

Dolor abdominal agudo en pediatría, a propósito de un caso

P. M. Barberá Pérez, Y. Aliaga Mazas, P. Collado Hernández, L. García Hernández, C. Izquierdo Ríos, L. Pérez Navalón, V. Sancho Ariño

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 71]

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es uno de los motivos que con más frecuencia origina consultas al servicio de urgencias pediátricas. Es importante llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial y realizar un diagnóstico precoz para decidir el tratamiento más adecuado, sobre todo si este es quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años que consulta a urgencias por cuadro clínico de fiebre de hasta 39 °C de 24 horas de evolución e intenso dolor en hemiabdomen derecho. Ecografía abdominal compatible con la normalidad. Se decide ingreso para observación y tratamiento.

Tras mejoría clínica inicial, el paciente comienza con vómitos biliosos. En la exploración física destaca intensa palidez mucocutánea y dolor a la palpación de hipocon-

drio derecho, con Murphy +. La segunda ecografía abdominal muestra vesícula biliar aumentada de tamaño y barro biliar en su interior. El Servicio de Cirugía indica continuar con antibioterapia y colecistectomía de forma diferida. Al sexto día de ingreso el paciente es dado de alta con diagnóstico de colecistitis aguda alitiásica.

Dos meses después el paciente acude a urgencias con la misma sintomatología. A las 24 horas del inicio de los síntomas se realiza colecistectomía por vía laparoscópica. Es dado de alta al tercer día, sin incidencias.

CONCLUSIONES

La colecistitis aguda es la inflamación de la pared vesicular, que rara vez ocurre en edad pediátrica. Sin embargo, es una entidad que debemos siempre tener presente a la hora de realizar un adecuado diagnóstico diferencial ante un paciente con dolor abdominal agudo.

Maternidad: una profesión de riesgo. A propósito de 2 casos

J. M. Martínez de Zabarte Fernández, B. Castán Larraz, E. Romeo Lázaro, T. Cénarro Guerrero

Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 71]

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica diaria se presentan ocasionalmente cuadros clínicos diferentes, con una base etiológica compartida, en miembros de la misma familia y cuya relación habitualmente pasa desapercibida.

CASO CLÍNICO

Caso 1: Niño de 2 años diagnosticado de herpangina con buena evolución, cuya madre acude a Urgencias 4 días después del diagnóstico con clínica de cefalea intensa, náuseas, inestabilidad, rigidez nuchal y fiebre. Ingresa con sospecha de meningitis bacteriana, confirmándose posteriormente mediante PCR la presencia de Enterovirus en líquido cefaloraquídeo.

Caso 2: Niño de 5 años diagnosticado de escarlatina clínica y analítica. Concomitantemente la madre presenta exantema pruriginoso con lesiones maculopapulosas descamativas compatible con psoriasis gutata. En el estudio bioquímico se reflejan niveles elevados de ASTO en ambos pacientes. Madre e hijo recibieron tratamiento con Beta-lactámicos con buena respuesta.

COMENTARIOS

En ocasiones el mismo agente etiológico puede desencadenar diferentes cuadros clínicos en la edad pediátrica y en la edad adulta. Es importante la realización de una buena anamnesis incluyendo los antecedentes familiares para realizar un correcto abordaje diagnóstico y terapéutico.

Infección por Pseudomona, ¿hay que pensar en algo más?

M. López Úbeda, A. Bergua Martínez, C. Vera Sáez Benito, P. Madurga Revilla, J. P. García Iñíguez, C. Rodríguez-Vigil Iturrate

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 72]

INTRODUCCIÓN

Las inmunodeficiencias primarias engloban una variedad de déficits inmunes congénitos. Las infecciones constituyen su complicación principal y más frecuente, siendo un cuadro de alerta para sospechar su diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Niño de 2 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que ingresa procedente de hospital secundario por sospecha de sepsis: fiebre, exantema macular, úlcera ampollosa escrotal izquierda, taquicardia, normotensión arterial, leucopenia-neutropenia, elevación de PCR y PCT, acidosis metabólica y coagulopatía. Se expande volemia con suero salino fisiológico y se inicia tratamiento con cefotaxima, vancomicina y clindamicina, previa recogida de hemocultivo. A su llegada a la UCI pediátrica se estabiliza hemodinámicamente (expansión volemia) y se cambia pauta antibiótica según protocolo de neutropenia febril: vancomicina, cefepime y amikacina. A las 48 horas, crecimiento de Pseudomona Aeurignosa en hemocultivo, suspen-

diéndose vancomicina. Ante el aspecto macroscópico de la lesión escrotal y aislamiento de pseudomona, se considera la posibilidad de ectima gangrenoso. Posteriormente, presenta múltiples nódulos subcutáneos dispersos, confirmándose en absceso de pie derecho crecimiento de esta bacteria.

