

Bibliografía febrero 2025

TOP TEN

- [The Consequences of Silencing the “Voice of CDC”](#) N Engl J Med. 2025 Feb 12. doi: 10.1056/NEJMp2501622.
- [Parasitic infections: what do paediatricians need to know?](#) *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:89-93.

Es posible que muchos pediatras no estén familiarizados con las infecciones parasitarias y los medicamentos que se utilizan para tratarlas. Sin embargo, las infecciones parasitarias no son infrecuentes en los niños del Reino Unido. Resumimos las infecciones que se observan con frecuencia, el tratamiento recomendado actualmente y una guía práctica sobre formulaciones, efectos adversos y elección del tratamiento.

- [mRNA Vaccines: Future Perspectives for Children.](#) *The Pediatric Infectious Disease Journal* 44(2):p e49-e52, February 2025.

La introducción de la tecnología de vacunas con ácido ribonucleico mensajero (ARNm) representa un avance significativo en inmunología y salud pública, ya que ofrece un enfoque novedoso para combatir las enfermedades infecciosas. A diferencia de las vacunas tradicionales, que suelen emplear patógenos o subunidades proteicas inactivados, las vacunas de ARNm utilizan una cadena de ARN mensajero para ordenar a las células que produzcan una proteína vírica específica, desencadenando una respuesta inmunitaria sin exponer al paciente al virus real. Esta tecnología innovadora tiene varias ventajas clave sobre los métodos clásicos.

COMENTARIO: Interesante revisión que analiza las ventajas de las vacunas de ARNm, sus resultados actuales (Sars-CoV2) y perspectivas futuras (VRS, gripe, VEB, CMV, metapneumovirus).

- [Usage of Bacterial Whole Genome Sequencing: Outbreaks and Beyond in Pediatric Patients.](#) *The Pediatric Infectious Disease Journal* 44(2):p e53-e55, February 2025.

La secuenciación del genoma completo (WGS) ha supuesto una transformación en la gestión de escenarios de transmisión complejos. Más allá de su papel fundamental en la investigación y el control de brotes, la WGS también permite la vigilancia molecular de entornos dentro de un hospital (por ejemplo, aguas residuales en busca de aislados bacterianos resistentes a los antimicrobianos). Además, la WGS también se puede utilizar para identificar patógenos y predecir la resistencia a los antimicrobianos (AMR) y los factores de virulencia a partir de aislados bacterianos de un paciente, ofreciendo una comprensión matizada del comportamiento de los patógenos y los fenotipos asociados. Este avance tecnológico permite adaptar la gestión clínica y las estrategias terapéuticas, algo esencial a la hora de elegir combinaciones de fármacos antimicrobianos. La información que ofrece la WGS puede influir en la toma de decisiones clínicas, especialmente en las UCIN, las UECB y las salas de oncología

pediátrica, donde una intervención oportuna y precisa puede alterar drásticamente los resultados de los pacientes. Lamentablemente, los protocolos de trabajo actuales para WGS en la mayoría de los laboratorios de diagnóstico de rutina son demasiado lentos para generar resultados en tiempo real con protocolos estandarizados, lo que obstaculiza su aplicación en el diagnóstico. Las nuevas tecnologías de secuenciación con tecnología Oxford Nanopore (Oxford Nanopore Technologies, Oxford, Reino Unido) y los protocolos automatizados optimizados de Illumina (Illumina, San Diego, CA) pueden superar este obstáculo. También cabe señalar que la mayoría de los estudios se centran en las bacterias, mientras que los brotes de parásitos y hongos están menos documentados, probablemente debido al tamaño y la complejidad de sus respectivos genomas. En contextos de estudio más ideales, ya se ha demostrado que la WGS influye en el tratamiento de los pacientes. Esta revisión explora el impacto multifacético de la WGS en la gestión de enfermedades infecciosas pediátricas, subrayando su valor para mejorar la atención al paciente en diversos entornos hospitalarios de alto riesgo.

COMENTARIO: Aunque esta revisión se centra en el uso del WGS en brotes en unidades hospitalarias y de cuidados intensivos, nos puede aportar una perspectiva y dar a conocer dicha técnica en el abordaje de las enfermedades infecciosas pediátricas y sus perspectivas de futuro.

- [Enfermedad meningocócica invasiva en España en 2023](#)

Introducción: Descripción del análisis epidemiológico de la enfermedad meningocócica invasiva (EMI) en España durante 2023 y su comparación respecto a años anteriores.

Método: Análisis epidemiológico descriptivo de los casos de EMI notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en 2023. Las variables analizadas fueron: sexo, grupo de edad, fecha de inicio de síntomas, comunidad o ciudad autónoma que notifica, defunción, manifestación clínica y serogrupo.

Resultados: En 2023 se notificaron 265 casos de EMI (51,7% hombres) con una tasa de incidencia acumulada (IA) de 0,58. Las tasas de incidencia más altas en 2023 se observaron en niños menores de 1 año, seguidos por el grupo de 1 a 4 años. Durante este año se recuperó el patrón estacional típico de esta enfermedad, con un mayor número de casos de EMI en otoño e invierno. La manifestación clínica más frecuente fue la meningitis con el 38,5% de los casos reportados. La letalidad (13,2%) fue ligeramente superior a la observada en los últimos 12 años. Se desconoce el serogrupo del 12,8% de los casos notificados de EMI. De los 231 casos en los que se notificó esta información, el 60% correspondió a infecciones por el serogrupo B.

Discusión: En 2023 hay un aumento de la IA respecto a los años 2020-2022 sin alcanzar los niveles pre pandémicos. La mejora de la notificación de los datos de caracterización microbiológica y de la vacunación es crucial para llevar a cabo la vigilancia de esta enfermedad y para la evaluación del programa de vacunación.

- [Leptospirosis en España: situación epidemiológica y contexto histórico](#)

Introducción: La leptospirosis es una enfermedad infecciosa zoonótica producida por espiroquetas patógenas del género *Leptospira* y transmitida al ser humano por contacto directo o indirecto con animales infectados, fundamentalmente roedores. El objetivo fue describir la epidemiología de esta enfermedad en España durante 2023, en el contexto del periodo 2015-2023.

Método: Análisis descriptivo de los casos de leptospirosis en España durante los años 2015-2023, a partir de la notificación a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Las variables analizadas fueron: sexo, edad, comunidad autónoma, hospitalización y defunción.

Resultados: En 2023 se notificaron a la RENAVE 64 casos con una tasa de notificación (TN) = 0,13. Durante el periodo 2015-2023 se registraron 362 casos y TN de 0,09. Esta tasa alcanza un máximo en 2018 (TN = 0,15). El número de casos y la TN fue mayor en hombres a lo largo de todo el periodo (TN = 0,14), y fue máxima en el grupo de 25-34 años (TN = 0,13). Las comunidades más afectadas fueron Extremadura (TN = 0,39), País Vasco y Canarias (TN = 0,34). En todo el periodo el 62% de los casos requirió hospitalización y la letalidad fue del 0,84%.

Conclusiones: Entre 2015-2023, la leptospirosis ha tenido una TN relativamente estable en torno a 0,10 casos por 100.000 habitantes. A pesar de todo, es importante seguir aplicando medidas preventivas dentro del enfoque *Una Salud* para evitar futuros brotes.

- [Burden of RSV infections among young children in primary care: a prospective cohort study in five European countries \(2021–23\)](#). Lancet Respir Med. 2025 Feb;13(2):153-165.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) en niños pequeños se tratan en atención primaria; sin embargo, la carga de morbilidad en este contexto sigue estando mal definida.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohortes prospectivo en centros de atención primaria de Bélgica, Italia, España, Países Bajos y Reino Unido durante las temporadas de VRS de 2020-21 (solo Reino Unido; desde el 1 de enero de 2021), 2021-22 y 2022-23. Los niños menores de 5 años que acudieron a su médico de cabecera o pediatra de atención primaria con síntomas de una infección aguda de las vías respiratorias fueron elegibles para las pruebas del VRS. Los niños que dieron positivo en la prueba del VRS dieron su consentimiento y fueron seguidos durante 30 días mediante un informe clínico del médico (visita inicial de atención primaria el día 1) y dos cuestionarios de informe de los padres (días 14 y 30). Se evaluó la carga del VRS en términos de evolución clínica (síntomas, duración de la enfermedad y complicaciones), utilización de recursos sanitarios (visitas a atención primaria, visitas al servicio de urgencias, tasa de hospitalización y uso de medicación) e impacto social (ausencia en guarderías o

colegios y ausencia laboral de los padres) durante el periodo de seguimiento de 30 días.

RESULTADOS

De los 3.414 niños analizados, 1.124 (32,9%; IC del 95%: 31,3-34,5) fueron positivos para el VRS. Entre los niños con datos sobre la edad, la tasa de positividad al VRS fue del 38,9% (36,1-41,7; n=466 de 1198) en los menores de 1 año y del 25,9% (24,0-27,9; n=513 de 1979) en los de edades comprendidas entre 1 y <5 años. De los 1124 niños seropositivos al VRS, 878 (78,1%) se inscribieron y se recogieron datos del primer día (mediana de edad 11,1 meses [IQR 6,0-22,0]; 446 [50-9%] niños y 431 [49-1%] niñas [N=877]). La enfermedad por VRS duró una media de 11,7 días (IC 95%: 11,2-12,2; n=794). Al día 14 y al día 30, se notificaron síntomas remanentes en 451 de 804 (56,1% [IC 95%: 52,6-59,6]) y 261 de 724 (36,0% [32,6-39,7]) niños. El número medio de visitas de atención primaria por niño osciló entre 1,4 (IC 95% 1,2-1,6; Países Bajos) y 3,0 (2,8-3,3; España), y fue mayor en los niños menores de 1 año (2,7 visitas [2,4-2,9]) que en los de 1 a <5 años (2,1 [1,9-2,2]). El uso de medicación prescrita varió, desde 25 de 96 niños (26,0% [IC 95%: 17,6-36,0]; Reino Unido) a 228 de 297 niños (76,8% [71,5-81,5]; Italia), siendo los broncodilatadores y los antibióticos los medicamentos prescritos con más frecuencia en todos los países. Se notificó el uso de medicamentos prescritos en 258 de 418 niños de 1 a <5 años (61,7% [56,9-66,4]) y 196 de 394 niños menores de 1 año (49,7% [44,7-54,8]). En 340 de 744 casos (45,7% [42,1-49,4]) se notificaron días de trabajo perdidos por los padres debido a la enfermedad por VRS de sus hijos; el número medio de días de trabajo perdidos osciló entre 1,3 días (IC 95%: 0,5-2,2) en España y 4,1 días (3-5-0) en Bélgica.

