



CARTAS AL EDITOR

Muerte por uso incorrecto del «pañuelo portabebés»: necesidad de un abordaje multidisciplinar en las lesiones infantiles

Death by incorrect use of baby sling: multidisciplinary approach to infant injuries

Sr. Editor:

Maqueda et al.¹ presentan un caso de sofocación grave con resultado de muerte en una lactante de un mes por el uso incorrecto del «pañuelo portabebés». Sin embargo, entendemos que el caso descrito merece alguna consideración adicional.

Establecer el diagnóstico en este tipo de muertes requiere un abordaje interdisciplinar. La autopsia judicial del caso se realizó en el Centro de Patología Forense de Collserola del Instituto de Medicina Legal de Catalunya (IMLC), siguiendo el protocolo de Bajanowsky². Dicha investigación medicolegal respondió a la obligatoriedad legal de la autopsia en muertes violentas (o su sospecha), cuyos objetivos eran, en el presente caso, conocer con precisión las causas de una muerte súbita infantil inesperada (MSII), siguiendo las recomendaciones internacionales^{3,4} y nacionales⁵, y analizar el papel de los diferentes factores que, junto con la sofocación por el uso inadecuado del pañuelo portabebés, podrían explicar el fallecimiento.

La autopsia demostró signos generales inespecíficos de asfixia, corroborando el diagnóstico clínico-radiológico de una severa encefalopatía isquémica y signos inflamatorios inespecíficos a nivel de las vías respiratorias altas. Los estudios radiológicos, toxicológicos y genéticos para factores de riesgo cardiovascular de muerte súbita fueron negativos. Tras la exclusión de otras causas, la muerte se relacionó con la lesión hipóxico-isquémica, sugiriéndose como principal factor de riesgo el uso del sistema de portabebés, respaldando el diagnóstico clínico inicial de una asfixia posicional o por sofocación. Los fallecimientos en estos casos se han relacionado con una flexión excesiva del cuello o la oclusión de los orificios respiratorios, como acertadamente indican los autores en sus indicaciones sobre el correcto uso de estos dispositivos¹.

Ante la sospecha de un fallecimiento derivado del uso inadecuado de un pañuelo portabebés y la existencia de casos similares descritos en la literatura, la Sociedad Catalana de Pediatría informó del incidente a la Agència de Salut

Pública de Catalunya (ASPCAT), elaborando una nota informativa conjunta (<http://bit.ly/IHluFz>). En el marco de la colaboración habitual entre la ASPCAT y el IMLC, se puso en común la información disponible sobre la lactante fallecida y sobre los riesgos asociados al transporte en pañuelos portabebés, informándose del incidente a la Agència Catalana de Consum y a los responsables de 2 redes europeas relacionadas con la promoción de la seguridad y la prevención de lesiones infantiles (*European Child Safety Alliance* y *European Association for the Co-ordination of Consumer Representation in Standardisation*) para que los datos sean tenidos en cuenta en la evaluación de las características y las recomendaciones de seguridad de estos productos.

Así, el valioso trabajo de los clínicos detectando un riesgo puso en marcha una respuesta inmediata de otros profesionales, de la medicina forense, la salud pública y la seguridad en el consumo.

El presente caso podría representar un hecho aislado y excepcional, aunque se estima que la mortalidad es solamente el vértice de la pirámide que representan las lesiones. En España, por cada fallecimiento por lesiones no intencionadas se producen 64 ingresos hospitalarios y 3.500 episodios que requieren atención sanitaria o afectan al desarrollo de las actividades de la vida diaria. Las asfixias, sin embargo, parecen tener una contribución mucho más limitada en los ingresos hospitalarios que otras lesiones (caídas, colisiones), reflejando tal vez una elevada letalidad⁶. Así, los fallecimientos por asfixia por inmersión o sofocación fueron la principal causa en las muertes por lesiones no intencionadas en menores de un año en España durante el período 2002-2006⁶ y también en EE. UU., donde su número se multiplicó por cuatro entre 1984-2004⁷.

Somos partidarios de que la información médico-forense (IMF) obtenida de las autopsias medicolegales sea compartida con otras especialidades médicas y sanitarias. Más allá del auxilio a la Justicia, los Institutos de Medicina Legal pueden aportar una información indispensable para la prevención de muchas causas de muerte. Aunque poco frecuente en nuestro medio⁸, se ha propuesto la incorporación de la IMF para mejorar la validez de las estadísticas de mortalidad por causas externas⁹. En el ámbito de la Pediatría, esta colaboración interdisciplinar se refleja en el mejor conocimiento de la MSII^{3,5} y de la gravedad de ciertas conductas de riesgo¹⁰, y podría utilizarse para comparar los datos de fallecidos por determinadas lesiones (tráfico, intoxicaciones o sumersiones) con aquellos casos no mortales, en aras de extraer elementos protectores y preventivos.

