

Fiebre en el niño inmigrante... ¡no todo es malaria!

V. Fernández Ventureira, R. Hernández Abadía, J. Hidalgo Sanz, M. Bustillo Alonso, C. Guerrero Laleona, J. A. Castillo Laita

Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 92]

INTRODUCCIÓN

Se define como fiebre de origen desconocido (FOD) a la presencia de fiebre superior a 38,3 °C de más de 7 días de evolución, para la que no se encuentra focalidad después de una historia y exploración física minuciosa y una evaluación inicial exhaustiva. Aunque su etiología es muy amplia, lo más frecuente es la presentación inusual de una enfermedad común. Las tres categorías diagnósticas más amplias en niños son infecciones, enfermedades inflamatorias y neoplasias por este orden. En la mayoría de las ocasiones la FOD en la infancia es debida a procesos infecciosos víricos autolimitados. Adicionalmente, en niños inmigrantes o viajeros adquiere importancia el estudio de enfermedades infecciosas endémicas propias del lugar de origen (paludismo, tuberculosis fiebre tifoidea, dengue, etc.). Por ello, existe la necesidad de una evaluación completa y estructurada.

CASO CLÍNICO

Niño de 12 años procedente de Gambia, que reside en España desde hace cuatro días, acude a Urgencias remitido desde su centro de salud por fiebre no termometrada de tres semanas de evolución junto a cefalea, astenia, lumbalgia, dolor abdominal y deposiciones diarreicas. Nacido en España, ha residido en África desde los 6 años de edad.

Refiere como síntoma inicial dolor dentario que cedió a los pocos días sin tratamiento. Tras una anamnesis completa y una exploración física y neurológica normal se inicia estudio de fiebre de origen desconocido en el niño inmigrante. En la analítica sanguínea, presentaba un hemograma normal con marcadores de infección negativos (PCR 0,24 mg/dl y PCT 0,14 ng/ml) y bioquímica normal, salvo elevación de GGT hasta 100 U/l. El estudio de paludismo fue negativo. En ecografía abdominal realizada al ingreso, se observa abundante contenido líquido en asas intestinales con aumento del peristaltismo, apreciando leve engrosamiento de la submucosa en íleon terminal. Ante estos hallazgos en el contexto clínico descrito, se sospecha fiebre tifoidea y se inicia antibioterapia intravenosa con cefotaxima tras recogida de hemocultivo y coprocultivo, con mejoría clínica en días siguientes, pero sin remisión de picos febriles. Prueba de tuberculina: 0 mm. Radiografía de tórax normal. Hemocultivo y coprocultivo negativos. Se solicitan serologías que son negativas. Se realiza radio-

grafía de senos paranasales, ecocardiografía, fondo de ojo y ortopantomografía sin hallazgos patológicos.

Ante persistencia de la fiebre sin objetivar nuevos hallazgos en la exploración física ni en los controles analíticos se solicita gammagrafía ósea con Tc99m en la que se observa una lesión blástica en hueso frontal derecho. Se completa el estudio con TC craneal, objetivando gran absceso cerebral frontal izquierdo con efecto masa y desplazamiento de línea media, junto a empiema frontal paramedial derecho. Se realiza evacuación de absceso frontal y empiema, añadiendo al tratamiento con cefotaxima, vancomicina y metronidazol hasta completar 6 semanas, cediendo la fiebre, con controles de RNM cerebral hasta el alta. El cultivo del absceso fue negativo. Se mantiene tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico, trimetoprim-sulfametoxazol y ciprofloxacino durante dos semanas, permaneciendo asintomático, con exploración neurológica normal en controles posteriores.

COMENTARIOS

La historia clínica y la exploración física son fundamentales en la orientación diagnóstica en la FOD, ya que pueden ayudar a discriminar a los niños con un proceso benigno respecto a aquellos con una enfermedad grave subyacente, así como a dirigir los estudios a realizar para su diagnóstico etiológico. La realización secuencial y estructurada de pruebas complementarias, descartando patologías de mayor a menor frecuencia, nos permite llegar al diagnóstico de entidades no sospechadas inicialmente.

Destaca en nuestro caso la escasa concordancia entre la exploración física y los hallazgos en los estudios de neuroimagen.