El estudio inmunológico muestra marcada disminución de poblaciones linfocitarias B y de subclases de inmunoglobulinas, confirmándose en laboratorio de referencia una agammaglobulinemia ligada a X. Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas con buena respuesta.

COMENTARIOS

Una inmunodeficiencia primaria puede sospecharse ante presencia de síntomas y signos determinados, entre los que destacan infecciones prolongadas, recurrentes, complicadas o por gérmenes oportunistas o no patógenos habituales. Pruebas sencillas y disponibles como un hemograma o la cuantificación de inmunoglobulinas pueden ayudarnos a detectar gran parte de estas patologías.

Cenando con el bacilo de Koch

L. Lahílla Cuello, J. M.^a Amal Alonso, C. Puig García, A. Sánchez Zapater

Centro de Salud Actur Norte (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 73]

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) que se transmite por vía respiratoria, inhalando gotitas contaminadas procedentes de enfermos bacilíferos. Se diferencian 3 estadios: *exposición a tuberculosis* (contacto reciente con un enfermo, Mantoux negativo y asintomático), *infección tuberculosa latente* (Mantoux positivo, asintomático, con o sin contacto conocido) y *enfermedad tuberculosa* (clínica y/o radiografía compatible, con o sin contacto conocido, con Mantoux positivo o negativo).

CASO CLÍNICO

45 días trascurridos desde la cena familiar de Noche Buena en Sigüenza, una lactante de 11 meses inicia un cuadro de fiebre de hasta 39,7 °C con deposiciones líquidas acompañadas de tos y rinitis. Al décimo día, en la radiografía de tórax se objetiva un foco de consolidación neumónico en campo medio pulmonar derecho y se inicia tratamiento antibiótico IV. Ante la no mejoría clínica ni radiológica, a los 3 días se realiza Mantoux que resulta positivo, por lo que recogen jugos gástricos para cultivo en el que se aísla *Mycobacterium tuberculosis*, confirmando así el diagnóstico de *enfermedad tuberculosa*, y se trata con isoniazida, rifampicina, pirazinamina y etambutol durante 6 meses.

Ante este diagnóstico es necesario y prioritario realizar un estudio de contactos: En la madre con Mantoux positivo sin clínica ni hallazgos radiológicos (*infección latente*) se realizó profilaxis con isoniazida. En el padre Mantoux negativo sin clínica ni hallazgos radiológicos (*exposición*) se realizó profilaxis con isoniazida durante 2 meses hasta la repetición del Mantoux negativo. El caso índice se diagnosticó en una tía materna que presentaba clínica radiológica (*enfermedad*). Dos primos de 4 meses y 6 años presentaron *enfermedad*, y 4 tíos, la abuela y la bisabuela *infección latente*. Todos ellos contagiados a partir del caso índice bacilífero durante la cena del día de Noche Buena. Ese día cohabitaron 12 personas de las cuales 4 presentaron *enfermedad tuberculosa* incluida el caso índice, 8 *infección latente*, y uno solo *exposición a tuberculosis*.

CONCLUSIONES

Los niños eliminan escasos bacilos a través de secreciones respiratorias, por lo que no suelen transmitir la infección. Un diagnóstico de infección o enfermedad en el niño es siempre un «evento centinela» que representa la transmisión reciente de MTB en la comunidad. Por tanto, existirá un adulto cercano con enfermedad bacilífera, por lo que es necesario realizar un estudio de contactos. En nuestra descripción es de destacar la alta tasa de ataque entre los contactos en un único episodio temporal.

