



S.A.P.  
CÓRDOBA

"Por la salud plena de niños,  
niñas y adolescentes"

R.C.P.

## Comisión Editorial

Coordinador Editorial  
Dr. Mario Polacov

Diseño Gráfico  
Antonella Pedicino Castellano

## Nota de Tapa

### Bioética y Pandemia: una mirada desde la Pediatría

Revista Cordobesa de *Pediatría*

A poco más de un año del primer caso de **SARS-COV2 diagnosticado en nuestro país**, podemos sostener que lo vivido en este tiempo ha determinado una serie de situaciones adversas novedosas para todos; pero sobre todo ha dejado en evidencia numerosos problemas ya existentes en nuestra región, como la desigualdad, la pobreza, la desnutrición, la inequidad en el acceso a la salud y a la educación, entre otros.

Teniendo en cuenta los datos recolectados a través del trabajo de campo llevado a cabo por la Subcomisión de **Derechos del Niño y el Comité de Pediatría Social de la Sociedad Argentina de Pediatría**, podemos afirmar que *"los niños han sido los más afectados y los menos escuchados. La cuarentena ha tenido un enorme impacto individual, social y familiar en los niños, niñas y adolescentes, y reclama un abordaje holístico, comprometido y mancomunado de la sociedad civil, las familias, los profesionales de la salud, los docentes y las autoridades políticas. Desde esta perspectiva los niños, niñas y adolescentes son los más afectados en sus derechos. En particular ha sido vulnerado su derecho a expresar su opinión libremente sin que se los haya tenido debidamente en cuenta"*

Citando su propia percepción: *"los niños consideraron que no fueron tenidos en cuenta ni escuchados durante la cuarentena. Predominan entre ellos los sentimientos de enojo y desazón por esta razón. Sintieron carecer de las herramientas necesarias para afrontar estos sentimientos y percibieron a los adultos tan abrumados como ellos"*.

## Sumario



### Nota de tapa

Actualización diagnóstica y  
terapéutica Pág. 5



Artículo Comentado Pág. 16



Noti SAP Pág. 23



Columna de Comisión  
Directiva Pág. 25



Ejercicio Profesional Pág. 27

Columna de Pediatras Jóve-  
nes Pág. 31

Homenaje Dr. Villada Achával  
Pág. 38

Estas realidades hicieron que desde la Bioética intentemos aportar una voz que pretende optimizar resultados y beneficios para toda la sociedad, **rescatando el valor de la solidaridad y la responsabilidad colectiva e individual**. Enfatizando el deseo de que, aún en medio de la confusión generada por la pandemia, **lo urgente no tape o suprima lo esencial**, lo más importante, que son los derechos y libertades de cada persona. Es evidente que en este contexto que nos toca vivir los derechos individuales pueden verse limitados o acotados en virtud del cuidado y el respeto de la salud de todos para beneficiar a la sociedad, pero esto nunca puede ser un motivo de atropellos u olvidos.

*“La cuarentena y el abordaje del COVID-19 privilegiaron un enfoque biologicista y centrado en el virus que prácticamente anuló toda mirada holística y comprensiva de la complejidad del ser humano”*. Distintas situaciones que se suscitaron demostraron la necesidad de **priorizar el cuidado y acompañamiento humanizado y de calidad en todo momento**, la importancia de velar por la calidad de vida de las personas, facilitar las despedidas y un duelo adecuado. **La propuesta es que no dejemos de lado a la persona por solo “ver el virus”**. El aporte de los cuidados paliativos en este aspecto cobró gran importancia y nuevamente dejó en evidencia que esto es aún una materia pendiente en nuestro país.

Los pediatras, como otros profesionales y trabajadores, tuvimos que adaptarnos, reinventarnos y ser creativos para atravesar amorosamente las barreras impuestas por los equipos de protección personal y la distancia física que el protocolo establecía en cada consulta. Tenemos en nuestra labor diaria el **rol privilegiado y la responsabilidad ineludible de ser quienes amplificamos la voz de nuestros pacientes**, y para ello, hoy más que nunca debemos escuchar, contener, acompañar, explicar y hablarle a los niños y niñas acerca de la nueva realidad que nos toca, **identificando sus emociones y ofreciéndoles herramientas que ayuden a sostener su bienestar**.

Nos convoca también la tarea de acompañar y comprender la angustia, ansiedad y temores de los cuidadores, que se sienten desconcertados, cansados, y desbordados en tantas oportunidades. Por otra parte, **el encuentro durante la consulta es particularmente valioso para recordarles acerca de los cuidados esenciales**, indagar sobre las rutinas, la alimentación, el calendario de vacunación, dar pautas de autocuidado, alentarlos a la escucha empática, a **prestar atención a las emociones de los niños y niñas, validando lo que dicen, lo que sienten y también lo que callan**.

Consideramos que es de vital importancia remarcar el cuidado, seguimiento y **acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad**. Es imprescindible que puedan tener acceso al sistema de salud, a realizar sus terapias de rehabilitación, a la medicación y a los controles rutinarios pediátricos.

Otro aspecto importante a destacar es el rol y **la importancia de la educación en las infancias y adolescencia como derecho fundamental**. Es imperioso que el estado y las instituciones generen estrategias y recursos para dar respuestas frente a la inequidad en el acceso a una educación segura, teniendo en cuenta las necesidades y posibilidades de los distintos grupos etarios según las características geográficas, socioeconómicas y culturales.



*“La plena vigencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes es un compromiso de toda la sociedad. Debe estar permanentemente presente en la agenda de las decisiones políticas y sociales”.*

Sabemos que la niñez **es el gran agente de cambio y de incorporación de nuevos hábitos**. Aprendieron mejor que los adultos acerca del correcto uso del barbijo, la higiene de manos y cómo ventilar los espacios y se ocupan de recordarles a sus padres y familias todas estas medidas. Los niños y niñas han demostrado ser **solidarios y generosos**; es importante **fortalecer y estimular estas actitudes** que son terreno fértil para una sociedad más, justa, inclusiva y empática.

No hay duda de que cada uno hará su evaluación individual de esta situación excepcional desde sus propias vivencias, las pérdidas de seres queridos, los duelos incompletos, los reveses en los vínculos, las dificultades económicas, la soledad inmensa en muchas oportunidades, el cansancio físico y mental intenso e interminable. Para la mayoría de las personas estos meses se caracterizaron por la incertidumbre y la desazón, y de modo particular quienes trabajamos cuidando y asitiendo a los pacientes y sus familias, vivimos circunstancias nuevas, complejas y dolorosas donde la angustia moral fue abrumadora. Es por ello que proponemos, ahora más que nunca, **estar atentos a las necesidades que surgen, para adaptarnos y flexibilizarnos** ante las diferentes situaciones que se presentan en función de la evolución de la pandemia y del momento que vive cada comunidad. Ansiamos poder **capitalizar las experiencias vividas para afrontar este tiempo difícil que queda por delante de la mejor manera**.

Creemos que el gran desafío será poder **tomar decisiones que sean racionales y prudentes** en medio de la incertidumbre, buscando causar el menor daño posible a las infancias y sus familias. **Trabajar para que las elecciones sean científicamente justificadas y moralmente aceptables. La prioridad es el cuidado de los vulnerados y los vulnerables, garantizando derechos y procurando la mejor calidad de vida posible en todo momento.**

Desde la Bioética no saldrán las respuestas a todos estos interrogantes, pero probablemente, si las guías y sugerencias para **generar acciones que respeten y protejan siempre a todas las personas, priorizando a los más frágiles.**

Frente a una situación de desconcierto y aflicción, como lo es la pandemia, **se requieren mayores garantías y salvaguardas éticas, nunca menos.** Seguramente los pediatras, nos hemos enriquecido enormemente con todo lo vivido, y aún nos queda mucho por hacer y aprender juntos, **trabajando en red y cuidándonos mutuamente.**

#### **Comité de Bioética clínica**

Secretaria: Dra. María Fernanda Marchetti

Prosecretaria: Dra. Virginia Viale

Vocales: Dr. José Torres Capobianco

Dra. Mariana Martínez

Dra. Laura Lopez

Dra. Adriana Moralez

Dra. Marcela Bencivenga



## Actualización diagnóstica y terapéutica Epifisiólisis femoral proximal (E.F.P.)

*Dra Neder, Yamile. Medica adjunta al Servicio de Ortopedia Infantil, Hospital Universitario de París, Robert Debrée, 48Bd Sérurier 75019, París, Francia. yamileneder@gmail.com*

*Dr De Battista Alberto. Jefe de Sección de Ortopedia Infantil del Hospital Privado Universitario de Córdoba, Naciones Unidas 346, Córdoba Argentina. albertodebattista@gmail.com*

### Introducción

**La epifisiólisis femoral proximal (EFP)** es una de las patologías de cadera más frecuentes de la adolescencia y su incidencia ha estado en aumento durante las últimas décadas.

