

Bibliografía febrero 2026

Top Ten

- [Recomendaciones “No hacer” en vacunación](#). Guía Salud. Asociación Española de Vacunología (AEV), Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
- [Two vaccine-associated measles cases: Transmission or coincidental cases?](#) Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44:503071.

El sarampión, una enfermedad altamente contagiosa transmitida por vía aérea, ha resurgido en España a pesar del éxito de los programas de vacunación. Este estudio examina dos casos de sarampión vacunal en niños de la misma guardería vacunados con triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis).

Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de dos niños con sarampión vacunal en mayo de 2025 en Gran Canaria (España).

Resultados

El primer caso fue una niña de 12 meses que presentó síntomas seis días después de la vacunación, mientras que el segundo caso, un niño de 13 meses, presentó síntomas ocho días después de la vacuna. Se confirmó el genotipo A, cepa vacunal, en ambos. Se identificaron 107 contactos cercanos y se administró la vacuna a las personas susceptibles. Se confirmó el sarampión mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los hallazgos destacan la rareza de la enfermedad clínicamente significativa asociada a la vacuna y la falta de evidencia de transmisión de persona a persona de la cepa vacunal.

Conclusión

Este estudio subraya la importancia de la genotipificación para distinguir entre el sarampión vacunal y de tipo salvaje, así como la necesidad de una vigilancia continua para monitorizar la eficacia de la vacuna y la respuesta a los brotes. Si bien no se puede descartar por completo la posibilidad de transmisión, la evidencia sugiere que es más probable que estos casos sean casuales que una transmisión entre ellos.

- [Archivist: Measles crisis, vaccination, recognition and management](#). *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:186.

En 2019, hubo un enorme aumento mundial en la incidencia del sarampión impulsado por grandes epidemias en Madagascar, Ucrania, Brasil, Samoa y la República Democrática del Congo. La reticencia a vacunarse fue un factor importante en la reducción de la inmunidad en las poblaciones. La pandemia de COVID-19, por supuesto, exacerbó la situación con una combinación de la desconfianza del público hacia las vacunas y la interrupción bien documentada de los calendarios de vacunación rutinarios. La cobertura de la primera vacunación contra el sarampión se redujo al 81%. La desinformación fue uno de los principales culpables. Por lo tanto, la reducción de las

tasas de vacunación y el aumento de los casos de sarampión son desafíos importantes para la salud pública, las familias, los servicios pediátricos...

- [MPox virus transmission to healthcare worker in Europe](#). Enferm Infect Microbiol Clin. 2026;44:503039.
- [Vaccine Immunity Against Pneumococcus in Children With Cochlear Implants](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p 187-193, February 2026.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es evaluar si se siguen las directrices suizas para la vacunación antineumocócica en niños con implantes cocleares y si estas ~~provocan~~ **producen** una inmunidad adecuada a la vacuna antineumocócica.

MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo en el Centro de Implantes Cocleares de la Universidad de Suiza Occidental, revisando los datos entre enero de 2009 y diciembre de 2023. Se extrajeron los registros de vacunación y las concentraciones de IgG neumocócica específica por serotipo de los registros médicos informatizados.

RESULTADOS

Se incluyeron cincuenta niños, con una mediana de edad de implantación de 1,5 años. En los niños menores de 2 años, el 82 % (27/33) estaban al día con la vacunación neumocócica rutinaria (3 dosis de la vacuna neumocócica conjugada 13-valente administradas a los 2, 4 y 12 meses), pero solo el 56 % (15/27) lograron la seroprotección neumocócica protectora. Por el contrario, entre los niños ≥ 2 años, el 24 % (4/17) recibió tanto el calendario rutinario adecuado para su edad como la dosis adicional recomendada de conjugado neumocócico 13-valente antes de la implantación, y todos ellos (100 %) mostraron seroprotección protectora. Se observó una disminución general de la seroprotección en los 5 años posteriores a la vacunación, especialmente alrededor de los 5 años. La inmunidad inducida por la vacuna varió según el serotipo; los serotipos 6B, 14 y 19 provocaron niveles más altos de anticuerpos, mientras que los serotipos 4, 9V y 18C produjeron respuestas más bajas. Cabe destacar que los niños de 2 a 5 años de edad tendieron a mostrar una inmunidad neumocócica general más baja.

CONCLUSIONES

Los resultados respaldan la administración proactiva de una dosis adicional de la vacuna neumocócica en el momento de planificar la cirugía de implante coclear en niños de ≥ 2 años. Además, se recomienda realizar un seguimiento periódico de los niveles de anticuerpos neumocócicos específicos para cada serotipo (cada 5 años) con el fin de determinar la necesidad de administrar vacunas de refuerzo.

COMENTARIO: Este artículo nos sirve para recordar que los pacientes que portan implantes cocleares tienen un riesgo incrementado de presentar una infección neumocócica, en dicha revisión resaltan la otitis y la meningitis dada la afectación de la

barrera anatómica. Por tanto, en este subgrupo está indicado administrar pauta adicional de vacuna frente a neumococo, al igual que en otros pacientes de riesgo. Se detallan los datos de vacunación en estos países en un país de nuestro entorno y se evalúa la protección resultante, teniendo en cuenta que los puntos de corte de niveles de anticuerpos frente a neumococo pueden diferir.

- [We Do Care](#) DOI: 10.1056/NEJMc2601288

Médicos de todo Minnesota dan testimonio de la devastación que está causando el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos (ICE) a nivel sanitario: impacto en salud física y mental, especial vulnerabilidad de madres e hijos y de pacientes con enfermedades crónicas, el miedo de los pacientes con el costo añadido por el retraso en el diagnóstico y riesgos para el personal médico... Imploran a los médicos de todo el mundo que alcen la voz.

- [Epidemiology and Clinical Impact of Mycoplasma pneumoniae in an Italian Pediatric Center: An Observational Study from 2017 to 2024.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p 132-139, February 2026.

INTRODUCCIÓN

El *Mycoplasma pneumoniae* (MP) es una causa frecuente de infecciones del tracto respiratorio inferior en niños. Durante la pandemia de COVID-19, se observó un marcado descenso de las infecciones por MP, con un resurgimiento tardío en algunos países europeos. El objetivo de este estudio fue evaluar las tendencias epidemiológicas y las características clínicas de las infecciones por MP en un hospital universitario terciario pediátrico de Italia entre 2017 y 2024.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, unicéntrico, que incluyó a pacientes inmunocompetentes de entre 30 días y 17 años de edad, hospitalizados con infección confirmada por MP. Se analizaron los datos clínicos, de laboratorio y radiológicos en tres periodos: prepandémico (2017-2019), pandémico (2020-2022) y pospandémico (2023-2024). Se realizaron análisis estadísticos para comparar la incidencia y las características clínicas a lo largo del tiempo.

RESULTADOS

De los 303 pacientes incluidos, 130 fueron hospitalizados antes de la pandemia y 148 después de ella. La proporción de MP entre las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda casi se duplicó, pasando del 3,2 % en 2019 al 6,1 % en 2024. A pesar de la mayor incidencia, la necesidad de asistencia respiratoria se mantuvo estable (25,7 % en total; $P = 0,3$), los ingresos en cuidados intensivos pediátricos fueron poco frecuentes y no variaron (2,0 % frente a 2,0 %, $P = 1,0$) y la mediana de la estancia hospitalaria fue similar en ambos periodos (5 días, rango intercuartílico 4-8; $P = 0,803$).

CONCLUSIONES

La incidencia de MP aumentó significativamente después de la pandemia, y la gravedad clínica se mantuvo comparable a los niveles pre-pandémicos. La vigilancia epidemiológica continua es esencial para comprender mejor la dinámica de la infección y orientar estrategias de manejo clínico eficaces.

COMENTARIO

Artículo que trata sobre un patógeno frecuente en nuestro medio, en un país de características superponibles al nuestro en el que se evidenció un efecto en los años post-pandémicos que se asimila a la objetivada en España.

*Como datos a reseñar, la mayor parte de las infecciones se produjo en mayores de 5 años (grupo de edad clásicamente más afectado) y el mayor repunte post-pandemia en los adolescentes. No se evidenció la aparición de cepas más virulentas ni problemas de resistencia antibiótica (no estudiadas específicamente, pero los casos respondieron al tratamiento habitual). Tampoco se demostró, a diferencia de otros estudios, una mayor frecuencia de manifestaciones extra-pulmonares. En Italia se evidenció un aumento de la incidencia post-pandemia más retardado en el tiempo que otros patógenos (como VRS, gripe o *Streptococcus pyogenes*) y se conservaron los picos estacionales habituales en invierno y verano. Se objetivó la coinfección con virus en hasta el 59.4% de los pacientes, asociando una mayor tasa de ingreso en cuidados intensivos y soporte respiratorio, pero dicha asociación no fue significativa tras ajustar por edad (mayor tasa en pacientes más pequeños que eran quienes también asociaban más coinfecciones).*

*Como limitación destacar que la prueba diagnóstica fue la PCR en secreciones respiratorias, la cual no permite diferenciar el estado de portador de una infección verdadera por *Mycoplasma*.*

- [Severe Presentations and Outcomes in Hospitalized Pediatric Patients With Parvovirus B19 Infection During the 2024 Outbreak: A Multicenter Prospective Study in Italy.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p e37-e42, February 2026.

INTRODUCCIÓN

Desde marzo de 2024, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades ha informado de un aumento de las infecciones por parvovirus B19 (PVB19) en 14 países europeos. Aunque a menudo es autolimitado en niños sanos, el PVB19 puede causar enfermedades graves en poblaciones vulnerables.

MÉTODOS

Este estudio prospectivo multicéntrico tenía como objetivo caracterizar la presentación clínica de la infección por PVB19 en niños hospitalizados e identificar los factores de

riesgo de resultados graves. Los datos se recopilaban a través del sistema de vigilancia pediátrica INF-ACT, como parte del Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia. Los niños hospitalizados con infección confirmada por PVB19 fueron inscritos entre enero y diciembre de 2024 en 10 centros italianos INF-ACT.

RESULTADOS

Se incluyó a un total de 135 niños (edad media de 7,6 años, rango intercuartílico de 4,4 a 9,9), y el 78,5 % de los casos se produjeron entre abril y julio de 2024. La miocarditis aguda (20,7 %) y las complicaciones neurológicas (17,8 %) fueron las manifestaciones graves más frecuentes. La miocarditis se asoció significativamente con una edad más temprana ($p < 0,001$), estancias hospitalarias más prolongadas (mediana de 19,5 frente a 6,5 días; $p = 0,0018$) y mayores tasas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (71,4 % frente a 20,8 %; $p < 0,001$). El análisis multivariante mostró que la afectación miocárdica aumentaba el riesgo de ingreso en la UCI más de 20 veces ($P < 0,001$).

CONCLUSIONES

Aunque a menudo es leve, la infección por PVB19 puede causar complicaciones graves en los niños, en particular miocarditis y afectación neurológica. Es esencial su reconocimiento precoz, incluso en ausencia de características clásicas como el eritema infeccioso, para garantizar la monitorización y el tratamiento oportunos de los resultados potencialmente mortales.

COMENTARIOS

Estudio realizado en Italia, de forma prospectiva, sobre las características de pacientes hospitalizados por un cuadro desencadenado por una infección por parvovirus. Dicho aumento de incidencia en el período estudiado también fue evidenciado en nuestro medio. Destacan que las manifestaciones hematológicas, las cuales son típicas, fueron más prevalentes en los pacientes con enfermedades subyacentes de dicha índole, sobre todo anemias hemolíticas. También se vio una mayor frecuencia de complicaciones neurológicas en pacientes con comorbilidades, no así en los casos de miocarditis los cuales además fueron los más graves con mayor duración de estancia e ingreso en UCI. En estos últimos incluso fue frecuente la presentación sin síntomas cutáneos. El tratamiento mayormente utilizado fueron las inmunoglobulinas intravenosas, hasta en la mitad de pacientes con miocarditis, dado que ha evidenciado buenos resultados. Se incide en la posible limitación en cuanto a que la causalidad por parte de dicho virus no puede asegurarse, además de la posible infraestimación de casos dado que no constituye una entidad de declaración obligatoria.

