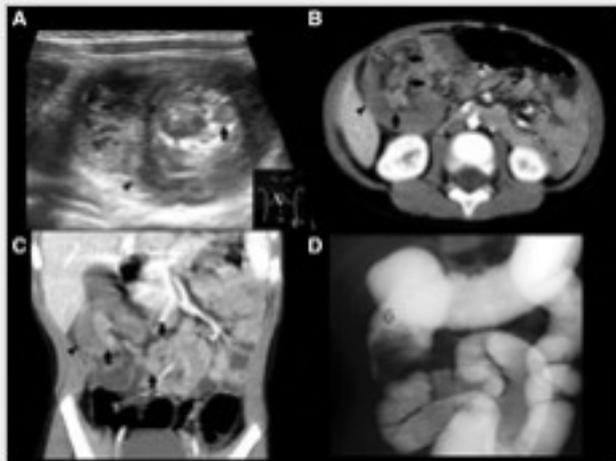
La esporotricosis es causada por la adquisición de *S. schenckii*, un hongo dimórfico y saprofito, típicamente presente en climas cálidos y tropicales. La infección se produce por inoculación traumática de conidios fúngicos presentes en el suelo y la materia vegetal, como rosales, musgo, madera y heno.^{1,2} Tras la inoculación, la infección se propaga a través de los vasos linfáticos dérmicos y subcutáneos, dando lugar al patrón clásico "esporotricóide" de linfangitis nodular, con lesiones secundarias que se desarrollan proximalmente a lo largo de los canales linfáticos. Los factores de riesgo

para la adquisición de la enfermedad incluyen la agricultura (enfardado de heno), la jardinería (poda de plantas), la minería y las actividades recreativas al aire libre. Aunque la mayoría de los casos de esporotricosis se localizan en la piel y el tejido subcutáneo, en niños inmunodeprimidos, la infección puede diseminarse y afectar los pulmones, las articulaciones, las meninges o los ojos.^{1,3} La esporotricosis puede confundirse con otras afecciones, como la nocardiosis, las infecciones *por Mycobacterium marinum*, la leishmaniasis y, más comúnmente, la celulitis bacteriana y la linfangitis. La duración del tratamiento varía según la enfermedad y el órgano afectado. Los huéspedes inmunodeprimidos pueden requerir terapia supresora de por vida.⁴ El método de referencia para establecer el diagnóstico es el cultivo del tejido afectado en agar Sabouraud dextrosa.¹

Este caso subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha de esporotricosis al evaluar a niños con úlceras indoloras que no cicatrizan. Ante la presentación inicial de un nódulo o la aparición de la primera úlcera y el nódulo proximal, *Sporothrix*, micobacterias no tuberculosas y *Nocardia* deben ser prioritarios en el diagnóstico diferencial. También es crucial ampliar el diagnóstico diferencial cuando hay una respuesta inadecuada al tratamiento antibacteriano y obtener biopsias en las primeras etapas de la enfermedad para ayudar a determinar el agente causal y orientar las decisiones de manejo. El diagnóstico y el inicio del tratamiento oportunos son cruciales para prevenir la diseminación de la enfermedad y los resultados adversos.

- [Influenza-associated Intussusception: “You Too, Intussusception”](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p e107-e109, March 2025.

Un niño de 3 años experimentó vómitos y dolor abdominal al día siguiente de dar positivo en la prueba del antígeno nasofaríngeo de la gripe A. Diagnosticado de gastroenteritis asociada a la gripe, recibió una dosis única de peramivir (10 mg/kg). Al aumentar el dolor abdominal, fue trasladado a nuestro hospital. La exploración reveló una temperatura de 36,9 °C, una frecuencia cardíaca de 124 lpm, una presión arterial de 90/50 mm Hg y una frecuencia respiratoria de 30 respiraciones/min. Los sistemas cardiorrespiratorios eran normales. Había sensibilidad en la parte superior del abdomen sin masa palpable. Las pruebas de laboratorio mostraron un recuento normal de leucocitos (5600/μL) y un ligero aumento de la proteína C reactiva (1,5 mg/dL). La reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real detectó ARN viral de gripe A (H1N1) pdm09 en las muestras de garganta y recto. La ecografía abdominal reveló un signo de diana en la parte superior derecha del abdomen, y la tomografía computarizada con contraste confirmó una invaginación ileocolónica con ganglios linfáticos mesentéricos agrandados y agrupados y edema intestinal. Se diagnosticó invaginación asociada a gripe A y se realizó un enema de contraste (dilución 6 veces mayor de amidotrizoato de meglumina en contraste hidrosoluble). La radiografía fluoroscópica durante el procedimiento reveló un defecto parcial de la sombra de contraste, confirmando la invaginación. Ocho enemas normalizaron el cuadro intersticial y la paciente fue dada de alta sin secuelas ni recidivas.



- [Molecular Characterization of *Treponema pallidum pallidum* in an Adolescent With Syphilitic Hepatitis.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p e111-e112, March 2025.

Se presenta el caso de una adolescente de 14 años, residente en Buenos Aires, internada en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez en julio de 2023, con una historia de 4 semanas de dolor abdominal intermitente, ictericia y coluria. El examen físico era normal. Las pruebas de laboratorio iniciales revelaron enzimas hepáticas anormales (bilirrubina total: 11 mg/dL; bilirrubina conjugada: 9,5 mg/dL, alanina aminotransferasa: 870 UI/L, aspartato aminotransferasa: 627 UI/L, fosfatasa alcalina: 138 UI/L, gamma-glutamil transferasa: 96 UI/L). La paciente era sexualmente activa y la anamnesis reveló antecedentes de erupción cutánea en las palmas de las manos y el tronco 2 semanas antes del ingreso. Los marcadores de hepatitis A, B, C y hepatitis autoinmune fueron negativos. La prueba de reagina plasmática rápida (RPR) y un inmunoensayo de quimioluminiscencia TPA fueron ambos reactivos (título RPR 1:64) confirmando el diagnóstico de hepatitis sífilítica (SH). La paciente fue tratada con Penicilina G sódica intravenosa a 300.000 UI/kg/día durante 10 días. Se observó una reacción de Jarisch-Herxheimer (temperatura corporal de 37,6 °C y exantema generalizado) durante el primer día de tratamiento.

Se tomaron muestras de sangre periférica e hisopos orales en el momento del diagnóstico y 4 semanas después del tratamiento para PCR en tiempo real (qPCR) de TPA, gen tpp47. Ambas muestras fueron positivas en el momento del diagnóstico. Además, se llevó a cabo la tipificación de secuencias multilocus para los genes TPA TP0136, TP0548 y TP0705.3. Los locus TP0548, TP0136, TP0705 y 23S rDNA se amplificaron y secuenciaron en muestras de sangre e hisopos. El esquema de tipificación de secuencias multilocus obtenido permitió identificar un perfil de cepa de TPA similar al 1.1.1 SS14. El análisis del ADNr 23S determinó la ausencia de mutaciones asociadas a la resistencia a macrólidos. Tras el tratamiento, se observó una mejoría clínica del paciente y las enzimas hepáticas disminuyeron hasta valores normales.

Además, se registró una disminución de 2 veces en los títulos de RPR y una qPCR de TPA negativa 4 semanas después del tratamiento.

- [Cutaneous Mycobacterium llatzerense Infection in an Immunocompetent Child](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p e109-e110, March 2025.

Un niño irlandés caucásico de 9 años de edad fue remitido al departamento de cirugía plástica pediátrica con una historia de 7 meses de una lesión que aumentaba gradualmente en su mejilla derecha. No tenía antecedentes de fiebre, sudores nocturnos o pérdida de peso, ni exposiciones conocidas a la tuberculosis. No había recibido la vacuna BCG. Por lo demás, su historia clínica era anodina. La exploración mostró un nódulo no sensible de 1,3 cm × 0,7 cm, fácilmente palpable, en la mejilla derecha, con decoloración violácea suprayacente de la piel. El examen histológico de una biopsia cutánea reveló una piel normal sobre una inflamación granulomatosa necrotizante. La reacción en cadena de la polimerasa del ARNr 16S panbacteriano en la biopsia cutánea fue positiva para *M. llatzerense*. No se dispuso de ninguna muestra para cultivo.

