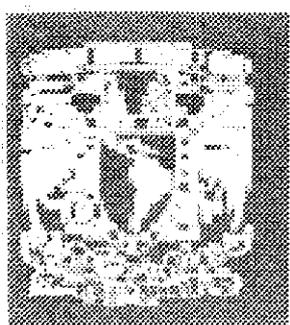


11220

10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

“REPORTE DE UN CASO CON NEUTROPENIA SEVERA Y BCGITIS “

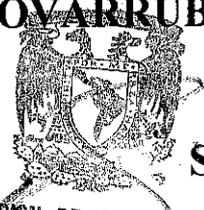
PRESENTA: DRA MARITZA MARTINEZ TORRES

TUTOR: DRA ALBINA MARTINEZ PEREZ

ENSEÑANZA: DR ALEJANDRO ECHEAGARAY

PROFR. TITULAR DEL CURSO:
DR FRANCISCO MEJIA COVARRUBIAS

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
COORDINADOR



SEPTIEMBRE DE 2009

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

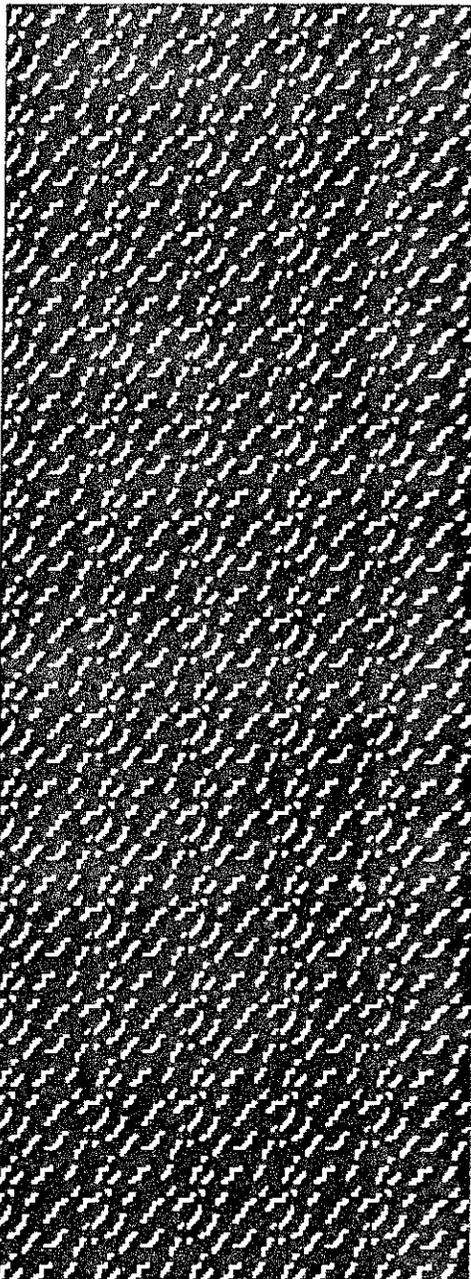
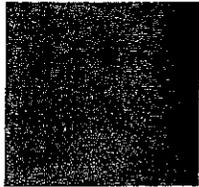
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Alergia, Asma e

Inmunología Pediátricas



Indizada e incluida en:

Bibliomex Salud;
Periódica-Índice de Revistas
Latinoamericanas en Ciencias
CICH-UNAM en sus formas
impresa, en línea y CD-ROM

Literatura Latinoamericana
en Salud LILACS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Vol. 10 Núm. 3
May.-Jun. 2000



Órgano oficial del Colegio
Mexicano de Alergia,
Asma e Inmunología
Pediátrica, A.C.



ASOCIACION
LATINO AMERICANA
DE PEDIATRIA
COMITE DE INMUNOLOGIA Y ALERGIA INFANTIL



**Colegio Mexicano de Alergia,
Asma e Inmunología
Pediátrica, A.C.**

**Mesa Directiva
1999-2001**

Presidente

Dr. Sergio Carvajal Abdala

Vicepresidente:

Dr. Juan José Sierra Monge

Tesorero:

Dr. José Carlos Medina Barba

Secretario:

Dr. Noel Rodríguez Pérez

Secretario suplente:

Dr. Carlos León Ramírez

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Órgano Oficial de:



**Asociación Latino Americana
de Pediatría**

Ediciones Medicina y Cultura

Director General

Dr. José Rosales Jiménez

Coordinación Editorial y Publicidad

Dra. Ma. de la Luz Rosales Jiménez

Graciela González Cazañas

Ma. Loreto Echeverría Torres

Producción Editorial

Ing. Víctor Rosales Jiménez

Coordinación Gráfica y Diseño

D.C.G. Gabriela Ramírez Pérez



**Alergia, Asma e
Inmunología Pediátricas**

Editor:

Dr. José G Huerta López

Coeditor:

Dr. Gerardo T López Pérez

Editores Asociados:

Dr. José Antonio Ortega

Dra. Rosa Elena Huerta Hernández

Comité Editorial:

Dr. Arreguin Ozuna Lizardo

Dr. Báez Carlos

Dr. Berrón Pérez Renato

Dr. Espinosa Rosales Francisco

Dr. Gutiérrez B. Guillermo

Dr. Gutiérrez Castellón Pedro

Dr. Hernández Colín Dante

Dra. Lareñas Linnemann Désirée

Dr. León Ramírez Carlos

Dr. Mérida Palacios Valente

Dra. Morán Marciel Blanca

Dr. Onuma Takane Ernesto

Dr. Orozco Martínez Socorro

Dr. Paz Martínez David

Dr. Pedroza Meléndez Alvaro

Dr. Pérez Martín Jesús

Dr. Sierra Morje Juan José

**Editores Asociados
Internacionales**

Dr. Greiding Leonardo, *Argentina*

Dr. Neffen Hugo, *Argentina*

Dr. Salmón Natalio, *Argentina*

Dr. Naspits Charles, *Brasil*

Dr. Egea Eduardo, *Colombia*

Dr. Carrasco Edgar, *Chile*

Dr. Isart Fagundo Manuel E., *El Salvador*

Dr. Ohelling Alberto, *España*

Dr. Pérez Olive, *España*

Dr. Castellanos Alejandro F., *EUA*

Dr. Halpern Jorge, *EUA*

Dr. López Manuel, *EUA*

Dr. Mansfield Lyndon, *EUA*

Dr. Hamburger Robert N., *EUA*

Dr. Rodríguez Gil, *EUA*

Dr. Tinkelman David, *EUA*

Dr. Oriol Rafael, *Francia*

Dr. Palma Carlos, *Portugal*

Dr. Baluga Juan Carlos, *Uruguay*

Dr. Schul Juan F., *Uruguay*

Dr. Malka Samuel, *Venezuela*

Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas es el Órgano Oficial del Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica, A.C. Los artículos y fotografías publicados son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción total o parcial de este número sólo podrá hacerse previa aprobación del Editor de la revista.

Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas: Publicación bimestral, un volumen (seis números) al año. Derechos reservados conforme a la Ley. Certificado de Licitud de Título núm. 7340. Certificado de Licitud de Contenido núm. 5294. Registro de Reserva del Derecho de Autor núm. 2540-93. Registro Postal PP-PROV-020-93; Autorizado por SEPOMEX. Toda correspondencia deberá dirigirse al Editor de la revista: Dirección: Av. Canal de Miramontes No. 2781, Desp. 103 Col. Jardines Coyoacán C.P. 04890. México, D.F. Tels: 56 79 77 28 Fax: 55 13 32 58. correo electrónico: lopezger@infoabc.com

Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico, impresión y distribución por **Ediciones Medicina y Cultura, SA de CV.** Dirección: Latacunga 909, Col. Lindavista. 07300 México, D.F. Tels: 5119-2995 y 5586-5575. Fax: 5754-5803. E-mail: amyc@medigraphic.com **Impreso en México.**

Editorial

Asma bronquial infantil. Tratamiento 72
Dr. José G. Huerta López

Artículos de investigación

Reflujo gastroesofágico y asma de reciente diagnóstico en niños 77

Dr. Jaime Ramírez-Mayans, Dr. Norberto Mata-Rivera, Dr. Roberto Cervantes-Bustamante, Dra. Flora Zárate-Mondragón, Dr. Pedro Munguía-Vanegas, Dr. Gerardo López-Pérez, Dra. Socorro Orozco-Martínez, Dr. José Huerta-López

Valoración clínica y por flujometría de las crisis asmáticas 82

Dr. Eduardo Antonio Lara-Pérez, Dr. Ismael Antonio Muñoz-Maya, Dr. Manuel Estrada Bedolla, Tl. Ernesto Ugarte-Vivanco

Prevalencia del asma infantil al nivel del mar 88

Dr. Eduardo Antonio Lara-Pérez

Efectos de diez días de tratamiento con la combinación loratadina/ambroxol en solución, sobre las manifestaciones de la rinitis alérgica asociada a tos, en niños de 6 a 12 años. 93

Dr. Alberto Fregoso Ojeda, Dra. Socorro Orozco Martínez

Resúmenes de trabajos libres

IX Congreso Nacional de Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas 104

Editorial

Child bronchial asthma. Treatment 72
José G. Huerta López MD

Research works

Gastroesophageal reflux and recent diagnosis asthma in children 77

Jaime Ramírez-Mayans MD, Norberto Mata-Rivera MD, Roberto Cervantes-Bustamante MD, Flora Zárate-Mondragón MD, Pedro Munguía-Vanegas MD, Gerardo López-Pérez MD, Socorro Orozco-Martínez MD, José Huerta-López MD

Clinical valuation and peak expiratory flow of the asthmatic crisis 82

Eduardo Antonio Lara-Pérez MD, Ismael Antonio Muñoz-Maya MD, Manuel Estrada Bedolla MD, Tl. Ernesto Ugarte-Vivanco

Prevalence of the child asthma at sea level 88

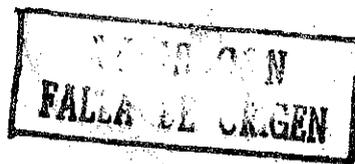
Eduardo Antonio Lara-Pérez MD

Effect over ten days of treatment with the combination loratadine/ambroxol in pediatric solution, on the clinical allergic rhinitis symptoms associated to cough, in a 6-12 years old pediatric patients 93