INTERPRETACIÓN

Las infecciones por VRS en niños menores de 5 años en atención primaria se asocian con una sintomatología sustancial, utilización de la atención sanitaria y ausencia laboral de los padres. Existen diferencias notables en la carga del VRS entre países, probablemente debido a las diferencias en los sistemas de atención primaria, la práctica clínica y el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria. Este estudio subraya la importancia de tener en cuenta las estimaciones de la carga de la atención primaria específicas de cada país a la hora de considerar la aplicación de programas de inmunización contra el VRS.

Casos clínicos

- [Images in paediatrics: Cutaneous cytomegalovirus mimicking mpox in an immunocompromised infant](#) *Archives of Disease in Childhood* 2025;110:102-103.

Un niño de 16 meses presentó anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia y erupciones cutáneas. Su hermano mayor murió a los 8 meses de edad por meningitis. Sus padres no eran consanguíneos. Tuvo una infección torácica a los 3 meses de edad, eccema recurrente desde los 6 meses de edad y palidez desde los 9 meses de edad. El

examen reveló hepatoesplenomegalia y placas de eccema generalizadas. La secuenciación de próxima generación para una inmunodeficiencia primaria identificó una nueva variante sin sentido hemicigótica en el gen *WAS*, c.219C>G (p.Cys73Trp). La expresión de la proteína WAS estaba ausente en sus linfocitos en la citometría de flujo, lo que confirmó el diagnóstico de síndrome de Wiskott-Aldrich, un error innato de inmunidad recesivo ligado al cromosoma X. ¹

Desarrolló pápulas umbilicadas que evolucionaron a pápulas y ampollas hemorrágicas ulceradas que se asemejaban a lesiones de molusco o mpox ([figura 1](#)). ² La biopsia de piel mostró cambios citopáticos virales ([figura 2](#)). Los hallazgos de PCR y microscopía electrónica para virus ortopox fueron negativos. La PCR de citomegalovirus (CMV) se detectó a partir del hisopo contemporáneo del sitio de la biopsia de piel. Los linfocitos dérmicos mostraron tinción nuclear positiva para la tinción inmunohistoquímica de CMV ([figura 3](#)). Las serologías virales resultaron negativas excepto por una carga viral de ADN-CMV de 19 000 UI/ml. Las erupciones se resolvieron después del tratamiento con inmunoglobulina CMV y 3 semanas de valganciclovir oral. No hubo afectación de otros órganos.



Figura 1

Pápulas y ampollas umbilicadas y hemorrágicas en extremidades y tronco.

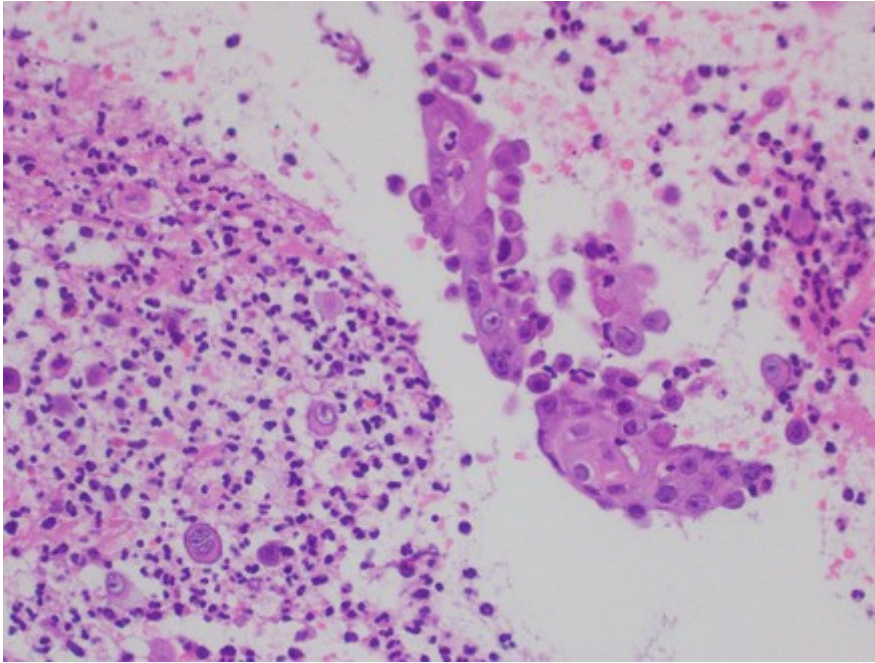


Figura 2

Histología de biopsia de piel H&E 40 ×: Necrosis epidérmica extensa con degeneración en balón de queratinocitos.

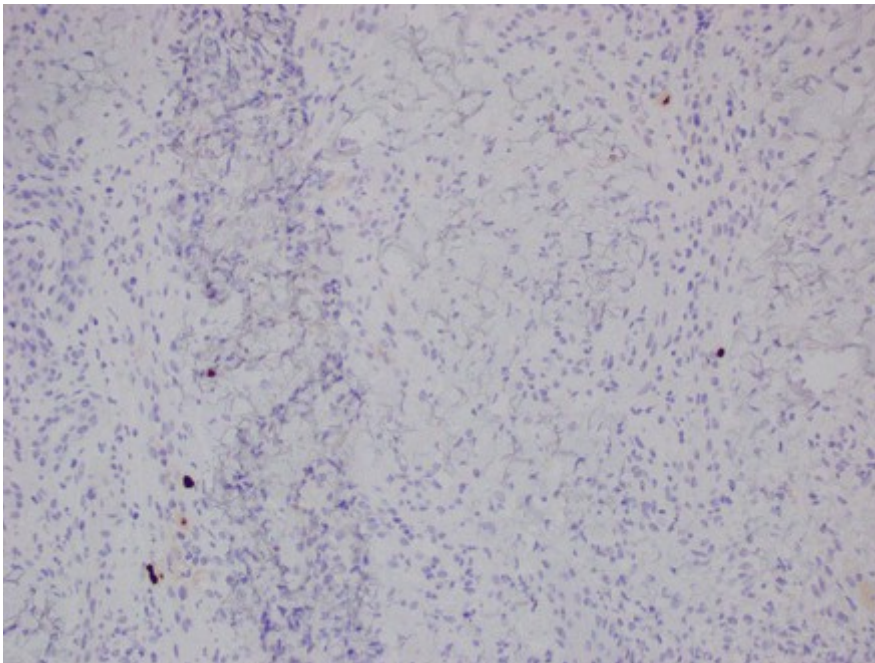


Figura 3

Biopsia de piel: Tinción de citomegalovirus positiva.

La presentación clínica de la infección cutánea por CMV no es específica e incluye máculas, pápulas, urticaria, erupciones escarlatiniformes, placas o úlceras orales y perianales.^{3,4} Los casos graves pueden tratarse con ganciclovir o foscarnet intravenosos.⁵

Este caso destaca la importancia de reconocer erupciones atípicas en pacientes inmunodeprimidos, como una erupción extensa similar a la viruela en este caso. Estos pacientes deben someterse a investigaciones exhaustivas, como estudios inmunológicos y de enfermedades infecciosas, para un tratamiento oportuno.

- [Tularemia in Pediatric Patients: A Case Series and Review of the Literature.](#)
The Pediatric Infectious Disease Journal 44(2):p 180-185, February 2025.

Poco conocida para los pediatras, la tularemia puede provocar retrasos en el diagnóstico y dificultar el tratamiento adecuado, ya que su presentación clínica a menudo comparte similitudes con otras causas más prevalentes de enfermedades linfadenopáticas en niños. Se diagnosticaron tres casos de tularemia glandular en el Hospital Pediátrico Robert Debré (París) entre octubre de 2020 y febrero de 2022.

CASO 1

Un lactante de 17 meses sin antecedentes médicos fue hospitalizado en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Robert Debré en octubre de 2020 por una linfadenopatía cervical de 1 mes de evolución tras fiebre y síntomas nasofaríngeos inespecíficos. Inicialmente fue ingresado en otro hospital y tratado con ceftriaxona durante 3 días, seguida de amoxicilina-clavulánico durante 7 días, sin mejoría. Las serologías para parotiditis, citomegalovirus, toxoplasmosis y virus de Epstein Barr fueron negativas. El recuento celular mostró un elevado recuento de leucocitos de 16.000/mm³, con hiperlinfocitosis y un nivel moderadamente elevado de PCR de 54 mg/L. Finalmente fue hospitalizado en el departamento de Otorrinolaringología para una biopsia por aspiración con aguja fina del ganglio linfático cervical y la administración de amoxicilina-clavulánico intravenoso. La tomografía computarizada cervical mostró una voluminosa linfadenitis cervical izquierda abscesificada complicada con arteritis carotídea interna.

Su linfadenopatía cervical empeoró tras el procedimiento de biopsia con aguja fina, lo que motivó el drenaje quirúrgico. Las muestras de la biopsia con aguja y del drenaje fueron negativas para el cultivo bacteriano estándar y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Bartonella henselae*. Por último, las 2 muestras dieron positivo en la PCR del ARNr 16S para *Francisella* sp. Una muestra se envió al Centro Nacional de Referencia, que identificó *F. tularensis* ssp *holarctica* mediante PCR. Se inició tratamiento con ciprofloxacino, 15 mg/kg dos veces al día durante 14 días, con un resultado clínico favorable. Posteriormente supimos que el paciente vivía cerca de un bosque en la zona de Oise, en Francia, donde paseaba a menudo con sus padres, pero éstos no recordaban ninguna picadura de garrapata ni contacto con animales salvajes.

CASO 2

Una niña de 10 años sin antecedentes médicos fue remitida a una consulta especializada en enfermedades infecciosas en el Hospital Robert Debré en octubre de 2021 por una historia de 2 meses de linfadenopatía inguinal derecha. No había antecedentes de lesiones locales y no había animales domésticos en casa ni en los

alrededores. Sin embargo, recordaba haber tenido picaduras de garrapata en las piernas durante el verano de 2021 mientras estaba en un campamento de exploradores. Empezó a tener fiebre y vómitos 10 días después de volver del campamento. Estos síntomas duraron 4 días. Entonces notó una lesión ulcerada en el tobillo derecho. Fue tratada con amoxicilina-clavulánico durante 8 días por sospecha de infección cutánea bacteriana. Una semana más tarde, apareció un ganglio linfático inguinal derecho doloroso de 2 centímetros, que no mostró mejoría tras 8 días más de tratamiento con amoxicilina. No había indicios de patología hematológica (ni blastos ni marcadores tumorales en la sangre) ni de inflamación. Las pruebas serológicas para el virus de Epstein Barr, paperas, citomegalovirus, toxoplasmosis, VIH, enfermedad de Lyme y Bartonella fueron negativas. Una prueba de liberación de interferón-gamma para tuberculosis también fue negativa. La ecografía mostró 2 ganglios linfáticos inguinales derechos de 19 × 10 mm. Por último, un ensayo de inmunoabsorción enzimática (ELISA) para tularemia, realizado de acuerdo con el contexto clínico, fue positivo 2 meses después del inicio de los síntomas, con niveles de IgM de 126 U/mL y de IgG de 223 U/mL. Recibió doxiciclina, 50 mg/día durante 14 días, y la linfadenopatía inguinal desapareció.

