



BILBAO

6, 7 y 8 de mayo - 2004

**IX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD  
ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

I Simposium Internacional de Urgencias Pediátricas

posters II



## SESIÓN DE POSTERS DEFENDIDOS 2

Viernes 7 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

Moderadora: M. Herranz

### ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA INFECCIÓN RESPIRATORIA DE VÍAS ALTAS EN URGENCIAS.

M.M. Martínez López, J. Martín Sánchez, S. García García.

*Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

**Introducción:** El incremento de las resistencias a antibióticos supone en el momento actual un problema relevante que se atribuye a uso indiscriminado. Las infecciones respiratorias son generalmente de etiología vírica y sin embargo, se tratan en un elevado porcentaje de casos con antibióticos.

**Objetivos:** Analizar la prescripción de antibióticos en la infección respiratoria de vías altas. Intentar establecer la relación entre determinados factores y el uso inadecuado de antibióticos en la población pediátrica.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los niños que acudieron al Servicio de Urgencias en Febrero de 2002 con la sospecha de infección respiratoria de vías altas. Se extrajo una muestra aleatoria para obtener un máximo de 150 niños. Se analizó edad, temperatura, días de fiebre, prescripción de antibiótico, tipo de antibiótico, antibiótico previo, por propia iniciativa o derivados por Atención Primaria, médico que lo atendió, día, turno y signo clave que justificara la prescripción.

**Resultados:** 142 pacientes: 22 recibieron tratamiento antibiótico inadecuado, 91 no recibieron tratamiento, 11 habían comenzado tratamiento antibiótico previo y 18 recibieron tratamiento adecuado según las recomendaciones vigentes. El uso inadecuado de antibióticos fue más frecuente en niños entre 1 y 4 años 13 (59%), con menos de 3 días de fiebre 17 (77%), con más de 39°C 11 (50%), atendidos por un residente de primer año de pediatría 11 (50%), que acudieron por propia iniciativa 19 (86%), en fin de semana 15 (68%) y por la tarde 11 (50%), sin detectarse diferencias estadísticamente significativas. Los signos más frecuentes que motivaron la prescripción fue tímpano eritematoso 8 (36%) e infiltrados radiológicos 6 (27%).

**Conclusiones:** El uso de antibióticos en el tratamiento de infecciones presumiblemente virales es aún excesivo. Es importante promover el uso racional de antibióticos sobre todo en la población infantil con el fin de controlar las resistencias microbianas.



## HOSPITALIZACIÓN Y COMPLICACIONES POR BORDETELLA PERTUSSIS EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES.

R. Monfort Gil<sup>1</sup>, G. Viaplana Bartolí<sup>2</sup>, T. Muñoz Espin<sup>2</sup>, T.Gili Bigatà<sup>3</sup>, I. Sanfeliu Sala<sup>4</sup>, V. Pineda Solas<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas de Pediatría, <sup>2</sup>Urgencias de Pediatría, <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Pediatría, <sup>4</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Sabadell. Catalunya.

**Introducción y objetivos:** La tosferina tiene un amplio espectro clínico. En adultos la clínica es leve y está infradiagnosticada, siendo por ello una importante fuente de contagio. El grupo de edad más vulnerable son los lactantes menores de 6 meses debido a una inmunización incompleta, presentando clínica más grave y mayor morbimortalidad. Nuestro objetivo es plasmar la repercusión clínica de esta infección en los lactantes menores de 6 meses en nuestro medio.

**Material y métodos:** se han estudiado todos los menores de 6 meses con cultivo positivo para *Bordetella pertussis*, ingresados o atendidos en nuestro servicio de urgencias en el último año. Se han registrado edad, manifestaciones clínicas, tratamiento, días de hospitalización, estado vacunal, así como posibilidad de contagio por un adulto (generalmente padres).

**Resultados:** Se han recogido un total de 8 pacientes, observando mayor número de casos en invierno. Todos ellos presentaban clínica sugestiva en mayor o menor grado: tos en accesos (100%), con cianosis (75%) o vómitos (12.5%), apneas (62.5%), hipotonía (25%). Ingresaron 6 pacientes, con una edad media de 52 días (rango 15-80). Un 66% requirieron ingreso en UCI para monitorización. Sólo un paciente presentó bradicardias. Destacamos un paciente con tosferina maligna que evolucionó favorablemente. No se observó ningún caso con convulsiones. Un 33% requirieron oxígeno, durante una media de 9 días. Recibieron eritromicina 5 de los 6 lactantes ingresados. La estancia media hospitalaria fue de 15.1 días, siendo de 10 días en UCI. Referente al estado vacunal, 4 de los pacientes ingresados no había iniciado aún la pauta de inmunización. En un 66.6% de los pacientes ingresados se constató algún familiar adulto con tos de más de 2 semanas de evolución. No se ha registrado ningún éxito.

**Comentarios:** Los niños menores de 2 meses presentan mayor riesgo de manifestaciones graves por tosferina, así como una estancia media elevada. Un número no despreciable de adultos podrían haber sido los transmisores de la infección. Creemos necesario controlar la infección en el adulto y niño mayor para evitar el contagio.



## ESTUDIO RETROSPECTIVO DE INFECCIONES POR VIRUS INFLUENZA EN POBLACIÓN INFANTIL DURANTE EL AÑO 2003.

J. Urbano, P. Chimenti, E. Cidoncha, C. Míguez, C. Merello, P. Catalá.

*Servicio de Urgencias de Pediatría. HGU Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos:** analizar retrospectivamente la epidemiología y la problemática diagnóstica de las infecciones causadas por virus influenza en la población infantil durante el año 2003.

**Material y métodos:** estudio de características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresados en los que se aisló virus influenza en el aspirado nasofaríngeo. Las muestras VRS (-) por inmunocromatografía fueron sembradas en línea celular MDCK para aislamiento de Influenza A y B mediante técnica shell-vial. Los viales fueron revelados mediante inmunofluorescencia indirecta (simulfluor FluA/FluB Chemicon). Se ha realizado estudio teórico coste beneficio sobre utilidad de métodos de detección rápida antigénica.

**Resultados:** En el año 2003 se observó un aumento del número de aislamientos de virus Influenza: 53 en 2003, 24 en 2002, 12 en 2001, 12 en 2000, 14 en 1999. El mes con mayor número de aislamientos de influenza fue noviembre (Infl: 20/VRS: 38). Se aislaron más virus Influenza que VRS en los meses de febrero, marzo y octubre del 2003: (Infl: 14/VRS: 12), (Infl: 8/VRS: 5), (Infl: 4/VRS: 2) respectivamente. De las muestras obtenidas se han estudiado únicamente los pacientes ingresados con infección por virus influenza, siendo un total de 41 casos. En 22 de ellos (53,6%) el diagnóstico fue síndrome febril con afectación del tracto respiratorio superior (SFTRS), de los cuales 15 (68,2%) eran menores de 3 meses y fueron diagnosticados inicialmente como Fiebre sin foco, en los que se aplicó protocolo de despistaje de infección bacteriana grave (análisis de sangre y orina, urocultivo y hemocultivo, punción lumbar). En 12 casos (29,2%) el diagnóstico fue bronquitis-bronconeumonía y en 6 casos (14,6%) bronquiolitis. El estudio de coste muestra que la detección antigénica de los VRS e Influenza en todas las muestras respiratorias determinaría un precio aproximado de 36 euros por muestra procesada.