La evaluación de laboratorio detallada no reveló ninguna evidencia de un error innato de la inmunidad. Un ensayo de liberación de interferón-gamma (Quantiferon) no demostró indicios de infección tuberculosa latente, y la serología fue negativa para el VIH. Se discutieron cuidadosamente las opciones de tratamiento con los padres del niño. Los padres optaron por el régimen de tratamiento antimicobacteriano ofrecido [azitromicina (10mg/kg/día) y moxifloxacino (10mg/kg/día)]. Tras 3 meses de tratamiento se observó una reducción del tamaño de la lesión, con mejoría adicional tras el cese del tratamiento.



- [Neumonía neonatal de mala evolución: un agente insospechado](#) Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:178-9.
- [RIME sine rash asociada a infección por Mycoplasma pneumoniae](#) Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:180-1
- [Parvovirus B19 and central nervous system: A case series](#) Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:183-4.
- [A Child With a Pericardial Mass and Effusion: A Unique Presentation of a Rare Disease](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p 277-280, March 2025.

Una niña de 19 meses acudió al servicio de urgencias tras 12 días de fiebre persistente de origen desconocido. Además de la fiebre, su madre refería letargo y disminución del

apetito. Por lo demás, tenía antecedentes médicos sanos, una gestación normal y un parto sin complicaciones, y estaba vacunada de acuerdo con su edad. En el servicio de urgencias, la paciente parecía enferma, con 39,1°C de fiebre. Sus constantes vitales mostraban taquicardia de 150 latidos por minuto, taquipnea con una frecuencia respiratoria de 40 respiraciones/minuto y desaturación al 80% de SaO₂ en aire ambiente, con normalización tras el soporte de oxígeno. La presión arterial era normal para la edad. La exploración física fue significativa por gruñidos, disminución de los ruidos respiratorios a la izquierda y ruidos cardíacos apagados. La radiografía de tórax mostró hiperdensidad del hemitórax izquierdo, con el borde derecho de la silueta cardíaca desplazado hacia la derecha. Se consideró un diagnóstico inicial de neumonía con derrame. Se inició cobertura antibiótica intravenosa con cefuroxima y el niño fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, precisando estabilización hemodinámica e intubación orotraqueal.

La ecocardiografía formal demostró un gran derrame pericárdico, con un colapso limítrofe de la aurícula derecha durante la sístole y una disminución del gasto cardíaco. Sorprendentemente, se evidenció una masa ecogénica distinta en el saco pericárdico, lateral y dorsal al ventrículo izquierdo, que medía 6,0 × 2,5 cm de tamaño. Se realizó una pericardiocentesis guiada por ecografía con una mejora espectacular de la función cardíaca. Se realizó una tomografía computarizada (TC) de tórax y abdomen en un intento de delimitar mejor la masa pericárdica. Curiosamente, aunque el derrame pericárdico remanente era evidente, la TC no pudo identificar ninguna masa en el saco homogéneo lleno de líquido.

En el segundo día de ingreso en la UCI, se objetivó una importante reacumulación de líquido mediante un ecocardiograma, que seguía mostrando la masa pericárdica. Dado que la etiología subyacente seguía sin estar clara, se realizó una cirugía cardíaca mediante un abordaje subxifoideo para crear una ventana pericárdica que permitiera tomar muestras de tejido para diagnóstico. La masa pericárdica se extrajo fácilmente del saco pericárdico y se envió a cultivos adicionales, PCR panbacteriana de ARNr 16S y a evaluación patológica por posible malignidad. La PCR panbacteriana del líquido pericárdico resultó positiva para *Neisseria meningitidis*. Los cultivos de sangre y líquido pericárdico fueron negativos. La anatomía patológica mostró un líquido rico en neutrófilos, algunos macrófagos y células mesoteliales. La masa pericárdica consistía en fibrina con infiltrado inflamatorio agudo y mesotelio reactivo. El propio pericardio mostraba congestión vascular y un infiltrado inflamatorio, todo ello coherente con una respuesta inflamatoria sin evidencia de malignidad.

El paciente fue diagnosticado de pericarditis meningocócica primaria. La cobertura antibiótica se cambió a ceftriaxona y se mantuvo durante un total de 2 semanas.



- [Multifocal Acute Osteomyelitis or Chronic Nonbacterial Osteomyelitis: Is It Always Easy to Diagnose?](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p e105-e106, March 2025.

Una paciente sana de 7 años de edad fue remitida con diagnóstico de posible osteomielitis aguda a nuestro centro por presentar dolor en el hombro izquierdo, dolor e inflamación simultáneos en el dedo gordo del pie izquierdo que habían comenzado 4 semanas antes sin antecedentes de traumatismo o infección y fiebre de 4 días de evolución. En la exploración física se observó dolor a la palpación de la parte distal del quinto metatarsiano izquierdo, con restricción de la dorsiflexión y la flexión plantar del pie, y se detectó hinchazón y dolor en la falange proximal del dedo gordo izquierdo. Los resultados de laboratorio mostraron un recuento elevado de leucocitos (14.900/ μ L), una velocidad de sedimentación globular elevada (90 mm/h) y proteína C reactiva (136 mg/L), mientras que la lactato deshidrogenasa y el ácido úrico séricos estaban dentro de los rangos normales y no había crecimiento en los hemocultivos. Se realizaron radiografías de pie, tobillo y hombro. Las radiografías revelaron áreas lucentolíticas en la falange proximal del primer dedo del pie, en el quinto metatarsiano, la metáfisis distal de la tibia y la metáfisis proximal del húmero izquierdo. Estos resultados apoyaban la existencia de una osteomielitis aguda, por lo que se le administró clindamicina y ceftazidima por vía intravenosa. En la resonancia magnética ponderada en T2 se evidenciaron lesiones hiperintensas con edema de médula ósea circundante y edema de partes blandas en la metáfisis distal de la tibia, el quinto metatarsiano y la falange proximal del primer dedo del pie izquierdo. Estos hallazgos eran compatibles con osteomielitis. Los resultados de los cultivos óseos fueron todos negativos, incluyendo aerobios, anaerobios, hongos y *Mycobacterium tuberculosis*. A pesar del tratamiento antibiótico, sus molestias no mejoraron y la fiebre continuó. Sin embargo, tras iniciar antiinflamatorios no esteroideos, el dolor óseo disminuyó drásticamente. Para diferenciar el diagnóstico, se realizaron una aspiración de médula ósea y una tomografía por emisión de positrones (PET).

El aspirado de médula ósea mostró médula celular con megacariocitos adecuados, aumento de la serie mieloide, aumento de precursores de eosinófilos y precursores plasmáticos, ausencia de células atípicas y hallazgos compatibles con procesos autoinmunes. La PET tumoral mostró un aumento de la captación de flúor-18 fluorodesoxiglucosa en la parte distal de la tibia izquierda, la parte proximal del dedo gordo del pie izquierdo y el quinto metatarsiano izquierdo (SUVmáx: 3,09). Se observó

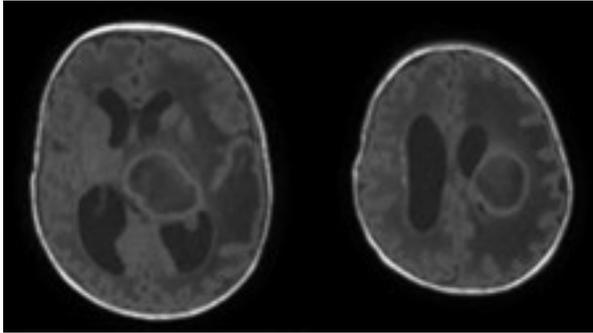
un aumento similar de la captación de flúor-18 fluorodesoxiglucosa en los huesos ilíacos bilaterales, la cabeza femoral izquierda, las tibias proximales bilaterales y la tibia distal derecha. Los resultados patológicos concordaban con una inflamación crónica sin que se observaran microorganismos. Con la exclusión de infección y malignidad, el paciente fue reevaluado por reumatología pediátrica y diagnosticado de osteomielitis crónica multifocal no bacteriana. Se inició tratamiento con metilprednisolona oral y metotrexato subcutáneo. Tras iniciar el tratamiento, no presentó dolor residual ni sensibilidad y pudo reanudar su actividad normal sin restricciones.