El absceso cerebral es una patología infrecuente de etiología bacteriana (frecuentemente polimicrobiana), fúngica o parasitaria. Se produce por diseminación hematológica, por extensión de un foco contiguo o por inoculación directa. En un 25% de los casos no se encuentra el origen. La clínica depende de múltiples factores: tamaño, número, localización, virulencia del microorganismo, edad y estado inmunitario del paciente, entre otros. La tríada clásica de fiebre, cefalea y focalidad neurológica se observa en menos del 30% de los casos, pudiendo presentar inicialmente una clínica totalmente inespecífica como ocurrió en nuestro caso.

Proyecto de mejora en el uso de antibióticos en las faringoamigdalitis en un hospital comarcal

C. Verástegui, A. Cuadrado, M. Baranguán, I. Rodríguez, B. Romera, C. Martínez

Hospital Ernest Lluch. Calatayud

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 93]

INTRODUCCIÓN

La faringoamigdalitis aguda (FAA), en niños y adultos, es una de las enfermedades infecciosas más comunes de consulta en las urgencias hospitalarias. La etiología más frecuente es viral, sin embargo es una de las razones más frecuentes de prescripción antibiótica. Existen pruebas de detección antigénica rápida del EBHGA (TDRA). Sin TRDA, solo los criterios clínicos tienen una sensibilidad para predecir infección por EBHGA de solo 38-63%. No se ha descrito ningún caso de EBHGA resistente a Penicilinas por lo que sigue siendo el tratamiento de primera elección. En nuestro hospital comarcal un 2% de las consultas en urgencias tienen relación con síntomas compatibles con faringoamigdalitis. Sin embargo, no disponemos de TDRA de forma habitual, a excepción del Servicio de Pediatría, por lo que se sobrediagnostica de FAA estreptocócica con la consiguiente sobreprescripción antibiótica.

OBJETIVOS

Conocer la práctica clínica habitual de diagnóstico y tratamiento de FAA no complicada en un hospital comarcal sin técnicas de diagnóstico rápido en Urgencias. Demostrar las ventajas de disponer de TDRA en los Servicios de Urgencias.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio analítico descriptivo retrospectivo de pacientes que acudieron a urgencias entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de junio de 2017 con clínica compatibles con FAA. Se excluyeron aquellos pacientes que ya les hubieran prescrito el antibiótico en su centro de salud, o con alguna patología concomitante. Se utilizó la información recogida en la historia clínica, el precio de los antibióticos de venta al público y del TDRA el precio de venta a nuestro hospital. Para el análisis de ahorro total utilizamos los porcentajes de riesgo de infección por EBHGA según la literatura, que supondría el gasto real que deberíamos haber tenido en antibioterapia, utilizando una de las primeras opciones de primera línea.

RESULTADOS

Se analizaron 254 pacientes, 50% mujeres, 50% hombres. 55% pacientes pediátricos y 45% adultos. El 65% de los pacientes recibieron antibiótico.

A la hora de prescribir antibiótico, presentar fiebre y exudado son las 2 características que, de forma independiente, más inclinan al clínico a prescribir antibioterapia. Aquellos que tuvieron fiebre frente a los afebriles tuvieron 6.711 (IC95 3.21-13.99) veces más probabilidad de recibir antibiótico y si presentaban exudado 8.200 (IC95 5.929-11.335) veces. De los 88 niños (63%) tratados con antibiótico, a 74 (84%) se les prescribió el antibiótico de primera elección y 48 niños (54%) fueron tratados con el antibiótico y la dosis apropiada. Según la literatura solo 40 (45%) deberían haber recibido antibioterapia. De los 78 adultos (68%) tratados con antibioterapia solo a 15 (19%) se les prescribió un antibiótico de primera línea, y de estos solo 2 (2,5%) recibieron el antibiótico y la dosis adecuada. Según la literatura solo 21 (27%) deberían haber recibido antibioterapia. Al analizar el ahorro económico teniendo en cuenta los porcentajes descritos en la literatura si utilizásemos TRDA en todos aquellos pacientes que cumplen 2 o más criterios, y prescribiésemos Amoxicilina a 500mg/12 horas o 40-50mg/kg da 10 días, ahorraríamos un total de 979-1.103 € anuales en antibiótico 80-90% del total (1.219 €). Si invertimos en TDRA para aquellos que cumplen 2 o más criterios MClSaac 579 € (489 € más de lo gastado), el ahorro total es de 491-615 € (40-50%). Así mismo, utilizando las escalas de predicción clínica y los TDRA 89-129 (54-78%) personas se habrían beneficiado no tomando un antibiótico mal prescrito.

