



COMUNICACIONES TIPO PÓSTER

MANIFESTACIONES OCULARES SECUNDARIAS A HIPOVITAMINOSIS A

Objetivos

La deficiencia de vitamina A es la principal causa de morbilidad ocular en niños de países subdesarrollados. Su déficit origina xeroftalmia, que cursa de forma progresiva, inicialmente provocando ceguera nocturna, posteriormente queratitis, úlceras corneales, queratomalacia y perforación corneal.

Material y métodos

Caso clínico de una niña con hipovitaminosis A, en España, diagnosticada por manifestaciones oculares secundarias a desnutrición.

Resultados

Paciente de 3 años que se es valorada por Oftalmología por presentar **chalazion bilateral crónico**, donde le diagnostican úlcera crónica y leucoma. En el estudio analítico se objetiva un déficit de vitamina A y de proteína transportadora de retinol (PTR).

Entre sus antecedentes en periodo de lactante consta reflujo gastroesofágico e intolerancia a las proteínas de leche de vaca, con buena evolución. Bien vacunada y clínicamente destaca un vómito fácil sin alteraciones del tránsito intestinal ni fiebre, dolor abdominal, hiporexia o lesiones dermatológicas.

En la exploración presenta: peso 10,56Kg (p<3), talla 93,5cm (p10-25), buen estado general con aspecto de hiponutrida y microsómica, masas musculares disminuidas en volumen y consistencia con escaso pániculo adiposo; chalazion bilateral. En la encuesta dietética impresiona de adecuada ingesta. La ecografía abdominal y analítica resultan normales, salvo nivel bajo de retinol (0,22mg/l; N:0,3-1) y PTR (1,65; N:3-6).

Peña Toro V. MIR de Pediatría.

Servicio de Pediatría. Hospital de Mérida (España).

Plácido Paías R. Pediatra.

Servicio de Pediatría. Hospital de Mérida (España).

Espejo Díez C.

Paediatric advance trainee. Queensland Children's

Hospital (Australia).

Márquez Armenteros AM.

Gastroenteróloga Pediátrica. Unidad de Digestivo

Infantil y Enfermedades Metabólicas. Hospital Uni-

versitario Materno Infantil de Badajoz (España).

Se inicia suplemento nutricional con fórmula completa hipercalórica con proteínas séricas hidrolizadas suplementada con MCT, fibra soluble y vitaminas (mínimo 300kcal), suplementándose posteriormente con vitamina A oral. Evolución favorable, con mejoría de la nutrición, de las lesiones oculares y normalización de los valores de retinol y PTR.

Conclusiones

La hipovitaminosis A en los países desarrollados es extremadamente rara. Debemos contemplarla ante pacientes desnutridos, con hábitos alimentarios selectivos (autismo), malabsorción gastrointestinales (cirugía intestinal o fibrosis quística) y úlceras corneales severas.

Su déficit se relaciona con ceguera, vulnerabilidad frente a infecciones, malnutrición y mayor mortalidad infantil.



¿TIENE ALGO QUE VER EL APARATO EXCRETOR CON EL ESTREÑIMIENTO?

Luis Ortiz González.

Pediatra de Atención Primaria. Clínica de Pediatría Dr. Luis Ortiz González, SLU. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Extremadura.

Luis Ortiz Peces.

Graduado en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Marta Pla Carot.

Estudiante de 5º curso del Doble Grado de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Carmen Teresa Sánchez Guillén.

Graduada en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Carlos Ortiz Peces.

Estudiante de 5º curso del Grado de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida.

Objetivos

Mostrar a la comunidad asistencial la importancia de la exploración del aparato excretor en casos de impactación fecal severa.

Los cuadros de obstrucción y/o dilatación del aparato excretor secundarios a la impactación fecal causada por estreñimiento funcional severo son escasamente estimados en la práctica clínica ordinaria.

La mayoría de los casos publicados son pacientes adultos. Los escasos reportes pediátricos actuales suelen secundarios a alteraciones neurológicas¹.

Excepcionalmente se han comunicado casos en niños sanos², alguno de ellos con repercusión neurológica severa³.

