

Bibliografía Agosto 2026

Top Ten

- [Managing Fever Without Source in Well-appearing Young Infants: A Pragmatic Approach.](#) *Pediatric Infectious Disease Journal* 45(8):p e320-e324, August 2026.

Los recién nacidos y los lactantes pequeños presentan un mayor riesgo de sufrir una infección bacteriana invasiva (IBI), definida como infección bacteriémica y/o meningitis bacteriana. La fiebre (temperatura corporal rectal $\geq 38^{\circ}\text{C}$) puede ser el único síntoma clínico presente [fiebre sin causa aparente (FSF)], y muchos de estos lactantes presentan un buen aspecto clínico. A pesar de la considerable variabilidad en el manejo clínico de los lactantes menores de 2 meses con FSF —lo que da lugar a un uso excesivo de pruebas diagnósticas invasivas, ingresos hospitalarios y tratamiento antibiótico empírico (—, en la última década han surgido enfoques más adaptados al riesgo. Un hito importante fue la publicación en 2021 de la Guía de Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría, que proporciona algoritmos estructurados para la evaluación y el manejo de lactantes febriles con buen aspecto clínico de más de 7 y hasta 60 días de edad. Desde entonces, varios registros de urgencias pediátricas, incluidas redes de España, Francia y el Reino Unido, han aportado evidencia adicional y planteado cuestiones importantes sobre la equiparabilidad de estas directrices en los distintos sistemas sanitarios. El objetivo del presente artículo es resumir los avances clave desde 2021, evaluar críticamente la nueva evidencia y debatir la aplicabilidad de las estrategias actuales de estratificación del riesgo a los entornos clínicos europeos, con especial atención a la toma de decisiones clínicas pragmáticas y basadas en la evidencia.

Se propone un algoritmo de manejo de la FSF en lactantes menores de 60 días estratificado por el riesgo, el cual va a ir marcado por la edad (diferencian menores de 28 días de vida) y el estado general (efectuando una definición del "lactante con buen estado general"). Se hace énfasis en la realización de orina en todos los pacientes con FSF menores de 60 días, la realización de pruebas complementarias invasivas de forma escalonada, la interpretación de los marcadores en sangre, el empleo racional de los test víricos según la estacionalidad y la toma de decisiones consensuada con los padres, todo ello con una visión enfocado hacia un uso racional y adecuado de los antibióticos en dicho rango de edad.

- [Resumen Ejecutivo del Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes.](#) *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2026;44: 503222 **Fuente:** Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. SEIMC 2026. ISBN 978-84-09-68175-4. Abril 2026
https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/ITS/docs/DC_manejo ITS 20260 415.pdf

Este resumen ejecutivo presenta la actualización del Documento de Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en España, promovido por el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. El documento es fruto de una colaboración multidisciplinar para establecerse como guía de referencia nacional en el manejo integral y equitativo de estas infecciones, con el objetivo de ofrecer una herramienta práctica que mejore el control de las ITS, reduzca el estigma y las desigualdades sociales asociadas. Metodológicamente, se basa en la evidencia científica clasificada por grados de recomendación. El documento unifica procedimientos clínicos y microbiológicos, priorizando el enfoque etiológico sobre el sintomático. Además, incorpora nuevos capítulos (hepatitis virales, ITS en niños-adolescentes, agresiones sexuales, etc.) y el papel de las organizaciones comunitarias. Al ser un documento dinámico, se actualizará periódicamente según surjan nuevas evidencias en el campo de la salud pública.

- [Lack of Clinical Response Despite Appropriate Antibiotic Therapy in Pediatrics: Looking Beyond Resistance With the BARNS Model.](#) *Pediatric Infectious Disease Journal* 45(8):p e316-e319, August 2026.

Se emplea el modelo BARNS para abordar el problema de una infección no controlada a las 48-72 horas del inicio del tratamiento. Se trata de un total de 5 factores que conforman dichas siglas:

- B ("Breakthrough"): La persistencia o aparición de un agente que no esté cubierto con el tratamiento iniciado (hongos, patógenos nosocomiales).
- A ("Attainment"): La ausencia de una concentración adecuada de antibiótico en el sitio de acción, relacionado con parámetros farmacodinámicos y ciertas circunstancias (ECMO, fallo renal o hepático).
- R (desarrollo de Resistencia): Ciertos patógenos pueden desarrollar resistencias inducidas por el tratamiento, como pueden ser las bacterias productoras de Amp-C.
- N (causas No infecciosas (inflamatorias, medicamentosas, imuno-alérgicas, etc.).
- S ("Source", control de foco): Por presencia de tejido o material que perpetue la infección, biofilms, etc.

Se incluyen los factores de riesgo y las causas de que se esté produciendo en cada caso.

Si bien, dicho esquema puede tener una visión más hospitalaria, puede servir al pediatra general para tener una perspectiva del manejo de una infección que no esté yendo bien con el tratamiento inicialmente indicado o bien realizar un diagnóstico diferencial con otros procesos.

- [Continued High Levels of Invasive *Streptococcus pyogenes* Infections in Belgian Children Under 5 Years: Exploring Different Contributing Factors.](#)

Pediatric Infectious Disease Journal 45(8):p 677-683, August 2026.

INTRODUCCIÓN

Muchos países registraron un aumento de las infecciones invasivas causadas por *Streptococcus pyogenes* (iiSGA) entre finales de 2022 y principios de 2023. Se han planteado varias hipótesis para explicar este aumento, pero, hasta la fecha, los informes se han limitado al periodo inmediatamente posterior a la pandemia, y se desconoce la contribución relativa de cada uno de esos factores.

MÉTODOS

Se describe la epidemiología del iiSGA en Bélgica en niños menores de 5 años desde enero de 2014 hasta diciembre de 2024, basándose en los datos de laboratorio del Centro Nacional de Referencia. Mediante un análisis de cointegración tras eliminar la estacionalidad, se evalúa formalmente la influencia de las enfermedades virales que circulan simultáneamente —la varicela, el virus respiratorio sincitial y la gripe— en el número de casos de iiSGA.

RESULTADOS

Tras unos niveles muy bajos durante los años de la pandemia, en junio de 2022 se inició un marcado aumento, que alcanzó su máximo histórico en abril de 2023 antes de descender, aunque se mantuvo en niveles elevados a principios de 2024. La reducción de la inmunidad de la población por sí sola no puede explicar este patrón. Los genotipos Emm12, emm1 y emm3 se sucedieron como genotipos predominantes, lo que indica una compleja interacción entre los factores de transmisión y de virulencia. Los niveles de infecciones por varicela, pero no los del virus respiratorio sincitial ni de la gripe, están estrechamente relacionados con el aumento de los niveles de iiSGA.

CONCLUSIÓN

Los niveles de infecciones por iiSGA se mantuvieron elevados hasta dos años después del levantamiento de las medidas no farmacológicas, y este aumento es, sin duda, multifactorial. Se requiere una vigilancia continua de alta calidad para hacer un seguimiento de la situación.

COMENTARIO

Estudio cuyo interés radica en la esfera epidemiológica, dado que detalla la incidencia de iiSGA en un medio relativamente próximo y similar al nuestro. Además, caracteriza en patrón de intensidad de la misma (manteniéndose frecuente pero no claramente con cuadros más severos en Bélgica) por lo cual se postula una posible infranotificación del shock tóxico estreptocócico. Se investigan además factores del huésped (inmunidad, estado de portador) como de la infección (cepas implicadas, coinfecciones) con un resultado que puede ser a la vez poco clarificador como arrojar una visión etiológica multifactorial.

- [Immunogenicity and safety of a pentavalent meningococcal MenABCWY vaccine in healthy adolescents and young adults: a phase 3, multicountry, randomised, observer-blinded, active-controlled non-inferiority trial.](#) Lancet Child Adolesc Health 2026; 10: 584–96.

INTRODUCCIÓN

Los serogrupos A, B, C, W y Y de *Neisseria meningitidis* (MenA, MenB, MenC, MenW y MenY) causan casi todos los casos de enfermedad meningocócica invasiva a nivel mundial, y los resultados clínicos suelen ser graves. El objetivo del estudio fue evaluar la seguridad y la no inferioridad inmunológica de una vacuna MenABCWY, compuesta por MenB-fHbp y MenACWY-TT, en comparación con las vacunas autorizadas en EE. UU. MenB-fHbp y MenACWY-CRM, en adolescentes y adultos jóvenes sanos.