CONCLUSIONES

Disponer de protocolos de actuación y TDRA en las Urgencias tanto Hospitalarias como en los Centros de Salud, podría ser una medida efectiva y eficiente para la reducción de prescripción antibiótica innecesaria, con el consecuente ahorro económico, disminución de resistencias antibióticas y beneficios para el paciente.

Anemia hemolítica por infección por Citomegalovirus (CMV). A propósito de un caso de coluria en un lactante

L. Andrés Zallo, E. Castejón Ponce, L. Arlabán Carpintero, S. Miralbés Terraza

Unidad de Pediatría A (Lactantes) Servicio de Pediatría Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 94]

INTRODUCCIÓN

El CMV es un virus neurotrópico que afecta a pacientes de todas las edades. En nuestro medio, la mayor incidencia de infección se da entre la infancia y la adolescencia, de forma que entre un 60-80% de la población está infectada de adulto. Entre preescolares, la tasa de eliminación del virus en saliva y orina oscila en EE.UU. entre un 10 hasta un 80%. La infección adquirida es muy frecuente y normalmente cursa asintomática. En el 10% de los casos da síntomas de carácter mononucleósido. Entre sus manifestaciones infrecuentes se encuentra la anemia hemolítica. Presentamos un caso de anemia hemolítica por CMV diagnosticado a partir de coluria como motivo de consulta.

CASO CLÍNICO

Lactante de 2 años que acude por coluria de 12 horas de evolución, según refieren los padres. Afebril, orexia disminuida, leves síntomas catarrales desde hace unas semanas. En Urgencias se realiza en un primer momento tira de orina y ecografía sin hallazgos relevantes. En su 2ª visita a Urgencias se objetiva anemia hemolítica sin hematuria, por lo que es ingresado para completar estudio. En controles analíticos seriados llega a presentar niveles de hemoglobina de 5,1 mg/dL, por lo que precisa transfusión de hematíes. Se realiza diagnóstico diferencial, y entre las pruebas complementarias que realizamos, encontramos IgM con positividad a CMV, por lo que, tras descartar otras posibles causas, concluimos que se trata de una anemia hemolítica secundaria a infección por CMV.

COMENTARIOS

La infección adquirida por CMV normalmente cursa asintomática en niños inmunocompetentes. Cuando da síntomas, produce síndrome mononucleósido, pero no debemos olvidar que una de sus manifestaciones infrecuentes es la anemia hemolítica. Para su diagnóstico, basta con demostrar la seroconversión con anticuerpos IgM de CMV positivos, aunque también el cultivo del virus en orina y saliva, así como un resultado de PCR positivo en sangre apoyarían el diagnóstico. En pacientes inmunocompetentes con infecciones adquiridas el tratamiento antiviral no está indicado, bastando con tratamiento de soporte en caso de síndrome mononucleósido. En la revisión de casos publicados de anemia hemolítica por CMV (4 casos), todos precisaron de tratamiento corticoideo por mala evolución a pesar de las transfusiones y en alguno de ellos se pautó inmunoglobulina intravenosa de CMV. En relación a esta, su eficacia es incierta, aunque algunos expertos recomiendan añadirla al tratamiento de pacientes de alto riesgo. Para concluir, debemos insistir en la importancia de extremar medidas higiénico-dietéticas en el contacto de preescolares con embarazadas por el riesgo de contagio de infecciones como el CMV, tener presente esta entidad como causa de hemólisis y valorar el balance beneficio-riesgo a la hora de iniciar tratamiento antiviral en casos graves.

Idiosincrasia a antiinflamatorios no esteroideos

L. Jiménez Royo, M. P. Moreno Santos, J. M. Romero de Ávila Montoya, C. L. Trujillano Lidón, M. T. Sobrevía Elfau

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 95]

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el uso creciente de los AINE (Antiinflamatorios no esteroideos) en la población pediátrica ha provocado un aumento de las reacciones adversas medicamentosas. Podemos distinguir tres tipos: las intolerancias, las de hipersensibilidad y la idiosincrasia. Es importante diferenciar la hipersensibilidad de la idiosincrasia; siendo la de hipersensibilidad selectiva a un AINE o grupo de AINE con estructura química similar, mientras que la idiosincrasia presenta reactividad cruzada independientemente de su estructura química. Debido al aumento en la frecuencia de esta última, es importante saber los mecanismos que la produce para el manejo correcto de estos pacientes.