Anemias, no todas son iguales

P. Barberá Pérez, P. Collado Hernández, G. Herráiz Gastesi, L. García Hernández, L. Pérez Navalón

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 74]

INTRODUCCIÓN

La anemia es un hallazgo de laboratorio frecuente en la edad pediátrica, que afecta en torno al 20% de los niños en los países desarrollados. La clínica varía en función de la etiología, severidad y duración del cuadro. Las causas pueden ser múltiples. En la mayoría de los casos una correcta anamnesis, un examen físico completo y un estudio analítico permiten llegar fácilmente al diagnóstico. En la infancia la anemia más frecuente es la anemia ferropénica. Sin embargo, no todas las anemias son iguales.

CASO CLÍNICO

Escolar de 8 años de edad que es traída a urgencias por astenia e ictericia de 48 horas de evolución. La paciente está afebril, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración destaca la palidez mucocutánea con tinte icterico y un soplo sistólico II/VI. La analítica revela hemoglobina de 4,5 g/dL, hematocrito de 14,3%, VCM 124,3 fl y reticulocitos de 48,45%. Serie blanca y plaquetas normales. Coombs positivo. Ingresa con diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos

calientes. Se inicia tratamiento con corticoide IV, reposo absoluto y monitorización continua. La paciente permanece en el hospital 15 días, requiriendo transfusión de concentrado de hematíes en 2 ocasiones y 3 dosis de inmunoglobulina G como tratamiento adyuvante. Evoluciona favorablemente y en la actualidad está en seguimiento en consultas.

COMENTARIOS

La anemia hemolítica autoinmune constituye el 5% de las anemias. Se produce una destrucción temprana de los hematíes por la existencia de autoanticuerpos. Pueden ser por anticuerpos calientes, de tipo IgG, o anticuerpos fríos, IgM. Las más frecuentes en pediatría son las producidas por anticuerpos calientes. En este grupo los hematíes recubiertos de autoanticuerpos y/o complemento son destruidos por los macrófagos esplénicos (hemólisis extravascular). Suelen ser secundarias a procesos infecciosos o enfermedades autoinmunes, aunque en la mayoría de las ocasiones no se encuentra causa. Los dos pilares del tratamiento son los corticoides y el de la causa subyacente.

Poliuria a estudio: a propósito de un caso

E. M. Peralta Rufas, B. Castán Larraz, E. Romeo Lázaro, M. Ferrer Lozano, C. Rodríguez-Vígil Iturrate

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 75]

INTRODUCCIÓN

La Histiocitosis de células de Langerhans es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, pero debemos sospecharla ante el diagnóstico de Diabetes insípida de origen central. En aquellos casos de afectación localizada presenta buen pronóstico, por lo que es importante realizar un diagnóstico precoz para llevar a cabo un tratamiento adecuado.

CASO CLÍNICO

Niña de 7 años que presenta poliuria, polidipsia y nicturia de un mes de evolución, sin antecedentes de interés, salvo Diabetes Mellitus tipo II en rama paterna; destacando únicamente en su exploración física una disminución de la velocidad de crecimiento en los últimos controles. Ante esta clínica realizamos bioquímica sanguínea para excluir Diabetes Mellitus, sin presentar alteraciones. Ante resultados de ecografía renovesical (sin alteraciones) y balance renal (volumen diuresis 5 litros, Vmin 5.2 ml/100 ml FG y osmolaridad orina 116 mOsm/kg), descartamos insuficiencia renal aguda y se realiza el test de restricción hídrica objetivando pérdida de peso del 3,5% e incapacidad de concentrar la orina, por lo que excluimos potomanía, sospechando una Diabetes insípida. Para conocer su origen, realizamos la prueba de estímulo con desmo-

presina, objetivándose capacidad de concentración de orina por lo que diagnosticamos diabetes insípida de origen central. En la RMN se objetiva engrosamiento focal del hipotálamo con extensión al tallo hipofisario y realce tras administrar gadolinio, no visualizándose el punto brillante de la neurohipófisis, todo ello compatible con histiocitosis. El estudio de extensión (fondo de ojo, marcadores tumorales sanguíneos, serie ósea, estudio del líquido cefalorraquídeo y poblaciones linfocitarias), es normal. Asimismo se diagnostica déficit de GH tras hallar niveles de IGF-I y IGFBP3 disminuidos y realizar test de hipoglucemia insulínica. Continúa tratamiento con desmopresina y seguimiento periódico con prueba de imagen y serie ósea, así como velocidad de crecimiento.