Comentario GPI: aunque no se trata de una patología infecciosa se incluye porque forma parte del diagnóstico diferencial de osteomielitis.

- [First Reported Case of Brain Abscess in an Infant Caused by *Staphylococcus argenteus*](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p e107, March 2025.

En un recién nacido prematuro de 70 días, nacido a las 28 semanas, con un curso rutinario en la unidad de cuidados intensivos neonatales, se observó un aumento del perímetro cefálico de 28 cm (puntuación z -3,3) a 32 cm (puntuación z -0,64). No había otros signos adversos que apuntaran a patología. Una ecografía repetida 2 semanas más tarde mostró 2 lesiones hipocóicas de 27 y 20 mm de diámetro. La resonancia magnética realizada en la semana 10 de vida mostró lesiones intraaxiales en la región tálamo-capsular izquierda de 28 × 20 × 25 (mm y área periventricular frontal izquierda de 23 × 27 × 21 mm que cruzaban la línea media y comprimían el tercer ventrículo con efecto de masa asociado. Las lesiones se asociaban a una importante restricción central de la difusión y a una cápsula periférica gruesa con edema perilesional asociado. Se sospechó el diagnóstico de absceso cerebral y se inició cefotaxima/metronidazol.

La punción guiada por ecografía produjo 15 y 21 ml de líquido cefalorraquídeo turbio espeso. La tinción de Gram mostró cocos Gram-positivos, y el análisis del líquido cefalorraquídeo mostró 2100×10^6 leucocitos/L con proteínas elevadas (más de 2 g/L) y glucosa normal (4,3 mmol/L- 63% de la glucosa sérica). En el cultivo crecieron cocos Gram positivos que se identificaron mediante ionización por desorción láser asistida por matriz como *Staphylococcus argenteus*. La secuenciación del genoma completo confirmó la identidad como *Staphylococcus argenteus* tipo de secuencia 2250. No se identificaron genes de resistencia (MecA u otros). Las pruebas de susceptibilidad revelaron sensibilidad a la oxacilina, la clindamicina y la eritromicina. Se cambiaron los antibióticos por cloxacilina. Posteriormente, el paciente necesitó un segundo drenaje el día 11 de tratamiento debido a la persistencia de los abscesos. Se continuó con la cloxacilina durante un total de 50 días y la repetición de las pruebas de imagen mostró la resolución completa de los abscesos. Se examinó al niño en busca de inmunodeficiencias: la función de los neutrófilos era normal, los subconjuntos de linfocitos se encontraban en gran medida en el intervalo normal para la edad, y los niveles de IgG eran bajos (2,03 gramos/litro), lo que concordaba con la prematuridad.



- [Nontyphoidal Salmonella Osteomyelitis in Immunocompetent Children: Report of Two Cases and Literature Review.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p e102-e104, March 2025.

La **paciente 1** era una niña de 11 meses que presentó fiebre y dolor en la articulación de la cadera derecha. La exploración física reveló sensibilidad directa y movilidad limitada en la articulación de la cadera derecha. La paciente no tenía antecedentes quirúrgicos ni traumáticos y había tenido un desarrollo normal sin antecedentes médicos destacables, incluida la anemia falciforme, en la familia. Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron los siguientes: recuento de leucocitos, 23.500 células/ μ L; neutrófilos, 43%; hemoglobina, 11,7 g/dL; proteína C reactiva, 2,2 mg/dL y procalcitonina, 0,08 ng/mL. La radiografía reveló artritis séptica de la articulación de la cadera, lo que condujo a un drenaje quirúrgico. Aunque el hemocultivo era estéril, se identificó *Salmonella* del serogrupo B, sensible a todos los antibióticos, en el cultivo de líquido sinovial obtenido durante la cirugía. Se llevó a cabo una espectrometría de masas de desorción/ionización por láser asistida por matriz para la identificación de *Salmonella* y la secuenciación del ARNr 16S a partir de una colonia de las muestras del cultivo de líquido sinovial. Los resultados de la secuenciación confirmaron la presencia de la cepa *Salmonella enterica* subsp. *houtenae*, indicando que se trataba de una cepa común sin mutaciones específicas. Tras los resultados del cultivo, se cambió el antibiótico empírico a ceftriaxona intravenosa (IV), que se administró durante 7 días, y luego se cambió a antibióticos orales al alta. Sin embargo, 2 días después del alta, la paciente presentó fiebre persistente y supuración de la zona quirúrgica, por lo que tuvo que ser ingresada de nuevo. La resonancia magnética de seguimiento reveló lesiones osteolíticas en la epífisis y la metáfisis del fémur proximal derecho, lo que confirmó el diagnóstico de osteomielitis. Se repitió el drenaje quirúrgico y se administró ceftriaxona IV durante 10 días más hasta la mejoría clínica. Al alta, se prescribió cefpodoxima oral y se continuó durante 5 semanas.

El **paciente 2** era un varón de 13 años que presentó fiebre y dolor persistente tras un esguince de tobillo izquierdo. La exploración física reveló hinchazón, sensibilidad y sensación de calor en el tobillo izquierdo. Tenía antecedentes de esguince de tobillo izquierdo 1 año antes, sin otros antecedentes quirúrgicos o médicos significativos. Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron los siguientes: recuento de leucocitos, 11.000 células/ μ L; neutrófilos, 77,5%; hemoglobina, 13,9 g/dL; proteína C reactiva,

5,73 mg/dL y velocidad de sedimentación globular, 33 mm/h. La resonancia magnética y la radiografía revelaron una gran masa intramedular en la tibia distal izquierda, que mostraba una lesión osteolítica con un borde esclerótico, lo que hizo sospechar una osteomielitis con bolsa de absceso. Se realizó un legrado quirúrgico y se observó una notable secreción de aspecto pus. En los cultivos de la zona quirúrgica se confirmó la presencia de *Salmonella* del serogrupo C, sensible a todos los antibióticos, mediante espectrometría de masas de tiempo de vuelo/desorción por láser asistida por matriz, como se ha descrito anteriormente. Basándose en los resultados de los cultivos, se administró ceftriaxona IV y azitromicina oral. Cuatro días más tarde, el enrojecimiento y la secreción persistentes en el lecho quirúrgico motivaron el cambio a sulfametoxazol-trimetoprima oral (TMP-SMX). Se administró TMP-SMX oral y ceftriaxona IV durante aproximadamente 3 semanas. Tras el alta, se continuó con TMP-SMX oral y cefalexina durante 10 semanas con disminución progresiva.

En ambos casos no se observaron recidivas ni efectos adversos, y las lesiones se recuperaron bien durante el periodo de seguimiento de 6 meses.

- [Image Challenge](#) N Engl J Med 2025. March 27, 2025



Un niño de 2 meses de edad, previamente sano y nacido a término, acudió a la consulta de dermatología con una historia de 2 semanas de placas anulares con bordes edematosos y costras centrales en la cara, el cuero cabelludo y el tronco. Los resultados del hemograma completo y del panel metabólico completo fueron normales. El examen de una muestra de biopsia cutánea obtenida de la frente derecha del bebé mostró dermatitis vacuolar de interfase e infiltrados linfocíticos

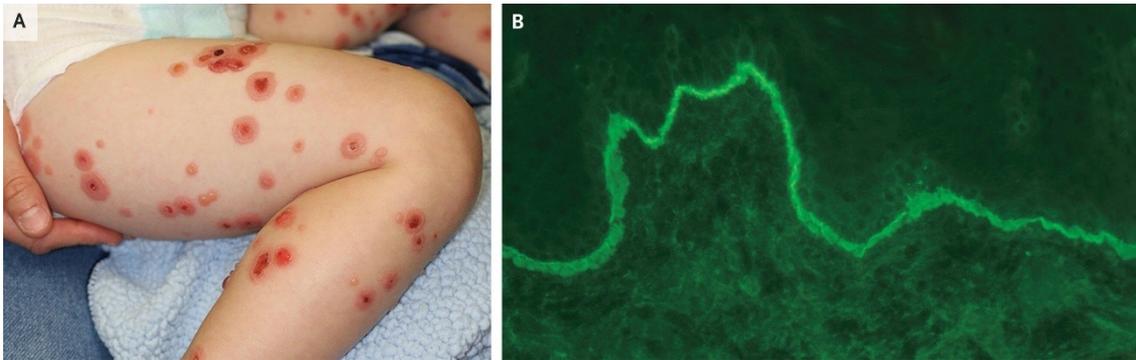
perivasculares y perianexiales. ¿Cuál de las siguientes es la causa subyacente más probable de los hallazgos de este bebé?