**Conclusiones:** Estas observaciones deben hacernos plantear estrategias de profilaxis y diagnóstico, tales como instrucción sobre medidas higiénicas, vacunación y uso de métodos de detección rápida.



## TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN NIÑOS CON OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN URGENCIAS: QUÉ SE RECOMIENDA Y QUÉ HACEMOS.

M. Macho, I. Ruiz Manzanal, A. Fernández Landaluce, N. Trebolazabala Quirante, J. Sánchez Etxaniz, S. Mintegi Raso.

*Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.*

**Objetivo:** estudiar si el manejo de los niños diagnosticados de OMA en un Servicio de Urgencias Pediátrico Hospitalario, fundamentalmente las indicaciones de tratamiento antibiótico, se adapta a las recomendaciones internacionales más recientes (posibilidad de postponer un tratamiento antibiótico -Ab- y escoger el mismo en ausencia de ciertos factores de riesgo: asistencia a guardería, haber recibido Ab 1-2 meses antes, OMA recurrente, ingreso hospitalario reciente, OMA severa -fiebre elevada, otalgia intensa- y edad <2 años).

**Pacientes y método:** estudio prospectivo de todos los episodios (140) correspondientes a los niños de 0-14 años que, sin estar recibiendo previamente Ab, recibieron el diagnóstico de OMA en nuestro Servicio de Urgencias, los días laborables, en horario comprendido entre las 8:00 y las 20:00, entre 1-12-03 y 31-01-04.

**Resultados:** el 40% de los niños fueron menores de 2 años. Todos los niños, salvo 2, fueron valorados exclusivamente por el equipo pediátrico de Urgencias, sin recurrir a otros especialistas. 125 niños recibieron Ab (89.2%): 99 Amoxicilina 80 mg/kg, 18 Amoxicilina 50 mg/kg, 6 Amoxicilina-clavulánico, 1 cefuroxima, 1 claritromicina. De los 140 niños recogidos, 49 (35%) no tenían factores que indicaran la conveniencia de un tratamiento antibiótico (grupo A) y 91 (65%) presentaba al menos uno de esos factores (grupo B). El porcentaje de pacientes del grupo A que recibió tratamiento antibiótico fue significativamente inferior al del grupo B (77.5% vs 95.6%,  $p=0.002$ ). Dentro de los pacientes que recibieron Ab, el porcentaje que recibió amoxicilina a 50 mg/kg/día fue superior en el grupo A que en el grupo B, sin ser una diferencia significativa (26.3% vs 16.8%,  $p=0.14$ )

**Conclusiones:** la presencia de factores de riesgo para una peor evolución influye en la decisión de instaurar tratamiento Ab en un niño con OMA y el tipo del mismo. Aun así, nos encontramos lejos todavía de seguir correctamente las recomendaciones internacionales más recientes.



## **EVOLUCIÓN DE LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE OTITIS MEDIA AGUDA EN URGENCIAS.**

I. Ruiz Manzanal, M. Macho Díaz, B. Azkunaga Santibáñez, M.A. Vázquez Ronco, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso.

*Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.*

**Objetivo:** estudiar la evolución posterior de los niños diagnosticados de otitis media aguda (OMA) en un Servicio de Urgencias Pediátrico Hospitalario.

**Pacientes y método:** entre 1-12-03 y 31-01-04, los días laborables, en horario comprendido entre las 08:00 y las 20:00, 174 pacientes de 0-14 años recibieron el diagnóstico de OMA en Urgencias. Se estudia el seguimiento de los 137 pacientes con los que se consiguió contactar telefónicamente.

**Resultados:** 99 pacientes completaron el tratamiento recomendado en Urgencias (10 de ellos sin acudir a revisión por su pediatra) y en 38 pacientes (27.7%) el pediatra cambió el tratamiento indicado en Urgencias: ajuste de los días de tratamiento 20, aumento de la dosis de Ab 7, cambio de Ab 5, instauración de tratamiento Ab 4 y cese del mismo 2. En los pacientes con fiebre, en el 85% ésta cedió en los primeros 3 días y en los que tenían otalgia en el 75% ésta cedió en los primeros 2 días. Cuatro pacientes refirieron complicaciones (nueva OMA al terminar el tratamiento 2, granuloma 1, otorrea persistente 1). Reconsultaron 6 pacientes, sin precisar ingreso ninguno.

**Conclusiones:** casi la tercera parte de los niños diagnosticados de OMA en Urgencias requirieron ajuste posterior del tratamiento por parte de su pediatra, a pesar de la buena evolución de los niños y el rápido cese de la sintomatología que motivó la consulta en Urgencias.



## **MASTOIDITIS AGUDA: ¿AUMENTO DE SU INCIDENCIA?**

D. Bartoli, V. Pineda Solas, G. Viaplana Bartolí, V. Aldecoa Bilbao, T. Muñoz Espín, F.J. Travería Casanova.  
*Servicio de Pediatría. H. de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Sabadell.*

La mastoiditis aguda es la complicación intratemporal más frecuente de la otitis media aguda (OMA). En los últimos trabajos publicados parece haber un aumento de la incidencia de esta patología.

**Objetivos:** Recoger los casos de mastoiditis aguda ingresados en nuestro centro en los últimos 12 años para analizar la incidencia, presentación clínica, factores de riesgo y manejo terapéutico.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los casos de mastoiditis aguda ingresados en el período comprendido entre enero del 1992 y diciembre del 2003.

**Resultados:** 51 casos de mastoiditis, 31 niños (60%) y 20 niñas (40%). La edad media fue de 2 años y medio (rango 4 meses-8 años y medio). La media de casos por año en el período 1992-1999 fue de 2.6 y 2000-2003 de 7.5.

El 86% de los casos había tomado antibiótico en los 3 meses previos y el 80% de los niños entre los 11 meses y los 3 años asistía a la guardería. El 76% recibía antibiótico por episodio de OMA.

La clínica fue: eritema (92%), desplazamiento auricular (92%), dolor región mastoidea (82%), otalgia (80%), fiebre (72%), tumefacción (68%) y otorrea (39%). En el momento del diagnóstico un 92% presentaba OMA.