MÉTODOS

En este ensayo de fase III, ciego para el observador y controlado con fármaco activo, realizado en 75 centros de EE. UU., la República Checa, Dinamarca, Hungría y Polonia, se asignó aleatoriamente (2:1) a personas sanas de entre 10 y 25 años, estratificadas según su estado de vacunación previa contra MenACWY, para recibir dos dosis de la vacuna MenABCWY (en los meses 0 y 6) o dos dosis de la vacuna MenB-fHbp (meses 0 y 6) más una dosis de la vacuna MenACWY-CRM (mes 0). Este estudio tenía dos objetivos principales de inmunogenicidad: evaluar las respuestas inmunitarias contra MenA, MenC, MenW y MenY tras dos dosis de MenABCWY frente a una dosis de MenACWY-CRM en participantes sin antecedentes de vacunación con ACWY y en aquellos que ya habían recibido una primera dosis de ACWY, y evaluar las respuestas inmunitarias contra MenB tras dos dosis de MenABCWY frente a dos dosis de MenB-fHbp. Las respuestas inmunitarias se evaluaron mediante un ensayo de bactericidad en suero humano utilizando el complemento humano contra cepas de MenA, MenC, MenW y MenY, así como contra cuatro cepas diversas de MenB heterólogas a la vacuna. Se demostró la no inferioridad si los límites inferiores de los intervalos de confianza (IC) del 95 % para las diferencias en las tasas de serorrespuesta o de respuesta compuesta (todas las cepas de MenB combinadas) superaban el -10 %. Los objetivos de seguridad consistieron en evaluar las frecuencias de reacciones locales esperadas y de eventos sistémicos notificados en los 7 días posteriores a cada vacunación, así como los eventos adversos hasta un mes después de la segunda vacunación.

RESULTADOS

Entre el 17 de junio de 2020 y el 3 de agosto de 2021, se reclutó a 2 431 participantes y se les asignó aleatoriamente a los grupos. Al inicio del estudio, la población de seguridad ($n = 2412$) tenía una mediana de edad de 16,0 años (IQR no calculado) y una media de edad de 16,1 años (DE 4,55), con 1176 (49 %) participantes varones y 1236 (51 %) participantes mujeres. 1 881 (78 %) participantes eran de raza blanca y 621 (26 %) eran de origen hispano o latino. Entre los participantes que no habían recibido previamente la vacuna ACWY, las diferencias en las tasas de serorrespuesta a MenA, MenC, MenW y MenY entre los grupos de vacunación que recibieron dos dosis de MenABCWY frente a una dosis de MenACWY-CRM oscilaron entre el 2,5 % (IC del 95 %: -0,2 a 6,0) para MenA y el 41,0 % (IC del 95 %: 34,4 a 47,5) para MenC. Entre los participantes que habían recibido una primovacuna con ACWY, las diferencias en las tasas de serorrespuesta a MenA, MenC, MenW y MenY entre los grupos de vacunación oscilaron entre el -3,2 % (IC del 95 %: -6,5 a 0,5) para MenA y el 0,7 % (IC del 95 %: -2,2 a 4,3) para MenW. Las diferencias en las tasas de serorrespuesta a MenB entre las cepas de ensayo de los distintos grupos de vacunación —los que recibieron dos dosis de MenABCWY frente a los que recibieron dos dosis de MenB-fHbp— oscilaron entre el 1,4 % (IC del 95 %: -1,0 a 4,3) para las cepas de ensayo de MenB que expresaban la variante A56 de fHbp y el 10,9 % (IC del 95 %: 5,2 a 16,6) para las cepas de prueba de MenB que expresaban la variante B24 de fHbp; la diferencia en la respuesta combinada para todas las cepas de prueba de MenB fue del 9,6 % (IC del 95 %: 4,2 a 15,2). Se notificaron reacciones adversas de reactogenicidad, en su mayoría de gravedad leve a moderada, con frecuencias similares en todos los grupos; ninguna de ellas motivó la retirada del estudio. Proporciones similares de cada grupo notificaron uno o más efectos adversos (368 [21 %] de los 1 763 participantes del grupo MenABCWY frente a 132 [20 %] de los 649 participantes del grupo MenB-fHbp más MenACWY-CRM).

INTERPRETACIÓN

La no inferioridad inmunológica y el perfil de seguridad de una serie de dos dosis de MenABCWY (meses 0 y 6), en comparación con tres inyecciones separadas de MenB-fHbp (meses 0 y 6) y MenACWY-CRM (mes 0) para la protección contra MenA, MenB, MenC, MenW y MenY indican que MenABCWY podría simplificar la estrategia de vacunación contra la enfermedad meningocócica invasiva al reducir el número de inyecciones, lo que podría aumentar las tasas de vacunación entre adolescentes y adultos jóvenes.

COMENTARIO

Aunque la meningitis bacteriana es infrecuente hoy día, se siguen viendo casos de una enfermedad con una elevada morbi-mortalidad. En concreto, el serogrupo B sigue siendo el predominante y afecta a adolescentes y adultos jóvenes, ocurriendo brotes periódicos como el reciente de Gran Bretaña (Universidad de Kent) en marzo de este año que se saldó con dos muertes. Como medida preventiva, se hace énfasis en la

vacunación en la adolescencia. En cuanto a ello se incluye la primovacunación como la administración de un booster en previamente vacunados, dada la incertidumbre con respecto a la protección a largo plazo dadas las particularidades de las vacunas de proteínas recombinantes empleadas frente a meningococo B. La posibilidad de una vacuna pentavalente podría facilitar la ampliación de la cobertura al simplificar el esquema. Hay que puntualizar que el componente ACWY sigue presentando conjugación con toxoide tetánico. La vacuna en cuestión está en investigación, pero ya ha sido testada en ensayos de inmunogenicidad y seguridad, el presente estudio aporta la comparación con otras vacunas existentes frente a meningococo ACWY y B. Sería interesante evaluar el posible efecto y/o interferencia si se administra a individuos con antecedente de primovacunación frente a meningococo B, pero la reciente introducción en el esquema de vacunación de los lactantes frente al meningococo B en USA lo dificulta, al no haber alcanzado aún la adolescencia los que la iniciaron.

- [Diagnóstico microbiológico de sarampión en vacunados: nuevos tiempos, nuevos retos](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44: 503204

Casos clínicos

- [Acute Hemorrhagic Edema of Infancy Beyond Infancy](#). The Journal of Pediatrics, 2026; 295

Una niña de 6 años acudió al servicio de urgencias con lesiones purpúricas, artralgia y febrícula, una semana después de la vacunación contra la difteria, el tétanos, la tos ferina acelular y la poliomielitis inactivada. Presentaba buen estado general y era hemodinámicamente estable. La exploración reveló placas purpúricas edematosas y confluentes generalizadas, distribuidas simétricamente en la cara, brazos y antebrazos, muslos, piernas, pies y abdomen inferior, con relativa preservación de la espalda y las nalgas ([Figura A](#)). Algunas lesiones presentaban un halo de vasoconstricción periférica. Se observó edema doloroso concomitante en el dorso de los pies ([Figura B](#)). No presentaba prurito ni síntomas gastrointestinales. En la exploración, no se observó afectación de las mucosas ni artritis. Los análisis de laboratorio mostraron una proteína C reactiva elevada a 59 mg/L (valor normal <5 mg/L), función renal normal y análisis de orina sin hematuria ni proteinuria. Los hallazgos clínicos sugerían edema hemorrágico agudo de la infancia (EHAI, anteriormente púrpura de Henoch-Schönlein), que se presentaba a una edad mayor de lo habitual. Dada esta presentación atípica, se realizó una biopsia cutánea que confirmó vasculitis leucocitoclástica con depósitos de IgA en las paredes de los vasos dérmicos mediante inmunofluorescencia directa. Las lesiones se resolvieron espontáneamente en 15 días, sin secuelas ni recurrencia al año de seguimiento.



Figura A: Placas purpúricas confluentes distribuidas simétricamente, con halo de vasoconstricción periférica. Figura B: Edema doloroso en el dorso de los pies con lesiones purpúricas.