Alberto Fregoso Ojeda MD, Socorro Orozco Martínez MD

Abstracts

Free works: IX Congreso Nacional de Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas 104



ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Caso 2: Femenina de 5 meses de edad, con antecedente de presentar lesiones eritematosas, induradas en borde anterior de las axilas, no pruriginosas, dolorosas a la palpación de 4 cm desde los 2 meses de vida, las cuales fue aumentando su tamaño progresivamente, posteriormente las lesiones se presentan en región inguinal y 15 días después se ulceran, se dio tratamiento casero y sulfadiazina, 4 días previos al ingreso presenta fiebre no cuantificada. EF: en cuello presenta una lesión con necrosis central, eritema perilesional, en tórax con lesiones necróticas, eritema perilesional e induración y ulceración en región axilar derecha, con salida de material purulento, en la lesión axilar izquierda, lesión eritematosa en fase de cicatrización de tipo queoide, lesiones necróticas y úlceras con secreción purulenta y borde indurado, Dx de ingreso, lesiones necróticas en estudio, probable enfermedad granulomatosa crónica, probable pioderma gangrenoso, se inicia tratamiento con dicloxacilina 100 mg/kg/d, y ceftazidima 150 mg/kg/d, doxiciclina 10 mg/kg/dosis, PRN. Exámenes de ingreso: ES, QS y gasometría normales, BH: Hb 9.2 g/dL, Hto. 29%, leucocitosis de 23,000, linfocitos 13, Bandas 7, segmentados 73, linfocitos atípicos 7, anisocitosis +++, macrocitosis +++, hipocromía +++, plaquetas 606,000. Los cultivos de los abscesos de axilas e ingles se reportaron con *Klebsiella pneumoniae* multirresistente y *Morganella morgani*, hemocultivo negativo. Se tomaron inmunológicos NBT 80% de reducción, CD 11 64.2, CD18 88.1%, complemento sérico 234 UH/mL, ANCA (+), PR3 10.2 U/mL, MP6 20.2 U/mL VR (<20 U/mL); PCR 1 mg/dL, tiempos de coagulación normales, VSG 43 mm/horas. Se toma biopsia de piel de axila derecha con reporte histopatológico, paniculitis necrobiótica sin vasculitis con daño de interfase. Se da tratamiento inmunomodulador para el pioderma infeccioso con gammaglobulina 400 mg/kg/dosis en 3 ocasiones, hidrocortisona 2 mg/kg/d, talidomida 25 mg cada 24 horas. BH de control. Egresándose por buena evolución.

Discusión: El PG no es una enfermedad frecuente, su etiología es desconocida, pero consideramos que pueden existir factores inmunológicos de fondo. Nosotros observamos mejoría rápida de las lesiones posterior a la administración de Ig IV, junto con prednisona y talidomida.

Conclusiones: La mejoría rápida de las lesiones con detención del crecimiento y aparición de nuevas lesiones se observaron posterior al inicio con Ig IV, prednisona y talidomida.

RESPUESTA TERAPÉUTICA AL FACTOR DE TRANSFERENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA ALÉRGICA

Espinosa Padilla SE, Orozco Martínez S, Estrada García I, Espinosa Rosales FJ, Berrón Pérez R, Huerta López JG, Estrada Parra S, García M, Plaza Gonzáles A, Barbosa López C
Instituto Nacional de Pediatría

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental en el Instituto Nacional de Pediatría en un doble ciego placebo controlado para investigar la eficacia terapéutica al factor de transferencia en pacientes pediátricos con asma moderada persistente. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de 6-18 años con asma moderada persistente, con IgE total elevada y/o eosinofilia (más de 500 eosinófilos totales), y pruebas cutáneas positivas a DPT, DF o a alguno de éstos, más otro alérgeno, con positividad de 3 a 4 +. Se administró factor de transferencia o placebo como sigue: 1 unidad por día por 5 días, 1 unidad por semana por 5 semanas y 1 unidad por c/15 días por 9 quincenas (6 meses de tratamiento). Además se administró a todos los pacientes B-2 de acción prolongada (formoterol) y esteroide inhalado: budesonide a dosis media (400 µg por día). Se realizaron en cada paciente pruebas de laboratorio (BHC, IgE total) y pruebas de función pulmonar: espirometría antes, al mes, a los 3 meses y a

los 6 meses. Se está tratando actualmente de determinar citocinas: IL-2, IL-4, INFγ por técnica de RT-PCR (reacción en cadena de polimerasa por transcriptasa reversa). Los 2 grupos mostraron disminución del grado de severidad pero los pacientes con FT tuvieron menor grado de severidad al final del estudio. No se apreciaron cambios significativos en la cuenta de eosinófilos, la IgE total mostró más variación en el grupo de los pacientes tratados con Ft, y finalmente los pacientes con factor de transferencia requirieron (estadísticamente significativo) menor uso de esteroides que los pacientes con placebo.

REPORTE DE UN CASO CON NEUTROPENIA SEVERA Y BCGITIS

Dra. Albina Martínez Pérez, M. Martínez Torres, E. Novoa Becerril, O. Abad Bárcena

Hospital General de México, SSA. Unidad de Pediatría Alergia e Inmunología

Lactante de 11 meses de edad, originaria y residente del Valle de Chalco, proviene de medio socioeconómico bajo, habita en casa propia, cuenta con todos los servicios, convive con 4 personas, tabaquismo 4.

