

Servicios de ^aPediatría, ^bGinecología y Obstetricia y ^cCardiología Infantil. ^dUnidad de Endocrinología y Dismorfología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Correspondencia: Dr. J.A. López Medina.
Avda. de la Constitución, 22, 4º H. 18012 Granada. España.
Correo electrónico: jalopezmedina@eresmas.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez MJ, Rodicio García M, Abadi Abadi A, Rueda F. Recién nacido con asimetría del llanto y soplo cardíaco. *An Esp Pediatr* 2002;56:375-6.
2. Wiedemann HR, Kunze J. *Clinical Syndromes*. Philadelphia: Mosby-Wolfe, 1997.
3. De Mir Mesa I, Gabau Vila E, Artigas Pallarés, Calvo Escalona R. Esquizofrenia y síndrome velocardiocéfalo. *An Esp Pediatr* 2002;56:476-7.
4. Cuneo BF. 22q11.2 deletion syndrome: DiGeorge, velocardiocéfalo, and conotruncal anomaly face syndromes. *Curr Opin Pediatr* 2001;13:465-72.
5. Emanuel BS, McDonald-McGinn D, Saitta SC, Zackai EH. The 22q11.2 Deletion Syndrome. *Adv Pediatr* 2001;48:39-73.
6. Goldmuntz E, Driscoll DA, Budarf ML, Zackai EH, McDonnand-McGinn DM, Biegel JA, et al. Microdeletions of chromosomal region 22q11 in patients with conotruncal cardiac defects. *J Med Genet* 1993;30:807-12.
7. Goldmuntz E, Clark BJ, Mitchell LE, Jawad AF, Cuneo BF, Reed L, et al. Frequency of 22q11 deletions in patients with conotruncal defects. *J Am Coll Cardiol* 1998;32:492-8.
8. López JA, Moltó L, Rodríguez MM, Sánchez MR, López-Jurado R, González C, et al. Síndrome Catch 22. *An Esp Pediatr* 2002; 56(Supl 5):14.

Réplica de los autores

Sr. Editor:

Agradecemos el interés y los comentarios de J.A. López Medina et al acerca de nuestro artículo sobre el síndrome de Cayler¹. Hemos leído con atención su interesante carta sobre la necesidad de incluir en la valoración general de los pacientes con tetralogía de Fallot un estudio genético dirigido a descartar la posibilidad de la presencia de la delección 22q11.

Es una observación acertada y ajustada a la práctica habitual con estos pacientes. En este sentido, sólo deseamos señalar que estamos totalmente de acuerdo.

La razón de no haber comentado este aspecto en el artículo original, estriba en que el objetivo del mismo era subrayar las pruebas necesarias en el diagnóstico de sospecha de cardiopatía en un niño con asimetría del llanto. En esta fase del diagnóstico no está indicado el estudio genético, y sí la valoración cardiológica completa, siendo la ecocardiografía la prueba complementaria fundamental.

Según la experiencia del servicio de cardiología infantil de referencia de nuestro centro, donde trabaja F. Rueda, uno de los autores de nuestro artículo, (Hospital Materno Infantil de La Coruña) la presencia de delección 22q11 es frecuente en nuestro medio en recién nacidos con cardiopatía del tipo malformación

conotruncal o de otro tipo, pero con asociación fenotípica sospechosa (facies peculiar, hipocalcemia, alteraciones de la deglución, inmunodeficiencia o crisis convulsivas): en un estudio realizado en este centro en el período comprendido entre enero de 1998 y febrero de 2000 (Comunicación al LI Congreso de la Sociedad de Pediatría de Galicia, junio de 2000) el 20% de los recién nacidos con estas premisas eran portadores de la delección. También, según este estudio, es llamativa la mayor mortalidad que tienen estos pacientes cuando se los compara con otros afectados por la misma cardiopatía, pero sin la presencia del síndrome delección 22q11.

El paciente que nos ocupa no era portador de dicha delección.

Por último, cabe subrayar la complejidad del consejo genético ya que hoy en día carecemos del conocimiento suficiente para predecir qué pacientes con delección 22q11 desarrollarán en el futuro las distintas variantes del síndrome. Todo ello obliga a un seguimiento cercano multidisciplinario en la evolución de estos pacientes, y que debe incluir, además de cardiólogo, al menos gastroenterólogo, endocrinólogo y neurólogo.

M. Silveira Cancela

Servicio de Pediatría. Hospital Da Costa. Burela.
Lugo. España.

Correspondencia: Dr. Silveira Cancela.
Rafael Vior, s/n. 27880 Lugo. España.

Correo electrónico: manuel.silveira.cancela@sergas.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez MJ, Rodicio García M, Abadi Abadi A, Rueda F. Recién nacido con asimetría del llanto y soplo cardíaco. *An Esp Pediatr* 2002;56:375-6.

Asma y virus respiratorio sincitial

Sr. Editor:

La posible relación entre infección por virus respiratorio sincitial (VRS) y asma es un tema apasionante que preocupa a investigadores y también a clínicos. Mejías y Ramilo¹ han escrito un actualizado editorial puntualizando muy bien los aspectos trascendentes y más actuales del problema. Además, aportan resultados muy originales, obtenidos en ratones infectados por VRS, valorando la carga viral, hallazgos histológicos y grado de obstrucción bronquial.

A modo de conclusión, los autores afirman que "cada vez parece más clara la relación entre infección grave por VRS y el posterior desarrollo de hiperreactividad bronquial en la infancia. Sin embargo, no está claro si es la infección por VRS por sí sola la que ocasiona las secuelas a nivel de la función pulmonar, o si es la asociación con alteraciones previas en la función pulmonar o con atopia".

Pienso que cada vez hay más sugerencias que apoyan la segunda hipótesis, es decir, que en ciertos lactantes se dan circunstancias previas a la infección por VRS que motivan su particular cuadro clínico y su evolución.