COMENTARIOS

Ante clínica de poliuria y polidipsia en un niño, el diagnóstico de sospecha más frecuente es Diabetes Mellitus, por lo que realizaremos una glucemia para confirmarlo.

En este caso, tras hallazgo de Diabetes insípida central se diagnostica Histiocitosis de células de Langerhans localizada a nivel neurológico por lo que adoptamos actitud expectante con controles periódicos con pruebas de imagen y tratamiento con desmopresina.

Síndrome pseudoapendicular. No todo dolor en fosa iliaca derecha es apendicitis

S. Laliena Aznar, M. L. Sancho Rodríguez, L. Morlán Herrador, C. Verástegui Martínez, J. C. Bastarós García

Centro de Salud Torrerramona (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 76]

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una patología quirúrgica potencialmente grave sin tratamiento y que debemos sospechar y descartar ante dolor en fosa iliaca derecha sugestivo. Sin embargo, hay otras etiologías que pueden dar lugar a cuadros similares.

Yersinia Enterocolítica es una bacteria que se transmite principalmente a través de la carne de cerdo mal cocinada o con la ingesta de agua contaminada, entre otros. La clínica más frecuente es la yersiniosis aguda, aunque se ha descrito que puede provocar un cuadro llamado síndrome pseudoapendicular, que presenta dificultad a la hora de realizar un diagnóstico diferencial con la apendicitis. Consiste en dolor localizado en fosa iliaca derecha, generalmente acompañado de fiebre, vómitos y leucocitosis; en la ecografía se objetiva inflamación alrededor del apéndice e ileon terminal, así como de los ganglios mesentéricos. Generalmente no precisa tratamiento antibiótico, salvo casos graves o con complicaciones asociadas.

CASO CLÍNICO

Niña de 11 años de edad que acude al Centro de Salud por dolor en fosa iliaca derecha de 2 días de evolución, sin otra sintomatología asociada. Es remitida en dos ocasiones a Urgencias del Hospital Infantil para valoración por sospecha de apendicitis, siendo finalmente ingresada. En coprocultivos realizados durante la hospitalización se objetiva crecimiento Yersinia Enterocolítica. El cuadro mejora progresivamente, sin precisar tratamiento antibiótico, pudiendo ser dada de alta sin clínica.

COMENTARIOS

Ante cuadros sugestivos de apendicitis, debemos descartar patología quirúrgica aguda, pero sin ignorar que hay otros cuadros que pueden cursar con clínica similar, y que evolucionan favorablemente sin necesidad de tratamientos invasivos.

Cómo influyen los niveles de Procalcitonina (PCT) en la actuación en urgencias de nuestro hospital

C. Verástegui Martínez, B. de Dios Javierra, L. Murillo San Juan, E. Sancho Gracia, R. Pérez Delgado, V. Gómez Barrena, C. Campos Calleja,

Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 77]

INTRODUCCIÓN

La Procalcitonina se utiliza cada vez más para descartar infecciones potencialmente graves, pero debemos mejorar y optimizar su uso para el manejo diagnóstico-terapéutico.

OBJETIVOS

- Analizar si los niveles de Procalcitonina son determinantes en nuestra actitud ante prescripción de antibioterapia e ingreso hospitalario.
- Valorar su relación con otros parámetros analíticos, clínicos y diagnósticos finales.
- Observar posibles modificaciones de nuestras pautas de actuación.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo-analítico prospectivo de todos los pacientes, entre 28 días y 15 años de edad, a los que se determinó Procalcitonina en urgencias de nuestro hospital, entre marzo y septiembre de 2013 (no oncológicos). Estudiamos la relación entre PCT y PCR, leucocitos, resultado microbiológico y diagnóstico final. Analizamos la relación entre PCT y: edad, sexo, temperatura máxima, tiempo de evolución, uso de antibioterapia e ingreso.

Consideramos PCT negativa < 0.5 ng/mL y positiva \geq 0.5 ng/mL (alto riesgo infección bacteriana grave \geq 2 ng/mL).