La analítica mostraba: leucocitosis ( $>15.000$ ) 65%, VSG $>30$  96%, PCR $>4$ mg/dL 72%. Se realizó hemocultivo en 47 niños, siendo positivo en 3: 1 *S. pyogenes* y 2 *S. pneumoniae*. En 18 casos (35%) se realizó cultivo de exudado ótico, aislándose *S. pneumoniae* (6), *P. aeruginosa* (4), *S. pyogenes* (2), *Corynebacterium* (2) y estéril (4). Se practicó TAC en 16 casos (31%) siendo patológico en el 94%.

Solamente un paciente presentó una complicación, un absceso subperióstico que precisó drenaje. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico parenteral durante una media de 5.2 días, continuando con antibiótico oral hasta completar una media de 13 días de tratamiento. La estancia media fue de 6.9 días.

### **Conclusiones:**

1. La incidencia de mastoiditis ha aumentado en los últimos 4 años.
2. La mayoría de los pacientes asistían a la guardería (80%) y habían recibido antibióticos en los tres meses previos (83%).
3. El 76% recibía antibiótico en el momento del diagnóstico.
4. La clínica más habitual fue la de eritema, dolor y desplazamiento auricular.
5. Todos los pacientes fueron tratados con antibioterapia parenteral y sólo un caso precisó tratamiento quirúrgico, con lo cual podemos afirmar que el tratamiento de elección en las mastoiditis aguda es conservador con antibioterapia parenteral.



## **DOLOR TORÁCICO EN PEDIATRÍA: UNA ENTIDAD NO SIEMPRE BENIGNA.**

C. Parra Cotanda, L. Castells Vilella, M. de Diego Suárez, J. Quilis Esquerra, D. Soriano Belmonte.  
*Servicio de Pediatría. Hospital de Terrassa.*

**Fundamento y objetivos:** El dolor torácico en Pediatría suele tener una etiología benigna y autolimitada, motivo por el cual algunos autores desaconsejan realizar exploraciones complementarias de forma sistemática. Presentamos tres casos clínicos de dolor torácico de presentación inespecífica, en los que dichas exploraciones ayudaron al diagnóstico definitivo.

### **Observaciones clínicas:**

*Caso clínico 1:* joven varón de 15 años que presenta dolor torácico punzante de 4 horas de evolución sin otra sintomatología. La exploración física es normal excepto discreta hipofonesis a nivel de ápex pulmonar izquierdo. Exploraciones complementarias: hemograma y electrocardiograma normales; radiografía de tórax: neumotórax izquierdo. Orientación diagnóstica: neumotórax espontáneo. Se ingresa con reposo y analgesia con buena evolución.

*Caso clínico 2:* niña de 13 años que presenta dolor retroesternal de 2 meses de evolución. En la exploración física, destaca bultoma doloroso a nivel de la séptima articulación condroesternal izquierda. Exploraciones complementarias: radiografía de tórax, analítica, ecografía y gammagrafía ósea normales. Orientación diagnóstica: síndrome de Tietze. Evolución: reposo y analgesia con desaparición del bultoma y del dolor.

*Caso clínico 3:* joven de 15 años que presenta dolor retroesternal de 48 horas de evolución y fiebre alta. Diagnosticado de faringitis, sigue tratamiento con Amoxicilina. En la exploración física destaca dolor a la palpación torácica. Exploraciones complementarias: radiografía de tórax normal, hemograma: discreta leucocitosis con aumento de los reactantes de fase aguda, creatina-cinasa mb y troponina elevadas, electrocardiograma: elevación del segmento ST en derivaciones precordiales, ecocardiografía compatible con miopericarditis. Se inicia tratamiento antiinflamatorio y se remite a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con buena evolución clínica.

**Comentarios:** A pesar de que el dolor torácico tiene en la mayoría de casos una etiología benigna, creemos que una correcta anamnesis y exploración física no excluyen la realización de exploraciones complementarias básicas para descartar patología orgánica potencialmente grave.



## ESCROTO AGUDO COMO MANIFESTACIÓN DE APENDICITIS AGUDA.

L. Gómez Gómez, M. Garatea Rodríguez, T. Hernández Lagunas, A. Pérez Martínez, N. Clerigué Arrieta, M. Herranz Aguirre.

*Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción:** La apendicitis aguda (AA) es la causa principal de intervención quirúrgica en la infancia. Los principales síntomas en la AA clásica son: dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos. En las AA pélvicas o retrocecales el dolor abdominal puede ser un síntoma tardío y presentarse con síntomas genitourinarios. Presentamos un caso clínico de AA en un lactante de 5 meses, que se manifestó como escroto agudo (EA)

**Caso clínico:** Lactante de 5 meses con cuadro de vómitos, y fiebre elevada de 3 días de evolución. En la exploración se objetivó mal estado general, deshidratación leve y escroto izdo inflamado y doloroso con edema en el conducto inguinal. La analítica reveló leucocitosis con neutrofilia. En la ecografía testicular se apreció un teste izdo de menor tamaño con circulación aumentada y, rodeandole, una colección líquida. El paciente ingresó con sospecha de infección de origen urológico y tratado, inicialmente, con Ampicilina y Gentamicina y posteriormente (tras hemocultivo positivo a *E. coli*) con Cefotaxima y Amikacina, a pesar de lo cual, el escroto empeoró, presentando aspecto séptico por lo que fue remitido a nuestro hospital. En nuestro Servicio de Urgencias se objetivó, además, un abdomen distendido, muy doloroso por lo que se realizó una ecografía abdominal y testicular que reveló una masa de origen digestivo, un teste izdo disminuido de tamaño con flujo conservado y rodeado de una colección líquida con tractos por lo que fue intervenido urgentemente mediante laparatomía encontrándose un plastrón apendicular y abundante pus en escroto. La evolución fue favorable. El diagnóstico definitivo fue AA perforada con plastrón inflamatorio periapendicular.

**Discusión:** El EA como manifestación inicial de AA es raro, pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial. El hecho de encontrar líquido purulento en un EA debe hacer sospechar una infección abdominal con un conducto inguinal permeable.



### **INFARTO DE EPIPLON: TRATAMIENTO CONSERVADOR.**

G. Viaplana Bartolí, C. Duran Feliudabalo, J. Travería Casanova, J.C. Rojo Fernández, J. Pérez Sánchez, D. Bartolí, V. Aldecoa Bilbao.

*Servicio de Urgencias. Corporació Parc Taulí. Hospital de Sabadell.*

**Objetivo:** estudio retrospectivo de los casos de infarto de epiplón tratados conservadoramente en nuestro centro.

**Material y métodos:** revisión de los casos de infarto de epiplón diagnosticados en el Hospital de Sabadell (población <14 a: 65000) en los últimos 8 años. Variables analizadas: edad de presentación, sexo, factores predisponentes, sintomatología, exploraciones complementarias, tratamiento y evolución.