La AHEI es una vasculitis leucocitoclástica rara que suele presentarse en niños menores de 2 años, desencadenada con mayor frecuencia por infecciones de las vías respiratorias superiores, exposición a fármacos o, como se sospecha en este caso, vacunación. Su característica distintiva es la aparición aguda de placas purpúricas grandes, en diana o equimóticas, con predilección por la cara y las extremidades, acompañadas de edema acral sin prurito. A pesar de su llamativa y preocupante presentación clínica, la afectación visceral suele estar ausente y la resolución completa generalmente ocurre en pocas semanas sin tratamiento. Los depósitos de IgA observados en la inmunofluorescencia, presentes en más de una cuarta parte de los casos de AHEI¹, subrayan la superposición fisiopatológica con la vasculitis por IgA. Ambas afecciones se caracterizan histológicamente por vasculitis leucocitoclástica; sin embargo, la AHEI se distingue de la vasculitis por IgA por una edad de inicio más temprana, morfología característica, ausencia de afectación visceral y resolución espontánea rápida.

Un estudio multicéntrico francés reciente identificó que la AHEI se diagnosticó correctamente en la presentación inicial en solo el 60 % de los casos², lo que subraya el desafío diagnóstico que plantea esta afección. Este desafío se agrava en nuestro caso, ya que la presentación se produjo mucho más allá de su rango de edad típico, a

una edad en la que normalmente se esperaría una vasculitis por IgA. No obstante, la combinación característica de grandes lesiones purpúricas en la cara y las extremidades, edema acral, estado general conservado sin afectación visceral y resolución espontánea rápida apoya firmemente el diagnóstico de AHEI. En nuestro caso, aunque se observó una asociación temporal con la vacunación, la AHEI no debe considerarse una contraindicación para futuras inmunizaciones, dada la naturaleza autolimitada y benigna de la afección.

- [A 14-Year-old Girl With Neurologic Decline and Unexpected CSF Findings.](#) *Pediatr Infect Dis J.* 2026 Aug 1;45(8):742-744.

Se presenta el caso de una paciente con autismo y epilepsia que presentó regresión funcional subaguda y movimientos anormales de arqueamiento de la espalda. A la evaluación presentaba febrícula, temblor y debilidad bilateral. En analítica presentaba eosinofilia de 1.250×10^6 con resto de hemograma y reactantes en fase aguda normales. En resonancia magnética se evidenció realce leptomeníngeo difuso y afectación a nivel espinal torácico y cervical. En punción lumbar se obtuvo líquido con 271 células / mL con presencia de eosinófilos, hipogluorraquia, proteinorraquia leve y neopterin elevada. Se realizó panel el líquido cefalorraquídeo que fue negativo para bacterias, virus y cryptococo. Se empezó tratamiento de presunción con corticoides e inmunoglobulina intravenosa pese a lo cual prosiguió el deterioro neurológico. Se añadió azitromicina y amoxicilina por aparición de fiebre y tos productiva concurrente con radiografía pulmonar normal. Se realizó examen ocular y PET-TAC que no mostraron nuevas alteraciones, además de dos nuevas punciones lumbares con empeoramiento de celularidad y lactato en líquido cefalorraquídeo.

El antecedente de exposición a babosas y caracoles en su jardín condujo a la realización de PCR en líquido sanguíneo y serología plasmática para *Aniostromgylus cantonensis* que fue positiva. Se efectuó el diagnóstico de neuroangiostrongyliasis con meningoencefalitis eosinofílica y se añadió albendazol al tratamiento junto con corticoides.

- [Persistent generalized lymphadenopathy in a young woman: What is the diagnosis?](#) *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2026;44: 503226
- [Newborn With Asymptomatic Congenital Cytomegalovirus: To MRI or Not to MRI? And What Next?](#) *Pediatric Infectious Disease Journal* 45(8):p e299-e303, August 2026.

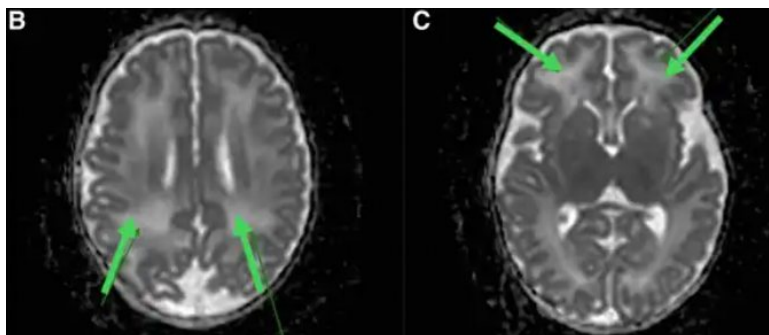
La infección congénita por citomegalovirus (CMVc) es la infección viral congénita más frecuente y se presenta con un amplio espectro clínico que va desde recién nacidos asintomáticos hasta secuelas neurológicas graves. El uso de la resonancia magnética cerebral (RM) en recién nacidos asintomáticos infectados por CMVc plantea un reto diagnóstico y terapéutico. Aunque la RM es más sensible que la ecografía craneal para detectar anomalías cerebrales subclínicas, el significado pronóstico de los hallazgos

leves, como las anomalías aisladas de la sustancia blanca, sigue sin estar claro. Las guías actuales recomiendan el tratamiento antiviral principalmente para los recién nacidos sintomáticos, para aquellos con trombocitopenia aislada persistente o hepatomegalia, y para los recién nacidos con pérdida auditiva neurosensorial, mientras que el tratamiento de los lactantes asintomáticos con anomalías radiológicas es controvertido.

En el artículo se informa de un caso que describe a un lactante asintomático con CMVc y anomalías en la sustancia blanca en la RM cerebral, lo que plantea el dilema de tratar o no estas lesiones, pero también el debate retrospectivo sobre si la RM era realmente necesaria. Este caso pone de relieve la urgente necesidad de realizar estudios prospectivos para definir mejor el papel de la RM y el tratamiento antiviral en los recién nacidos asintomáticos con anomalías neuro-radiológicas, sopesando los beneficios, los riesgos, los costes y el impacto psicológico en las familias.

Como puntos a favor de la RM se incluyen la mayor sensibilidad de la prueba complementaria con, por ende, un alto valor predictivo negativo, la mayor correlación inter-observador y la contribución a la investigación aportando datos también en pacientes asintomáticos. Como inconvenientes estarían la necesidad de la sedación, la falta de disponibilidad y el coste elevado, la posibilidad de obtener resultados ambiguos o no significativos clínicamente y la necesidad de repetir la prueba para ver la evolución de los hallazgos en el tiempo.

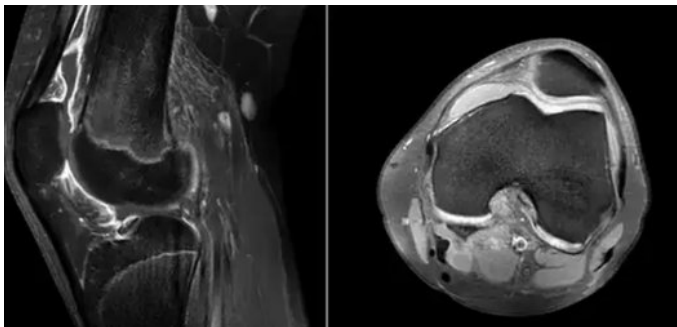
Un interrogante principal sería si los pacientes asintomáticos con alteración en la RM se beneficiarían de tratamiento, dado que las guías actuales abogan por no tratar a pacientes asintomáticos, pero dejan la posibilidad de realizar un manejo individualizado si se objetivan defectos en dicha prueba de imagen. Además, existe una falta de consenso en la duración óptima de tratamiento frente al CMVc. En el caso se decidió, de forma consensuada con la familia, el realizar 6 meses de tratamiento con valganciclovir oral. Tras ello se evidenció una mejoría en las lesiones objetivadas en la RM y persistió la ausencia de sintomatología, con exámenes auditivos normales sucesivos. No obstante, no está claro que la evolución favorable fuese debida al haber instaurado tratamiento o si el curso hubiese sido el mismo en ausencia del mismo.



- [Unidentified Risk Factor for Serratia Arthritis: Livestock.](#) Pediatric Infectious Disease Journal [45\(8\):p e328-e329, August 2026.](#)

Se presenta el curioso caso de una adolescente de 16 años que se dedicaba a la ganadería. Con la misma jeringa que había utilizado previamente para vacunar a 150 ovejas se punccionó en su rodilla izquierda. 2 días tras ello presentó inflamación en la misma rodilla, tras empezar ceftriaxona por la clínica empeoró con fiebre, taquicardia de 120 latidos por minuto e hipotensión. En analítica se evidenció leucocitosis con neutrofilia, VSG 42 mm/h y PCR de 25 mg/dl. En ecografía articular se vio colección suprapatelar de 2.5 cm de profundidad, que se corroboró mediante resonancia magnética. Se realizó punción articular por la cual se obtuvo líquido con 47.510 células / μ L (85.6% neutrófilos) y en el que se detectó mediante reacción en cadena de polimerasa *Serratia marcescens*. Tras cambio de antibioterapia a piperacilina-tazobactam, la paciente mejoró, con empeoramiento analítico puntual en la segunda semana de tratamiento coincidente con recolección leve. Se completaron 3 semanas en total de antibioterapia con resolución de los síntomas.

