

ARCH DIS CHILD 2024;0:1–2. DOI:10.1136/  
ARCHDISCHILD-2024-327247

## El hijo mío que cuestiona su género

My gender-questioning child

### RESUMEN

Los pediatras desempeñan un papel fundamental en el apoyo a niños y adolescentes trans y no binarios. Al proporcionar orientación y cuidados afirmativos, los profesionales de la salud pueden contribuir significativamente al bienestar emocional de estos jóvenes. El presente artículo subraya la importancia de la transición social como una herramienta terapéutica valiosa, permitiendo a los niños explorar su identidad de género de manera segura y autónoma. Los pediatras debemos estar preparados para ofrecer información precisa y actualizada sobre las diversas opciones de tratamiento, incluyendo bloqueadores de la pubertad, y fomentar un diálogo abierto y respetuoso con los pacientes y sus familias. Asimismo, se destaca la necesidad de que los pediatras se posicionen como defensores de los derechos de los niños trans y no binarios, trabajando para crear entornos de cuidado más inclusivos.

### COMENTARIO

*El artículo que se me ha pedido comentar es una carta de un/una madre/padre (el inglés impide diferenciar) que trabaja en el campo de la ciencia.*

*En esta carta comenta y cuestiona las normativas del National Health Service (NHS) en base a las vicisitudes que ha vivido con la particular historia personal que le tocó atravesar con su hijo (el NHS es un sistema digital que permite a los pacientes del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido ser referidos de la atención primaria a los servicios de atención electiva).*

*La carta cuenta que a los 6 años de edad empezó a manifestar que se sentía un niño y que quería ser visto y nombrado en el mundo como tal y no con el nombre y género asignados al nacer. Luego de tratar el tema en la familia e investigar y leer bibliografía decidieron comenzar la transición social cambiando vestimenta y pronombres tanto en la casa como en la escuela, lo cual fue recibido con gran alegría y euforia por parte del niño y realizado sin ningún inconveniente en su contexto social.*

*Un año después dijo a su familia que en realidad era no binario y que quería volver a ser nombrado como mujer en la escuela, aunque en la casa prefería seguir con los pronombres neutros. Una vez implementados estos cambios se logró un nuevo y satisfactorio estado de re-transición social.*

*Más allá de este caso en particular y de las consideraciones sobre el sistema de salud inglés, creo importante detenernos en la cuestión de la re-transición y de ciertos comentarios que tanto hemos escuchado tales como ¿y si cambia de idea?, ¿qué puede saber un niño sobre estas cosas?, ¿no tienen la suficiente madurez para tomar decisiones como estas!*

*El rol de la pediatría en este tema es cada vez mas importante. Las primeras expresiones de incongruencia de género se dan, entre 1 y 4 años (42 %) y entre 5 y 8 años (36 %)¹ y sin dudas en nuestro sistema de salud estas cuestiones se manifestarán en el consultorio, siempre y cuando estemos abiertos a brindar un espacio seguro para que las familias puedan expresar preocupaciones que vayan más allá de percentilos y vacunas.*

*Para poder escuchar y acompañar a las infancias que sienten estas incomodidades con el sexo asignado al nacer y a sus familias, es vital que la pediatría abra sus conceptos, se deconstruya y entienda que contradecir a un menor en estas cuestiones obligándolo a conductas contrarias a su propia percepción de género y aun castigándolo es una forma de maltrato.²*

C. Gustavo Caprotta 

Médico pediatra especialista en  
cuidados intensivos pediátricos

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez  
Hospital Materno Infantil de San Isidro

### REFERENCIAS

1. Informe sobre la situación actual de las experiencias de niñeces y adolescencias trans y travestis. Asociación Civil Infancias libres (2021).
2. Georges E, Brown ECB, Cohen RS. Prohibition of Gender-Affirming Care as a Form of Child Maltreatment: Reframing the Discussion. *Pediatrics*. 2024 Jan 1;153(1):e2023064292.

ARCH DIS CHILD. 2024 Dec 13;110(1):31-37.  
doi: 10.1136/archdischild-2024-327036. PMID:  
39079900.

## **Alergia a los antibióticos betalactámicos en niños: predictores de prueba de provocación oral positiva**

Allergy to beta-lactam antibiotics in children: predictors for a positive oral challenge test

Wilkins AL, Pittet LF, Kyriakou S, Walker K, Donath S, Choo S, Cranswick N, Gwee A.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** La alergia a los antibióticos betalactámicos se informa en el 5 % al 10 % de los niños; sin embargo, el 90 % de ellos no presenta ninguna reacción en la prueba de provocación oral (PPO). Este estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia e identificar los predictores de PPO positiva con betalactámicos, efectuadas en niños hospitalizados y etiquetados con alergia a antibióticos betalactámicos.