**Resultados:** sobre un total de 10 pacientes no se observa predominio de sexos, la edad media es de 7.5 a. Incidencia: 1.9 casos/año/100.000 habitantes. Predominio del dolor en cuadrante inferior derecho (8/10), con inicio de los síntomas 56 h (120-7) antes de la consulta. La mayoría de los pacientes presentaba signos de irritación peritoneal (7/10) y sobrepeso (7/10). Otros síntomas: fiebre (2/10), febrícula: 2/10, vómitos: (1/10), Blumberg (+): (4/10). La analítica mostraba leucocitosis >15.000: 2/10, aumento VSG tardía: 5/10. Diagnóstico por imagen: (ECO + TAC: 9/10, ECO 1/10). Imágenes ECO: en todos los casos se encontró una masa ovoidea hiperecoica, no compresible, dolorosa, localizada en punto de máximo dolor y en la TAC una lesión ovoidea bien definida, adherida a peritoneo, densidad grasa con puntos de hiperatenuación en su interior. Localización ecográfica de la lesión: FID (4/10), cuadrante superior derecho (4/10), epigastrio (1/10), hipogastrio (1). Recibieron tratamiento conservador (Ibuprofeno): 7/10, consiguiendo una reducción tamaño de la lesión ecográfica al 50% entre 2.5-3.5 meses del inicio de los síntomas en todos ellos. En 6 pacientes desapareció la sintomatología en 1 semana. En ningún caso se observaron complicaciones.

**Conclusiones:** El infarto de epiplón es una entidad infradiagnosticada causante de abdomen agudo. Se debe sospechar ante un cuadro de dolor (sub)agudo en hemiabdomen derecho, generalmente sin fiebre ni otros síntomas acompañantes, leve leucocitosis y aumento de la VSG tardía. La ecografía abdominal revela unas imágenes características que en manos expertas apoyan su diagnóstico. En nuestro centro el tratamiento conservador ha demostrado buenos resultados clínicos evitando intervenciones quirúrgicas innecesarias, puesto que es una entidad que involuciona espontáneamente.



## **TERATOMA QUIÍSTICO MADURO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

M. Ortega, B. Martín, M.J. Ceñal, M. Castro, J. Cerrolaza, P. Pujol.  
*Hospital de Móstoles.*

**Introducción:** Los tumores de células germinales suponen la causa más frecuente de neoplasia anexial (80-85%) en niñas menores de 15 años. Los tumores ováricos son malignos en 80% de los casos en este grupo de edad. Presentamos a continuación un caso de teratoma quístico maduro (tumor germinal benigno) en una niña de 13 años.

**Caso clínico:** Se trata de una niña de 13 años vista en nuestro servicio de urgencias por dolor abdominal periumbilical intenso intermitente de dos meses de evolución que se acompañaba de vómitos ocasionalmente. Menarquia cuatro meses antes. Fecha de última regla, dos meses antes. En la exploración física; buen estado general, abdomen blando doloroso a la palpación profunda en flanco y fosa ilíaca izquierda palpándose masa en hipogastrio compatible con heces o globo vesical. Se realizan pruebas complementarias (analítica general con bioquímica, amilasa, gasometría y analítica de orina), que son normales y radiología de abdomen dónde no se objetivan signos de obstrucción, visualizándose abundantes heces e imagen radiopaca en fosa ilíaca izquierda compatible con litiasis; no confirmada en control radiológico ocho horas después. Se administran enemas rectales sin mejoría del dolor.

Se realiza ecografía ginecológica; tumoración anexial compleja de 14,1 x 7 cm de diámetro. Se realiza ooforectomía izquierda mediante laparotomía extrayéndose quiste dermoide torsionado confirmado en anatomía patológica; teratoma quístico maduro.

### **Conclusiones:**

- Recalcar la importancia de sospechar quistes o tumores de ovario torsionados ante dolores abdominales intensos en niñas, sobre todo cuando se acompañe de masa palpable en hipogastrio.
- Sospechar esta entidad ante imágenes radioopacas de localización en fosas ilíacas o hipogastrio en la radiología de abdomen.



## HEMATOCOLPOS EN ADOLESCENTES.

J. Martínez Pérez, A.B. Jiménez, M.T. Moya Díaz-Pintado, J.L. Alonso Calderón.  
*Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.*

**Introducción:** La obstrucción congénita de la vagina es infrecuente y debida probablemente a una incompleta canalización de la misma que ocurre en el 5º mes de gestación. Causada más frecuentemente por imperforación del himen y menos comúnmente por lesiones más proximales como tabiques transversos que se asocian con malformaciones congénitas genitales (duplicación de útero y/o vagina, etc.). Se suele presentar en período neonatal por hidrocolpos u obstrucción urinaria, aunque algunos casos pasan desapercibidos hasta la adolescencia cursando con sintomatología muy variada: dolor lumbar, ciática, retención urinaria, dolor abdominal.etc.

**Material y métodos:** Presentamos 3 pacientes púberes (edad entre 11 y 13 años) que en un relativamente corto período de tiempo (aproximadamente 2 meses) acudieron con síntomas variados: dolor abdominal hipogástrico, tumoración abdominal hipogástrica, retención urinaria y amenorrea. En la exploración física lo más destacable fue: tumoración abdominal, dolor referido a hipogastrio y abombamiento himeneal intravulvar. La ecografía abdomino-pélvica puso de manifiesto una tumoración o colección retro e infravesical, de gran tamaño y aspecto quístico, que desplaza y comprime vejiga, útero y recto, con contenido hiperecogénico. Todas ellas fueron sometidas a intervención quirúrgica practicándose himenectomía estrellada, previa confirmación por punción de su contenido (hematocolpos).

**Resultados:** Con cobertura antibiótica y después de drenaje quirúrgico (himenectomía) no hemos apreciado complicaciones que por otra parte han sido descritas como: recidiva por estenosis de himen o vulvovaginitis.

### Comentarios:

- Las anomalías congénitas del tracto genital presentan una sintomatología muy variada en adolescentes femeninas.
- Una exploración genital completa en periodo neonatal o en primeros meses de vida evitaría la demora diagnóstica de este tipo de cuadros.
- La ecografía es la prueba diagnóstica más útil sobre todo cuando hay malformaciones genitales congénitas (duplicaciones), con obstrucciones unilaterales difíciles de apreciar en la exploración física.
- En su tratamiento quirúrgico hay que tener presente evitar lesionar los conductos de las glándulas parahimeneales de Bartolino.



## DEBUT DIABÉTICO EN URGENCIAS.

M. Tobeña Rué, J. Fàbrega Sabaté, M. Gussinyé Cañadell, X. Perramón Montoliu, X. Ballabriga Vidaller.  
*H. Materno infantil de la Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos:** Conocer los aspectos epidemiológicos y clínicos, así como el manejo inicial del debut diabético.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de debut diabético atendidos en nuestro servicio de urgencias en los últimos 2 años (enero 2001- diciembre 2003). Se analizan datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, actitud terapéutica inicial, necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tiempo de la corrección de los trastornos bioquímicos y duración del ingreso.