Antecedentes heredofamiliares sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes prenatales y perinatales: producto de la segunda gesta, control prenatal regular. Madre cursó con cervicovaginitis al tercer mes, tratada sin medicamento especificado. Producto de término se obtuvo por vía abdominal por ciclar de cordón, lloró y respiró al nacer, se desconoce APGAR, peso 3.600 kg, se egresa al tercer día con la madre. Fue alimentado al seno materno hasta la edad de dos meses y posteriormente con NAN 1 hasta los 6 meses de edad y posteriormente Promil. Ablactación a los 6 meses de edad con frutas y verduras.

Inmunizaciones: BCG y Polio (SABiN).

Desarrollo psicomotriz normal.

Antecedentes personales patológicos: Posterior a la aplicación de BCGE presenta máculas, pápulas y pústulas que en un lapso de un mes presenta abscesos principalmente en cuello, región axilar, por lo que acude a médico particular quien prescribe dicloxacilina con ligera mejoría. Además cursó con otitis recurrentes.

Padecimiento actual; lo inicia a la edad de 5 meses al presentar abscesos de aproximadamente 5x5 cm en región axilar bilateral con salida de material purulento, zona eritematosa, duro, doloroso a la palpación, así como abscesos distribuidos en cuello, tórax, cara posterior y anterior, abdomen y extremidades de varios tamaños y zona eritematosa en región perianal. Se solicita biometría de radiografía de tórax: leucocitos 7,500, Hto 30, Hb 10, neutrófilos 300, linfocitos 4,000, monocitos 3,000, eosinófilos 100, plaquetas 486,000, IgG 10.3 gr/dL, IgA 3.4 gr/dL, IgM 1.4 g/L, cultivo de secreción ótica enterobacter cloacae, hemocultivo negativo, aspirado de médula ósea con celularidad nL megacariocitos disminuidos, eritroblastos 21, juveniles 5, adultos 1, mieloblastos 2, linfocitos 62, células plasmáticas 2. Su tratamiento con trimetoprim con sulfametoxazol, así como tratamiento antifímico o inmunomodulación con evolución satisfactoria hasta el momento actual sin ninguna lesión, con conducto auditivo externo de características normales. Actualmente se encuentra bajo tratamiento con factor de transferencia.

RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE ASMA Y MARCADORES ANTROPOMÉTRICOS DE SOBREPESO EN UNA POBLACIÓN HISPANA

Del Río-Navarro, Estrada RE, Berber A, Fanghanel G, Sánchez L, Sierra Monge JLL.

Departamento de Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

Caso 2: Femenina de 5 meses de edad, con antecedente de presentar lesiones eritematosas, induradas en borde anterior de las axilas, no pruriginosas, dolorosas a la palpación de 4 cm desde los 2 meses de vida, las cuales fue aumentando su tamaño progresivamente, posteriormente las lesiones se presentan en región inguinal y 15 días después se ulceran, se dio tratamiento casero y sulfadiazina, 4 días previos al ingreso presenta fiebre no cuantificada. EF: en cuello presenta una lesión con necrosis central, eritema perilesional, en tórax con lesiones necróticas, eritema perilesional e induración y ulceración en región axilar derecha, con salida de material purulento, en la lesión axilar izquierda, lesión eritematosa en fase de cicatrización de tipo queloides, lesiones necróticas y úlceras con secreción purulenta y borde indurado, Dx de ingreso, lesiones necróticas en estudio, probable enfermedad granulomatosa crónica, probable pioderma gangrenoso, se inicia tratamiento con dicloxacilina 100 mg/kg/d, y ceftazidima 150 mg/kg/d, doxiciclina 10 mg/kg/dosis, PRN. Exámenes de ingreso: ES, QS y gasometría normales, BH: Hb 9.2 g/dL, Hto. 29%, leucocitosis de 23,000, linfocitos 13, Bandas 7, segmentados 73, linfocitos atípicos 7, anisocitosis +++, macrocitosis +++, hipocromía +++, plaquetas 606,000. Los cultivos de los abscesos de axilas e ingles se reportaron con *Klebsiella pneumoniae* multirresistente y *Morganella morgani*, hemocultivo negativo. Se tomaron inmunológicos NBT 80% de reducción, CD 11 64.2, CD18 88.1%, complemento sérico 234 UH/mL, ANCA (+), PR3 10.2 U/mL, MP6 20.2 U/mL VR (<20 U/mL); PCR 1 mg/dL, tiempos de coagulación normales, VSG 43 mm/horas. Se toma biopsia de piel de axila derecha con reporte histopatológico, paniculitis necrobiótica sin vasculitis con daño de interfase. Se da tratamiento inmunomodulador para el pioderma infeccioso con gammaglobulina 400 mg/kg/dosis en 3 ocasiones, hidrocortisona 2 mg/kg/d, talidomida 25 mg cada 24 horas. BH de control. Egresándose por buena evolución.

