

Bradiarritmia fetal

A. Martín Costa, V. Giménez Molina, E. Buades Pérez, B. Curto Simón, A. Ayerza Casas, M. Clavero Adell

Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2022; 52: 159]

INTRODUCCIÓN

El bloqueo auriculoventricular (BAV) congénito es una patología infrecuente. El diagnóstico prenatal es de gran importancia, debido a la elevada morbimortalidad durante la gestación y el periparto. La mayoría de los casos son de etiología inmunológica, siendo los anticuerpos maternos anti-Ro y anti-La los involucrados más frecuentemente.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una gestante derivada a consulta de Cardiología infantil en la semana 26 de embarazo por bradiarritmia fetal. Mediante ecocardiografía, se objetiva un BAV 2:1, por lo que se solicitan serologías maternas, resultando positivas para Ac anti-Ro y anti-La. Se inicia tratamiento corticoideo fetal vía transplacentaria, recomendando a la gestante dexametasona oral. Se mantiene estable durante el seguimiento, sin signos de hidrops fetal, aunque sin desaparición del BAV.

Nace por cesárea una mujer a las 39 + 3 semanas con una frecuencia cardiaca en torno a 60 latidos por minutos

(lpm), pero con claros signos de vitalidad. No se inicia reanimación e ingresa en la UCI Neonatal. Mediante ECG de 12 derivaciones se confirma el diagnóstico de BAV 2:1, que alterna con fases de BAV completo. Se mantiene asintomático, con un ritmo de escape ventricular en torno a 60 lpm, sin datos de repercusión hemodinámica ni otros que sugieran la necesidad de implantar un marcapasos definitivo, por lo que puede ser dado de alta a su domicilio.

COMENTARIOS

El ecocardiograma es la técnica habitualmente utilizada para el diagnóstico del BAV en periodo fetal, siendo el ECG de 12 derivaciones el *gold standard* para su confirmación en el recién nacido. Es de vital importancia un seguimiento estrecho durante la gestación, así como la planificación del parto en un centro de referencia. Aunque no ha ocurrido en este caso, debemos prever el fracaso hemodinámico del recién nacido, pudiendo necesitar soporte ventilatorio invasivo, el uso de simpaticomiméticos (isoproterenol) o la implantación de un marcapasos, bien sea de forma temporal o definitiva.

Diarreas en época de pandemia: algo más que una gastroenteritis

M. C. Remacha Almerich, C. M. Sanz Pérez, E. Galindo Lalana, I. Baquedano Lobera, M. R. Amiguet Biain, R. Lanuza Arcos

Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2022; 52: 160]

INTRODUCCIÓN

Durante la pandemia causada por la Covid-19 se han descrito numerosas manifestaciones clínicas vinculadas a la infección. A mediados del año 2020 se detallaron los primeros casos de un síndrome inflamatorio que afecta con mayor frecuencia a pacientes en edad pediátrica y cuyas manifestaciones clínicas y gravedad pueden ser muy variables.

CASO CLÍNICO

Lactante de 3 meses que ingresa para control clínico en contexto de infección por SARS-CoV-2. Presenta cuadro febril de 6 días de evolución, asociando clínica respiratoria. Se realiza radiografía de tórax con hallazgos compatibles con infección por SARS-CoV-2 sin sospecha analítica de sobreinfección bacteriana. A las 36 h de ingreso, presenta empeoramiento del estado general, rechazo de la alimentación e inicio de deposiciones líquidas abundantes. Ante la sospecha clínica de SIM-PedS, se realiza control analítico, incluyendo marcadores de inflamación sistémica. En dicho control, se evidencia anemia con respecto a la analítica previa, alteración de la coagulación y elevación de marcadores cardíacos (pro-BNP y tropo-

nina T). Se amplió el estudio con ecocardiografía, sin alteraciones significativas. Se instaura tratamiento con dosis única de inmunoglobulina y corticoterapia intravenosa durante 5 días, con mejoría clínica y normalización de los parámetros analíticos.

COMENTARIOS

El síndrome inflamatorio multisistémico asociado al coronavirus comparte características con otros procesos inflamatorios propios de la edad pediátrica con los que debe plantearse diagnóstico diferencial.