**Resultados:** Durante este período se diagnosticaron 37 casos de Diabetes Mellitus tipo I (DMI), 21 varones (V) y 16 hembras (H) con edad media de 9 años (14 meses-15a). La combinación de poliúria con polidipsia la encontramos en 32 casos (86%), asociado a pérdida de peso en 22 (60%). Del resto de síntomas destacan astenia (27%), cuadro catarral asociado (19%), vómitos (16%), enuresis (11%), dolor abdominal (11%) y cefalea (8%). 17 de ellos (46%) debutaron con cetoacidosis, 3 (8.0%) de ellos muy grave ( $\text{pH} < 7,00$  mmHg). La hemoglobina glicosilada osciló entre 13 y 14% excepto en 6 (16%) que fue  $> 14$  presentando éstos, síntomas de  $\geq 2$  meses de evolución. Sólo 1 caso presentó otra endocrinopatía asociada (Anticuerpos antitiroideos). Precisarón ingreso en UCI 7 niños (6V/1H), con cifras medias de  $\text{pH}$  7,06 (6.97-7.16) y glucosa 533 mg/dL (390-750), requiriendo un tiempo medio de corrección de la acidosis y la cetonúria de 26 y 24,05 horas, respectivamente. Del resto, los tiempos de corrección fueron 20,7 y 27 horas, respectivamente. Requirieron infusión continua endovenosa de insulina 18 casos (48%), el resto insulina subcutánea discontinua. La duración media de la hospitalización fueron 11 días (7-21), incluyendo aquellos que requirieron UCI. No se presentó ningún caso de éxitus ni de edema cerebral.

**Conclusiones:** La frecuencia de cetoacidosis en el momento del diagnóstico es excesivamente elevada, aumentando el riesgo de complicaciones. Un mayor conocimiento y difusión de la sintomatología por parte del personal sanitario y la población general incrementaría el índice de sospecha permitiendo realizar, mediante la glicemia capilar, un diagnóstico precoz. No obstante, el aplicar unas pautas de tratamiento establecidas mejora la evolución y el pronóstico de estos enfermos.



## DESHIDRATACIÓN HIPONATRÉMICA E HIPOCLORÉMICA: UN DEBUT CLÍNICO FRECUENTE DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.

Y. Ballesteró Díez, H. Carbajosa Moreno, I. Hernández Bernal, E. Infante López, J. Manzanares López-Manzanares, P. Rojo Conejo.

*Departamento de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivo:** Poner de manifiesto la importancia de la fibrosis quística (FQ) en el diagnóstico diferencial de la deshidratación hiponatrémica.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de los 77 pacientes seguidos en la Unidad de FQ de nuestro hospital que debutaron en el periodo de 1985 a 2003. El diagnóstico de FQ se realizó según los criterios habituales: determinación de electrolitos en sudor y estudio de mutaciones del gen CFTR. Se han seleccionado los pacientes que debutaron con deshidratación hiponatrémica. Se han recogido las siguientes variables: clínica, edad, sexo, antropometría, estado nutricional según el índice de Waterlow, mes de presentación, duración de los síntomas hasta la primera consulta, número de episodios previos de deshidratación; datos bioquímicos: ionotest, gasometría con iones, función renal, concentración de sodio y potasio en orina. Método estadístico: media, rango, porcentaje y test de Chi-cuadrado.

**Resultados:** De los 77 pacientes, 13 (17%) han debutado con deshidratación hiponatrémica. Se obtuvieron datos de 11 de ellos: edad media de presentación 9,5 meses (3-14); 7 varones (63%); el 100% se presentaron en verano (julio 45%, agosto 36% y septiembre 18%); clínica más frecuente: vómitos, anorexia, irritabilidad y decaimiento; índice de Waterlow 75 (59-92); parámetros analíticos: sodio 122 mEq/l (109-132), potasio 3.3 mEq/l (2.2-5.5), cloro 80.3 mEq/l (72-88), pH 7.50 (7.36-7.60), bicarbonato 33.0 (24.4-40.7), urea 48.3 (21-68.4), en todos el Na en orina fue menor de 20 y siempre menor a la excreción de K.

**Comentarios:** Ante una hiponatremia de origen poco claro debe tenerse siempre en cuenta el nivel del cloro. La deshidratación hiponatrémica e hipoclorémica como debut de la fibrosis quística es relativamente habitual por lo que debe pensarse en ella a la hora del diagnóstico diferencial de la primera. Se debe considerar este diagnóstico especialmente en el período estival.



## DESHIDRATACIÓN HIPOTÓNICA HIPOPOTASÉMICA E HIPOCLORÉMICA CON ALCALOSIS METABÓLICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA FIBROSIS QUÍSTICA.

S. Quevedo, Y. Lage, I. Pinto, L. Echeverría, F. Verjano, M. Vázquez.

*Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).*

**Introducción:** La fibrosis quística (FQ) o mucoviscidosis es una enfermedad genética, de las glándulas exocrinas del organismo, que se hereda con carácter autosómico recesivo, con afectación preferencial del páncreas y aparato respiratorio. Aproximadamente el 50% de los casos debutan con síntomas respiratorios, un 43% con desmedro o franca malnutrición y un 35% con esteatorrea. Pero junto a estas formas de presentación más habituales hay que considerar el diagnóstico en otras circunstancias que podríamos considerar como formas atípicas.

**Caso Clínico:** Niña de 4 años que es traída al Servicio de Urgencias por un cuadro de 72 horas de evolución de náuseas, dos vómitos y decaimiento sin otra sintomatología. Afebril. No ingesta de fármacos. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: bronquiolitis a lo 12 meses, posteriormente un episodio de bronquitis espástica al año, resto sin interés. Exploración física: Peso: 17 Kg (P25), Talla: 107 cm (P50-75), Tª: 37.5°C, FC: 117 lpm, TA: 93/56 mmHg. Mal estado general. Escasa actividad espontánea. Ojerosa. Mucosas secas. Relleno capilar de 4 seg. Pliegue negativo. Meníngeos negativos. No exantemas. ACP: normal. Abdomen: normal. Neurológico: hipotonía generalizada, resto normal. ORL: normal. Pruebas complementarias iniciales: Hemograma: 10.660 leucocitos, 13 g Hb, 277.00 plaquetas. Gasometría: pH 7.60, HCO<sub>3</sub>: 43, EB: +18, pCO<sub>2</sub>: 43 mmHg. Bioquímica sanguínea: Na: 125 mOs/l, K: 2 mOs/l, CL: 70 mOs/l, Creat: 0.92 mg/dl, gluc: 113 mg/dl, osmolaridad: 265. Orina: ph 6, densidad 1015, Na <10 mOs/l, K 17 mOs/l, osmolaridad 316. Evolución: recibió tratamiento con fluidoterapia intravenosa para corrección del déficit de líquidos e iones en 48 horas. A las 48 horas de su ingreso inicia picos febriles con crepitantes en base derecha presentando en la Rx de tórax un infiltrado basal derecho, por lo que recibió tratamiento antibiótico. Dada la situación de deshidratación aguda con alcalosis hipoclorémica hipokaliémica hiponatrémica se realizó ionotest que fue positivo. En el estudio genético presentaba la mutación en forma heterocigótica F508 del R347P.

