



Una Imagen Diferente

García Sabido, E.M^a (Centro de Salud Mérida Norte, Mérida)
Garrido Cañadas, M^aJ (Centro de Salud San Roque, Almendralejo)

Introducción

La coalición tarsiana es una anomalía congénita en la que se producen uniones anómalas (óseas, cartilaginosas o fibrosas) entre dos o más huesos del tarso.

Su prevalencia es del 1-2%. El 90% de las coaliciones implican a las articulaciones calcáneo-escafoidea y calcáneo-astragalina.

LA forma de presentación es variable, siendo la mayoría asintomáticas. La clínica suele empezar en la adolescencia, al completarse la osificación y restringirse la movilidad de la articulación subastragalina.

Caso clínico

Niño de 10 años que acude a urgencias tras sufrir un esguince de tobillo.

Se le realiza una radiografía anteroposterior y lateral del tobillo.

Conclusión

Ante la presencia de pies planos y rígidos, esguinces de repetición o dolor crónico de los pies en la segunda década de la vida debemos considerar la posibilidad de coaliciones tarsianas. Para poder llegar a su diagnóstico es importante la sospecha clínica, una adecuada exploración física y solicitar una radiografía de pie-tobillo (proyección lateral y oblicua) llegando a su confirmación tras realizarse TC o RMN del pie.





Bronquitis bacteriana persistente, un diagnóstico excepcional para una entidad relativamente frecuente.

B Ambrojo López, ML Gutiérrez González, L Jimenez Tejada, M Velázquez González, CV Acero Cerro, J Alfonso Vaquero.
Servicio de pediatría HMI Badajoz

Introducción

La bronquitis bacteriana persistente (BBP) es una infección bacteriana de las vías respiratorias inferiores, los principales agentes responsables son *Haemophilus influenzae* no tipable, *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*.

Introducida por primera vez como entidad diagnóstica en 2006, aunque previamente se habían utilizado diferentes términos para cuadros clínicos semejantes. En nuestra práctica diaria es un diagnóstico excepcional pese a que en algunas series pediátricas es la principal causa de tos crónica.

Para realizar el diagnóstico se deben cumplir tres criterios: tos húmeda crónica > 4 semanas, ausencia de signos y síntomas que orienten a otras causas de tos húmeda crónica y desaparición de la tos tras tratamiento antibiótico oral. En caso de fracaso del tratamiento o la presencia de signos o síntomas de enfermedad sistémica o crónica pulmonar hay que ampliar el estudio en busca de otras etiologías.

Caso clínico

Lactante de 15 meses sin antecedentes de interés, asintomática desde el punto de vista respiratorio hasta los 5 meses que tuvo una bronquiolitis sin precisar ingreso, posteriormente a los 10 meses

tras cuadro catarral y de dificultad respiratoria, continua con tos húmeda y episodios de sibilancias, la clínica no mejora con salbutamol, budesonida, montelukast ni flixotide, tiene periodos de mejoría pero sin llegar a resolverse la tos productiva por completo. En la auscultación buena entrada de aire bilateral con algún roncus en ambos campos pulmonares, no acropaquias.

Se realiza analítica (hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, Ig E y estudios inmunoalérgico) normal y radiografía de tórax con infiltrados peribronquiales bilaterales.

Ante la sospecha de bronquitis bacteriana persistente se inicia tratamiento con Amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg/día durante 3 semanas con resolución completa de la tos, confirmándose el diagnóstico.

Discusión

Hay riesgo de un sobrediagnóstico que aumente la prescripción de antibióticos para cuadros incorrectamente diagnosticados, pero es importante evitar un retraso diagnóstico y del tratamiento ya que la BBP puede ser un factor para el desarrollo de bronquiectasias.



Vólvulo intestinal en pediatría

B. Ambrojo López, C. Salas de Miguel, EM. Fernández Calderón, MA. Expósito

Expósito, I. Mangas Marín, A. Prieto Mayoral.

Servicio de pediatría HMI Badajoz

Introducción

El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en pediatría. Para un correcto manejo del mismo es importante realizar una anamnesis pormenorizada, una exploración física adecuada y en algunos casos pruebas complementarias.

El dolor súbito o persistente, así como la anorexia o los vómitos incoercibles ya sean de características alimenticias, biliosas o fecaloideas, sobre todo si estos se presentan tras el episodio de dolor, son datos sugerentes de patología quirúrgica.

Caso clínico:

Niño de 3 años derivado desde el centro de salud al hospital por dolor abdominal y deshidratación leve. Inicio brusco de dolor abdominal generalizado y vómitos junto con decaimiento.

A su llegada a urgencias presenta mal estado general, deshidratación moderada, mala perfusión y decaimiento marcado con respuesta a estímulos. El abdomen está distendido y timpanizado aunque no impresiona de doloroso a la palpación. En la analítica 35.100 leucocitos con 65% de neutrófilos. Acidosis metabólica severa con pH: 6.98, HCO₃ 14 y láctico de 12.78. Se realiza radiografía de tórax y abdomen donde se visualiza un asa intestinal muy dilatada sospechando vólvulo intestinal.

En urgencias presenta deterioro brusco del nivel de conciencia que precisa intubación endotraqueal, decidiéndose tras estabilizarlo traslado a hospital con servicio de cirugía pediátrica. Llega al hospital en situación de shock hipovolémico e inestabilidad hemodinámica, entrando en parada cardiorrespiratoria a su ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se realiza laparatomía exploradora durante la reanimación hallándose abundante líquido libre seroso maloliente, vólvulo intestinal completo con

isquemia de todo el paquete intestinal secundario a malrotación intestinal congénita. Único segmento no afectado estómago y sigma. Éxito por parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones

Un vólvulo es el resultado de la rotación de un segmento de intestino sobre su eje mesentérico, hay un compromiso agudo de la vascularización intestinal cuyo diagnóstico precoz y tratamiento emergente es clave en la morbimortalidad del paciente. En niños la causa más frecuente es la malrotación intestinal congénita.



Capacidades parenterales básicas: pueden aprenderse.

I. Lorigo Cano, A. Cubero Santos, M. P. Torres Rodríguez, I. Santos Domínguez, A. Lafarque López, S. Albano del Pozo.
C. S. El Progreso (Badajoz)

A diario llegan a nuestra consulta padres, que se quejan de que no pueden manejar a sus hijos. Los tachan desde edades tempranas de hiperactivos y demandan una solución, aunque sea farmacológica, para que se comporten mejor.

Objetivo

Dotar de herramientas a los padres en la difícil y maravillosa tarea de educar a sus hijos.

Material y métodos

Desde 2016 el equipo de pediatría trabaja la educación con estrategias grupales: se han realizado tres talleres, dos en el centro de salud (2016 y 2019), haciendo la captación desde la consulta de pediatría y uno en un colegio de la zona, haciendo la captación de padres desde el colegio (2017).

Los talleres constaban de 4 sesiones de una hora cada semana. Cada sesión contenía un Power Point con conceptos muy básicos de salud emocional, autoestima, normas y límites y vídeos que producían tormentas de ideas, al reflejar situaciones parecidas a las de la vida cotidiana.

El grupo era dinámico, se facilitaba información breve y se preguntaba para que el grupo interactuara. Al final de cada sesión se planteaba una tarea para que se trabajara en casa durante esa semana y en la siguiente sesión había una puesta en común de esa tarea.

Resultados

Los talleres tuvieron una media de asistencia de 5 personas. Las evaluaciones de los 3 fueron positivas, aunque había conceptos que habría que reforzar.

Conclusiones

La asistencia de padres y madres es baja e irregular, a pesar de ser una necesidad sentida y demandada por ellos.

El contexto familiar es vital, el niño es reflejo de su realidad familiar, de su cultura, creencias y expectativas. Es fundamental prevenir los factores de riesgo que conllevan el mal desarrollo del niño. Nuestra zona es sociocultural y económicamente deprimida, por lo que hay que buscar estrategias para mejorar las capacidades parenterales.



En esta casa no hay quien duerma

A. Cubero Santos, I. Lorigo Cano I. Mangas Marin V. Alonso González, CM. Gil Martínez, P. Pascual Montero.
C. S. El Progreso (Badajoz)

Objetivos

Describiendo esta experiencia, queremos hacer visible este problema de salud, que ha acompañado al hombre desde la antigüedad y en siglo XXI aún sigue presente.

Está producida por el ácaro *sarcoptes escabiei* variedad *hominis*.

Su síntoma fundamental es el picor, persistente, no controlable, que con frecuencia despierta por la noche y altera la calidad de vida del paciente.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de casos de sarna en niños en año 2019 en nuestra Zona de Salud.

Resultados. Diagnosticamos 16 casos de sarna en niños (incidencia 14 casos/ 1000 hab.) 7 mujeres/9 varones. Edad media 6,2 años. Rango 1 mes-13 años. 4 pertenecían a la misma familia. En el resto no se identificó nexo epidemiológico entre sí. Todos tenían familiares adultos afectados. 9 presentaban sarna por primera vez, 5 eran reinfestaciones, Todos evolucionaron a la curación y precisaron 2 o más ciclos de permetrina. Todos los pacientes y/o familiares,refrieron quemazón/ irritabilidad tras la aplicación de la permetrina. No se produjo ninguna complicación infecciosa sistémica, solo locales (impetiginización) 3 de ellos precisaron antibioterapia tópica y un paciente, que tenia como factor de riesgo dermatitis atópica, precisó antibioterapia oral.

Conclusiones

Es necesario pensar en ella desde Atención Primaria ya que el diagnóstico es totalmente clínico y tratamiento accesible; si no se sospecha, puede generar pruebas complementarias y derivaciones innecesarias.

El tratamiento :

El fármaco que debe aplicarse a la vez al paciente y a convivientes asintomáticos

Es necesario se acompañe de la correcta aplicación de las medidas higiénicas específicas ; es en esta tarea donde hemos encontrado la mayor dificultad.

Pasadas 24 horas del tratamiento correcto pueden reiniciar sus actividades habituales (colegio).

Debemos advertir del efecto secundario más frecuente del tratamiento: quemazón.



Análisis del registro de derivaciones y pruebas complementarias en una consulta de Pediatría de Atención Primaria (2018-19)

M. Velázquez González¹; M. Bermejo Pastor²; C.V. Acero Cerro¹; M.G. De Peralta Alonso¹; S. Bonilla Fornés¹.

¹MIR-1 del Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Badajoz.

²Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Valdepasillas (Badajoz).

Objetivo:

Analizar el total de derivaciones a Atención Especializada y pruebas complementarias que se solicitan desde una consulta de Pediatría de Atención Primaria con un cupo de 1.470 pacientes.

Comparar los datos con los publicados de otras consultas de pediatría del Área 10 (Madrid).

Material y métodos:

- Programa Excel.
- Historial de pacientes (JARA).
- Documento de derivaciones a Atención Especializada de Pediatría Área 10 (Madrid).

Resultados:

En el período de tiempo analizado (2018 y 2019), se ha efectuado una media de 130 derivaciones a especialistas/año y se ha solicitado una media de 82,5 pruebas complementarias/año, con datos similares en los dos años estudiados.

Las derivaciones más frecuentes se han realizado a Rehabilitación, Dermatología, Oftalmología y Otorrinolaringología. Las pruebas complementarias que más se han solicitado han sido analíticas de sangre y ecografías.

En las consultas de Pediatría del Área 10 de Madrid, con cupos más reducidos, las derivaciones más frecuentes se han realizado a Oftalmología, Pediatría (general y subespecialidades) y Dermatología.

Conclusiones:

- Demostrar la utilidad de tener un registro de apoyo de nuestra actividad, usando las herramientas que nos ofrece el Sistema Extremeño de Salud, con el fin de seguir la evolución de nuestros pacientes y poder analizar la pertinencia de nuestras acciones mediante un código de colores.
- Resaltar la importancia de la Atención Primaria en cuanto a la resolución de las consultas de los pacientes, sin necesidad de derivar a especialidades hospitalarias en la mayoría de casos, ni precisar el uso de muchas pruebas complementarias.



Eritema tubular postpicadura

S. García González, M. L. Jiménez Álamo, S. Cotrina Fernández, M. Calderón Sabido.
C.S. Villanueva Sur. Villanueva de la Serena

Caso clínico

Mujer de 5 años de edad que sufrió caída y se golpeó el pie derecho hace 2 días. Hace 24 horas observa enrojecimiento en zona de traumatismo. Dolor asociado. No fiebre.

Exploración física: Buen estado general. Herida abrasiva en tobillo. Se observa pápula probablemente por picadura de insecto en cuarto dedo de pie derecho, desde esa pápula y asciende eritema linear doloroso a la palpación.

Con el probable diagnóstico de Eritema tubular postpicadura se inicia tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina/clavulánico a 50mg/kg/ día.

Se cita para ver evolución en 3 días con buena evolución, desaparición de la clínica y el eritema.

Discusión

La linfangitis aguda es la inflamación de los conductos linfáticos debido a causas infecciosas o no infecciosas, la infecciosa es la etiología más frecuente en la edad pediátrica.

La linfangitis se desarrolla generalmente tras la inoculación de un germen a través de la piel. Los gérmenes más frecuentes implicados son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.

El diagnóstico es clínico y el tratamiento empírico de elección es amoxicilina-clavulánico por vía oral si el paciente tiene buen estado general. En caso de existir afectación del estado general o mala evolución sería preciso ingreso y administrar el tratamiento vía intravenosa.



Estenosis uretral como causa de disuria en niños.

A. Portilla Morgado,

Residente 3º año MFyC, C.S Zona Centro.

R. Parejo Carranza,

Pediatría Atención Primaria, C.S Zona Centro.

Introducción

La disuria es un síntoma muy común en Atención Primaria que se define como la sensación de dolor o dificultad en la evacuación de la orina. Entre sus causas destacan los procesos infecciosos genitourinarios, así como enfermedades sistémicas, traumáticas, anomalías congénitas, irritantes externos y abuso sexual, entre otras. El diagnóstico está basado en la historia clínica y pruebas complementarias orientadas.

Caso clínico

Presentamos el caso de un niño de 10 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta por dolor intenso durante la micción, con dificultad para iniciar la misma. Estudiado hace 3 años por mismo motivo, realizándose CUMS que fue normal.

Refiere las molestias desde siempre, a veces más intensas, y ocasionalmente, orinas hematóricas.

Ante la persistencia de la clínica se decide repetir el estudio. Se solicitan sedimento y urocultivo, con resultados negativos; ecografía testicular y abdominal normales, y nuevamente CUMS que mostró imagen persistente de estrechamiento de calibre en uretra bulbar, así como imagen de dilatación en uretra prostática y membranosa. Tras estos hallazgos, se remite a cirugía pediátrica. Se realizó cistoscopia terapéutica (electrofulguración de membrana circunferencial). Posteriormente ha precisado varias intervenciones por reestenosis.

Conclusiones

1. Hay que considerar la estenosis uretral entre las causas de disuria en niños, así como ante poliuria, enuresis, hematuria e infecciones recurrentes del tracto urinario.
2. La estenosis de uretra bulbar es relativamente frecuente, normalmente de causa adquirida, tras traumatismos, infecciones o manipulación. El hallazgo de estenosis uretral bulbar sin antecedentes traumáticos o infecciosos previos, hace pensar en etiología congénita, patología infrecuente que hace difícil su diagnóstico y tratamiento.



Lo que hay detrás de un traumatismo en pediatría

L, Jiménez Tejada, I.J Mangas Marín, J. Alfonso Vaquero,
M.A.Cambrón Carmona, J. Ruíz Vázquez, E. Gil Poch, E. del Castillo Navío.
Hospital Materno Infantil de Badajoz- Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Objetivo:

Destacar importancia de la historia clínica y exploración física exhaustiva en pediatría, así como estar siempre alerta ante posibles casos de maltrato, conociendo la forma de actuación ante estas situaciones.

Caso clínico:

Acude a Urgencias niña de 8 años con su madre por traumatismo en brazo izquierdo, con un palo de hockey. Dada de alta descartando fractura.

4 días después reconsulta, con la pareja de su madre, por dolor e inflamación del brazo. La niña refiere traumatismo producido en el colegio, y su acompañante que fue contra un banco.

Inicialmente se observa hematoma e inflamación en antebrazo. En la EF completa se observan múltiples hematomas en diferentes localizaciones en distintos estadios y fractura dental antigua. Escasa higiene.

En Urgencias ante la sospecha de maltrato se decide ingreso y realización de parte de lesiones.

PPCC: Analítica (alteración leve de función renal y CPK aumentada), rx de codo y serie ósea (sin fracturas) y ecografía de brazo (múltiples hematomas).

Durante su ingreso se investigan los factores de riesgo de maltrato que presentan: incongruencias en mecanismo de producción de hematomas, familia desestructurada (no figura paterna, pareja de la madre y un hijo común, no apoyo familiar del entorno) y notificaciones de riesgo previas desde el colegio.

Se realiza Hoja de Notificación de maltrato y se contacta con la trabajadora social. Finalmente se retira de forma provisional la tutela a la madre, ingresando en el Centro de menores a cargo de la Junta.

Conclusiones:

Los pediatras de AP, deben conocer los factores de riesgo de maltrato y tener muy presente la posibilidad de este tipo de casos, ya que ellos son los primeros que lo pueden detectar.

Importancia de la EF completa de los niños, sobre todo cuando existen incongruencias en las historias, ya que si en este caso no se hubiera realizado, podría haber pasado desapercibido un caso importante de maltrato.



Causa poco común de bultoma cervical

L. Jiménez Tejada, ML. Gutiérrez González, B. Ambrojo López, A. Prieto Mayoral, I. Mangas Marín, M.A. Cambrón Carmona, C. Zarallo Reales

Hospital Materno Infantil de Badajoz- Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Introducción

El caso clínico que se presenta pone de manifiesto que se deben conocer las causas más frecuentes de tumoración cervical como es la adenitis infecciosa sin olvidar otras menos comunes como las lesiones congénitas (quiste tirogloso, quistes branquiales), la parotiditis, tumores de parótida, nódulos tiroideos...

Se realiza RMN cervical, pero los hallazgos continúan planteando el diagnóstico diferencial entre adenitis infecciosa o quiste branquial complicado.

Finalmente Cirugía infantil indica exéresis ante tumoración de evolución subaguda/crónica. En el informe de anatomía patológica se confirma que se trata de un quiste de segundo arco branquial.

Caso clínico.

Presentamos el caso de un niño de 7 años que presenta bultoma cervical izquierdo de un mes de evolución. Al inicio asintomático, pero que progresivamente aparecen signos inflamatorios locales, motivo por el cual desde AP se inicia antibioterapia y se solicitan estudios complementarios. En este tiempo es derivado a urgencias por aumento de la lesión y fiebre.

A la exploración se objetiva tumoración laterocervical izquierda, de aproximadamente 5 cm, gomosa, dolorosa y fluctuante. Sin otros hallazgos.

En analítica aparece leucocitos con neutrofilia, PCR 55.5mg/l. Ecografía cervical informada inicialmente como posible absceso parotídeo, motivo por el cual se decide ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso y descartar otras etiologías.

Serologías, marcadores tumorales, mantoux y hemocultivo, todo negativo. Rx tórax y ecografía abdominal sin hallazgos.

Se repite ecografía tras 48 horas de tratamiento que muestra hallazgos compatibles con quiste branquial complicado. Menos probable adenitis o lesión neoplásica.

Comentarios

Los quistes de la hendidura branquial son lesiones congénitas, poco frecuentes, originadas por un desarrollo embrionario anormal del cuello, que se manifiestan como nódulos blandos y de crecimiento lento, normalmente asintomáticos hasta que adquieren signos inflamatorios por infección del mismo. No es raro que el manejo inicial desde AP sea como el de una adenitis infecciosa, pero que finalmente precise intervención quirúrgica.



Antecedentes familiares como guía diagnóstica de enfermedades poco comunes

CV^a, Acero Cerro, M^aG. De Peralta Alonso, M. Velázquez González, S. Bonilla Fornés, E. del Castillo Navío.

Servicio de Pediatría HMI de Badajoz

Objetivo:

Correlacionar la clínica de un paciente, con sus antecedentes familiares y personales, para el diagnóstico de enfermedades neuromusculares.

Material y métodos:

Revisión de historias clínicas de dos pacientes, hermanos, con una mutación en el gen TANGO 2.

Resultados:

Paciente de 13 años que acude por cuadro de astenia de 10 días de evolución, con dolor en MMII. En la anamnesis, los padres refieren que desde hace tiempo, si hace ejercicio intenso, presenta dificultad para caminar porque “está cansada”.

En la exploración únicamente presenta dolor en la musculatura del cuádriceps, resto normal. Se realiza una analítica donde presenta un aumento de la CPK, LDH y enzimas hepáticas, por lo que se ingresa para hiperhidratación IV. Durante el ingreso desaparece el dolor muscular y la fatiga pero aparece debilidad de la musculatura facial y orofaringe, babeo, facies miopática y disartria con afonía.

Al indagar en los antecedentes el hermano presenta una mutación del gen TANGO 2 (gen autosómico recesivo que produce trastornos clínicos como: retraso del desarrollo, discapacidad intelectual, epilepsia, arritmia cardíaca, crisis metabólica con rhabdomiolisis y acidosis, hipotiroidismo).

Por lo que se solicita estudio genético para mutación TANGO 2, además de estudio por el resto de especialidades que deben valorar a los pacientes con esta enfermedad.

Al alta presenta mejoría clínica con descenso de los niveles de CPK.

Finalmente se confirma que tiene mutación TANGO 2.

Conclusiones:

Cuando un paciente presenta una clínica inespecífica, de mucho tiempo de evolución, desde atención primaria debemos pensar en enfermedades menos comunes, haciendo una exhaustiva historia clínica y teniendo muy en cuenta los antecedentes tanto personales como familiares del paciente.

Además este tipo de enfermedades, requieren un seguimiento multidisciplinario, y es el pediatra de atención primaria quien acaba englobando la evolución general de los pacientes.



Eritema nodoso en pediatría, una patología no tan infrecuente

J Alfonso Vaquero, MA Cambrón Carmona, J Ruiz Vázquez, L Jiménez Tejada,
MG de Peralta Alonso, P Hurtado Sendín.
Servicio de Pediatría, Hospital Materno-Infantil. Badajoz.

Introducción

El eritema nodoso (EN) es la paniculitis sin vasculitis más frecuente, siendo frecuente en la infancia desde los dos años y afectando equitativamente a ambos sexos. La etiología más frecuente en edad pediátrica es la idiopática (30-50%), seguida de la infecciosa, principalmente por *Mycobacterium tuberculosis*, estreptococo beta-hemolítico grupo A y enteropatógenos como *Salmonella*, *Campylobacter* y *Yersinia*. El diagnóstico es clínico, siendo necesario realizar exploraciones complementarias para identificar la causa.

Caso clínico

Niño de 9 años consulta por fiebre y lesiones en cara anterior de piernas de 5 días de evolución. Refiere antecedente de picaduras en dicha zona. A la exploración destacan lesiones eritemato-violáceas nodulares en región anterior de ambas piernas, induradas, con aumento de temperatura local y dolorosas a la palpación. Se realiza analítica sanguínea (destaca leucocitosis con neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda), serologías (CMV, *Toxoplasma*, VEB, VHB), radiografía de tórax, mantoux y estudio de heces. Un test de detección antigénica para estreptococo fue positivo. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico 7 días, reposo y tratamiento antiinflamatorio, con progresiva resolución de las lesiones. No ha presentado nuevos episodios.

Conclusiones

El EN es un proceso de base inmunológica de etiología multifactorial. Salvo los casos de EN migratorio y crónico, las lesiones son autolimitadas y desaparecen en 1-6 semanas, sin ulceración ni dejar cicatriz. En el diagnóstico diferencial del EN se engloban: picaduras de insectos, contusiones, flebitis y otros cuadros más específicos que precisan biopsia para su diagnóstico. Es una entidad frecuente en atención primaria, por lo que hay que conocer su forma de presentación y las pruebas complementarias a realizar para filiar su etiología.



Hematuria macroscópica recidivante, de la angustia al alivio

Autores: Natalia Benegas Vaz, María Jesús González Carracedo, Verónica Serrano Zamora, Carmen Galiano Ávila, Carlota Espejo Díaz.
Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida

Introducción

La hematuria es un motivo frecuente de consulta en pediatría. Cuando se trata de hematuria macroscópica, suele generar gran angustia familiar y aunque la mayoría se debe a procesos benignos y autolimitados, ciertos signos de alarma deben hacernos descartar organicidad y/o enfermedad renal subyacente.

Presentamos el caso de una niña con hematuria macroscópica recidivante. Nuestro objetivo es recordar el diagnóstico diferencial, así como el abordaje de esta patología en la infancia.

Material y métodos

Niña de 8 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, derivada por su pediatra por episodios de hematuria macroscópica de cinco días de evolución, acompañada de leucocituria en tira reactiva. Describían orinas rojas, al final de la micción, sin coágulos. No disuria ni otros síntomas asociados. No referían traumatismo abdominal reciente ni infección cutánea y/o respiratoria previa ni concomitante.

La exploración en urgencias fue normal, incluida la tensión arterial. Se realizó hemograma, coagulación y bioquímica con función renal normales. Sedimento urinario con 140 hematíes/campo y escasa leucocituria. No proteinuria, nitritos, hiper calciuria, cristales ni otros hallazgos de interés.

Resultados

Al tratarse de hematuria macroscópica recidivante se amplió el estudio con ecografía-doppler renal, que advirtió imagen polipoidea avascular de 8 mm en pared vesical, inespecífica. Ante el hallazgo se remite a la niña a Cirugía Pediátrica para cistoscopia exploradora, en la que extraen la pieza completa con histología benigna y diagnóstico de carúncula uretral.

Conclusión

Las causas más frecuentes de hematuria macroscópica en pediatría son infección del tracto urinario, traumatismos e hiper calciuria. Una adecuada historia clínica y exploración física suelen ser suficientes para el diagnóstico etiológico desde atención primaria. Sólo se derivarán al ámbito hospitalario aquellos niños con persistencia del cuadro y/o presencia de signos sugestivos de enfermedad renal subyacente.



Prick test en atención primaria para el diagnóstico de alergia: sí se puede

JJ Morell Bernabé* (a), MT Muñoz de la Montaña** (a); V Villar Galván* (b), MI Morillo Esquinas** (b); MR Hernández Sáez* (c), P Selgas Gutiérrez** (c), MS Perea Ayago** (c); J Pérez Civantos* (d), JJ Gallego Real** (d).

*Pediatra EAP. **Enfermera EAP. (a) CS "Zona Centro", Badajoz; (b) CS de Jerez de los Caballeros (Badajoz); (c) CS "Cerro Gordo", Badajoz; (d) CS de Pueblonuevo del Guadiana (Badajoz).

Numerosas publicaciones y guías de sociedades científicas de alergia internacionales avalan la realización de pruebas cutáneas de alergia (PT) en Atención Primaria (AP) por personal sanitario entrenado. En nuestro país hay Planes de Salud regionales de Asma que también la contemplan.

En el Área de Salud de Badajoz iniciamos en junio de 2018 un pilotaje para la implementación de PT en pediatría de AP en 4 zonas de salud. Analizamos resultados.

Usamos batería estándar de aeroalergenos, pólenes de interés geográfico; leche y huevo. Lancetas específicas para PT. Otro material necesario es de uso común en AP.

Tras formación de los profesionales participantes para establecer criterios de selección de pacientes y sobre realización e interpretación de resultados del PT, ofertamos este servicio previo consentimiento informado de los padres.

Resultados destacados:

Se realiza PT a 104 niños menores de 14 años.

Todas en consulta programada.

El criterio mayoritario para el estudio de alergia con PT fue completar el diagnóstico de asma o rinitis (perenne o estacional) en AP: 85.7% de casos. De ellos, 80% tuvieron resultados positivos, acordes con la historia clínica.

Se realizó estudio con alergenitos alimentarios (leche, huevo) a tres lactantes y un niño de 3 años; todos con resultado negativo.

A ningún paciente se realizó estudio adicional con IgE específica en suero.

Mejor control y consenso sobre derivaciones a servicios hospitalarios.

Conclusiones:

1) El PT es una prueba rápida, sencilla, fiable, segura y de bajo coste, de fácil implantación en AP, previa formación de los profesionales sanitarios implicados.

2) El PT es una herramienta muy útil para confirmar el diagnóstico de alergia en AP. Permite completar el abordaje diagnóstico de asma y/o rinitis alérgica en población pediátrica; el despistaje de casos dudosos; y de los lactantes y preescolares con posible alergia alimentaria.



Lupus eritematoso sistémico en pediatría: la gran simuladora

MA Cambrón Carmona¹, J Ruiz Vázquez¹, J Alfonso Vaquero¹, L Jiménez Tejada¹, Velázquez González M1, CV Zarallo Reales¹, MC Carrasco Hidalgo-Barquero¹, R Parejo Carranza².

¹ Servicio de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Badajoz.

² Centro de Salud Zona Centro, Badajoz.

Introducción

El lupus eritematoso sistémico pediátrico (LESp) es una enfermedad autoinmunitaria, multisistémica y episódica de causa desconocida, caracterizada por la inflamación vascular generalizada y del tejido conectivo. Es más frecuente en mujeres y presenta manifestaciones clínicas muy diversas, pudiendo estar involucrado cualquier órgano. A diferencia de los adultos, el LEsp tiene un peor pronóstico, precisando un tratamiento más agresivo. El diagnóstico se basa en el uso de criterios diagnósticos (ACR/SLICC/EULAR) también utilizados en población adulta.

Caso clínico

Varón de 12 años que acude a su pediatra por presentar, desde hace tres meses, clínica de astenia y pérdida de peso, sin fiebre. A la exploración física destaca buen estado general, rash malar sutil, gingivitis, enantema y aftas orales indoloras. Como antecedente, el paciente tiene una hermana con LEsp en remisión. Por la clínica y el antecedente familiar se realiza un estudio analítico dirigido donde destaca anemia, leucopenia con linfopenia, elevación de transaminasas, hipocomplementemia, anticuerpos antinucleares (1/2560) y anti DNA positivos. En estudio de orina se evidencia proteinuria en rango nefrótico. Frotis sangre periférica normal junto con serologías (VEB, CMV, VHA, VHB, VHC, VHS, sífilis, parvovirus) negativas. Se diagnostica de LEsp (6/11 criterios ACR 1997; 7/17 criterios SLICC 2012), iniciándose tratamiento intensivo con respuesta favorable.

Conclusiones

El LEsp es una enfermedad de diagnóstico tardío al tratarse de una “gran simuladora” en lo que a manifestaciones clínicas se refiere. Hay que pensar en ella en adolescentes que asocien síntomas generales, exantema, linfopenia y manifestaciones renales; sobre todo si presentan antecedentes familiares. La afectación renal está presente en el 50-80% de pacientes con LEsp, determinando el pronóstico. Los criterios SLICC están recomendados para mejorar la derivación y favorecer el diagnóstico precoz. En este caso, la derivación temprana y coordinada al especialista fue fundamental para un tratamiento precoz, mejorando el pronóstico del paciente.





Urticaria multiforme, una entidad a conocer. A propósito de un caso

M. Velázquez González¹; M.A. Cambrón Carmona¹; S. Bonilla Fornés¹; M.G. de Peralta Alonso¹; C.V. Acero Cerro¹; D. Naranjo Vivas²
1Médico Interno Residente del Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Badajoz.
2Pediatra del Hospital Materno Infantil de Badajoz.

Objetivos:

Presentar el caso de un lactante afecto de urticaria multiforme.

Revisar las características más importantes de la urticaria multiforme -infradiagnosticada en la práctica habitual- para saber reconocerla en futuros pacientes y realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un niño de 16 meses que consulta por un exantema extenso con fiebre y prurito asociados. Había completado tratamiento con amoxicilina tres días antes de la aparición del exantema y tomó una dosis de azitromicina el día antes.

A la exploración presenta lesiones habonosas generalizadas de morfología diversa, algunas en diana, con bordes más eritematosos y centro inicialmente claro que posteriormente evoluciona a un color violáceo. Asocia edema de manos y pies, sin afectación palmoplantar ni articular. No lesiones petequiales ni purpúricas. Presenta diarrea y orofaringe hiperémica con vesículas y mucosidad. Se realizan varias pruebas microbiológicas, sin encontrar germen causante. Tratamiento sintomático, con desaparición total de la clínica en 9 días.

Comentarios:

- La urticaria multiforme es típica de lactantes y niños pequeños. Se caracteriza por la aparición de grandes habones anulares de centro violáceo, con

prurito y cuadro febril asociados.

- Es de etiología desconocida, aunque se ha encontrado asociación con algunos virus y bacterias, así como con determinadas vacunas y fármacos.
- Es prioritario realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías a las que se puede asemejar.
- Resaltar la importancia de conocer el curso benigno y autolimitado de este cuadro a pesar de lo alarmante que puede parecer, para evitar ingresos y tratamientos innecesarios.





Úlceras palatinas en recién nacido. A propósito de una entidad poco conocida.

Macías Pingarrón J.A.

Centro de Salud de Aceuchal (Badajoz)

Villar Galván V.

Centro de Salud de Almendralejo (Badajoz)

Romero Salguero A.

Centro de Salud Oliva de la Frontera (Badajoz)

Introducción

En el diagnóstico diferencial de las aftas bucales en recién nacidos se deben incluir las de origen infeccioso (estomatitis herpética aguda) o autoinmune (Behçet, LES), pero también es preciso conocer la entidad que se expone para evitar la realización de estudios complementarios innecesarios.

Caso clínico

Presentamos a un recién nacido de 5 días de vida que, durante primera revisión rutinaria, se detectan dos úlceras bucales en el tercio posterior del paladar duro, de bordes hiperémicos sobreelevados y fondo grisáceo sin exudado. No refiere irritabilidad ni fiebre. Toma exclusivamente lactancia materna.

Como antecedentes, destacaba un embarazo controlado, padeciendo SARS-CoV-2 en el último trimestre. Parto eutócico a término con peso al nacer de 3810 g.

Se realiza analítica sanguínea y cultivo de la lesión.

La ausencia de fiebre, el buen estado general del recién nacido y la negatividad de las pruebas complementarias, unidos a la resolución espontánea del cuadro a los pocos días, nos permitieron llegar a este diagnóstico.

Conclusiones

El diagnóstico para nuestro caso fue de úlcera traumática, más conocida como úlcera de Bednar.

La descripción de esta entidad es escasa en la literatura actual.

La fisiopatología de esta entidad se desconoce, pero se ha relacionado con el efecto traumático de la tetina del biberón y/o chupetes no ortodóncicos durante la lactancia.

Clínicamente, puede pasar desapercibida como en nuestro caso o producir dolor e irritabilidad en el recién nacido.

El diagnóstico diferencial más importante es el infeccioso.

No precisa de tratamiento salvo corregir la posición de las tomas, ya que la evolución habitual es hacia la mejoría espontánea.



Sobredosificación de vitamina D: ¿somos capaces de detectarla?

A. González García, MM. Boticario Villarroya.
Centro de Salud de Trujillo (Cáceres)

Introducción

El déficit de vitamina D se ha asociado clásicamente con el raquitismo en niños, pero se ha demostrado que puede estar implicado en numerosas enfermedades, por lo que existe consenso en la recomendación de administrar 400 UI al día durante el primer año de vida. Aunque su margen terapéutico es amplio, debemos recordar siempre que existe riesgo de sobredosificación.

Presentamos dos casos de sobredosificación accidental de vitamina D.

Descripción de los casos clínicos

Caso 1:

Lactante de 5 meses, con antecedente de prematuridad (32 semanas), en la que se detectan de forma casual en control analítico valores de calcio de 11,1 mg/dl y 25-hidroxivitamina D de 82,5 ng/ml. No presenta ningún síntoma. Alimentada con lactancia materna exclusiva. La madre le está administrando 600 UI/día (3 gotas de vitamina D 10000 UI/ml) y, además, ella toma suplemento multivitamínico con calcio y vitamina D.

Se realiza estudio analítico orientado completo y se decide retirar suplemento de vitamina D a la lactante y sustituir el de la madre, realizándose controles analíticos sucesivos con normalización de los valores de calcio y 25-hidroxivitamina D sin repercusión clínica.

Caso 2:

Lactante de 2 meses, asintomático, en el que se detecta en revisión rutinaria un error en la administración de vitamina D, ya que le están administrando 1200 UI/día (6 gotas de vitamina D 10000 UI/ml) desde hace 20 días. Alimentado con lactancia mixta. En analítica se objetivan valores de calcio de 10,7 mg/dl y 25-hidroxivitamina D de 72,6 ng/ml.

Se decide retirar suplemento de vitamina D y se realizan controles analíticos periódicos, comprobándose descenso de calcemia y 25-hidroxivitamina D sin repercusión clínica.

Conclusiones

Aunque la intoxicación por vitamina D es un cuadro poco frecuente, puede tener importantes consecuencias debido a la hipercalcemia secundaria.

Existen varios preparados comerciales con concentraciones diferentes de vitamina D, por lo que es fundamental explicar adecuadamente su dosificación y supervisar su correcta administración.



Síndrome 47, XYY: a propósito de un caso de talla alta

Da Silva Cecilio Marques Ramos, L. F. a, Parejo Carranza, M. R. b

a) Residente del 2 año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Zona Centro, Badajoz. b) Pediatra, Centro de Salud Zona Centro, Badajoz

Introducción

Se define talla alta como una altura mayor de 2 DE para la media de la misma población y sexo. Entre las patologías asociadas con esta entidad se encuentran las anomalías sexuales cromosómicas como el Síndrome XYY.

Objetivo

Describir las características clínicas de un paciente con Síndrome XYY.

Material y Métodos

Paciente de 7 años, que acude a consulta por patología banal apreciándose talla alta ($P > 97$). Antecedentes personales: Embarazo controlado, con amenaza de parto prematuro a las 33 semanas. Parto eutócico a las 40 semanas, con 3920 g y 54 cm y APGAR 8/9. En todos los controles de salud desde el nacimiento talla alta ($P > 97$). Trastorno del lenguaje que precisó logopedia.

Antecedentes familiares: Padre con talla de 177,7 cm (P50) y madre con talla 162,5 cm (P40). Talla diámana 176,5. Hermano de 11 años, 1,42 cm (P25)

En la exploración física destaca talla de 141,5 cm ($P > 97$), peso 35,4 kg (P97), y bolsas escrotales poco desarrolladas con teste derecho no palpable.

Resultados

Los resultados de hemograma, bioquímica y estudio hormonal fueron normales para su edad. Por radiografía se estimó una edad ósea entre 8,5 (G-P) años y en la ecografía se observó criptorquidia derecha. El cariotipo confirmó Síndrome 47, XYY.

Conclusiones

1.-El fenotipo del síndrome 47, XYY no es completamente conocido. La talla alta es el rasgo más frecuente.

2.-El Síndrome 47,XYY debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de talla alta y, caso se confirme, realizarse un seguimiento cuidadoso debido a sus potenciales complicaciones.

Bibliografía

Argente J, Sotos JF. Hipercrecimientos. *Protoc diagn ter pediatr.* 2019;1:107-23.

Jo WH, JUNG MK, Kim KE, Chae HW, Kim DH, Kwon AR, Kim HS. M. XYY syndrome: a 13-year-old boy with tall stature, *Ann Pediatr Endocrinol Metab* 2015;20:170-173

Bardsley, M Z, Kowal, K, Levy C, Gosek A, Ayari, N, Tartaglia N, Lahlou N, Winder B, Grimes S, Ross JL. 47,XYY Syndrome: Clinical Phenotype and Timing of Ascertainment. *J Pediatr.* 2013 October ; 163(4): 1085–1094. doi:10.1016/j.jpeds.2013.05.037

Gonzales D, Zúñiga O. Talla Alta, Síndrome XYY: presentación de un caso. *ActaPediátrica Hondureña*, Vol.3, No.2/Octubre2012-Marzo2013

Kim IW, Khadilkar AC, Ko EY, Sabanegh, ES. 47,XYY Syndrome and Male Infertility. *Rev Urol.* 2013;15(4):188-196

Souza, FC, Dummer, CD, Piana, MD, Iacono Borba, B, Lopes Peixoto, J. Síndrome 47,XYY. *AMRIGS*, Porto Alegre, 58 (2): 147-149, abr.-jun. 2014

Joseph L., Farmer C., Chlebowski C., Henry L., Fish A., Mankiw C., Xenophontos A., Clasen L., Salus B., Seidlitz J., Blumenthan J., Torres E., Thurm A., Raznahan A. Characterization of autism spectrum disorder and neurodevelopmental profiles in youth with XYY syndrome, *Journal of Neurodevelopmental Disorders* (2018) 10:30



Uso de corticoides tópicos en niños con fimosis ¿qué dice la evidencia científica?

Espejo Moreno R¹, Ruiz-Canela Cáceres J²

¹C.S Urbano 1 (Mérida); ² C.S. Virgen de África (Sevilla)

*Objetivo: realizar una revisión sistemática en la literatura que permita evaluar la eficacia de los corticoides tópicos en el tratamiento de la fimosis infantil.

*Métodos: búsqueda bibliográfica de ECA,s y RS sobre el uso de corticoides tópicos en niños con fimosis en las principales bibliotecas digitales (Medline, Tripdatabase, Crochrane) realizados en los últimos 20 años.

*Resultados: se analizaron 4 revisiones sistemáticas con un total de 17 estudios incluidos y 2352 pacientes, con una elevada heterogeneidad entre ellos. Gran variabilidad entre los tipos de corticoides utilizados, así como de su frecuencia de administración y la duración del tratamiento. Todos concluyen que el tratamiento con corticoides es efectivo para la resolución de la fimosis de forma estadísticamente significativa, pero con un nivel de evidencia científica bajo debido a deficiencias metodológicas de los estudios incluidos.

*Conclusión: los corticoides tópicos parecen ser una alternativa efectiva para tratar niños con fimosis, aunque la baja calidad científica de los estudios existentes impiden recomendarlo con un alto grado de evidencia. Y, aunque aún existen controversias entre los diferentes tipos y dosis de corticoides a utilizar, estos podrían establecerse como primera línea de tratamiento, siendo una opción segura y eficaz antes de realizar una circuncisión.



Escabiosis, ¿una infección frecuente?

EM. Ortega Rodrigo¹, M García Reymundo¹, C Galiano Ávila¹, V Serrano Campos¹, N Benegas Vaz¹.

¹Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida.

Objetivos

El objetivo de presentar este caso clínico es recordar una ectoparasitosis que se contagia por contacto directo de piel con piel y, a veces, a través de fómites o por contacto con animales infestados. Es importante hacer hincapié en ella, ya que existe un tratamiento eficaz y seguro contra esta entidad.

Material y métodos

Lactante de dos meses de vida, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta en el servicio de urgencias hospitalarias por presentar exantema maculopapular, vesiculo-costroso, pruriginoso y generalizado de dos semanas de evolución. Niegan cuadro catarral previo, fiebre y animales domésticos en domicilio. La madre refiere que el resto de convivientes presenta lesiones similares.

En la exploración física se objetivan pápulas, pseudovesículas y nódulos generalizados y surcos y pápulas acarinas en eminencias hipotenares, Resto sin alteraciones.

Resultados

Se instaura tratamiento con permetrina 5% en crema, realizando primer ciclo durante 8-14 horas y repitiendo la misma pauta 7-10 días después. Se aconseja administrar simultáneamente a todos los convivientes y lavar vestimenta, toallas y ropa de cama en lavadora con programa de agua caliente (>60°C) o mantenerlas en bolsa sellada durante 5-7 días.

Se programa cita para revisión 2 semanas después, donde se visualiza exploración física con lesiones de menor número, intensidad y prurito.

Conclusiones

La escabiosis es una consulta dermatológica frecuente en atención primaria. Una buena historia clínica y exploración física son suficientes para su diagnóstico. Es primordial realizar un tratamiento adecuado del caso índice y de sus contactos (a pesar de estar asintomáticos), ya que su periodo de incubación es de 1 a 3 semanas.



Ampollas en las manos: por fin veo la luz

M.C. Lechón Caballero, M.M. Rodríguez Lima, J. Polo Moreno, M. Torres Díaz, L. Panduro Romero.
Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Badajoz.

Objetivo:

Importancia de realizar una anamnesis correcta y dirigida para el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas.

Material y métodos:

Revisión de un caso clínico.

Resultados:

Paciente de 5 años que acude a consulta por aparición de microvesículas pruriginosas no dolorosas en los dedos de ambas manos de 24 horas de evolución. Afebril, buen estado general, resto de la exploración normal. Sin antecedentes personales de interés. Ante la sospecha inicial de eccema dishidrótico o eccema de contacto, se pautó antihistamínico oral y corticoide tópico. La paciente reconsulta a las 24 horas por evolución desfavorable de las lesiones con aparición de ampollas de contenido claro sobre base eritematosa. Al indagar en la historia, los padres refieren que el día que aparecieron las primeras lesiones la paciente había estado jugando en el parque con plantas al sol. Valorado por Dermatología, se confirma el diagnóstico de fitofotodermatitis, se añadió al tratamiento compresas frías para aliviar los síntomas y corticoides orales con buena evolución de las lesiones en las siguientes 3 semanas.

Conclusiones:

Las fitofotodermatitis son las reacciones fototóxicas más frecuentes en pediatría. Se desencadenan por contacto con plantas que contienen psoralenos, sustancias sensibilizantes que se activan por la acción de la radiación ultravioleta, presentes en plantas como la higuera, el limonero, el naranjo, ... Esto ocurre al entrar en contacto los psoralenos con la piel mojada (por baño o sudor). Comienza con una erupción cutánea en las siguientes horas al contacto sobre la que pueden brotar ampollas y evolucionar a hiperpigmentación durante varias semanas. El diagnóstico es clínico: ante la aparición de lesiones vesiculoampollosas en zonas fotoexpuestas, típicamente en primavera o verano, es importante realizar una anamnesis dirigida y considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de las lesiones ampollosas.



Vacunas no financiadas: más allá de los calendarios oficiales de vacunación

O. Martín López.

Enfermero; Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria; Especialista en Enfermería Pediátrica. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

T. Nieto Hernández.

Enfermera.

C.S. La Paz. Badajoz

Introducción:

Fuera de los calendarios oficiales de vacunación, la evolución científico-sanitaria, desarrolla nuevos productos, que son considerados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) como complementarias, siendo conocidas como vacunas no financiadas. Son vistas como “algo nuevo”, generando dudas.

Objetivos:

- Revisar el papel de los profesionales en las vacunas no financiadas.
- Presentar las hojas informativas elaboradas para garantizar la información sobre vacunas no financiadas.

Metodología:

Revisión bibliográfica de documentos científicos relacionados con la vacunación pediátrica y la APS en nuestro país.

Desarrollo:

Los documentos coinciden en el papel protagonista de la educación sanitaria en el éxito de la vacunación, sin hacer diferencia entre vacunas financiadas y no financiadas.

El equipo pediátrico, se encargará de suministrar a los padres información completa y entendible sobre las vacunas que pueden recibir sus hijos, incluyendo todas aquellas autorizadas e indicadas, financiadas o no por el SNS.

Con estas premisas, presentamos los documentos realizados para garantizar el derecho de información de las familias sobre las vacunas no financiadas en la infancia y adolescencia, incluyendo las recomendaciones frente a Rotavirus; Meningococos A,B,C,W e Y; y Virus del Papiloma Humano en varones.

Conclusiones:

- La educación sanitaria es la mejor herramienta para el éxito de la inmunización.
- La información sobre las medidas preventivas disponibles es un derecho de los usuarios del SNS, incluyendo todas las vacunas, sean o no financiadas por el SNS.
- Es tarea de todos los profesionales del equipo sanitario de pediatría (enfermería y medicina), tanto de atención primaria como hospitalaria, garantizar esta información.
- Por el papel preventivo de la APS, es el lugar idóneo para la educación sanitaria a las familias en relación a las vacunas existentes.
- Los documentos elaborados sobre la vacunación no financiada, intentan resolver las dudas de las familias y garantizar una información contrastada y verídica.



Alteración de la conducta en adolescente

L. Panduro Romero, S. Álvarez Arroyo, M. Delgado Cardoso, M. Roco Rosa, J. Polo Moreno, J.A. Melitón Carrasco.

Servicio de Pediatría del HMI Badajoz
Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil Badajoz

Introducción

Presentamos el caso de un adolescente de 14 años, con sospecha de TDAH sin tratamiento farmacológico, que consulta en su Centro de Salud por cambio agudo en el comportamiento de una semana de evolución detectado por sus padres. Su Psicóloga constata un cambio conductual severo, y solicita valoración urgente para descartar alteración orgánica.

Caso clínico

Relatan un cuadro de apatía/decaimiento con disminución de la comunicación, bradilalia y bradicinesia. No muestra interés por ninguna de sus aficiones. En el colegio tanto compañeros como profesorado lo han notado distante. Al interrogar al paciente este dice encontrarse bien.

A la EF destaca bradicinesia generalizada, hipomimia facial, bradipsiquia y bradilalia. Resto de exploración neurológica y física sin hallazgos.

Llama la atención durante la hospitalización aparición de rituales de orden que no presentaba anteriormente, así como conducta evitativa, con rechazo a ver su propia imagen en los espejos.

Se solicitan PPCC que descartan infección, masa tumoral, disfunción hormonal, intoxicación, trastorno autoinmune y alteración eléctrica cerebral.

Resultados

Al descartarse la organicidad como causa del cuadro, es valorado por Psiquiatría, y, bajo la sospecha de un componente ansioso extremo que pudiera estar produciendo un bloqueo en el paciente, se pauta inicialmente tratamiento con hidroxicina. Ante la no mejoría, posteriormente se reajusta el tratamiento cambiando a olanzapina, dirigiéndolo a un componente psicótico del cuadro, con respuesta parcial. Paralelamente recibe tratamiento con psicoterapia. Pendiente de valorar evolutivamente para filiar la patología concreta.

Discusión

Ante un cambio significativo de la conducta en un niño o adolescente, particularmente de inicio agudo/subagudo, debe realizarse un diagnóstico diferencial que descarte causas orgánicas potencialmente graves (infecciones, tumores...), pero sin olvidar una posible causa psiquiátrica, que requerirá una valoración adecuada, y un seguimiento estrecho posterior en Salud Mental y Atención Primaria.



Causa de síndrome de dolor musculoesquelético crónico

M. Torres Díaz, CV. Zarallo Reales, M. Velázquez González, MC. Lechón Caballero, JA. Melitón Carrasco, L. Panduro Romero.
Servicio de Pediatría. Hospital Materno Infantil Badajoz.

Introducción

El Síndrome de Hiperlaxitud Articular Benigno se caracteriza por presentar hipermovilidad articular y síntomas clínicos derivados de esa hipermovilidad, sin encontrar otra causa que justifique el dolor.

Caso clínico

Niña de 11 años con artralgias y dolor difuso de predominio en extremidades superiores, junto con tumefacciones leves intermitentes, de horas de duración, de codos, dedos y muñecas, de 1 año de evolución. No luxaciones. Refiere empeoramiento con el ejercicio, y sobre todo cuando realiza baile. Es derivada a reumatología pediátrica por sospecha de Artritis Idiopática Juvenil.

A la exploración física presenta criterios Beighton de hiperlaxitud articular (6/9 puntos): aposición de ambos pulgares sobre la cara volar del antebrazo, hiperextensión pasiva del 5º dedo de ambas manos > 90°, hiperextensión de ambos codos > 10°. No hiperextensión de rodillas. No toca el suelo con las palmas manteniendo las rodillas en extensión. Resto de la exploración normal.

Presenta artralgias de más de 3 meses de evolución en varias articulaciones, pudiendo diagnosticarla, según los criterios de Brighton, de síndrome de hiperlaxitud articular benigna (descartando otras enfermedades).

Estudio analítico completo normal. Valorada por Cardiología, normal.

Como tratamiento se recomendó evitar actividades físicas que empeoren el dolor y microtraumatismos, e incluso puede ser útil el vendaje y el tratamiento intermitente con antiinflamatorios. Actividades que mejoren el tono y la potencia muscular, como natación, se han demostrado efectivas.

En revisiones, presenta mejoría clínica, con limitación de actividades físicas.

Comentarios

El dolor musculoesquelético es muy frecuente en niños y adolescentes, siendo causa habitual de consulta médica. Una buena anamnesis, junto con una exploración física adecuada que incluya los signos de hiperlaxitud articular, han demostrado ser de clara importancia para llegar al diagnóstico de este síndrome. Hay que hacer un adecuado diagnóstico diferencial con determinadas enfermedades hereditarias del tejido conectivo (síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan...).





Edema agudo hemorrágico del lactante

M. Torres Díaz, CV. Zarallo Reales, M. Rivas Medina, M. Roco Rosa, J. Polo Moreno, JA. Melitón Carrasco.
Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Badajoz.

Introducción

El edema agudo hemorrágico del lactante es una vasculitis leucocitoclástica de pequeño vaso que afecta característicamente a los lactantes. Su etiología es desconocida, pero frecuentemente se asocia a infecciones o fármacos. Su evolución es favorable y sin secuelas, resolviéndose en pocas semanas con tratamiento sintomático.

Durante el ingreso, se aprecia evolución de la morfología de las lesiones a forma anular en medallón o escarapela, permaneciendo afebril en menos de 48 horas. Se completa estudio con ecografía abdominal (normal), serologías virales y PCR de virus respiratorios negativos. Se aprecia clara mejoría al 4º día, siendo dada de alta. Control posterior a la semana en consultas de reumatología pediátrica, con desaparición completa de lesiones sin secuelas.

Caso clínico

Niña de 22 meses, sana, con lesiones cutáneas de inicio agudo y rechazo de la deambulación. Recibió tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral durante 6 días por otitis media aguda.

A la exploración presenta buen estado general, fiebre 38,3°C, pápulas y placas edematosas purpúricas y equimóticas polimorfas con distribución simétrica, en extremidades, tronco, genitales y región facial (incluidos pabellones auriculares) que confluyen, con afectación palmo-plantar. Asocia edema de manos y pies, con leve tumefacción malar. Resto de exploración física normal.

Se realiza analítica donde destaca discreta leucocitosis, trombocitosis y leve elevación de reactantes de fase aguda (PCR 15,6 mg/l). Orina negativa. Test Ag SARS-CoV 2 negativo.

Comentarios

Dado que tiene un curso benigno y autolimitado, un diagnóstico clínico adecuado evitaría ingresos y pruebas complementarias innecesarias, precisando únicamente seguimiento ambulatorio con tratamiento sintomático. Es importante diferenciarla de otras vasculitis, principalmente de la Púrpura de Schönlein-Henoch.





Síndrome de Alicia en el país de las maravillas. No todo es cuento

MP Leo Canzobre.

Pediatra EAP Ciudad Jardín. Badajoz.

Objetivo

El Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas (SAPM) fue descrito por primera vez en 1952 por Caro Lippman y recibió su nombre en 1955 por John Todd.

Se trata de un trastorno neurológico infrecuente en el que se producen alteraciones de la percepción visual como distorsión de la forma (metamorfopsia), del tamaño (micropsia o macropsia) y la situación espacial (teleopsia) de los objetos.

Su patogenia es aún desconocida y se han descrito múltiples causas como desencadenantes. Entre las más frecuentes destacan algunas infecciones sobre todo víricas, migraña, epilepsia, determinados fármaco o intoxicaciones por drogas alucinógenas.

Material y métodos

Se presenta el caso clínico de un varón de 9 años que refiere desde hace varios meses episodios de varios minutos de duración en los que presenta micropsia, macropsia, metamorfopsia y teleopsia. Asocia síntomas vegetativos y en algunas ocasiones presenta cefalea. Niega toma de medicamentos.

Antecedentes personales: Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* y Síndrome de Steven Johnson hace 4 años.

Posible migraña con aura hace 2 años..

Antecedentes familiares: Madre migraña con aura.

Resultado

La exploración física, incluida la neurológica, es normal.

Se realiza analítica con hemograma y bioquímica que son normales y serología Ig G e IgM para diferentes virus, presentando Ig G positivas para *Mycoplasma* y *Coxsackies A y B*.

Están pendientes de realizar Electroencefalograma y valoración por Neurología infantil.

Con los datos de la historia clínica y las pruebas realizadas, lo más probable es que este caso esté en relación con una forma de migraña con aura.

Conclusiones

Aunque el SAPM es infrecuente y normalmente de naturaleza benigna es importante conocerlo dada la alarma que produce en quien lo padece y sus familiares.



¿Acroisquemia o perniosis en niños en tiempos covid?

V. Serrano Zamora¹, B Gutiérrez Puertas², C Galiano Ávila¹, N Benegas Vaz¹, EM Ortega Rodrigo¹, S Sánchez Gonzalo³

¹Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida. ² Medicina Familiar y Comunitaria, Mérida ³ Pediatría Centro de Salud Mérida Norte, Mérida.

Objetivo

La dermatología supone hasta un 30% de las consultas de Pediatría de Atención Primaria. La situación epidemiológica actual con la pandemia por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), ha provocado el estudio de sus manifestaciones clínicas, como la acro-isquemia aguda. En este contexto, se han detectado en la consulta de Primaria, en un corto periodo de tiempo, varios casos de lesiones cutáneas en edades entre la preadolescencia y adolescencia. Presentamos estos casos por su curiosa agrupación, considerando la situación epidemiológica, así como para aportar información sobre estas lesiones para su manejo desde la consulta.

Material y métodos

Varón de 13 años que consulta por lesiones cutáneas hacía 11 días, inicialmente una micropápula en dedo del pie y posteriormente extendiéndose al resto de dedos y talón, coloración rosada-violácea, sin sangrado, picor ni dolor. No otros antecedentes. Se sospecha una vasculitis reactiva acra a probable proceso viral. PCR SARS CoV2 negativa.

Mujer de 12 años que consulta por erupción en talones y dedos de los pies, que aumentan y confluyen, tornándose violáceas sobre base eritematosa, sin sangrado ni dolor, leve prurito, no blanquean a la vitropresión, no edema. No otros antecedentes. Compatible con vasculitis tardía a infección vírica. PCR SARS CoV2 negativa.

Ambos casos se tratan con antiinflamatorios y corticoides tópicos, con mejoría progresiva en los siguientes 7-10 días.

Resultados/Conclusiones

Las vasculitis son un grupo heterogéneo de trastornos que producen inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos, de causa primaria o secundaria y pueden ser de difícil diagnóstico.

La perniosis forma parte de estas entidades, producida por el frío. Están descritas lesiones acroisquémicas perniosisiformes tardías asociadas a procesos virales. Actualmente, coincidiendo con la pandemia por COVID-19, han aumentado el número de casos de lesiones perniosisiformes en pediatría sin infección activa por COVID-19. Ante estos hallazgos, es importante conocer estas lesiones para su manejo, así como para su estudio ante la posible relación con este virus.



Sobre la salud mental y estado emocional de nuestros menores en tiempos de covid

JJ Morell Bernabé* (a), S Álvarez Arroyo** (b).

*Pediatra EAP. **Psicóloga clínica. (a) CS "Zona Centro", Badajoz; (b) Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, Badajoz.

Resultados preliminares de un estudio dirigido a evaluar la repercusión de la pandemia en la salud emocional y psíquica de las niñas, niños y adolescentes de nuestro entorno.

Hace un año que los menores fueron autorizados a salir de sus casas tras el período de confinamiento del primer estado de alarma. Desde entonces, han tenido muchos cambios en estilos de vida, hábitos y costumbres en el entorno familiar, escolar y social; también en lo que escuchan y viven a diario en relación con la pandemia, el coronavirus y sus consecuencias.

Elaboramos un cuestionario con 36 ítems para valorar cambios en patrones de salud, estado emocional y conductual de niños y niñas de entre 3 y 16 años, a lo largo del último año. Durante el tiempo de pandemia vinculamos al 80% de las familias de nuestro cupo a través de su dirección de email; aprovechamos este canal para solicitar su participación.

Resultados destacados:

1. Cambios en patrones de salud. Con síntomas duraderos o frecuentes (>1m) de: dolor abdominal (16%); cefalea (15%); problemas de sueño (27%); sobrepeso (21%); cambios en hábitos alimentarios (26%). Disminución de actividad física (49%); tiempo excesivo de pantallas (47%); aumento uso de redes sociales (23%).

2. Cambios emocionales persistentes: dificultad de concentración (12%); inquietud (14%); apatía (14%); tristeza (5%); miedo (10%); ansiedad (3%); aisla-

miento (6%). Acoso escolar en 7 casos (4%).

3. A nivel conductual ha habido episodios de: irritabilidad (73%); ira (45%); conductas desafiantes (45%). Y 7 casos con autolesiones: 5 daños corporales (3 cortes, 2 golpes), 1 trastorno de conducta alimentaria y 1 caso de intento de suicidio.

Conclusión: Hay consecuencias en la salud mental y bienestar emocional de la población infantil y adolescente derivadas de la situación actual de pandemia de COVID-19; constatando cambios a nivel emocional y conductual de mayor severidad y persistencia.



Tricobezoar gástrico en paciente escolar

M Roco Rosa; ML Gutiérrez González; MC lechon Caballero; CV Acero Cerro
Servicio de pediatría, Hospital Materno Infantil Badajoz.

Introducción

Un bezoar es un acumulo de sustancias orgánicas exógenas dentro del tracto gastrointestinal. El tricobezoar es la acumulación de cabello, en los segmentos más proximales (estómago) e incluso más allá de éste (Síndrome de Rapunzel).

Caso clínico

Niña de 8 años en seguimiento por su Pediatra de Atención Primaria por palpar una masa de consistencia dura en epigastrio e hipocondrio derecho que cruza la línea media. Asocia anemia ferropénica. Se solicitan dos ecografías abdominales que descartan hepatomegalia y lesiones focales hepáticas, sin visualizar ninguna masa.

Tras año y medio de seguimiento, es derivada al Servicio de Urgencias Pediátricas del HMI, para valoración de dolor abdominal periumbilical tipo cólico leve y epigastralgia de dos semanas de evolución, asociando vómitos alimenticios con sensación de plenitud precoz tras la ingesta y disminución del apetito. Refería pérdida de peso de 1 kg en dicho tiempo. No hábito estreñido habitual. Sin otra clínica asociada.

Se palpa masa abdominal definida, no dolorosa, en epigastrio y en flanco izquierdo que llega hasta línea media clavicolar, mate a la percusión. Resto de exploración sistemática normal.



En TAC abdominal se objetiva bezoar gástrico gigante. Se practica laparotomía y se extrae tricobezoar.

Se valora estado nutricional. Presenta hipoproteínea, hipoalbuminemia, hipofosforemia, ferropenia y ácido fólico bajo, iniciándose pauta de alimentación progresiva y suplementación con hierro, ácido fólico y batidos hipercalóricos normoproteicos.

Valorada por Psiquiatría Infantil descartando componente ansioso-afectivo que justifiquen la tricotilomanía y recomendando seguimiento en consulta.

Conclusiones

Los tricobezoares son entidades raras. Suelen ocurrir en mujeres adolescentes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso, saciedad temprana y los relacionados con la anemia. El gold standard es la endoscopia, pero no siempre permite la extracción. Es fundamental el tratamiento multidisciplinario de los pacientes, para abordar el componente psicoemocional subyacente, disminuyendo el riesgo de recidivas.