Bibliografía

1. Maqueda Castellote E, Gili Bigatà T, Sánchez Pérez S, Escofet Soteras C. Asfixia grave en una lactante por uso incorrecto del «pañuelo portabebés». *An Pediatr (Barc)*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.06.015>
2. Bajanowski T, Vege A, Byard RW, Krous HF, Arnestad M, Bachs L, et al. Sudden infant death syndrome (SIDS)–standardised investigations and classification: recommendations. *Forensic Sci Int*. 2007;165:129–43.
3. Krous HF, Beckwith JB, Byard JW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics*. 2004;114:234–8.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sudden unexpected infant death and sudden infant death syndrome [acceso 8 Oct 2012] Disponible en: <http://www.cdc.gov/sids/Publications.htm>
5. Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría (GEMPSI). Libro blanco de la muerte súbita del lactante. Monografías de la A.E.P. n.º 4. 2.ª ed. Madrid: Editorial Ergon; 2003.
6. Suelves JM. Lesiones no intencionadas en la infancia y la adolescencia: rompiendo el tópico de la mala suerte. *Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu*; 2009.
7. Shapiro-Mendoza CK, Kimball M, Tomaszek KM, Anderson RN, Blanding S. US infant mortality trends attributable to accidental suffocation and strangulation in bed from 1984 through 2004: are rates increasing? *Pediatrics*. 2009;123:533–9.
8. Xifró-Collsamata A, Suelves-Joanxich JM. Salud pública y patología forense. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:419–20.
9. Gotsens M, Mari-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sans M, Martos D, Espelt A, Pérez G, et al. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:165–76.
10. Barbería-Marcalain E, Corrons-Perramon J, Suelves JM, Alonso SC, Castella-García J, Medallo-Muñiz J. El juego de la asfixia: un juego potencialmente mortal. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73:264–7.

C. Martin-Fumadó^{a,*}, E. Barbería^{a,b}, I. Galtés^{a,c}
y J.M. Suelves^d

^a *Institut de Medicina Legal de Catalunya, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

^b *Unitat d'Anatomia Humana i Embriologia, Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España*

^c *Unitat de Medicina Legal i Forense, Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*

^d *Agència de Salut Pública de Catalunya, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carles.martin@xij.gencat.cat
(C. Martin-Fumadó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.10.018>

Trimetilaminuria primaria o síndrome del olor a pescado: diagnóstico precoz desde atención primaria

Primary trimethylaminuria or fish odour syndrome: early diagnosis from primary care

Sr. Editor:

La trimetilaminuria o síndrome del olor a pescado es una metabolopatía infrecuente producida por un defecto del sistema enzimático hepático flavinmonooxigenasa 3 (FMO3), que reoxida la trimetilamina (TMA) en trimetilamina N-óxido (TMANO), provocando elevación de TMA, una amina muy volátil que confiere un fuerte olor a pescado en orina, sudor, aliento y secreciones vaginales de estos pacientes^{1,2}. La TMA procede del metabolismo intestinal de alimentos ricos en colina, lecitina, carnitina y TMANO (fig. 1). Fue descrita por primera vez por Humbert et al. en 1970³.

La trimetilaminuria puede ser primaria, de carácter genético, o secundaria⁴. La primaria es un trastorno autosómico recesivo debido a la mutación del gen FMO3 localizado en el brazo largo del cromosoma 1 (1q24.3)² o por expresión enzimática reducida. Dicho gen es altamente polimórfico; se han descrito al menos 40 mutaciones, solas o en combinación, que se asocian con una mayor o menor actividad de la enzima, dando manifestaciones clínicas de diversa intensidad. Los casos más severos se han relacionado con las

mutaciones P153L y E305X⁵. Se han descrito formas transitorias relacionadas con factores que modifican la capacidad oxidativa de la enzima: infecciones virales, inmadurez del sistema oxidativo (prematuridad), inhibidores enzimáticos, exceso de precursores dietéticos de TMA⁶ y factores hormonales (menstruación). Estas formas intermedias suelen aparecer en individuos heterocigotos⁷. Las formas secundarias se deben a lesiones renales o hepáticas.

Los primeros síntomas suelen aparecer en la infancia, pero en la mayoría de los casos el diagnóstico se retrasa debido al desconocimiento de esta enfermedad. A diferencia de otras metabolopatías, los valores elevados de TMA no son tóxicos, pero esta enfermedad no debe ser considerada benigna, pues el mal olor corporal puede producir graves problemas psicosociales (aislamiento social, baja autoestima, depresión, incluso suicidio), consecuencia del rechazo social al que se ven sometidos los que la padecen, afectando con mayor frecuencia a mujeres⁴.

Presentamos el caso de una lactante de 13 meses que acude a nuestra consulta de atención primaria por presentar desde los 11 meses, coincidiendo con la introducción del pescado en la dieta, un olor desagradable en el cabello. Antecedentes familiares y personales sin interés. Desarrollo psicomotor y ponderoestatural normales. Exploración física normal salvo un desagradable olor corporal que recordaba al pescado podrido. El hemograma, el perfil de función renal y hepático, así como los marcadores de hepatitis A, B y C fueron normales. Ante la sospecha de trimetilaminuria, se solicitó un calendario dietético durante un mes para