Discusión: El PG no es una enfermedad frecuente, su etiología es desconocida, pero consideramos que pueden existir factores inmunológicos de fondo. Nosotros observamos mejoría rápida de las lesiones posterior a la administración de Ig IV, junto con prednisona y talidomida.

Conclusiones: La mejoría rápida de las lesiones con detención del crecimiento y aparición de nuevas lesiones se observaron posterior al inicio con Ig IV, prednisona y talidomida.

RESPUESTA TERAPÉUTICA AL FACTOR DE TRANSFERENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA ALÉRGICA

Espinosa Padilla SE, Orozco Martínez S, Estrada García I, Espinosa Rosales FJ, Berrón Pérez R, Huerta López JG, Estrada Parra S, García M, Plaza González A, Barbosa López C
Instituto Nacional de Pediatría

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental en el Instituto Nacional de Pediatría en un doble ciego placebo controlado para investigar la eficacia terapéutica al factor de transferencia en pacientes pediátricos con asma moderada persistente. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de 6-18 años con asma moderada persistente, con IgE total elevada y/o eosinofilia (más de 500 eosinófilos totales), y pruebas cutáneas positivas a DPT, DF o a alguno de éstos, más otro alérgeno, con positividad de 3 a 4 +. Se administró factor de transferencia o placebo como sigue: 1 unidad por día por 5 días, 1 unidad por semana por 5 semanas y 1 unidad por c/15 días por 9 quincenas (6 meses de tratamiento). Además se administró a todos los pacientes B-2 de acción prolongada (formoterol) y esteroide inhalado: budesonide a dosis media (400 µg por día). Se realizaron en cada paciente pruebas de laboratorio (BHC, IgE total) y pruebas de función pulmonar: espirometría antes, al mes, a los 3 meses y a

los 6 meses. Se está tratando actualmente de determinar citocinas: IL-2, IL-4, INFγ por técnica de RT-PCR (reacción en cadena de polimerasa por transcriptasa reversa). Los 2 grupos mostraron disminución del grado de severidad pero los pacientes con FT tuvieron menor grado de severidad al final del estudio. No se apreciaron cambios significativos en la cuenta de eosinófilos, la IgE total mostró más variación en el grupo de los pacientes tratados con Ft, y finalmente los pacientes con factor de transferencia requirieron (estadísticamente significativo) menor uso de esteroides que los pacientes con placebo.

REPORTE DE UN CASO CON NEUTROPENIA SEVERA Y BCGITIS

Dra. Albina Martínez Pérez, M. Martínez Torres, E. Novoa Becerril, O. Abad Bárcena

Hospital General de México, SSA. Unidad de Pediatría Alergia e Inmunología

Lactante de 11 meses de edad, originaria y residente del Valle de Chalco, proviene de medio socioeconómico bajo, habita en casa propia, cuenta con todos los servicios, convive con 4 personas, tabaquismo 4.

Antecedentes heredofamiliares sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes prenatales y perinatales: producto de la segunda gesta, control prenatal regular. Madre cursó con cervicovaginitis al tercer mes, tratada sin medicamento especificado. Producto de término se obtuvo por vía abdominal por ciclar de cordón, lloró y respiró al nacer, se desconoce APGAR, peso 3.600 kg, se egresa al tercer día con la madre. Fue alimentado al seno materno hasta la edad de dos meses y posteriormente con NAN 1 hasta los 6 meses de edad y posteriormente Promil. Ablactación a los 6 meses de edad con frutas y verduras.

Inmunizaciones: BCG y Polio (SABiN).

Desarrollo psicomotriz normal.

Antecedentes personales patológicos: Posterior a la aplicación de BCGE presenta máculas, pápulas y pústulas que en un lapso de un mes presenta abscesos principalmente en cuello, región axilar, por lo que acude a médico particular quien prescribe dicloxacilina con ligera mejoría. Además cursó con otitis recurrentes.

Padecimiento actual; lo inicia a la edad de 5 meses al presentar abscesos de aproximadamente 5x5 cm en región axilar bilateral con salida de material purulento, zona eritematosa, duro, doloroso a la palpación, así como abscesos distribuidos en cuello, tórax, cara posterior y anterior, abdomen y extremidades de varios tamaños y zona eritematosa en región perianal. Se solicita biometría de radiografía de tórax: leucocitos 7,500, Hto 30, Hb 10, neutrófilos 300, linfocitos 4,000, monocitos 3,000, eosinófilos 100, plaquetas 486,000, IgG 10.3 gr/dL, IgA 3.4 gr/dL, IgM 1.4 g/L, cultivo de secreción ótica enterobacter cloacae, hemocultivo negativo, aspirado de médula ósea con celularidad nL megacariocitos disminuidos, eritroblastos 21, juveniles 5, adultos 1, mieloblastos 2, linfocitos 62, células plasmáticas 2. Su tratamiento con trimetoprim con sulfametoxazol, así como tratamiento antifímico o inmunomodulación con evolución satisfactoria hasta el momento actual sin ninguna lesión, con conducto auditivo externo de características normales. Actualmente se encuentra bajo tratamiento con factor de transferencia.

RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE ASMA Y MARCADORES ANTROPOMÉTRICOS DE SOBREPESO EN UNA POBLACIÓN HISPANA

Del Río-Navarro, Estrada RE, Berber A, Fanghanel G, Sánchez L, Sierra Monge JLL.