- Histiocitosis cutánea de células de Langerhans
- Impétigo
- Milia
- Lupus eritematoso neonatal
- Tiña corporal

Comentario GPI: se incluye por formar parte del diagnóstico diferencial de procesos infecciosos.

- [Linear IgA Bullous Dermatitis of Childhood](#). Engl J Med 2025;392:1120

Cuadro clínico: Un niño de 2 años previamente sano fue llevado a la clínica de dermatología con un historial de 1 semana de manchas rojas y pruriginosas. Tres días antes de la aparición de la erupción, el niño había tenido una infección de las vías respiratorias superiores para la cual se le había administrado ibuprofeno.



Las lesiones que caracterizan al cuadro clínico que presenta este niños se describen en los textos de la siguiente forma: Pápulas urticariales, vesículas y ampollas a tensión, de contenido claro, que asientan sobre una base eritematosa o piel sana, con tendencia a la agrupación y muy pruriginosas. Suelen localizarse en regiones perioral, genital, tórax, inferior del abdomen, espalda y MMII, las cuales pueden ser círculos ovals y algunas describen un patrón típico de “collar de perlas” o “rosetas” en la periferia de las lesiones emergentes. Puede afectar a la mucosa, afectándose en el 50% la mucosa oral y/o conjuntival, variando de formas leves a más graves.

Nota del GPI: Aunque no es un caso infeccioso, se incluye porque debería hacerse el diagnóstico diferencial con algunos exantemas infecciosos. Por otro lado, aunque es raro, podría ser desencadenado por algunos fármacos, como el ibuprofeno, ampliamente usado como antitérmico en niños para los procesos febriles, en su mayoría víricos.

- [Histiocitosis de células de Langerhans. Inicio con exantema vesicular](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:85-8.

La histiocitosis de células de Langerhans constituye un grupo de enfermedades poco frecuentes caracterizadas por la infiltración tumoral de casi cualquier órgano del cuerpo por células del sistema fagocítico mononuclear. La afectación ósea es la más frecuente, seguida de las lesiones cutáneas. Otros órganos implicados son los ganglios linfáticos, la médula ósea, el bazo, el hígado, el pulmón, la glándula pituitaria y el sistema nervioso central. La gran variedad de manifestaciones clínicas cuando el debut es cutáneo, simulando otras enfermedades más frecuentes, a menudo provoca un retraso en el diagnóstico que condiciona un peor pronóstico de supervivencia y de secuelas posteriores. Un alto índice de sospecha ante lesiones cutáneas de variada índole o de presentación atípica llevarán a un diagnóstico precoz de histiocitosis.

Nota del GPI: Aunque no es un caso de etiología infecciosa, se incluye porque debería hacerse el diagnóstico diferencial con algunos exantemas infecciosos

- [Neutropenia transitoria tras infección por parvovirus B19 en un niño sano](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:67-70.

La infección por parvovirus B19 es relativamente frecuente en la edad pediátrica, habiéndose detectado un incremento del número de casos desde marzo 2024, no solo en España, sino en otros países de la Unión Europea. En pacientes sanos suele ser asintomática y el diagnóstico se hace por la aparición de un exantema en cara y miembros diagnosticado como eritema infeccioso. Presentamos el caso de un paciente de 6 años, sano, que además del exantema presenta leve astenia, artralgias en pies y adenias cervicales, de dos semanas de evolución, asociado a neutropenia detectada cuando el cuadro clínico estaba resuelto, y que se mantuvo durante dos meses.

- [Prurito acral por parvovirus B19](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:81-4

El megaloteritema es una infección causada por el parvovirus B19 que se da principalmente en la infancia. Las manifestaciones clínicas consisten en síntomas inespecíficos como febrícula y ligero malestar, acompañados de eritema malar y erupción simétrica reticulada en extremidades y tronco.

Ante la presencia de prurito intenso nocturno plantar en niños que hayan presentado un exantema en los días previos, debería tenerse en cuenta la infección por parvovirus B19.

- [Cigomastoiditis: una presentación poco frecuente de mastoiditis](#) An Pediatr (Barc). 2025;102:503737

La incidencia de mastoiditis, como complicación de otitis media, ha disminuido gracias a la antibioterapia¹. Por ello, las presentaciones atípicas son cada vez menos frecuentes². En la infancia, si la apófisis cigomática está muy neumatizada, puede producirse una cigomastoiditis, con extensión de la inflamación hacia la mejilla y articulación temporomandibular, con riesgo de formación de absceso temporal (absceso cigomático o de Luc). Esta complicación es extremadamente infrecuente^{1,3}.

Se presenta una niña de 9 años con fiebre elevada, otalgia derecha, otorrea y cefalea temporal ipsilateral. En la exploración destacaba tumefacción dolorosa sobre arco cigomático derecho, trismo y eritema retroauricular. La TAC mostró mastoiditis derecha con absceso subperióstico temporal y mínimo trombo no oclusivo en seno sigmoide (fig. 1). En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda. Se inició antibioterapia con cefotaxima y clindamicina, con buena evolución posterior. En cultivo se aisló flora saprófita

Para ampliar

- [Natural history of otitis media with effusion without hearing loss in children under 12 years: a systematic review](#) (21 October, 2024) *Archives of Disease in Childhood* 2025;110:197-202.

Objetivo Este estudio tuvo como objetivo evaluar la historia natural de la otitis media serosa (OME) sin pérdida auditiva en niños menores de 12 años.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos Embase, CINAHL, MEDLINE, INAHTA, CENTRAL, CDSR, Epistemonikos y PsycINFO para identificar estudios observacionales de un solo grupo y estudios comparativos con grupos control sin tratamiento, publicados en inglés hasta junio de 2022, que informaran sobre la evolución natural de la OME sin pérdida auditiva. Se utilizaron la lista de verificación del JBI (Joanna Briggs Institute) y la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) para evaluar el riesgo de sesgo y la calidad general de la evidencia, respectivamente.

Resultados Diecinueve estudios con muestras de entre 16 y 816 niños cumplieron los criterios de inclusión. La calidad de la evidencia varió de baja a muy baja. La resolución del episodio actual de OME sin pérdida auditiva fue del 10 al 66 % al mes, del 3 al 93 % a los 3 meses, del 10 al 98 % a los 6 meses, del 20 al 92 % a los 9 meses y del 78 al 99 % a los 12 meses, dependiendo de las poblaciones y de cómo se definió la resolución en los estudios. La resolución de la OME (definida como el cambio del timpanograma tipo B a no B) fue solo del 10 % a los 6 meses en los lactantes aborígenes. La recurrencia de la OME fue del 7 % a los 3 meses, del 8 al 18 % a los 6 meses, del 10 al 28 % a los 9 meses y del 8 al 35 % a los 12 meses.

Conclusiones Hubo una tendencia hacia una mayor resolución de OME sin pérdida auditiva y recurrencia de OME durante períodos de seguimiento más largos; sin embargo, no parecieron seguir un patrón lineal, posiblemente debido a diferencias en las poblaciones y las definiciones de resolución entre los estudios.

- [Heterogeneity of Clinical Phenotypes in Severe Acute Respiratory Infections Owing to Respiratory Syncytial Virus: A Need to Look Beyond Hospitalization.](#) *The Journal of Pediatrics*, Volume 278, 114441.