CASO 3

Un adolescente de 14 años fue remitido por su pediatra para una consulta de enfermedades infecciosas al hospital Robert Debré en febrero de 2022 con una historia de 2 semanas de inflamación dolorosa de la raíz del muslo derecho. No tenía animales domésticos, pero practicaba regularmente ciclismo de montaña en el bosque cercano a su domicilio en los suburbios de París (Essonnes). Los primeros síntomas, que incluían fiebre, dolor abdominal, náuseas y dolor de cabeza, duraron 3 días y fueron seguidos de un grano con picor en el muslo derecho que más tarde se convirtió en una ulceración. No se habían observado garrapatas. Tras la primera consulta con su pediatra, las pruebas de laboratorio fueron normales: recuento total de leucocitos 6240/mm³, hemoglobina 14,6 g/dL y PCR <10 mg/L. La ecografía mostró una adenopatía voluminosa en la raíz del muslo derecho de 6 cm de diámetro. La radiografía de tórax y la ecografía abdominal fueron normales. Se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico sin mejoría clínica tras 7 días. Se realizó entonces una biopsia con aguja fina del ganglio linfático y la prueba PCR 16S rRNA resultó positiva para *Francisella* sp. El cultivo también fue positivo a los 14 días. La muestra fue, paralelamente, enviada al Centro Nacional de Referencia, que identificó *F. tularensis* ssp *holartica*. El diagnóstico también se confirmó mediante una prueba serológica de inmunofluorescencia para tularemia, que fue positiva para IgG a 160 U/mL pero negativa para IgM (<20). Fue tratado con doxiciclina, 100 mg dos veces al día durante 14 días, con un resultado favorable.

- [Pleural Tuberculoma Presenting as a Solitary Pleural Mass in a Child](#)

Pediatrics (2025) 155 (2):e2024068169 <https://doi.org/10.1542/peds.2024-068169>

Se describe el caso de un niño de 12 años que presentó cuadro clínico de fiebre y tos que motivó la realización de radiografía de tórax donde se evidenció una masa en el

pulmón derecho. Se pautó tratamiento antibacteriano con mejoría de los síntomas. No obstante, se realiza tomografía computarizada (TC) donde se objetiva masa pleural de 4,5 cm que bordeaba parcialmente las costillas. Se realiza biopsia que revela granuloma necrotizante, siendo el resultado de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real para *Mycobacterium tuberculosis* negativo. Dado que no se pudo descartar una enfermedad maligna, se realizó una resección quirúrgica, y el diagnóstico final fue de tuberculoma pleural. El paciente se trató con fármacos antituberculosos durante 6 meses sin observar recurrencia en los 2 años siguientes. Este caso destaca la importancia de considerar el tuberculoma pleural en el diagnóstico diferencial de masas pleurales solitarias, especialmente en países donde la tuberculosis es endémica.

- [Image Challenge](#) NEJM. February 13, 2025.

Un hombre de 19 años de edad se presentó con antecedentes de 3 semanas de una erupción asintomática en el cuello. Trabajaba como socorrista de playa en el sur de California y no informó haber viajado recientemente al extranjero. En el examen físico, se observaron dos erupciones eritematosas, elevadas y serpiginosas en el cuello: una en la superficie posterior y otra en la superficie lateral derecha. Una biopsia por punción mostró una inflamación inespecífica. Un raspado con hidróxido de potasio fue negativo para elementos fúngicos. ¿Cuál es el diagnóstico?

1. Larva migratoria cutánea
2. Larva de currens
3. Loiasis
4. Tiña corporal
5. Sarna

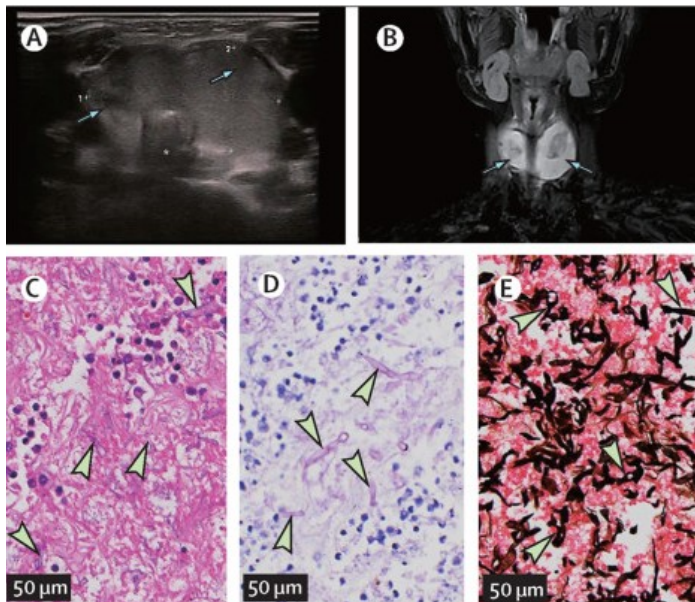
- [Pleural Paragonimiasis](#). N Engl J Med. 2025 Feb 13;392(7):e19. doi: 10.1056/NEJMicm2412622.

A un muchacho asintomático de 17 años que había emigrado de El Salvador 6 meses antes se le encontró un derrame pleural en una radiografía de tórax obtenida durante una evaluación de rutina en una clínica de inmigración (Panel A). El examen físico fue normal. La tomografía computarizada del tórax también mostró el derrame, así como un nódulo pulmonar periférico sólido de 4 mm en el mismo lado. Los análisis de sangre mostraron eosinofilia. Los hallazgos del análisis del líquido pleural fueron consistentes con un exudado. Los eosinófilos representaron el 13% de las células nucleadas en el líquido pleural (valor de referencia, <10%). Se observó una pequeña cantidad de huevos de parásitos en el líquido pleural (Panel B, tinción con hematoxilina y eosina). La secuenciación dirigida del ARN ribosómico 28S del líquido pleural detectó *Paragonimus mexicanus*. Las pruebas de tuberculosis fueron negativas. Se realizó un diagnóstico de paragonimiasis pleural. La paragonimiasis, una infección por trematodos pulmonares, se adquiere a través del consumo de crustáceos poco cocinados, que el paciente recordaba haber comido 2 años antes de emigrar. La paragonimiasis suele ser asintomática, pero los síntomas suelen ser de naturaleza

pulmonar debido a la afectación del parénquima. *P. westermani*, que es endémica de Asia, es la especie más común que infecta a los humanos, pero la infección por *P. mexicanus* se produce en América Central y del Sur. El paciente recibió tratamiento con praziquantel. En una visita de seguimiento a los 4 meses, el tamaño del derrame había disminuido mínimamente.

- [Thyroid abscess caused by mucormycosis in a child with acute lymphoblastic leukaemia](#). Lancet Infect Dis. 2025 Feb;25(2):e113. doi: 10.1016/S1473-3099(24)00753-9.

Una niña de 5 años con leucemia linfoblástica aguda (LLA) presentó disnea inspiratoria y fiebre el día 32 de quimioterapia. En la exploración se observó una tumefacción sensible en la región tiroidea del cuello. El análisis de sangre mostró niveles bajos de leucocitos ($1,7 \times 10^9/L$) y neutrófilos ($0,26 \times 10^9/L$). La ecografía de cuello reveló un agrandamiento difuso del tiroides con colecciones de líquido y estrechamiento de la tráquea adyacente, lo que sugería la presencia de un absceso. La resonancia magnética mostró un tiroides agrandado y lesiones bilaterales con márgenes ampliados. En la exploración no se encontró ningún defecto del tercer o cuarto arco braquial ni una fístula del seno piriforme. Mediante aspiración ecoguiada, se extrajo una secreción purulenta que se envió posteriormente a cultivo, con resultados negativos. La paciente fue tratada con meropenem intravenoso durante 7 días (40 mg/kg, tres veces al día) inicialmente. La tinción con hematoxilinaeosina de la muestra de biopsia tiroidea reveló hifas fúngicas anchas, aseptadas, en forma de cinta y raramente ramificadas, típicas de la infección por Mucorales (flechas). Las hifas de Mucorales se confirmaron además en las tinciones de ácido periódico-Schiff y metenammina de plata de Grocott...



- [Lactiseibacillus paracasei Bacteremia Associated With Probiotic Use in a Child With Hypoganglionosis: Case Report and Literature Review](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(2):p e56-e59, February 2025.

En general, los probióticos se consideran seguros y se utilizan para mejorar la función intestinal. Aquí, informamos de un caso de bacteriemia por *Lacticaseibacillus paracasei* en una niña de 8 meses a la que se le administraron probióticos que contenían *L. paracasei* tras una yeyunostomía por hipoganglioneurosis. La paciente presentó bacteriemia persistente por *L. paracasei* y fue tratada con terapia antimicrobiana. El aislado del hemocultivo era genéticamente indistinguible de la cepa contenida en los probióticos. Debe considerarse el riesgo de bacteriemia antes de utilizar probióticos en pacientes con sistemas inmunitarios o integridad intestinal subyacentes comprometidos.

- [Erythrasma with Id Reaction in a Healthy 13-Year-Old Boy](#). The Journal of Pediatrics, Volume 277, 114382.

Un niño de 13 años previamente sano presentó una erupción cutánea levemente pruriginosa en todo el cuerpo y una erupción cutánea intensamente pruriginosa en los pies. El tratamiento empírico con crema de clotrimazol al 1% no produjo mejoría. Los hallazgos de un examen físico revelaron una placa eritematosa y escamosa con ulceración y maceración entre el segundo y el quinto dedo del pie ([Figura 1](#)). El examen con luz ultravioleta (UV) destacó la fluorescencia rosada, particularmente en los espacios interdigitales ([Figura 2](#)), que se atenuó en las áreas ulceradas en la dermatoscopia UV. La prueba de hidróxido de potasio fue negativa para elementos fúngicos. El paciente también tenía pápulas eritematosas y coalescentes en el tronco, especialmente en las regiones axilar bilateral y torácica lateral ([Figura 3](#)). Informó que recientemente desarrolló pies muy sudorosos y con frecuencia usaba zapatillas no transpirables. Sobre la base de estos hallazgos, se realizó un diagnóstico de eritrasma, y se sospechó que la erupción generalizada era una reacción alérgica. Se le recetó eritromicina oral 250 mg 4 veces al día durante 2 semanas. Después de 1 semana, la erupción en los pies del paciente mostró una marcada mejoría y la erupción en el cuerpo se había resuelto por completo.

[Visor de figuras](#)

Figura 1 Placa eritematosa y escamosa con ulceración y maceración entre el segundo y quinto dedo del pie.