Departamento de Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

Caso 2: Femenina de 5 meses de edad, con antecedente de presentar lesiones eritematosas, induradas en borde anterior de las axilas, no pruriginosas, dolorosas a la palpación de 4 cm desde los 2 meses de vida, las cuales fue aumentando su tamaño progresivamente, posteriormente las lesiones se presentan en región inguinal y 15 días después se ulceran, se dio tratamiento casero y sulfadiazina, 4 días previos al ingreso presenta fiebre no cuantificada. EF: en cuello presenta una lesión con necrosis central, eritema perilesional, en tórax con lesiones necróticas, eritema perilesional e induración y ulceración en región axilar derecha, con salida de material purulento, en la lesión axilar izquierda, lesión eritematosa en fase de cicatrización de tipo queloides, lesiones necróticas y úlceras con secreción purulenta y borde indurado, Dx de ingreso, lesiones necróticas en estudio, probable enfermedad granulomatosa crónica, probable pioderma gangrenoso, se inicia tratamiento con dicloxacilina 100 mg/kg/d, y ceftazidima 150 mg/kg/d, doxiciclina 10 mg/kg/dosis, PRN. Exámenes de ingreso: ES, QS y gasometría normales, BH: Hb 9.2 g/dL, Hto. 29%, leucocitosis de 23,000, linfocitos 13, Bandas 7, segmentados 73, linfocitos atípicos 7, anisocitosis +++, macrocitosis +++, hipocromía +++, plaquetas 606,000. Los cultivos de los abscesos de axilas e ingles se reportaron con *Klebsiella pneumoniae* multirresistente y *Morganella morgani*, hemocultivo negativo. Se tomaron inmunológicos NBT 80% de reducción, CD 11 64.2, CD18 88.1%, complemento sérico 234 UH/mL, ANCA (+), PR3 10.2 U/mL, MP6 20.2 U/mL VR (<20 U/mL); PCR 1 mg/dL, tiempos de coagulación normales, VSG 43 mm/horas. Se toma biopsia de piel de axila derecha con reporte histopatológico, paniculitis necrobiótica sin vasculitis con daño de interfase. Se da tratamiento inmunomodulador para el pioderma infeccioso con gammaglobulina 400 mg/kg/dosis en 3 ocasiones, hidrocortisona 2 mg/kg/d, talidomida 25 mg cada 24 horas. BH de control. Egresándose por buena evolución.

Discusión: El PG no es una enfermedad frecuente, su etiología es desconocida, pero consideramos que pueden existir factores inmunológicos de fondo. Nosotros observamos mejoría rápida de las lesiones posterior a la administración de Ig IV, junto con prednisona y talidomida.

Conclusiones: La mejoría rápida de las lesiones con detención del crecimiento y aparición de nuevas lesiones se observaron posterior al inicio con Ig IV, prednisona y talidomida.

RESPUESTA TERAPÉUTICA AL FACTOR DE TRANSFERENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA ALÉRGICA

Espinosa Padilla SE, Orozco Martínez S, Estrada García I, Espinosa Rosales FJ, Berrón Pérez R, Huerta López JG, Estrada Parra S, García M, Plaza Gonzáles A, Barbosa López C
Instituto Nacional de Pediatría

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental en el Instituto Nacional de Pediatría en un doble ciego placebo controlado para investigar la eficacia terapéutica al factor de transferencia en pacientes pediátricos con asma moderada persistente. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de 6-18 años con asma moderada persistente, con IgE total elevada y/o eosinofilia (más de 500 eosinófilos totales), y pruebas cutáneas positivas a DPT, DF o a alguno de éstos, más otro alérgeno, con positividad de 3 a 4 +. Se administró factor de transferencia o placebo como sigue: 1 unidad por día por 5 días, 1 unidad por semana por 5 semanas y 1 unidad por c/15 días por 9 quincenas (6 meses de tratamiento). Además se administró a todos los pacientes B-2 de acción prolongada (formoterol) y esteroide inhalado: budesonide a dosis media (400 µg por día). Se realizaron en cada paciente pruebas de laboratorio (BHC, IgE total) y pruebas de función pulmonar: espirometría antes, al mes, a los 3 meses y a

los 6 meses. Se está tratando actualmente de determinar citocinas: IL-2, IL-4, INFγ por técnica de RT-PCR (reacción en cadena de polimerasa por transcriptasa reversa). Los 2 grupos mostraron disminución del grado de severidad pero los pacientes con FT tuvieron menor grado de severidad al final del estudio. No se apreciaron cambios significativos en la cuenta de eosinófilos, la IgE total mostró más variación en el grupo de los pacientes tratados con Ft, y finalmente los pacientes con factor de transferencia requirieron (estadísticamente significativo) menor uso de esteroides que los pacientes con placebo.

REPORTE DE UN CASO CON NEUTROPENIA SEVERA Y BCGITIS

Dra. Albina Martínez Pérez, M. Martínez Torres, E. Novoa Becerra, O. Abad Bárcena

Hospital General de México, SSA. Unidad de Pediatría Alergia e Inmunología

Lactante de 11 meses de edad, originaria y residente del Valle de Chalco, proviene de medio socioeconómico bajo, habita en casa propia, cuenta con todos los servicios, convive con 4 personas, tabaquismo 4.