RESULTADOS

261 pacientes: edad media 27, 12 meses (mediana 14,4 meses, σ 2,9), temperatura máxima media 39,0 °C, tiempo de evolución medio 34, 1 horas (mediana 24 horas, σ 40,3).

El 69% presentaron PCT < 0,5 ng/ml y 31% PCT \geq 0,5 ng/ml, de los cuales el 38% eran \geq 2 ng/mL. Entre los pacientes con PCT \geq 0,5, los diagnósticos finales más frecuentes fueron: 32,1% fiebre sin foco, 18,5% ITU, 12,3% gastroenteritis, 11,1% neumonía. De los pacientes con PCT < 0,5 ingresó el 41%, y con PCT \geq 0,5 el 64% (84% en subgrupo con PCT \geq 2).

Observamos asociación lineal positiva débil entre niveles de PCT y PCR, temperatura máxima y número de leucocitos.

En cuanto a la relación entre PCT y prescripción de antibioterapia: para PCT < 0,5 ng/ml el riesgo relativo fue 0,5 (0,4-0,63); para PCT \geq 0,5 ng/ml el RR fue 4,18 (2,72-6,43).

En 174 casos la determinación de PCT estaba indicado por protocolo, en los 87 casos restantes no. Analizando esto, el RR de encontrar PCT \geq 0,5 ng/ml en el primer caso es de 1,88 (1,18-3,01) y en el segundo 0,79 (0,07-0,91).

El RR de tener una infección bacteriana demostrada con PCT \geq 0,5 ng/ml fue 2,07 (1,45-2,94) y con PCT < 0,5 ng/ml 0,6 (0,44-0,87).

CONCLUSIONES

- Encontramos fuerte relación entre positividad de PCT y prescripción de antibioterapia.
- PCT \geq 2 ng/mL implica alta probabilidad de ingreso.
- Valores elevados de PCT se asocian con infecciones bacterianas.
- Nuestros resultados apoyan que limitar a indicación por protocolo la extracción de PCT es efectivo.

Reacción paradójica tras administración de midazolam intranasal

A. Ayerza Casas, V. Ayerza Casas, A. Lario Elboj

Centro de Salud Torrerramona (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 78]

INTRODUCCIÓN

El midazolam es una benzodiazepina segura y efectiva en el paciente pediátrico que se puede administrar por vía intranasal en los Servicios de Urgencias previo a realizar determinadas técnicas e intervenciones. Es poco conocida la capacidad de este fármaco de ocasionar reacciones paradójicas que pueden constituir un serio contratiempo al presentarse efectos opuestos a los deseados.

CASO CLÍNICO

Paciente de tres años que acude al Servicio de Urgencias por sensación de odinofagia intensa y sialorrea tras ingesta de pescado. En la exploración se evidencia espina de pescado alojada en amígdala izquierda. Dado que presenta nerviosismo y movilidad intensa se decide administrar midazolam intranasal a 0,3 mg/kg, precisando dos dosis para conseguir sedación ligera y ansiólisis pudiéndose extraer el cuerpo extraño sin incidencias. Tras pocos minutos la paciente comienza con cuadro de irritabilidad, agitación e inquietud seguido de conductas inapropiadas. El cuadro va en aumento, expresando los padres que «no

reconocen a su hija» y que «está fuera de sí». Debido a la intensa movilidad de la paciente no se consigue canalizar vía intravenosa para administrar tratamiento, por lo que se mantiene en observación, cediendo el cuadro de forma progresiva dos horas después de haber administrado el midazolam.

COMENTARIOS

La reacción paradójica tras la administración de midazolam intranasal es poco frecuente y no conlleva riesgo vital. Se puede intentar prevenir administrando la medicación a dosis mínimas y de forma lenta, especialmente en los niños de menor edad. Estas reacciones, en ocasiones ceden de forma espontánea, pudiendo precisar si no lo hacen tratamiento con flumazenil. Debemos conocer los síntomas típicos de esta entidad, para reconocer el cuadro de forma precoz y tratarlo de forma correcta, ya que se este se puede agravar si se administran nuevas dosis de midazolam. Sería conveniente explicar a los padres previo a la administración de este fármaco que, aunque es infrecuente, es uno de los efectos adversos que puede aparecer.