**Diseño:** Estudio retrospectivo realizado durante 7 años, que incluyó niños de 0 a 19 años en que se realizó una PPO con betalactámicos. La PPO comprendió una provocación efectuada intrahospitalaria, seguida de un tratamiento antibiótico ambulatorio de 5 días. Se realizaron análisis de regresión logística univariada y multivariada para identificar los predictores de una PPO positiva efectuada intrahospitalaria.

**Resultados:** En total, se incluyeron 1259 PPO con betalactámicos; la mediana de edad en el momento de la PPO fue de 6,3 años (rango de 8,8 meses a 19,2 años). De las PPO en el hospital, 18 (1,4 %) fueron positivas y 10 (0,8 %) fueron equívocas; solo 4 niños (0,3 %) tuvieron una reacción inmediata y grave a su PPO. Los factores asociados con una PPO positiva en el hospital en el análisis univariado fueron: antecedentes de alergia a otros medicamentos (OR 2,7; IC95%: 1,0 a 7,2; p: 0,05), una reacción índice que fue grave (OR 2,9; IC95%: 1,1 a 7,6; p: 0,035), inmediata y grave (OR 5,85; IC95%: 1,7 a 20,0; p: 0,005) o que requirió epinefrina (OR 9,65; IC95%: 1,7 a 53,6; p: 0,01).

**Conclusión:** De los niños derivados con diagnóstico de alergia a los antibióticos betalactámicos, solo el 1,4 % tuvo un resultado positivo en la PPO intrahospitalaria. Los factores de riesgo para un resultado positivo en la PPO intrahospitalaria fueron los antecedentes de alergia a otros medicamentos,

una reacción índice que fue grave, inmediata y grave o que requirió epinefrina.

### **COMENTARIO**

Los antibióticos betalactámicos (BL) son los medicamentos más prescritos en niños y los más frecuentemente asociados con sospechas de alergia a medicamentos. Hasta un 10 % de los niños tratados con BL desarrolla reacciones cutáneas, como exantema maculopapular o urticaria, principalmente de inicio retardado. Sin embargo, menos del 10 % de estos casos corresponde a una alergia verdadera, siendo la causa más común una infección viral subyacente.<sup>1-3</sup>

El etiquetado erróneo de alergia a BL tiene graves consecuencias: obliga al uso de antibióticos de amplio espectro, incrementando los riesgos de fracaso terapéutico, resistencia bacteriana, reacciones adversas y costos médicos.<sup>2</sup> Además, afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias, generando temores innecesarios. En muchos casos, estas etiquetas persisten desde la infancia hasta la adultez, con aproximadamente un 20 % de la población autodenominándose "alérgica a la penicilina", cuando solo un pequeño porcentaje lo es realmente tras una evaluación adecuada.

La historia clínica detallada es clave para evaluar la probabilidad de alergia real. Factores como la edad del paciente, la gravedad y el tipo de reacción (inmediata vs. tardía), la recurrencia de episodios y la exposición previa al medicamento son fundamentales. Las reacciones alérgicas son más frecuentes en adolescentes que en niños menores de 5 años, mientras que la recurrencia o anafilaxia sugiere una mayor probabilidad de alergia verdadera.<sup>1,2</sup>

Las pruebas cutáneas y serológicas presentan resultados poco consistentes en niños. En contraste, la prueba de provocación oral (PPO) es el estándar de oro para confirmar o descartar alergias a BL, especialmente en casos leves, donde se ha demostrado segura y confiable.<sup>1-3</sup>

Como conclusión, el estudio de Wilkins y colaboradores destaca que la prevalencia de alergia real es baja; la PPO combinada con una historia clínica precisa que destaca los factores de riesgo, es esencial para un diagnóstico adecuado y el posible desetiquetado. Finalmente, se refuerza la importancia de la evaluación alérgica temprana para evitar diagnósticos erróneos y sus consecuencias a largo plazo.

Claudio A. S. Parisi 

Secciones Alergia Adultos y Alergia Pediátrica,  
Hospital Italiano de Buenos Aires.

## REFERENCIAS

1. Días de Castro E, Carolino F, Carneiro-Leão L, Barbosa J, Ribeiro L, Cernadas JR. Allergy to beta-lactam antibiotics in children: Risk factors for a positive diagnostic work-up. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2020;48(5):417-23.
2. Sáenz de Santa María R, Bogas G, Labella M, Ariza A, Salas M, Doña I, et al. Approach for delabeling beta-lactam allergy in children. *Front Allergy*. 2023;4:1298335.
3. Morelo Torres C, Eymann A, Petriz N, Parisi CA. Confirmación diagnóstica de alergia a la amoxicilina en niños tratados en una sección de alergia pediátrica. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(1):47-51.