- [Bacillus cereus toxin in infant formula](#). SURVEILLANCE REPORT Weekly Communicable Disease Threats Report, Week 6, 31 January - 6 February 2026. **OK**

Resumen: En enero de 2026, se amplió la retirada del mercado de productos de nutrición infantil tras detectarse cereulida, la toxina emética producida por *Bacillus cereus*, en dichos productos. La cereulida es una toxina altamente termoestable capaz

de provocar náuseas y vómitos repentinos poco después de su ingestión. El análisis de las causas fundamentales realizado hasta ahora ha permitido identificar que el ingrediente contaminado es el aceite de ácido araquidónico (ARA), un suplemento omega 6. La retirada es mundial, tanto en el mercado de la UE/EEE como en países fuera de la UE/EEE. La retirada preventiva es una medida de gestión de riesgos, adoptada tras la detección de la toxina. Las investigaciones tras las retiradas siguen en curso en los Estados miembros. El análisis de la toxina cereulida en muestras fecales no es un método disponible para fines de diagnóstico rutinario en los laboratorios de microbiología clínica. Hasta ahora, Bélgica es el único país que ha notificado muestras fecales positivas. Se están llevando a cabo investigaciones en los Estados miembros para estudiar la posible relación entre los lotes de leche de fórmula retirados y los casos de enfermedades gastrointestinales en niños.

Bélgica ha notificado cinco casos de lactantes que han dado positivo en las pruebas realizadas con muestras clínicas. Los cinco habían consumido la leche infantil retirada y han experimentado resultados clínicos favorables. De la leche infantil consumida, tres de las cinco muestras analizadas dieron positivo; es posible que las dos muestras restantes no se hayan analizado. Dinamarca informa de que la autoridad de seguridad alimentaria ha recibido notificaciones de lactantes que desarrollaron diarrea tras consumir el producto retirado, pero se desconoce si existe alguna relación entre el desarrollo de la diarrea y el consumo del producto. Las muestras no se han analizado para detectar la presencia de toxinas, por lo que se incluyen en la categoría de casos posibles, y no se han identificado casos probables o confirmados. No se han recibido nuevos informes desde la ampliación de la retirada del producto. Francia informa de que, hasta la fecha, las agencias regionales de salud han notificado e investigado 11 casos de lactantes hospitalizados. Todos los lactantes se han recuperado y han regresado a sus hogares. De los 11 lactantes hospitalizados, cinco consumieron la leche de fórmula retirada y en seis casos no fue posible confirmar el consumo. Es importante señalar que en Francia se está produciendo un brote de gastroenteritis relacionado con el invierno. Cinco de los once niños hospitalizados recibieron un diagnóstico diferencial por los síntomas de gastroenteritis. Se notificaron dos muertes infantiles inexplicables en Francia, que actualmente se están investigando desde el punto de vista médico-legal según los protocolos habituales. Cada año se notifican aproximadamente 300 muertes infantiles inexplicables. Ambos bebés consumieron leche de fórmula retirada del mercado. Hasta ahora, no se ha establecido ninguna relación entre la leche de fórmula consumida y las enfermedades o muertes notificadas. España notificó ocho casos con vómitos, todos ellos con antecedentes de consumo de un producto potencialmente afectado, cinco de los cuales requirieron hospitalización. Ninguno de los casos sospechosos ha sido confirmado por laboratorio. Aunque se recibieron notificaciones adicionales, no fue posible establecer una relación causal entre la presentación clínica y el consumo de los lotes afectados. El Reino Unido notifica 36 casos con síntomas gastrointestinales tras el consumo de lotes implicados en Inglaterra (24), Escocia (7), Gales (3), Irlanda del Norte (1) y las dependencias de la Corona (1). Las pruebas realizadas a la leche de fórmula retirada han confirmado la presencia de

cereulida. Evaluación del ECDC: Los productos retirados se distribuyen ampliamente en la UE/EEE y otros países, por lo que la probabilidad de exposición a un lote de leche de fórmula contaminada es de moderada a alta para los lactantes que consumen leche de fórmula. El impacto de la exposición a la toxina y el desarrollo de síntomas gastrointestinales es de bajo a moderado, dependiendo de la edad del niño. Los recién nacidos y los lactantes menores de seis meses pueden ser más propensos a desarrollar síntomas y son más sensibles a la deshidratación, las alteraciones electrolíticas, etc. Por lo tanto, el riesgo global para los niños menores de un año en la UE/EEE se consideraría moderado en este incidente. Muchos de los productos contaminados han sido identificados y retirados del mercado, por lo que la probabilidad actual de exposición está disminuyendo, lo que también reducirá el riesgo.

Medidas: Se está preparando una evaluación rápida del brote (ROA) del ECDC-EFSA, cuya publicación está prevista para el 19 de febrero. Se ha compartido una encuesta con los puntos focales nacionales (PFN) para las enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua (FWD) con el fin de recopilar información sobre la definición de casos, la necesidad de apoyo de laboratorio y las indicaciones para la realización de pruebas. La información recopilada en la encuesta se utilizará en la ROA. Se anima a los Estados miembros a que compartan información sobre los casos y sus investigaciones en el evento EpiPulse, y a que colaboren estrechamente con las autoridades de seguridad alimentaria en las investigaciones nacionales si se identifican casos sospechosos, con el fin de investigar la posible relación con los lotes de leche de fórmula retirados. El ECDC está supervisando el incidente y colaborando con otras partes interesadas, incluidos los países afectados, la EFSA y la Comisión Europea. Se ha convocado un equipo de respuesta interna (IRT) dentro del ECDC para este caso. La EFSA está supervisando el incidente alimentario en estrecha colaboración con la Comisión Europea y el ECDC. El 2 de febrero, a petición de la Comisión Europea, los científicos de la EFSA establecieron una dosis aguda de referencia (ARfD) para la cereulida en lactantes y estimaron las concentraciones de cereulida en los preparados para lactantes que podrían ser motivo de preocupación para la seguridad. Este asesoramiento tiene por objeto ayudar a los gestores de riesgos de la UE a determinar cuándo deben retirarse los productos del mercado como medida de precaución para la salud pública. La EFSA proporciona una evaluación rápida del riesgo de la cereulida en los preparados para lactantes | EFSA Se recomienda a los consumidores que sigan los consejos y las instrucciones proporcionados por las autoridades nacionales de seguridad alimentaria. Los padres, tutores y cuidadores que tengan productos afectados no deben dárselos a comer a bebés y niños pequeños.

Más información: Noticia del ECDC publicada el 28 de enero de 2026: Retirada preventiva a escala mundial de productos de nutrición infantil tras la detección de la toxina *Bacillus cereus* Las autoridades de seguridad alimentaria de los Estados miembros han ordenado las retiradas y están comunicando los datos alimentarios en las siguientes notificaciones del RASFF: 2025.9962; 2026.0027; 2026.0173; 2026.0179; 2026.0196; 2026.0509; 2026.0347; 2026.0407; 2026.0663; 2026.0542; 2026.0598; 2026.0177; 2026.0647.

- [Formula milk: Experts demand tighter safety checks after contamination scare.](#) *BMJ* 2026;392:s164.

Una serie de retiros de fórmulas infantiles por temor a que algunos lotes puedan haber sido contaminados con la toxina cereulida ha llevado a los expertos a pedir controles de seguridad más estrictos en la industria.

Durante el fin de semana, la Agencia de Normas Alimentarias del Reino Unido informó que Danone había retirado del mercado su fórmula infantil Aptamil First después de que se encontrara cereulida en el producto. 1 2 La semana pasada, la empresa láctea francesa Lactalis retiró del mercado lotes de sus productos debido a la preocupación de que estuvieran contaminados con la toxina.

La cereulida es producida por ciertas cepas de la bacteria *Bacillus cereus* y puede provocar náuseas, vómitos y diarrea.

Lactalis, Nestlé, Danone y Hochdorf retiraron del mercado lotes de fórmula infantil en las últimas semanas, y los reguladores emitieron advertencias al público en docenas de países. 3

Según se informa, las autoridades francesas están investigando si la muerte de dos bebés está relacionada con la retirada del mercado de la marca de leche de fórmula Guigoz, fabricada por Nestlé.

Se sospecha que la contaminación de los diversos productos se produjo durante la producción en el aceite de ácido araquidónico (ARA), un ácido graso poliinsaturado omega-6, ingrediente de la fórmula. Según se informa, la fuente...

- [Disease information on human non-polio enterovirus infections.](#) European Centre for Disease Prevention and Control. An agency of the European Union. Last review/update: 28 March 2025.

Definición de caso

Las infecciones por enterovirus no polio humanos (NPEV) no son de declaración obligatoria a nivel de la Unión Europea y no hay definiciones de casos estándar disponibles para enfermedades causadas por NPEV [1-3] .

Los patógenos

Los NPEV son virus pequeños de ARN sin envoltura con una sola cadena de ARN de sentido positivo. Pertenecen al género *Enterovirus*, subfamilia *Enterovirinae* de la familia *Picornaviridae* .

Hasta la fecha, se conocen 15 especies de *enterovirus* . De estas, los enterovirus de las especies A a D y los rinovirus de las especies A a C son responsables de infecciones clínicas en humanos [4] . Dentro de las especies A a D, se conocen más de 100 tipos de *enterovirus* que infectan a humanos, de los cuales el más conocido es el poliovirus (dentro de la especie C). Otros tipos de *enterovirus* incluyen los virus coxsackie (CV)-A y B, los echovirus y los enterovirus identificados por números y letras que indican su especie.

Como virus de ARN, los enterovirus pueden evolucionar genéticamente rápidamente, lo que resulta en la circulación de nuevos tipos y nuevas variantes o recombinantes [5-9] .

Los eventos de recombinación genética son comunes entre muchos tipos de enterovirus y suelen ocurrir en virus de la misma especie. La recombinación es frecuente en las especies A a C, pero rara o ausente en la especie D. Se encuentran puntos de ruptura de recombinación comunes entre la región 5' no traducida (5'UTR) y la región codificante de la proteína estructural, así como entre las regiones codificantes de la proteína estructural y no estructural [9,10] .

Los enterovirus entran al organismo por vía gastrointestinal o respiratoria, infectando inicialmente la capa de células mucosas de la boca, la nariz o la garganta. Durante los primeros 2 a 10 días, el virus se replica en estas células y se propaga a los tractos digestivo e intestinal (tras infecciones orales) o a las células respiratorias ciliadas (tras infecciones respiratorias). Tras replicarse en las células mucosas, los virus pueden propagarse aún más, lo que les permite infectar tejidos como el sistema nervioso central, el hígado, el corazón, la piel, el páncreas o los músculos.

Características clínicas y secuelas

Las infecciones por enterovirus suelen ser asintomáticas, leves y autolimitadas. El diagnóstico clínico puede ser difícil debido a la amplia gama de signos y síntomas clínicos, que pueden variar de leves a graves o incluso potencialmente mortales. Diferentes tipos de enterovirus pueden causar la misma enfermedad, mientras que un mismo tipo o variante puede causar diferentes enfermedades.

Los signos y síntomas clínicos graves incluyen:

- parálisis (incluida la poliomiелitis);
- meningitis aguda;
- encefalitis;
- miocarditis;
- síndrome similar a sepsis neonatal;
- hepatitis;
- gastroenteritis;
- enfermedad respiratoria;
- herpangina;
- enfermedad de manos, pies y boca;
- y conjuntivitis hemorrágica [11,12] .

Presentaciones clínicas y tipos de enterovirus asociados

Las infecciones respiratorias graves por enterovirus pueden presentarse como neumonía o bronquitis y a menudo están asociadas con EV-D68 (en caso de parálisis, la enfermedad respiratoria se identifica como un síndrome prodrómico) y tipos de enterovirus C de alto número, como EV-C104, EV-C105 y EV-C109 [13-16] .

Muchos NPEV pueden causar mielitis flácida aguda (MFA), pero se asocia con mayor frecuencia a EV-D68 y EV-A71. Los pacientes con MFA presentan parálisis flácida aguda (PFA), cuyo diagnóstico diferencial es amplio e incluye el síndrome de Guillain-Barré y otras manifestaciones inflamatorias de la médula espinal. Sin embargo, actualmente se desconoce la frecuencia de la parálisis en las infecciones por EV-D68 [17,18] .

