



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Gemma Claret Teruel^{a,*}, José María Quintillá Martínez^a, David Nadal Miquel^b, Carlos Aláez Vasconcellos^a y Jaume Pérez Payarols^c

^a Programa de Simulación, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Trabajo Social, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^c Innovación, Investigación y Docencia, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gclaret@sjdhospitalbarcelona.org (G. Claret Teruel).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.08.004>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. on behalf of 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/>).

COVID-19: síndrome febril y clínica neurológica en neonato



COVID-19: Fever syndrome and neurological symptoms in a neonate

Sr. Editor:

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 aparece en Wuhan (China) a finales de 2019. Desde entonces, se ha extendido produciendo una pandemia mundial. Desde su inicio hasta principios de abril se ha alcanzado el millón de casos notificados en todo el mundo, y los 100.000 en España¹.

Los primeros trabajos publicados con series pediátricas procedentes de China presentan una incidencia que oscila entre el 0,8 y el 2% de los contabilizados, describen cursos clínicos más leves que en adultos y fundamentalmente con sintomatología respiratoria¹.

Presentamos un caso de infección por coronavirus, con curso clínico atípico.

Neonato de 26 días de vida sin antecedentes de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar dos episodios paroxísticos; el primero con retroversión ocular e hipertensión generalizada de varios minutos de duración, en relación con una toma, que precisó estimulación para su cese. Un segundo episodio consistente en hipertensión generalizada con cianosis facial asociada mientras dormía, de varios minutos de duración. No movimientos anormales acompañantes. A su llegada a Urgencias se encontraba asintomático, asociando fiebre de 12 horas de evolución con mucosidad nasal y vómitos. Alimentado con lactancia materna exclusiva con adecuada ganancia ponderal, sin antecedentes de reflujo gastroesofágico y con ritmo intestinal normal.

Existía ambiente epidemiológico familiar (hacinamiento con múltiples convivientes sintomáticos).

Exploración física sin alteraciones salvo tendencia a la hipertensión de miembros e irritabilidad, sin clonus y con reflejos osteotendinosos algo aumentados, tono normal, consciente. Llanto enérgico.

Al ingreso se realizó analítica de sangre, cultivos de sangre, orina, heces, virus respiratorios en lavado nasal y LCR. Debido al contexto epidemiológico se realizó exudado nasofaríngeo para SARS-CoV-2. En la analítica sanguínea se observó un recuento leucocitario normal con linfocitos en rango inferior a la normalidad (linfocitos: 2.100/ μ L). Sin alteraciones de la serie roja. Función renal, hepá-

tica e iones normales. CPK y LDH aumentadas (380 U/L y 390 U/L, respectivamente). Coagulación sin alteraciones salvo fibrinógeno discretamente elevado (418 mg/dL). Proteína C reactiva negativa. Tóxicos en orina negativos.

Durante su estancia hospitalaria presentó fiebre en las primeras 24 horas (máximo 38,8 °C) asociando irritabilidad y deposiciones líquidas. En este contexto, se solicitaron antígenos de virus en heces los cuales resultaron negativos. Se completó estudio con ecografía cerebral, en la que no se evidenciaron alteraciones. Se realizó monitorización de la función cerebral a través de EEG integrado por amplitud, que se mantuvo durante 36 horas, mostrando un trazado continuo con ciclos vigilia-sueño, sin registro de crisis eléctricas, ni clínicas.

Ante síndrome febril con clínica neurológica se inició antibioterapia empírica que se mantuvo hasta la negatividad de los cultivos. Hemocultivo, urocultivo, cultivo LCR, coprocultivo: negativos; VRS y gripe A y B: negativos. Positividad PCR SARS-CoV-2.

El paciente permaneció ingresado durante 6 días. Se mantuvo en aislamiento por gotas y contacto en una habitación con presión negativa y se restringieron las visitas según protocolo. La evolución clínica fue satisfactoria, afebril desde el 2.º día. Sin crisis convulsivas evidenciadas. Neuroconducta adecuada a la edad. Se dio de alta con recomendaciones de aislamiento en domicilio, seguimiento telefónico y cita para control clínico en neuropediatría y realización de electroencefalograma.

