

Fórmulas antirregurgitación: ¿tienen alguna indicación?

(An Esp Pediatr 2000; 53: 501)

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo especial del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría referente a las indicaciones de las fórmulas antirregurgitación publicado recientemente en su revista¹.

Como corresponde a un informe elaborado por un comité de expertos, el artículo lleva a cabo una excelente revisión sobre el tema, pero en nuestra modesta opinión, tiene un pero... y es que el contenido del artículo no se adapta al título. Y esta "crítica" en el fondo nos beneficia, ya que en la publicación se efectúa una completa y actualizada revisión de la fisiología, sintomatología y manejo terapéutico del reflujo gastroesofágico no complicado.

Respecto a las fórmulas antirregurgitación (AR) me he permitido añadir algún comentario. Como se recoge en el citado artículo, las fórmulas AR no sólo no aportan ninguna ventaja nutricional, sino que incluso pueden ocasionar efectos adversos¹. Por ello, cuando se recomiendan las fórmulas AR para disminuir el número de regurgitaciones en lactantes sanos, debemos saber que estos preparados no reúnen las condiciones exigidas para la composición de las leches para lactantes de la normativa europea², únicas recomendadas en lactantes sanos para sustituir a la lactancia materna. Y no debe olvidarse que la leche de mujer, modelo para las fórmulas infantiles, no contiene espesantes de ningún tipo y a ninguno de nosotros se nos ocurriría retirar la lactancia materna a un lactante con regurgitaciones³.

Un informe de un grupo de trabajo para el tratamiento dietético de la regurgitación, coordinado por Vandenplas, uno de los mayores defensores de las fórmulas AR, propone que en la etiqueta de estas fórmulas debe indicarse que AR significa antirregurgitación y no antirreflujo y señala que estas fórmulas forman parte del tratamiento escalonado del lactante con regurgitación, y que al ser un alimento-medicamento sólo deben adquirirse por prescripción facultativa⁴. A pesar de esto, en nuestro país algunas de estas fórmulas pueden obtenerse en supermercados y en grandes superficies.

En nuestra opinión resulta contradictorio la utilización de un alimento-medicamento en un lactante con regurgitaciones pero que no tiene enfermedad por reflujo gastroesofágico, sobre todo si se considera que estas fórmulas no cumplen todas las condiciones exigidas para la composición de las leches para lactantes.

Si a todo lo anterior se añade que estos productos son más caros que las fórmulas convencionales, nos podemos preguntar,

valorando la relación beneficio-riesgo, si las fórmulas AR tienen verdaderamente alguna indicación.

M.J. Lozano de la Torre

Unidad de Lactantes.

Servicio de Pediatría.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Universidad de Cantabria. Santander

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballabriga A, Moya M, Bueno M, Cornellá J, Dalmau J, Doménech R et al. Comité de Nutrición de la AEP. Indicaciones de las fórmulas antirregurgitación. An Esp Pediatr 2000; 52: 369-371.
2. Commission of the European Communities. Commission Directive of 14 May 1991 on infant formulae and follow-up formulae (91/321/CEE). Official Journal of the European Communities 1991; L175: 35-50.
3. Lozano MJ. Reflujo gastroesofágico. Protocolo diagnóstico-terapéutico. Bol Pediatr 1998; 38: 182-189.
4. Vandenplas Y, Belli D, Cadranet S, Cucchiara S, Dupont C, Heymans H et al. Dietary treatment for regurgitation. Recommendations from a working party. Acta Paediatr 1998; 87: 462-468.

Hipertiroidismo en neonatos de madres tiroidectomizadas por enfermedad de Graves

(An Esp Pediatr 2000; 53: 501)

Sr. Director:

En relación con el artículo "Hipertiroidismo neonatal" (HN) de Romero et al¹ publicado recientemente en su revista, nos gustaría hacer algunas consideraciones. En él se exponen los casos de dos neonatos gemelos univitelinos hijos de madre con enfermedad de Graves (EG) diagnosticada durante el embarazo, que desarrollaron HN con signos de tirotoxicosis. Queremos aportar 3 casos más, con una característica común: eran recién nacidos cuyas madres habían padecido una EG que precisó tiroidectomía casi total (TcT) previamente al embarazo.

En uno de los casos, la madre había sido intervenida 11 años antes, permaneciendo desde entonces hipotiroidea (en tratamiento con L-tiroxina) hasta el sexto mes de la gestación, momento en el que se reactivó su enfermedad, precisando tratamiento con metimazol. El recién nacido presentó hipertiroidismo neonatal subclínico, con los siguientes valores analíticos a las

24 horas de vida: T₄ libre (T₄L), 52,8 pmol/l (valores normales [VN], 10-20 pmol/l); T₃ libre (T₃L), 18,3 pmol/l (VN, 3,5-6 pmol/l); hormona tiroestimulante (TSH), indetectable; anticuerpo anti-receptor de TSH (fundamentalmente TSI), 80% (VN, < 15%). Estos valores fueron normalizándose en aproximadamente un mes. Permaneció asintomático en todo momento sin tratamiento.