Consiste en un desplazamiento superior y anterior del cuello femoral respecto de la epífisis proximal, la cual conserva su relación normal con el acetábulo (Fig. 1). Las causas que originan este desplazamiento todavía no están claras, aunque se hayan barajado múltiples factores con mayor o menor influencia, las hipótesis de causa hormonal y de origen mecánico parecen ser las más aceptadas (1).

El paciente típico es un adolescente con sobrepeso que presenta dolor de cadera, pero también puede ocurrir en niños más pequeños no obesos; por lo tanto, constituye una entidad que debe ser parte del diagnóstico diferencial en cualquier paciente esqueléticamente inmaduro que presente dolor de cadera o rodilla.

**Sin un tratamiento adecuado y precoz**, el deslizamiento finalmente acaba por estabilizarse, consolidando la epifisiólisis y dando lugar a actitudes viciosas. El rol del cirujano ortopédico es detener y corregir el desarrollo de este cuadro. Los pediatras deben conocer esta entidad para asegurar un diagnóstico precoz y intervenir de manera oportuna ya que es uno de los principales factores de buen pronóstico.

## **Epidemiología**

Los afroamericanos, los varones y los niños obesos se ven afectados con mayor frecuencia. Los grupos de edad típicos son de 12 a 15 años en los niños y de 11 a 14 años en las niñas (1,2). La aparición en la juventud (menos de 10 años) debe hacer sospechar una endocrinopatía subyacente, enfermedad renal y es frecuente en aquellos pacientes que han recibido radioterapia.

## **Etiología y patogenia**

Constituye un trastorno caracterizado por un desplazamiento de la epífisis femoral a través de la fisis. Hay factores mecánicos (obesidad) y anatómicos implicados en el desarrollo de EFP (retroversión relativa del fémur, acetábulos de implantación profunda, aumento de la pendiente fisaria).

Aproximadamente un tercio (18-50%) de los casos pueden mostrar afectación bilateral en el momento de la presentación o en los siguientes 18-24 meses (2). Aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, los factores de riesgo desarrollar una EFP incluyen enfermedad renal, hipotiroidismo y la deficiencia de hormona del crecimiento.

## **Clasificación**

Tradicionalmente, la EFP se clasificó en aguda (15%), crónica (80%) y aguda sobre crónica (5%) basado en parámetros radiográficos y en función de la evolución de los síntomas (menores a 3 semanas de duración con un desplazamiento brusco de la cabeza femoral para las agudas y síntomas persisten durante 3 semanas o más en los casos crónicos).

Una clasificación más nueva determina pronóstico basado en la estabilidad y actualmente es la clasificación más utilizada. Clínicamente, un deslizamiento se considera **“estable”** si el paciente puede soportar peso sobre el lado afectado, incluso con dispositivos de asistencia, si no puede caminar se considera **“inestable”** (2). Esto es de importancia pronóstica ya que la tasa de necrosis avascular (**NAV**) **es mayor (20-60%)** en los deslizamientos inestables y menor en las caderas estables. Cuadro 1.

Los cambios radiográficos también identifican la gravedad de EFP de acuerdo al grado de desplazamiento epifisario en comparación con el diámetro diafisario total. Usando esta fracción, SCFE se puede clasificar como leve (<33%), moderado (33% -50%), o grave (> 50%) (2).

### **Manifestaciones clínicas**

El dolor de cadera, muslo o rodilla y la renguera en cualquier niño o adolescente es siempre una señal de alerta y el diagnóstico diferencial debe incluir infecciones, inflamatorias o reumatológicas y causas traumáticas. Cabe recordar que los diagnósticos de lesiones deportivas (desgarros, pubalgia, tendinitis, etc.) no son comunes en niños menores de 15 años y no deben ser pensados en primera instancia (3).

En el examen, en un SCFE varo típico, hay un aumento de la rotación externa de la cadera y una flexión, abducción y rotación interna limitadas. En algunos casos existe una rotación externa obligada con flexión del lado afectado (signo de Drehmann). **Foto clínica 1.**

La extremidad afectada puede ser más corta en un deslizamiento unilateral y puede estar presente un signo de Trendelenburg asociado a una atrofia muscular en casos crónicos.

## Diagnóstico

La herramienta de diagnóstico estándar actual es una radiografía panorámica de pelvis antero-posterior y una proyección de perfil de la cadera comprometida (proyección de rana o Löwenstein) de modo de poder medir el ángulo de deslizamiento y poder evaluar los casos de deslizamientos asintomáticos o leves (4). En casos de sospecha de EFP inestable es recomendada una proyección en cross-table en lugar de la posición en rana, para evitar la manipulación de la cadera.

Dependiendo de la gravedad del deslizamiento, se pueden identificar varios cambios en las imágenes radiográficas. En fases tempranas, hay un ensanchamiento o lucidez de la placa de crecimiento y engrosamiento de la fisis. En casos ya con un desplazamiento más evidente, sobre la proyección antero-posterior podemos trazar la línea de Klein (línea que pasa por el superior borde del cuello femoral), utilizada para identificar una posible EFP si ésta la línea no cruza la parte lateral de la cabeza femoral y sobre el perfil la medición del ángulo de desplazamiento.

La resonancia magnética (IRM) de la cadera puede ser esencial en las primeras etapas cuando los rayos X son negativos, pero hay una fuerte clínica sospecha. Su mayor utilización es en el diagnóstico de necrosis avascular en el posoperatorio, especialmente en pacientes de alto riesgo. La Tomografía computarizada y ecografía de la cadera tienen poco papel en la rutina evaluación de pacientes con EFP. **Foto Rx 1.**

## **Tratamiento**

El tratamiento estándar de la EFP sigue siendo la fijación con tornillos in situ por vía percutánea para estabilizar la epífisis y prevenir el deslizamiento progresión y secuelas a largo plazo(2,5).

En los casos de desplazamientos moderados o severos, algunos centros han adoptado enfoques más agresivos (manipulación cerrada o reducción mini-abierta antes de la fijación o el procedimiento de Dunn modificado u osteotomías femorales) que mejoran la alineación de la epífisis para que para minimizar el potencial daño del cartílago articular y labrum debido a una articulación no concéntrica.

Existe un riesgo de deslizamiento bilateral por lo que una fijación in situ contralateral es recomendada en aquellos pacientes con enfermedad renal no tratada, endocrinopatías y antecedentes de radiación. También se puede considerar la fijación profiláctica en pacientes con sospecha de incumplimiento del seguimiento, así como en pacientes más jóvenes (niñas menores de 10 años, niños menores de 12 años) y en función del cierre del cartílago trirradiado (2,5,6).

Es importante destacar dentro de las pautas de tratamiento inicial, que ante la sospecha diagnóstica el tratamiento a poner en práctica desde el consultorio de pediatría es la descarga de peso con el uso de muletas o silla de ruedas, el manejo del dolor correspondiente y la derivación al cirujano ortopeda infantil con la realización de los estudios radiográficos de base. Fotos post op 1.