**Comentarios:** Aunque la deshidratación hiponatrémica con alcalosis metabólica es una forma atípica de presentación de la FQ en lactantes puede darse en niños mayores y si no pensamos en ella podemos retrasar el diagnóstico de la FQ.



## **INMIGRACIÓN, SALUD, INTEGRACIÓN. UN ESTUDIO PROSPECTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL.**

S. Vetter, A. Quesada.

*Hospital de Mollet.*

**Objetivos:** A propósito de evaluar la situación familiar del niño inmigrante que asiste a urgencias pediátricas del Hospital de Mollet se realizó un estudio prospectivo de corte transversal en el intervalo enero/febrero 2004.

**Material y métodos:** Se diseñó un cuestionario que fue administrado a 107 familias inmigrantes consultantes de un total de 165. El instrumento recogió información acerca de país de origen, lugar de residencia, dominio de idioma castellano y/o catalán, edad, religión, nivel de escolaridad, actividad laboral en país de origen y en Cataluña de los padres; así como número, edades, nivel de escolaridad y asistencia sanitaria prestada a sus hijos. También se documentó el motivo de consulta y el diagnóstico.

**Resultados:** Se aprecia que de 2776 urgencias 165 fueron niños inmigrantes, procedentes principalmente de la misma localidad (Mollet). El 49% de las familias son de origen sudamericano (36% ecuatorianos), marroquí (33%) y países africanos (8%). Católicos seguido de musulmanes principalmente. En Cataluña 59 madres son amas de casa aunque con un nivel de estudios igual en comparación con los padres que actualmente estaban empleados. De los 106 padres que no tienen castellano como idioma nativo solamente 55 tienen un dominio alto de castellano. En el país de origen la mayoría de los padres tenían estudios de II, III y IV nivel pero estaban desempleados. De los representantes encuestados 101 prefieren el hospital como primer lugar de asistencia, debido a facilidad de acceso. De los niños 10 no realizan revisiones médicas.

**Conclusión:** Conocer el perfil de la familia inmigrante nos permite un mejor abordaje sociosanitario y un mejor control de enfermedades. El esfuerzo debe centrarse en eliminar barreras de comunicación para el impacto de la inmigración en nuestro país.



## INTOXICACIÓN CRÓNICA POR PARACETAMOL E INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA.

S. Ricart Campos, M. Guardia Camí, E. Corrales Magín, J. Martín de Carpi\*, C. Luaces Cubells.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*Sección de Gastroenterología. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona.*

**Fundamento y objetivos:** La actitud inicial ante un derrame pleural tiende a ser más agresiva con toracocentesis precoz y administración de fibrinolíticos. El retraso en estas medidas puede generar una mayor estancia hospitalaria y más complicaciones. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de derrames paraneumónicos, el manejo iniciado desde urgencias y la evolución posterior.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las historias de pacientes con derrame pleural paraneumónico ingresados los años 2002 y 2003. Los criterios de inclusión fueron: ingreso realizado desde urgencias y diagnóstico inicial de derrame paraneumónico. Se consideró un derrame tributario de punción era aquel que presentaba un grosor en decúbito lateral igual o superior a 1cm.

**Resultados:** Fueron diagnosticados desde urgencias 4883 pacientes afectos de neumonía de los que ingresaron 382 (1,19%). De los pacientes ingresados, presentaron derrame pleural paraneumónico 47 (12,3%). Se realizó radiografía de tórax, analítica y hemocultivo en urgencias a todos los pacientes, siendo éste positivo en 8 (19%), y el microorganismo más frecuente *S. pneumoniae*. En 19 casos el derrame pleural se consideró tributario de punción. Se realizó toracocentesis en urgencias en 8 casos y 11 en hospitalización, todos en las primeras 24 horas del ingreso. De los derrames considerados no puncionables progresaron en hospitalización 8 (28%) practicándose toracocentesis pasadas las 48 horas. En urgencias se dejó drenaje pleural en todos los casos en que se realizó toracocentesis excepto en uno. El cultivo del líquido pleural fue positivo en 10 casos (37%) siendo el germen más frecuente *S. pneumoniae*. El antibiótico más pautado fue cefotaxima y en segundo lugar amoxicilina clavulánico. Precisaron tratamiento fibrinolítico 12 casos. La mediana de la estancia hospitalaria de los pacientes que no precisaron toracocentesis fue de 7 días, la de los que se les colocó drenaje en urgencias, de 13 días y de los que se realizó el drenaje posteriormente, 16 días. En los que se realizó el drenaje desde urgencias hubo una complicación (paresia diafragmática) y en los que se hizo posteriormente, cuatro (1 ilio paralítico, 1 fístula y 2 neumotórax).

**Comentarios:** El drenaje precoz de un exudado disminuye las complicaciones y reduce la estancia hospitalaria. Ante un derrame paraneumónico proponemos la realización de la punción pleural desde Urgencias y, si tiene características de exudado, iniciar el drenaje con tubo, y el tratamiento con fibrinolíticos si se trata de empiema.



## SESIÓN DE POSTERS EXPUESTOS 2

Viernes 7 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

### PAROTIDITIS RECURRENTE: REVISIÓN DE 14 CASOS.

D. Bartoli, J. Ramírez Rodríguez, V. Aldecoa Bilbao, G. Viaplana Bartolí, S. Argemí Renom, J. Rojo Fernández.

*Servicio de Pediatría. H. de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Sabadell.*

La parotiditis recurrente (PR) es una entidad caracterizada por la inflamación repetida de la glándula parótida asociada a sialectasia no obstructiva, de etiología incierta y presentación exclusiva en la edad pediátrica.

**Objetivos:** revisión de los casos de PR estudiados en nuestro centro y describir los datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y pruebas de diagnóstico realizadas.

**Material y métodos:** se revisaron 14 casos diagnosticados de PR y su evolución mediante encuesta telefónica.

**Resultados:** la edad media de inicio fue de 5 años (rango 2 años - 13 años) con predominio en el sexo masculino (71%). La edad media de consulta fue de 6 años con una media de episodios previos al diagnóstico de 2,5. El 14% de los pacientes padecieron episodios de PR en ambas parótidas mientras que en el resto (86%) todos fueron en la misma glándula. La clínica más frecuente fue la de tumefacción (100%) y dolor (92%), solamente un 20% presentaron fiebre. Todos los pacientes recibieron tratamiento antiinflamatorio y un 42% antibiótico. La duración media de los episodios fue de 10 días. Se practicó ultrasonografía en período asintomático en 13 pacientes mostrándose en todos ellos aumento de la glándula parótida con dilatación acinar difusa.