Describimos el caso de un paciente con síndrome febril y clínica neurológica. En el contexto epidemiológico actual es necesario realizar cribado para coronavirus en aquellos menores de 3 meses con fiebre sin foco. Respecto a la clínica neurológica, no hemos encontrado bibliografía en relación con el SARS-CoV-2. No obstante, estudios de otros coronavirus muestran que estos virus respiratorios tienen capacidades neurotropas. Se han descrito casos de convulsiones, crisis febriles, disminución de nivel de conciencia, encefalomiелitis y encefalitis². En un estudio prospectivo en menores de 6 años se investiga la asociación de coronavirus humanos (HCoVs) con crisis febriles, bronquiolitis y gastroenteritis; concluyen que hay una mayor proporción de HCoVs positivos en las crisis febriles en comparación con las otras patologías. Sin embargo, la patogenia de las crisis febriles no está basada directamente en la neuroinvasividad de estos virus³, precisando más estudios para aclarar su papel etiológico.

Es importante señalar que en la mayoría de los casos publicados existen contactos estrechos sintomáticos pre-

vios, sobre todo en el entorno familiar⁴, como en el caso de nuestro paciente⁵.

Como recomiendan las sociedades científicas pediátricas⁵, es fundamental incluir la determinación de PCR SARS-CoV-2 en menores de 3 meses.

Bibliografía

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Información científico-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Actualización; 4 de abril 2020 [consultado 4 Abr 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200404_ITCoronavirus.pdf
2. Bohmwald K, Gálvez N, Ríos M, Kalergis A. Neurologic alterations due to respiratory virus infections. *Front Cell Neurosci.* 2018;12:386.
3. Jevšnik M, Steyer A, Pokorn M, Mrvič T, Grosek Š, Srle F, et al. The role of human coronaviruses in children hospitalized for acute bronchiolitis acute gastroenteritis, and febrile seizures: a 2-year prospective study. *PLoS One.* 2016;11:e0155555.
4. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus infections in children including COVID-19. *Pediatr Infect Dis J.* 2020;39:355–68.

5. Calvo C, García López-Hortelano M, de Carlos Vicente J, Vázquez Martínez J, Ramos J, Baquero-Artigao F, et al. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el «nuevo coronavirus» SARS-CoV2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP). *An Pediatr (Barc).* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.001>.

Rocío Chacón-Aguilar, Juana María Osorio-Cámara*, Isabel Sanjurjo-Jimenez, Carolina González-González, Juan López-Carnero y Begoña Pérez-Moneo

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: osorias_29@hotmail.com
(J.M. Osorio-Cámara).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.012>
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/>).

Manifestaciones cutáneas en contexto del brote actual de enfermedad por coronavirus 2019



Cutaneous manifestations in the current pandemic of coronavirus infection disease (COVID 2019)

Sr. Editor:

La infección por el nuevo coronavirus (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* [SARS-CoV-2]), identificado en 2019 en Wuhan (China), es el causante de la denominada enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)¹. Actualmente se ha extendido provocando una pandemia mundial que, según la Organización Mundial de la Salud, afecta a más de un millón y medio de personas en el mundo². Al inicio del brote de COVID-19, la afectación en pacientes pediátricos fue descrita solo excepcionalmente, pero con la extensión progresiva del brote, cada vez se han comunicado más casos en niños, siendo la mayor parte de ellos leves o asintomáticos³.

Las manifestaciones clínicas comunes incluyen fiebre, tos seca, odinofagia, cefalea, astenia, mialgias y dificultad respiratoria. Hasta el momento, las manifestaciones cutáneas relacionadas con la COVID-19 han sido descritas solamente en la población adulta^{3,4}. Dada la escasa información sobre esta clínica en pediatría se presentan 2 casos de pacientes pediátricos con infección por SARS-CoV-2 y afectación cutánea.

El primer caso es el de un niño de 6 años ingresado para estudio de una hepatopatía colestásica no filiada. A las 2 semanas de su ingreso, en contexto de febrícula y un empeoramiento de los marcadores hepáticos de colestasis

y citolisis, se le realizó estudio de SARS-CoV-2 que resultó positivo. A las 48 h, inició un exantema maculopapular eritematoso, confluyente y no pruriginoso, en el tronco y el cuello, que progresivamente se extendió a mejillas y extremidades superiores e inferiores, con afectación palmar (fig. 1). La duración total de la clínica cutánea fue de 5 días, y se resolvió sin otras complicaciones y sin necesidad de tratamiento específico. La mejoría del exantema se acompañó de mejoría analítica (bilirrubina, transaminasas y parámetros



Figura 1 Exantema maculopapular eritematoso, confluyente, en el paciente 1.