## **Complicaciones**

A pesar de que el objetivo del tratamiento es prevenir y minimizar las complicaciones, la tasa general sigue siendo alta. La necrosis avascular es la más común, principalmente en casos inestables severos y suele estar presente en aproximadamente el 20% de los casos (4,6). Menos comúnmente, la condrolisis se puede ver en 7% de los pacientes y debe sospecharse cuando hay restricción de movimiento, que está asociado con una reducción del espacio articular en una radiografía. Otra complicación con relevancia clínica para los pediatras es la detención del crecimiento y la discrepancia de longitud de miembros inferiores (7). La edad promedio de la mayoría de los pacientes en el momento de la presentación es 12 años, y después de la cirugía la expectativa es en promedio de una pérdida de 3 mm de crecimiento de la extremidad desde la fisia femoral proximal por año. Finalmente, los fenómenos artrósicos producto de estas complicaciones o de una incongruencia articular secuelar puede presentarse desde edades tempranas.

## **Conclusión**

La EFP es un trastorno de cadera común que se observa durante la adolescencia, especialmente en pacientes obesos. El síntoma más común es el dolor de cadera y la cojera, aunque también puede presentarse con dolor de rodilla aislado o dolor de muslo.

El tratamiento es siempre quirúrgico y debe ser hecho lo antes posible para prevenir la progresión del deslizamiento y con ello complicaciones como la necrosis avascular de la epífisis femoral.

Consideramos de vital importancia la detección precoz del proceso en aquellos casos en los que el desplazamiento es gradual, para poder instaurar un tratamiento adecuado y obtener unos resultados satisfactorios a largo plazo. El factor más importante en el diagnóstico precoz de esta patología es tener en mente su existencia y descartar su presencia ante la mínima sospecha clínica, es por ello que el rol de pediatra es fundamental en esta patología.

## Referencias

1. Loder RT, Richards BS, Shapiro PS, Reznick LR, Aronson DD. Acute slipped capital femoral epiphysis: the importance of phiseal stability. *J Bone Joint Surg Am.* 1993;75A:1134-40.
2. Loder RT, Dietz FR. What is the best evidence for the treatment of slipped capital femoral epiphysis ? *J Pediatr Orthop.* 2012 ;32 Suppl 2:S158-165.
3. Carlos Castillo, MD; and Magda Mendez, MD. Slipped Capital Femoral Epiphysis: A Review for Pediatricians. *Pediatr Ann.* 2018;47(9):e377-e380.
4. Mathew, S. E., & Larson, A. N. (2019). Natural History of Slipped Capital Femoral Epiphysis. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 39, S23-S27.
5. Jonathan Wright I, Manoj Ramachandran. Slipped Capital Femoral Epiphysis: The European Perspective. *J Pediatr Orthop.* 2018 Jul;38 Suppl 1:S1-S4.
6. Roaten J, Spence DD. Complications related to the treatment of slipped capital femoral epiphysis. *Orthop Clin North Am.* 2016;47(2):405- 413.
7. Zaltz I, Baca G, Clohisy JC. Unstable SCFE: review of treatment modalities and prevalence of osteonecrosis. *Clin Orthop Relat Res.* 2013;471:2192-2198. doi:10.1007/ s11999-012-2765-x.

Figura 1.

**Epifisiolisis: lisis espontánea de la fisis céfalo-femoral con desplazamiento del cuello en relación con la cabeza a lo largo del cartílago de crecimiento.**



## Cuadro 1

### CLASIFICACIÓN

• Por pronóstico:

– Estable

Riesgo de osteonecrosis  
(ONF) 5%

- Puede caminar
- Remodelado de cuello de femur
- Crónico

– Inestable

Riesgo de osteonecrosis  
(ONF) 50%

- NO puede caminar
- Derrame articular
- Aguda o Crónica reagudizada

x

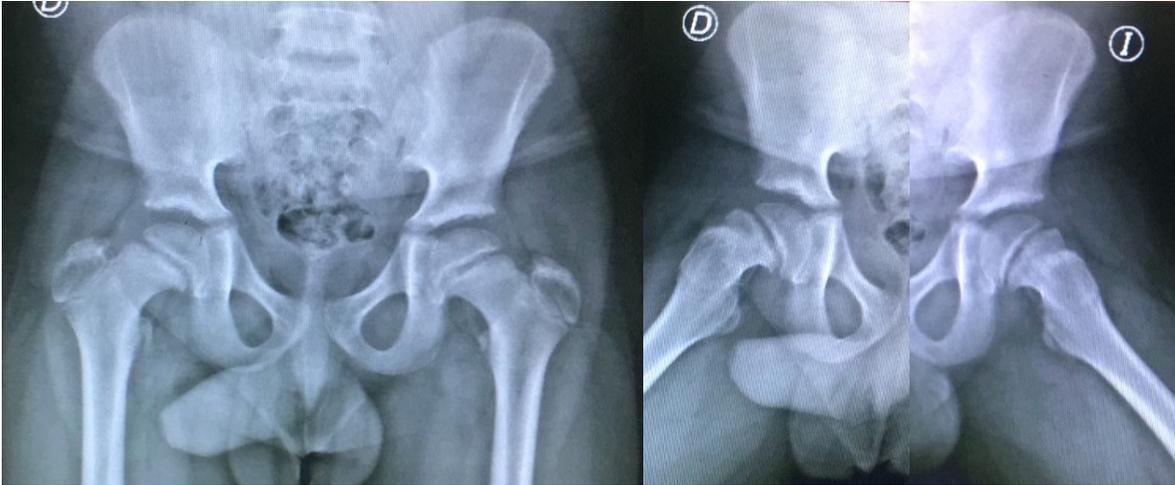
Foto clinica 1.  
Foto Rx frente y perfil.



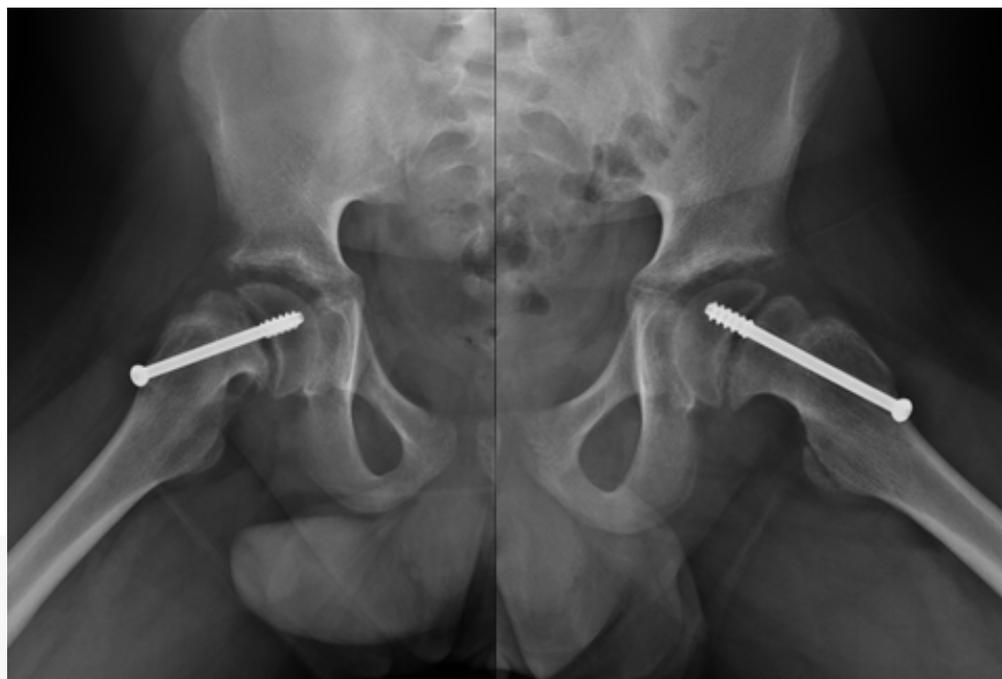
Foto clinica 1.  
Foto Rx frente y perfil.



Foto Rx 1 Frente Linea de klein



Fotos post op 1.



## Artículo Comentado

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 134 (2020) 110035



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ijporl](http://www.elsevier.com/locate/ijporl)



### Speech production in young children with tongue-tie

Holly Salt<sup>a</sup>, Mary Claessen<sup>a</sup>, Timothy Johnston<sup>b</sup>, Sharon Smart<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Curtin University, Kent St, Bentley, WA, Australia, 6102

<sup>b</sup> Kids Paediatric Dental Care, 94 Stirling Hwy, North Fremantle, WA, Australia, 6159



#### ARTICLE INFO

##### Keywords:

Tongue-tie  
Ankyloglossia  
Speech  
Intelligibility  
Tongue mobility  
Children

#### ABSTRACT

**Introduction:** Tongue-tie, or ankyloglossia, occurs in 4–10% of the population. Treatment of tongue-tie has increased by 420% in Australia between 2006 and 2016 and 866% in the United States between 1997 and 2012. Despite limited evidence, it has been suggested that tongue-tie can result in speech sound disorder (SSD). This study aimed to investigate tongue mobility and speech production outcomes in children with and without tongue-tie diagnoses.