CV-A6, CV-A16 y EV-A71 son los tipos de enterovirus predominantes reportados en pacientes con enfermedad de manos, pies y boca. Esta es una enfermedad infantil común que la mayoría de los niños presentan fiebre, una erupción cutánea sin complicaciones en manos y pies, y ampollas o ulceraciones en la boca [19-21] . Sin embargo, complicaciones neurológicas mortales, como rombencefalitis o insuficiencia cardiorrespiratoria, también se han asociado con EV-A71 en Asia [22,23] .

La miocarditis se asocia frecuentemente con virus CV-B y puede ser mortal en casos neonatales [24] . El Echovirus 11 es un tipo notable entre los casos neonatales con hepatitis, algunos de los cuales pueden ser mortales [25-27] .

Riesgo de infección grave

Existe un mayor riesgo de infección grave entre personas sin inmunidad previa, como neonatos y niños pequeños, así como personas con trastornos inmunitarios o sistemas inmunitarios comprometidos debido a otras afecciones (como inmunoterapia o enfermedad subyacente) [12,28,29].

Varios informes han demostrado que la infección por NPEV durante el embarazo, en particular en personas inmunodeprimidas que carecen de anticuerpos maternos, puede provocar complicaciones graves del embarazo, muerte fetal o retraso del crecimiento después del nacimiento [30,31] . Se han reportado secuelas graves de retraso en el desarrollo neurológico en etapas posteriores de la vida, en particular cuando las infecciones ocurren en los primeros tres meses de vida [12,32,33] .

Epidemiología

Los enterovirus son muy comunes y se encuentran entre los virus más prevalentes a nivel mundial. Se ha documentado la circulación de varios tipos de enterovirus en Europa [1-3, 5, 6, 25, 41, 43, 56, 57, 59, 62]. Dado que es poco probable que los casos leves busquen atención médica, se han reportado manifestaciones clínicas graves en muchos de estos casos documentados [10, 13, 14, 28, 34-37].

En climas templados, los brotes suelen ocurrir en los meses de verano y principios de otoño, aunque diferentes tipos pueden predominar de un año a otro. También se han reportado brotes invernales, en particular de echovirus 30, CV-A6 y EV-D68 [34] . Se

sabe que ciertos tipos causan brotes cada año (p. ej., CV-A6) o cada tres a cinco años (p. ej., echovirus 30).

En Europa, los virus de la especie C se encuentran con frecuencia en los programas de vigilancia relacionados con las aguas residuales, pero no suelen notificarse en los casos clínicos. Por el contrario, los enterovirus de la especie C se encuentran con frecuencia en los casos clínicos en África [35] .

Transmisión

Los enterovirus humanos se transmiten de una persona a otra a través del contacto con material infeccioso, como heces, líquido de ampollas o secreciones (por ejemplo, saliva, vómito, esputo o moco), o a través de suministros de agua ambiental contaminados, como piscinas, áreas de natación recreativas y agua potable.

Las personas inmunocompetentes pueden eliminar el virus durante tres a seis meses después de la infección. Ciertos pacientes inmunodeprimidos pueden eliminar el virus durante años, incluso décadas [29,36] .

Aunque es poco frecuente, la infección de personas embarazadas puede provocar la transmisión al bebé durante el embarazo o el parto, o después del parto [37] .

Diagnóstico

El método de referencia actual para la detección de enterovirus es la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real (RT-PCR), basada en la región 5'UTR conservada. Dado que la detección por PCR no distingue entre diferentes tipos de enterovirus, y algunos ensayos también detectan rinovirus debido a su parentesco genético, se requiere una caracterización más profunda mediante la secuenciación de los genes de la cápside [38] . Esto es importante para definir mejor la carga de enfermedad de los NPEV, como EV-D68 y EV-A71.

El ensayo parcial CODEHOP semianidado de VP1 [39] es recomendado por la red europea de enterovirus no poliomiелitis (ENPEN) de la Sociedad Europea de Virología Clínica y la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2, 40] . Actualmente, los métodos de secuenciación de nueva generación, como Illumina y Nanopore, se encuentran en continuo desarrollo y se utilizan cada vez más para la tipificación de enterovirus. Existen herramientas de tipificación para el análisis rápido de los datos de secuenciación de enterovirus generados a partir del gen VP1 [41] . La secuenciación de VP2 y VP4 también se puede realizar si la tipificación de VP1 falla.

Como la recombinación puede ser la base del surgimiento de nuevos brotes, las secuencias genómicas completas pueden ayudar a definir estos brotes e identificar la causa del aumento de la transmisión y la patogenicidad [6,7,42-44] .

Para tipos de enterovirus notables como EV-D68, se encuentran disponibles ensayos en tiempo real específicos para cada tipo que permiten una rápida identificación del virus para permitir una alerta y respuesta tempranas, así como la posible aparición de casos con parálisis [45,46] .

Los métodos moleculares pueden no detectar ciertos tipos de enterovirus, como EV-D68, EV-C105 y EV-C109, debido a la evolución del virus y a los desajustes de cebadores que esta puede causar. Por lo tanto, es importante evaluar frecuentemente los métodos de diagnóstico mediante programas de evaluación externa de la calidad (EQA) y evaluar los cebadores y las sondas cuando se identifiquen nuevas variantes o tipos [14,38,47].

Recogida de muestras para pruebas

El tipo de muestra recolectada para la prueba debe seleccionarse en función del cuadro clínico, el diagnóstico y el momento de inicio de la enfermedad. Las muestras adecuadas para la detección de enterovirus son:

- heces (hisopo);
- muestras respiratorias (por ejemplo, hisopado de garganta o nasofaríngeo y lavado broncoalveolar (LBA));
- líquido vesicular;
- sangre/suero;
- líquido cefalorraquídeo (LCR);
- líquido pericárdico;
- líquido conjuntival o frotis ocular;
- líquido pleural;
- orina;
- material de biopsia [2] .

En casos de infecciones neurológicas, se deben recolectar muestras de heces y de vías respiratorias, además de una muestra de LCR y una de sangre. Si bien el ARN del enterovirus puede detectarse en el LCR de personas con meningitis, esto suele ser inconsistente en casos de encefalitis.

En casos de parálisis, el LCR suele ser negativo y podrían necesitarse muestras adicionales. Se requiere un hisopado nasofaríngeo para detectar EV-D68; sin embargo, es crucial que la toma coincida con el inicio de la parálisis.

Se recomienda tomar una muestra de líquido vesicular en casos de enfermedad de manos, pies y boca u otras lesiones [2].

Detección y aislamiento de virus

Como estos virus pueden eliminarse durante largos períodos de tiempo en las heces y en las muestras respiratorias, la detección del virus puede no siempre definir el vínculo etiológico.

Los enterovirus se pueden cultivar en líneas celulares permisivas a los enterovirus, como células de rhabdomyosarcoma (RD), HT29, células de riñón de mono y fibroblastos humanos.

Se recomiendan muestras como heces e hisopados faríngeos para cultivo, pero otras muestras, como el líquido vesicular y el LCR, también han demostrado ser aplicables. Sin embargo, no todos los tipos de muestras pueden cultivarse fácilmente en estas líneas celulares. La OMS recomienda que cualquier muestra de heces con resultado positivo para RD se cultive posteriormente en células L20B poliopermisivas [40] .

La ENPEN no recomienda el aislamiento del virus mediante cultivo celular para el diagnóstico de enterovirus. Sin embargo, indica que puede utilizarse para ciertos tipos de virus que se cultivan bien cuando la carga viral en la muestra es demasiado baja para la tipificación.

Gestión y tratamiento de casos

No existen tratamientos específicos para la infección por NPEV. Los tratamientos de apoyo buscan aliviar los síntomas. El diagnóstico rápido de enterovirus puede reducir el uso de antibióticos cuando se descarta una infección bacteriana, lo que ayuda a evitar el uso innecesario de antimicrobianos [48] .

Medidas de prevención y control de la salud pública y consideraciones para las autoridades

Recomendaciones para reducir la transmisión:

- Garantizar el acceso a agua potable y saneamiento para reducir la transmisión.
- Concientizar sobre la importancia de las buenas prácticas de higiene.

Actualmente no existen vacunas autorizadas contra la enfermedad causada por la infección por NPEV en la UE. En China, se han autorizado tres vacunas monovalentes inactivadas EV-A71. Sin embargo, estas vacunas no ofrecen protección cruzada contra otros tipos de EV [49-51] .

Prevención y control de infecciones y medidas de protección personal para centros de salud

Las recomendaciones para reducir la transmisión en los centros de atención sanitaria incluyen:

- Incentivar a todo el personal, los pacientes y los visitantes de las instalaciones a mantener una buena higiene de manos y al toser, por ejemplo, lavarse las manos con frecuencia y de manera adecuada y utilizar un pañuelo de papel, el codo o la parte superior del brazo para cubrirse la nariz y la boca al toser;
- Si se identifican casos de enterovirus respiratorio, las personas infectadas y las potencialmente susceptibles deben usar mascarillas para reducir la transmisión aérea;

- Asegúrese de que las superficies que se tocan con frecuencia estén desinfectadas adecuadamente.
- [Eurosurveillance | Detections of rare enterovirus C105 linked to an emerging novel clade, Spain, 2019 to 2024](#). Euro Surveill. 13 de febrero de 2025; 30 (6): 2500073.

El enterovirus (EV)-C105 es un genotipo raro no detectado previamente en España. Entre 2019 y 2024, detectamos EV-C105 en muestras respiratorias de cinco pacientes mediante la vigilancia rutinaria de EV. Tres casos presentaron enfermedad respiratoria y dos fueron hospitalizados por enfermedad neurológica. Cuatro de las cinco cepas secuenciadas pertenecían a un clado emergente (C1), definido por cuatro nuevas mutaciones no sinónimas en epítomos antigénicos clave. Recomendamos reforzar la concienciación clínica y la vigilancia genómica de EV, incluyendo muestras respiratorias, incluso cuando los síntomas sean neurológicos.

- [Limitations of Comprehensive Respiratory Viral Testing in Managing Young Infants with Fever](#). J Pediatr. 2026 Feb;289:114882.

Evaluar si las pruebas virales respiratorias integrales contribuyen a la estratificación del riesgo y al tratamiento de los lactantes pequeños febriles (FYI).

Diseño del estudio

Estudio de cohorte retrospectivo, unicéntrico, de lactantes hospitalizados con FYI, de ≤ 90 días de vida (nacidos a término) o ≤ 52 6/7 semanas posmenstruales (nacidos prematuros), durante un período de 5 años. Se incluyó en el análisis final a un total de 456 lactantes con resultado positivo en la prueba viral respiratoria, independientemente del ensayo diagnóstico, o con resultado negativo en la prueba viral respiratoria obtenida mediante un panel completo. Los resultados principales fueron las tasas de infección bacteriana grave (IBG) en general y en submuestras específicas, estratificadas según los resultados de la prueba viral. Las tasas se estimaron asumiendo una distribución binomial, con intervalos de confianza derivados de una aproximación normal. Se calcularon los cocientes de riesgos con intervalos de confianza del 95% mediante propagación de la incertidumbre.

Resultados

Entre 456 casos de infección viral (edad media de 41 días), 70 (15,4%) presentaron IBG, incluyendo 6 casos de bacteriemia y 1 de meningitis. Los lactantes con resultado positivo en la prueba viral presentaron una tasa de IBS del 11,9% (42/354), incluyendo 2 casos de bacteriemia, con tasas significativamente menores solo en aquellos con resultados positivos para influenza (6%) y virus respiratorio sincitial (4%). Independientemente de los resultados de la prueba viral, el 93% (65/70) de los casos de IBG presentaron marcadores inflamatorios o análisis de orina anormales. Se

presentaron infecciones bacterianas invasivas tanto en lactantes con resultado positivo para el virus (2/354) como en lactantes con resultado negativo para el virus (5/102).