CASO CLÍNICO

Niño de 6 años que consulta por angioedema palpebral bilateral, sensación de disfagia y tos seca tras 30 minutos

de la toma de Ibuprofeno. No urticaria asociada. Hasta entonces había tomado AINE sin consecuencias, incluido paracetamol. Sibilantes recurrentes durante época de lactante. Tolera todo tipo de alimentos. Se realiza prueba de exposición controlada con ácido acetil salicílico, que resulta positiva, diagnosticando al paciente de idiosincrasia a AINE. En domicilio, ingesta de 3 dosis de Paracetamol a 15 mg/kg, inicia angioedema, disfagia y tos, siendo catalogado como idiosincrasia a AINE incluido paracetamol.

COMENTARIOS

Dado el uso común de los AINE en la población pediátrica, es útil diferenciar los casos de hipersensibilidad de los de idiosincrasia por su diferente patogenia. La idiosincrasia es más frecuente y su manejo complicado, ya que la mayoría de antipiréticos usados en la práctica habitual en pediatría son AINE y están implicados en reacciones que pueden llegar a ser graves.

Adolescente con alteración de la marcha

S. Congost Marín, J. Calvo Aguilar, P. Sanz de Miguel, E. Sancho Gracia, S. Abió Albero, M. Odriozola Grijalba

Hospital San Jorge. Huesca

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 96]

INTRODUCCIÓN

La cojera es un motivo común de consulta en pediatría. La causa, en la mayoría de casos, se va a poder determinar con una adecuada anamnesis y exploración física. Si bien suele ser una condición benigna, un diagnóstico erróneo puede suponer secuelas funcionales importantes. La presencia o ausencia de dolor y el patrón de la marcha nos ayudará a orientar el diagnóstico y las posibles pruebas complementarias necesarias.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 13 años que consulta por cojera y cefalea de 48 horas de evolución con limitación a la flexión del pie izquierdo. No recuerda traumatismo previo. Tras analgesia mejoría de la cefalea, pero persiste la limitación motora. A la exploración presenta limitación para la dorsiflexión del pie izquierdo con disminución de fuerza, marcha con *steppage* de pie izquierdo e imposibilidad a la marcha de talón izquierdo. Marcha de puntillas, reflejos osteotendinosos y resto de exploración por aparatos normal. Antecedente de cefalea hemicraneal izquierda con parestesias peribucales y de extremidad inferior derecha autolimitadas de varios meses de evolución con RM craneal normal. Se realiza EMG que resulta compatible con neuropatía focal desmielinizante del nervio ciático poplíteo izquierdo con degeneración axonal secundaria. Ante sospecha de neuropatía con susceptibilidad a

la parálisis por presión se solicita estudio genético donde se objetiva delección de los exones del gen PMP22 que confirma el diagnóstico, siendo el estudio genético familiar negativo. Inicia rehabilitación consiguiendo recuperación del cuadro 6 meses tras el debut. Durante los años siguientes ha presentado otros episodios similares en otras localizaciones.

COMENTARIOS

La neuropatía tomacular, o neuropatía hereditaria con parálisis sensible a la presión, es una polineuropatía generalizada de herencia autosómica dominante, con episodios recurrentes de parálisis y trastornos sensitivos indolores tras traumatismos leves. El diagnóstico se basa en una historia clínica y familiar sugestiva y estudio neurofisiológico compatible con polineuropatía sensitivomotora desmielinizante. Los hallazgos electroneurográficos están presentes en individuos clínicamente afectos y en portadores asintomáticos. En el estudio molecular se demuestra una delección en el gen PMP 22 (17p11.2), que condiciona una disminución de la mielina a nivel periférico. Es una entidad incluida dentro del grupo de las neuropatías periféricas sensitivomotoras hereditarias, con una prevalencia de 16/100.000; sin embargo, probablemente esté subestimada por su carácter indoloro y autolimitado y por la presencia de portadores asintomáticos. No existe tratamiento específico aunque la rehabilitación mejora los síntomas y las recurrencias.

