

de estimulación ovárica menos intensivas). Los gemelos, aunque tienden al descenso, siguen representando alrededor de un 20% de las gestaciones obtenidas por FIV o por ICSI en los últimos años.

El seguimiento a largo plazo de los niños de FIV o de ICSI es necesario para aportar luz a las incertezas sobre aspectos como el mayor riesgo de neoplasias o anomalías cromosómicas y para corroborar la falta de efectos adversos en el neurodesarrollo. Los estudios existentes hasta ahora<sup>7-10</sup> aportan datos tranquilizadores pero no parecen suficientes. La complejidad y las dificultades que supone realizar controles periódicos a cohortes de niños en su mayoría sanos complican el diseño de estudios de seguimiento. Sólo en el marco de estudios multicéntricos como el que está en proyecto en España<sup>1</sup>, en los que se integren los centros líderes en TRA, será posible obtener datos válidos para informar mejor a las familias candidatas a FIV o a ICSI y para evaluar la seguridad sobre la salud de los niños de unas técnicas acogidas con entusiasmo por la sociedad y que tanto han modificado la perspectiva de las parejas estériles.

## Bibliografía

1. Cabañas F, López-Azorín M, Pellicer A. Impacto de las técnicas de reproducción asistida en la salud del recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:319-22.
2. Sebastiani G, Pertierra Cortada A, Vidal Sordé E, Figueras Aly J, Balasch Cortina J. Factores relacionados con las técnicas de reproducción asistida y su repercusión en el neonato. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:323-32.
3. Sanchís Calvo A, Marcos Puig B, Juan García L, Morales Suárez-Varela MM, Abeledo Gómez A, Balanza Machancosa R. Características de los recién nacidos tras fecundación in vitro. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:333-9.
4. Schieve LA, Meikle SF, Ferre C, Peterson HB, Jeng G, Wilcox LS. Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology. *N Engl J Med*. 2002;346:731-7.
5. Helmerhorst FM, Perquin DA, Donker D, Keirse MJ. Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: A systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2004;328:261.
6. Nyboe Andersen A, Goznes V, Bhattacharya S, Ferraretti AP, Kupka MS, De Mouzon J, et al. The European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Hum Reprod*. En prensa 2009.
7. Sutcliffe AG, Taylor B, Saunders K, Thornton S, Lieberman BA, Grudzinskas JG. Outcome in the second year of life after in vitro fertilization by intracytoplasmic sperm injection: A UK case-control study. *Lancet*. 2001;257:2080-4.
8. Ponjaert-Kristoffersen I, Bonduelle M, Barnes J, Nekkebroeck J, Loft A, Wennerholm UB, et al. International collaborative study of intracytoplasmic sperm injection-conceived, in vitro fertilization-conceived, and naturally conceived 5-year-old child outcomes: Cognitive and motor assessments. *Pediatrics*. 2005;115:e283-9.
9. Leunens L, Celestin-Westrich S, Bonduelle M, Liebaers I, Ponjaert-Kristoffersen I. Follow-up of cognitive and motor development of 10-year-old singleton children conceived after ICSI compared with spontaneously conceived children. *Hum Reprod*. 2008;23:105-11.
10. Steel AJ, Sutcliffe A. Long-term health implications for children conceived by IVF/ICSI. *Hum Fertil (Camb)*. 2009;12:21-7.

R. Porta Ribera<sup>a,\*</sup>, V. Molina Morales<sup>b</sup>, M. Boada Palà<sup>c</sup> y V. Coroleu Lletget<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Neonatología, Departamento de Pediatría, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

<sup>b</sup>Departamento de Pediatría, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

<sup>c</sup>Servicio de Medicina Reproductiva, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roser.porta@usphospitales.com (R. Porta Ribera).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.06.002

## Accidentes producidos por caídas del caballo. Importancia de su prevención

### Accidents caused by horse falls. Importance of prevention

Sr. Editor:

Recientemente se ha publicado un trabajo sobre accidentes provocados por caballos, firmado por Muñiz et al<sup>1</sup>. Tras analizar su lectura, no me cabe sino felicitar a los autores por el contenido de éste y corroborar la importancia que tiene su prevención, ya que se ha observado un incremento de la práctica de la equitación por parte de niños y adolescentes en nuestro medio. Pensamos que se debe insistir sobre la prevención de este tipo de accidentes.

La literatura científica sobre este tema en nuestro país es muy escasa; no obstante, debemos destacar que ya en 1992, tuvimos la oportunidad de publicar un trabajo en el que se describía el tipo de lesiones producidas por caída del caballo en una serie de 4 niños ingresados en nuestro Departamento por esta razón en el plazo de 2 años<sup>2</sup>. Precisamente, todos los casos registrados eran varones, la lesión más frecuente fue el traumatismo craneoencefálico (3 casos), uno de ellos con fractura de cráneo que afectaba al occipital, mastoides y peñasco, con hemorragia y neumoencefalo. El cuarto caso presentó fractura supracondílea del brazo derecho. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

A pesar de que la frecuencia de este tipo de accidentes es escasa, queremos incidir, de acuerdo con los autores citados, en que el tipo de lesiones por caída de caballo o especie similar, como ponis, asnos, mulas, etc., suele ser grave y, por tanto, es imprescindible tomar medidas preventivas. Ya en 1987, Lloyd<sup>3</sup> observó que el empleo sistemático de cascos

protectores de la cabeza disminuía el número de traumatismos craneales graves y, posteriormente, se exigió el uso del casco para todo tipo de actividad ecuestre en Estados Unidos.