[Visor de figuras](#)

Figura 2 Fluorescencia rosada interdigital en el examen con luz UV.



[Visor de figuras](#)

Figura 3 Pápulas eritematosas coalescentes en el tronco, especialmente en las regiones axilar bilateral y torácica lateral.



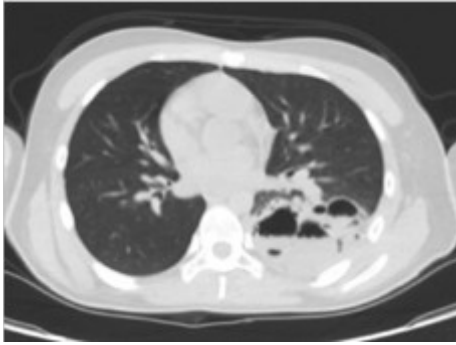
El eritrasma es una infección cutánea superficial causada por *Corynebacterium minutissimum*, que afecta habitualmente a zonas intertriginosas como la axila, donde aparece como manchas eritematosas o marrones bien delimitadas. En los espacios interdigitales, puede causar maceración y descamación. Los factores de riesgo incluyen obesidad, diabetes, hiperhidrosis, estados inmunodeprimidos, trabajo en ambientes húmedos y vida en climas tropicales. El diagnóstico se realiza principalmente con criterios clínicos y se puede confirmar con la lámpara de Wood, bajo la cual *C. minutissimum* presenta fluorescencia de color rojo coral como resultado de la producción de porfirina.¹ El cultivo bacteriano puede ayudar en el diagnóstico, pero es difícil y no es necesario.² El tratamiento suele implicar antibióticos como clindamicina tópica o eritromicina, claritromicina o clindamicina por vía oral.¹

El eritrasma, aunque poco común en niños, puede ocurrir en adolescentes o preadolescentes con pies sudorosos, como se ve en este caso.³ Puede confundirse con infecciones fúngicas, intertrigo,⁴⁻⁶ o dermatosis plantar juvenil como resultado de la historia de sudoración.⁵ Son posibles las coinfecciones con dermatofitos o bacterias.^{6,7} En casos de erupción en el pie infantil que involucra espacios interdigitales, el examen con luz ultravioleta, la prueba de hidróxido de potasio/cultivo de hongos y el abordaje de los factores precipitantes son esenciales.

Una reacción de id, o autoeczematización, es una inflamación cutánea secundaria desencadenada por afecciones como infecciones, aunque no se han reportado casos pediátricos que relacionen el proceso con eritrasma.^{1,5} La reacción de id generalmente se presenta como pápulas eritematosas en sitios distantes de la agresión inicial,⁸ pero puede presentarse en varias otras formas como vesicular o morbiliforme.⁹ En este caso, la erupción se parecía a la escarlatina o al exantema periflexural asimétrico de la infancia. Cuando se presenta una erupción generalizada sin síntomas respiratorios superiores, se debe considerar una reacción de id, lo que requiere un examen de cuerpo completo para buscar infecciones de la piel. El tratamiento debe apuntar a la causa primaria en consecuencia.⁸

- [8-Year-old Girl With Severe Cavitory Pneumonia.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(2):p 186-188, February 2025.

Una niña de 8 años de edad, previamente sana y totalmente vacunada, se presentó con una historia de 5 días de fiebre alta (con un pico de 39,8 °C), tos productiva y dolor de espalda. No tenía antecedentes de viajes ni de contacto con animales. La exploración física reveló ruidos respiratorios disminuidos en el lado izquierdo sin crepitaciones ni sibilancias. Una tomografía computarizada (TC) del tórax reveló una extensa consolidación en el lóbulo inferior izquierdo, con múltiples cavidades. Las pruebas de laboratorio mostraron un recuento normal de leucocitos de $4,93 \times 10^9/L$, con neutrófilos del 42%, linfocitos del 54,5%, monocitos del 3,1%, eosinófilos del 0,3% y basófilos del 0,1%. Además, había una proteína C reactiva (PCR) elevada de 50 mg/L (normal: <8 mg/L), y una procalcitonina de 1,4 ng/mL (normal: <0,05 ng/mL). La prueba cutánea de la tuberculina, la prueba de liberación de interferón-gamma para la tuberculosis y la prueba de anticuerpos del VIH fueron todas negativas. Los niveles de inmunoglobulinas y los subconjuntos de linfocitos eran normales. Tras su ingreso en el hospital, se inició un tratamiento empírico con ceftriaxona a una dosis de 80 mg/kg/día. Sin embargo, la paciente presentó fiebre persistente y empeoramiento del dolor torácico. Un cultivo adicional y la secuenciación metagenómica de nueva generación (NGS) y cultivo de una muestra de esputo identificó *Legionella pneumophila* como patógeno exclusivo. Se cambió la pauta antibiótica a levofloxacino intravenoso (10 mg/kg/día) y azitromicina (10 mg/kg/día), pero a pesar de 7 días de este tratamiento, la paciente siguió presentando fiebres altas, dolor torácico y desarrolló nuevas hemoptisis. Las pruebas de laboratorio posteriores mostraron un aumento del recuento de leucocitos de $12,75 \times 10^9/l$ con predominio de neutrófilos (72%) y un aumento de la PCR (79,76 mg/l). La TC torácica mejorada reveló un empeoramiento de los hallazgos, caracterizado por un área de consolidación aumentada en el lóbulo inferior izquierdo, con múltiples lesiones quísticas que contenían aire y sombras de baja densidad. La reconstrucción vascular demostró una irrigación sanguínea anómala en el lóbulo inferior izquierdo, procedente de la aorta abdominal, consistente con un secuestro pulmonar intralobar. Teniendo en cuenta la persistencia de los síntomas clínicos (incluyendo fiebre alta, dolor torácico y hemoptisis) y el continuo agrandamiento de las cavidades del absceso a pesar del tratamiento combinado agresivo, se optó por la lobectomía como intervención. La investigación patológica confirmó la presencia de un secuestro pulmonar intralobar, junto con la formación de abscesos pulmonares en el lóbulo inferior izquierdo. También se cultivó *L. pneumophila* del líquido purulento de los abscesos. Al tercer día del postoperatorio, la paciente mostró una mejoría clínica significativa, con temperatura corporal normal, mejoría de la tos y cese de la hemoptisis. El tratamiento antibiótico continuó durante 2 semanas más. El TAC al alta mostró una resolución sustancial de la lesión, y el seguimiento a los 6 meses confirmó una buena recuperación.



- [Bordetella pertussis Detected in Blood Samples From Neonatal Twins via Metagenomic Next-generation Sequencing.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(2):p e71-e72, February 2025.

Dos niñas gemelas lactantes presentaron una historia de tos recurrente, jadeos y episodios cianóticos. Los resultados de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de los frotis nasofaríngeos fueron positivos para *B. pertussis*. Los pacientes fueron tratados con azitromicina (10 mg/kg/día como dosis única diaria durante 5 días) y cefoperazona/sulbactam durante otros 2 días. Los pacientes también recibieron oxigenoterapia de alto flujo en un hospital local, pero persistieron los episodios de tos grave con cianosis y taquipnea. Un hemograma diferencial completo indicó una marcada leucocitosis y linfocitosis (>70% de linfocitos), por lo que los pacientes fueron trasladados para recibir tratamiento adicional. Ambos pacientes habían sido vacunados al nacer contra la hepatitis B y el Bacilo de Calmette-Guerin, pero no contra la Tdap. El padre había estado tosiendo durante un mes con resultados negativos de PCR y cultivo de tos ferina, y su nivel de IgG de toxina de tos ferina (PT-IgG) era de 35 UI/mL. Tras el ingreso, ambos pacientes recibieron tratamiento antiinfeccioso con eritromicina combinada con ceftazidima, gammaglobulina y metilprednisolona. Ambos pacientes recibieron ventilación nasal con presión positiva intermitente debido a frecuentes episodios de apnea e insuficiencia respiratoria. Los frotis nasofaríngeos fueron positivos para ácido nucleico de tos ferina (valor umbral del ciclo: 17,30/19,22).

El estado del paciente 1 empeoró el tercer día de hospitalización, y el análisis de gases en sangre indicó insuficiencia respiratoria de tipo II. El paciente fue intubado y se le practicó ventilación asistida. El recuento de glóbulos blancos era de 31.170 células/mm³, el recuento de linfocitos era del 28,7%, el nivel de proteína C reactiva hipersensible era de 122,1 mg/L y la ecografía cardiaca indicaba hipertensión pulmonar (presión arterial pulmonar de 43 mm Hg). Se inició una exanguinotransfusión para eliminar la toxina de la tos ferina. Se administró meropenem (20 mg/kg, una dosis cada 8 horas). Se utilizó secuenciación metagenómica de nueva generación (mNGS) de sangre periférica para detectar *B. pertussis* (número de secuencia 137), y el plasma dio positivo para el ácido nucleico bacteriano (valor umbral del ciclo: 29,93), PT-IgG 9,4 UI/mL. El análisis del hisopo nasofaríngeo y los cultivos de sangre periférica para *B. pertussis* fueron negativos. La paciente se recuperó en 10 días, y su PT-IgG al alta fue de 40,5 UI/mL.

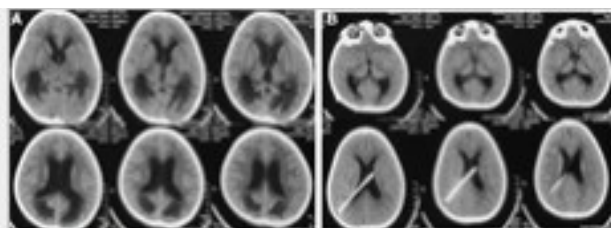
El estado del paciente 2 empeoró 4 horas después del ingreso. El análisis de gases en sangre reveló una insuficiencia respiratoria de tipo II, y la paciente fue intubada y recibió ventilación asistida. Su nivel de leucocitos era de 33.020 células/mm³, su nivel de proteína C reactiva era de 109,9 mg/L y su presión arterial pulmonar era de 31 mm Hg. Tras la exanguinotransfusión se administraron diversos fármacos vasoactivos y meropenem, pero fue difícil mantener sus constantes vitales en rangos normales, y los indicadores bioquímicos revelaron disfunción orgánica múltiple, shock refractario y síndrome de fuga capilar. Se inició oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial y terapia renal sustitutiva continua con el consentimiento de la familia. La detección de *B. pertussis* en sangre periférica mediante mNGS (secuencia número 81) indicó bacteriemia pertussis. Los hisopos nasofaríngeos y los hemocultivos periféricos fueron negativos para *B. pertussis*. Ocho horas después del inicio de la ECMO, la ecografía craneoencefálica reveló cambios hipóxico-isquémicos cerebrales y hemorragia intracraneal. Debido al mal pronóstico, la familia dio su consentimiento firmado para abandonar el tratamiento.