Conclusiones

Las pruebas virales respiratorias exhaustivas parecen tener un valor limitado para la estratificación del riesgo de IBG. No parecen respaldar la toma de decisiones clínicas ni reemplazar la estratificación del riesgo establecida mediante marcadores inflamatorios y análisis de orina. Las pruebas dirigidas podrían representar un uso más adecuado de los recursos.

Casos clínicos

- [Breast milk and eye discharge: practical advice, or old wives tale?](#). *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:193-195.

Escenario

Una bebé de 3 semanas de edad fue traída por sus padres debido a la preocupación por la secreción ocular. Había nacido a término mediante parto vaginal espontáneo después de un embarazo sin complicaciones. En la exploración, presenta secreción bilateral amarilla, pero las escleróticas están claras y no hay eritema circundante. El resto de la exploración clínica y las observaciones están dentro de los límites normales. Los padres preguntan si es cierto que la leche materna puede ayudar a mejorar la secreción ocular

Pregunta clínica estructurada

En recién nacidos con buena salud sistémica y secreción ocular, y que no se considera que requieran antibióticos, ¿mejora la leche materna el tiempo de recuperación más allá de los cuidados generales de apoyo?

Buscar

Se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed, Embase y Medline. Los términos de búsqueda fueron "Eye" (ojo), "Breast OR mother" (mama o madre) y "Milk" (leche). Esto arrojó 1096 artículos, de los cuales 2 fueron relevantes (tabla 1) para el análisis final.

Resumen de la evidencia

Comentario

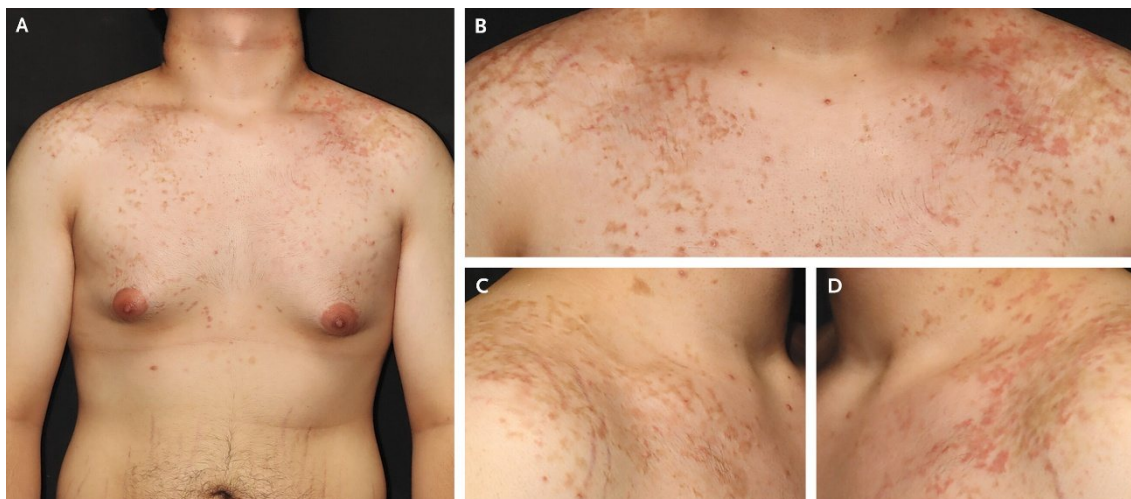
Muchas enfermedades neonatales pueden ser motivo de gran preocupación, e incluso afecciones mayormente benignas pueden inquietar a los nuevos padres. Esto se puede mitigar brindando consejos importantes de protección a los padres, así como recomendaciones sobre cómo aliviar la enfermedad. Una de las afecciones más comunes es la Obstrucción Congénita del Conducto Nasolagrimal (OCN), que causa ojos pegajosos debido al estrechamiento o bloqueo de los conductos

lagrimales. 1 Por lo general, se espera que la afección se resuelva espontáneamente. Los conductos nasolagrimales aumentan gradualmente de tamaño...

- [Images in paediatrics: Cystic echinococcosis in a child](#). *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:185-186.

Una niña rumana de 11 años, residente en el Reino Unido, presentó malestar general, náuseas y tos productiva. La exploración reveló una reducción de la entrada de aire en la base pulmonar izquierda. La proteína C reactiva fue de 214 mg/dl, con neutrofilia ($18 \times 10^9/l$) y eosinofilia ($1,8 \times 10^9/l$). La radiografía de tórax y la TC revelaron una lesión quística compleja en el lóbulo inferior izquierdo con comunicación bronquial y colapso y consolidación circundantes (figuras 1 y 2). Se descartó tuberculosis mediante resultados negativos en la prueba de Quantiferon Gold, PCR en esputo y Mantoux. Las pruebas de imagen sugirieron equinococosis quística (EC), confirmada mediante ELISA y Western blot positivos para *Echinococcus granulosus*. La presentación probablemente se debió a un quiste...

-
-
- [Prurigo Pigmentosa](#). *N Engl J Med* 2026;394:e7



Resumen

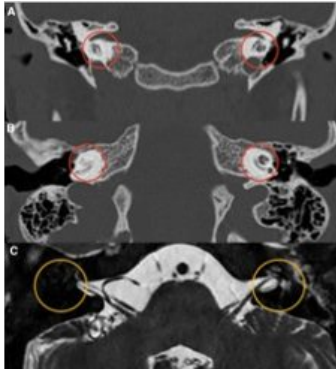
Un hombre de 20 años, previamente sano, acudió a la consulta de dermatología con un historial de 4 semanas de erupción cutánea con picazón en la parte superior del pecho y los hombros. Dos meses antes de acudir a la consulta, había comenzado una dieta cetogénica restrictiva en carbohidratos para perder peso. En la exploración física se observaron pápulas eritematosas simétricas e hiperpigmentación reticulada subyacente en la parte superior del tórax (paneles A y B [vista ampliada]), la parte anterior del cuello (panel A) y los hombros (los paneles C y D muestran los hombros derecho e izquierdo, respectivamente). También se observaron estrías en la parte inferior del abdomen.

Comentario GPI: se trata de un paciente fuera de la edad pediátrica, adulto joven, pero se incluye por formar parte del diagnóstico diferencial de exantemas de origen infeccioso y del tratamiento administrado.

- [Postmalaria Labyrinthitis Ossificans: A Rare Complication of Plasmodium Infection.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p e66-e67, February 2026.

Se presenta un caso visto en Portugal de una paciente procedente de Angola de 12 años. En sus antecedentes, había sido hospitalizada a los 7 años por malaria cerebral. Tras ello, presentaba retraso cognitivo y sordera neurosensorial progresiva de 4 años de evolución. Previamente al ingreso por malaria tuvo un desarrollo normal. En TAC craneal presentó osificación en membranas laberínticas del oído interno y en resonancia magnética se vieron áreas focales glóticas cerebelosas, en probable relación con secuelas de la malaria. Se le colocó un sistema auditivo transmitido vía ósea, con recuperación de la audición y mejoría de capacidad cognitiva. Se describe la laberintitis osificante como secuela de infecciones del sistema nervioso central, en el caso de la malaria se postula la etiopatogenia por afectación directa del componente celular y de la microvasculatura, la isquemia, y el posible efecto ototóxico de los antimaláricos.

COMENTARIO: Dichos hallazgos podrían apoyar la realización de una valoración de la audición de forma periódica tras el padecimiento de una infección del sistema nervioso central.



- [Human Metapneumovirus-associated Liver Enzyme Elevation in Children: Case Series of Nine Patients.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p e60-e61, February 2026.

Serie de 9 casos de pacientes pediátricos que presentaron en contexto de infección por metapneumovirus humano (MVH), el cual suele ocasionar clínica respiratoria, afectación hepática con elevación de transaminasas. El nivel máximo medio de GPT y GOT fue de 145 y 194 ui/ml respectivamente, más elevada que en reportes previos. El MVH fue aislado mediante reacción en cadena de polimerasa. Inciden en que hipertransaminasemia en la infección por MVH es menos común en comparación con las causadas por otros virus como el VRS, influenza, adenovirus, y virus de Epstein-Barr. Postulan los mecanismos causales como el daño directo por el virus, inmunomediado y por el aumento de la inflamación sistémica.

- [Emerging Invasive *Haemophilus influenzae* Type C Infection in a Hib-vaccinated Child: Implications for Surveillance.](#) Pediatr Infect Dis J. 2026 Feb 1;45(2):e67-e69.

Un grupo japonés detalla el caso de un lactante de 20 meses, inmunizado completamente frente a *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) que en contexto de fiebre y clínica catarral desarrolla edema importante en región orbitaria izquierda, con datos de absceso en dicha localización con sinusitis bilateral en tomografía computerizada, confirmándose absceso orbitario subperióstico mediante resonancia magnética. En analítica presentaba elevación de reactantes en fase aguda (22.1000/mcL leucocitos y 12.1 mg/dl de proteína C reactiva). Se realizó cirugía para drenaje y se inició antibioterapia con meropenem y vancomicina. Se aisló *Haemophilus influenzae* del serotipo C en hemocultivo, tras lo cual, según antibiograma, se desescaló a cefazolina para realizar 21 días de tratamiento en total.

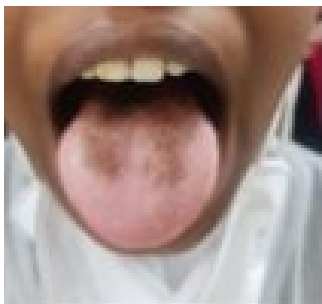
Las infecciones severas por cepas de *Haemophilus influenzae* de serotipos diferentes al B pueden darse en niños con inmunización completa. Además, su incidencia está aumentando dado el desplazamiento del Hib debido a la vacuna. En cuanto al manejo del absceso orbitario se incide en la importancia de su sospecha y diagnóstico precoz dado que la pronta instauración del tratamiento médico y quirúrgico es crucial para que se produzca una evolución favorable.

- [Black Hairy Tongue on Second Line Antituberculous Therapy: Don't Forget Linezolid Induced Lingua Villosa Nigra](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p e58, February 2026.

Varón de 10 años con de tuberculosis abdominal por el hallazgo de adenopatías necróticas en ecografía en el contexto de fiebre y dolor abdominal de 1 mes de duración. La confirmación microbiológica no se estableció. Se inició régimen terapéutico de primera línea con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Tres meses después reinició fiebre y dolor abdominal, en estudio de extensión las lesiones habían progresado a pulmón, pericardio, mediastino, hígado y bazo. Se realizó biopsia ganglionar abdominal en la que se identificó por PCR (Xpert MTB/RIF Ultra) *Mycobacterium tuberculosis* resistente a rifampicina, por lo que se cambió el tratamiento a bedaquilina, delamanid, moxifloxacino, linezolid, cycloserina, clofazimina y corticoides.

Tras un mes del inicio del tratamiento presentó coloración negruzca de la lengua. Negaba consumo de café, té u otros alimentos o productos con colorantes. Analítica sin alteraciones. Se suspendió linezolid por sospecha de lengua vellosa negra (efecto adverso típico de dicho antibiótico) tras lo cual la coloración se resolvió en 10 días. Se continuó con el resto del tratamiento hasta completarlo.

Se hace hincapié en la lengua vellosa negra como efecto adverso de ciertos medicamentos, entre ellos antipsicóticos y algunos antibióticos como linezolid, penicilina o eritromicina. El linezolid es cada vez más utilizado en pediatría en régimen de tratamiento oral para algunos cuadros infecciosos específicos, a veces en ciclos prolongados en el tiempo, por lo que se debe tener en cuenta dicho efecto secundario. Se deben descartar otras causas como la tinción por alimentos y la mala higiene. Se resuelve tras la suspensión del fármaco y son de utilidad los colutorios con antiséptico y el cepillado lingual.



- [Papillon-Lefèvre Syndrome Unmasked by Atypical Cat Scratch Disease](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p e61-e63, February 2026.