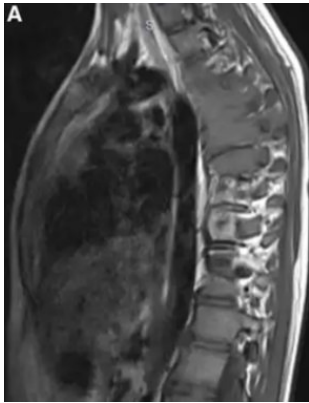
La *Serratia spp* se muestra en el artículo como un germen que raramente causa artritis, en esta ocasión relacionada con traumatismo con aguja y exposición a ganado. También se detallan las técnicas de ampliación molecular como método diagnóstico y la base del tratamiento, que se puede precisar antibioterapia de amplio espectro dado a que es una bacteria productora de Amp-C (resistencia inducible a betalactámicos, incluidas cefalosporinas hasta tercera generación).



- [Vertebral Aspergillus Osteomyelitis Mimicking Tuberculosis in an Adolescent With Chronic Granulomatous Disease. Pediatric Infectious Disease Journal 45\(8\):p e326-e327, August 2026.](#)

Varón de 15 años sin antecedentes de enfermedad que presentó dolor de espalda de 3 meses con fiebre intermitente, sudoración nocturna y pérdida de peso. Analítica con elevación de PCR y VSG. Tras realizar tratamiento antibiótico por supuesta neumonía por opacidades en radiografía de tórax, sin mejoría, se realizó resonancia magnética y toma de biopsia con datos sugestivos de tuberculosis vertebral. Pese a que los estudios microbiológicos para tuberculosis fueron negativos, se inició tratamiento antituberculoso. No obstante, se continuó el empeoramiento, por lo que se le realizó nueva biopsia que objetivó hifas fúngicas en anatomía patológica y se identificó *Aspergillus fumigatus*. Se inició anfotericina B liposomal que tuvo que ser escalada a voriconazol + equinocandina. Se realizó un test de función oxidativa de los

neutrófilos (*Burst test*) que confirmó enfermedad granulomatosa crónica, por lo que se añadió al tratamiento interferón gamma, con mejoría progresiva.



Como mensajes del caso:

- El conocimiento de los datos de alarma del dolor de espalda para la sospecha de cuadros malignos o infecciosos.
- La inclusión de la aspergilosis en el diagnóstico diferencial de la tuberculosis vertebral.
- El descarte de una inmunodeficiencia ante una infección por germen oportunista como en el caso.
- [Prolonged *Helicobacter canis* Bacteremia in an Infant: A Case Report. *Pediatric Infectious Disease Journal* 45\(8\):p e332-e333, August 2026.](#)

Lactante de mes y medio con fiebre y diarrea que ingresa con analítica de sangre con elevación de Proteína C Reactiva hasta 11.9 mg/dl, cultivos de orina y heces negativos. PCR múltiplex respiratoria positiva para coronavirus 229E. La fiebre se resolvió sin tratamiento, pero en hemocultivos repetidos (días 0, 4, 15 y 20 de ingreso) se aisló bacilo gram negativo (*Helicobacter canis*) a pesar de normalización de reactantes en fase aguda. Tras inicio de cefotaxima intravenosa se consiguió la negativización de cultivos posteriores. Se realizó ecografía cardiaca y de abdomen (normales) y estudio inmunitario (sin alteraciones). El paciente no tuvo recurrencias. Como exposición previa a tener en cuenta, tenían un gato en casa.

Helicobacter canis es un germen de transmisión zoonótica que puede causar casos de infección larvada y paucisintomática acompañada de clínica digestiva y, de forma más infrecuente, bacteriemia. Aspectos importantes son el crecimiento dificultoso en medios convencionales, precisando de técnicas moleculares en ocasiones para el diagnóstico, además de prolongar el tratamiento durante 2 semanas para evitar las recaídas.

- [Adolescent women and pelvic inflammatory disease – Do we know their importance?](#) *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2026;44: 503202

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) han incrementado su incidencia, considerándose actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. Las ITS en mujeres adolescentes pueden complicarse, dando lugar al desarrollo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas, así como el manejo de casos de EIP en mujeres menores de 18 años en nuestro medio.

Métodos

Se diseñó un estudio multicéntrico retrospectivo en el que se incluyeron todas las ITS diagnosticadas en dos hospitales terciarios de España entre enero de 2016 y diciembre de 2022.

Resultados

Durante el periodo de estudio hubo 100 mujeres adolescentes diagnosticadas con una ITS. De ellas, el 26% (n=26) desarrolló una EIP (IC 95% 17.4%-34.6%). La mediana de edad al diagnóstico de EIP fue de 17 años [IQR 15-18]. Todas las pacientes con EIP consultaron por la presencia de síntomas. La forma de presentación más frecuente fue dolor abdominal (77%), dolor pélvico (31%), alteración del flujo vaginal (19%) y fiebre (15%). Se detectaron 16 infecciones por *N. gonorrhoeae* (62%) y 15 por *C. trachomatis* (58%). Entre ellas, seis (23%) fueron coinfecciones. Se realizó prueba de imagen en el 92% de las pacientes y fue anormal en el 77% de ellas. La mayoría de las pacientes fueron hospitalizadas (77%). Todas recibieron terapia antibiótica combinada. La tasa de complicaciones fue del 42%. Se mantuvo seguimiento en el 73% de las adolescentes y un 8% de ellas presentó una nueva ITS posteriormente.

Conclusiones

Es necesario sospechar la presencia de una EIP en cualquier mujer adolescente con prácticas sexuales de riesgo y dolor abdominal inespecífico, que no responde al tratamiento habitual o que evoluciona desfavorablemente.

- [Reconocimiento precoz de la infección por virus del herpes simple en un recién nacido: importancia de las lesiones vesiculosas](#) An Pediatr (Barc). 2026;105: 504198.

Varón de 8 días de vida acude por aparición progresiva de lesiones vesiculosas en cara y cuero cabelludo, sin otros síntomas asociados. Sin antecedentes obstétricos de interés. A la exploración presenta lesiones vesiculosas sobre fondo eritematoso con distribución metamérica en cuero cabelludo, región temporal izquierda y rama mandibular izquierda ([figs. 1 y 2](#)). Se realiza test de Tzanck siendo positivo, con analítica sanguínea, punción lumbar, ecografía transfontanelar y fondo de ojo, que son normales. Se detecta carga viral en suero para el virus herpes simple tipo 1 (VHS-1). Se inicia tratamiento con aciclovir intravenoso durante 14 días, posteriormente vía oral durante 6 meses. Durante el seguimiento se realiza estudio auditivo (normal) y control en consultas con buena evolución clínica, sin recurrencias.



- [Pelos en código Morse en alopecia infantil](#) An Pediatr (Barc). 2026;105: 504235.

Varón de 4 años, sin antecedentes de interés, consultó por alopecia progresiva de 3 meses de evolución. En la exploración se observaron varias placas alopécicas con fina descamación en región temporo / occipital derecha ([fig. 1](#)). La madre refería contacto habitual con gatos callejeros.



Figura 1.

Placas alopécicas grisáceas en región temporo / occipital derecha con descamación fina.

El examen con luz de Wood mostró fluorescencia verde / azulada en las áreas alopécicas ([fig. 2](#)). La tricoscopia reveló múltiples vainas peripilares y pelos en código Morse ([fig. 3](#)). El cultivo micológico confirmó *Microsporum canis*.



Figura 2.

Examen con luz de Wood que muestra fluorescencia verde / azulada en las áreas alopécicas, sugestiva de infección dermatofítica tipo ectotrix.