- [Acute Hydrocephalus Caused by Mumps Meningoencephalitis Mimicking Tubercular Meningitis: A Report of Two Cases.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(2):p e66, February 2025.

Caso 1: Un niño de 9 años se presentó con una breve historia de fiebre, vómitos, convulsiones y alteración del sensorio. El niño estaba vacunado contra el bacilo de Calmette-Guérin y la difteria-tétanos-tos ferina, pero no contra las paperas, el sarampión y la rubéola. En la exploración, estaba somnoliento con patrón respiratorio irregular, tono aumentado, reflejos enérgicos y signo de Babinski positivo. Las pupilas eran de tamaño normal, reaccionando con lentitud a la luz. Se mantuvo la posibilidad de un síndrome encefalítico agudo con estado epiléptico. La tomografía computarizada (TAC) craneal reveló hidrocefalia comunicante con hiperlucencia periventricular. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró pleocitosis linfocítica (230 células con 30% de polimorfonucleares y 70% de linfocitos), proteínas 236 mg% y niveles normales de glucosa. Dada la elevada carga de tuberculosis en nuestro país, se inició tratamiento antituberculoso empírico sobre una base clínico-radiológica. La prueba de amplificación de ácidos nucleicos en cartucho para *Mycobacterium tuberculosis* en LCR y el cultivo fueron negativos. El panel viral del LCR mostró una reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa positiva para el ARN de la parotiditis. Se realizó una derivación ventriculoperitoneal urgente, tras la cual el niño se recuperó gradualmente. La repetición del TAC cerebral mostró una mejoría de la hidrocefalia. La resonancia magnética cerebral reveló dilatación de los ventrículos laterales bilaterales y del 3er ventrículo con hiperintensidad periventricular de recuperación de inversión atenuada por fluido ponderada en T2. No se observó ninguna otra alteración meníngea o parenquimatosa. Se suspendió el tratamiento antituberculoso y el paciente fue dado de alta con antiepilépticos.

Caso 2: Un niño de 11 años ingresó con fiebre de corta duración, hinchazón preauricular y convulsiones. A su llegada, se encontraba en estado de shock e

insuficiencia respiratoria. La exploración neurológica reveló pupilas dilatadas y fijas con ausencia de reflejos en el tronco encefálico. Un TAC craneal sin contraste reveló ventrículos laterales dilatados con exudado periventricular. El examen del LCR reveló 5 células mononucleares, un nivel normal de glucosa y proteínas de 495 mg%. La prueba de amplificación de ácidos nucleicos en cartucho para tuberculosis en LCR fue negativa. La serología sanguínea y la serología del LCR para la PCR del ARN de las paperas fueron positivas. Incluso después de un tratamiento de apoyo adecuado, no se pudo salvar la vida del paciente.



- [Perforación gástrica letal secundaria a *Clostridium ventriculi*. Una causa inusual de dolor abdominal](#) An Pediatr (Barc). 2025;102:503741

Varón previamente sano de 13 años ingresado con dolor abdominal agudo de inicio súbito. La familia reportó vómitos nocturnos semanales en los últimos 6 meses.

Al ingreso, el paciente se presentó con *shock*, distensión y rigidez abdominal, insuficiencia respiratoria y alteración del estado mental por hipoperfusión global secundaria a síndrome abdominal compartimental. En consecuencia, se intubó al paciente y se inició reanimación con líquidos y fármacos vasoactivos. La radiografía abdominal mostró distensión gástrica masiva con desplazamiento del intestino delgado y grueso. Se llevó a cabo una laparotomía exploradora urgente que reveló múltiples perforaciones gástricas, por lo que se practicó gastrectomía parcial ([fig. 1](#)). Se amplió el espectro antimicrobiano, administrándose carbapenémicos, metronidazol, vancomicina y antifúngicos. La condición del paciente se deterioró progresivamente, con fallo multiorgánico, daño renal agudo que requirió terapia de reemplazo renal continuo e insuficiencia hepática aguda que requirió plasmaféresis terapéutica.

El examen histopatológico del espécimen gástrico reveló colonización patogénica por *Clostridium ventriculi* ([fig. 2](#)). A pesar de las medidas implementadas, el paciente falleció. *Clostridium ventriculi* (también conocido como *Sarcina ventriculi*) es un coco anaeróbico gram positivo transmitido principalmente mediante la ingestión de tierra contaminada en alimentos¹. El factor de riesgo principal es el retraso del vaciamiento gástrico. La acumulación intramural de gas resultante de la fermentación bacteriana da lugar a gastritis enfisematosa, con una mortalidad del 75%². Hasta la fecha, se han notificado muy pocos casos pediátricos³, y el aquí presentado es el primero con desenlace fatal.

Para ampliar

- [Aumento excepcional en la incidencia de neumonía en Navarra, España, 2023-2024](#) *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2025;43:93-6.

Evaluar la incidencia de neumonía en Navarra, España, en la temporada 2023-2024.

Métodos

Utilizando registros médicos electrónicos, se evaluó la incidencia de neumonía clínica, de casos con antígeno de neumococo positivo y los casos de *Mycoplasma pneumoniae* confirmados por PCR, por grupos de edad, desde la temporada 2017-2018 hasta la 2023-2024.

Resultados

En comparación con la media de las temporadas 2017-2018 y 2018-2019, en la temporada 2023-2024 la tasa de incidencia de neumonía total aumentó un 73% en todas las edades y se multiplicó por 4,43 en el grupo de edad de 5-14 años. La tasa de neumonía neumocócica confirmada aumentó un 63% y la de *Mycoplasma pneumoniae* se multiplicó por 19.

Conclusión

La incidencia de la neumonía fue inusualmente alta en todas las edades en la temporada 2023-2024, y este incremento estuvo asociado con los repuntes de las enfermedades neumocócicas y por *Mycoplasma*.

- [Impact of the COVID-19 Pandemic on Pediatric Bacterial Community-acquired Pneumonia: A Multicenter Retrospective Study in Madrid, Spain.](#) *The Pediatric Infectious Disease Journal* 44(2):p 151-153, February 2025.

Las crisis sanitarias inesperadas, como la pandemia de COVID-19, han tenido un notable impacto en la epidemiología de muchas enfermedades infecciosas, incluidas las infecciones respiratorias. Para mitigar la propagación del SRAS-CoV-2, los países aplicaron intervenciones no farmacológicas (INF) como el distanciamiento social y el enmascaramiento facial. Estas medidas han tenido un impacto paralelo en otras infecciones respiratorias, incluida la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), ya que las vías de transmisión son compartidas.

Tras la interrupción de las INF, se observó un repunte en la incidencia de infecciones respiratorias víricas y bacterianas. Este aumento se ha atribuido a varios factores. En primer lugar, la interrupción de las INF puede haber facilitado la propagación de patógenos respiratorios al permitir un mayor contacto entre individuos. Además, la relajación de las medidas preventivas puede haber llevado a una menor adherencia a las prácticas higiénicas, contribuyendo aún más al resurgimiento de las infecciones. Además, se ha propuesto el concepto de «deuda de inmunidad» para explicar el aumento observado de las infecciones.

Aunque varios estudios han descrito la incidencia de infecciones respiratorias durante y después de la pandemia de COVID-19, la información disponible sobre las tendencias

en la epidemiología de la NAC bacteriana en niños es limitada, especialmente en lo que respecta a los cambios en la distribución de los microorganismos.

El objetivo fue describir las tendencias temporales de la NAC bacteriana pediátrica antes, durante y después de la pandemia de COVID-19 en Madrid (España).

- [Análisis del diagnóstico serológico de la sífilis: una propuesta de mejora.](#)
Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:119-20.
- [Implicaciones para España de un brote de enfermedad por virus Marburgo en Ruanda, septiembre-noviembre de 2024.](#)

Resumen: En este trabajo, se revisan las repercusiones para España de la identificación de un brote de fiebre hemorrágica en una región endémica, centrándonos en el reciente brote de virus Marburgo que ocurrió en Ruanda durante el otoño de 2024. A raíz de esta situación, se describe el proceso de evaluación rápida del riesgo llevado a cabo en nuestro país.

La enfermedad por el virus Marburgo (EVM) es una zoonosis endémica en determinadas áreas de África subsahariana. Está causada por el virus Marburgo, perteneciente al género Marburgvirus, miembro de la familia Filoviridae (filovirus), al igual que el género Ebolavirus. En África, los murciélagos frugívoros de la familia Pteropodidae son considerados los huéspedes naturales de estos virus. La clínica inicial incluye signos y síntomas generales como fiebre alta o dolor muscular. Una proporción importante de los casos presentan un deterioro rápido con aparición de manifestaciones hemorrágicas como petequias, sangrado de mucosas y hemorragias gastrointestinales, así como síntomas neurológicos que incluyen desorientación, convulsiones y coma. El período de incubación suele variar entre 5 y 10 días, con un máximo de 21 días. La transmisión del virus comienza tras la aparición de los síntomas y aumenta a medida que la enfermedad avanza.

El virus Marburgo se identificó por primera vez en 1967 en las ciudades de Marburgo y Frankfurt (Alemania) y en Belgrado (Serbia), en brotes relacionados con monos importados de Uganda para investigaciones científicas. Se han documentado numerosos brotes en diferentes países de África occidental, algunos con gran impacto, como el brote en Angola en 2005, con 374 casos y una tasa de letalidad del 88%, y el brote en la República Democrática del Congo entre 1998 y 2000, con 154 casos y una letalidad del 83%. En 2023 se notificó un brote en Guinea Ecuatorial, con 17 casos confirmados, y otro en Tanzania, con 9 casos y una tasa de letalidad del 67%. En la mayoría de los brotes documentados, los primeros casos se relacionaron con una exposición prolongada en minas o cuevas. En el contexto de un brote, la transmisión se suele producir a través del contacto directo entre personas, por contacto con sangre o secreciones corporales de personas infectadas, o bien con materiales contaminados. También puede transmitirse por contacto directo con animales infectados. La transmisión de persona a persona es especialmente común en entornos de atención médica, donde el uso inadecuado de equipos de protección personal (EPP) puede facilitar la propagación del virus.

