

autoinmune que la población general, siendo la razón de incidencia estandarizada para AIJ (relación entre número observado y esperado de casos) de 4,4 (Jørgensen et al. *Arthritis Rheum.* 2010;62:658-666).

El curso clínico de la artritis en la AIJ puede ser oligoarticular (hasta 4 articulaciones inflamadas) o poliarticular (5 o más articulaciones con artritis), siendo también variable la positividad para ANA y para el antígeno HLA-B27, así como el desarrollo de erosiones. Con frecuencia, se comunican otras alteraciones autoinmunes, particularmente enfermedad inflamatoria intestinal en aquellos HLA-B27 positivos.

En conclusión, las niñas con ST presentan AIJ con mayor frecuencia de la esperada. Este hecho debe ser tenido en cuenta a la hora de valorar a pacientes con ST que desarrollan síntomas musculoesqueléticos indicativos de artritis (tumefacción articular, cojera o rigidez matutina).

Bibliografía

1. Balestrazzi P, Ferraccioli GF, Ambanelli U, Giovannelli G. Juvenile rheumatoid arthritis in Turner's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 1986;4:61-2.
2. Foeldvari I, Wuesthof A. Delayed diagnosis of juvenile rheumatoid arthritis in a girl with Turner's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 1997;15:701-3.
3. Inamo Y. Juvenile arthritis in Turner's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 2000;18:267-8.

4. Kohler JA, Grant DB. Crohn's disease in Turner's syndrome. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1981;282:950.
5. Wihlborg CEM, Babyn PS, Schneider R. The association between Turner's syndrome and juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatr Radiol.* 1999;29:676-81.
6. Zulian F, Schumacher HR, Calore A, Goldsmith DP, Athreya BH. Juvenile arthritis in Turner's syndrome: A multicenter study. *Clin Exp Rheumatol.* 1998;16:489-94.

Patricia Lavilla^{a,*}, Ángela Manzanares^b, Elena Rabadán^a y Jaime de Inocencio^{b,c}

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

^b Unidad de Reumatología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

^c Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patricialavilla@gmail.com (P. Lavilla).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.005>
1695-4033/

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sustitución de ALTE por BRUE: revisión retrospectiva de los ALTE que cumplen criterios de BRUE



Replacing «Apparent Life Threatening Event» (ALTE) with «Brief Resolved Unexplained Event» (BRUE). A retrospective review of the ALTEs that meet the criteria of a BRUE

Sr. Editor:

En 2016, la Academia Americana de Pediatría (AAP) publica una guía que recomienda la sustitución de ALTE (*Apparent Life Threatening Event*) por BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event*) con el propósito de identificar a los pacientes de bajo riesgo (escasa probabilidad de recurrencia o patología subyacente grave) en los que no sería necesario el ingreso ni el estudio¹.

Justifican la necesidad de establecer un término más preciso porque el concepto ALTE engloba numerosas entidades (desde una respiración periódica a sepsis), y esto genera en el clínico preocupación, que motiva pruebas innecesarias². Intentan reflejar que la naturaleza del evento puede ser transitoria y sin causa, alejando el término de «amenazante para la vida» que tanto agobio genera. Proponen que la evaluación de cada niño esté basada en el riesgo del episodio y establecen unas recomendaciones de manejo en casos de bajo riesgo³.

En relación con este cambio establecido por la AAP, realizamos un trabajo cuyo objetivo fue revisar retros-

pectivamente los pacientes hospitalizados por ALTE que cumplirían criterios de BRUE⁴. Dentro de este grupo de pacientes que cumplían criterios de BRUE, ver cuáles se clasificarían como BRUE de alto y de bajo riesgo, identificando así un número de niños en los que la realización de pruebas y la hospitalización habrían sido innecesarias. Hasta mayo de 2018 en nuestro centro estuvo vigente un protocolo de ALTE según el cual todos los pacientes con ALTE eran hospitalizados^{5,6}.

Entre enero de 2013 y diciembre de 2017 hubo 194 pacientes con diagnóstico de ingreso codificado de ALTE. En este periodo no existía código diagnóstico de BRUE. Se excluyó a 52 niños en los que no constaban los datos necesarios para poder calificar el evento como BRUE. De los 142 pacientes incluidos (68 mujeres, 74 varones), la mediana de edad al ingreso fue de 37 días (rango 2-461 días), siendo 95 menores de 2 meses.

De los 142 niños, 68 (48%) no cumplían criterios de BRUE por tener una causa que explicaba el evento en la anamnesis o exploración física (síntomas catarrales, fiebre, vómitos y auscultación pulmonar alterada), por no estar resuelto el episodio a su llegada a urgencias o por ser mayores de 1 año.

De los 74 pacientes (52%) que cumplían criterios de BRUE, 69 (93%) serían BRUE de alto riesgo. Los motivos más frecuentes para considerarse BRUE de alto riesgo fueron: edad < 2 meses o edad gestacional corregida < 45 semanas (51 niños), repetición del evento (18 casos), duración del episodio superior a 1 min (16 niños), tener una historia social intranquilizadora (5 casos) y tener antecedentes familiares de muerte súbita (4 casos). Varios pacientes cumplían más

de un criterio de alto riesgo. Ningún niño cumplió criterios de BRUE de alto riesgo por recibir maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) por personal formado.