En los otros dos recién nacidos (producto de un embarazo gemelar), la madre fue intervenida un mes antes del inicio del embarazo, permaneciendo eutiroides durante el mismo (con terapia sustitutiva con L-tiroxina). Ambos presentaron signos de tirotoxicosis desde el sexto día de vida, con los siguientes hallazgos analíticos: T₄L: > 6 ng/dl (VN, 0,7-1,87); TSH, < 0,03 (VN, 0,25-4,67); TSI, > 95 U/l (VN, < 15%). Precisarón tratamiento con metimazol (80 días) y propranolol (45 días)².

A propósito de estos casos clínicos puntualizamos que:

1. La TcT en pacientes con EG no previene totalmente la reactivación de la enfermedad, incluso durante el embarazo^{3,4}. Estos autores observaron que cuanto mayor es el título de TSI preoperatorio, más tiempo tardan en normalizarse los TSI maternos, así como habrá mayores posibilidades de recurrencia de hipertiroidismo materno posquirúrgico³.

2. La TcT o la terapia con radioyodo no inducen remisión inmunológica a pesar de conseguir la remisión clínica y hormonal de la enfermedad, siendo posible la transferencia placentaria de anticuerpos TSI^{3,5}.

Ante todos estos datos, nos gustaría señalar la conveniencia de un seguimiento endocrinológico continuado de las pacientes tiroidectomizadas o tratadas con radioyodo por una EG (a pesar de existir un hipotiroidismo posterior), especialmente durante el embarazo, mediante la determinación de TSI o anticuerpos anti-receptor de TSH.

**D. Moreno Pérez^a, V. Borrás Pérez^b,
J.P. López Siguero^a**

^aUnidad de Endocrinología Pediátrica.

Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga.

^bDepartamento de Pediatría.

Hospital General de Granollers. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero Narbona F, López Siguero JP, Martínez-Aedo Ollero MJ, Martínez Valverde A. Hipertiroidismo neonatal. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 185-188.
2. Borrás Pérez V, Gussinyé Canabal P, Peñas Boira M, Zuasnarbar Cotro A, Catalá Puigbó M. Hipertiroidismo neonatal autoinmune en gemelos de madre tiroidectomizada. *An Esp Pediatr* 2000; 52 (Supl. 1): 104.
3. Sugino K, Ito K, Ozaki O, Mimura T, Iwasaki H, Wada N et al. Postoperative changes in thyrotropin-binding inhibitory immunoglobulin level in patients with Graves' disease: is subtotal thyroidectomy a suitable therapeutic option for patients of child-bearing age with Graves' disease? *World J Surg* 1999; 23: 727-731.
4. Okamoto T, Fujimoto Y, Obara T, Ito Y, Aiba M. Retrospective analysis of prognostic factors affecting the thyroid functional status after subtotal thyroidectomy for Graves' disease. *World J Surg* 1992; 16: 690-696.
5. Smith CM, Gavranich J, Cotterill A, Rodda CP. Congenital neonatal thyrotoxicosis and previous maternal radioiodine therapy. *BMJ* 2000; 320: 1260-1261.

Red de fibrina en el líquido cefalorraquídeo de los niños con meningitis tuberculosa: un antiguo, olvidado y eficaz método para su diagnóstico precoz

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 502)

Sr. Director:

El artículo de Parrilla et al¹, sobre meningitis tuberculosa (MT), publicado recientemente en su revista nos ha parecido sumamente interesante. En él se abordan, entre otros, dos temas que merecen destacarse.

En efecto, el diagnóstico precoz de la MT es fundamental para el éxito terapéutico. Por desgracia, no existe un método rápido, sencillo, moderno y fiable en la actualidad. No obstante, los antiguos tratados citan un procedimiento muy simple que en su momento pudimos comprobar como muy eficaz. Se trata de obtener tras la correspondiente punción lumbar, 6-8 ml de líquido cefalorraquídeo (LCR), introducirlos en un tubo de ensayo, sellarlo con un tapón de plástico o de goma y dejarlo a temperatura ambiente en una zona del hospital donde no existan fluctuaciones térmicas. Al cabo de 1 o 2 días aparece una red de fibrina sobrenadando el LCR, con aspecto de nube o telaraña²⁻⁵.

Esto que nuestros médicos predecesores consideraban patognomónico de la neurotuberculosis (fig. 1), pudimos comprobar que era sistemáticamente cierto en los 10 casos de MT que tuvimos la oportunidad de tratar entre 1979 y 1985 en el Hospital Infantil Son Dureta de Palma de Mallorca. Algunos de ellos fueron objeto de publicación por sus especiales características⁶.

En la red de fibrina citada se visualiza por un microbiólogo experto, y con relativa facilidad, el bacilo de Koch²⁻⁵. Sin embargo, no publicamos un estudio específico de este importante



Figura 1. Red de fibrina en LCR en un niño con meningitis tuberculosa. Tomada de Eckstein⁵.