

8. Alam S, Mushtaq M. Antibiotic associated diarrhea in children. *Indian Pediatr.* 2009;17:491–6.
9. Kyne L, Warny M, Qamar A, Kelly CP. Asymptomatic carriage of *Clostridium difficile* and serum levels of Ig G antibody against toxin A. *N Eng J Med.* 2000;342:390–7.
10. Halsey J. Current and future treatment modalities for *Clostridium difficile*-associated disease. *Am J Health Syst Pharm.* 2008;65:705–15.

F.J. Sanz Santaefemia<sup>a,\*</sup>, T. del Rosal Rabes<sup>a</sup>,  
J. Zapardiel Ferrero<sup>b</sup>, M.E. García Talavera<sup>c</sup>  
y F.J. González-Valcárcel Sánchez-Puelles<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Pediatría, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Microbiología, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España*  
<sup>c</sup> *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Felipe II, Móstoles, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanzantaefemiafj@gmail.com  
(F.J. Sanz Santaefemia).

doi:10.1016/j.angepedi.2011.07.026

## Infección por HTLV-1. ¿Una entidad infradiagnosticada en pediatría?

### HTLV-1 infection. An underdiagnosed entity in paediatrics?

Sr. Editor:

El virus linfotrofo humano tipo 1 (HTLV-1) es un retrovirus de distribución universal prevalente en algunas zonas endémicas del Caribe, países de América del Sur, Japón y el continente africano. En España, es una infección muy poco frecuente aunque en los últimos años han aumentado los casos descritos en pacientes, como el que presentamos, procedentes o relacionados con estas áreas<sup>1</sup>. Las vías de transmisión más importantes son la sexual, la transfusión de sangre o hemoderivados, la donación de órganos y la vía vertical, esta última de especial interés en pediatría. La infección suele permanecer asintomática durante décadas, por lo que habitualmente se manifiesta en adultos. Sin embargo, en áreas endémicas son bien conocidos los cuadros de dermatitis infecciosa y afectación neurológica en niños causados por este virus<sup>2</sup>.

Se trata de un varón de 11 años natural de Colombia y residente en nuestro país desde hace 5 años. En el estudio de una recién nacida hija de madre con diagnóstico reciente de mielopatía asociada a infección por HTLV-1 descubrimos a este paciente que es su hermano mayor. Entre sus antecedentes personales la gestación fue sin incidencias y el parto por vía vaginal en el país de origen, recibiendo lactancia materna durante 18 meses, el desarrollo psicomotor había sido normal, estaba escolarizado sin problemas y no referían dermatitis en los años previos. La exploración física era normal y el paciente se encontraba asintomático. Se solicitó serología frente al HTLV-1, que fue positiva y se confirmó en una segunda muestra con análisis de Western blot que se realizó en el Centro Nacional de Virología de Majadahonda. En la hermana se contraindicó la lactancia materna y se realizó serología al nacimiento que fue positiva y la reacción en cadena de la polimerasa en plasma negativa en dos ocasiones separadas por 3 meses.

El HTLV-1 es un retrovirus que infecta de forma permanente a los linfocitos T CD4, en áreas endémicas puede alcanzar tasas de infección superiores al 1%<sup>2</sup>. La transmisión vertical ocurre hasta en un 25% de los hijos de madre infectada<sup>2,3</sup>. El riesgo aumenta proporcionalmente a la carga viral plasmática y es más importante durante la lactancia materna que ha demostrado ser la responsable de la mayoría de las infecciones, en especial si, como en nuestro paciente, ésta se prolonga más de 6 meses<sup>2,4</sup>.

El cuadro clínico más frecuente en niños de la infección por HTLV-1 es la dermatitis infecciosa, que se puede confundir con un brote de dermatitis atópica de evolución tórpida<sup>2,5</sup>. Para su diagnóstico La Grenade<sup>2</sup> propuso los siguientes criterios diagnósticos, requiriéndose el cumplimiento de 4 para su confirmación siendo obligatorios a, b y e:

- a) Eccema del cuero cabelludo, axilas, ingles, oído externo, área retroauricular, párpados, piel paranasal y cuello.
- b) Rinorrea acuosa crónica sin otros signos de rinitis.
- c) Dermatitis crónica recurrente con buena respuesta a tratamiento antibiótico pero con recurrencia tras su retirada
- d) Inicio en la infancia temprana.
- e) Serología positiva para el HTLV-1.

Estudios recientes han relacionado la presencia de estas lesiones con afectación neurológica precoz<sup>4</sup>.

La afectación neurológica más típica en adultos es la mielopatía asociada a infección por HTLV-1 que, sin embargo, es muy poco frecuente en la edad pediátrica y aparece en adolescentes<sup>2,6</sup>. No obstante, síntomas más sutiles como parestesias, pérdida de fuerza en miembros inferiores durante el ejercicio, estreñimiento crónico o dolor lumbar pueden presentarse en niños y una exploración neurológica minuciosa puede alertar sobre la afectación espinal<sup>4</sup>. Es importante la detección precoz de estos síntomas porque, aun en ausencia de un tratamiento curativo en la actualidad, los pacientes se pueden beneficiar de un tratamiento sintomático y rehabilitador que mejore su calidad de vida<sup>4</sup>. Otros cuadros asociados a la infección como la leucemia-linfoma T tipo adulto, cuadros autoinmunitarios, como uveítis, artritis

y tiroiditis, e infecciones parasitarias como la estrongiloidiasis también se han descrito en pediatría<sup>7</sup>.