En otoño de 2024, se registró un brote de EVM en Ruanda, un país que nunca hasta ahora había tenido casos autóctonos de esta enfermedad, lo que muestra la capacidad

expansiva que tiene este virus en el continente africano. El brote fue notificado por primera vez por el Ministerio de Salud del país el 27 de septiembre de 2024 y acumuló, hasta el 15 de noviembre, un total de 66 casos y 15 fallecimientos, con una tasa de letalidad del 22,7%. La mayoría de los casos se notificaron entre las semanas epidemiológicas 39 y 41. El 68,2% de los casos confirmados fueron hombres, y casi la mitad tenían entre 30 y 39 años. Los casos se concentraron, principalmente, en los tres distritos de la capital del país, Kigali. Cerca del 80% de los casos registrados corresponden a personal sanitario de dos centros asistenciales de Kigali. Este brote es el tercero más grande registrado para esta enfermedad desde que se identificó por primera vez. Los análisis de secuenciación sugieren que el virus implicado en el brote de Ruanda está estrechamente relacionado con cepas anteriormente detectadas en Uganda y que el origen del brote surgió tras un único evento de transmisión zoonótica. Las investigaciones epidemiológicas apuntan a la exposición del caso índice a murciélagos frugívoros de la familia Pteropodidae en una cueva minera. Las medidas de control implementadas en Ruanda incluyeron el aislamiento de los casos confirmados, la intensificación de la vigilancia epidemiológica intensificada y el desarrollo de campañas de concienciación a la población sobre los riesgos de la EVM y las estrategias de prevención. Las autoridades establecieron controles sanitarios en puntos clave, como aeropuertos y fronteras, para evitar la propagación internacional del virus. Además, se reforzaron las medidas de control de infecciones en los centros de salud y se capacitó al personal en el uso adecuado de EPP para prevenir la transmisión nosocomial. La cooperación y coordinación internacional fueron esenciales. En el contexto de este brote, se estaba realizando un ensayo clínico con una vacuna experimental dirigida a los trabajadores de la salud y a los contactos cercanos de los casos confirmados. Hasta el 8 de noviembre de 2024, 1.710 personas habían sido vacunadas. A comienzos de diciembre de 2024, el brote de Ruanda estaba en fase de control, mostrando que las acciones puestas en marcha en el país para reducir la transmisión estaban dando sus frutos. Así, los últimos casos confirmados estuvieron asociados a cadenas de transmisión ya identificadas y desde el 30 de octubre de 2024 no se han registrado nuevos casos confirmados. El 20 de diciembre 2024, después de completar un periodo doble del tiempo máximo de incubación del virus (42 días) sin casos nuevos confirmados, el Ministerio de Sanidad de Ruanda declaró el fin del brote.

La identificación de un brote de fiebre hemorrágica en un país lleva a que otros evalúen las posibles implicaciones para su propio territorio y realicen una evaluación rápida del riesgo (ERR). En España, el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), adscrito a la Dirección General de Salud Pública en Salud del Ministerio de Sanidad, es el responsable, mediante sus actividades de inteligencia epidemiológica, de hacer seguimiento de posibles brotes en terceros países que puedan suponer una amenaza de salud pública en España. El CCAES sigue la metodología del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), según la cual el riesgo de una enfermedad transmisible en una población se evalúa en función de la probabilidad de transmisión y la gravedad (impacto) de la enfermedad.

- [Sustainable antimicrobial resistance surveillance: time for a global funding mechanism](#). Lancet Infect Dis. 2025 Feb;25(2):e99-e103.

Se prevé que la resistencia a los antimicrobianos (RAM) supere a la malaria, el VIH y la tuberculosis combinadas como principal causa infecciosa de muerte en 2050. Uno de los cinco objetivos principales del Plan de acción mundial de la OMS sobre la resistencia a los antimicrobianos es reforzar la base de conocimientos y pruebas sobre **la RAM esta enfermedad** mediante la vigilancia y la investigación. Si bien los recientes esfuerzos para fortalecer el diagnóstico y la vigilancia han sido alentadores, es poco probable que sean sostenibles sin un apoyo financiero continuo en la mayoría de los entornos de bajos recursos. Hemos calculado los costes continuados de un sistema nacional estándar de vigilancia de la RAM en países de ingresos bajos y medios (PIBM). Para 46 PIBM, los costes supondrían más del 2% del total de su gasto sanitario público nacional (GSPN), y para 28 de estos países, los costes son superiores al 5% de su GSPN total. Este elevado coste no es sostenible sin un mecanismo de financiación mundial a largo plazo.

- [Newborns with microcephaly in Brazil and potential vertical transmission of Oropouche virus: a case series](#). Lancet Infect Dis. 2025 Feb;25(2):155-165.

INTRODUCCIÓN

La fiebre de Oropouche, una enfermedad por orthobunyavirus endémica de la Amazonia brasileña, ha causado muchas epidemias febriles. En 2024, una epidemia de fiebre de Oropouche se extendió por Brasil, con más de 7930 casos notificados entre el 1 de enero y el 31 de agosto. Las infecciones en embarazadas han sugerido la posibilidad de consecuencias fetales negativas, por lo que se realizaron pruebas en recién nacidos con microcefalia para detectar patógenos congénitos conocidos y el virus Oropouche (OROV).

MÉTODOS

En esta serie de casos, evaluamos casos históricos de recién nacidos con microcefalia, artrogriposis y otras malformaciones congénitas sin causa confirmada y a sus madres para detectar posibles infecciones congénitas por OROV. La población de estudio consistió en lactantes nacidos en Brasil con muestras de 2015-21 y 2024. El suero y el líquido cefalorraquídeo (LCR) de esta serie de casos se analizaron para: sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple, VIH, Zika, dengue y chikungunya. Los individuos que dieron negativo para estos patógenos fueron sometidos a pruebas de OROV. Las pruebas de detección de patógenos incluyeron ELISA y pruebas de inhibición de la hemoaglutinación para anticuerpos y RT-PCR para ARN viral.

RESULTADOS

Se analizaron 68 muestras de 65 casos históricos de malformaciones congénitas y tres casos de 2024. Todos los casos procedían de diez estados de Brasil. Tres casos históricos dieron positivo para OROV y 62 casos históricos dieron negativo. Los tres

casos de 2024 dieron positivo para OROV. De los casos positivos, cinco eran mujeres y uno varón. No se analizaron todos los agentes patógenos en todos los casos, y algunos no disponían de muestras maternas. Uno de los recién nacidos (caso 6) murió a los 47 días y se analizaron muestras de tejido mediante RT-PCR en tiempo real, histopatología y ensayos inmunohistoquímicos. Otro recién nacido murió en 2016, pero no se disponía de muestras post mortem. Se detectó OROV IgM en cinco de cinco muestras de LCR de recién nacidos, y en cinco de cinco muestras de suero de recién nacidos. Cuatro de cinco muestras de suero materno fueron positivas para OROV IgM. Una de las cuatro muestras de LCR de recién nacidos (caso 6 a la edad de 44 días) fue positiva para OROV mediante PCR RT-cuantitativa en tiempo real y 0 de las cuatro muestras de suero de recién nacidos fueron positivas, al igual que 0 de las tres muestras de suero materno. El caso 6 presentaba importantes cambios tisulares cerebrales macroscópicos y microscópicos, incluidos cambios necróticos y apoptóticos de neuronas, microglía y astrocitos, vacuolización y atrofia tisular. Se detectó ARN de OROV en cerebro, pulmones, riñón, LCR y líquido pleural; se encontraron antígenos de OROV en SNC, hígado, riñón, corazón y pulmón, principalmente en neuronas y microglía y también en células endoteliales, lo que sugiere vasculitis.

INTERPRETACIÓN

Se detectó IgM OROV en seis de 68 recién nacidos con microcefalia de causa desconocida. Un recién nacido que murió tenía ARN y antígeno de OROV en varios tejidos, incluido el cerebro. La posibilidad de transmisión vertical de OROV y el daño fetal potencial deben investigarse con urgencia. Las pruebas aquí presentadas no confirman por completo la transmisión vertical o las malformaciones congénitas debidas al OROV, pero la búsqueda exhaustiva de casos y la investigación detallada de la infección materna o fetal por OROV son prioritarias.

- [Neurodevelopmental Outcomes in Children Vertically Exposed to Chikungunya Virus: A Two Years Follow-up Study.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(2):p 154-160, February 2025.

OBJETIVOS

Controlar hasta los 24 primeros meses de vida a los niños nacidos de madres con pruebas de laboratorio de infección por el virus chikungunya (CHIKV) durante el embarazo o hasta 8 semanas antes del mismo, y describir las anomalías en el perímetro cefálico (PC), las evaluaciones auditivas y oftalmológicas y las pruebas de neuroimagen durante el periodo de seguimiento.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo de niños nacidos de madres que presentaron erupción cutánea y test positivo para CHIKV durante el embarazo o hasta 8 semanas antes del mismo. Ingresaron entre noviembre de 2015 y mayo de 2019 en la consulta externa multidisciplinaria para investigar enfermedad exantemática aguda. Los niños expuestos fueron seguidos por un equipo

multidisciplinar y sometidos a mediciones periódicas de PC. Se aplicó la prueba de Denver II, además de la ecografía transfontanelar (ETF) para evaluar los resultados del neurodesarrollo durante el período de estudio. También se incluyeron exámenes oftalmológicos y auditivos, ecocardiografía y pruebas de laboratorio.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 27 niños expuestos verticalmente al CHIKV. Todos los niños tenían una prueba de reacción en cadena de la polimerasa negativa para el virus recogida en la primera visita ambulatoria (edad media de 16,8 días y desviación estándar de 8 días). No se registró ningún cuadro clínico compatible con infección congénita al nacer. Se observó un cambio en el PC caracterizado por macrocefalia y retraso global leve del desarrollo en un niño de 1 año cuya madre se infectó en el parto, pero con ETF normal. Se observaron cambios en la ETF en otros 2 niños con malformación quística subependimaria inespecífica que no era evidente en la tomografía computarizada craneal. Los demás niños controlados mostraron resultados normales en la prueba de Denver II, en el PC y en la ETF. No se identificaron cambios en la oftalmoscopia ocular ni en la prueba de respuesta auditiva del tronco encefálico. Dos niños presentaron un aumento de los niveles séricos de ferritina durante el primer año de vida, siendo normales los marcadores de enfermedad inflamatoria de los demás.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio añadió conocimiento sobre el neurodesarrollo de los niños expuestos al CHIKV durante el embarazo mediante un seguimiento longitudinal y prospectivo, a lo largo de sus primeros 24 meses de vida. No observamos un impacto negativo de la exposición al virus en la exploración neurológica, test de desarrollo global o medidas del PC de estos niños.

- [Resultados adversos tempranos y a largo plazo de la exposición intrauterina al virus del Zika](https://doi.org/10.1542/peds.2024-067552) <https://doi.org/10.1542/peds.2024-067552>.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus del Zika (ZIKV) durante el embarazo puede provocar el síndrome congénito del Zika (SCZ) y provocar alteraciones del desarrollo neurológico en los niños expuestos, con y sin SCZ. Se evalúa la infección por ZIKV durante el embarazo como factor de riesgo de resultados adversos tempranos y a largo plazo.