Antecedentes heredofamiliares sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes prenatales y perinatales: producto de la segunda gesta, control prenatal regular. Madre cursó con cervicovaginitis al tercer mes, tratada sin medicamento especificado. Producto de término se obtuvo por vía abdominal por ciclar de cordón, lloró y respiró al nacer, se desconoce APGAR, peso 3.600 kg, se egresa al tercer día con la madre. Fue alimentado al seno materno hasta la edad de dos meses y posteriormente con NAN 1 hasta los 6 meses de edad y posteriormente Promil. Ablactación a los 6 meses de edad con frutas y verduras.

Inmunizaciones: BCG y Polio (SABiN).

Desarrollo psicomotriz normal.

Antecedentes personales patológicos: Posterior a la aplicación de BCGE presenta máculas, pápulas y pústulas que en un lapso de un mes presenta abscesos principalmente en cuello, región axilar, por lo que acude a médico particular quien prescribe dicloxacilina con ligera mejoría. Además cursó con otitis recurrentes.

Padecimiento actual; lo inicia a la edad de 5 meses al presentar abscesos de aproximadamente 5x5 cm en región axilar bilateral con salida de material purulento, zona eritematosa, duro, doloroso a la palpación, así como abscesos distribuidos en cuello, tórax, cara posterior y anterior, abdomen y extremidades de varios tamaños y zona eritematosa en región perianal. Se solicita biometría de radiografía de tórax: leucocitos 7,500, Hto 30, Hb 10, neutrófilos 300, linfocitos 4,000, monocitos 3,000, eosinófilos 100, plaquetas 486,000, IgG 10.3 gr/dL, IgA 3.4 gr/dL, IgM 1.4 g/L, cultivo de secreción ótica enterobacter cloacae, hemocultivo negativo, aspirado de médula ósea con celularidad nL megacariocitos disminuidos, eritroblastos 21, juveniles 5, adultos 1, mieloblastos 2, linfocitos 62, células plasmáticas 2. Su tratamiento con trimetoprim con sulfametoxazol, así como tratamiento antifímico o inmunomodulación con evolución satisfactoria hasta el momento actual sin ninguna lesión, con conducto auditivo externo de características normales. Actualmente se encuentra bajo tratamiento con factor de transferencia.

RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE ASMA Y MARCADORES ANTROPOMÉTRICOS DE SOBREPESO EN UNA POBLACIÓN HISPANA

Del Río-Navarro, Estrada RE, Berber A, Fanghanel G, Sánchez L, Sierra Monge JLL.

Departamento de Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

Caso 2: Femenina de 5 meses de edad, con antecedente de presentar lesiones eritematosas, induradas en borde anterior de las axilas, no pruriginosas, dolorosas a la palpación de 4 cm desde los 2 meses de vida, las cuales fue aumentando su tamaño progresivamente, posteriormente las lesiones se presentan en región inguinal y 15 días después se ulceran, se dio tratamiento casero y sulfadiazina, 4 días previos al ingreso presenta fiebre no cuantificada. EF: en cuello presenta una lesión con necrosis central, eritema perilesional, en tórax con lesiones necróticas, eritema perilesional e induración y ulceración en región axilar derecha, con salida de material purulento, en la lesión axilar izquierda, lesión eritematosa en fase de cicatrización de tipo queloides, lesiones necróticas y úlceras con secreción purulenta y borde indurado, Dx de ingreso, lesiones necróticas en estudio, probable enfermedad granulomatosa crónica, probable pioderma gangrenoso, se inicia tratamiento con dicloxacilina 100 mg/kg/d, y ceftazidima 150 mg/kg/d, doxiciclina 10 mg/kg/dosis, PRN. Exámenes de ingreso: ES, QS y gasometría normales, BH: Hb 9.2 g/dL, Hto. 29%, leucocitosis de 23,000, linfocitos 13, Bandas 7, segmentados 73, linfocitos atípicos 7, anisocitosis +++, macrocitosis +++, hipocromía +++, plaquetas 606,000. Los cultivos de los abscesos de axilas e ingles se reportaron con *Klebsiella pneumoniae* multirresistente y *Morganella morganii*, hemocultivo negativo. Se tomaron inmunológicos NBT 80% de reducción, CD 11 64.2, CD18 88.1%, complemento sérico 234 UH/mL, ANCA (+), PR3 10.2 U/mL, MP6 20.2 U/mL VR (<20 U/mL); PCR 1 mg/dL, tiempos de coagulación normales, VSG 43 mm/horas. Se toma biopsia de piel de axila derecha con reporte histopatológico, paniculitis necrobiótica sin vasculitis con daño de interfase. Se da tratamiento inmunomodulador para el pioderma infeccioso con gammaglobulina 400 mg/kg/dosis en 3 ocasiones, hidrocortisona 2 mg/kg/d, talidomida 25 mg cada 24 horas. BH de control. Egresándose por buena evolución.

Discusión: El PG no es una enfermedad frecuente, su etiología es desconocida, pero consideramos que pueden existir factores inmunológicos de fondo. Nosotros observamos mejoría rápida de las lesiones posterior a la administración de Ig IV, junto con prednisona y talidomida.