Tos de larga evolución

A. M. Gutiérrez Sánchez, M. Marín Andrés, A. Villamañán Montero, C. Martín de Vicente, J. A. Castillo Laita

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 97]

INTRODUCCIÓN

La aspiración de un cuerpo extraño (CE) a la vía aérea constituye un accidente frecuente en pediatría, con una importante morbimortalidad, por lo que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. La permanencia prolongada de un CE a nivel bronquial puede producir sibilancias unilaterales, confundidas frecuentemente con síndrome bronquial obstructivo, neumonías y atelectasias persistentes en la misma localización que no ceden con el tratamiento convencional y bronquiectasias. Los cuerpos extraños orgánicos producen además mayor reacción inflamatoria y se asocian a mayor retraso en el diagnóstico y mayor riesgo de secuelas.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 8 años con tos persistente de un año de evolución, diaria y de predominio nocturno. Presenta fatiga con el ejercicio y mejoría subjetiva con salbutamol. Padres sanos no consanguíneos. Embarazo y parto normal. No realizado cribado neonatal para fibrosis quística. Dermatitis atópica. No vómitos, atragantamientos ni disfagia. No tosedores en domicilio.

Consulta inicialmente en su Centro de Salud por tos de varias semanas de evolución, sin otra clínica acompañante. Hemograma e inmunoglobulinas normal. Prueba de tuberculina negativa. Prick test positivos para gramíneas. Radiografía de tórax: foco consolidativo triangular en lóbulo inferior izquierdo (LII). Recibe tratamiento con amoxicilina-clavulánico y salbutamol inhalado, persistien-

do a los 2 meses tos e imagen atelectásica en LII. Es remitido a Neumología Pediátrica a los 6 meses de evolución, presentando en ese momento tos blanda sin expectoración mucosa, sibilantes aislados y subcrepitantes en LII. Se realiza: test del sudor normal y espirometría forzada con patrón obstructivo y prueba broncodilatadora positiva e inicia tratamiento de fondo con fluticasona + formoterol inhalados. A los 2 meses, persiste clínica e imagen radiológica y se solicita TAC pulmonar que muestra atelectasia en LII y bronquiectasias groseras en su seno con abundante mucosidad. En la fibrobroncoscopia se objetiva cuerpo extraño alojado en entrada de LII con aspecto de cáscara de pipa con mucosa inflamada a su alrededor, que se extrae. Posteriormente el paciente recibe tratamiento con corticoide, ciclos alternos de antibioterapia y fisioterapia respiratoria, presentando mejoría clínica. En TAC pulmonar de control a los 2 meses, se observan gruesas bronquiectasias en LII y llingula.

COMENTARIOS

Debemos sospechar la aspiración de un cuerpo extraño ante imágenes radiológicas persistentes en la misma localización, aunque no haya antecedente de episodio de asfixia. A mayor retraso en el diagnóstico, mayor riesgo de secuelas y mayor gravedad de las mismas: síntomas respiratorios crónicos, bronquiectasias. Es importante dar recomendaciones y alertar a los padres sobre el riesgo de aspiración en niños <4-5 años con determinados alimentos como frutos secos, caramelos, etc.

¿Bronquiolitis en lactante?

A. L. Martínez de Morentin Navarcorena, L. Sala Fernández, I. Baquedano Lobera, J. P. García Íñiguez, C. Martín de Vicente

Hospital Infantil Miguel Servet

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 98]

INTRODUCCIÓN

Las anomalías traqueales congénitas son una entidad rara, con una incidencia de un 0,3%-1% de todas las estenosis laringo-traqueales. La edad de inicio y la gravedad de los síntomas dependen del grado de estenosis. Los lactantes presentan dificultad respiratoria grave, cianosis y dificultad para alimentarse. Para el diagnóstico generalmente se necesita una broncoscopia confirmatoria. La estenosis traqueal requiere corrección quirúrgica. En los pacientes con ETC es necesario descartar la presencia de anomalías vasculares asociadas.

CASO CLÍNICO

Lactante de 4 meses con cuadro de bronquiolitis que ingresa en planta de hospitalización por persistencia de trabajo respiratorio importante. Durante las 24 horas siguientes tiene que ser trasladado a la UCI-P por episodio de apnea. Durante su ingreso en la UCI se inicia tratamiento con ventilación mecánica no invasiva, pero ante empeoramiento mecánico respiratorio y desaturaciones persistentes se decide intubar. Se realiza una fibrolarinoscopia subóptima interrumpida de forma prematura

por inestabilidad del paciente, en la que inicialmente se sospechó la presencia de un «stop» a nivel subglótico. Posteriormente precisa para ventilar presiones pico altísimas, que hacen sospechar una obstrucción de vías respiratorias. Ante la tórpida evolución respiratoria se decide realizar una fibrobroncoscopia, donde se objetiva una estenosis traqueal en segmento distal. Se remite al paciente a Hospital 12 de Octubre donde se realiza intervención quirúrgica reparadora efectiva.