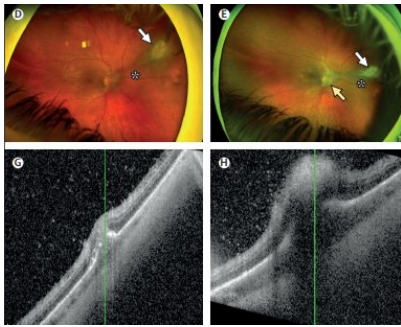
Se presenta el caso de una niña de 8 años con abscesos hepáticos de repetición, que asociaba queratodermia palmo-plantar y periodontitis marcada. En uno de los episodios de abscesos hepáticos, que cursaron con dolor abdominal y fiebre, la cual persistió a pesar de drenaje (con cultivo negativo) y antibioterapia de amplio espectro, se identificó positividad para IgG e IgM de *Bartonella henselae*. Se inició doxiciclina + rifampicina con mejoría clínica en las siguientes 48 horas. En examen genético se evidenció mutación en exon 5 de CTSC, compatible con síndrome de Papillon-Lefèvre el cual, además de queratodermia palmo-plantar, periodontitis con exfoliación precoz de los dientes e inmunodeficiencia por déficit en la función de los neutrófilos. Se hace hincapié en la sospecha de inmunodeficiencia ante la presencia de abscesos viscerales, sobre todo si son de repetición, así como de la enfermedad por arañazo de gato en pacientes inmunocomprometidos, aunque es el primer caso publicado que asocie dicha entidad con el síndrome de Papillon-Lefèvre.



- [Paediatric ocular toxocariasis with relentless progression despite negative metagenomic testing](#). Lancet Infect Dis 2026; 26: e130–31

Adolescente de 14 años británica, vivía en zona urbana y visitaba regularmente a familiares en Irlanda. Negaba contacto con animales. Se presentó con visión borrosa y enrojecimiento conjuntival de ojo derecho de 3 semanas de evolución. En fono de ojo se objetivó lesión coriorretiniana circular amarillenta con cambios en vítreo circundante. Analítica con hemograma normal. El estudio para tuberculosis (IGRA) y toxoplasmosis (serología) fue negativo. Sin embargo, dado que la lesión aumentó progresivamente se inició tratamiento antituberculoso empírico + azitromicina + moxifloxacino + prednisolona y se realizó vitrectomía. Se amplió estudio para toxocara, la serología en suero y vítero fueron positivas, pero no se encontró ADN de toxocara en vítreo por Next Generation Sequency. Se cambió el tratamiento a abendazol junto con continuación de corticoides 6 semanas y bevacizumab intravítreo con lo que se consiguió estabilizar la lesión.

Se incide en la importancia de los antecedentes de exposición, en concreto los viajes a Irlanda donde se habían reportado casos esporádicos de toxocariasis, además de la dificultad del diagnóstico con falsos negativos en técnicas moleculares.



- [Primary Salmonella Osteomyelitis of the Sternum](https://doi.org/10.1542/peds.2025-073145) . *Pediatrics* (2026) 157 (2): e2025073145. <https://doi.org/10.1542/peds.2025-073145>.

En este artículo se aborda una presentación clínica inusual de osteomielitis en la población pediátrica. Si bien la osteomielitis en niños suele ser de origen hematógeno y afectar principalmente a los huesos largos (siendo *Staphylococcus aureus* el patógeno más común), el artículo describe un caso de osteomielitis primaria del esternón causada por *Salmonella*.

El caso clínico se centra en un paciente con rasgo de hemoglobina E (heterocigoto), una condición que predispone a infecciones por patógenos atípicos como la *Salmonella*. Los autores detallan el manejo de esta infección poco frecuente y utilizan el caso para discutir la base biológica de la enfermedad, subrayando la importancia de considerar etiologías menos comunes y la susceptibilidad conferida por las hemoglobinopatías en diagnósticos diferenciales de infecciones óseas.

Para ampliar

- [Seroprevalence of measles antibodies in children with cancer: results of a 2024 UK service evaluation](#) (1 October, 2025). *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:141-146.

Resumen

Objetivo Evaluar la seroprevalencia del sarampión y las prácticas de pruebas en niños con cáncer en el Reino Unido

Diseño Evaluación multicéntrica de datos serológicos del sarampión en niños en tratamiento activo contra el cáncer entre enero y marzo (T1) de 2024.

Contexto Once centros de oncología pediátrica del Reino Unido (ocho centros de tratamiento principales y tres unidades de atención compartida).

Pacientes Niños menores de 18 años en tratamiento activo contra el cáncer con datos serológicos de sarampión en el momento del diagnóstico y/o siguiendo las directrices revisadas de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido en el primer trimestre de 2024.

Resultados Se incluyó a un total de 695 pacientes elegibles con una mediana de edad de 5,2 años (RIC 3,3-10,8 años). Se analizó la serología basal del sarampión en 545 pacientes, con un 89,0 % de resultados positivos para anticuerpos IgG. Se realizaron pruebas transversales de pacientes en el primer trimestre de 2024 en 289 pacientes, con un 78,5 % de seropositividad al sarampión. De los 121 pacientes evaluados en ambos puntos temporales que eran seropositivos al sarampión en el momento del diagnóstico, 23 (19,0 %) fueron seronegativos en la nueva prueba. La mayoría de los pacientes que perdieron la inmunidad humoral preexistente tenían un diagnóstico subyacente de leucemia (n = 16), seguido de tumor no sólido del sistema nervioso central (SNC) (n = 3), tumor del SNC (n = 2), linfoma (n = 1) y otros (n = 1). Aunque las probabilidades de perder inmunidad fueron mayores en los grupos de malignidad hematológica, esto no fue estadísticamente significativo (OR=1,44; IC del 95%: 0,52 a 3,99).

Conclusiones: Los niños con cáncer pueden perder la inmunidad humoral preexistente al sarampión durante el tratamiento. La variabilidad en las prácticas de prueba y el aumento de casos de sarampión a nivel nacional requieren un enfoque estandarizado. Es importante repetir la prueba del estado serológico del sarampión durante los brotes nacionales para identificar a los pacientes susceptibles que podrían requerir inmunoglobulina intravenosa posexposición.

- [Disease Burden of the 2024–2025 Influenza Season in Children: Insights from a Tertiary Center in Turkey.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p e63-e64, February 2026.

Estudio realizado en Turquía, país en el cual la vacunación antigripal está incluida en calendario para grupos de riesgo. Se identificaron 42 casos, la mitad de ellos (52.4%) menores de 5 años y casi un cuarto (23.8%) menores de 2 años. Sólo el 23.8% presentaba condiciones de riesgo. Además de la infección de vías bajas (28.6%) otros motivos frecuentes de ingreso fueron miositis (26.2%), fiebre prolongada (21.4%) y gastroenteritis (19%). Tres pacientes presentaron convulsiones, uno de ellos estatus convulsivo. Se resalta la importancia de la vacunación sistemática en la infancia más allá de los grupos de riesgo y de los pacientes de menor edad.

- [Infections in Young Elite Athletes: Risks, Impacts and Prevention.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(2):p e54-e57, February 2026.

Las infecciones son el principal problema médico entre los deportistas adolescentes de élite, y representan entre el 30 % y el 70 % de todas las consultas relacionadas con enfermedades durante una temporada competitiva. Estudios realizados en eventos olímpicos y campeonatos mundiales muestran que casi el 50 % de las enfermedades agudas son respiratorias, mientras que las infecciones gastrointestinales (GI), cutáneas y genitourinarias constituyen el resto. Las infecciones son una causa común de absentismo en los entrenamientos y las competiciones entre los deportistas jóvenes. Predominan las infecciones del tracto respiratorio superior, con una incidencia

estimada de 4,7 episodios por deportista y año. Incluso una sola semana de interrupción del entrenamiento por enfermedad puede reducir hasta en un 25 % la probabilidad de alcanzar los objetivos de rendimiento. Las infecciones GI y cutáneas también son frecuentes, especialmente en entornos de equipo. Los brotes de gastroenteritis (por ejemplo, norovirus, Salmonella) se han relacionado con las comidas y el alojamiento compartidos, mientras que las infecciones cutáneas como el impétigo, la tiña y el herpes son frecuentes en los deportes de contacto. Los datos sobre la etiología y los resultados de las infecciones en esta población siguen siendo limitados, y a menudo se basan en estudios retrospectivos que carecen de confirmación microbiológica. La falta de evidencias de alta calidad dificulta el desarrollo de directrices específicas para cada deporte, en particular las dirigidas a la población pediátrica. La edad de inicio en los deportes profesionales oscila entre los 13 y los 19 años en diversas disciplinas. Los jóvenes deportistas suelen minimizar los síntomas para no perderse los partidos. Por consiguiente, las vacunas, la aplicación de medidas preventivas, la detección precoz de enfermedades infecciosas y una evaluación médica cuidadosa son esenciales para garantizar un desarrollo deportivo seguro y eficaz en los deportistas de élite adolescentes.

COMENTARIO:

Artículo de revisión que aborda el tema de las infecciones en niños y adolescentes que practican deporte de alto rendimiento, los cuales acuden con relativa frecuencia a las consultas de Atención Primaria, además de a sectores médicos específicos por el grado de deporte que practican. Además de características epidemiológicas propias de dicho colectivo, y las recomendaciones generales desde el punto de vista de las infecciones, se tratan cuestiones como el impacto del deporte de alto nivel en el sistema inmunológico, las presentaciones típicas de las infecciones más frecuentes, los tiempos de recuperación previos a la reincorporación a la actividad deportiva y las medidas de prevención recomendadas.

- [Sustained Increase in Pediatric Mastoiditis in the Post-COVID-19 Era: A 9-Year Interrupted Time-Series Analysis Based on National Data](#). The Journal of Pediatrics, Volume 289, 114835

Evaluar el impacto de las intervenciones no farmacéuticas (INF) relacionadas con la pandemia de COVID-19 en la incidencia de casos de mastoiditis, patógenos causantes y complicaciones asociadas en niños.

Diseño del estudio

Realizamos un análisis poblacional de series temporales interrumpidas con datos de vigilancia nacional de Francia entre enero de 2016 y diciembre de 2024. Se incluyeron todos los casos de mastoiditis hospitalizados en menores de 18 años en Francia. El resultado principal fue la incidencia mensual de casos de mastoiditis, analizada mediante modelos de regresión cuasi-Poisson, considerando la estacionalidad.

Resultados

Se incluyeron 7390 casos hospitalizados de mastoiditis en niños. Tras una disminución de la incidencia de mastoiditis del 58,9 % (IC del 95 %: 68,2 % a 46,9 %, $p < 0,001$) durante el período de NPI estricto, se observó un aumento del 71,7 % (IC del 95 %: 26,4 % a 133,3 %, $p < 0,001$) en el período posterior a la NPI, en comparación con la tendencia esperada sin NPI. La proporción de casos complicados y aquellos que requirieron cirugía se mantuvo estable a lo largo del tiempo. Por patógeno, el aumento más importante en el período post-NPI se observó entre las mastoiditis causadas por *Streptococcus pyogenes* (+627,8%, IC del 95%: +269,1% a +1335,0%, $P < ,001$), seguido de *Streptococcus pneumoniae* (+135,6%, IC del 95%: +20,5% a +360,6%, $P = ,012$) y *Haemophilus influenzae* (+124,3%, -17,0% a +506,0%, $P = ,111$).

Conclusiones

En este estudio nacional poblacional de 9 años de duración, observamos un aumento sostenido en la incidencia y la etiología de la mastoiditis en niños durante el período posterior a la COVID-19. Nuestra hipótesis es que estos cambios, asociados con la IPN durante la pandemia y su eliminación tras la misma, reflejan consecuencias que deberían considerarse en el manejo de futuras pandemias.

- [Shifts in Pediatric Acute Mastoiditis: Unexplored Drivers and Management Implications.](#) The Journal of Pediatrics, Volume 289, 114894.