### Comentarios:

1. El rango de edad de presentación fue amplio y hubo predominio en el sexo masculino (71%).
2. Un 86% de los casos presentó clínica unilateral.
3. Los síntomas más frecuentes fueron los de tumefacción y dolor.
4. La totalidad de los pacientes fueron tratados con antiinflamatorios y un 42% con antibióticos.
5. Todas las ultrasonografías realizadas en los diferentes casos mostraron la misma imagen característica de aumento de tamaño glandular y dilatación acinar difusa.



## **TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR. DIAGNÓSTICO Y MANEJO.**

R. Páez, M.J. Hernández Bejarano, E. Vázquez Peñas, R. González García, A. García Parrón, A. Gil Sánchez.  
*Unidad de Cardiología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción:** La Taquicardia supraventricular es el trastorno del ritmo más frecuente en la infancia, causante de una significativa morbilidad. En el 90% de los casos, el mecanismo es por reentrada a través de vía anómala. Su frecuencia se estima entre 1/250-1.000 niños. Existe abanico amplio de tratamientos, siendo adenosina, digoxina y la amiodarona, los más empleados en la fase aguda y profiláctica, respectivamente.

**Objetivo:** Comunicar las formas clínicas de aparición y recurrencia según la edad, valorando la respuesta al tratamiento durante la crisis y la necesidad de terapia profiláctica o definitiva según evolución.

**Material y métodos:** Se revisaron 19 historias de pacientes remitidos a la consulta de cardiología pediátrica, desde el servicio de urgencias, por sospecha de TSV entre los años 1997 y 2003, excluyendo aquellos con cardiopatía congénita o adquirida. Las edades comprendían desde 0 a 13 años. Pruebas complementarias realizadas: Analítica, ECG o Holter y Ecocardiografía. Resultados: De los niños evaluados, el 89% presentaban TSV por reentrada, de los cuales el 50% correspondían a síndrome de Wolff-Parkinson-White. Los niños < 5 años representaban el 60% y su forma de presentación más frecuente fue la asintomática. La adenosina fue el tratamiento de elección durante la crisis en el 75%, mientras que en los >5 años fue el no tratamiento. La profilaxis se realizó en el 75% y el 12%, con digoxina y amiodarona, respectivamente, con buen control. La recurrencia fue del 44% y del 18% respectivamente, sólo necesitando ablación por radiofrecuencia un 11% del total de niños.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes revierten con adenosina, siendo una droga segura y carente de efectos secundarios. Es baja la incidencia de recidivas en fase aguda tras su administración. El tratamiento invasivo no es necesario en principio en niños pequeños por autolimitación y curación.



### DESHIDRATACIÓN HIPONATRÉMICA COMO DEBUT DE FIBROSIS QUÍSTICA.

M.T. Penela Vélez de Guevara, M.C. Puente Sánchez, E. Garrido-Lestache Rodríguez-Montes, M.C. Moraleda Redecilla, M.D. Romero Escós, M.S. Jiménez Casso.

*Servicio de Pediatría. Hospital General. Segovia.*

**Fundamento y objetivo:** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad secundaria a un defecto en el gen regulador de la conductancia transmembrana que se hereda con carácter autosómico recesivo. Afecta a todas las glándulas exocrinas, especialmente al páncreas exocrino, intestino, vías respiratorias, hígado y glándulas sudoríparas. Aquí presentamos un caso de FQ que debuta como un trastorno hidroelectrolítico y del equilibrio ácido-base.

**Observaciones clínicas:** Niña de 5 meses de edad que acude a Urgencias en el mes de julio, por un cuadro de rechazo de las tomas de una semana de evolución. Antecedentes familiares: tío paterno fallecido a los 6 meses de edad por FQ. Antecedentes personales: nace en Bulgaria y se traslada a España hace 3 meses. Ingreso por neumonía al mes de vida. Exploración: regular estado general con decaimiento y mucosa oral seca. Fontanela anterior normotensa. Pulsos palpables y simétricos. Resto de exploración por aparatos normal. Exploraciones complementarias: Hemograma normal. Bioquímica: normal excepto Na: 128, K: 2,6 y Cl: 76,4. Gasometría venosa: pH 7,61, pCO<sub>2</sub>: 35,5, HCO<sub>3</sub>: 35,2, EB: +13,1. Evolución: al ingreso se inicia rehidratación intravenosa con corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas al segundo día de ingreso. Se realiza test del sudor con resultado repetido no definitivo (Cl: 59 mmol/L) por lo que se decide realizar estudio genético de FQ con resultado positivo.

**Comentarios:** Las células epiteliales del canal excretor de las glándulas sudoríparas son impermeables al cloro, lo cual da lugar a un descenso en la reabsorción del sodio y a un aumento de la concentración de ClNa en el sudor.

Esto da lugar, además de a una deshidratación hiponatrémica e hipoclorémica, a alcalosis metabólica por la pérdida de clorhídrico en los meses de calor.

Los trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base pueden manifestarse como fiebre, vómitos, irritabilidad, deshidratación, debilidad, rechazo de la alimentación o retraso pondero-estatural.

La pérdida iónica excesiva a través de la sudoración es una de las bases del diagnóstico mediante la determinación de niveles altos de cloro en el test del sudor. Esta prueba puede tener falsos negativos, por lo que en casos con sintomatología clara de FQ y test del sudor dudoso o normal debe realizarse estudio genético. Debemos concluir que el test del sudor ha de ser parte del estudio de cualquier niño con alcalosis metabólica inexplicada.

En niños con fibrosis quística, los niveles séricos de electrolitos deben ser controlados regularmente durante los meses de calor.



## ENFERMEDAD DE CASTLEMAN.

J. Sánchez de Toledo Sancho, J. Fàbrega<sup>1</sup>, X. Lucaya<sup>2</sup>, C. Marhuenda<sup>3</sup>, N. Torán<sup>4</sup>, X. Ballabriga<sup>1</sup>, J. Sánchez de Toledo Codina.

*Servicio de Oncología Pediátrica, <sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Radiología Pediátrica, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>4</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Fundamento:** La enfermedad de Castleman o hiperplasia angiofolicular es una entidad poco frecuente enmarcada dentro de los trastornos linfoproliferativos. Descrita inicialmente por Castleman en 1956, existen pocos casos descritos en la edad pediátrica. Presentamos un caso en una paciente de 12 años.

**Observaciones clínicas:** Paciente de 12 años, sin antecedentes personales de interés, con tos productiva de 15 días de evolución.