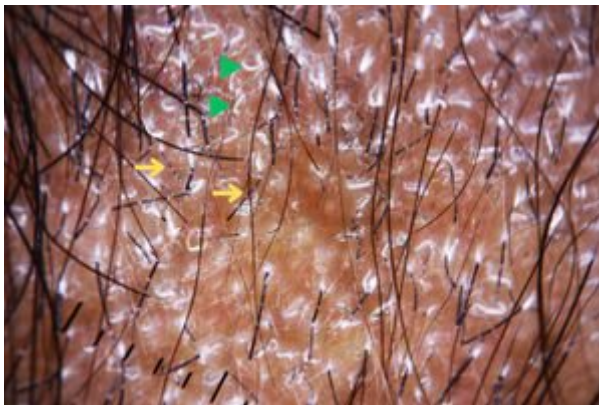


Figura 3.

Imagen tricoscópica donde se observan múltiples vainas peripilares (triángulo verde) y pelos en código Morse (flechas amarillas), caracterizados por bandas alternantes claras y oscuras a lo largo del tallo piloso. Estos hallazgos reflejan áreas de invasión fúngica tipo ectotrix.

Se instauró tratamiento con griseofulvina oral (20mg/kg/día durante 6 semanas) asociado a champú de ketoconazol al 2%.

Para ampliar

- [Machine Learning Tools for Predicting Pediatric Urinary Tract Infections Caused by ESBL-producing Bacteria.](#) Pediatric Infectious Disease Journal 45(8):p 718-723, August 2026.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las infecciones del tracto urinario (ITU) pediátricas causadas por bacterias productoras de β -lactamasas de espectro ampliado (BLEA) está aumentando en todo el mundo y resulta difícil de predecir. Dado que estas infecciones requieren un

tratamiento antibiótico específico, que a menudo no se inicia de forma empírica, se asocian con mayores tasas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, morbilidad y hospitalización prolongada. Nuestro objetivo fue desarrollar herramientas basadas en el aprendizaje automático para ayudar a los pediatras a predecir las ITU positivas para BLEA e iniciar el tratamiento antibiótico empírico adecuado.

MÉTODOS

Se realizaron búsquedas en las historias clínicas electrónicas de una gran organización de mantenimiento de la salud para identificar a todos los niños de entre un mes y 18 años de edad con ITU confirmadas entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de agosto de 2020. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio y, tras un análisis univariante, se utilizaron herramientas basadas en el aprendizaje automático para desarrollar modelos que predijeran una ITU causada por una bacteria productora de BLEA.

RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo compuesto por un total de 35 830 casos de infecciones urinarias pediátricas. La edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el lugar de la infección (comunitario u hospitalario), el uso previo de antibióticos, los antecedentes de infección urinaria positiva para BLEA y el uropatógeno específico se asociaron de forma significativa con las tasas de infección positiva para BLEA. Utilizando los datos de los pacientes disponibles en el momento de la presentación, los cinco modelos desarrollados presentaron un valor predictivo negativo muy elevado, de aproximadamente 0,98, lo que indica un gran rendimiento a la hora de descartar las infecciones urinarias positivas para BLEA.

CONCLUSIONES

El estudio indica que los modelos de aprendizaje automático basados en los datos disponibles en el momento de la presentación de la infección urinaria pueden ayudar a los médicos a estimar la probabilidad de que se trate de una infección urinaria causada por bacterias productoras de BLEA. Se necesitan estudios prospectivos para mejorar el rendimiento de los modelos y determinar su impacto real en los resultados clínicos.

COMENTARIO

El artículo aborda temas muy actuales, incluyendo el empleo de inteligencia artificial en medicina y el problema de las resistencias bacterianas. Precisamente, las infecciones por bacterias productoras de BLEA está adquiriendo una importancia creciente en las infecciones de orina adquiridas en la comunidad, las cuales en gran parte tienen un manejo ambulatorio al menos de forma inicial. No obstante, se echa en falta aún su aplicabilidad al medio real y su uso dentro de posibles protocolos de actuación que determinen, por ejemplo, las alternativas de antibioterapia oral indicadas en los pacientes que presentasen un mayor riesgo o el cambio en la actuación (realización de analítica, seguimiento más estrecho, etc.).

- [Association Between Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection in Early Life and Risk of Childhood Asthma: A Retrospective Cohort Study.](#)
Pediatric Infectious Disease Journal 45(8):p 699-706, August 2026.

INTRODUCCIÓN

El virus respiratorio sincitial (VRS) es una de las principales causas de infección aguda del tracto respiratorio inferior (ITRI) en la primera infancia, y una infección grave puede aumentar el riesgo de padecer asma infantil. Aún no se conoce bien el efecto de la edad en el momento de la hospitalización por VRS. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la hospitalización por VRS antes de los 2 años y el asma infantil posterior, así como cómo esta asociación se veía afectada por la edad en el momento de la infección grave.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo basado en la población con niños nacidos entre 2017 y 2018 en Suzhou (China). Los participantes se clasificaron en tres grupos en función de la hospitalización por ITRI y las pruebas de VRS antes de los 2 años: hospitalización con resultado positivo para el VRS, hospitalización con resultado negativo para el VRS y grupo de control de la población sin hospitalización. Se comparó la incidencia de asma y sibilancias recurrentes antes de los 6 años entre los distintos grupos. Se utilizó una regresión de Poisson con estimación de varianza robusta para calcular los cocientes de riesgo ajustados, y se realizaron análisis estratificados para evaluar el efecto de la edad en el momento de la infección grave por VRS.

RESULTADOS

Se observó que los niños que habían sido hospitalizados por una ITRI por VRS antes de los 2 años presentaban un riesgo aproximadamente dos veces mayor de padecer asma y un riesgo 2,6 veces mayor de sibilancias recurrentes que los controles emparejados; sin embargo, estas asociaciones se atenuaron y dejaron de ser significativas al cabo de 4 años. El mayor riesgo de asma se produjo en los niños hospitalizados entre los 12 y los <24 meses, mientras que el mayor riesgo de sibilancias recurrentes se observó entre los 6 y los <12 meses.

CONCLUSIONES

La hospitalización por ITRI por VRS en los dos primeros años de vida, especialmente entre los 12 y los <24 meses, se asoció con un mayor riesgo de asma infantil, lo que aporta nuevas pruebas a favor de las estrategias de prevención del VRS.

COMENTARIO

La asociación entre la hospitalización por ITRI por VRS y asma / sibilancias recurrentes fue sobre todo evidente en los primeros años, siendo no significativa a partir de los 4 años. En este caso, pueden entrar en juego las definiciones de asma que pueden variar

según el momento del tiempo o las guías empleadas. Se hipotetiza el daño en el epitelio bronquial y la inflamación, los cuales serían mayores ante una infección por VRS como un primer paso hacia la cronificación de los mismos y el desarrollo de bronco-reactividad. No obstante, posibles factores confusores no estudiados son nombrados en las limitaciones del estudio, por ejemplo, la relación con la atopia (se incluye, pero la definición empleada podría no cubrir al paciente atópico en su totalidad) o las coinfecciones por otros virus. Sería interesante el realizar una investigación del posible efecto de las medidas preventivas de inmunización introducidas recientemente sobre las variables estudiadas y la inclusión de un mayor espectro clínico de infecciones por VRS (cuadros no severos).

- [Immunogenicity, reactogenicity, and safety of a reduced-interval 4CMenB primary immunisation schedule in UK infants: a multicentre, open-label, assessor-blinded, phase 4 randomised controlled trial.](#) Lancet Infect Dis 2026;20: 793–806

INTRODUCCIÓN

Hasta julio de 2025, los lactantes del Reino Unido recibían la vacuna contra el meningococo B de cuatro componentes (4CMenB) a las 8 y a las 16 semanas de edad, con una dosis de refuerzo al cumplir 1 año. La introducción de la 4CMenB se asoció a una importante reducción de la enfermedad meningocócica invasiva del serogrupo B (MenB) en la infancia (los casos alcanzan ahora su pico a los 3 meses de edad, frente a los 5-6 meses de edad antes de la inmunización sistemática). Un intervalo más corto entre las dosis iniciales de la 4CMenB podría reducir aún más los casos. El objetivo de este estudio fue comparar la inmunogenicidad, la reactogenicidad y la seguridad de los esquemas de vacunación inicial con la 4CMenB.