**Method:** Fifty-nine children aged 2; 1 to 4; 11 years were recruited and formed three groups: treated tongue-tie (TTT), untreated tongue-tie (UTT) and no tongue-tie (NTT). Measures of lingual frenulum structure and function, tongue mobility, speech production, and parent and clinician intelligibility ratings were collected.

**Results:** No statistically significant differences were found between the TTT, UTT and NTT groups for tongue mobility, speech production or intelligibility. Significantly more UTT children had a history of speech pathology attendance than participants in the NTT group.

**Conclusion:** This study provides preliminary evidence of no difference between tongue mobility and speech outcomes in young children with or without intervention for tongue-tie during infancy. This study assists with clinical decision making and makes recommendations for families not to proceed with surgical intervention for tongue-tie during infancy, for the sole outcome of improving speech production later in life.

## Producción del habla en niños pequeños con diagnóstico de anquiloglosia submandibular.

Es uno de los artículos más leídos del International Journal en los últimos dos años.

El objetivo de exponer este artículo es porque la anquiloglosia es motivo frecuente de consulta en la población pediátrica y existe controversia en cuál es el tiempo correcto para realizar tratamiento.

### Introducción

La anquiloglosia submandibular (AS) es una anomalía congénita que se caracteriza por un frenillo sublingual anormalmente corto, que resulta en grados variables de dificultad de motilidad lingual.

Tiene una prevalencia del 4 al 10% de la población con un incremento exponencial en la última década en el tratamiento quirúrgico (420% Australia y 866% en EE. UU.). Esto se debe a varios estudios publicados donde hacen referencia que la frenulectomía mejora la calidad en el amamantamiento.



Los objetivos de este estudio publicado es investigar la motilidad lingual y los resultados en la producción del habla en niños con y sin anquiloglosia. Es decir, evidenciar en el impacto que tiene la AS en la producción del habla, la inteligibilidad y la motilidad lingual.

Para ello este estudio tomo una muestra amplia que estudios anteriores, incluye un grupo control y se usaron medidas objetivas y subjetivas.

### **Método**

Se reclutaron 59 niños con una edad media de 3,4 años (rango:2,1 a 4,9 años). Estos pacientes no tenían retraso madurativo ni alteraciones de la audición.

Se los dividió en tres grupos:

Sin anquiloglosia (NTT)

	<i>n</i>			Age (months)		
	Male	Female	Total	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range
TTT	11	10	21	42.05	6.66	31-59
UTT	6	11	17	40.12	6.64	30-53
NTT	11	10	21	39.57	9.152	25-58
Total	28	31	59	40.61	7.59	25-59

*Note.* *n* = number of participants; *M* = mean, *SD* = standard deviation.

Se reclutaron del mismo centro odontológico pediátrico con diagnóstico de AS antes de los 6 meses de vida por un odontólogo pediátrico y un especialista en la lactancia utilizando los ítems funcionales y estructurales de la clasificación de Hazelbaker. Los grupos eran similares en cuanto a la edad, género y número.

### **Materiales**

Los ítems objetivos que se evaluaron son producción del sonido del habla, la inteligibilidad, habilidad motora oral (movilidad lingual) y la función del frenillo lingual para ello se realizaron sesiones de 30-45 minutos con grabación de video y audio por el jefe de investigaciones, un asistente y dos estudiantes de fonoaudiología y se realizaba un análisis estadístico.

**La producción del sonido del habla** se evaluaba con las pruebas fonológicas TPT (Toddler Phonology Test) y DEAP (Diagnosis Evaluation of Articulation and Phonology). Estos test de evaluación son para niños pequeños. Se utilizan palabras relevantes para identificar patrones de error en el habla. Y evaluaban un Score Standard y el porcentaje de consonantes correctas, haciendo hincapié en los sonidos alveolares (t/d/s/z/n/l) y los palatoalveolares (r) que son los que están restringidos cuando tenemos la movilidad lingual afectada.

La inteligibilidad era evaluada por padres y profesionales de la salud, pediatras entre otros; utilizando una escala Likert (Score 1 a 5, 1 completamente ininteligible y 5 completamente inteligible).

La movilidad lingual fue evaluada con test de control lingual del VMPAC (Valoración de la Producción Motora Verbal para Niños) que es un score que tiene en cuenta el control motor global, control motor del subsistema específico del habla y movimiento de secuencialización verbal y no verbal.

**La función del frenillo lingual fue evaluada con la prueba de ITO** (aceptada para evaluar niños mayores de 12 meses de edad) que se basa en 5 ítems de la clasificación de Hazerbaker.

Del total de ítems tres son estructurales (el primero evalúa la fijación del frenillo en la lengua, el segundo la fijación del frenillo en el piso de la boca y el tercero la apariencia de la lengua cuando protruye) y dos funcionales que son la extensión de la lengua y la repercusión en el habla. Un Score de 10 es normal y un score menos a 8 se considera anquiloglosia.

## **Resultados**

No hubo diferencias significativas entre los 3 grupos en cuanto a la producción del habla, la inteligibilidad, movilidad lingual y función del frenillo lingual

**Table 2**

Descriptive statistics on phonology, intelligibility, oral motor and tongue mobility for TTT, UTT and NTT groups.

		TTT			UTT			NTT		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>
Phonology	SS	9.29	3.39	3–16	8.29	2.09	3–12	8.52	2.99	3–13
	PCC	77.95	13.71	47–99	68.94	18.45	41–93	72.62	13.10	39–96
Intelligibility	Parent	4.05	.74	3–5	3.76	.75	2–5	3.86	.66	2–5
	Clinician	3.95	.87	2–5	3.53	.94	2–5	3.86	.91	2–5
VMPAC RS		31.67	3.47	24–36	31.71	3.69	24–36	31.60	4.06	23–36
Lingual frenulum RS		9.57	.75	8–10	8.88	1.27	7–10	9.71	.46	9–10

Note. *M* = mean; *SD* = standard deviation; *R* = range; SS = standard score; PCC = percentage consonants correct; VMPAC = Verbal Motor Production Assessment for Children; RS = raw score. Intelligibility scores are from a scale 1 to 5 (1 = completely unintelligible to 5 = completely intelligible).

Mientras tanto hubo diferencias significativas en niños con anquiloglosia que tenían historia de concurrencia a terapia del habla. Aquellos que fueron intervenidos quirúrgicamente tuvieron una tasa de concurrencia a terapia del 19,05% y los que tuvieron el diagnóstico de anquiloglosia, pero no fueron operados concurren en un 29,41%.

Number of children in treated tongue-tie (TTT) and untreated tongue-tie (UTT) groups previously attending speech pathology for each goal of therapy.

Therapy Goals	TTT	UTT
Speech Sound Production	4* <sup>1</sup>	2* <sup>2</sup>
Oral Motor	0	1
Language	0	2
Unknown	0	1
Total <i>n</i>	4	5
% of group	19.05%	29.41%

*Note.* *N* = number of participants. One child in UTT group had received therapy for both speech and language.

\*<sup>1</sup> /l/, /s/, /r/, /ʃ/, /tw/, /θ/, /z/, /f/.

\*<sup>2</sup> /s/.

## Discusión

En cuanto a anquiloglosia y producción del habla no hay diferencias significativas en los resultados entre los grupos de anquiloglosia y sin anquiloglosia, por lo tanto, la AS no tendría efecto causal en las habilidades de la producción del habla.

## Conclusiones

Existe evidencia inconclusa sobre el impacto de la anquiloglosia en la producción del habla en los niños y las conclusiones actuales se han basado en estudios de muestras pequeñas, sin grupo control y sin medidas objetivas.