Chebib et al ¹ proporcionan información valiosa sobre las tendencias cambiantes en la mastoiditis aguda (MA) pediátrica, pero los factores clave que influyen en sus hallazgos justifican un **escrutinio** análisis más profundo. Aunque atribuyen la creciente incidencia de MA (74 frente a 27 casos/año) a las interrupciones de COVID-19 ¹, pasan por alto las posibles interacciones entre los virus respiratorios y los patógenos bacterianos. La evidencia reciente indica que las infecciones virales (p. ej., influenza y VSR) pueden aumentar la invasividad de *Streptococcus pyogenes* al alterar las barreras mucosas. ² Los datos de los autores muestran que los casos de MA aumentaron después de que se levantaran los mandatos de mascarillas (104 casos en 2022-2023 frente a 42 en 2021-2022) ¹, coincidiendo con el resurgimiento de la actividad viral. Esto es paralelo al informe de Jullien et al sobre el aumento de las complicaciones bacterianas pospandémicas, impulsadas por coinfecciones virales. ² La incorporación de pruebas virales en la vigilancia futura podría aclarar esta relación.

El sorprendente aumento de *Fusobacterium necrophorum* (19% de los casos de MA) sigue sin ser explorado. Si bien la detección mejorada de la reacción en cadena de la polimerasa explica parte del aumento, es probable que los cambios ecológicos tras la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada (PCV13) contribuyan a este aumento. La PCV13 reduce la portación nasofaríngea de neumococos de tipo vacunal, lo que podría facilitar la colonización anaerobia. [Hirschhorn et al.](#) observaron aumentos similares de *Fusobacterium* en regiones con alta cobertura de PCV, lo que sugiere posibles alteraciones del nicho microbiano inducidas por la vacuna. La serotipificación de aislamientos residuales de *Streptococcus pneumoniae* (23% de los casos) [podría](#) revelar

serotipos no vacunales que llenen este vacío, lo que informaría sobre las estrategias de vacunas de próxima generación.

[Cabe destacar que la tasa de mastoidectomía del 54% \(2021-2024\) contrasta marcadamente con las tendencias globales hacia el](#) tratamiento conservador. La revisión sistemática de Anne et al. observó tasas de cirugía de tan solo el 28% en la MA sin complicaciones y resultados comparables con el tratamiento médico. El protocolo institucional de los autores, que favorece el drenaje de los abscesos subperiósticos⁴ coincide con esta situación; sin embargo, la mastoidectomía sigue siendo alta. Esta discrepancia podría reflejar los umbrales regionales para la cirugía o las diferencias en la gravedad de los casos. La comparación con datos multicéntricos [podría](#) estandarizar las prácticas.

Las recomendaciones prácticas son las siguientes: Primero, integrar el diagnóstico viral (reacción en cadena de la polimerasa múltiple) en la vigilancia de la MA para dilucidar las interacciones virus-bacterias. Segundo, analizar los serotipos *de S. pneumoniae* en casos residuales para evaluar la aparición de cepas no vacunales. Tercero, desarrollar criterios quirúrgicos estratificados por riesgo utilizando predictores como la identidad del patógeno (p. ej., complicaciones ligadas a *Fusobacterium*¹) y el tamaño del absceso. Estas medidas optimizarían la optimización del uso de antibióticos y la asignación de recursos quirúrgicos.

- [Safety of Direct Amoxicillin Challenges to Evaluate Penicillin Allergy in Infants and Toddlers](#). J Pediatr. 2026 Feb;289:114904.

Abstracto

En una cohorte retrospectiva de dos centros pediátricos de referencia, demostramos que las pruebas de provocación directas con amoxicilina parecen ser seguras en bebés y niños pequeños con una etiqueta de alergia a la penicilina de bajo riesgo. Nuestros datos respaldan la ampliación de los beneficios de la desetiqueta temprana de alergia a la penicilina a esta población.

- [Barriers and Facilitators to Implementing Watchful Waiting for Pediatric Acute Otitis Media](#). J Pediatr. 2026 Feb;289:114904.

Evaluar los factores facilitadores y las barreras de la conducta expectante en casos de otitis media aguda (OMA) no grave, como lo recomienda la Academia Estadounidense de Pediatría, en lugar del inicio inmediato de antibióticos.

Diseño del estudio

En un estudio cualitativo, se empleó un muestreo intencional para reclutar a profesionales clínicos y administradores clínicos de tres sistemas de salud para entrevistas semiestructuradas, y un muestreo por conveniencia para reclutar a padres de niños de 6 meses o más con diagnóstico reciente de otitis media aguda (OMA) para grupos focales. El estudio se guió por el Modelo Práctico Robusto de Implementación y Sostenibilidad. Las entrevistas se analizaron mediante el Proceso de Evaluación Rápida.

Resultados

Cuarenta y cuatro participantes (23 médicos/administradores y 21 padres) participaron en entrevistas y grupos focales. Las barreras para la espera vigilante incluyeron la falta de flujos de trabajo y sistemas estandarizados que apoyen el proceso, limitaciones de tiempo, confianza bidireccional, instrucciones y procesos poco claros para los padres, temor a complicaciones, ideas erróneas de los padres sobre los antibióticos y preocupaciones de los padres sobre el manejo del dolor. Los obstáculos a nivel de paciente incluyeron factores sociales, como el acceso al transporte, las limitaciones de comunicación y la situación económica. Los facilitadores incluyeron una sólida cultura de administración, una buena relación entre la familia y el médico, y el deseo de los padres de participar en la toma de decisiones.

Conclusiones

Nuestros hallazgos sugieren que médicos, administradores y padres son receptivos a la espera vigilante para el manejo de la otitis media aguda en niños. Se identificaron varios factores modificables que podrían respaldar la utilización de la espera vigilante y reducir el uso innecesario de antibióticos en niños.

- [Milk as a Transmission Vehicle for Highly Pathogenic Avian Influenza A \(H5N1\)](#)
Pediatrics (2026) 157 (2): e2025072525.

La influenza aviar A altamente patógena (H5N1) (H5N1 en adelante) es un patógeno emergente en mamíferos. El reciente reconocimiento del H5N1 en ganado lechero aumenta las oportunidades de exposición e infección en humanos y puede acelerar una trayectoria hacia la transmisión sostenida entre humanos. Además, la presencia del virus en altas concentraciones en la leche no pasteurizada plantea nuevos riesgos para los humanos, especialmente para bebés y niños.

La leche ha sido identificada como un vehículo para la transmisión viral en y entre especies de mamíferos, incluyendo a los humanos. Los ácidos siálicos (AS) que se encuentran en las superficies celulares son mediadores importantes de la susceptibilidad de las especies a cepas específicas de influenza y juegan un papel importante en el tropismo viral.

Nuevos datos demuestran que los receptores de SA con enlaces $\alpha 2,3$ capaces de unirse a cepas de influenza aviar están presentes en el tejido mamario humano. La presencia de receptores de SA que pueden unirse a la influenza aviar y un análisis comparativo del riesgo de transmisión viral de la leche cruda y pasteurizada en varias especies de mamíferos tienen implicaciones para la alimentación humana con leche. Durante este período de infecciones humanas esporádicas por H5N1, se justifica una mayor investigación y colaboración para abordar el riesgo potencial de contaminación de la leche materna.

Los bebés y los niños son particularmente vulnerables a las infecciones emergentes durante las pandemias y tienen necesidades únicas que pueden pasarse por alto. La

preparación ante una pandemia debe abordar las necesidades de todas las poblaciones en todas las etapas de la vida, incluyendo el embarazo y la infancia, e incluir el apoyo a la seguridad de la leche materna.

- [Is Sensorineural Hearing Loss Predictable among Infants with Congenital Cytomegalovirus Infection?](#). The Journal of Pediatrics, Volume 289, 114973.

Un estudio retrospectivo en este número de *The Journal* agudiza nuestra comprensión de la pérdida auditiva neurosensorial (SNHL) relacionada con la infección congénita por citomegalovirus (cCMV). DeLille et al informan sobre 244 bebés con cCMV que fueron evaluados y seguidos durante ≥ 4 años en el Centro de Otorrinolaringología Pediátrica del Hopital Necker-Enfants Malades. Las principales fortalezas de su estudio son los datos maternos antes o durante el embarazo en 180 casos, lo que permitió a los investigadores identificar el tipo y el momento de la infección; 87 (48%) ocurrieron durante el primer trimestre y el 95% de las infecciones durante cualquier trimestre fueron primarias (solo 13 fueron no primarias, ya sea debido a reinfección o reactivación). La composición de la cohorte de referencia, así como el momento temprano de la infección cuando se conoce, probablemente explica el alto porcentaje (62%) de la cohorte de 244 con infección clínica (incluido el 60% que tuvo anomalías aisladas en las imágenes cerebrales). La prevalencia de SNHL al nacer fue del 27% en aquellos con infección clínica y del 0% en otros; a los 4 años, la SNHL aumentó al 35% y al 2%, respectivamente. Los riesgos relativos de SNHL identificable al nacer fueron infección en el primer trimestre, anomalías en las neuroimágenes, síntomas clínicos y oído contralateral afectado. Ningún paciente presentó deterioro transitorio de la audición, excepto durante episodios de infección del oído medio. Aunque ningún niño cuya infección se produjo después del primer trimestre desarrolló SNHL durante los 4 años de seguimiento, estos 93 casos no excluyen un pequeño riesgo de deterioro auditivo debido al cCMV. En este excelente estudio de cohorte repleto de datos, hay varias salvedades para el lector atento que ayudan a poner los hallazgos en perspectiva, incluido el tipo de pruebas de audición realizadas y la no consideración del tratamiento antiviral prenatal y posnatal recibido por algunos pacientes.

- [Hearing Trajectories in Congenital Cytomegalovirus Infection: A 4-Year Follow-Up Study](#). The Journal of Pediatrics, Volume 289, 114865.

Investigar la evolución de la audición a largo plazo en niños con citomegalovirus congénito (cCMV) e identificar factores predictivos del deterioro auditivo.

Diseño del estudio

Estudio retrospectivo unicéntrico en un centro terciario de referencia de otorrinolaringología pediátrica en París. El estudio incluyó a 244 pacientes con CMV nacidos entre enero de 2013 y diciembre de 2018, con infección documentada y al menos 4 años de seguimiento auditivo. Los datos recopilados incluyeron antecedentes prenatales, diagnóstico, síntomas al nacer, pruebas complementarias y terapia. Los umbrales auditivos se midieron cada 6 meses durante 2 años y posteriormente anualmente.

Resultados

Al nacer, la prevalencia de pérdida auditiva neurosensorial (SNHL) relacionada con cCMV en esta cohorte fue del 10 %. A los 4 años, la prevalencia aumentó al 15 % en general (35 % de pacientes sintomáticos y 2 % de asintomáticos). No se observaron fluctuaciones significativas, excepto en el caso de otitis media intercurrente con efusión. Los factores de riesgo de SNHL incluyeron anomalías en las imágenes cerebrales (OR = 7,4 [IC del 95 %: 3-20,1], $p < 0,001$), síntomas clínicos al nacer (OR = 5,9 [IC del 95 %: 1,8-19,6], $p < 0,01$), oído contralateral afectado al nacer (OR = 6,7 [IC del 95 %: 2,9-15,4], $p < 0,001$) e infección en el primer trimestre (OR = 3,7 [IC del 95 %: 1,6-9,6], $p < 0,01$).

Conclusiones

Los factores de riesgo identificables de SNHL pueden orientar el tratamiento y el asesoramiento parental de pacientes con cCMV.

- [Epidemiology and Risk Factors of Pediatric *Clostridioides difficile* Infection: A Nationwide Claims-based Comparison With Adults in Japan](#). *Pediatr Infect Dis J*. 2025 Sep 12;45(2):126–131.

INTRODUCCIÓN

La infección pediátrica por *Clostridioides difficile* (ICD) es un problema cada vez más preocupante, pero los datos a nivel nacional en Japón son escasos. Las directrices actuales suelen desaconsejar las pruebas de ICD en lactantes debido a la baja incidencia prevista de la enfermedad clínica. Nuestro objetivo era caracterizar la epidemiología y los factores de riesgo de la ICD pediátrica en Japón, centrándonos en los patrones específicos por edad y los casos de origen comunitario.

MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo utilizando la base de datos de reclamaciones del Centro Médico de Datos de Japón de 2013 a 2022. Los casos de ICD se definieron por la presencia tanto de pruebas diagnósticas como de tratamiento anti-ICD en un plazo de 7 días. Se excluyeron los episodios que recayeron en un plazo de 8 semanas. El entorno de aparición de la ICD se clasificó según los criterios del CDC/NHSN. Los factores de riesgo se evaluaron por edad y entorno de aparición.

RESULTADOS

De los 4090 casos de ICD, 284 eran pediátricos. La incidencia en niños de 0 a 2 años fue comparable a la de los niños mayores, lo que pone en tela de juicio las hipótesis actuales. Los perfiles de factores de riesgo variaban según el grupo de edad y el entorno, siendo la enfermedad inflamatoria intestinal un factor de riesgo destacado en los niños (28,9 % frente al 14,8 % en adultos/adultos mayores), especialmente en adolescentes (43,5 %). Es importante destacar que casi la mitad de los casos pediátricos de ICD de aparición comunitaria no habían estado expuestos previamente a antibióticos.

CONCLUSIÓN

Este primer estudio a gran escala sobre la ICD pediátrica en Japón reveló que la ICD puede aparecer en niños sin exposición previa a antibióticos, especialmente en entornos comunitarios. Estos hallazgos respaldan la consideración de revisar las estrategias de tratamiento de la ICD pediátrica.

COMENTARIO

Se clasifican las ICD en tres subtipos según el ámbito de la adquisición: hospitalarias, comunitarias y comunitarias asociadas a cuidados sanitarios. En población pediátrica existen factores de riesgo para dicha infección, como la enfermedad inflamatoria intestinal y la nutrición enteral por sonda, pero difieren de aquellas propias de los adultos. Además, en las ICD adquiridas en la comunidad, la asociación con la antibioterapia previa no suele ser tan prevalente, teniendo más peso los factores relacionados con otras exposiciones.

*Hay que recordar que los menores de dos años son portadores habituales asintomáticos de *C. difficile*, dada la inmadurez en ellos para el receptor de la toxina, por lo que no se recomienda el análisis rutinario de dicho patógeno en este grupo de edad. Dicho factor se incluye como limitación en el presente estudio ya que no se puede diferenciar la colonización de la verdadera infección por debajo de esa edad. Otras limitaciones que se mencionan son que los factores de riesgo evidenciados en pediatría pueden asociar per se diarrea y que no se estudiaron la severidad u otros variables clínicas.*

- [Influenza Vaccine Effectiveness Among Children With and Without Underlying Conditions](#) *Pediatrics* (2026) 157 (2): e2025072184.

OBJETIVO

Los niños con ciertas afecciones subyacentes tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves relacionadas con la influenza. En Estados Unidos, se recomienda la vacunación anual contra la influenza para todos los niños de 6 meses o más; sin embargo, la efectividad de la vacuna (EV) en niños con afecciones subyacentes sigue siendo menos conocida. Evaluamos la EV frente a la influenza confirmada en niños con y sin afecciones subyacentes que acudieron a servicios de urgencias o ingresaron en hospitales.

MÉTODOS

Se inscribieron niños estadounidenses de 6 meses a 17 años en siete centros médicos pediátricos de la Red de Vigilancia de Nuevas Vacunas durante cinco temporadas de influenza (2015-2020). El estado de influenza se confirmó mediante pruebas moleculares y el estado de vacunación se verificó mediante registros estatales de vacunación o consulta con profesionales de la salud. Las enfermedades subyacentes se obtuvieron de las historias clínicas o fueron reportadas por los padres o tutores. La efectividad de la vacunación (EV) se estimó comparando la probabilidad de vacunación entre los casos positivos a influenza y los controles, ajustando por edad, centro y fecha de vacunación.

RESULTADOS

De los 15875 niños incluidos, 2821 (18%) dieron positivo en la prueba de influenza. En general, la efectividad de la vacuna contra la influenza en las visitas a urgencias u hospitalizaciones asociadas con la influenza fue del 43% (IC del 95%: 35%-50%) para los niños con afecciones subyacentes y del 53% (IC del 95%: 47%-59%) para los que no la tenían, y hubo una modificación significativa de la medida del efecto por la presencia de afecciones subyacentes ($p = 0,04$). La efectividad de la vacuna fue menor entre los niños con afecciones respiratorias (31%, IC del 95%: 19%-42%).

CONCLUSIÓN

La vacunación contra la gripe proporcionó protección tanto a niños con como sin afecciones subyacentes. Los esfuerzos para mejorar la cobertura de la vacunación contra la gripe e iniciar un tratamiento temprano para la gripe, en particular en poblaciones con mayor riesgo de gripe grave, son esenciales para reducir las complicaciones asociadas a la gripe.

- [SARS-CoV-2-Specific Immune Responses to Vaccination in Children and Adolescents with Suppressed Immune Systems: A Prospective, Observational Study](#). The Journal of Pediatrics, Volume 289, 114873.

Investigar la preocupación de que los niños y jóvenes (CYP) que reciben tratamientos inmunosupresores presenten respuestas deterioradas a las vacunas, en comparación con los controles sanos.

Diseño del estudio

Incluimos prospectivamente a niños y jóvenes de 5 a 17 años que recibían terapias modificadoras de la respuesta biológica humoral y celular para afecciones inflamatorias reumatológicas (ARI), postrasplante de órgano sólido (TPSO) o quimioterapia oncológica, antes o después de la vacunación rutinaria con la vacuna BNT162b2. La respuesta a la vacunación contra el SARS-CoV-2 se evaluó mediante anticuerpos anti-SARS-CoV-2 (Roche Diagnostics) y respuestas de linfocitos T (Oxford Immunotec). La respuesta al virus de tipo salvaje y a las variantes del SARS-CoV-2 (BA5, XBB1.5) se evaluó mediante un ensayo de microneutralización. Los datos de control se obtuvieron de ComCOV3.

Resultados

Se inscribieron 125 participantes elegibles (RIC $n = 54$ [43,2%], PSOT $n = 49$ [39,2%], cáncer $n = 22$ [17,6%]); 58 (46,4%) mujeres; edad media, $12,9 \pm 2,9$ años. Setenta y nueve participantes (63,2%) tenían COVID-19 previa y 28 (22,4%) no estaban vacunados antes del estudio; 97 participantes (77,6%) recibieron ≥ 1 vacuna; 13 (10,4%) reportaron infección por COVID-19 durante el seguimiento. Los CYP que recibieron quimioterapia para el cáncer tuvieron respuestas de anticuerpos más bajas después de la vacuna: anticuerpos anti-SARS-CoV-2 (mediana, 26,7 AU/mL; RIQ, 2,3-1088,0 AU/mL) en comparación con RIC (mediana, 6970,0 AU/mL; RIQ, 1417,0-18163,0 AU/mL) y PSOT (mediana, 7899,0 AU/mL; RIQ, 1711,0-19201,0 AU/mL) (ambos $P < .0001$). Las

respuestas de las células T también se redujeron en el grupo de cáncer (mediana, 8,0 SFC/10⁶ PBMC; RIQ, 0,0-48,0 SFC/10⁶ PBMC) en comparación con RIC (mediana, 110,0 SFC/10⁶ PBMC; RIQ, 44,0-260,0 SFC/10⁶ PBMC; $P = ,009$) y PSOT (mediana, 74,0 SFC/10⁶ PBMC; RIQ, 32,0-160,0 SFC/10⁶ PBMC; $P = ,003$).

Conclusiones

Los niños que recibieron terapias inmunosupresoras para la RIC y la PSOT presentaron respuestas de anticuerpos y células T tras la tercera dosis de la vacuna que se acercaron a los niveles reportados en controles sanos. Sin embargo, los niños que recibieron quimioterapia oncológica mostraron una reducción sustancial de las respuestas humoral y de células T.

- [Reacciones adversas a la vacuna COVID-19 en población pediátrica en España](#)

An Pediatr (Barc). 2026;104:504088. **OK**

Introducción

En diciembre de 2021 comenzó en España la campaña de vacunación contra la COVID-19 en niños de 5 a 11 años. A pesar del buen perfil de seguridad de la vacuna (Comirnaty®) en los estudios precomercialización, suscitó cierta incertidumbre en la población por su rápida implementación y tecnología novedosa, llevando a los padres incluso a dudar sobre la vacunación de sus hijos. Existen pocos estudios poscomercialización en condiciones reales para evaluar la seguridad y respaldar decisiones clínicas y epidemiológicas fundamentadas.

Objetivo

Evaluar la incidencia y las características de las reacciones adversas tras la vacunación pediátrica frente a la COVID-19.

Material y métodos

Estudio observacional, ambispectivo y descriptivo, realizado en un hospital terciario. Se incluyeron 2.126 niños de 5 a 11 años. Se recogieron reacciones adversas a medicamentos (RAM) mediante entrevistas telefónicas, revisión de historia clínica y registros institucionales, evaluadas por un comité experto según criterios de causalidad y gravedad preestablecidos.

Resultados

El 35,6% presentaron al menos una RAM, con un total de 1.437 reacciones. La mayoría fueron leves (99,5%) y de resolución espontánea. Solo un caso fue clasificado como grave. Las RAM más frecuentes fueron dolor en el lugar de inyección (57,1%), fiebre (11,1%) y cefalea (5,7%). No se identificó mayor reactogenicidad tras la segunda dosis. El 65,1% de las RAM fueron clasificadas como «definidas» o «probables».

Conclusiones

La vacuna Comirnaty® mantiene un perfil de seguridad favorable en población pediátrica en condiciones reales, con predominio de RAM leves, autolimitadas y con escasa necesidad de atención médica.

- [Long COVID associated with SARS-CoV-2 reinfection among children and adolescents in the omicron era \(RECOVER-EHR\): a retrospective cohort study.](#) Lancet Infect Dis 2026; 26: 127–38.

INTRODUCCIÓN

Las secuelas posagudas de la infección por SARS-CoV-2 (SPAC) siguen siendo un importante desafío para la salud pública. Aunque los estudios previos se han centrado en caracterizar las SPAC en niños y adolescentes tras una infección inicial, los riesgos de SPAC tras la reinfección con la variante Ómicron siguen sin estar claros. Nuestro objetivo fue evaluar el riesgo de diagnóstico de SPAC y los síntomas y afecciones potencialmente relacionados con la SPAC en niños y adolescentes tras una reinfección por SARS-CoV-2 durante el periodo de Ómicron.

MÉTODOS

Este estudio de cohorte retrospectivo utilizó datos de 40 hospitales infantiles e instituciones sanitarias de EE. UU. que participan en la Iniciativa de Investigación del COVID para Mejorar la Recuperación (RECOVER). Se incluyó a pacientes menores de 21 años en el momento de la inclusión en la cohorte, con infección por SARS-CoV-2 documentada después del 1 de enero de 2022 y que habían acudido al menos una vez a consultas médicas en los 24 meses a los 7 días anteriores a la primera infección. La segunda infección por SARS-CoV-2 se confirmó mediante PCR positiva, pruebas de antígenos o un diagnóstico de COVID-19 que se produjo al menos 60 días después de la primera infección. El criterio de valoración principal fue un diagnóstico de SPAC documentado por un médico. Los criterios de valoración secundarios fueron 24 síntomas y afecciones previamente identificados como potencialmente relacionados con el SPAC. Utilizamos el modelo de regresión de Poisson modificado para estimar el riesgo relativo (RR) entre el segundo y el primer episodio de infección, ajustado por factores demográficos, clínicos y de utilización de la asistencia sanitaria mediante el emparejamiento exacto y por puntuación de propensión.