Se considerará en pacientes menores de 19 años con fiebre de más de 3 días de evolución en contexto de infección activa o reciente por SARS-CoV-2 asociado a otras manifestaciones relacionadas con inflamación sistémica.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos y analíticos.

El tratamiento consiste en inmunomoduladores, inmunoglobulina intravenosa y corticoide sistémico. Requieren control hemodinámico estrecho.

El pronóstico mayoritariamente es bueno, siendo necesario seguimiento por posibles complicaciones a largo plazo.

Displasia ectodérmica anhidrótica

B. Santos López, C. Puig García

Centro de Salud Actur Norte, Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2022; 52: 161]

INTRODUCCIÓN

Las displasias ectodérmicas son un conjunto de patologías infrecuentes y que ocasionan un importante deterioro en la calidad de vida.

CASO CLÍNICO

Niño con embarazo controlado con ecografías prenatales normales y sin antecedentes familiares de interés, que comienza con episodios de fiebres altas sin foco aparente durante las primeras semanas de vida. Dos de los episodios requirieron ingreso y el resto fueron controlados desde Atención Primaria y urgencia de centro hospitalario. En ninguno de ellos se llegó a filiar la etiología. A los 15 meses de vida acude a consulta por la morfología atípica de las primeras piezas dentales. Se amplía el estudio con ortopantomografía que muestra grave afección de la dentición. La asociación entre las alteraciones de la dentición, la hipotricosis e hipohidrosis fueron sugestivas del diagnóstico de displasia ectodérmica anhidrótica. Se llevó a cabo una odontoplastia total con colocación de prótesis

dentarias en todas las piezas, consiguiendo una correcta funcionalidad de la dentición. No se realizó finalmente estudio genético, dada la difícil accesibilidad en el momento del diagnóstico. Actualmente, el paciente tiene 17 años y gracias a una sospecha clínica y una intervención precoz, su desarrollo no se ha visto alterado y ha sido capaz de llevar una vida diaria normal.

COMENTARIOS

La asociación entre episodios recurrentes de fiebre alta sin objetivar foco infeccioso, junto con la aparición de un desarrollo anómalo de la dentición, debe orientar al diagnóstico de displasia ectodérmica hipo/anhidrótica. El estudio genético es el diagnóstico de confirmación, que en los últimos años ha aumentado considerablemente su accesibilidad, estando disponible en muchos centros del país. Una actuación precoz en la reparación de la dentición es fundamental para evitar problemas en la alimentación y posteriormente en su desarrollo, así como un abordaje multidisciplinar con el cuidado dérmico y ocular.

Intoxicación por paracetamol y ¿algo más?

I. Royo Sesma, P. Campos Magallón, M. Salvá Arteaga, I. de la Iglesia Nagore, C. García Muro, D. Viguera Elías

Hospital San Pedro, Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2022; 52: 162]

INTRODUCCIÓN

El paracetamol es la principal causa de intoxicación medicamentosa en pediatría; en su mayoría de buen pronóstico, aunque en una minoría de casos produce hepatotoxicidad grave que puede conducir al fallo hepático y requerir un trasplante.

CASO CLÍNICO

Niño de 2 años que acude a Urgencias por ingesta accidental de 3.000 mg (223 mg/kg) de paracetamol hace una hora, con dos vómitos posteriores. En días previos ha recibido paracetamol por infección por SARS-CoV2 a 45 mg/kg/día.

A su llegada se encuentra orientado con exploración normal. La analítica muestra hipoglucemia 33 mg/dL y acidosis metabólica compensada, con transaminasas, creatinina, hemograma y coagulación normales, y tóxicos en sangre y orina negativos.

Progresivamente inicia disminución de nivel de conciencia (GCS 9), con recuperación posterior, asociando varios vómitos sin repercusión hemodinámica.

Se inicia tratamiento con n-acetilcisteína en pauta clásica y fluidoterapia con suero glucosalino.

El nivel de paracetamol en sangre a las 4 h pos-ingesta es de 248 mcg/mL y a las 8 h de 140 mcg/mL. La bioquímica a las 6 h revela GOT 1045 U/L y GPT 699 U/L. Ante signos de toxicidad hepática se traslada a un centro de referencia nacional en hepatología; allí se completaría pauta de n-acetilcisteína y se monitorizaría la función hepática hasta su normalización.