**Exploración física:** hipofonesis en hemitórax derecho. La radiografía simple puso de manifiesto una masa en mediastino medio y posterior. La tomografía computerizada objetivaba una masa en mediastino medio y posterior que captaba contraste de forma homogénea. La prueba de la tuberculina resultó negativa. El aspirado de médula ósea evidenció una celularidad normal y los marcadores tumorales analíticos fueron negativos. Se realizó un estudio angiográfico de la lesión, evidenciándose una masa hipervascularizada a expensas de un tronco intercostobronquial y una bronquial anómala que pudieron ser embolizados sin complicaciones. Se practicó una resección completa de la masa. El estudio anatomopatológico fue compatible con la enfermedad de castleman variedad hialino vascular.

**Comentario:** La Enfermedad de Castleman es una entidad poco frecuente que se caracteriza por una hiperplasia linfoide reactiva. Su etiología es desconocida pero se cree que responde a una estimulación antigénica crónica de probable etiología viral. Se presenta en adultos jóvenes siendo más frecuente en mujeres. En el 70% de los casos se presenta como una masa mediastínica. Clínicamente se distinguen dos formas de enfermedad: La localizada, de buen pronóstico y la multicéntrica, descrita mayoritariamente en pacientes inmunodeprimidos, con un comportamiento más agresivo y relacionadas con el linfoma no Hodgkin. Histológicamente la enfermedad de Castleman se clasifica en dos patrones distintos: la variedad hialino-vascular, la más frecuente y la variedad de células plasmáticas asociada generalmente a las formas diseminadas.

Para el diagnóstico de la enfermedad se requiere la resección completa del ganglio afectado. En las formas localizadas la resección completa es curativa. La utilización de la angiografía y la embolización selectiva puede facilitar el manejo y minimizar las complicaciones de la cirugía. En las formas multicéntricas la resección quirúrgica no es suficiente. La radioterapia y la utilización de corticoesteroides y quimioterapia han mejorado el pronóstico de esta variante de la enfermedad que presenta un 50% de mortalidad.



### MASAS ORBITARIAS EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

C. Mendoza Mayor<sup>1</sup>, J. Fàbrega Sabaté<sup>1</sup>, O. Segarra Cantón<sup>1</sup>, J. Sánchez de Toledo Codina<sup>2</sup>, N. Martín Begué<sup>3</sup>, X. Ballabriga Vidaller<sup>1</sup>.

*Servicio de Urgencias<sup>1</sup>, Servicio de Oncología pediátrica<sup>2</sup>, Servicio de Oftalmología<sup>3</sup>. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Fundamento y objetivo:** La presentación orbitaria constituye una forma de debut infrecuente de enfermedad neoplásica en la infancia, aunque su localización permite un diagnóstico rápido gracias a la aparición precoz de signos clínicos.

#### Observaciones clínicas:

- **Caso 1:** niño de 5 años con astenia y febrícula de 20 días de evolución con aparición posterior de ptosis palpebral, midriasis hiporreactiva ipsilateral y leve proptosis. Se practicó resonancia cerebral (RM) que visualiza infiltración homogénea a nivel del seno cavernoso izquierdo y radiografía torácica que detecta masa mediastínica anterior. La histología confirmó linfoma linfoblástico de células T.
- **Caso 2:** varón de 9 años con molestias visuales y diplopia de pocos días de evolución con discreto exoftalmos derecho a la exploración. La RM cerebral evidenció tumoración afectando el área orbitaria inferotemporal derecha que correspondía a un rhabdomioma embrionario en la anatomía patológica.
- **Caso 3:** niño de 19 meses que consultó por exoftalmos unilateral progresivo en el último mes. El estudio por imagen mostró masa en techo orbitario de características heterogéneas captante con destrucción ósea compatible con fibroma no osificante.

**Comentarios:** Es importante para el pediatra general conocer la existencia de masas orbitarias de origen vascular y/o neoplásico para la correcta identificación precoz de éstas y no demorar su conveniente tratamiento.



## ESOFAGITIS POR DOXICICLINA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

N. Pociello Almiñana, P. Vilar Escrigas\*, C. Luaces Cubells.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Sección de Gastroenterología\*. Hospital Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona.*

**Fundamento y objetivo:** La esofagitis por fármacos es una entidad descrita con relativa frecuencia en adultos. Sin embargo, son escasas las publicaciones que hacen referencia a casos en la población infantil. La historia clínica sugestiva de dolor retroesternal, odinofagia, disfagia y el antecedente de ingesta de fármaco en un paciente debe hacernos pensar en esta entidad. Nuestro objetivo es presentar dos casos de adolescentes que consultaron por dolor retroesternal.

### Observaciones clínicas:

- **Caso 1:** Varón de catorce años que acude a urgencias por dolor torácico retroesternal y epigástrico, de tres días de evolución que coincide con la ingesta. El dolor dura unos minutos y mejora progresivamente al dejar de comer. Antecedentes: en tratamiento con Doxiciclina y zinc desde hacía un mes por acné. Toma la medicación en decúbito antes de ir a dormir. Exploración física en urgencias: Presenta lesiones residuales de acné. El resto de exploración sin hallazgos. Se realiza Rx de tórax que es normal. Ante la sospecha de esofagitis por Doxiciclina se decide ingreso. Posteriormente se efectúa fibrogastroscoopia hallándose lesiones sugestivas de esta entidad que se confirman con la biopsia. Se inicia tratamiento con sucralfato y omeprazol presentando mejoría progresiva del dolor.
- **Caso 2:** Paciente de sexo femenino de dieciséis años que consulta por dolor retroesternal de 48 horas de evolución coincidiendo con la ingesta. El dolor es intenso y se acompaña de pirosis. Antecedentes: acné en tratamiento con doxiciclina. Toma la cápsula antes de ir a dormir estando semisentada. Exploración física en urgencias: dolor selectivo en tercio distal del esófago y lesiones cutáneas residuales de acné. Ante la clínica sugestiva de esofagitis por doxiciclina se decide ingreso con dieta absoluta y posteriormente se efectúa fibroesofagogastroscoopia que confirma el diagnóstico. Se inicia tratamiento con sucralfato y omeprazol con buena evolución.

**Comentarios:** La aparición de odinofagia, dolor retroesternal con o sin disfagia en un paciente debe hacernos pensar en esta entidad e interrogar sobre la ingesta de fármacos. Con respecto a la doxiciclina, la esofagitis se relaciona con la superficie gelatinosa de las cápsulas, que favorece que el contacto de las mismas con la mucosa esofágica sea mayor, y con sus propiedades ácidas. La endoscopia permite establecer el diagnóstico definitivo. La acción terapéutica principal consiste en retirar el fármaco. Las medidas preventivas en relación con la manera de ingerir el fármaco pueden evitar esta entidad.