El estudio actual provee evidencia preliminar que no hay diferencia entre motilidad lingual, inteligibilidad y resultados del habla en niños pequeños con o sin intervención de la AS durante la infancia.

Debido a la naturaleza multidisciplinaria del tratamiento de la AS, estos hallazgos deben comunicarse al equipo de salud y permitir aconsejar a los padres sobre el impacto de la anquiloglosia y el potencial efecto en la producción del habla.

Recomienda a los padres a no realizar la intervención quirúrgica del frenillo lingual por el solo resultado de mejorar la producción del habla en un futuro

Se recomienda mayores investigaciones por las limitaciones del estudio.

**Dra. Carina Valeriani**  
**Comité ORL SAP Córdoba**



## NotiSAP

- **SAP Córdoba** formará parte de una mesa de asesoramiento del Ministerio de Educación ante situaciones derivadas de casos de Covid19 en las escuelas provinciales. Consideramos un hito de suma importancia que nuestra institución sea considerada como referente de opinión en temas relacionados con la niñez, lo cual abre puertas a acciones futuras en otras áreas.
- Se convocará a elecciones para renovación de autoridades, con el consecuente llamado a la conformación de listas postulantes para la conducción de nuestra SAP Córdoba. Esto se llevará a cabo en el curso del mes de junio, tras cumplimentarse las formalidades legales requeridas para este propósito.
- Se contrató la plataforma Zoom con disponibilidad de 3 salas simultáneas, con un máximo de 100 personas cada una. El objetivo es brindar a los Comités esta herramienta virtual para el desarrollo de sus actividades académicas.



- Se encuentra en marcha **el Curso Bianual de Actualización Pediátrica esta vez co-organizado con el Consejo de Médicos**. Esta acción colaborativa resulta de gran trascendencia, por el reconocimiento que implica a la jerarquía científica de nuestra institución.
- Se realizará un Ciclo de charlas para la Familia que consistirá en exposiciones sobre temas de interés para la comunidad a cargo de profesionales de nuestros Comités. Tendrá una frecuencia quincenal y se extenderá de junio a octubre del presente año, transmitiéndose por Facebook live. De este modo estamos promoviendo una propuesta educativa extramuros, una asignatura pendiente que estamos próximos a concretar. Los temas que serán abordados se detallan seguidamente:
  - Situación actual de la niñez: Desafíos y decisiones
  - RCP en niños y adolescentes
  - Primeros auxilios: Quemaduras-Heridas-Atragantamiento-Hemorragias
  - Crianza y disciplina
  - Alimentación saludable
  - El niño y la actividad física
  - Problemas frecuentes: Fiebre-Traumatismo de cráneo-Consumos tóxicos
  - Los niños y la tecnología
  - La niñez post-pandemia

## Columna de la Comisión Directiva Secretaría de Prensa

El área de prensa de nuestra SAP tiene la tarea de difundir actividades y contenidos hacia los asociados y hacia la comunidad en general. Y consideramos que esta función es importante y necesaria para mostrar la intensa y rica vida institucional de nuestra organización, con múltiples acciones en curso y nuevos proyectos por emprender.

Para este propósito disponemos de distintos canales comunicativos: contactos vía mail, sitio web ([www.sapcordoba.com.ar](http://www.sapcordoba.com.ar)), app SAP Córdoba, y más recientemente hemos sumado twitter y las redes sociales Facebook e Instagram con posteos semanales de contenidos. Además contamos con de un canal de youtube para difusión de material propio y de los generados por la Entidad Matriz. Y a esto se suman las opiniones de referentes de nuestra institución en medios periodísticos a fin de brindar a la sociedad en su conjunto el enfoque científico y avalado por evidencias de temas que involucran a la niñez y adolescencia.

Este trabajo de diseño de comunicaciones, adecuación de formatos y ejecución de procedimientos técnicos es llevado a cabo por esta Secretaría de Prensa junto a nuestra community manager *Antonella Pedicino Castellano*.



@sapcordoba



Sociedad Argentina de Pediatría Córdoba



@sap.cordoba



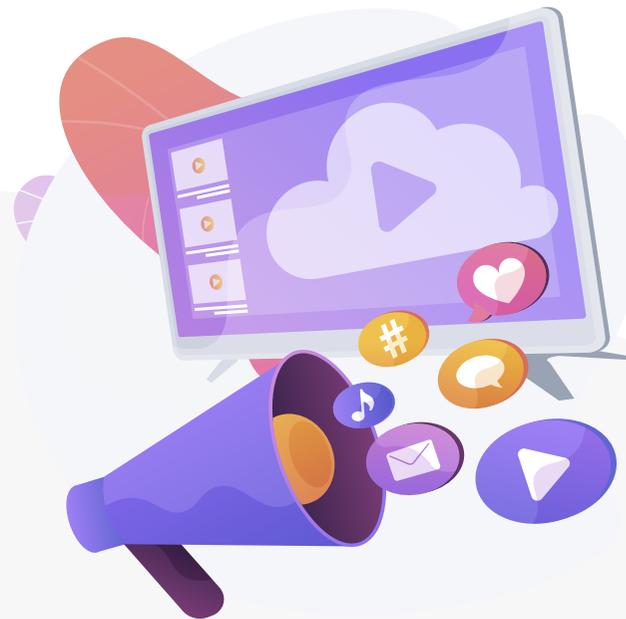
Sociedad Argentina de Pediatría Córdoba

Asimismo nuestra filial cuenta con una publicación propia: **la revista institucional R.C.P. (Revista Cordobesa de Pediatría)**, la cual demuestra en sus distintas notas la excelencia del nivel académico de los profesionales locales.

Aprovechamos este medio para renovar la invitación a todos los Comités a producir contenidos científicos y espacios de opinión sobre temas pediátricos de interés, a fin de dejar expuesta nuestra mirada profesional acerca de la realidad de los niños y adolescentes cordobeses.

Tanto los colegas como la comunidad en general necesitan y esperan nuestro mensaje, sobre todo cuando hay escenarios complejos y confusos. Aguardamos sus materiales para así darles la difusión que merecen.

*Dr. Mario Polacov*



## Ejercicio Profesional Medicina Interna Pediátrica

El desarrollo del conocimiento científico y nuevas tecnologías que se produjo en la segunda mitad del siglo XX permitió el perfeccionamiento de las especialidades médicas y quirúrgicas conocidas como “de órgano”. Esta superespecialización resultó en un abordaje más adecuado de enfermedades hasta ese momento mortales y, como consecuencia, la aparición de los conceptos de morbilidad y/o cronicidad. Esto condujo a la fragmentación del paciente. Allí cobra importancia la figura del pediatra internista, definido como el pediatra capacitado para el tratamiento integral de pacientes con diferente complejidad y criticidad en el ámbito de la internación. Según el Dr. Carlos Gianantonio “es el pivote de convergencia, conceptual y práctica de los múltiples especialistas que ejercen la medicina curativa. Es el médico del paciente y su familia, que dirige y armoniza las tareas diagnósticas y terapéuticas y facilita el diálogo entre disciplinas”

El pediatra internista debe contemplar aspectos asistenciales, pero también emocionales y familiares. Es responsable de liderar el trabajo en equipo con el resto de profesionales (enfermeras, especialistas, pediatra de cabecera) y está capacitado para ofrecer la mejor asistencia, atender de forma oportuna las urgencias que puedan surgir al paciente, proporcionar una atención centrada en la familia y el niño y actuar con seguridad, eficiencia, efectividad y equidad.

La Medicina Interna Pediátrica, como especialidad responsable de la asistencia integral del niño hospitalizado, afronta una serie de desafíos compartidos en muchos campos de la medicina. Entre los mismos se encuentran el incremento de la cronicidad, la búsqueda de la calidad, la preocupación por la seguridad del paciente, el uso racional recursos y la sostenibilidad del sistema sanitario. La incorporación del pediatra internista como coordinador del equipo de salud, se tradujo en reducción de los costos, tiempos de internación más breves, mejor calidad de atención y mayor satisfacción del niño y su familia.