COMENTARIOS

- Ante transcurso tórpido de un proceso respiratorio destacar la importancia de una búsqueda exhaustiva de la causa.
- La estenosis traqueal congénita (ETC) es una anomalía poco frecuente de la vía aérea en la edad pediátrica, que puede comprometer la vida de estos niños.
- La ETC presenta un desafío diagnóstico y a su vez terapéutico.
- Destacar la fibrobroncoscopia como técnica diagnóstica principal.
- Posibilidad de tratamiento quirúrgico reparador.

Las apariencias engañan

J. Hidalgo Sanz, M. Marín Andrés, P. Rubio Sánchez, V. Fernández Ventureira, E. Ubalde Sainz, L. Monge Galindo

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 99]

INTRODUCCIÓN

La cefalea es una consulta frecuente en urgencias y, aunque en un gran porcentaje de los casos se trata de un síntoma aislado y autolimitado, tenemos que ser capaces de diferenciar aquellas ocasiones en las que se trata de una manifestación de un proceso potencialmente grave.

CASO CLÍNICO

Niña de 9 años con discapacidad intelectual y microcefalia, valorada por segunda vez en urgencias, remitida por su pediatra por cefalea de 5 días de evolución que asocia bradipsiquia y discreta inestabilidad. Se realiza un TC de urgencia que muestra una lesión hipodensa con efecto masa a nivel de hemisferio cerebeloso derecho, que provoca hidrocefalia, sugestiva de lesión tumoral. Al completar el estudio con RM se observa que la lesión ocupante de espacio se trata de un proceso inflamatorio (cerebeli-

tis). Se consigue resolución completa del cuadro con tratamiento corticoideo IV.

COMENTARIOS

Destacar la dificultad en la valoración en Urgencias de determinados signos de alarma en pacientes con trastornos neurológicos previos, siendo fundamental conocer la situación basal del paciente y/o tener muy en cuenta la percepción de la familia en los cambios observados.

En nuestro medio se realiza TC craneal en aquellos pacientes que presentan criterios de gravedad por ser una prueba de imagen más accesible que la RM, aunque no debemos olvidar que esta última es el *gold standard* ante sospecha de patología a nivel del SNC y siempre se deberá realizar si hay algún signo de alarma en el TC o una alta sospecha pese a no encontrar hallazgos de interés.

Insuficiencia mitral iatrogénica secundaria a ablación. Una complicación infrecuente a tener en cuenta

L. Arlabán Carpintero, L. Andrés Zallo, L. Jiménez Montañés, A. Ayerza Casas, J. P. García Íñiguez, E. Castejón Ponce

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 100]

INTRODUCCIÓN

Las taquicardias supraventriculares (TSV) son las arritmias más frecuentes en la infancia. Dentro de estas, en neonatos, lactantes y niños pequeños la taquicardia por reentrada auriculoventricular (mediada por vía accesoria) es la más frecuente. En un 30-80% de los casos se produce remisión espontánea de los síntomas. En casos refractarios al tratamiento médico y/o con disfunción ventricular, se debe valorar la ablación de la vía accesoria ya que es un procedimiento con una alta tasa de éxito y escasas complicaciones. Presentamos dos casos de lesión valvular iatrogénica secundaria a ablación de vía accesoria en período neonatal.

CASO CLÍNICO

Recién nacida con diagnóstico prenatal de TSV, con escasa respuesta a digitalización materna. Tras el nacimiento inicia episodio de taquicardia, aparentemente mediada por vía accesoria que persiste pese a triple terapia farmacológica, por lo que se decide realizar ablación de vía accesoria inicialmente satisfactoria. A las tres semanas del procedimiento, presenta cuadro de insuficiencia cardíaca

aguda secundaria a insuficiencia mitral iatrogénica y parada cardiorespiratoria por taponamiento cardíaco, que precisa reanimación cardiopulmonar y pericardiocentesis. En su evolución (6 meses) presenta insuficiencia mitral residual controlada con tratamiento médico.

Se presenta, además, un caso similar de un paciente que en la actualidad tiene 2 años y que presentó esta misma complicación tras ablación de vía accesoria, precisando recambio valvular mitral (prótesis mecánica). El paciente presenta importantes secuelas neurológicas tras haber presentado varios episodios de parada cardiorrespiratoria secundaria a la complicación reseñada.