Utilizar una base de datos de cohorte de nacimiento anterior a la COVID-19 para describir la heterogeneidad clínica de los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) de las últimas temporadas como base para investigar más a fondo la

distribución de los fenotipos clínicos en la era de la inmunización contra el virus respiratorio sincitial (VSR).

Diseño del estudio

Se identificaron lactantes con IRAG-VSR de una cohorte de nacimientos de 2014 a 2019 en un centro de atención terciaria de Lyon, Francia, y se revisaron exhaustivamente sus historiales médicos. Utilizando los criterios de gravedad de la Organización Mundial de la Salud, clasificamos la IRAG en función de las alteraciones nutricionales (incapacidad para alimentarse), respiratorias ($SpO_2 < 93\%$) o neurológicas (falta de respuesta, apneas).

Resultados

Se describieron tres fenotipos: deterioro nutricional, deterioro respiratorio y deterioro neurológico (con deterioro respiratorio y nutricional). El deterioro respiratorio podía solaparse con el deterioro nutricional, o no. Se observó una diferencia significativa en la distribución por categorías de edad en cuanto al deterioro nutricional (mayor proporción en niños de 1,5 a 3 meses; $p = 0,01$) y el deterioro neurológico (mayor proporción en niños $< 1,5$ meses; $p = 0,002$).

Conclusiones

El presente estudio destaca la presencia de tres fenotipos potencialmente superpuestos, lo que representa una nueva forma de considerar y describir la enfermedad por VRS. Para adaptar las políticas de atención y salud en la era de la inmunización contra el VRS, es necesario investigar más a fondo y monitorear la carga residual de IRAG de cada fenotipo.

- [14 years of rotavirus A surveillance: unusual dominance of equine-like 3P\[8\] genotypewith DS-1-like genotype constellation after the pandemic, Belgium, 2009 to 2023](#). Euro Surveill. 2025 Mar;30(12):2400442. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.12.2400442.

Introducción

A pesar de la disponibilidad de la vacuna, el rotavirus persiste como una de las principales causas de gastroenteritis en niños menores de 5 años.

Objetivo

Nuestro objetivo fue evaluar los cambios temporales en la epidemiología del rotavirus en Bélgica entre 2009 y 2023, incluido el período de la pandemia de COVID-19.

Métodos

Recolectamos 8024 muestras de heces positivas para rotavirus en toda Bélgica. En 6352 muestras, determinamos los genotipos G y/o P mediante la secuenciación de los genes que codifican las proteínas de la cápside externa VP7 y VP4.

Resultados

Antes de la pandemia de COVID-19, recibíamos un promedio de 622 muestras por año epidemiológico de rotavirus, cifra que disminuyó a 114 y 111 muestras durante los dos años epidemiológicos de la pandemia, seguido de un pico de 1048 muestras en el primer año pospandémico. Cabe destacar que la proporción de casos en el grupo de edad de 2 a 5 años aumentó del 20,3 % antes al 33 % después de la pandemia ($p < 0,001$). Durante los 14 años del estudio, los genotipos más comunes fueron G2P[4], G3P[8] y G9P[8]. Los datos pospandémicos muestran un predominio inusualmente fuerte del genotipo G3P[8] similar al equino, que portaba una constelación de genotipos similar a DS-1 en el período de 2021 a 2023. Además, los individuos vacunados estaban significativamente sobrerrepresentados entre los pacientes infectados con el rotavirus G3P[8] portador del VP7 similar al equino, en comparación con otros genotipos, incluido el VP7 G3P[8] humano típico.

Conclusión

A pesar de las fluctuaciones genotípicas anuales típicas, varios cambios epidemiológicos se asociaron con la pandemia de COVID-19, incluyendo el predominio inusual de una cepa emergente de rotavirus contra la cual las vacunas actuales podrían ser menos efectivas. Es fundamental monitorear de cerca esta cepa para determinar si el fenómeno es temporal.

- [The Recent Increase in Invasive Bacterial Infections: A Report From the National COVID Cohort Collaborative](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p 217-227, March 2025.

INTRODUCCIÓN

Cuando los esfuerzos de mitigación de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) disminuyeron, las infecciones respiratorias víricas (IRV) aumentaron, incrementando potencialmente el riesgo de infecciones bacterianas invasivas (IBI) postvirales. Buscamos evaluar el cambio en la epidemiología y las relaciones entre las IRV específicas y las IBI [neumonía complicada, sinusitis complicada y estreptococo invasivo del grupo A (iGAS)] a lo largo del tiempo utilizando el conjunto de datos de la National COVID Cohort Collaborative (N3C).

MÉTODOS

Se realizó un análisis secundario de todos los encuentros pediátricos (<19 años) y adultos recopilados prospectivamente en 58 instituciones N3C, estratificados por era: prepandémica (1 de enero de 2018 al 28 de febrero de 2020) versus pandémica (1 de marzo de 2020 al 1 de junio de 2023). Se compararon las características y los resultados de los pacientes con IRV e IBI preespecificados, incluida la correlación entre los casos de IRV y los casos posteriores de IBI.

RESULTADOS

Se identificaron 965.777 hospitalizaciones pediátricas y 9.336.737 hospitalizaciones de adultos. En comparación con la prepandemia, los niños de la era pandémica mostraron

una media mensual más alta de casos de adenovirus (121 frente a 79,1), iGAS (5,8 frente a 3,3), neumonía complicada (282 frente a 178) y sinusitis complicada (29,8 frente a 16,3), $P < 0,005$ para todos. Entre los niños de la era pandémica, la correlación máxima entre los casos de VRS y los casos posteriores de sinusitis complicada se produjo con un desfase de 60 días (coeficiente de correlación 0,56; intervalo de confianza del 95%: 0,52-0,59; $P < 0,001$), mientras que la correlación máxima entre la gripe y la sinusitis complicada se produjo con un desfase de 33 días (0,55; 0,51-0,58; $P < 0,001$). La correlación entre otros pares IRV-IBI fue modesta durante la pandemia y a menudo menor que durante la época prepandémica.

CONCLUSIONES

Desde la aparición del COVID-19, la media mensual de casos de iGAS, neumonía complicada y sinusitis complicada ha sido mayor. Los casos de VRS e influenza de la era pandémica se correlacionaron con casos posteriores de sinusitis complicada en niños. Sin embargo, muchas otras correlaciones IRV-IBI disminuyeron durante la pandemia.

- [The Utility of Serologic TORCH Testing During Pregnancy for Maternal-related Versus Fetal-related Indications: A Retrospective Study.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p 257-262, March 2025.

INTRODUCCIÓN

No se han establecido directrices claras sobre la utilidad de las pruebas serológicas de TORCH en mujeres en las que se sospecha una infección por TORCH según las manifestaciones clínicas y de laboratorio durante el embarazo. El objetivo era comparar las tasas de infecciones por TORCH [concretamente citomegalovirus (CMV), Toxoplasma y rubéola] en mujeres que se sometieron a pruebas serológicas TORCH debido a indicaciones relacionadas con la madre frente a indicaciones relacionadas con el feto.

MÉTODOS

Este estudio retrospectivo de 10 años en un solo centro incluyó a todas las mujeres de más de 24 semanas de gestación que se sometieron a pruebas serológicas TORCH debido a indicaciones maternas o fetales. Las indicaciones relacionadas con la madre incluían fiebre, gastroenteritis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. Las indicaciones relacionadas con el feto incluían retraso del crecimiento intrauterino, polihidramnios y oligohidramnios.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 304 mujeres se sometieron a pruebas serológicas de TORCH por indicaciones relacionadas con la madre y 771 por indicaciones relacionadas con el feto. En el grupo de indicaciones relacionadas con la madre, en comparación con el grupo de indicaciones relacionadas con el feto, las infecciones TORCH maternas y congénitas fueron más prevalentes ($p = 0,015$), concretamente el CMV ($p = 0,036$). Ocho (2,6%) de las mujeres con indicaciones relacionadas con la madre tenían una

infección primaria por TORCH; 4 de ellas (50%) tenían infecciones congénitas concomitantes. Seis (0,8%) de las mujeres con indicaciones relacionadas con el feto tenían una infección primaria; ninguna tenía una infección congénita relacionada. Entre las mujeres con indicaciones relacionadas con la madre, se observaron tasas más elevadas de infección materna por TORCH entre las que presentaban trombocitopenia (7,1%) y elevación de las enzimas hepáticas (3,0%). Durante el periodo de estudio, las pruebas TORCH con indicación materna detectaron un 10,8% de neonatos nacidos con una infección TORCH confirmada.