El Internista tiene además un papel fundamental en la formación del residente de pediatría y debe favorecer el estudio y la difusión de conocimientos y técnicas aplicadas a la hospitalización. Actualmente se considera que el Hospitalista es aquel médico que tiene su principal foco de trabajo en el cuidado general del paciente hospitalizado y sus responsabilidades incluyen docencia, investigación y liderazgo en el proceso de hospitalización.

En 2011, en Madrid, se firmó el Acta Fundacional de la SEPHO (Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria). En 2016 se ha reconocido la subespecialidad de Medicina Interna Pediátrica en EEUU por la American Board of Medical Specialities. En nuestro país, se han realizado distintas gestiones para procurar que la Medicina Interna Pediátrica se eleve a la jerarquía de subespecialidad. En Córdoba seguimos trabajando con el mismo objetivo, y para lograr la carrera universitaria / residencia de MIP.

Como reconocimiento a la especialización del Pediatra internista, desde el año 2020, la Sociedad Argentina de Pediatría otorga la Certificación de Médico Especialista en Pediatría con Capacidades Agregadas en Medicina Interna.

A más de un año del inicio de la pandemia por COVID-19, nuestra labor diaria en la medicina interna hospitalaria y el modo de atención clásico del paciente internado cambió sustancialmente. Tanto es así que el 14 de marzo del 2020 se designa al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad como centro de atención de referencia para pacientes pediátricos infectados con SARS-COV2. Para dar respuesta a la atención durante la pandemia, se acondicionó un área exclusiva en la pastilla de internación 500, que hasta entonces funcionaba como sala de cuidados generales, para pacientes con sospecha o diagnóstico de esta nueva enfermedad, con síntomas leves o moderados como así también para pacientes con requerimientos de cuidados críticos.

En este desafío que atravesamos los internistas, surgieron dudas, miedos, angustia e incertidumbre, sin embargo, a medida que avanzó la pandemia, logramos adaptarnos a este nuevo modelo de atención requerido por las diferentes manifestaciones de esta enfermedad.

En este contexto los internistas hemos perfeccionado nuestros recursos y desdoblamos los mayores esfuerzos para ayudar a nuestros pacientes, manteniendo intacto el interés mediante la lectura, en conocer los permanentes adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, la ejecución de protocolos y la disposición a trabajar en forma recíproca con otros profesionales.

Si bien en la edad pediátrica la tasa de hospitalización y complicaciones es menor que en los pacientes adultos, debe atenderse un amplio espectro de manifestaciones que incluyen formas graves en pacientes con comorbilidad.

Se sumó también como dificultad adicional, la escasez de evidencia científica para la atención de los casos graves pediátricos, que fue condicionada por la experiencia en adultos.

La actualización constante en las guías de atención hospitalaria, las nuevas herramientas diagnósticas y la dinámica de la pandemia, condujeron a modificaciones periódicas del flujograma de pacientes, que fue adaptándose para dar respuesta a la demanda creciente. Como ya se dijo, a comienzos del año 2020, a los pacientes que debían hospitalizarse y cuya clínica o epidemiología era sospechosa de Covid se internaban en la sala Covid hasta tener el resultado de la PCR, lo que ocasionaba una saturación de las camas disponibles y un excesivo giro-cama; a partir del mes de marzo se comenzó a implementar el TEST RAPIDO tanto al paciente como a su acompañante lo que permitió redirigir al paciente a distintas salas según epidemiología y resultado de test rápido. Compartimos algunos datos epidemiológicos de Covid en pediatría en Córdoba y la experiencia en el Hospital de Niños. Hasta comienzos de mayo de 2021 suman 15.520 casos en menores de 15 años en la provincia.



La distribución según edad: 13,5 % entre 0-4 años; 24,5 % 5-9 años y 62% entre 10 y 14 años. Respecto al sexo hay un leve predominio 55% de sexo masculino sobre el femenino 45%. De ellos requirieron internación 131 pacientes. La edad promedio de la internación fue de 4,8 años con una mediana de 11 años. Respecto a los síntomas de los pacientes internados el 77% presentó fiebre, seguido de síntomas gastrointestinales 29%, respiratorios 15%, asintomáticos 10,7%, y otros síntomas 20,50%. Los síntomas en pediatría siguen siendo leves, excepto si hay enfermedad preexistente que en algunos casos condiciona mayor gravedad. En cuanto a los antecedentes de los pacientes internados, la principal comorbilidad fue la patología respiratoria crónica, seguidas de cardiopatías, enfermedad onco-hematológica, enfermedad neurológica, renal crónica, genética y metabólica.

El pico máximo se registró en el mes de octubre con 24 pacientes positivos y otro aumento significativo en abril con 17 casos positivos.

Los pacientes que ingresaron con cuadros respiratorios (SDR, crisis asmáticas, fibrosis quística, neumonía focal o bilateral recibieron apoyo de oxígeno con naricera, máscara con reservorio, oxígeno de alto flujo (OAF), VNI (ventilación no invasiva) y ARM (asistencia respiratoria mecánica) y en el caso de VNI y ARM se utilizaron carcasas de acrílico lo mismo que para las maniobras de intubación, aspiración de secreciones, kinesioterapia, para disminuir la aerosolización y los riesgos de contagio al personal tratante.

Asistimos también a 20 pacientes que presentaron el Síndrome Inflamatorio Multisistémico (PIMS) de octubre 2020 a marzo 2021, con una edad promedio edad 7 años. Los síntomas de inicio: dolor abdominal 16/20, astenia 14/20, manifestaciones mucocutáneas 11/20, fallo cardíaco 3/20. Requirieron UTI 7/20

En este año se han visto incrementos de casos en pediatría, por contacto estrecho intrafamiliar.

La medicina interna hospitalaria como responsable de la atención integral del niño, juega un papel importante en este nuevo modelo de hospital surgido de la pandemia.

## Columna de Pediatras Jóvenes

### Caso Clínico Destacado

#### Consideraciones preliminares

El botulismo es causado por las toxinas producidas por *Clostridium botulinum*, bacilo anaerobio obligado, formador de esporas. La mayoría de los brotes epidémicos son causados por los tipos A, B y E, con predominio de los dos primeros. Puede afectar a lactantes, niños y adultos.

Los síntomas del botulismo alimentario pueden desarrollarse entre las 6 horas y los 8 días después de la exposición, pero usualmente entre 12 y 36 horas después de ingerir el alimento contaminado. Los síntomas del botulismo del lactante aparecen entre 3 y 30 días después de la ingesta.

La transmisión puede ser de distintas formas: 1-Botulismo alimentario: Por ingestión de la toxina preformada en alimentos contaminados, por falta de higiene en la elaboración, cocción inadecuada previa o posterior al envasado o por contaminación durante su uso. 2-Botulismo del lactante: se ingieren las esporas a través de cualquier elemento contaminado con polvo ambiental o tierra, junto a alimentos o por la simple deglución de secreciones respiratorias contaminadas con polvo ambiental. 3-Botulismo de las heridas: Por contaminación de lesiones irregulares o de fracturas expuestas tratadas inadecuadamente, profundas, donde se generen condiciones de anaerobiosis, con tierra o arena con esporas.

El botulismo del lactante se sospecha en todo niño menor de 1 año que comienza con estreñimiento, inapetencia, indiferencia, ptosis palpebral, dificultad para deglutir, pérdida del control cefálico, que evoluciona hasta aparecer debilidad generalizada (el lactante “hipotónico”) y, en algunos casos, insuficiencia y paro respiratorio. El caso sospechoso se confirma con identificación de la toxina botulínica específica en el suero, las heces, el aspirado gástrico y el alimento sospechoso, o cultivo positivo para *C. Botulinum* en heces.

El caso que se presenta a continuación, se destaca por presentar varios factores de confusión adicionales.

Además, por ser una patología de baja incidencia, opinamos que el caso merece ser compartido con el resto de la comunidad científica.

### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 2 meses de edad, en compañía materna, que consultó en nuestra institución, refiriendo que 48 horas previas al ingreso había consultado por guardia central debido a fiebre, irritabilidad, decaimiento y rechazo alimentario que coincidieron con la colocación de las vacunas correspondientes a los dos meses. Había sido valorado por pediatra de guardia, y dado de alta por buen estado general con pautas de alarma.