COMENTARIOS

La ablación de la vía accesoria se encuentra indicada en casos de taquicardia por reentrada auriculoventricular resistentes a tratamiento farmacológico. Asocia una alta tasa de éxitos, 94%, y baja tasa de complicaciones, 3-4%. Aunque el daño valvular es una complicación infrecuente derivada de esta técnica, es importante tenerla en cuenta en niños con este antecedente que presentan cuadro de insuficiencia cardíaca.

Hipotiroidismo central: ¿simplemente patología tiroidea o algo más?

R. Subirón Ortego, A. Sangrós Giménez, A. de Arriba Muñoz, M. Ferrer Lozano, J. I. Labarta Aizpún

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 101]

INTRODUCCIÓN

Los craneofaringiomas son tumores benignos del sistema nervioso central poco frecuentes, originados de restos embrionarios de la bolsa de Rathke. Presentan 2 picos de incidencia a los 5-14 años y otro a partir de los 50 años. Se localizan mayoritariamente en la silla turca o la región supraselar, pudiendo producir múltiples síntomas neurológicos, visuales o endocrinológicos derivados de la afectación del eje hipotálamo-hipofisario. Su tratamiento de elección es quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un niño de 9 años diagnosticado de craneofaringioma al realizarse una prueba de imagen por presentar un estrabismo convergente de nueva aparición y una disminución de visión con hemianopsia bitemporal. Se realizó una exéresis incompleta de la lesión que precisó meses después radiocirugía estereotáxica para disminuir los restos tumorales. Como secuelas

presenta un panhipopituitarismo que precisa tratamiento sustitutivo con hidrocortisona, levotiroxina y hormona de crecimiento, y una hemianopsia bitemporal.

Con anterioridad al diagnóstico, 6 meses previos al debut, se realizó estudio analítico por clínica de mareos y poliuria, presentando una T4 disminuida con TSH anormalmente normal, siendo compatible con un hipotiroidismo central.

COMENTARIOS

El hipotiroidismo central es mucho menos frecuente que el hipotiroidismo primario, pero es preciso tenerlo en cuenta cuando las hormonas tiroideas están disminuidas con TSH ligeramente aumentada o anormalmente normal. La etiología del hipotiroidismo central puede ser secundaria a tumores, traumatismos, enfermedades infiltrativas, patología autoinmune, enfermedades vasculares o tras cirugía o irradiación craneal, por lo que ante su sospecha será necesario solicitar una prueba de imagen.

Hipertensión de origen endocrino

L. Trujillano Lidón, L. Jiménez Royo, M. P. Moreno Santos, M. Romero de Ávila Montoya, G. Bueno Lozano

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 101]

INTRODUCCIÓN

El hiperaldosteronismo primario se define como un aumento de aldosterona en sangre de forma autónoma por aumento de su producción a nivel de la glándula suprarrenal y no suprimible por la elevación en la concentración de sodio. Constituye una enfermedad rara en la edad pediátrica, siendo una causa poco frecuente de HTA. Las medidas de la tensión arterial realizadas en la consulta constituyen el cribado inicial de la HTA, siendo la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) la técnica de elección para su diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años con hallazgo casual de tensión arterial >P99 para su edad, sexo y talla en más de 3 deter-

minaciones distintas, en contexto de cefalea ocasional, dos episodios de epistaxis y astenia de 2 semanas de evolución. Se confirman cifras tensionales en rango de HTA mediante la MAPA. Para el diagnóstico diferencial, se realiza despistaje de las principales causas de HTA secundaria en la infancia mediante estudio analítico y pruebas de imagen, siendo el diagnóstico definitivo un hiperaldosteronismo primario. Se inicia tratamiento antihipertensivo y se realiza seguimiento con adecuado control.

COMENTARIOS

La prevalencia de HTA en la edad pediátrica está aumentando en los últimos años. Es importante realizar un adecuado estudio de la misma ya que su alteración en edades tempranas se traduce en HTA con lesión orgánica y enfermedades cardiovasculares en edades adultas.

Taquicardia de diagnóstico prenatal

M. Marín Andrés, A. M. Gutiérrez Sánchez, J. Hidalgo Sanz, L. Jiménez Montañés, S. Rite Gracia

Hospital Universitario Miguel Servet.