COMENTARIOS

–La intoxicación por paracetamol cursa de forma asintomática en las primeras 24 h. En nuestro caso, la presencia de hipoglucemia, vómitos y disminución del nivel de conciencia, habituales de las fases tardías de la intoxicación, actuaron como factores que crearon confusión.

–La administración precoz de N-acetilcisteína es clave para disminuir la morbilidad.

Anafilaxia tras ingesta de fruta; ¿puede tener solución?

P. Casajús Pelegay, Y. Aliaga Mazas, M. Desvaux García, T. Moliner Morón

Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2022; 52: 163]

INTRODUCCIÓN

La alergia a las proteínas LTP (Proteínas de Transferencia de Lípidos) es una causa frecuente de alergia alimentaria en nuestro medio, siendo un motivo habitual de consulta en Atención Primaria y hospitalaria. Es importante conocer las características de esta familia de proteínas, qué alimentos las contienen y los cofactores causantes de reacciones más severas para hacer unas recomendaciones de evitación adecuadas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años que presenta reacción anafiláctica tras la ingesta de uvas sin pelar y de manzana pelada. Acude al servicio de Urgencias donde mejora, tras la administración de adrenalina IM, corticoides IV, antihistamínico y salbutamol inhalado, dando de alta con adrenalina autoinyectable

y dieta que evite la ingesta de frutos secos y frutas. Se realiza estudio con pruebas cutáneas y determinación de IgE específicas confirmando alergia a proteínas LTP. Se decide realizar inmunoterapia oral con zumo de melocotón, tolerando actualmente 25 ml, y frutas rosáceas peladas.

COMENTARIOS

Las dietas de evitación en pacientes alérgicos a LTP pueden ser complejas y difíciles de cumplir, debido a su amplia distribución en alimentos vegetales. En los últimos años existen tratamientos emergentes, como la inmunoterapia oral o sublingual con buenos resultados.

Ante un paciente con una reacción alérgica tras la ingesta de frutas o frutos secos, debemos pensar en una posible alergia a LTP y recomendar al alta dieta de evitación de frutas rosáceas/manzana, zumos comerciales y frutos secos.

«No se va a creer lo que ha echado mi hija»

A. Domingo Belanche, B. Borao Pallás, E. Ubalde Saz, R. García Romero, P. Salcedo Arroyo, P. Sanz Aznar

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2022; 52: 164]

INTRODUCCIÓN

Los pólipos digestivos son una patología relativamente frecuente en la infancia, con un espectro clínico muy variable, aunque se presentan más frecuentemente como rectorragia indolora. Ante su hallazgo, conviene realizar estudio anatomopatológico y se debería realizar colonoscopia para descartar poliposis.

CASO CLÍNICO

Niña de 3 años que acude a Urgencias de madrugada por diarrea con sangre como motivo de consulta. Desde hace dos días, realiza deposiciones más blandas y en mayor número (4-5 al día), así como dolor abdominal leve que aún persiste. No vómitos ni fiebre. La madre indica que cuando fue la paciente al baño la última vez, vio algo que no se esperaba «no se va a creer lo que ha echado mi hija». Al preguntar a qué se refería, la madre saca un táper y muestra una tumoración mucosa. Se realiza examen físico sin hallar alteraciones relevantes y se envía

la muestra a estudio anatomopatológico (AP). Cuando se visita en consulta, mejoría del dolor abdominal, se cita para gastro-colonoscopia: encontrando un pólipo en zona de colon ascendente a 90 cm de margen anal, que se extirpa, resto sin alteraciones. Se realiza estudio AP con diagnóstico: lesión polipoide hamartomatosa (pólipo juvenil).

COMENTARIOS

Los pólipos son tumoraciones que se proyectan en la superficie de una mucosa, siendo visibles macroscópicamente. La mayoría suelen ser escasos en número, en ausencia de antecedentes familiares y sin potencial de malignización. Se clasifican según su morfología e histología. En la infancia, suelen ser pólipos hamartomatosos, con una incidencia del 2% en menores de 10 años, y localizados frecuentemente en zona rectosigmoidea. No se asocian a aumento del riesgo de cáncer. Si aparecen, se debería realizar colonoscopia para descartar poliposis.