MÉTODOS

Este ensayo clínico multicéntrico, abierto, con evaluador ciego, de fase IV y aleatorizado y controlado comparó la serie de vacunación inicial de la 4CMenB con intervalos reducidos (Grupo 1) a las 8 y 12 semanas de edad y la vacuna neumocócica conjugada 13-valente (VNC13) a las 16 semanas con el calendario estándar de la 4CMenB (grupo 2) a las 8 y 16 semanas de edad y la VNC13 a las 12 semanas, mediante aleatorización por bloques generada por ordenador (1:1). Las dosis de refuerzo de la 4CMenB y la VNC13 se administraron al cumplir 1 año. Seis hospitales de Inglaterra reclutaron a lactantes a término, no vacunados, inmunocompetentes y sin antecedentes de enfermedad meningocócica invasiva. Los participantes recibieron dosis de 4CMenB y VNC13 de 0,5 ml, por vía intramuscular. Las muestras de sangre obtenidas en los momentos posteriores a la serie primaria, antes del refuerzo y después del refuerzo fueron analizadas por personal cegado para determinar los anticuerpos bactericidas séricos humanos (absH) contra tres cepas de referencia de MenB (44/76-SL: fHbp, 5/99: NadA y NZ98/254: PorA), así como anticuerpos neumocócicos específicos de serotipo contra los 12 serotipos de la VNC13. El resultado principal comparó las respuestas inmunitarias tras la dosis de primovacunación con

4CMenB a las 4 semanas de la vacunación primaria, utilizando los títulos medios geométricos (GTMG) y las razones de títulos medios geométricos (RTMG) del absH, así como la proporción de lactantes que alcanzaron los umbrales protectores (título ≥ 4). Los resultados secundarios compararon la inmunogenicidad de la 4CMenB y la VNC13 antes y después de la dosis de refuerzo, así como la reactogenicidad a través de los diarios, incluyendo datos combinados de las semanas 12 y 16, analizados en todos los lactantes vacunados de los que se disponía de resultados de anticuerpos, según su grupo aleatorizado, lo que incluía muestras de sangre tomadas fuera del plazo recomendado. La seguridad se evaluó en todos los participantes incluidos en el estudio mediante el seguimiento de los acontecimientos adversos.

RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo entre el 25 de agosto de 2021 y el 3 de octubre de 2024. Durante el periodo de selección, comprendido entre el 25 de agosto de 2021 y el 22 de noviembre de 2022, se asignó aleatoriamente a 221 bebés (113 al Grupo 1 y 108 al Grupo 2; 110 [50 %] de los 221 eran varones y 111 [50 %] eran mujeres). 219 completaron el estudio (111 en el Grupo 1; 108 en el Grupo 2). Cuatro semanas después de la vacunación primaria con 4CMenB, la proporción de lactantes con títulos protectores de absH no difirió significativamente entre los grupos para ninguna de las cepas (cepa fHbp: 91 [93 %] de los 98 participantes del Grupo 1 alcanzaron títulos protectores frente a 97 [97 %] de los 100 del Grupo 2; diferencia de riesgo [DR] $-0,04$ [IC del 95 %: $-0,10$ a $0,02$], $p = 0,21$; cepa NadA: 97 [100 %] de 97 frente a 98 [100 %] de 98; cepa PorA: 60 [64 %] de 94 frente a 69 [75 %] de 92; DR $-0,11$ [$-0,24$ a $0,02$], $p = 0,11$). Sin embargo, cuatro semanas después de la vacunación primaria, las medias geométricas de asbH fueron significativamente más bajas en el Grupo 1 que en el Grupo 2 (las razones de medias geométricas fueron $0,65$ [IC del 95 %: $0,47$ – $0,90$] para fHbp, $0,61$ [$0,46$ – $0,79$] para NadA y $0,73$ [$0,53$ – $1,00$] para PorA); las medias geométricas de hSBA previas a la dosis de refuerzo no mostraron diferencias significativas entre los grupos (razones de medias geométricas: fHbp: $0,95$ [$0,76$ – $1,20$]; NadA: $0,79$ [$0,49$ – $1,27$], PorA: $0,95$ [$0,82$ – $1,10$]), y las medias geométricas de la hSBA tras la dosis de refuerzo fueron más altas en el Grupo 1 que en el Grupo 2, aunque solo de forma significativa para PorA (medias geométricas relativas: fHbp: $1,09$ [$0,79$ – $1,51$], NadA: $1,33$ [$0,93$ – $1,92$], PorA: $1,55$ [$1,09$ – $2,22$]). En cuanto a las respuestas neumocócicas específicas por serotipo, las concentraciones medias geométricas de IgG previas a la dosis de refuerzo fueron significativamente más altas para 10 de los 12 serotipos en los lactantes que recibieron la VNC13 a las 16 semanas de edad en comparación con los que la recibieron a las 12 semanas, mientras que las proporciones que alcanzaron los umbrales de anticuerpos protectores ($\geq 0,35$ $\mu\text{g/mL}$) fueron significativamente más altas para cuatro serotipos. Tras la dosis de refuerzo, 11 de los 12 serotipos neumocócicos presentaron concentraciones medias geométricas similares, sin diferencias en las proporciones que alcanzaron los umbrales protectores para los 12 serotipos. Las reacciones notificadas con mayor frecuencia, en cualquier momento dado, fueron la irritabilidad (69 % [69 de 100] en el grupo 1 frente al 97 % [99 de 102] en el grupo 2), el llanto persistente (42 % [42 de 100] frente a 87 % [89 de

102]) y la inactividad (32 % [32 de 100] frente a 69 % [70 de 102]). Los datos combinados de reactogenicidad para las edades de 12 y 16 semanas mostraron una frecuencia significativamente menor de irritabilidad (RD -0,10 [IC del 95 %: -0,17 a -0,03]; $p = 0,0091$) y llanto (-0,19 [-0,30 a -0,08]; $p = 0,0012$) con el programa de intervalos reducidos en comparación con el programa estándar.

INTERPRETACIÓN

Un calendario de vacunación contra el meningococo B (4CMenB) con intervalos reducidos podría proporcionar una protección más temprana contra la enfermedad por meningococo B en los lactantes y resultó menos reactogénico que el calendario estándar anterior. A la luz de estos resultados, el programa de vacunación infantil del Reino Unido adoptó estos cambios en julio de 2025. La vigilancia nacional en curso evaluará el impacto en la práctica clínica.

COMENTARIO

El desarrollo del estudio puede hacer que su contenido parezca excesivamente técnico pero los resultados del mismo han llevado a consecuencias prácticas en cuanto a la implantación de un esquema de vacunación acortado en la primovacunación (dos primeras dosis) de los lactantes frente al meningococo B, manteniendo la dosis de refuerzo a los 12 meses. Entre las justificaciones de dicho esquema se incluye el que entre los casos de enfermedad invasiva por meningococo B en dicho rango de edad se encontraban mayormente pacientes con inmunización incompleta, aportando una protección de forma más precoz frente a la enfermedad. Además, se ha abogado con su ajuste dentro del calendario en Reino Unido de manera que se administren un máximo de dos vacunas en las primeras visitas, disminuyendo la reactogenicidad. Actualmente en dicho medio se administra la vacuna antineumocócica en pauta de 1+1 (dosis inicial única y refuerzo), lo cual lo posibilita.

- [The Need for Universal Congenital Cytomegalovirus Screening. Pediatrics \(2026\) 158 \(2\): e2026076289.](#)

Este artículo resalta la importancia de implementar un programa de cribado universal para el citomegalovirus congénito (CMVc), el cual representa la infección viral congénita más común y la principal causa no genética de pérdida auditiva neurosensorial y retrasos en el neurodesarrollo.

Actualmente, muchos protocolos recomiendan realizar un cribado dirigido a recién nacidos que presenten síntomas evidentes o que no superen las pruebas de audición. Sin embargo, se argumenta que este enfoque es insuficiente porque cerca del 90% son asintomáticos en el momento del parto, pero siguen teniendo un riesgo significativo de desarrollar secuelas graves de aparición tardía, como la sordera progresiva.

Por esto, defienden la implementación del cribado universal mediante pruebas de PCR en saliva u orina durante las primeras semanas de vida. Esto permite identificar a los recién nacidos portadores de forma temprana y establece seguimiento antes de la aparición de síntomas.

- [Hearing-Targeted Congenital Cytomegalovirus Screening: An 11-Year Experience. *Pediatrics* \(2026\) 158 \(2\): e2025074229 .](#)

OBJETIVO

Este estudio evalúa el impacto que tuvo la implementación de realizar las pruebas de citomegalovirus congénito (CMVc) a todos los recién nacidos que no superaran el cribado auditivo inicial, con el objetivo de analizar las tasas de diagnóstico y los resultados a largo plazo de los pacientes identificados

MÉTODOS

A través de un análisis clínico realizado entre 2013 y 2023, que abarcó aproximadamente al 60% de la población del estado de Connecticut, los investigadores hicieron un seguimiento de los casos confirmados y probables, evaluando su evolución audiológica y del neurodesarrollo hasta junio de 2025.