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 102]

INTRODUCCIÓN

La taquicardia fetal se define por la presencia de una frecuencia cardíaca mayor a 180 latidos por minuto (lpm). La taquicardia recíprocante de la unión aurículo ventricular es la forma más frecuente de taquicardia en el feto. El flutter auricular es una arritmia poco común en la edad pediátrica, suponiendo un 10% del total de taquicardias sostenidas fetales.

CASO CLÍNICO

Gestante de 32+5 semanas de edad gestacional (SEG) que acude trasladada desde Hospital San Jorge (Huesca) para valoración por Cardiología Pediátrica por polihidramnios y taquicardia fetal. En la ecocardiografía fetal se objetiva taquicardia fetal a 260 lpm, sugestiva de taquicardia recíprocante aurículo ventricular típica, alternando con fases cortas de ritmo sinusal. Se decide ingreso e inicio de tratamiento materno con digoxina. A las 24 horas del ingreso, se repite la ecocardiografía fetal objetivando persistencia de la taquicardia por lo que se añade flecainida al tratamiento materno. Se reevalúa a la paciente a las 33+6 SEG persistiendo la taquicardia fetal sin repercusión hemodinámica. Finalmente a las 34+6 SEG se decide inducir el parto por persistencia de taquicardia fetal refractaria a tratamiento materno. El parto se produce por cesárea por situación transversa y la recién nacida nace vital, con esfuerzo respiratorio y con taquicardia a 200 lpm. Precisa ventilación con IPPV para mantener adecuadas saturaciones de oxígeno pudiendo pasar a modalidad CPAP a los pocos segundos de vida. Se traslada a UCI neonatal donde se realiza ECG objetivando una taquicardia a 200 lpm, de QRS estrecho y sin ondas p. Dada la persistencia de la taquicardia se administran tres dosis de adenosina intravenosa. Tras la tercera dosis se evidencian ondas F sugestivas de flutter auricular. En la gasometría inicial presenta importante acidosis respiratoria (pH 7.12, pCO₂ 91) por lo que dada la afectación respiratoria y la necesidad de cardioversión se decide intubación orotraqueal. Posteriormente se realiza cardioversión eléctrica sincronizada tras lo cual la paciente revierte a ritmo sinusal. A las 33 horas de vida presenta taquicar-

dia a 195 lpm con imagen compatible con flutter auricular en el ECG. Se realiza cardioversión eléctrica sincronizada precisando dos choques eléctricos para revertir a ritmo sinusal. Ante la presencia de flutter refractario a cardioversión se decide iniciar tratamiento de mantenimiento con flecainida (2 mg/kg/día). Sin embargo, a las 67 horas de vida presenta nuevo episodio de flutter auricular precisando cardioversión eléctrica sincronizada y virviendo a ritmo sinusal. Se decide aumentar la dosis de mantenimiento de flecainida (3 mg/kg/día). Finalmente es dada de alta a los 22 días de vida sin presentar nuevos episodios de flutter auricular.

COMENTARIOS

El flutter auricular es una taquicardia auricular caracterizada por una actividad auricular que puede alcanzar una frecuencia que varía entre 250-600 latidos/minuto. El mecanismo del flutter auricular es una reentrada que se origina en la aurícula derecha y que rodea al anillo de la válvula tricúspide. Como el nodo aurículo ventricular no puede transmitir los impulsos tan rápidos que se generan en la aurícula, casi siempre existe cierto grado de bloqueo aurículo ventricular y los ventrículos responden a uno de cada 2-4 latidos auriculares. En ocasiones la respuesta es variable, por lo que el ritmo es irregular. Las maniobras vagales o la adenosina pueden producir un enlentecimiento temporal de la frecuencia cardíaca por un aumento del bloqueo aurículo-ventricular lo cual permite establecer el diagnóstico. En el diagnóstico prenatal, la ecocardiografía fetal resulta de gran utilidad. Se extrapolan los fenómenos eléctricos del corazón a partir de la contracción de las distintas cavidades cardíacas y a partir del estudio de las ondas de flujo doppler. Tras el nacimiento, el diagnóstico se confirma con el ECG en el que se objetivan ondas rápidas y regulares en forma de dientes de sierra (ondas F). Durante la gestación, la terapia materna con fármacos antiarrítmicos es el manejo más frecuente. El tratamiento postnatal de elección es la cardioversión eléctrica sincronizada por ser el tratamiento más efectivo. A diferencia de lo ocurrido en nuestra paciente, la recidiva del flutter auricular es poco habitual y normalmente no precisa administrar medicación profiláctica.