Material y métodos

Presentamos el caso de una niña de 5,5 años de edad, sana, sin antecedentes personales y familiares de interés clínico, cuyos padres consultan por presentar tumoración abdominal reciente.

La anamnesis reveló la existencia de un estreñimiento funcional crónico. En la exploración física se constató una tumoración abdominal grande y dura a la palpación de hipogastrio, fosa iliaca y vacío izquierdos.

Resultados

Se realizó una ecografía abdominal donde objetivaron fecalomas de gran tamaño con ureterohidronefrosis bilateral grado III secundaria.

En la ecografía, los fecalomas se ponen de manifiesto, en todas y cada una de las porciones del marco cólico, mediante una línea hiperecogénica (blanca) que corresponde al borde superficial de los mismos. Por debajo de ésta aparecen otras líneas paralelas de color más oscuro que corresponden a artefactos de reverberación.

Se remitió la paciente a un Centro Hospitalario para valoración analítica, con resultado normal, donde se administraron varios enemas de limpieza con éxito parcial. Posteriormente, fue tratada ambulatoriamente con propilenglicol oral, con evolución favorable del estreñimiento y resolución de las alteraciones estructurales del aparato excretor.

Conclusiones

Consideramos que la impactación fecal severa debe considerarse como un factor de riesgo de obstrucción de la vía urinaria, que debe ser explorada mediante la cada vez más utilizada ecografía a pie de cama.



Bibliografía:

Granéli C, Marschall Sima H, Börjesson A, Hagelsteen K, Arnbjörnsson E, Stenström P. Urinary tract anomalies and urinary tract dysfunction in children with Hirschsprung disease-Is follow-up indicated? *J Pediatr Surg.* 2019 Oct;54(10):2012-2016.

Prasad M, Wetzler G, Holtmann J, Dapul H, Kupferman JC. Constipation, renovascular hypertension, and posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES). *Eur J Pediatr.* 2016 Mar;175(3):421-5.

Paquette EL, Peppas DS. Lower pole ureteral obstruction secondary to fecal impaction in an 8-year-old girl. *Tech Urol.* 2001 Dec;7(4):299-301.



SÍNCOPE DE HALLOWEEN

Luis Ortiz González.

Pediatra de Atención Primaria. Clínica de Pediatría Dr.

Luis Ortiz González, SLU. Departamento de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Universidad de Extremadura.

Carlos Ortiz Peces.

Estudiante de 5º curso del Grado de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida.

Carmen Teresa Sánchez Guillén.

Graduada en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Marta Pla Carot.

Estudiante de 5º curso del Doble Grado de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.

Luis Ortiz Peces.

Graduado en Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivo

Reportar por primera vez en la literatura el maquillaje en adolescentes como causa de síncope neurocardiogénico. Éste es la causa más frecuente de síncope en la infancia y adolescencia¹. Entre los diferentes reflejos que lo producen se encuentra el reflejo trigémino-cardíaco o óculo-cardíaco (ROC). Su diagnóstico es clínico.

Se ha documentado el peinado del cabello como actividad desencadenante del ROC², entre los que hay descrito un caso de asistolia³.

Material y métodos

Presentamos el caso de una paciente de 11 años de edad que, mientras su madre le maquillaba los ojos para la festividad escolar de Halloween, en las primeras horas de la mañana y en bidepestación, presentó pródromos de inestabilidad, debilidad progresiva y visión borrosa, seguida de desvanecimiento, con pérdida de conciencia de varios minutos de duración y caída al suelo. Consideramos el cuadro como un síncope neurocardiogénico, mediado por el ROC, desencadenado por los microtraumatismos palpebrales reiterados en el proceso del maquillaje en pacientes no familiarizados con este tipo de ex-

periencias.

Había presentado previamente otro episodio sincopal, a los 6 años de edad, tras levantarse por la mañana en el contexto de un cuadro febril leve de 48 horas de evolución que fue catalogado de síncope secundario a hipotensión ortostática.

Resultados

Ante la existencia de 2 mecanismos fisiopatológicos de presentación de síncope en una misma paciente, consideramos que hay determinados situaciones en los que algunos pacientes tienen una sensibilidad particular para presentar síncope, que se deben conocer y extremar las medidas preventivas de los mismos.