A las 48 horas la madre volvió a consultar por continuar con rechazo alimentario, a lo que se sumó tendencia al sueño y desconexión con el medio. Fue valorado nuevamente por guardia y por mal estado general se decidió su ingreso a Unidad de Terapia Intensiva pediátrica (UTIp) para estudio y tratamiento.

El paciente era oriundo del interior de la Provincia de Córdoba, RNT/AEG, hijo de padres no consanguíneos, sin antecedentes patológicos personales ni heredofamiliares. Se alimentaba con lactancia materna exclusiva y había alcanzado todos los hitos madurativos acorde a su edad, según refería su madre en el interrogatorio dirigido.

Al ingreso a la UTIp presentaba los siguientes signos vitales: T°:36,5°C; FC: 190 lpm; FR: 32 rpm; TA: 100/60 mmHg. Paciente se encontraba en mal estado general, con palidez generalizada con signos de deshidratación moderada. R1 y R2 normofonéticos, sin ruidos patológicos, taquicárdico, con extremidades frías, pulsos periféricos débiles, relleno capilar de 4 segundos. Acrocianosis. Presentaba sensorio alternante, con reflejos disminuidos, pupilas isocóricas con reflejo fotomotor lento. Movilidad activa de los cuatro miembros disminuida. Buena entrada bilateral de aire, sin ruidos sobre agregados, con buena mecánica ventilatoria, con regular manejo de las secreciones. Abdomen blando depresible, no impresionaba doloroso a la palpación con ruidos hidroaéreos conservados, catarsis negativa de 72 horas de evolución con diuresis disminuida.

Con esta presentación clínica se realizó el diagnóstico sindrómico de Síndrome Hipotónico, diagnóstico presuntivo de Shock séptico vs. hipovolémico, y se consideraron como diagnósticos diferenciales Botulismo, Meningoencefalitis y Enfermedad Metabólica.

La conducta inicial fue administración de fluidos, intubación orotraqueal de forma electiva, colocación de sonda nasogástrica (SNG), sonda vesical y vía percutánea, realizar cultivos (2 Hemocultivos, urocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR)) y se inició tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro y antiviral (Ceftriaxona 100 mg/kg/día + ampicilina 300 mg/kg/día + Aciclovir 60 mg/kg/día).

En cuanto a los estudios complementarios que se realizaron al ingreso, los mismos fueron laboratorio (véase tabla 1), Orina completa (normal), Tomografía computada de cráneo sin contraste (normal), Punción lumbar (citoquímico normal), Radiografía de Tórax (normal), Ecografía abdominal (normal), Ecografía Renal con aumento de la ecogenicidad en ambos riñones y Test rápido de Covid-19 (negativo).

Glóbulos rojos	3,42 x106/uL	Urea	24 mg/dL	Amilasemia	8 U/L
Hemoglobina	9,3 g/dL	Creatinina	0,27 mg/dL	Bilirrubina total	1,63 mg/dL
Hematocrito	28%	GOT	21 UI/L	Bilirrubina ind.	0,6 mg/dL
Glóbulos blancos	6,9 miles/uL	GPT	12 UI/L	Bilirrubina directa	1,03 mg/dL
Segmentados	47%	GGT	43 UI/L	Amonio	247 mmol/L
Eosinófilos	1%	FAL	112 mUI/mL	pH	7,40
Linfocitos	42%	Sodio	137 mEq/L	pCO2	22,3 mmHg
Monocitos	10%	Potasio	3,6 mEq/L	pO2	141,1 mmHg
Plaquetas	400 miles/uL	Cloro	105 mEq/L	HCO3	13,4 mEq/L
APP	62%	Calcio total	9,0 mg/dL	Exceso de base	-9,1 mEq/L
KPTT	30"	Ácido láctico	1,5 mmol/L	SatO2	99%
Proteína Reactiva	C-31 mg/L	Fósforo	3,6 mg/dL	<b>Tabla 1: Laboratorio de ingreso</b>	
Glucemia	59 mg/dL	Magnesio	1,7 mg/dL		

Por la sospecha de botulismo, y debido a que el botulismo es una enfermedad de notificación obligatoria, se decidió notificar a Epidemiología de la Provincia de Córdoba y se enviaron muestras de suero y materia fecal al Área de Microbiología de la Universidad Nacional de Cuyo en Mendoza, uno de los 3 laboratorios de referencia para diagnóstico de botulismo en Argentina. Para descartar otros posibles diagnósticos se realizó interconsulta con servicio de neurología, quien valoró al paciente y decidió solicitar además perfil tiroideo, y esperar evolución clínica; y con servicio de enfermedades metabólicas que solicitó acilcarnitina y carnitina en cartón de filtro e indicó comenzar con Carnitina 100 mg/kg/día.

A las 72 horas se recibieron resultados de Hemocultivos, ambos sin desarrollo. En el urocultivo se desarrolló *Klebsiella Pneumoniae* (100,000 UFC) sensible a Ampicilina-Sulbactam, Cefalosporinas de primera generación, Cefixima, Trimetoprima-Sulfametoxazol, Gentamicina, Nitrofurantoina y resistente a Ampicilina. El cultivo y virológico del LCR fueron negativos.

Finalmente, al quinto día de internación, la toxina botulínica tipo A es informada como positiva tanto en suero como en materia fecal, confirmándose con ello la sospecha de Botulismo.

## **Evolución clínica**

### **Aspecto Respiratorio:**

Permaneció en Asistencia Respiratoria Mecánica durante 19 días, realizándose la extubación electiva previo entrenamiento respiratorio y tras lo cual se colocó en Ventilación no invasiva con descansos progresivos hasta lograr suspender el mismo luego de 8 días, sin complicaciones y sin requerimiento de oxígeno suplementario posterior.



**Aspecto Hemodinámico:**

El paciente al ingreso presentaba clínica de shock, el cual revirtió con administración de cristaloides y no requirió de inotrópicos durante toda su internación. Presentó registros de hipertensión arterial sostenida por lo que se decidió realizar estudios (ecografía Doppler renal, Ecocardiograma y Fondo de ojo, todos normales) y en conjunto con servicio de nefrología se inició tratamiento con amlodipina.

**Aspecto Neurológico:**

Ingresó con depresión del sensorio, hipotonía generalizada con disminución marcada en la movilización de los 4 miembros a predominio proximal, trastorno de la succión y deglución con mal manejo de secreciones respiratorias, con llanto débil, quejido, pupilas isocóricas e hiporreactivas que al cabo de 5 días de internación presentó un nistagmus horizontal bilateral. Tras realizar la colocación de la antitoxina botulínica asociada a intervención del servicio de neurorehabilitación se objetivó mejoría de forma gradual, recuperando tono muscular luego de 20 días.

**Aspecto Infectológico:**

El paciente cumplió esquema antibiótico con ceftriaxona por 10 días debido a urosepsis. Al confirmarse el diagnóstico de botulismo se realizó el tratamiento específico con una única dosis de antitoxina botulínica humana.

**Aspecto Digestivo-Nutricional:**

Por trastorno sucso-deglutorio se alimentó por vía enteral, por SNG, hasta recuperar succión de forma progresiva.

### **Aspecto Metabólico:**

Los estudios metabólicos fueron normales, con excepción del dosaje de carnitina, que fue informado en rango inferior del valor normal, por lo que se decidió continuar con carnitina.

Se externó luego de 34 días con diagnóstico de Shock séptico secundario a urosepsis por *Klebsiella pneumoniae* y Botulismo. Se pautó seguimiento ambulatorio multidisciplinario con pediatra de cabecera, Nefrología, Neurología, servicio de metabolopatías, y Neurorrehabilitación. También debió continuar con Amlodipina y Carnitina y mantener alimentación por succión con fórmula de inicio y lactancia materna a demanda.

En los controles ambulatorios el niño presenta una excelente evolución clínica. Al día de la fecha, casi 3 meses después de su alta, presenta hitos madurativos acorde a edad y se alimenta con lactancia materna exclusiva.