MÉTODOS

Se realizó estudio de cohorte retrospectivo-prospectivo emparejado la localidad de Mato Grosso do Sul, Brasil. Se incluyeron en el estudio pares de madres e hijos expuestos y no expuestos al ZIKV durante el embarazo entre 2018 y 2022. Los datos clínicos y epidemiológicos del período gestacional y las evaluaciones neonatales se obtuvieron del sistema de vigilancia sanitaria brasileño. Se evaluó a los niños para

detectar resultados adversos tempranos (anomalías congénitas) y a largo plazo (retraso del desarrollo neurológico).

RESULTADOS

El riesgo de resultados adversos en los niños expuestos fue casi tres veces mayor (IRR, 2,7; IC del 95 %, 1,4-5,1) en comparación con el grupo de control. El riesgo de retraso motor (IRR, 3,4; IC del 95 %, 1,2-9,6) y cognitivo (IRR, 4,7; IC del 95 %, 1,7-13,0) fue significativamente mayor en los niños expuestos. En el 44 % de los embarazos en los que la infección materna se produjo en el primer trimestre, se identificó al menos un evento adverso en el niño, con 11,2 veces más probabilidades de resultados adversos (OR, 11,2; IC del 95 %, 3,6-35,0) en comparación con los hijos de madres infectadas en el tercer trimestre.

CONCLUSIONES

Los niños expuestos al ZIKV en el útero, incluso sin CZS, demuestran un mayor riesgo de retraso en el desarrollo neurológico en la primera infancia, siendo el momento de la infección materna un factor de riesgo predictivo significativo.

- [Safety and immunogenicity of a single-dose omicron-containing COVID-19 vaccination in adolescents: an open-label, single-arm, phase 2/3 trial](#). Lancet Infect Dis. 2025 Feb;25(2):208-217.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los individuos muestran inmunidad frente al SARS-CoV-2 por vacunación o infección, o ambas. Nuestro objetivo fue determinar la seguridad e inmunogenicidad de una vacuna COVID-19 que contiene omicron (ARNm-1273.222) en adolescentes no vacunados que dieron positivo al SARS-CoV-2.

MÉTODOS

La parte 3 del ensayo TeenCOVE de fase 2/3 fue una parte de fase 3, abierta, de un solo brazo, realizada en EE.UU. y la República Dominicana, en la que se inscribieron adolescentes sanos no vacunados (de 12 a 17 años) para recibir dos dosis de 50 µg de ARNm-1273.222 (cepa ancestral Wuhan-Hu-1 y subvariantes omicron BA.4 y BA.5), con 6 meses de intervalo. Los resultados primarios de reactogenicidad y seguridad incluyeron la evaluación de reacciones adversas locales o sistémicas solicitadas 7 días después de la vacunación, y acontecimientos adversos no solicitados y preespecificados a lo largo de la participación en el estudio. La eficacia inferida (resultado primario de inmunogenicidad) se estableció comparando las respuestas de anticuerpos neutralizantes 28 días después de la dosis 1 de ARNm-1273.222 en adolescentes positivos para el SRAG-CoV-2 con las respuestas 28 días después de la dosis 2 de la serie primaria de 100 µg de ARNm-1273 en adultos jóvenes negativos para el SRAG-CoV-2 (de 18 a 25 años) del ensayo COVE.

RESULTADOS

Entre el 21 de diciembre de 2022 y el 5 de junio de 2023, 379 adolescentes (378 de los cuales eran SARS-CoV-2 positivos) recibieron al menos una dosis de ARNm-1273.222 y se incluyeron en el conjunto de análisis de seguridad. El perfil de reactogenicidad fue favorable en comparación con la serie primaria de mRNA-1273, sin que se identificaran nuevos problemas de seguridad. Se notificaron acontecimientos adversos no solicitados en 49 (13%) de 379 participantes; no se notificaron muertes ni acontecimientos adversos que provocaran la interrupción del estudio. El conjunto de inmunogenicidad incluyó 245 adolescentes del subconjunto de inmunogenicidad per-protocolo que eran SARS-CoV-2 positivos al inicio del estudio y 296 adultos jóvenes que eran SARS-CoV-2 negativos. En comparación con la serie primaria de mRNA-1273 en adultos jóvenes con SARS-CoV-2 negativo, una dosis única de mRNA-1273.222 indujo respuestas de anticuerpos neutralizantes superiores (cociente de medias geométricas [GMR] 95% CI límite inferior >1) frente a omicron BA.4 y BA.5 (GMR 48-95 [95% CI 44-21-54-21]) y respuestas de anticuerpos neutralizantes no inferiores (GMR 95% CI límite inferior >0-667) frente al SARS-CoV-2 ancestral (GMR 4-25 [95% CI 3-69-4-88]) en adolescentes SARS-CoV-2 positivos.

INTERPRETACIÓN

En adolescentes con SARS-CoV-2 positivo que no habían recibido la vacuna, la dosis única de ARNm-1273.222 fue eficaz contra COVID-19 basándose en el éxito de la inmunización con la serie primaria de dos dosis de ARNm-1273 en adultos jóvenes. Los resultados apoyan un esquema simplificado de vacunación de dosis única con vacunas de ARNm que contienen variantes, independientemente del estado de vacunación previo.

- [Highly Pathogenic Avian Influenza A\(H5N1\) Virus Infections in Humans](#). N Engl J Med 2025;392:843-854.

Los virus de influenza aviar altamente patógenos A(H5N1) han causado infecciones generalizadas en vacas lecheras y aves de corral en los Estados Unidos, con casos humanos esporádicos. Describimos las características de los casos humanos de influenza A(H5N1) identificados entre marzo y octubre de 2024 en los Estados Unidos.

MÉTODOS

Analizamos datos de personas con infección por el virus A(H5N1) confirmada por laboratorio utilizando un formulario de informe de caso estandarizado vinculado a los resultados de laboratorio del kit de subtipificación de influenza A/H5 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

RESULTADOS

De los 46 casos, 20 estuvieron expuestos a aves de corral infectadas, 25 estuvieron expuestos a vacas lecheras infectadas o presuntamente infectadas y 1 no tuvo exposición identificada; ese paciente fue hospitalizado con síntomas no respiratorios y se detectó la infección por el virus A(H5N1) mediante vigilancia de rutina. Entre los 45 casos con exposición a animales, la edad media fue de 34 años y todos tuvieron una

enfermedad leve por A(H5N1); ninguno fue hospitalizado y ninguno murió. Un total de 42 pacientes (93%) tuvieron conjuntivitis, 22 (49%) tuvieron fiebre y 16 (36%) tuvieron síntomas respiratorios; 15 (33%) solo tuvieron conjuntivitis. La duración media de la enfermedad entre 16 pacientes con datos disponibles fue de 4 días (rango, 1 a 8). La mayoría de los pacientes (87%) recibieron oseltamivir; el oseltamivir se inició una media de 2 días después del inicio de los síntomas. No se identificaron casos adicionales entre los 97 contactos domésticos de pacientes con casos que estuvieron expuestos a animales. Los tipos de equipo de protección personal (EPP) que fueron utilizados con mayor frecuencia por los trabajadores expuestos a animales infectados fueron guantes (71%), protección para los ojos (60%) y mascarillas (47%).

CONCLUSIONES

En los casos identificados hasta la fecha, los virus A(H5N1) generalmente causaron una enfermedad leve, principalmente conjuntivitis, de corta duración, predominantemente en adultos estadounidenses expuestos a animales infectados; la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento antiviral de inmediato. No se identificó evidencia de transmisión de A(H5N1) de persona a persona. El uso de EPP entre las personas expuestas ocupacionalmente fue subóptimo, lo que sugiere que se necesitan estrategias adicionales para reducir el riesgo de exposición. (Financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades).

Comentario GPI: se trata de un artículo en población adulta pero que también puede tener interés para los pediatras.

- [Twenty-four Month Multidisciplinary Follow-up of Multisystemic Inflammatory Syndrome Patients in a Tertiary Pediatric Hospital in Chile: A Prospective Study](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(2):p e42-e44, February 2025.

El síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) es una afección postinfecciosa grave. Este estudio pretende detallar el seguimiento a largo plazo. Cuarenta y cinco pacientes fueron seguidos durante 24 meses, los marcadores inflamatorios se normalizaron a los 3 meses y las alteraciones ecocardiográficas se resolvieron en todos los pacientes a los 6 meses, permaneciendo normales. La SIM, a pesar de ser una enfermedad grave, presenta una rápida resolución de las alteraciones clínicas, de laboratorio y ecocardiográficas.

- [Are We Playing It Fast and Loose With the Serofast?](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(2):p 174-179, February 2025.

Cuatro recién nacidos (un recién nacido único y una pareja de trillizos) de madres con una reactividad de la reagina plasmática serofast de 1:4 a 1:8 presentaban sífilis congénita. Cada madre tenía antecedentes de haber recibido tratamiento adecuado para su estadio de sífilis en el momento del diagnóstico con penicilina benzatina G 2,4 millones de unidades por vía intramuscular semanal 3 veces. Ambas presentaron una disminución de 4 veces en su título de reagina plasmática reactiva. El recién nacido único era asintomático, pero presentaba signos radiográficos de sífilis congénita en los

huesos largos. De los trillizos, uno presentaba anomalías de laboratorio y erupción cutánea, mientras que los 3 trillizos tenían hallazgos radiográficos de sífilis congénita. Todos fueron tratados con 10-14 días de penicilina G intravenosa de acuerdo con las directrices de tratamiento de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estos casos ponen de manifiesto que los lactantes pueden estar en riesgo de sífilis congénita, a pesar de estar clasificados como “sífilis congénita poco probable” según las directrices actuales de práctica clínica de la sífilis. Se recomienda una anamnesis materna exhaustiva y una evaluación física completa del lactante al nacer para todos los neonatos nacidos de madres diagnosticadas y tratadas por sífilis. Se recomienda un seguimiento estrecho con la repetición de los títulos no treponémicos, tal como se indica en las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Americana de Pediatría.

- [Why the Negative? A Reflective Analysis on the Impact of Weekly Vitamin D Supplementation on Acute Respiratory Infections in Young Children.](#) The Journal of Pediatrics, feb 2025 Volume 277, 114417.

Leímos con gran interés el artículo “Suplementación semanal con vitamina D para prevenir infecciones respiratorias agudas en niños pequeños en diferentes latitudes: un ensayo controlado aleatorio”.¹ El estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de la suplementación semanal con vitamina D en la incidencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) entre niños en edad preescolar en varias latitudes.

Cabe destacar que el estudio arrojó resultados negativos, lo que nos llevó a profundizar en posibles explicaciones para estos hallazgos. En primer lugar, en la evaluación inicial, el estudio no tuvo en cuenta los factores que podrían modular la resistencia de los participantes a las IRA, como la frecuencia de episodios previos de IRA y la prevalencia de enfermedades alérgicas. Estas variables son fundamentales, ya que pueden influir significativamente en la susceptibilidad a las IRA.