CONCLUSIONES

El rendimiento clínico de la serología TORCH para características fetales ecográficas inespecíficas fue bajo. No obstante, las indicaciones relacionadas con la madre deberían impulsar la realización de pruebas para detectar la infección por CMV y Toxoplasma.

- [Antiviral Treatment and Risk of Hearing Loss in Asymptomatic and Mild Symptomatic Infants With Congenital Cytomegalovirus.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p 239-245, March 2025.

OBJETIVO

Evaluar los resultados auditivos a los 24 meses de edad en lactantes con infección congénita leve por citomegalovirus (cCMV), en función de si han recibido tratamiento antiviral o no.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo dentro del Registro Europeo de Niños con cCMV. Los niños incluidos tenían cCMV diagnosticado in utero/en los primeros 21 días de vida, con exploración física normal, alanina aminotransferasa <80 U/L y plaquetas >100.000 cs/mm³ y ausencia de pérdida de audición (PA) al nacer. La ecografía craneal (EC) y/o la resonancia magnética craneal fueron normales o con hallazgos menores (vasculopatía lenticuloestriada aislada y/o germinólisis/quistes caudotalámicos o subependimarios, y/o afectación focal/multifocal de la sustancia blanca). El resultado principal fue la presencia de PA a los 24 meses de edad.

RESULTADOS

Ciento noventa y seis pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Un 34,7% recibió tratamiento antiviral con valganciclovir/ganciclovir. Los niños tratados tenían menor edad gestacional, peso al nacer y perímetro cefálico, y la infección primaria materna era menos frecuente. Entre los niños tratados, el 21,3% presentó hallazgos menores en la EUSc frente al 6,3% en el grupo sin tratamiento ($p = 0,003$). Nueve pacientes (4,6%) desarrollaron HL a los 24 meses. Entre los niños con PA, el 20% presentó hallazgos menores en la EC frente al 11,3% en el grupo sin PA ($p = NS$). La tasa de PA fue similar en los grupos tratado y no tratado (4,6% frente a 6,3%; $P = 0,6$).

CONCLUSIONES

Un tercio de los niños fueron tratados con antivirales y los lactantes con hallazgos menores de neuroimagen al nacimiento tenían más probabilidades de recibir antivirales. No hubo diferencias en la prevalencia de PA a los 2 años de edad entre los niños tratados y los no tratados. Los hallazgos menores de neuroimagen no se asociaron claramente con un mayor riesgo de PA de aparición tardía.

- [Vaccinating against *Clostridioides difficile* Infection](#). N Engl J Med 2025;392:1237-1240.

Dos enfoques clave para contrarrestar las enfermedades infecciosas son la prevención y el tratamiento: el primero mediante la administración de vacunas, y el segundo mediante la administración de fármacos antimicrobianos (agentes antibióticos). Aunque los beneficios de los antibióticos para la salud son innegables, existen consecuencias de su uso. La infección por el patógeno bacteriano nosocomial *Clostridioides difficile* tras la administración de agentes antibacterianos provoca enfermedades gastrointestinales de gravedad variable y un aumento de los costes sanitarios. La infección por *C. difficile* se produce cuando se altera la microbiota autóctona del intestino, en la mayoría de los casos tras la administración de antibióticos. Esta alteración altera la actividad metabólica de la microbiota, lo que permite la expansión de *C. difficile* en el intestino debido a la pérdida de resistencia a la colonización.¹ El patógeno produce toxinas (véase más adelante) y, finalmente, la persona infectada elimina la forma de spora estable en el medio ambiente, que puede contaminar el entorno y fomentar la propagación de *C. difficile* a otras personas. La estrategia general actual para limitar la infección por *C. difficile* consiste en prevenirla mediante el cribado, el aislamiento de los contactos y la limitación del uso de antibióticos, como las quinolonas, que pueden desencadenar la infección por *C. difficile*.

Dado que la patogénesis de la infección por *C. difficile* depende de la producción de las potentes toxinas TcdA (toxina A) y TcdB (toxina B) por parte de las células vegetativas de *C. difficile* (Figura 1A), existe la esperanza de que el desarrollo de vacunas dirigidas contra estos factores de virulencia, de forma análoga al desarrollo de vacunas contra las toxinas de la difteria y el tétanos, tenga éxito a la hora de limitar el desarrollo de la infección por *C. difficile* en pacientes que reciben tratamiento antibiótico.² Sin embargo, los resultados de los ensayos clínicos han sugerido que es necesario reconsiderar los enfoques estándar de las vacunas contra la infección por *C. difficile* dirigidas contra TcdA y TcdB.

- [Changes to the UK childhood immunisation schedule](#) (26 September, 2024) *Archives of Disease in Childhood* 2025;110:180-187.

Este artículo resume las recomendaciones del Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI) para un nuevo calendario de vacunación infantil en el Reino Unido tras la interrupción de la vacuna Hib/MenC por parte del fabricante (que actualmente se utiliza a los 12 meses de edad como refuerzo para estos antígenos) y la razón detrás de estos cambios en el calendario.

A partir de fines de 2025, cuando se agote el stock actual de vacunas Hib/Men C, ya no se ofrecerá la vacuna Men C a los niños pequeños, ya que se espera que el programa de vacunación Men ACWY para adolescentes mantenga eficazmente la inmunidad colectiva.

Para mejorar la inmunidad colectiva contra la polio y sostener el control del Hib manteniendo el impacto actual en la portación de Hib en niños pequeños, se agregará una visita de los 18 meses al calendario de vacunación, donde se ofrecerá una dosis de refuerzo de DTaP/IPV/Hib o DTaP/IPV/Hib/HepB.

La segunda dosis de MMR (sarampión, paperas y rubéola) se adelantará de los 40 a los 18 meses para mejorar la aceptación, con una recomendación de que ambas dosis de MMR se ofrezcan junto con la inmunización contra la varicela (MMRV (sarampión, paperas, rubéola y varicela)), ya que la adición de la varicela al programa ha demostrado ser rentable en modelos recientes revisados por el JCVI.

Una de las intervenciones recientemente autorizadas para la prevención del virus respiratorio sincitial (VRS) en lactantes (una vacuna materna bivalente con prefusión de proteína F contra el VRS) se incorporará al nuevo calendario, lo que debería reducir significativamente la carga de VRS en lactantes. Además, podrían introducirse vacunas antineumocócicas de mayor valencia con una cobertura de serotipos más amplia.

Introducción

El calendario de vacunación está diseñado para optimizar la protección contra enfermedades infecciosas graves, proporcionando protección directa individual y, cuando corresponda, un control sostenido de la población mediante la inmunidad de grupo. Las recomendaciones para cada vacuna tienen en cuenta el riesgo específico por edad de contraer una enfermedad o infección (a menudo en la primera infancia), el riesgo de complicaciones, la eficacia de la vacuna y su potencial para reducir la transmisión. 1

La protección pasiva de los neonatos y los lactantes pequeños se proporciona a través de...

- [Archivist: Procalcitonin: confusing](#) (19 February, 2025) *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:179.

¿Influye la monitorización seriada de los niveles de procalcitonina (PCT) durante la recuperación de la sepsis en el manejo antibiótico? Se han publicado dos estudios interesantes que examinan el manejo antibiótico dirigido por procalcitonina en infecciones graves: un estudio en adultos (Dark P, *et al.* (*JAMA* 2024. doi:10.1001/jama.2024.26458)) y un estudio pediátrico (Waldron CA, *et al.* (*Lancet Child Adolesc Health* 2025;9:121–130. DOI: 10.1016 /S2352-4642 (24)00306-7)). Estos dos estudios analizan claramente dos poblaciones completamente diferentes, la gravedad de la enfermedad y los diseños de estudio. Sin embargo, el estudio en adultos sugiere que la medición de la procalcitonina para guiar el uso de antibióticos es importante, mientras que la conclusión del estudio pediátrico es...