RESULTADOS

Los resultados revelaron que, de entre más de 197.000 nacimientos, se identificaron 49 casos de CMVc, demostrando que la implementación se incrementó en 4,32 veces la tasa anual de diagnósticos. Se observó que previo a la puesta en marcha del cribado no se detectó ningún caso asintomático. Tras la implementación se evidenció que el 28% de los diagnosticados eran inicialmente asintomáticos o presentaban pérdidas auditivas neurosensoriales aisladas; sin embargo, el 75% de este grupo terminó desarrollando secuelas neurológicas tiempo después. Asimismo, la audición empeoró en el 81% de los bebés que ya presentaban pérdida auditiva al nacer, y en términos generales, apenas el 21% de todos los niños bajo seguimiento médico logró mantenerse libre de secuelas a largo plazo.

CONCLUSIÓN

Se demuestra que el cribado dirigido a la audición es una herramienta importante que aumenta significativamente la detección del virus en lactantes que de otro modo habrían pasado desapercibidos, pero al mismo tiempo evidencia que muchas infecciones siguen escapando al diagnóstico, subrayando las limitaciones de este enfoque y reforzando la necesidad de avanzar hacia un modelo de cribado universal.

- [Pneumonia research: identification of risk, use of corticosteroids and the quality of RCTs in paediatrics *Archives of Disease in Childhood* 2026;111:665-666.](#)

En la última década, la investigación sobre la neumonía infantil y la infección respiratoria aguda de las vías bajas (IRAB), una de las causas más comunes de muerte infantil a nivel mundial, ha avanzado en muchas direcciones, con el apoyo de agencias globales, incluida la OMS, fundaciones privadas y con muchas iniciativas locales. La investigación sobre las vacunas neumocócicas conjugadas ha incluido diferentes esquemas.¹² Se han realizado grandes estudios etiológicos, incluyendo el resaltado del papel de los virus, especialmente el virus sincitial respiratorio (VSR) en la IRAB³, la

primacía del neumococo y el papel menor pero significativo de *Klebsiella* en las muertes por neumonía tanto adquirida en el hospital como en la comunidad.⁴ Se han realizado muchos ensayos y estudios de implementación que demuestran el valor del anticuerpo monoclonal contra el VSR nirsevimab⁵ y su impacto en el mundo real⁶ especialmente en países de altos ingresos. Y en entornos de bajos ingresos, estudios de la prevalencia de hipoxemia en la neumonía⁷ y grandes ensayos de campo de la implementación de la terapia de oxígeno.^{8,9} En la década anterior, la OMS apoyó grandes ensayos en el sur de Asia sobre antibióticos orales y tratamiento ambulatorio de las infecciones respiratorias agudas de las vías bajas.

Sin embargo, cientos de miles de niños siguen muriendo cada año en todo el mundo a causa de la neumonía y las infecciones respiratorias agudas de las vías bajas. ¿Qué niños de esta época siguen muriendo de neumonía? ¿Cómo identificar a los que corren mayor riesgo de muerte? ¿Cómo mejorar los resultados? Estas son preguntas importantes. Tres estudios publicados este mes en Archives contribuyen a comprender mejor esta enfermedad: uno que evalúa un modelo de predicción de riesgo en Malasia,¹⁰ otro que identifica un signo clínico único de gravedad en Vietnam¹¹ y un ensayo aleatorizado sobre el uso de corticosteroides en casos de neumonía grave adquirida en la comunidad en la India.¹²

En Malasia, investigadores desarrollaron una Escala de Gravedad de la Neumonía Pediátrica mediante el estudio de 868 niños con neumonía adquirida en la comunidad confirmada por radiografía de tórax.¹⁰ Encontraron factores independientes asociados con...

- [Nationwide Evidence on Rotavirus Vaccination and Celiac Disease: Strengths and Remaining Gaps](#) The Journal of Pediatrics, 2026; 295

Leímos con gran interés el estudio nacional de Ostman et al. que evaluaba el riesgo de enfermedad celíaca (EC) de inicio temprano antes y después de la introducción de la vacunación contra el rotavirus en Noruega. Cabe felicitar a los autores por utilizar registros nacionales de alta calidad (n = 740 744) y un diseño de series temporales interrumpidas en un entorno con alta cobertura vacunal, lo que refuerza la validez interna.¹ Sus hallazgos brindan una importante tranquilidad con respecto a la ausencia de una asociación entre la vacunación contra el rotavirus y el riesgo de EC temprana, en consonancia con grandes cohortes y datos metaanalíticos que no muestran un aumento general de la EC después de la vacunación contra el rotavirus.²

Quisiéramos destacar algunas consideraciones relevantes para la interpretación y la investigación futura.

En primer lugar, en el programa noruego solo se utilizó Rotarix. Si bien todas las vacunas contra el rotavirus precalificadas por la Organización Mundial de la Salud son formulaciones orales vivas, difieren en valencia, origen de la cepa y perfiles de inmunogenicidad, lo que podría influir en las respuestas inmunitarias intestinales y las

interacciones con el microbioma.³ Por lo tanto, se debe tener precaución al extrapolar los resultados a entornos que utilizan vacunas alternativas.

En segundo lugar, la enfermedad celíaca no detectada sigue siendo una preocupación. La incidencia acumulada notificada (1,13 %) es ampliamente consistente con las estimaciones poblacionales (0,7 %-2,9 %) pero inferior al 1,47 % detectado en estudios de cribado en adultos noruegos, donde el 75 % de los casos no habían sido diagnosticados previamente.⁴ Los estudios de cribado poblacional y de detección de casos muestran que la mayoría de los casos de enfermedad celíaca permanecen sin diagnosticar sin pruebas serológicas proactivas,⁵ y la subestimación, especialmente de la enfermedad leve o asintomática, puede atenuar la detección de efectos modestos asociados a la vacuna.

En tercer lugar, el seguimiento se limitó principalmente a los 5 años de edad, con análisis de sensibilidad hasta los 7 años. La EC suele desarrollarse más allá de la primera infancia, y su incidencia aumenta durante la niñez tardía y la adolescencia.⁵ Varias cohortes y un metaanálisis sugieren que un seguimiento corto puede subestimar la incidencia absoluta de la EC y los posibles efectos de latencia prolongada de las exposiciones en la primera infancia.

En cuarto lugar, no se disponía de información sobre el momento y la frecuencia de las infecciones naturales por rotavirus. Los estudios prospectivos sugieren que las infecciones frecuentes se asocian con un mayor riesgo de autoinmunidad por enfermedad celíaca en niños susceptibles.⁵ En el estudio TEDDY, las infecciones gastrointestinales aumentaron el riesgo a corto plazo, y la vacunación contra el rotavirus pareció atenuar el riesgo en subgrupos.⁶ Sin datos a nivel de infección, sigue siendo difícil diferenciar los efectos de la vacuna de la dinámica de la infección y la inmunidad colectiva.

En conclusión, este estudio aporta evidencia valiosa que respalda la seguridad de la vacuna contra el rotavirus en relación con la enfermedad celíaca de inicio temprano y coincide con datos más amplios que no muestran un mayor riesgo de padecerla. No obstante, la generalización de los serotipos vacunales, el infradiagnóstico, el seguimiento limitado, la falta de datos sobre infecciones y los factores de confusión residuales justifican la necesidad de realizar estudios más amplios con un seguimiento prolongado y definiciones armonizadas de la enfermedad celíaca.

- [Development of a paediatric severity score to predict outcomes of radiographic-confirmed community-acquired pneumonia in hospitalised children in Sabah, Malaysia.](#) Archives of Disease in Childhood 2026;**111**:688-696. 96.

Los modelos de predicción de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños hospitalizados son limitados, especialmente en países de ingresos medios-altos. Desarrollamos una escala de gravedad de la neumonía pediátrica (PEPS) para facilitar la estratificación temprana del riesgo y examinamos su capacidad discriminadora.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo.

Contexto y pacientes Entre abril de 2022 y abril de 2023, se incluyeron en el estudio niños de entre 1 mes y menos de 12 años de edad hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) confirmada radiográficamente en Sabah, Malasia.