Conclusión

Resulta interesante conocer y tener presente la posible asociación del maquillaje en adolescentes que se inician en esta actividad con la aparición de síncope, a través el ROC, para identificarlos, prevenirlos (sobre todo en exploraciones y/o cirugías oftalmológicas⁴, que pueden desencadenarlos), y evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias.



Bibliografía:+

Müller MJ, Paul T. Synkopen bei Kindern und Jugendlichen [Syncope in children and adolescents]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol.* 2018 Jun;29(2):204-207.

Igarashi M, Boehm Jr RM, May WN, Bornhofen JH. Syncope associated with hair-grooming. *Brain Dev* 1988;10(4):249-51.

Siurana JM, Roses-Noguer F, Akel G, Grau R. Asystole in a syncope by hair grooming in children: Case report and literature review. *J Electrocardiol.* 2020 Mar-Apr;59:7-9.

Arnold RW. The Oculocardiac Reflex: A Review. *Clin Ophthalmol.* 2021 Jun 24;15:2693-2725.



ADOLESCENTE CON ARTRALGIAS DE UN MES DE EVOLUCIÓN

V. Peña Toro, R. Plácido Paías, MJ, González Carracedo, M. Portillo Márquez, I. González Delgado, N. Benegas Vaz, E. Ortega Rodrigo.
Servicio de Pediatría Hospital de Mérida.

Introducción

Las artralgias son un motivo de consulta frecuente en pediatría. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye etiología infecciosa, inflamatoria, traumática y tumoral, siendo la anamnesis y la exploración física las principales herramientas para orientar las exploraciones complementarias adecuadas.

Resumen del caso:

Niña de 12 años derivada desde AP a urgencias para diagnóstico diferencial de sinovitis de cadera derecha. Además, refería astenia y dolor intermitente en cadera izquierda y ambas rodillas, que en ocasiones incapacitaba la marcha, de un mes de evolución. Sin fiebre ni proceso infeccioso actual o previo. Niegan traumatismo previo. Sólo destaca que acude con frecuencia al campo y tiene contacto ocasional con un perro. No pérdida de peso ni antecedentes de interés.

Su pediatra había solicitado una analítica general, radiografía de cadera, femúr y rodillas y ecografía abdominal con resultado normal.

Al explorarla, destaca una marcha dolorosa sin cojera. En región inguinal derecha se palpa adenopatía de 1 cm, no adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios. No exantemas ni escaras. Resto normal.

Se amplía estudio analítico con serología para artralgias y seguimiento para resultados por su pediatra. A los 20 días, vuelve a consultar por persistir la clínica. Se repasan los resultados de pruebas solicitados, donde destaca *Rickettsia conorii* IgM e IgG positivas. Se decide ingreso para tratamiento por artralgias en contexto de Rickettsiosis, se inicia Doxiciclina iv (4mg/kg/día cada 12 h). A las 18 horas desaparecen las molestias articulares, por lo que se procede al alta, con doxiciclina oral hasta completar 5 días.

Discusión

La rickettsiosis es transmitida generalmente por la garrapata. La clínica típica consiste en fiebre, exantema y mancha negra. Se suele acompañar de mialgias y artralgias de miembros inferiores.

Es fundamental comenzar tratamiento precoz para disminuir los síntomas y las complicaciones graves a largo plazo.

Destacamos el caso de nuestra paciente ya que no presentó la clínica de la triada típica, sino poliartalgias en miembros inferiores. Es importante rehistoriar, porque en este caso sí que nos comentaron que acuden con frecuencia al campo, así como un contacto ocasional con un perro.



IDENTIFICACIÓN DE LESIONES VASCULARES EN EL RECIÉN NACIDO. IMPORTANCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA

MI González Delgado, V Serrano Zamora, N Benegas Vaz, E Ortega Rodrigo, VE Peña Toro, M García Reymundo.
Hospital de Mérida. Mérida (Badajoz).

Objetivo

Conocer la importancia del reconocimiento de anomalías vasculares por parte del Pediatra de Atención Primaria.

Resultados

La Mancha en Vino de Oporto (MVO) es una malformación vascular manifestada desde el nacimiento en forma de mácula rosada-rojiza, bordes bien definidos y tamaño variable. La región más frecuente es la facial, seguida de extremidades y tronco.

Su hallazgo en zona trigeminal implica descartar un Síndrome de Sturge-Weber (SSW) caracterizado por angiomas faciales, coroideos y/o leptomeníngeos. Su presencia en miembros inferiores e hipertrofia ósea o de tejidos blandos caracterizan al Síndrome de Klippel-Trenaunay.

La MVO crece proporcionalmente al desarrollo corporal adquiriendo una coloración más oscura de aspecto endurecido.

Entre sus complicaciones principales se encuentran el glaucoma cuando existe afectación periocular; y las convulsiones y déficits neurocognitivos cuando asocian un SSW.

El tratamiento de elección es el láser de colorante pulsado.

Caso clínico

Recién nacido con malformación vascular facial presente desde el nacimiento.

Antecedentes Personales: Embarazo controlado sin patologías añadidas. Edad gestacional: 40+3 SG. Parto espontáneo, eutócico, cefálico. No factores de riesgo infeccioso.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración física: Buen estado general. Normocoloreado, salvo lesión cutánea tipo Mancha en Vino de Oporto facial bilateral y periocular derecha, alcanzando región temporal.

Debido a las características, la extensión de la lesión y su relación con el SSW, se realizó en las primeras 48 horas de vida ecocardiograma sin hallazgos patológicos y se solicitó ecografía cerebral (pendiente de realizar), así como derivación a oftalmología, dermatología y neurología pediátricas.

Conclusiones: función del Pediatra en Atención Primaria

Es fundamental conocer desde Atención Primaria este tipo de malformaciones vasculares debido a su asociación al SSW, la necesidad de derivación a las diferentes especialidades, así como vigilar y conocer posibles complicaciones como el glaucoma y las complicaciones neurológicas. Por otro lado, es importante no olvidar desde la consulta de Atención Primaria el impacto psicológico y social en el paciente y su familia.



ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE SOBRE LESIÓN PREVIA

A. Farrona Villalba, M.P. Leo Canzobre,
L. Jiménez Tejada, I.M. Bermejo Rodríguez,
N. Palacios Fernández, I. Díaz Méndez,
C. Raya Tejero, J.M. Puyana Rodríguez.
Servicio de Pediatría. Centro de Salud El Progreso, Badajoz.

Objetivo

Mostrar la variabilidad de lesiones en la presentación de la enfermedad boca-mano-pie en el niño.

Material y métodos

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre manifestaciones atípicas de esta enfermedad en la población pediátrica y presentamos el caso de una paciente de 2 años atendida en el centro de salud citado en el mes de marzo de 2022.

Resultados

Presentación del caso clínico

Niña de 2 años consulta por quemadura en cara anterior de muñeca izquierda de una semana de evolución tras caer accidentalmente sobre un brasero. 20 días después, acude a su centro de salud por fiebre y lesiones de reciente aparición en región peribucal, manos, pies y región perineal, así como deposiciones diarreicas de 48 horas de evolución. A la exploración, presenta lesiones vesiculopapulosas típicas de la enfermedad boca-mano-pie en las regiones descritas, y una agrupación de estas sobre la zona de la quemadura.

Búsqueda bibliográfica

La enfermedad mano-boca-pie es una infección viral. Uno de los agentes que la causan con mayor frecuencia es el virus coxsackie A6, que puede producir lesiones atípicas: hemorrágicas, purpúricas, ampollas, descamación de la palma de la mano y de la planta de los pies, acentuación de las lesiones en zonas afectadas por dermatitis atópica (eczema co-

xsackium) y lesiones en zonas de inflamación previa como quemaduras. Una de las hipótesis de que se produzcan estas últimas es el incremento del flujo sanguíneo en las zonas previamente irritadas ya sea por quemaduras, infecciones por hongos o dermatitis del pañal, en las que la exposición a las partículas virales de la sangre es mayor.

Conclusiones

Es importante conocer los diferentes tipos de presentación de una enfermedad para reconocerla de manera precoz y así evitar diagnósticos incorrectos.

Para esto, debemos tener en cuenta el contexto clínico de la paciente, la aparición de lesiones en otras regiones del cuerpo y el historial previo.



EL COLOR PÚRPURA DE LOS MALOS TRATOS

IM Bermejo Rodríguez¹, A Farrona Villalba¹,
I Díaz Méndez¹, JM Puyana Rodríguez¹,
N Palacios Fernández¹, C Raya Tejero¹,
M Bermejo Pastor²,
Hospital Materno Infantil de Badajoz (Badajoz)¹,
Centro de Salud Valdepasillas (Badajoz)².

Objetivos

Diferenciar lesiones cutáneas compatibles con malos tratos en Pediatría de Atención Primaria.

Material y métodos

Se realiza búsqueda bibliográfica de lesiones dermatológicas que cursan con lesiones pigmentadas y purpúricas, subsidiarias de confundirse con hematomas en evolución.

Se presenta el caso de niña de 2 años de edad que presenta lesiones maculo-papulosas, no pruriginosas, en distintos estadios de evolución y coloración, de 2 meses de evolución. Afebril. No refieren antecedentes traumáticos tanto en ámbito domiciliario como escolar. A la exploración objetivamos diferentes lesiones distribuidas en tronco, cuello y extremidades con coloración que varía de rojo-violáceo, pasando por marrón y amarillo-verdoso. No desaparecen a la vitropresión, Resto de la exploración, normal.

Resultados

Se solicita control analítico sistemático con coagulación y serologías, con resultado normal. Se interroga sobre la sospecha de posibles lesiones por malos tratos, sin evidenciar datos al respecto. Finalmente, ante resultado de anamnesis, pruebas complementarias y haciendo un correcto diagnóstico diferencial, se diagnostica de dermatosis purpúrica pigmentada.

Las dermatosis purpúricas pigmentadas son lesiones purpúricas, secundarias a daño de la pared capilar, infiltrado linfomononuclear perivascular, extra-

vasación hemática y depósito de hemosiderina. Las lesiones se distribuyen de forma simétrica, afectando principalmente extremidades inferiores, excepto palmas-plantas, genitales ni mucosas. Como hallazgos de laboratorio destacan hemograma, bioquímica, plaquetas, coagulación, factores de reactantes aguda y serología a virus y bacterias normales.

Conclusiones

Ante un exantema petequeal y/o equimótico, sobre todo si aparece con diferentes grados evolutivos y en diferentes localizaciones, y de forma repetida cabe la posibilidad de malos tratos. Las pruebas analíticas descartarán otros procesos.

La forma más frecuente es la enfermedad de Schamberg que afecta adolescentes y adultos jóvenes, siendo extremadamente rara en niños menores de tres años.

Hay que descartar siempre una etiología medicamentosa, trastornos de la función plaquetaria, malos tratos y cuadros víricos atípicos.



LA ESCAFOCEFALIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Marín González,
MIR-2 MFyC de Malpartida de Plasencia.
E. Martínez Castro,
Pediatra de Atención Primaria de Malpartida de Plasencia.

Introducción

La Escafocefalia o Dolicocefalia es una craneosinostosis, o cierre precoz de las suturas craneales, concretamente de la sagital. Las sinostosis pueden ser primarias o secundarias, y pueden asociarse a sinostosis de otras suturas. La Escafocefalia es la craneosinostosis primaria más frecuente. Predomina en varones. Es importante diferenciarla de la dolicocefalia posicional, mucho más frecuente que las verdaderas. Las posicionales, suelen presentarse en neonatos pretérmino o en lactantes hipotónicos que descansan preferentemente sobre el lateral del cráneo. La dolicocefalia verdadera puede asociar abombamiento en frontal y occipital.

Objetivos

Incidir en la importancia de la sospecha precoz en Atención Primaria para diagnosticarla y tratarla; así como realizar un diagnóstico diferencial de las sinostosis verdaderas y las escafocefalias posicionales.

Material y métodos

Se realiza revisión en Atención Primaria de un varón de 13 días. Embarazo de 41 + 4 bien controlado, sin complicaciones. Cesárea por no progresión, sin complicaciones neonatales, pero observándose acabalgamiento de parietales. En dicha revisión, se observa configuración del cráneo alargada, sin resalte de sutura sagital. Se revisa al niño en 15 días, persistiendo dicha configuración y resalte de la sutura craneal. Se solicita radiografía de cráneo, que confirma cisura sagital parcial. Se deriva a Pediatría hospitalaria, quienes solicitan TAC craneal.

Resultados

En el TAC craneal se confirma la presencia de craneosinostosis por cierre de sutura sagital que condiciona alteración de la morfología craneal con aumento de eje longitudinal y estrechamiento transversal. Derivándose a Neurocirugía del Hospital Materno Infantil de Badajoz para tratamiento.

Conclusiones

Es fundamental realizar revisiones periódicas en Atención Primaria, incidiendo en la morfología y tamaño craneales para el diagnóstico precoz de sinostosis que puedan alterar el correcto desarrollo neurológico del niño.



PIE CAVO BILATERAL DE INSTAURACIÓN TEMPRANA Y EVOLUCIÓN PROGRESIVA

N Benegas Vaz, S Sánchez Gonzalo, M Fuentes
Guerrero, ME Ortega Rodrigo, VE Peña Toro,
MI González Delgado.
Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida

Objetivo

Presentamos el caso de un niño con pie cavo bilateral progresivo. Nuestro propósito es recordar la importancia de realizar seguimiento continuado en la consulta de atención primaria así como un diagnóstico precoz.

Material y métodos

Se presenta el caso de un varón de 13 años que en revisión del niño sano se detecta pie cavo bilateral presente desde la primera infancia con progresión respecto a revisiones previas. En exploración física destaca pies bilaterales con tendencia a equino en reposo, con dedos en flexión, con elevación del arco plantar marcado y acortamiento del tendón de aquiles, sin repercusión en la actividad cotidiana ni actividad física.

Como antecedentes familiares de interés destaca madre con pies cavos, dolorosos en edad adulta, con episodios repetidos de contracturas musculares y marcha de puntillas. Abuela materna y dos hermanas de la abuela afectos de pie cavo bilateral, con repercusión en la marcha.

Resultados

Se solicita telerradiografía donde se aprecia moderada escoliosis lumbar sin otros hallazgos y se deriva a neuropediatría, traumatología y rehabilitación ante sospecha de posible neuropatía periférica.

En consulta de neuropediatría se amplía estudio con analítica que incluye CPK y perfil de vitaminas B que no muestra alteraciones y electroneurograma que muestra signos compatibles con polineuropatía

sensitivo-motora simétrica, de grado muy severo en miembros inferiores y moderado-severo en miembros superiores. Ante dichos hallazgos se solicita estudio genético, detectándose una duplicación en heterocigosis que confirma el diagnóstico de enfermedad de Charcot-Marie-Tooth tipo IA.

Conclusiones

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth en pediatría es una patología poco frecuente y su diagnóstico y seguimiento supone un desafío en la consulta de atención primaria. Se trata de la patología neuromuscular hereditaria más común, con una incidencia estimada de 1/2.500 nacidos vivos.

Para su diagnóstico y sospecha, es fundamental el análisis de antecedentes personales y familiares, así como una adecuada exploración neurológica y orientación diagnóstica. La evolución de esta patología es progresiva y produce limitación en la vida de los pacientes, por lo que resulta fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz que permitan desarrollar intervenciones que detengan o retrasen la evolución.



A PROPÓSITO DE UN CASO: CRISIS SUPRARRENAL

EM Ortega Rodrigo, A Montero Salas,
C Galiano Ávila, N Benegas Vaz, VE Peña Toro,
MI González Delgado.
Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida

Objetivos

Recordar la clínica de la crisis adrenal, entidad que pone en peligro la vida del paciente si no se maneja adecuadamente.

Material y métodos

Niño de 11 años que acude a Urgencias por decaimiento, vómitos, cefalea y dolor abdominal de 6 días de evolución. Niega astenia, pérdida de peso, fiebre, apetencia por comidas saladas o traumatismos.

En días previos había consultado al pediatra por vómitos y dolor abdominal, siendo tratado como gastroenteritis aguda.

Antecedentes personales: trombopenia autoinmune crónica en tratamiento con azatioprina, acenocumarol (síndrome antifosfolípido, SAF) y un ingreso en UCIP por insuficiencia suprarrenal secundaria a hemorragia suprarrenal bilateral por SAF, en tratamiento con hidrocortisona y actualmente en pauta descendente.

Refiere la madre, que la semana previa habían suspendido en consulta de Hematología el tratamiento con prednisolona por trombopenia autoinmune crónica y por error, suspendió también el tratamiento con hidrocortisona.

En la exploración física, se objetiva mucosa oral seca y ojos hundidos. Resto normal.

En pruebas complementarias, destaca plaquetopenia, insuficiencia renal, hipoglucemia, hiperpotasemia e hiponatremia severa. TA, gasometría, orina, electrocardiograma y resto de iones normales.

Resultados

Se instaura tratamiento con bolo intravenoso de hidrocortisona y fluidoterapia. Posteriormente, se realiza pauta de descenso de hidrocortisona bien tolerada con monitorización rigurosa y mejoría progresiva.

Conclusiones

La terapia corticoidea crónica es la causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal (ISR) en la actualidad, por lo que hay que ser cautos en su retirada. ISR crónica puede pasar desapercibida, siendo necesario mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de decaimiento, síntomas gastrointestinales e hipotensión pudiendo asociar hipoglucemia, hiponatremia e hiperpotasemia. Ante la sospecha clínica de una crisis suprarrenal, la reposición de líquidos, electrolitos y el inicio de tratamiento con hidrocortisona es urgente. Una demora en su identificación puede resultar muy grave y por ello, la importancia de su sospecha precoz desde AP.



MIELITIS TRASVERSA EN NIÑA INMUNOCOMPETENTE

E. M^a. García Sabido. S. Sánchez Gonzalo.
A. Espinosa González.
C.S Mérida Norte.

Introducción

La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria aguda caracterizada por disfunción motora, sensitiva y autonómica, siendo baja su incidencia y la mayoría de casos se han descrito en inmunodeprimidos.

Caso clínico

Niña de 7 años con dolor en rodilla y gemelos sin traumatismo previo ni caída.

Dos semanas antes: fiebre + odinofagia (amigdalitis viral Test estreptococo negativo) y diarrea. Sin AP de interés. Correctamente vacunada.

Exploración física: MMII normales, no dolor a movilización (activa ni pasiva), ROT presentes. Marcha lenta con leve flexo de rodillas. Presenta un empeoramiento a las 48 horas con imposibilidad de marcha y rigidez de columna, acudiendo a servicio de urgencias hospitalarias.

Exploración física(hospital): Postura rígida, con signos meníngeos positivos vs contractura espalda. Hipotonía y disminución fuerza (distal) en MMII. Claudicación marcha puntillas y en tándem.

Pruebas Complementarias: Normales (Hemograma, bioquímica, PCR, Ig,A, ANA, coagulación, serologías virus, Mycoplasma Pneumoniae, punción lumbar y cultivos). EMG normal. Valoración oftalmológica: normal.

Pruebas de imagen: TAC craneal normal. RMN: Hiperseñal en T2 centro medular dorsal D6 a D10 compatible con mielitis transversa.

Tras diagnóstico de confirmación se inicia trata-

miento con bolos de metilprednisolona (20mg/Kg) durante 4 días, manteniéndose por vía oral tras alta. Presenta recuperación progresiva de fuerza MMII y marcha. En ningún momento tiene afectación sensorial ni de esfínteres.

Conclusiones/Comentarios

La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria aguda caracterizada por disfunción motora, sensitiva y autonómica, siendo baja su incidencia y la mayoría de casos se han descrito en inmunodeprimidos.

Su etiología puede ser autoinmune o infecciosa, implicándose diversos virus (incluido su relación con vacunas) y bacterias, de ahí la importancia de los antecedentes en la historia clínica.

El tratamiento precoz junto con rehabilitación mejoran la recuperación.



DERMATITIS FACIAL: NO TODO ES ACNÉ

E. M^a. García Sabido. S. Sánchez Gonzalo.
A. Espinosa González.
C.S Mérida Norte.

Introducción

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica benigna, de causa desconocida, en la cual existe una disregulación térmica facial con trastornos de inmunidad innata y adquirida, que conllevan la aparición de rubor facial y lesiones inflamatorias (pápulas y pústulas) centofaciales.

Caso clínico

Niño de 9 años con erupción facial pruriginosa de varios días de evolución, con empeoramiento tras asistencia a colegio y uso de mascarilla FFP2.

Antecedentes personales: sin interés. Niega uso de pinturas faciales reciente. No toma tratamiento ningún farmacológico.

Exploración física: Micropápulas sobre base eritematosa en zona frontal (que confluyen a nivel inter-ciliar), alas nasales, periorales y mentón, con algunas pústulas aisladas.

Ante sospecha de dermatitis irritativa vs seborreica (sudor y uso de mascarilla facial) se inicia tratamiento con corticoide tópico durante 7 días junto con geles para limpieza facial específicos.

Ante empeoramiento acude a consulta de dermatología privada diagnosticándose de ROSÁCEA (subtipo 2). Se instaura tratamiento con crema de ivermectrina y corticoides orales presentando gran mejoría a la semana del mismo. Posteriormente para evitar recidivas se mantuvo tratamiento tópico con pimecrolimus, dos veces en semana, durante 6 semanas.

Conclusiones

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica benigna, de causa desconocida, en la cual existe una

disregulación térmica facial con trastornos de inmunidad innata y adquirida que conllevan la aparición de rubor facial y lesiones inflamatorias (pápulas y pústulas) centofaciales.

Se han descrito 4 subtipos (eritematosa, pápulo-pustulosa, fimatosa y ocular) y su diagnóstico es clínico, basado en criterios (fenotipos)

Es poco frecuente en niños y en éstos tiene mayor afectación ocular que en adultos (siendo a veces la forma de debut)

En su diagnóstico diferencial se incluyen: acné, dermatitis perioral, seborreica y atópica, enfermedades autoinmunes (lupus, dermatomiositis)

Su tratamiento es tópico en casos leves (sustancias vasoactivas como brimonidina, antiinflamatorias-antimicrobianas-antiparasitarias como ivermectrina, metronidazol o ácido azelaico) y sistémico (tetraciclinas, macrólidos, isotretionina oral) o terapias físicas (láser o dermoabrasión) en casos moderados-graves.



FITODERMATOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Espinosa González,
Médico de AP con cupo pediátrico, CS Mérida Norte.
E.M García Sabido,
Pediatra, CS Mérida Norte,
E. Macías Iglesia,
Enfermera Pediátrica, CS Mérida Norte.

Caso clínico

Niña de 17 meses que acude por las lesiones que se observan en la fotografía, en ambas EESS y alguna aislada en EEII.

Comenzaron hace una semana con áreas eritematosas irregulares junto con algunas vesículas y ampollas, tipo quemadura, que han evolucionado hasta las máculas pigmentadas que pueden observar. No prurito ni dolor.

Estuvo jugando con una buganvilla ese mismo día.

Dado que las lesiones ya estaban en resolución, no fue necesario pautar tratamiento.

Un mes después las lesiones habían disminuido mucho, pero no habían desaparecido del todo.

Discusión

La fitodermatosis está causada por contacto directo con plantas que contienen flurocumarinas o psoralenos que desencadenan una erupción fototóxica. Estas sustancias inducen inflamación y daño en la membrana celular. Las lesiones agudas típicas son áreas eritematosas irregulares, a veces con vesículas y bullas, con marcada separación entre piel lesionada y sana. Puede haber prurito. Pueden aparecer horas o días después. Al cicatrizar son reemplazadas por máculas pigmentadas que pueden tardar semanas o meses en desaparecer.

Diagnóstico clínico

Histología si hay dudas.

Diagnóstico diferencial con dermatitis alérgicas (de contacto), enfermedades ampollosas (pénfigo, penfigoide, ect.) infecciones por virus (VHS y VVZ), infecciones de la piel y partes blandas (celulitis), micosis, quemaduras y síndrome de Stevens-Johnson o necrólisis epidérmica tóxica.

Tratamiento

Lavado de la piel. En las siguientes 48-72h debe evitarse la exposición a la luz solar y a las condiciones húmedas (bañarse o nadar). Control del dolor e inflamación con antiinflamatorios y analgésicos, curas locales de las lesiones y corticoides tópicos. En casos graves corticoides sistémicos e incluso ingreso hospitalario.