- [Archivist: APPY trial: uncomplicated appendicitis – surgery or antibiotics?](#) (19 February, 2025) *Archives of Disease in Childhood* 2025;110:202.

En la apendicitis no complicada, ¿es la cirugía el tratamiento de elección o se puede manejar de forma conservadora con un enfoque no quirúrgico y antibióticos? Esta ha sido una pregunta sin respuesta a lo largo de los 40 años de carrera de *Archivist*. Recientemente, parece haber datos observacionales que sugieren que el enfoque conservador podría ser eficaz y seguro. Esta pregunta ya ha sido respondida. Este increíble estudio, conocido como el estudio APPY, realizado por St Peter SD *et al.* (*Lancet* 2025;405: 233–240. DOI: 10.1016 /S0140-6736(24)02420-6), se completó sin financiación. *Archivist* considera que este es uno de los estudios controlados aleatorizados más importantes...

- [Severity of Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated with SARS-CoV-2 Diminished During Successive Waves of the COVID-19 Pandemic: Data from a Nationwide German Survey.](#) *The Journal of Pediatrics*, Volume 278, 114419

Dilucidar cómo la presentación clínica del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado temporalmente con el coronavirus 2 relacionado con el síndrome respiratorio agudo severo (PIMS-TS) se vio influenciada por las variantes sucesivas de preocupación (VOC) y la edad del paciente.

Diseño del estudio

En mayo de 2020, se estableció en Alemania un registro nacional de PIMS-TS, poco después de que se describieran los primeros casos en EE. UU. y el Reino Unido. El registro recopiló información sobre las características de los pacientes, la evolución clínica, los hallazgos de laboratorio, las pruebas de imagen y el pronóstico. Se invitó a participar a todos los hospitales pediátricos de Alemania, junto con uno de Austria. Entre el 18 de marzo de 2020 y el 30 de abril de 2023, se notificaron 920 casos.

Resultados

Al examinar una combinación de datos sobre características clínicas, hallazgos de laboratorio, tratamiento, resultados de imágenes y desenlaces, nuestro análisis demostró que la gravedad de la enfermedad disminuyó continuamente a lo largo de las ondas Wildtype, Alfa, Delta y Ómicron. Con base en los síntomas clínicos, los hallazgos de laboratorio y diagnósticos, y las tasas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, se observó que los niños mayores, independientemente de la VOC relacionada, experimentaron un PIMS-TS agudo más grave; sin embargo, presentaron tasas más bajas de aneurisma coronario.

Conclusiones

Durante la pandemia de COVID-19, con la aparición de cada nueva VOC, la gravedad del síndrome de ~~Tourette-Schmidt-Piscis~~ PIM-TS disminuyó. Paralelamente, los niños mayores comenzaron a experimentar una enfermedad más debilitante.

- [Antimicrobial resistance and epidemiological aspects of *Neisseria gonorrhoeae* in the province of Lleida, Spain \(2017–2024\)](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:156-61

Neisseria gonorrhoeae es uno de los principales causantes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y está alcanzando elevados niveles de resistencia a antibióticos. El objetivo de este estudio fue describir la resistencia a antibióticos, la incidencia y los secuenciotipos circulantes de *N. gonorrhoeae* en la provincia de Lleida.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo (2017-2024) en el que se aislaron 487 cepas de *N. gonorrhoeae*. El antibiograma se realizó mediante tiras de difusión en gradiente siguiendo los criterios EUCAST. Se realizó *N. gonorrhoeae*-MAST en 211 aislados en el Centro Nacional de Microbiología (Majadahonda). El estudio de coinfecciones se realizó mediante PCR a tiempo real (Allplex™ STI, Seegene®).

Resultados

Todos los aislados permanecieron sensibles a cefalosporinas. Los porcentajes de resistencia a tetraciclina, ciprofloxacino y penicilina G fueron 89,1%, 69,2% y 22,6%, respectivamente. El 7,8% de los aislados presentó una CIM de azitromicina superior a 1mg/l. Se detectó una disminución de la incidencia de infección gonocócica en 2020, seguido de un aumento en los siguientes años. Se describieron 97 secuenciotipos diferentes. ST14994 (14,7%) y ST19792 (6,6%) fueron los más frecuentes. *N. gonorrhoeae* apareció como único agente de ITS en la mayoría de los casos (77,7%) y *Chlamydia trachomatis* fue el detectado con mayor frecuencia en las muestras con coinfección (74,8%).

Conclusiones

La incidencia de NG está aumentando en nuestra área. La ausencia de resistencia a cefalosporinas y los bajos niveles de resistencia a azitromicina sugieren que el uso de estos antibióticos es adecuado. Los estudios de vigilancia son esenciales para prevenir la diseminación de *N. gonorrhoeae* resistentes a los antibióticos.

Comentario GPI: no es un estudio realizado en población pediátrica pero el aumento de ITS entre adolescentes aconseja que los pediatras de AP conozcan los datos que aporta.

- [Rash Decisions: Improving Pediatrician Skills in Dermatologic Diagnosis](#). The Journal of Pediatrics, Volume 278, 114436.

Examinar el desarrollo de habilidades de diagnóstico de pediatras en casos dermatológicos basados en imágenes a través de una herramienta basada en la web y determinar las variables a nivel de caso que se asociaron con el error de diagnóstico.

Diseño del estudio

Este fue un estudio multicéntrico, prospectivo y transversal. Una muestra de conveniencia de pediatras en formación y asistentes fue elegible para participar. Mediante una herramienta web, los médicos practicaron 334 casos de dermatología pediátrica basados en imágenes hasta alcanzar un estándar de desempeño. Los participantes identificaron si el caso era preocupante, la categoría morfológica y el diagnóstico específico. Después de cada caso, los participantes recibieron retroalimentación correctiva y su progreso hacia el estándar de desempeño.

Resultados

Entre 185 participantes, se observó una mejora significativa en el rendimiento diagnóstico al clasificar entre preocupante y no preocupante (+19,2 % [IC del 95 %: 17,7; 20,6]), la categoría morfológica (+17,9 % [IC del 95 %: 16,5; 19,3]) y el diagnóstico específico (+25,2 % [IC del 95 %: 23,4; 26,7]). La mediana del número de casos necesarios para alcanzar el estándar de rendimiento fue de 142 (RIC: 96; 209; mín.: 58; máx.: 330), con una mediana de tiempo hasta su consecución de 57,3 minutos (RIC: 38,7; 84,3). Según 38 502 interpretaciones de casos, los niños con piel más oscura que los más clara tuvieron menor probabilidad de identificar correctamente la condición "preocupante" (OR = 0,87; IC del 95 %: 0,83-0,93), la categoría morfológica (OR = 0,91; IC del 95 %: 0,85-0,97) y la enfermedad específica (OR = 0,96; IC del 95 %: 0,90-0,99). Menos del 60 % de los participantes identificó correctamente las variantes ampollosas de enfermedades, psoriasis, infecciones por herpes e infecciones virales inespecíficas.

Conclusiones

La práctica deliberada de presentaciones dermatológicas en el contexto de una intervención educativa mejoró significativamente y eficazmente la capacidad diagnóstica de los pediatras. Los desafíos diagnósticos específicos identificados también brindan la oportunidad de desarrollar aprendizajes específicos en estas áreas.

Comentario GPI: la etiología infecciosa forma parte del diagnóstico diferencial de los exantemas por lo que las actividades formativas encaminadas a mejorar el diagnóstico de los mismos son de interés en pediatría de AP.

- [Ethical and legal considerations in the care of children and young people with high consequence infectious diseases \(HCIDs\): an approach to decision making](#). Lancet Child Adolesc Health. 2025 Mar;9(3):205-210.