Principales medidas de resultado: Se recopilaron factores clínicos clave para desarrollar perfiles de riesgo para la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) leve, moderada y grave. La puntuación PEPS se derivó del modelo multivariable final y se evaluó su capacidad para discriminar la gravedad de la NAC.

Resultados Entre 868 niños, 639 (73,6%) tuvieron neumonía adquirida en la comunidad (NAC) leve, 83 (9,6%) moderada y 146 (16,8%) grave. Los factores independientes asociados con la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) moderada/grave fueron la edad <6 meses (OR ajustado (OR_{adj})=6,81, IC del 95% 4,65 a 9,98), el estado de vacunación parcial/no vacunado (OR_{adj}=2,66, IC del 95% 1,47 a 4,81), los vómitos/el rechazo de la alimentación (OR_{adj}=1,77, IC del 95% 1,19 a 2,61), la hipoxemia (saturación de oxígeno 90-93% (OR_{adj}=2,38, IC del 95% 1,22 a 4,64); <90% (OR_{adj}=28,88, IC del 95% 13,37 a 62,35)) y la anemia (OR_{adj}=1,76, IC del 95% 1,17 a 2,67). El modelo demostró una excelente capacidad de discriminación para identificar el riesgo de que los niños presenten neumonía adquirida en la comunidad (NAC) moderada o grave (estadístico c = 0,81; IC del 95 %: 0,78 a 0,84). La puntuación PEPS desarrollada (0-13) estratificó a los niños en grupos de bajo riesgo (puntuación 0-1), riesgo moderado (puntuación 2-4) y alto riesgo (puntuación ≥5), con tasas observadas de NAC moderada o grave del 10,9 %, 29,1 % y 76,9 %, respectivamente, y demostró un sólido rendimiento predictivo para la NAC moderada o grave (estadístico c = 0,81; IC del 95 %: 0,77 a 0,84).

Conclusión: La escala PEPS, la primera desarrollada en un país de ingresos medios-altos utilizando neumonía adquirida en la comunidad (NAC) confirmada radiográficamente, discrimina con precisión entre la NAC leve y la moderada/grave que requiere hospitalización. Puede ser útil para el manejo de casos en entornos similares, pero requiere validación externa antes de su implementación generalizada.

[Outcome of early short course corticosteroid therapy in severe community-acquired pneumonia: a randomised controlled trial](#). *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:697-702.

Resumen

Objetivo : Evaluar la eficacia y la seguridad de la dexametasona como tratamiento coadyuvante en niños con neumonía grave adquirida en la comunidad (NAC).

Diseño: Ensayo doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo.

Ámbito: Hospital de atención terciaria. Pacientes: Niños de entre 2 meses y 15 años diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad grave.

En el grupo de intervención, los participantes fueron asignados aleatoriamente para recibir dexametasona intravenosa o placebo durante 5 días, además de la terapia antimicrobiana estándar.

Principales medidas de resultado El resultado primario fue el fracaso del tratamiento a las 72 horas. Los resultados secundarios incluyeron progresión radiográfica, insuficiencia respiratoria, necesidad de ventilación, shock, mortalidad, duración de la estancia hospitalaria, reingreso a las 4 semanas y marcadores inflamatorios.

Resultados Se inscribieron 132 niños (66 por grupo). El fracaso del tratamiento a las 72 horas ocurrió en el 25,8% en el grupo de dexametasona vs. el 60,6% en el grupo placebo (HR 0,32; IC del 95% 0,18 a 0,57; $p=0,001$). El empeoramiento radiográfico fue significativamente menor en el grupo de dexametasona (22,7% vs. 57,6%; OR 0,22; $p=0,001$), al igual que la progresión a insuficiencia respiratoria (10,6% vs. 31,8%; OR 0,25; $p=0,004$). No se observaron diferencias significativas en la necesidad de ventilación, desarrollo de shock, mortalidad, estancia hospitalaria o tasas de reingreso. Si bien la reducción de la velocidad de sedimentación globular (VSG) desde el inicio hasta las 72 horas fue mayor en el grupo de dexametasona, los valores absolutos de VSG a las 72 horas no difirieron de manera consistente entre los grupos, mientras que no se observaron diferencias significativas en la proteína C reactiva de alta sensibilidad, la interleucina (IL)-6, la IL-8 o la IL-10.

Conclusiones: La dexametasona como terapia coadyuvante en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) grave en niños redujo significativamente el fracaso terapéutico temprano y la inflamación sistémica sin aumentar los resultados adversos. Estos hallazgos respaldan su consideración en el manejo de la NAC grave en niños.

[Diagnostic accuracy of the index finger vein inspection \('Zhiwen'\) for assessing paediatric pneumonia severity](#). *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:703-708.

Objetivo: Determinar la precisión diagnóstica y la fiabilidad interobservador de la inspección tradicional de las venas del dedo índice ("Zhiwen") para evaluar la gravedad de la neumonía en niños.

Diseño de un estudio transversal de precisión diagnóstica que se ajusta a las directrices de los Estándares para la Notificación de Estudios de Precisión Diagnóstica de 2015.

Contexto: Un hospital pediátrico de referencia de tercer nivel en Ciudad Ho Chi Minh, Vietnam.

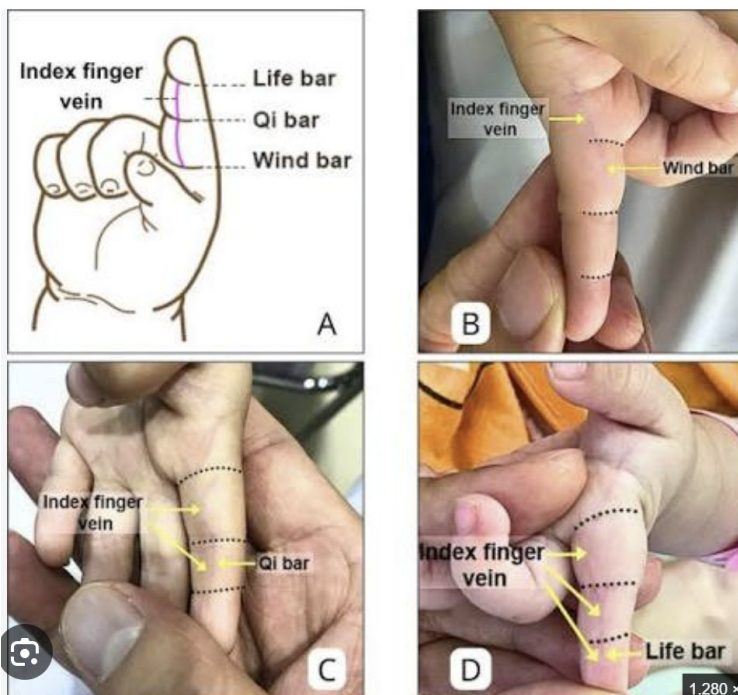
Entre marzo y mayo de 2024, se incluyeron en el estudio 406 niños de ≤ 3 años con diagnóstico clínico de neumonía.

Intervenciones: Los participantes fueron evaluados de forma independiente y a ciegas por un pediatra (estándar de referencia: clasificación de neumonía de la OMS) y practicantes de medicina tradicional (prueba índice: inspección 'Zhiwen'). Las venas se clasificaron en barras de 'Viento', 'Qi' o 'Vida' según su extensión distal.

Principales medidas de resultado: Métricas de precisión diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razones de verosimilitud) y fiabilidad entre evaluadores (kappa de Cohen (κ)).

Resultados: La fiabilidad entre evaluadores fue excelente ($\kappa=0,91$; IC del 95%: 0,88 a 0,94). Se observó una asociación gradual significativa entre la extensión de la vena y la gravedad de la neumonía ($p<0,001$). La extensión de la «barra de vida» se asoció fuertemente con la neumonía muy grave, demostrando una sensibilidad del 95,2% (IC del 95%: 76,2% a 99,9%) y una especificidad del 96,4% (IC del 95%: 94,0% a 98,0%). Fundamentalmente, la ausencia de la «barra de vida» arrojó un valor predictivo negativo (VPN) del 99,7%, descartando efectivamente la enfermedad crítica.

Conclusión: La inspección tradicional de Zhiwen es un biomarcador físico reproducible y válido para evaluar la gravedad de la neumonía. Su alto valor predictivo negativo sugiere su potencial como herramienta complementaria rápida y gratuita para la estratificación del riesgo en niños con neumonía establecida en entornos con recursos limitados.



https://www.facebook.com/ricardoacostadr/photos?locale=es_ES