De los 5 niños que cumplían criterios de BRUE de bajo riesgo, en 3 se realizaron pruebas diagnósticas (analítica, ecografía transfontanelar, ecocardiograma, electroencefalograma). Todos los resultados fueron normales, salvo en un paciente que en el ecocardiograma tenía, probablemente como hallazgo incidental, una colateral aorto-pulmonar sin repercusión hemodinámica y un foramen oval permeable. Ninguno de los niños presentó alteraciones en la monitorización cardiorrespiratoria durante el ingreso, ni repeticiones del episodio, ni fue diagnosticado de un trastorno grave subyacente. La media de días de ingreso de estos 5 niños fue de 1,8 días.

De los 69 BRUE de alto riesgo, se realizaron pruebas en urgencias al 48% y durante la hospitalización al 74%. El episodio repitió durante el ingreso en el 10%. Como resultados alterados en alguna prueba o diagnósticos relevantes, se diagnosticó a un niño de crisis convulsiva, un hipotiroidismo congénito (el resultado del cribado endocrino-metabólico llegó durante el ingreso), una infección respiratoria por VRS, una meningitis por enterovirus y un niño con colaterales aorto-pulmonares sin repercusión. La media de días de ingreso fue de 2,6 días.

Las nuevas guías recomiendan formar a los padres en maniobras de RCP. Solo en 3 casos del total de niños ingresados (2%) se realizó formación: los 3 cumplían criterios de BRUE de alto riesgo y 2 de ellos recibieron monitorización domiciliaria.

Este estudio presenta limitaciones, siendo la principal su carácter retrospectivo.

Solo la mitad de los niños ingresados por ALTE cumplirían criterios de BRUE. La mayoría de los niños que presentan estos episodios son menores de 2 meses, y esto condiciona que los BRUE sean de alto riesgo, por el criterio de edad. Únicamente el 7% de los pacientes con BRUE cumplen criterios de BRUE de bajo riesgo, y solo en este porcentaje se podrían haber evitado las pruebas y la hospitalización.

Bibliografía

1. Tieder JS, Bonkowsky JL, Etzel RA, Franklin WH, Gremse DA, Herman B, et al. Brief resolved unexplained events (formerly apparent life-threatening events) and evaluation of lower-risk infants. *Pediatrics*. 2016;137:e20160591.
2. Brand DA, Altman RL, Purtill K, Edwards KS. Yield of diagnostic testing in infants who have had an apparent life-threatening event. *Pediatrics*. 2005;115:885-93.
3. Zwemer E, Claudius I, Tieder J. Update on the evaluation and management of brief resolved unexplained events (previously apparent life-threatening events). *Rev Recent Clin Trials*. 2017;12:233-9.
4. Colombo M, Katz ES, Bosco A, Melzi ML, Nosetti L. Brief resolved unexplained events: Retrospective validation of diagnostic criteria and risk stratification. *Pediatr Pulmonol*. 2019;54:61-5.
5. Jiménez Asin A, Ruiz Contreras J. Episodio aparentemente letal. En: Marín Ferrer M, Ordoñez Saez O, Palacios Cuesta A, editores. *Manual de Urgencias de Pediatría*. Hospital Doce de Octubre. 1.ª ed. Ergon; 2011. p. 91-9.
6. Carbayo Jiménez T, Cedena Romero P. Eventos breves resueltos e inexplicados/episodio aparentemente letal (BRUE/ALTE). 2.ª ed. Ergon; 2018. p. 127-33.

Tania Carbayo Jiménez^{a,*}, Pilar Cedena Romero^b
e Isabel Gimeno Sánchez^b

^a Servicio de Neonatología, Hospital Doce de Octubre, Madrid, España

^b Unidad de Lactantes y Pediatría General, Servicio de Pediatría, Hospital Doce de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: taniacarbayo@gmail.com
(T. Carbayo Jiménez).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.004>
1695-4033/

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Monitorización domiciliaria de sodio en niños con diabetes insípida y adipsia



Home monitoring of sodium in children with adipsic diabetes insipidus

Sr. Editor:

Los niños con diabetes insípida que asocian un déficit en la percepción de la sed (adipsia) pueden presentar graves oscilaciones de la natremia, que requieren frecuentes y prolongadas hospitalizaciones. Por un lado, tienen riesgo de hiponatremia por exceso hídrico por sobre dosificación absoluta o relativa de desmopresina. Por otra parte, al estar abolida la sensación de sed, también tienen riesgo de

hipernatremia por déficit hídrico si no se reponen bien las pérdidas^{1,2}.

Se presenta a 3 niños con panhipopituitarismo, incluyendo déficit de hormona antidiurética (diabetes insípida central), y adipsia como complicaciones inmediatas de la cirugía de grandes tumores hipotalámicos. Tras un largo periodo de hospitalización postoperatoria por innumerables episodios de hipo e hipernatremia, se consiguió el alta hospitalaria y el manejo ambulatorio al proporcionar a los padres un medidor domiciliario de sodio capilar.

Se trata de 2 niñas y un niño de 5,5, 15 y 9 años, respectivamente, intervenidos de craneofaringioma, glioma óptico y tumor germinal mixto, que estuvieron ingresados 96, 105 y 53 días (42, 9 y 23 de ellos en la Unidad de Cuidados Intensivos). Como complicaciones derivadas de los trastornos del sodio, los 2 menores sufrieron estatus con-