Conclusiones: La mejoría rápida de las lesiones con detención del crecimiento y aparición de nuevas lesiones se observaron posterior al inicio con Ig IV, prednisona y talidomida.

RESPUESTA TERAPÉUTICA AL FACTOR DE TRANSFERENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA ALÉRGICA

Espinosa Padilla SE, Orozco Martínez S, Estrada García I, Espinosa Rosales FJ, Berrón Pérez R, Huerta López JG, Estrada Parra S, García M, Plaza Gonzáles A, Barbosa López C
Instituto Nacional de Pediatría

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental en el Instituto Nacional de Pediatría en un doble ciego placebo controlado para investigar la eficacia terapéutica al factor de transferencia en pacientes pediátricos con asma moderada persistente. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de 6-18 años con asma moderada persistente, con IgE total elevada y/o eosinofilia (más de 500 eosinófilos totales), y pruebas cutáneas positivas a DPT, DF o a alguno de éstos, más otro alérgeno, con positividad de 3 a 4 +. Se administró factor de transferencia o placebo como sigue: 1 unidad por día por 5 días, 1 unidad por semana por 5 semanas y 1 unidad por c/15 días por 9 quincenas (6 meses de tratamiento). Además se administró a todos los pacientes B-2 de acción prolongada (formoterol) y esteroide inhalado: budesonide a dosis media (400 µg por día). Se realizaron en cada paciente pruebas de laboratorio (BHC, IgE total) y pruebas de función pulmonar: espirometría antes, al mes, a los 3 meses y a

los 6 meses. Se está tratando actualmente de determinar citocinas: IL-2, IL-4, INFγ por técnica de RT-PCR (reacción en cadena de polimerasa por transcriptasa reversa). Los 2 grupos mostraron disminución del grado de severidad pero los pacientes con FT tuvieron menor grado de severidad al final del estudio. No se apreciaron cambios significativos en la cuenta de eosinófilos, la IgE total mostró más variación en el grupo de los pacientes tratados con Ft, y finalmente los pacientes con factor de transferencia requirieron (estadísticamente significativo) menor uso de esteroides que los pacientes con placebo.

REPORTE DE UN CASO CON NEUTROPENIA SEVERA Y BCGITIS

Dra. Albina Martínez Pérez, M. Martínez Torres, E. Novoa Becerra, O. Abad Bárcena

Hospital General de México, SSA. Unidad de Pediatría Alergia e Inmunología

Lactante de 11 meses de edad, originaria y residente del Valle de Chalco, proviene de medio socioeconómico bajo, habita en casa propia, cuenta con todos los servicios, convive con 4 personas, tabaquismo 4.

Antecedentes heredofamiliares sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes prenatales y perinatales: producto de la segunda gesta, control prenatal regular. Madre cursó con cervicovaginitis al tercer mes, tratada sin medicamento especificado. Producto de término se obtuvo por vía abdominal por ciclar de cordón, lloró y respiró al nacer, se desconoce APGAR, peso 3.600 kg, se egresa al tercer día con la madre. Fue alimentado al seno materno hasta la edad de dos meses y posteriormente con NAN 1 hasta los 6 meses de edad y posteriormente Promil. Ablactación a los 6 meses de edad con frutas y verduras.

Inmunizaciones: BCG y Polio (SABiN).

Desarrollo psicomotriz normal.

Antecedentes personales patológicos: Posterior a la aplicación de BCGE presenta máculas, pápulas y pústulas que en un lapso de un mes presenta abscesos principalmente en cuello, región axilar, por lo que acude a médico particular quien prescribe dicloxacilina con ligera mejoría. Además cursó con otitis recurrentes.

Padecimiento actual; lo inicia a la edad de 5 meses al presentar abscesos de aproximadamente 5x5 cm en región axilar bilateral con salida de material purulento, zona eritematosa, duro, doloroso a la palpación, así como abscesos distribuidos en cuello, tórax, cara posterior y anterior, abdomen y extremidades de varios tamaños y zona eritematosa en región perianal. Se solicita biometría de radiografía de tórax: leucocitos 7,500, Hto 30, Hb 10, neutrófilos 300, linfocitos 4,000, monocitos 3,000, eosinófilos 100, plaquetas 486,000, IgG 10.3 gr/dL, IgA 3.4 gr/dL, IgM 1.4 g/L, cultivo de secreción ótica enterobacter cloacae, hemocultivo negativo, aspirado de médula ósea con celularidad nL megacariocitos disminuidos, eritroblastos 21, juveniles 5, adultos 1, mieloblastos 2, linfocitos 62, células plasmáticas 2. Su tratamiento con trimetoprim con sulfametoxazol, así como tratamiento antifímico o inmunomodulación con evolución satisfactoria hasta el momento actual sin ninguna lesión, con conducto auditivo externo de características normales. Actualmente se encuentra bajo tratamiento con factor de transferencia.

RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE ASMA Y MARCADORES ANTROPOMÉTRICOS DE SOBREPESO EN UNA POBLACIÓN HISPANA

Del Río-Navarro, Estrada RE, Berber A, Fanghanel G, Sánchez L, Sierra Monge JLL.

Departamento de Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez".