

**PRESENTACION DE CASO****Niño con pica. Presentación de un caso.****A child with pica. A case presentation.**

Dra. Lidia Rosa Pérez González<sup>1</sup>, Dra: Mariela Silverio Mesa<sup>1</sup>, Dra: Yanelis La Rosa Linares<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>*Especialista de I Grado en Pediatría. Hospital Pediátrico Provincial "Paquito González Cueto". Cienfuegos.*

**RESUMEN**

Se presenta el caso de un paciente de 4 años de edad que es llevado al Cuerpo de Guardia del Hospital Pediátrico Provincial de Cienfuegos por referir su mamá que expulsó piedras en las heces fecales. Se comprobó anemia por déficit de hierro, y parasitismo intestinal. Se trató al paciente durante 6 meses hasta que desapareció la ingestión de piedras al controlar la causa que lo provocaba.

**Palabras Clave:** Anemia ferropriva; parasitosis intestinales

**ABSTRACT**

This is a case of a 4 year old child who was brought to the provincial Pediatric Hospital because of faecal stones. Iron deficit and intestinal parasites were found. The patient received treatment for 6 months till the ingestion of stones disappeared with the control of the etiologic factors that caused it.

**Key words:** Iron deficiency anemia; intestinal parasites

**INTRODUCCIÓN**

La pica está agrupada dentro de los trastornos alimentarios de la infancia, junto a otros problemas como anorexia, bulimia y rumiación (1).

El termino "pica" procede de la denominación latina que designa a la urraca, de la que es conocida su hábito alimentario indiscriminado. Puede definirse como la ingestión de sustancias no nutritivas por un período de por lo menos un mes, sin que se relacione con la aver-

sión a alimentos (1).

Algunas de las sustancias extrañas ingeridas que han sido reportadas son las siguientes: cenizas, globos, fósforos, tiza, colillas de cigarros, arcilla, tela, hielo, heces, papel, pintura, tierra, etc. (1,2).

Los niños con pica sufren con más frecuencia de parasitismo e intoxicaciones relacionadas con las sustancias que ingieren (2).

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de esta condición y los estimados varían ampliamente dentro de cada población en particular. Este comportamiento es más común en estratos socioeconómicos bajos y áreas poco desarrolladas (3,4). Es frecuente en la embarazada y niños que presentan anemia por déficit de hierro y carencia de otros minerales como el zinc (5).

Existen diversos factores etiológicos que pueden contribuir a la aparición de estos síntomas: nutricional, psicológico, socioeconómico, culturales y orgánicos (2-4). La causa básica es desconocida, aunque se han planteado diversas teorías, tales como: Deficiencias específicas de minerales tales como hierro y zinc(1,2,6)

Diversos estudios describen que en pacientes con bajos niveles de estos minerales desapareció este síntoma al administrárselos y corregir el déficit; teoría neuropsiquiátrica, la cual postula que la pica puede estar relacionada con ciertos desórdenes cerebrales y esta ha sido evidenciada en el síndrome obsesivo-compulsivo y en el retardo mental (1); y existen además teorías psicosociales que atribuyen este síntoma a la ansiedad, que desaparece cuando los problemas psico-sociales se alivian (2,3).

Descubrir este síntoma en algunos pacientes puede ser

**Recibido:** 25 de enero de 2005

**Aprobado:** 18 de marzo de 2005

**Correspondencia:**

Dra. Lidia Rosa Pérez González

Hospital Pediátrico Provincial "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

difícil ya que el diagnóstico dependerá del reporte espontáneo de los familiares y de la pericia del interrogador en su búsqueda, pero generalmente se identifica cuando ha ocasionado complicaciones. En este sentido los efectos de este trastorno se clasifican en cinco grupos (1,2): toxicidad, obstrucción intestinal, obesidad, desnutrición, otros: daño dental, parasitismo intestinal.

Aun en presencia de estas complicaciones se requiere de alto grado de suspicacia para diagnosticar este síntoma pues los pacientes lo ocultan en ocasiones por vergüenza y en otros los padres no admiten ese comportamiento.

Una vez diagnosticado el trastorno, la primera línea de acción en el manejo de estos pacientes es la educación nutricional, junto al tratamiento de la deficiencia de hierro o zinc, asesoría psicosocial y la terapia conductual (1,2).

Teniendo en cuenta las dificultades diagnósticas, así como las complicaciones en el niño presentamos este caso con el interés fundamental de demostrar la reversibilidad del cuadro clínico tras un diagnóstico y tratamiento adecuados.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 4 años de edad, masculino, de procedencia urbana. Antecedentes de salud anterior, que acude a cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico Provincial de Cienfuegos por referir su mamá que expulsó piedras en las heces fecales. La madre muestra aproximadamente 100 piedras (0,5 a 1,5 cm de diámetro).



**Figura No. 1.** Grupo de piedras expulsadas junto a heces fecales.

Al realizar el interrogatorio encontramos los siguientes datos positivos:

segundo hijo, de tres que tiene la familia; ingresos económicos bajos (- de 50 pesos per cápita); ingestión de piedras (pica) 2 a 3 días antes del diagnóstico, cantidad aproximada 200 (0,5 a 1,5 cm de diámetro); anorexia de aproximadamente 5 meses de evolución; poco

progreso en el peso; dolor abdominal recurrente, de más de 3 meses de evolución.

Examen físico:

Evaluación nutricional: Delgado (Tablas de evolución nutricional del Dr. Jordán) Mucosa y piel: Hipocoloreadas.

Abdomen: Globuloso, timpánico.

Tacto rectal: Se tactan en ampolla rectal las piedras y se extraen 10 de estas de 0,5 a 1,5 cm de diámetro.

Rayos X simple de abdomen: Imágenes radiopacas abundantes en sigmoides recto y ampolla rectal.



**Figura No. 2.** Se observan imágenes radiopacas en sigmoides recto y ampolla rectal.

Exámenes complementarios:

Hemograma: Hb 88 g/l.

Lámina periférica: Hipocromía, anisocitosis, hematíes microcíticos xxx

Leucocitos: Normales

Plaquetas: Normales

Conteo de reticulocitos:  $6 \times 10^{-3}$

Hierro sérico: 6,0 mmol/l

Heces fecales: 1, 2, 3 negativos.

Intubación duodenal: Trofozoitos de Giardia Lamblia.

A las 48 horas se repitió rayos X, donde ya se observaron escasas imágenes radiopacas en recto y ampolla rectal. Había sido ya defecado por el paciente el resto de las piedras.

### CONDUCTA TERAPÉUTICA

Educación higiénico nutricional:

- Mantener buena higiene de forma general en la elaboración y conservación de alimentos.
- Lavar las manos antes de ingerir alimentos.

- Mantener una dieta variada para favorecer el consumo de alimentos en este niño, ya que al mejorar el aspecto y sabor podemos lograr también efecto psicológico.
- Dieta equilibrada aportando carbohidratos (55 %), proteínas (20 %) y grasas (30 %) en las comidas.
- Aumentar el consumo de frutas y vegetales.
- No administrar leche después de las comidas pues disminuye la absorción de hierro.
- No recalentar las comidas.
- Los alimentos que sea posible ingerirlos crudos.
- Combinar los alimentos.
- Ofrecer alimentos ricos en proteínas animales y vegetales para lograr un incremento en la absorción del hierro hémico y no hémico.

#### Antiparasitario

- Secnidazol 30 mg/kg/día.

#### Vitaminas

- Multivitamínicas 1 tab diaria.

#### Sales de Hierro

- 6 mg/kg/día durante 2 meses.

#### Asesoría psicosocial y terapia conductual

- Estimular al niño al alimentarse de forma adecuada y castigar al ingerir sustancias extrañas.

Se mantuvo seguimiento mensual por consulta durante 6 meses.

Al ser evaluado seis meses después de este tratamiento el niño se encontraba asintomático.

Evaluación nutricional: Eutrófico.

Apetito normal, sin la presencia de "pica".

Examen físico normal. Exámenes complementarios normales.

## DISCUSIÓN

Se describe que la pica habitualmente se diagnostica cuando el paciente presenta una complicación de la misma (1). Nuestro caso no llegó complicado pero sí expulsando las piedras como resultado de este síntoma y no porque presentaba palidez o porque detectaron que las estaba ingiriendo.

Al examen físico se constató palidez cutáneo-mucosa por lo que se orientó realizar exámenes complementarios, en los que se detectó anemia por deficiencia de hierro y giardiasis lo que se corresponde con la literatura revisada en la que se describe que la pica se asocia a estados carenciales de hierro y zinc así como a parasitismo intestinal (1,2,5).

Algunos parásitos pueden producir anemia y a la vez la pica puede conducir al parasitismo, en dependencia de la sustancia ingerida, creándose de este modo un círculo vicioso, que de hecho afecta el estado nutricional del paciente como sucedió con nuestro caso (1-4).

Por otro lado se describe que este síntoma se presenta con más frecuencia en personas con estatus socioeconómico bajo lo que favorece hábitos higiénicodietéticos inadecuados lo cual se corresponde con la procedencia de nuestro paciente (1,2).

Después de imponer tratamiento con sales de hierro, antiparasitarios y vitaminas así como ofrecer una educación higiénico-nutricional y atención psicológica adecuada el paciente se recuperó totalmente en seis meses, coincidiendo con otros autores que señalan la remisión del síntoma una vez tratada su causa (1-2).

El éxito para evitar estos casos está en la atención primaria, es allí donde se debe realizar una adecuada labor de promoción y educación para la salud así como una prevención de las afecciones que pueden conducir a la pica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magarici M. Pica: Ingestión de sustancias extrañas[en línea].2002.[fecha de acceso: mayo de 2204] URL disponible en: <http://www.mipediatra.com>
2. Cruz M, Vela E. Anemias En: Cruz M. Tratado de Pediatría.Vol.2. 7<sup>ma</sup> ed. Barcelona: Espaxs; 1998 .p.1499-1504.
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación alimentaria y nutricional en Latinoamérica y el Caribe. Washington:OPS;1999.
4. Castro Navarro L, Acosta F.Situación nutricional y patrones de alimentación en menores de 5 años. Ciudad de La Habana: Instituto Nacional de Salud;1994.
5. Ruz M. Efectos de la suplementación con zinc en niños. Rev Chil Nutr 1999; 20(3):40
6. Painville AJ. Pica. Practices of pregnant women are associated with lower Maternal haemoglobin level at delivery. Journal American Dietetic Asoc 1998 (3), 293 (4).