### **CONCLUSIÓN**

Ante la presentación de un lactante con facie inexpresiva, reflejo fotomotor enlentecido o ptosis palpebral debemos sospechar botulismo, incluso antes de la aparición de dificultad para deglutir, pérdida del control cefálico, hipotonía, insuficiencia y/o paro respiratorio, signos que determinan un botulismo moderado o grave, ya que la instauración precoz del tratamiento específico mejora considerablemente el pronóstico. Sin embargo, la medida de prevención más importante de este cuadro, es evitarlo mediante la educación de los cuidadores, rol que el pediatra debe ejercer ante cada encuentro con el paciente y su familia.

## **AUTORES**

Dra. Daniela Maricel Blanco

Dra. Ana Victoria Thomson

Dra. Kathia Vanessa Saavedra Lux

*Servicio de Pediatría*

*Clínica y Maternidad del Sol, Córdoba, Argentina*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Haas A. et al., Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica del Botulismo del Lactante, 1º Edición, Buenos Aires, Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones- Ministerio de Salud de la Nación, 2012.
2. Falaschi A., Tren de las regiones: Botulismo, 39º Congreso de Pediatría, Septiembre 2019.
3. I. Brook., Infant Botulism., J Perinatol, 27 (2007), pp. 175-180, disponible en <http://dx.doi.org/10.1038/sj.jp.7211651>
4. Antonucci L et al. Infant botulism: an underestimated threat, Infectious Diseases, Mayo 2021 disponible en <https://doi.org/10.1080/23744235.2021.1919753>
5. Mayuri V. Panditrao et al., Seven-Year Case-Control Study in California of Risk Factors for Infant Botulism, The Journal of Pediatrics, Volumen 227, 2020, p. 258-267.e8, disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.014>
6. Rao AK et al., Clinical Guidelines for Diagnosis and Treatment of Botulism, 2021. MMWR. Recommendations and Reports : Morbidity and Mortality Weekly report. Recommendations and Reports. 2021 May;70(2):1-30. disponible en <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7002a1>
7. Massachusetts Department of Public Health, Botulismo, Hoja de Datos de Salud Pública de Massachussets, Bureau of Infectious Disease, p. 1-3, abril 2014.

## Nota Homenaje

### Nos dejó, pero nunca se irá de nuestro recuerdo. Gracias Dr. Horacio Villada Achával

El 19/04/21 falleció en la ciudad de Córdoba, el querido e inolvidable Horacio “Negro” Villada, eximio maestro de tantos médicos pediatras.

Tuve la suerte de compartir con varios amigos, en las salas del Pabellón Minetti primer piso del Viejo hospital de Niños (ubicado frente a la actual terminal de ómnibus), su saber y enseñanzas

Mi relación con Horacio, mejor dicho, con el “Negro”, fue muy cercana; aprecié de manera directa, su gran capacidad para transmitir conocimientos de manera simple, y sin guardarse nada.

Mi admiración como maestro, más allá de su honorable actitud ante la vida, me dio pie para intentar dejar sentado en un poema lo que fueron sus geniales condiciones para ejercer y enseñar la Medicina, en su doble condición de ciencia y arte.



## **EL MAESTRO**

¿Qué habrá tenido ese hombre?  
¿De qué materia fue hecho?  
que en su intelecto se anclaba  
la ciencia que da el saber.

Y entre sus manos flotaba  
un ovillo de experiencia  
que lucía por fundamento  
haber sido ganada  
en mil y, muchas más horas  
girando en torno  
del asunto en cuestión.

Cuestión que nunca es menor  
cuando la vida está en juego;  
y más si el avatar del destino  
e ensaña, con la salud de un niño.

¿Qué habrá tenido ese hombre?  
¿De qué materia fue hecho?  
que en los momentos más duros  
cuando lo incierto acechaba  
como el búho de Minerva  
el vuelo ya levantaba.

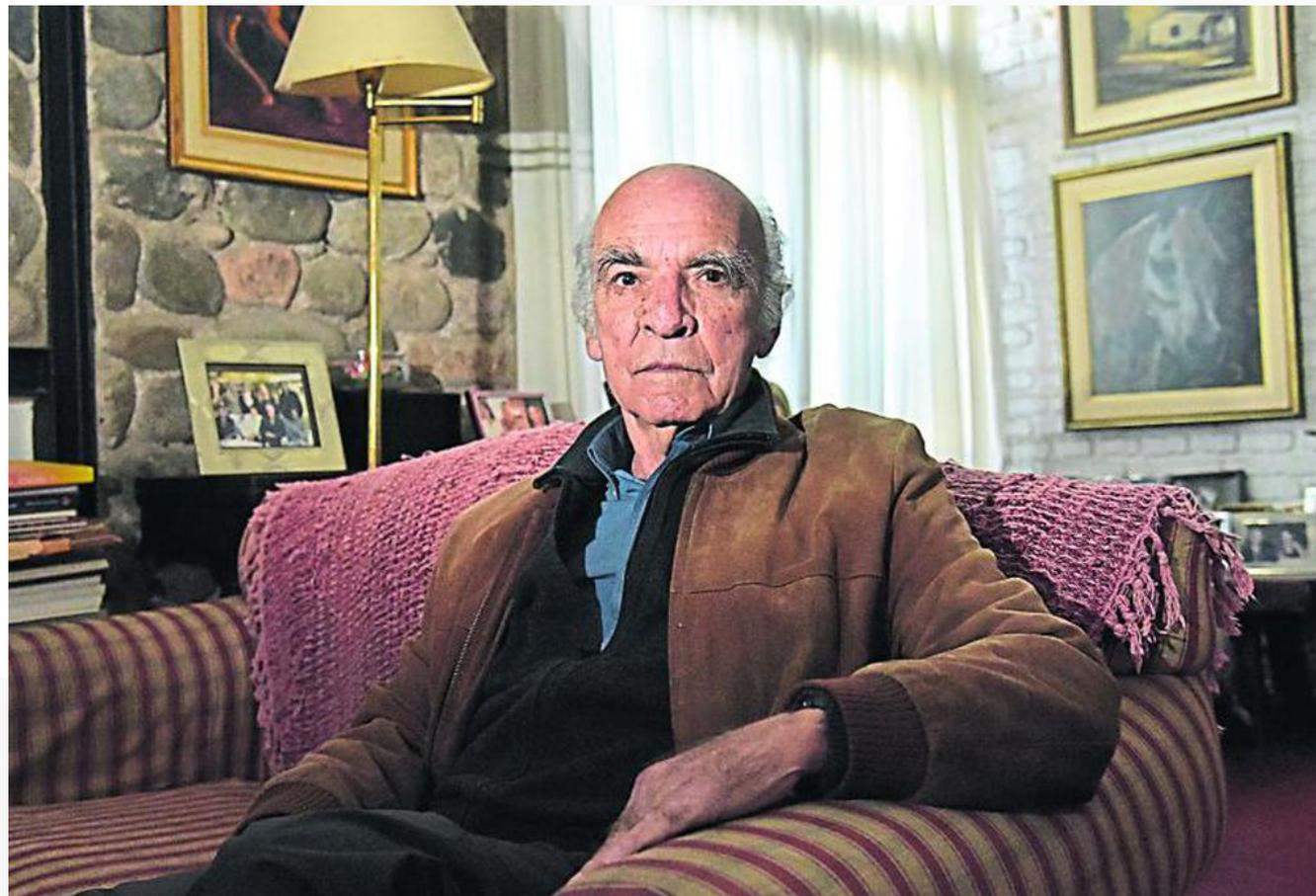
Y daba gusto verlo pensar  
pues el maestro se movía  
en ese terreno esquivo  
con una bella destreza  
tal cual el pez en el agua.

A todo daba respuesta  
no sé si, todas, eran de manual  
pero el alma apaciguaba  
de aquellos padres inquietos  
por la salud de sus guaguas.

¿Que habrá tenido ese hombre?  
¿De qué materia fue hecho?  
que nunca lo sacó de eje  
ni el dinero, ni la fama,  
ni la envidia o aún la crítica,  
por momentos despiadada,  
que algunos le prodigaron.

Y este hombre del relato,  
que a todos nos cautivaba,  
tiene nombre, sobrenombre y apellido  
y para dejarlo bien claro se llama:  
Horacio “Negro” Villada.

*Dr. Cipriano Eduardo Rougier*





**S.A.P.**  
**CÓRDOBA**