RESULTADOS

Se identificaron 407 300 (87,5 %) de los 465 717 niños y adolescentes elegibles con un primer episodio de infección y 58 417 (12,5 %) con un segundo episodio de infección entre el 1 de enero de 2022 y el 13 de octubre de 2023 en la base de datos RECOVER. 233 842 (50,2 %) pacientes eran varones y 231 875 (49,8 %) eran mujeres. La edad media era de 8,17 años (DE 6,58). La tasa de incidencia del diagnóstico de SPAC por millón de personas cada seis meses fue de 903,7 (IC del 95 %: 780,9-1026,5) en el grupo de primera infección y de 1883,7 (1565,1-2202,3) en el grupo de segunda infección. La reinfección se asoció con un aumento significativo del riesgo de

diagnóstico global de SPAC (RR 2,08 [1,68-2,59]) y una serie de síntomas y afecciones potencialmente relacionados con el SPAC (RR 1,15-3,60), entre ellos miocarditis, alteraciones del gusto y el olfato, tromboflebitis y tromboembolia, cardiopatías, lesión renal aguda, alteraciones hidroelectrolíticas, dolor generalizado, arritmias, enzimas hepáticas anormales, dolor torácico, fatiga y malestar, dolor de cabeza y malestar general, tromboflebitis y tromboembolia, cardiopatía, lesión renal aguda, alteración de líquidos y electrolitos, dolor generalizado, arritmias, enzimas hepáticas anormales, dolor torácico, fatiga y malestar, dolor de cabeza, dolor musculoesquelético, dolor abdominal, enfermedad mental, POTS o disautonomía, deterioro cognitivo, afecciones cutáneas, fiebre y escalofríos, signos y síntomas respiratorios, y signos y síntomas cardiovasculares.

INTERPRETACIÓN

Los niños y adolescentes se enfrentan a un riesgo significativamente mayor de sufrir diversos efectos del síndrome post-COVID-19 tras la reinfección por el SARS-CoV-2. Estos hallazgos se suman a las pruebas anteriores que relacionan el COVID prolongado pediátrico con efectos multisistémicos y destacan la necesidad de promover la vacunación en las poblaciones más jóvenes y apoyar la investigación en curso para comprender mejor el síndrome post-COVID-19, identificar subgrupos de alto riesgo y mejorar las estrategias de prevención y atención.

COMENTARIO

Los efectos del covid 19 en la población pediátrica son leves en la actualidad, aunque los mismos se pueden incrementar en el caso de aquellos que se prolongan en el tiempo como es el caso del covid prolongado. De forma interesante, en el artículo se hace referencia a ciertas evidencias de protección que aporta la vacunación frente a estos efectos a largo plazo. Es interesante tener en cuenta lo minucioso del estudio en cuanto a que centra esfuerzos en descartar posibles factores confusores y en incluir una amplia gama de síntomas clínicos, pero siguen existiendo limitaciones de la índole de la dificultad de establecer una relación temporal exacta con la infección y la ausencia de ponderación según la etnia (falta de representación de algunos subgrupos), estatus socioeconómico o hábitos de salud (por ejemplo, pacientes con obesidad).

- [A Longitudinal Cohort Study of Children with Peripheral Facial Nerve Palsy in Lyme Disease Endemic Areas](#). J Pediatr. 2026 Feb;289:114879.

En nuestra cohorte longitudinal de 385 niños con parálisis facial periférica, 7 de 145 (4,8 %; IC del 95 %: 2,4-9,6 %) con enfermedad de Lyme no recibieron inicialmente los antibióticos adecuados, y 98 de 240 (40,8 %; IC del 95 %: 34,8-47,2 %) con parálisis facial idiopática recibieron antibióticos innecesariamente. Un diagnóstico rápido y preciso de la enfermedad de Lyme podría mejorar el tratamiento inicial.

- [Hospitalization Outcomes of Full-Term and Premature Children Aged Less Than 2 Years Hospitalized With RSV](#) *Pediatrics* (2026) 157 (2): e2025072578.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad puede aumentar el riesgo de enfermedad grave por el virus respiratorio sincitial (VRS) en niños pequeños debido a diferencias en el desarrollo pulmonar. Describimos las características de los niños menores de 2 años hospitalizados por VRS según su prematuridad y displasia broncopulmonar (DBP), y examinamos ambos factores de riesgo para desenlaces hospitalarios graves.

MÉTODOS

Durante el período 2016-2023, se realizó una vigilancia poblacional en 7 centros médicos para hospitalizaciones con enfermedad respiratoria aguda asociada al VSR en niños. Se utilizó la regresión de Poisson con varianza robusta para estimar los riesgos relativos ajustados (RRa) de hospitalización prolongada (≥ 3 días), ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y ventilación asistida por edad en niños prematuros con y sin DBP, en comparación con los niños nacidos a término después del ajuste por el centro de vigilancia y la recepción de palivizumab.

RESULTADOS

Entre 5844 niños, 4626 (79.2%) nacieron a término y 1218 (20.8%) fueron prematuros, incluyendo 1138 (93.4%) sin DBP y 80 (6.6%) con DBP. En comparación con los niños a término, todos los niños prematuros tuvieron un mayor riesgo de hospitalización prolongada (RRa = 1.3; IC del 95%: 1.2-1.5), ingreso en UCI (RRa = 1.4; IC del 95%: 1.2-1.6) y ventilación asistida (RRa = 2.0; IC del 95%: 1.4-2.8) a una edad cronológica menor de 6 meses. Los niños prematuros con DBP también tuvieron un mayor riesgo de hospitalización prolongada a todas las edades hasta los 23 meses.

CONCLUSIONES

Los niños prematuros representaron 1 de cada 5 hospitalizaciones entre los niños menores de 2 años hospitalizados con VSR. En comparación con los niños nacidos a término, todos los niños prematuros tuvieron un mayor riesgo de resultados hospitalarios graves en la primera infancia, y aquellos con DBP siguieron teniendo un mayor riesgo de hospitalización prolongada hasta los 23 meses de edad.

- [Influenza Antiviral Use in Hospitalized Children Before and During the COVID-19 Pandemic](#) *Pediatrics* (2026) 157 (2): e2025071898.

OBJETIVO

La pandemia de COVID-19 puede haber afectado la atención de los pacientes con gripe. Se analiza el uso de antivirales contra la gripe y los factores asociados en niños hospitalizados con gripe antes y durante la última fase de la pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Se realizó un estudio entre niños estadounidenses con enfermedad respiratoria aguda en 7 centros de la Red de Vigilancia de Nuevas Vacunas antes de la pandemia de COVID-19 (del 1 de diciembre de 2016 al 31 de marzo de 2020) y durante el período tardío de la pandemia (del 1 de julio de 2021 al 30 de junio de 2023). Incluimos a niños hospitalizados dentro de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas que tuvieron resultados positivos para la influenza. Se comparó las proporciones de incidencia del uso de antivirales contra la influenza en la pandemia tardía con las del período prepandémico.

RESULTADOS

Entre 1560 niños hospitalizados con influenza, el uso de antivirales osciló entre el 48.3 % y el 56.8 % antes de la pandemia, pero disminuyó al 38.1 % entre 2021 y 2022 y al 46.1 % entre 2022 y 2023. El uso estimado de antivirales fue un 23 % menor en la pandemia tardía (razón de proporción de incidencia, 0.77; IC del 95 %, 0.68-0.87) en comparación con el período prepandémico. Durante la pandemia tardía, los factores asociados con mayores probabilidades de uso de antivirales incluyeron la presencia de una afección médica subyacente, la vacunación contra la influenza de la temporada actual, las pruebas clínicas de influenza, el ingreso en la unidad de cuidados intensivos y el centro.

CONCLUSIONES

El uso de antivirales contra la influenza en niños hospitalizados con influenza siguió siendo subóptimo después de la pandemia de COVID-19. Nuestro estudio destaca la necesidad de mejorar el uso de antivirales en niños hospitalizados con influenza

- [Clinical evaluation of a rapid antigen detection test for the diagnosis of *tinea unguium*](#). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2026;44:503067. 503067.

Actualmente, el diagnóstico de la onicomicosis por dermatofitos se basa en el examen microscópico directo (EMD) y el cultivo fúngico de material ungüeal. Este estudio evalúa el rendimiento clínico del ensayo de detección rápida de antígeno (DRA) PreventID Dermatophyte, en comparación con los métodos convencionales para el diagnóstico de *tinea unguium*.

Métodos

Entre Febrero y Julio de 2024, 48 muestras ungueales, recogidas en el Hospital Universitario de Navarra, España, fueron incluidas en la evaluación. Además del EMD y del cultivo, se realizó la DRA. En caso de discrepancias, se empleó la qPCR Novaplex™ Dermatophyte.

Resultados

La DRA mostró un rendimiento comparable al del EMD y el cultivo, con concordancias del 80,9% y el 80,0%, respectivamente. La detección de resultados falsamente negativos y positivos subraya la necesidad de recurrir a procedimientos complementarios, como el EMD y el cultivo.

Conclusiones

En conclusión, la prueba PreventID Dermatophyte proporciona resultados rápidos y fiables, con un desempeño aceptable.

- [A New Therapeutic Broadcast on Hepatitis D, a Satellite Virus](#). N Engl J Med 2026;394:396-398

El virus de la hepatitis D (VHD) se conoce como un virus satélite porque requiere el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (VHB) (HBsAg) para entrar en los hepatocitos y completar su ciclo vital. El VHD es el patógeno humano más pequeño, con un genoma de ARN monocatenario de aproximadamente 1.7 kb de longitud. Sin embargo, la infección crónica por VHD es la forma más grave de hepatitis viral.¹ Hay ocho genotipos conocidos de VHD en todo el mundo, con diversas distribuciones geográficas. Actualmente, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no ha aprobado ninguna terapia para la infección crónica por VHD, aunque se han utilizado interferón e interferón pegilado fuera de indicación. Análogos de nucleósidos o nucleótidos...

- [Evaluating the impact of a parent champion model on bronchiolitis hospitalisation rates: a difference in differences study](#) (22 October, 2025) *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:173-179

Resumen

Antecedentes La bronquiolitis y sus consecuencias tienen fuertes determinantes socioeconómicos. En Liverpool, una ciudad con altos niveles de privación y hospitalizaciones por bronquiolitis superiores a la media, implementamos la intervención "Padres Campeones Respiratorios en la Comunidad". Los padres campeones recibieron formación por parte de pediatras y organizaciones comunitarias. Brindaron apoyo entre pares y educación sobre la bronquiolitis y los factores de riesgo modificables en los centros infantiles locales.

Métodos Utilizando registros de salud electrónicos anónimos y vinculados de niños nacidos en Cheshire y Merseyside entre 2016 y 2023, utilizamos métodos de diferencias en diferencias ponderadas por la probabilidad inversa del tratamiento para comparar el cambio en las admisiones mensuales por bronquiolitis después de que se introdujo la intervención en la cohorte de intervención con el cambio en las admisiones de niños que vivían en otras salas de la región que no habían recibido la intervención, ajustando las diferencias entre poblaciones.

Resultados Ocho Padres Campeones Respiratorios realizaron 18.050 contactos familiares en 16 salas de Liverpool durante un período de 24 meses. La intervención se asoció con una reducción de los ingresos a urgencias de 128 por cada 100.000 niños al mes (IC del 95%: 43 a 214; $p < 0,01$), en comparación con la cohorte sin intervención. Esto equivale a una reducción del 23,8% en los ingresos o a un total de 107 (IC del 95%: 36 a 179) ingresos ahorrados al año en la cohorte de intervención. El coste preliminar estimado de los ingresos anuales ahorrados fue de 219.243 libras esterlinas, con un ahorro neto de 101.283 libras esterlinas al año (–44.196 libras esterlinas a +248.811 libras esterlinas) después de contabilizar el coste de emplear a los Padres Campeones.

Interpretación Este estudio destaca el potencial de una intervención coproducida y dirigida por la comunidad para aliviar las cargas de atención médica y abordar las desigualdades socioeconómicas en las enfermedades respiratorias infantiles.

- [Manejo del recién nacido con riesgo de sepsis vertical](#) An Pediatr (Barc). 2026;104:504106

La sospecha de sepsis vertical es uno de los diagnósticos más frecuentes en las unidades neonatales, aunque en la mayoría de los casos la infección no se confirma, con la consiguiente sobreutilización de antibioterapia empírica y los posibles efectos adversos a corto y largo plazo. En este documento se presenta el abordaje diagnóstico y terapéutico de la sepsis vertical y se proponen recomendaciones basadas en la evidencia y en datos epidemiológicos nacionales para optimizar el manejo del recién nacido con riesgo de sepsis vertical en función de su edad gestacional y nivel individual de riesgo, con el fin de promover el uso racional de la antibioterapia en el periodo neonatal.