Como conclusión, y de acuerdo con los autores anteriormente citados, se debe recomendar ante la práctica de este deporte lo siguiente: *a)* información y educación sobre la práctica de equitación a todo el personal relacionado con ésta, y a los padres y a los niños que la van a practicar señalándoles los riesgos que implica, y *b)* obligatoriedad de llevar casco adecuado en la monta. En la actualidad hay cascos que cumplen las normas establecidas desde 1988.

## Bibliografía

1. Muñiz M, Moure JD, Mirás A, Rodríguez A. Accidentes provocados por caballos. Alertas y pautas de prevención. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:434-7.

doi:10.1016/j.anpedi.2009.06.007

2. Fleta J, Jiménez A, Bueno M, Sarría A. Lesiones producidas en la infancia por la práctica de equitación. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*. 1992;22:169-72.
3. Lloyd RG. Riding and other equestrian injuries: Considerable severity. *Br J Sports Med*. 1987;21:22.

J. Fleta Zaragoza

*Departamento de Pediatría, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza, España*

*Correo electrónico: jfleta@unizar.es.*

## Síndrome de deleción 18p paucisintomático

### Almost asymptomatic 18p deletion syndrome

*Sr. Editor:*

Hemos leído con gran atención e interés el artículo publicado por Laranjeira et al<sup>1</sup> en los últimos números de *Anales de Pediatría* en relación con el síndrome de deleción 18p familiar. Nuestro grupo ha publicado recientemente un artículo sobre el síndrome de West familiar<sup>2</sup> en *Anales de Pediatría* y tiene un gran interés en el estudio de las enfermedades genéticas con asociación familiar.

A este respecto, nos gustaría comentar nuestra experiencia con un reciente caso de síndrome de deleción 18p y aportar algunos datos de interés.

Nuestro caso se trata de un varón de 7 años de edad que nos consultó por un cuadro de retraso mental leve no filiado desde el nacimiento. El paciente no presentaba por lo demás ninguna otra alteración, ni en la exploración ni en las pruebas complementarias que ya le habían realizado. Como hacemos habitualmente con todos los casos de este tipo, entre otros estudios, se realizó un cariotipo y un estudio de *x* frágil. Se realizaron estudios mediante técnicas de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética). Se realizó un cribado metabólico completo. Todos los estudios resultaron normales. El resultado del cariotipo consistió en una deleción del brazo corto del cromosoma 18 (18p) compatible con un síndrome de 18p. El estudio de los padres resultó normal, al igual que la valoración clínica.

Como aclaran los autores, los casos esporádicos son los más frecuentes<sup>3</sup> y la variedad fenotípica es muy amplia. En nuestro paciente, el retraso mental era leve y no había otras

alteraciones, algo que es muy poco frecuente. Debemos tener estas circunstancias en cuenta a la hora de afrontar la consulta de un paciente en nuestra consulta de neurología pediátrica. Cualquier cuadro clínico que curse con cierto retraso mental debe hacernos plantear la necesidad de estudio genético mediante al menos cariotipo.

Los cuadros genéticos familiares son importantes desde el punto de vista de la neurología pediátrica. Tanto el síndrome de West como el síndrome de 18p son 2 entidades de gran relevancia clínica. Ambas tienen ciertas similitudes que nos permiten ponerlas como 2 buenos ejemplos. Pueden ser cuadros clínicos con gran gravedad, especialmente el primero de éstos, o en otras ocasiones pueden ser menos agresivos. Nuestro caso comunicado tiene como etiología muy probable una alteración genética del gen *ARX* perteneciente al cromosoma X. Éste, muy pleiotrópico y fenotípicamente muy variable, puede presentar desde retraso mental leve hasta síndrome de West o síndrome de Partington (retraso mental grave, crisis epilépticas y movimientos distónicos de las extremidades), como estamos pendientes de comunicar en próximas fechas.

En conclusión, hay pruebas básicas en los departamentos de genética que son fundamentales en la valoración de los pacientes con retraso mental. Por otro lado, son fundamentales los esfuerzos a la hora de realizar un adecuado consejo genético por cuanto la preocupación familiar a la hora de un nuevo embarazo debe estar evitada desde el principio.

## Bibliografía

1. Carla Laranjeira. Síndrome 18p familiar. Caso clínico. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:89-90.
2. Fernández Fernández MA, Rufo Campos M, Madruga Garrido M, Blanco Martínez B, Muñoz Cabello B, Mateos Checa R. Síndrome de West ligado al cromosoma X. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:85-8.