

Nuestro caso señala que la esofagitis herpética debería considerarse dentro del diagnóstico diferencial en cualquier niño que acuda con la tríada de odinofagia y/o disfagia, fiebre y dolor retroesternal de comienzo agudo, particularmente si asocia una esofagitis ulcerativa en el tercio distal sin causa evidente. Se ha descrito la exposición a un miembro de la familia con lesiones de VHS⁴, como en el caso de nuestro paciente.

Las esofagitis pueden ser endoscópicamente inespecíficas, de ahí la importancia del estudio microbiológico y anatomopatológico para establecer el diagnóstico definitivo¹.

El tratamiento con Aciclovir[®] en pacientes inmunocompetentes es controvertido, ya que se trata de un proceso autolimitado, sin embargo el uso temprano de Aciclovir[®] puede acortar la clínica y reducir el riesgo de complicaciones⁴. Por último, hay que recordar que se debería hacer un estudio de la inmunidad solo si hay una mala evolución, ya que una recuperación precoz sugiere que la inmunidad humoral y celular están intactas².

Bibliografía

1. Núñez-Ramos R, Prieto Arce M, Medina Benitez E, Urruzuno Tellería P. Imagen de esofagitis en el inmunocompetente:

posibilidades diagnósticas. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81:e5-6.

2. Al-Hussaini AA, Fagih MA. Herpes simplex ulcerative esophagitis in healthy children. *Saudi J Gastroenterol*. 2011;1:353-6.
3. Rahhal RM, Ramkumar DP, Pashankar DS. Simultaneous herpetic and candidal esophagitis in an immunocompetent teenager. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;40:371-3.
4. Ramanathan J, Rammouni M, Baran J Jr, Khatib R. Herpes simplex virus esophagitis in the immunocompetent host: An overview. *Am J Gastroenterol*. 2000;2171-6.

M. Fernández Morán^{a,*}, P. Flórez Díez^a,
M. González Guerrero^b
y S. Jiménez Treviño^a

^a *Departamento de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

^b *Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta_fmoran@hotmail.com
(M. Fernández Morán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.02.015>

Importancia de un estudio basal completo en pacientes con diagnóstico de dermatomiositis juvenil



Importance of a full assessment in patients diagnosed with juvenile dermatomyositis

Sra. Editora:

Hemos leído con especial interés el caso clínico publicado de una paciente de 12 años de edad con diagnóstico de dermatomiositis juvenil (DMJ) y afectación gastrointestinal en forma de disfagia¹. Nos gustaría destacar que a pesar de que la presencia de disfagia en el comienzo de esta enfermedad es poco frecuente, estimada en un 29-44% para las miopatías inflamatorias², la presencia de alteración deglutoria por videofluoroscopia es habitual. En nuestra serie de pacientes con diagnóstico de DMJ de los últimos 10 años hemos encontrado alteración videofluoroscópica en el 87% de los casos, todos ellos asintomáticos, cifras similares a las encontradas en otras series de pacientes con DMJ^{2,3}. Es posible, por lo tanto, que esta paciente presentase afectación orofaríngea en el comienzo y no fuese un empeoramiento a pesar del tratamiento iniciado.

La presencia de afectación deglutoria en un paciente con DMJ lo clasifica como moderado. En estos casos, algunos autores recomiendan incluso prevenir la aspiración pulmo-

nar mediante sonda nasogástrica hasta que se asegure una deglución sin riesgo. La afectación de la musculatura orofaríngea no se ha relacionado con el grado de debilidad, valorado mediante escalas validadas en pediatría como la Childhood Myositis Assessment Scale (CMAS) o el Manual Muscle Test². Por ello, creemos de vital importancia realizar un estudio basal completo a todos los pacientes que incluya la realización de videofluoroscopia, independientemente de la presencia de sintomatología.

Asimismo, consideramos que para una valoración objetiva de la fuerza y resistencia en el diagnóstico inicial y en el seguimiento es fundamental el uso de maniobras validadas y estandarizadas como el CMAS.

Los glucocorticoides orales constituyen la base del tratamiento de la mayoría de las enfermedades reumatológicas, si bien no existen ensayos clínicos que comparen la eficacia de las distintas vías de administración y las dosis utilizadas. Estos fármacos actúan por 2 vías distintas: la vía genómica, a nivel del núcleo celular, modificando la expresión de genes implicados en la respuesta inflamatoria sistémica, con un tiempo de acción más lento y menor potencia antiinflamatoria, y la no genómica, con acción antiinflamatoria a nivel citoplasmático, modulando vías intracelulares implicadas en la inflamación, con un tiempo de acción rápido y efecto antiinflamatorio más intenso⁴. Los efectos secundarios de la prednisona están relacionados con su dosis total acumulada. Por el contrario, los pulsos de metilprednisolona, con acción a través de la vía no genómica, no se han relacionado con estos efectos secundarios, siendo cada vez más frecuentes la utilización de pautas combinadas de corticoides en pulsos intravenosos y orales con el objetivo de disminuir la dosis total acumulada y, consecuentemente, los efectos secundarios. Por

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.038>.

ello, creemos importante hacer constar que la utilización de pulsos intravenosos de metilprednisolona no debería limitarse a los pacientes con afectación grave, sino que debería plantearse también cuando prevemos un tratamiento prolongado, como es el caso de los pacientes con DMJ.

Bibliografía

1. Sánchez Carbonell M, Climent Antolí H, Leandro Fonseca AL, Paricio Talayero JM, Escrivá Tomás P, et al. Dermatomiositis. Aportación de un caso de afectación leve-moderada y disfagia precoz. *An Pediatr*. 2015;82:e86–9. DOI: 10.1016/j.anpedi.201310.038.
2. McCann LJ, Garay SM, Ryan MM, Harris R, Riley P, Pilkington CA. Oropharyngeal dysphagia in juvenile dermatomyositis (JDM): An evaluation of videofluoroscopy swallow study (VFSS) changes in relation to clinical symptoms and objective muscle scores. *Rheumatology*. 2007;46: 1363–6.
3. Rider LG, Lindsley CB, Cassidy JT. Juvenile dermatomyositis. En: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, editores. *Textbook of pediatric rheumatology*. 6th ed. Canada: Saunders, Elsevier; 2011. p. 375–413.
4. Rider LG, Lindsley CB, Cassidy JT. Pharmacology and drug therapy. En: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, editores. *Textbook of pediatric rheumatology*. 6th ed. Saunders, Elsevier; 2011. p. 71–126.

E. Iglesias*, R. Bou, V. Torrente-Segarra
y J. Antón

*Unidad de Reumatología Pediátrica, Servicio de Pediatría,
Hospital Sant Joan de Déu, , Esplugues de Llobregat,
Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eiglesias@hsjdbcn.org (E. Iglesias).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.01.011>