En segundo lugar, el estudio podría haberse beneficiado de la distinción entre infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, ya que presentan perfiles clínicos e implicaciones sociales distintos. La literatura sugiere que los niveles bajos de vitamina D están más fuertemente asociados con infecciones de las vías respiratorias inferiores que con infecciones de las vías respiratorias superiores.² Además, la investigación ha indicado que los niños con neumonía presentan niveles más bajos de vitamina D.³ En tercer lugar, el período de observación del estudio se limitó a la fase de intervención de 6 meses. La latencia de los efectos terapéuticos de la vitamina D no está bien definida. Un enfoque más integral implicaría un seguimiento regular de los niveles de vitamina D, seguido de una observación adicional de 6 meses después de la intervención. Este período extendido facilitaría una evaluación de un año, teniendo en cuenta la variación estacional en las infecciones infantiles, que puede no ser adecuadamente captada por la latitud por sí sola.

Esperamos que estos conocimientos y recomendaciones resulten valiosos para futuras investigaciones que exploren la relación entre la vitamina D y las IRA.

- [Reply to Why the Negative? A Reflective Analysis on the Impact of Weekly Vitamin D Supplementation on Acute Respiratory Infections in Young Children](#). The Journal of Pediatrics, Volume 277, 114418.

Agradecemos el interés y los comentarios de Wang y Ruan con respecto a nuestra reciente publicación.¹ Estamos de acuerdo en que las razones para un resultado nulo en la mayoría de los ensayos de vitamina D (VD), incluido el nuestro, son potencialmente complejas. Lo más importante es que es un desafío realizar un ensayo clínico con un nutriente que ya está presente en todos los sujetos del estudio y que se puede obtener fácilmente de la luz solar y la dieta durante el ensayo.

Wang y Ruan sugieren que los factores basales, como las infecciones respiratorias agudas (IRA) previas y las enfermedades alérgicas, no se tuvieron en cuenta adecuadamente en el análisis. Estamos de acuerdo en que estos factores pueden influir en el riesgo de IRA y podrían modificar el efecto de la suplementación con VD sobre el riesgo de IRA. Aunque no registramos el número de IRA previas en los sujetos del estudio (debido al alto riesgo de sesgo de memoria al recordar el número de "resfriados" comunes), la carta nos motivó a revisar el historial de IRAs previas ~~más~~ de vías bajas (episodios de sibilancias, bronquiolitis, neumonía). Encontramos una alta tasa de IRAs previas de vías bajas (49% de los sujetos del estudio) pero ninguna diferencia entre los grupos de estudio. Luego completamos un modelo de regresión lineal post hoc para evaluar si el historial de IRA de vías bajas influyó en el efecto de la intervención, y observamos una interacción significativa entre estas variables (P para la interacción = 0,03). De hecho, entre los niños con antecedentes de IRA de vías bajas que completaron el estudio, los grupos que recibieron suplementos de VD tuvieron un número significativamente menor de IRA que los niños que tomaron placebo (VD en dosis bajas: $3,04 \pm 2,4$; VD en dosis altas: $3,90 \pm 2,6$; placebo: $5,95 \pm 3,1$; ANOVA, $P = 0,002$). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre los niños sin antecedentes de IRA de vías bajas (ANOVA, $P = 0,58$). Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que fueron análisis post hoc que se basan en el informe de los padres de antecedentes de IRA de vías bajas. Aunque el grupo de edad que estudiamos (18-36 meses de edad) impide un diagnóstico formal de asma, podemos especular que una parte de los que tenían antecedentes de IRA de vías bajas ~~menores~~ podrían haber desarrollado ya asma infantil, que podría ser susceptible de modificación por VD.^{2,3} Se necesitan estudios adicionales para dilucidar si la suplementación con VD tiene un efecto diferencial entre niños con y sin antecedentes de IRA de vías bajas.

En relación con esto, también valoramos el punto de vista de los autores sobre la diferenciación entre infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores. Como señalan correctamente, los efectos de la vitamina D pueden variar entre estos tipos de

infecciones. Sin embargo, en nuestro estudio, no hubo diferencias significativas en la incidencia de IRA inferiores entre los grupos de tratamiento.

En cuanto a la duración del estudio, elegimos un período de intervención de 6 meses, ya que cubría la temporada pico de IRA en Chile y evitaba los meses más soleados de primavera y verano para prevenir la cointervención por exposición a la luz solar, con las consiguientes mejoras en el estado de la vitamina D. Aunque un seguimiento prolongado podría revelar información adicional, nuestro estudio se adhirió a consideraciones prácticas de participación de niños pequeños y patrones estacionales de IRA. Además, un período de observación más prolongado probablemente habría aumentado la tasa de deserción, lo que fue una limitación importante de nuestros resultados.

Las complejidades y los matices de los ensayos relacionados con las vitaminas ⁴ alientan la implementación cuidadosa de ensayos clínicos más amplios y prolongados en niños para evaluar múltiples resultados de salud. Otros diseños de estudios también pueden proporcionar información útil. Por ejemplo, la fortificación legal de la leche y la harina con vitaminas en Chile comenzará en 2026. Este “experimento natural” brindará una oportunidad para examinar el efecto de la suplementación con vitaminas en la salud infantil.

- [Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory infections: systematic review and meta-analysis of stratified aggregate data.](#) Lancet Diabetes Endocrinol. 2021 May;9(5):276-292.

Antecedentes

Un metanálisis de 2021 de 37 ensayos controlados aleatorios (ECA) de la administración de suplementos de vitamina D para la prevención de las infecciones respiratorias agudas (IRA) reveló un efecto protector estadísticamente significativo de la intervención (odds ratio [OR] 0-92 [IC del 95%: 0-86 a 0-99]). Desde entonces, se han completado seis ECA elegibles, incluido un ensayo de gran tamaño (n=15 804). Nuestro objetivo fue reexaminar la relación entre la administración de suplementos de vitamina D y la prevención de las IRA.

Métodos

Revisión sistemática actualizada y metanálisis de los datos de los ECA de vitamina D para la prevención de las IRA mediante un modelo de efectos aleatorios. Se realizaron análisis de subgrupos para determinar si los efectos de la vitamina D sobre el riesgo de IRA variaban según la concentración inicial de 25-hidroxivitamina D (25[OH]D), el régimen de dosificación o la edad. Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials), Web of Science y ClinicalTrials.gov entre el 1 de mayo de 2020 (fecha de finalización de la búsqueda de nuestro metanálisis anterior) y el 30 de abril de 2024. No se impusieron restricciones de idioma. Los

ECA doble ciego que administraron suplementos de vitamina D durante cualquier período, con placebo o dosis más bajas de vitamina D de control, fueron elegibles si estaban aprobados por un Comité de Ética en Investigación y si la incidencia de IRA se recopiló prospectivamente y se especificó previamente como un resultado de eficacia. Los datos agregados, estratificados según la concentración basal de 25(OH)D y la edad, se obtuvieron de los autores del estudio. El estudio se registró en PROSPERO (nº CRD42024527191).

Hallazgos

Se identificaron seis ECA nuevos (19 337 participantes). Se obtuvieron datos de 16 085 (83,2%) participantes en tres ECA nuevos y se combinaron con datos de 48 488 participantes en 43 ECA identificados en nuestro metanálisis anterior. Para la comparación primaria de cualquier vitamina D versus placebo, la intervención no afectó de forma estadísticamente significativa el riesgo general de IRA (OR 0,94 [IC del 95%: 0,88-1,00], $p=0,057$; 40 estudios; 61 589 participantes; $I^2=26,4\%$). El análisis de subgrupos preespecificado no reveló pruebas de modificación del efecto por la edad, el estado basal de vitamina D, la frecuencia de dosificación o el tamaño de la dosis. La vitamina D no influyó en la proporción de participantes que experimentaron al menos un evento adverso grave (OR 0-96 [IC del 95%: 0,90-1,04]; 38 estudios; $I^2=0,0\%$). Un gráfico en embudo (funnel plot) mostró asimetría en el lado izquierdo ($p=0,0020$, prueba de Egger).

Interpretación

Este metanálisis actualizado arrojó una estimación puntual del efecto global de la suplementación con vitamina D sobre el riesgo de IRA similar a la obtenida anteriormente, pero el IC del 95% para esta estimación del efecto incluye ahora 1,00, lo que indica que no existe una protección estadísticamente significativa.

- [Dalbavancina: un nuevo hito en el tratamiento de las infecciones por grampositivos](#). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2025;43:61-3.
- [Performance of blood enterovirus and parechovirus polymerase chain reaction testing in young febrile infants: a prospective multicentre observational study](#) (3 August, 2024) *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:106-110.

Objetivos Analizar el desempeño de las pruebas de PCR de enterovirus y parechovirus en sangre (ev-PCR) para la infección bacteriana invasiva (IBI) (aislamiento de un solo patógeno bacteriano en un cultivo de sangre o líquido cefalorraquídeo) al evaluar a lactantes con buen aspecto de ≤ 90 días de edad con fiebre sin foco (FWS).

Métodos Describimos a los lactantes de ≤ 90 días de edad con buen aspecto que presentaban fiebre sin foco y tira reactiva de orina normal. Realizamos un estudio

multicéntrico, observacional y prospectivo en cinco servicios de urgencias pediátricas entre octubre de 2020 y septiembre de 2023.

Resultados Se incluyeron 656 lactantes, de los cuales 22 (3,4%) fueron diagnosticados de una IBI (bacteriemia en todos ellos y asociada a meningitis en cuatro). La prueba de ev-PCR en sangre fue positiva en 145 (22,1%) lactantes. Un paciente con ev-PCR en sangre positiva fue diagnosticado de una IBI, lo que representa el 0,7% (IC del 95%: 0,02 a 3,8) en comparación con el 4,1% (IC del 95%: 2,6 a 6,2) en aquellos con una prueba negativa ($p = 0,04$). Los cuatro pacientes con meningitis bacteriana tuvieron un resultado de ev-PCR en sangre negativo. Los bebés con una ev-PCR sanguínea positiva tuvieron una estancia hospitalaria más corta (mediana de 3 días, RIQ 2-4) en comparación con 4 días (RIQ 2-6) para aquellos con ev-PCR sanguínea negativa ($p = 0,02$), así como una duración más corta del tratamiento con antibióticos (mediana de 2 días, RIQ 0-4 frente a 2,5 días, RIQ 0-7, $p = 0,01$).

Conclusiones Los lactantes febriles con una prueba de ev-PCR en sangre positiva tienen un riesgo bajo de presentar una IBI. La incorporación de la prueba de PCR en sangre en la toma de decisiones clínicas puede ayudar a reducir la duración de los tratamientos con antibióticos y la duración de la hospitalización.