Las enfermedades infecciosas de altas consecuencias (como el virus del Ébola o la gripe aviar) requieren un tratamiento especializado con aislamiento estricto para evitar el contagio al personal sanitario y a la comunidad en general. Estas infecciones plantean diversas cuestiones éticas y jurídicas para los niños y los jóvenes. Entre los retos específicos se encuentran el impacto del aislamiento en el niño y su familia (potencialmente sin el consentimiento del niño), las limitaciones en la atención debido a consideraciones de seguridad del personal y la reducción de recursos para otros niños (debido al posible cierre de camas de la unidad de cuidados intensivos pediátricos). La compleja toma de decisiones que requieren estas situaciones requiere

un apoyo ético oportuno. A medida que se acelera la planificación para futuras pandemias, sugerimos que las consideraciones éticas y legales involucradas en la prestación de atención a los niños afectados y sus familias necesitan consideración urgente, y hemos destacado las áreas importantes de enfoque para proporcionar una hoja de ruta para esta importante empresa.

- [Outpatient Laboratory Monitoring for Antibiotic-related Adverse Events in Children With Acute Hematogenous Osteomyelitis](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(3):p e74-e76, March 2025.

La terapia antimicrobiana para cualquier indicación puede asociarse a acontecimientos adversos (AA), como neutropenia, trombocitopenia, nefrotoxicidad y hepatotoxicidad. En niños hospitalizados, cada día de antibióticos se asocia a un aumento del 7% del riesgo de AA. Dada la duración relativamente prolongada de la terapia en niños con osteomielitis hematogena aguda (OHA), esta infección puede asociarse a un riesgo único de AA. Las directrices para el tratamiento de la OHA de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas Pediátricas apoyan la monitorización de laboratorio semanal o quincenal de los AA, incluida la supresión de la médula ósea y la disfunción renal.³ El impacto clínico de esta práctica no está bien definido. Se examinó la frecuencia, las correlaciones clínicas y el impacto de las anomalías de laboratorio relacionadas con los antibióticos en niños con OHA dados de alta para completar el tratamiento como pacientes ambulatorios.

- [Cobertura vacunal de vacunas no financiadas en lactantes pequeños y su relación con factores sociodemográficos](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:37-47.

Introducción: el calendario común de vacunación establece las vacunas financiadas en España. Sin embargo, cada organismo autonómico de salud puede financiar vacunas alternativas en su territorio, acrecentando las desigualdades en salud, ya que son las familias las que costean las vacunas no financiadas en su comunidad. Este estudio evalúa el efecto de los factores sociodemográficos en la administración de vacunas no financiadas en lactantes de 2 meses en los centros de salud de Illes Columbretes y Grao de Castellón (Comunidad Valenciana, España).

Material y métodos: este estudio observacional descriptivo transversal se conforma con una muestra de 115 participantes obteniendo los datos a partir de un cuestionario realizado a padres o tutores. Posteriormente se realizará un análisis bivariante, multivariante y un análisis ROC.

Resultados: el análisis bivariante muestra que, a mayor edad de la madre, mayor nivel de estudios y trabajo de ambos progenitores, nacionalidad española, no rechazo de las vacunas financiadas y menor índice de hacinamiento familiar aumenta la vacunación de menACWY (vacuna combinada de los serogrupos A, C, W e Y del meningococo). Asimismo, a mayor nivel de estudios de ambos progenitores, trabajo de la madre, nacionalidad española, no rechazo de las vacunas financiadas, la vacunación no financiada a hermanos, mayor edad de la madre y menor índice de hacinamiento familiar aumenta la vacunación de rotavirus. El análisis multivariante vincula la

vacunación de menACWY con mayor nivel de estudios y edad materna, trabajo paterno y nacionalidad española; y la vacunación de rotavirus con mayor nivel de estudios maternos, nacionalidad española y menor índice de hacinamiento familiar.

Conclusiones: puede existir una relación entre los factores sociodemográficos desfavorables y una menor cobertura de vacunas no financiadas.

- [Reticencia de los progenitores a la inmunización de sus hijos con nirsevimab](#)
An Pediatr (Barc). 2025;102:503743

En septiembre del 2023, en la Comunidad Autónoma de Madrid, y a menos de 15 días del inicio de administración de nirsevimab¹, no existía ningún documento oficial con información para los progenitores que debían decidir si inmunizar o no a sus hijos recién nacidos. Además, en el primer mundo, existe desde hace más de 20 años un preocupante auge de los movimientos antivacunas^{2,3}. En este contexto se inició la presente investigación, con el objetivo de estudiar la posible reticencia de los progenitores a la administración de nirsevimab, en un hospital público de media complejidad, analizando posibles factores asociados que podrían condicionar la decisión.

La identificación de factores que puedan condicionar la administración de nirsevimab es importante para mantener, o incluso ampliar, las coberturas de inmunización. Hasta la fecha, no hemos encontrado estudios en la literatura científica que hayan analizado motivos de posible reticencia a la administración de nirsevimab. Según nuestros resultados, los factores asociados a una mayor reticencia fueron: estudios no universitarios, origen marroquí, tener hijos previos con antecedente de bronquiolitis (con independencia de la gravedad), *vacunofobia*⁷ y uso frecuente de redes sociales antes del parto para obtener información relativa a salud.

- [Infección por SARS-CoV-2 en neonatos atendidos en Urgencias](#) An Pediatr (Barc). 2025;102:503750

Las consecuencias de la infección por SARS-CoV-2 en el recién nacido eran desconocidas en los primeros meses de la pandemia. Estudios recientes refieren que en muchos casos la infección neonatal suele ser asintomática y que son aislados los casos con clínica grave¹. Sin embargo, estos datos se apoyan mayoritariamente en el seguimiento durante los primeros días de vida de hijos de madres con infección por SARS-CoV-2², siendo escasos los estudios de estos pacientes en otros ámbitos.

Nuestro objetivo es describir las características clínico-epidemiológicas de los neonatos atendidos en Urgencias con diagnóstico de COVID-19 y determinar posibles factores relacionados con su gravedad. Presentamos un estudio retrospectivo, descriptivo-observacional, realizado en el Servicio de Urgencias (SU) de un hospital materno-infantil terciario. Se incluyeron los neonatos (< 29 días vida) que acudieron al SU durante 3 años (14/3/2020-13/3/2023) y fueron diagnosticados de infección por SARS-CoV-2

Durante el período de estudio se atendieron 5.498 consultas de neonatos, 71 (1,3%) fueron diagnosticados de infección por SARS-CoV-2; se excluyó a 8 quedando una muestra de 63 pacientes. Treinta y nueve (61,9%) tenían algún conviviente con

infección por SARS-CoV-2 (20 [31,7%]) más de un contacto, siendo la madre la más a menudo implicada). Cinco (7,9%) presentaron TEP alterado por dificultad respiratoria. Las características clínico-epidemiológicas de los pacientes se detallan en la [tabla 1](#). Se realizó aspirado nasofaríngeo para el diagnóstico de gripe y VRS juntamente con SARS-CoV-2 en 53 (84,1%), siendo positivo para VRS en un (1,6%) neonato. En 46 (63,9%) pacientes se realizaron otras exploraciones complementarias ([tabla 1](#)). Cuatro (6,35) pacientes presentaron una IBPG (prevalencia 6,3% [IC del 95%, 2,5-15,2]); 3ITU por *Escherichia coli* y una bacteriemia por *Streptococcus agalactiae*. El principal diagnóstico clínico fue infección de vías respiratorias altas en 32 (51%) ([tabla 1](#)). Ingresaron 38 (60,3%) neonatos. Hubo 3 (4,8%) casos graves; fueron 3pacientes con bronquiolitis que ingresaron en UCIP. A los 3se les realizó un panel respiratorio múltiple en aspirado nasofaríngeo, diagnosticándose coinfección por Rhinovirus en todos; uno de ellos correspondía al paciente ya diagnosticado de coinfección por VRS en el SU. En la [tabla 2](#) se analizan los posibles factores de riesgo analizados. Todos los pacientes presentaron una buena evolución clínica, sin secuelas al alta.

En conclusión, la mayoría de los casos de neonatos con COVID-19 fueron leves, siendo la fiebre y la clínica respiratoria los síntomas de presentación más frecuentes. Un TEP alterado al diagnóstico y el desarrollo de bronquiolitis se asociaron a un COVID-19 grave.