Como conclusión, la presencia en nuestro país de una población inmigrante con una prevalencia de infección por HTLV-1 desconocida podría justificar la exclusión de la misma en embarazadas procedentes de área endémica con factores de riesgo o sintomatología sugestiva mediante la realización de la prueba serológica con el fin de, en aquéllas que fuera positivo, desaconsejar la lactancia materna y poder evitar así la mayoría de las transmisiones por vía vertical<sup>7</sup>. Igualmente, se ha incluido a este virus en la serología que se debe realizar en donantes de órganos procedentes de áreas endémicas y se aconseja en los donantes de sangre<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Toro C, Soriano V, Grupo Español de Estudio del VIH- 2 y HTLV-1 y 2. Situación actual de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 y el Virus linfotrópico de células T humano en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:442-5.
2. Manns A, Hisada M, La Grenade L. Human T-lymphotropic virus type I infection. *Lancet*. 1999;353:1951-8.
3. Oki T, Yoshinaga M, Otsuka H, Miyata K, Sonoda S, Nagata Y. A seroepidemiological study on mother-to-child transmission of HTLV-I in southern Kyushu, Japan. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol*. 1992;18:371-7.
4. Kendall EA, González E, Espinoza I, Tipismana M, Verdonck K, Clark D, et al. Early neurologic abnormalities associated with human t-cell lymphotropic virus type 1 infection in a cohort of peruvian children. *J Pediatr*. 2009;155:700-6.
5. Oliveira MF, Brites C, Ferraz N, Magalhaes P, Almeida F, Bittencourt AL. Infective dermatitis associated with the human T-cell lymphotropic virus type I HTLV-1 in Salvador, Bahia, Brazil. *Clin Infect Dis*. 2005;40:e90-96.
6. Bittencourt AL, Primo J, Oliveira MF. Manifestations of the human T-cell lymphotropic virus type I infection in childhood and adolescence. *J Pediatr*. 2006;82:411-20.
7. Ramos JM, Milla A, Sánchez V, Vergés M, Toro C, Gutiérrez F. Cribado prenatal de la infección por *Trypanosoma cruzi* y virus linfotrópico humano de células T en gestantes latinoamericanas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009;27:165-7.

A. Mula Anton\*, A.I. Menasalvas Ruiz, J.A. Piñero y S. Alfayate Miguélez

*Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, El Palmar, Murcia, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: fitoelmito@hotmail.com  
(A. Mula Anton).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.03.027

## Tratamiento conservador de abscesos cerebrales secundarios a endocarditis estafilocócica

### Conservative treatment of brain abscesses secondary to staphylococcal endocarditis

*Sr. Editor:*

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave cuyo diagnóstico precoz y abordaje terapéutico resultan importantes para reducir su morbimortalidad. Es una enfermedad rara en la infancia estimándose una incidencia entre 0,6-1/1000 ingresos pediátricos hospitalarios por año<sup>1</sup>.

Se trata de un escolar varón de 6 años traído a urgencias por presentar vómitos y fiebre de 24 h de evolución. En los antecedentes personales destaca una válvula aórtica bicúspide con estenosis moderada. Refieren estancia en zona rural de Bogotá durante 17 días. En la exploración física se aprecia un aumento de la temperatura y edema en el tobillo izquierdo junto con lesión equimótica en la planta del pie de la misma extremidad y lesión grisácea e hiperestésica en punta de la nariz y el 5.º dedo la mano derecha. Presenta estigmas de picaduras en las extremidades. Se ausculta un soplo sistólico grado III/VI polifocal. El abdomen es doloroso de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destacan 12.090 leucocitos (94% neutrófilos)

y PCR 23 mg/dl. La radiografía de tórax muestra cardiomegalia y en la ecocardiografía no se evidencian vegetaciones ni cambios en su patología valvular. Se efectúan otros exámenes complementarios con resultado negativo: serologías frente a *Leptospira*, *Rickettsia*, *Borrelia* y dengue; pANCA, mANCA, cANCA; anticoagulante lúpico y anticardiolipinas. Ante la sospecha de EI, se tomaron hemocultivos seriados y biopsias de las lesiones cutáneas. Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftazidima, vancomicina y gentamicina. Los hemocultivos fueron positivos a *Staphylococcus aureus* sensible a metilicina, por lo que, ante un diagnóstico seguro de EI según los criterios de Duke<sup>1</sup>, se cambió el tratamiento a cloxacilina. Se confirmó la presencia de émbolos sépticos en la piel (fig. 1). El tratamiento antibiótico por vía intravenosa se mantuvo durante 6 semanas. A las 72 h de ingreso el paciente desarrolló cefalea intensa sin focalidad neurológica. Se realizaron una TC y una RM cerebral que mostraron captaciones anulares de 5mm compatibles con émbolos sépticos (fig. 2). Se decidió continuar con cloxacilina por vía intravenosa con evolución favorable a los 5 días de iniciar el tratamiento. Tras el alta, el paciente permanece asintomático. Los estudios de neuroimagen posteriores demostraron la resolución completa de los abscesos.

El inicio del cuadro con fiebre y exantema purpúrico, unido a los antecedentes de estancia en una zona tropical y de valvulopatía, plantea un diagnóstico diferencial amplio. La vasculitis sistémica primaria fue una causa a descartar debido a las lesiones cutáneas y a la afectación de diferentes