



BILBAO

6, 7 y 8 de mayo - 2004

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

I Symposium Internacional de Urgencias Pediátricas

posters III



SESIÓN DE POSTERS DEFENDIDOS 3

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

Moderador: J. Humayor

UTILIDAD DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL SÍNCOPE VASO-VAGAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

P. Galán Del Río, I. Ruiz Manzanal, S. Capapé Zache, N. Trebolazabala Quirante, J. Sánchez Etxaniz, M.A. Vázquez Ronco.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

Objetivo: Conocer la utilidad de las pruebas complementarias y el manejo posterior de los niños diagnosticados de síncope vaso-vagal en el Servicio de Urgencias de Pediatría de un hospital terciario.

Material y método: Estudio retrospectivo de 151 episodios diagnosticados al alta de síncope vaso-vagal durante los años 2001 y 2002. Se recogió información sobre epidemiología, manejo en urgencias, realización de pruebas complementarias y necesidad de valoración por un especialista.

Resultados: La edad media fue $105,4 \pm 39$ (13-168) meses, siendo 84 (55,6%) mujeres. Dos niños tenían antecedente de epilepsia y 2 cardiológico (estenosis pulmonar). El 76,8% (115) referían síntomas presíncopales. La duración fue menor de un minuto en el 84,5%. La exploración física fue normal en todos los niños salvo en uno que se encontró un soplo cardíaco antes no diagnosticado. Se realizó al menos una prueba complementaria en 129 (85,4%) niños. Se realizaron 50 (33,1%) glucemias capilares y se tomó la tensión arterial al 64,9%, siendo todas ellas normales. Se encontró una alteración electrocardiográfica (marcapasos migratorio) del total de 100 (66,2%) que se realizaron. Electroencefalograma se realizó en 29 (19,2%) ocasiones encontrando alteración en un niño ya diagnosticado (por este episodio el diagnóstico final por el neurólogo fue de síncope). Otras pruebas realizadas: 2 Rx de tórax, 3 analíticas sanguíneas y un TAC cerebral, sin encontrarse hallazgos en ninguna de ellas. Fueron derivados para valoración por cardiología y neurología infantil 14 (9,2%) y 11 (7,2%) niños respectivamente, dados de alta finalmente con el diagnóstico de síncope vaso-vagal. De los 22 niños en que no se realizaron pruebas complementarias, ninguno se derivó para valoración por especialista.

Conclusiones: El síncope vaso-vagal es una patología poco frecuente en la Urgencia de Pediatría. Una buena anamnesis y la ausencia de hallazgos patológicos en la exploración física hacen que en general la realización de pruebas complementarias (sobre todo las cruentas) y la valoración por otro especialista solo sea necesaria en casos seleccionados.



SÍNCOPES EN URGENCIAS. SÍNDROME DEL QT LARGO Y TRATAMIENTO DE LAS ARRITMIAS MALIGNAS CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE.

N. García de Andoin, I. Miner, M. Apilanez, M.A. Izquierdo, A. Bodegas¹, J.M. Porres².

Servicio de Pediatría. Hospital Donostia. Donostia. ¹Servicio de Cardiología. Hospital de Cruces. Barakaldo. ²Cuidados Intensivos. Hospital Donostia. Donostia.

Introducción: El síndrome del QT largo (SQTL) es una enfermedad causada por mutación en los genes que codifican los canales del sodio o potasio, originando inestabilidad eléctrica con riesgo de arritmias y muerte súbita. Se debe considerar en todo paciente con síncope. El tratamiento inicial es médico, aunque últimamente se ha impuesto el uso de desfibrilador automático implantable (DAI) en pacientes con riesgo elevado de muerte súbita. Comunicamos nuestra experiencia en el empleo del DAI en dos pacientes con SQTL.

Casos clínicos:

- **Caso 1:** Episodios sincopales en relación con el ejercicio desde los 7 años. No antecedentes familiares. ECG con QTc 0,5 seg; alternancia de la onda T. Inicia tratamiento con propranolol. Estudio genético familiar: SQTL familiar tipo I con mutación en estado homocigoto del gen KVLQT1. A los 14 años episodio sincopal en relación a taquicardia ventricular que degenera en asistolia recobrando espontáneamente ritmo sinusal. Se coloca DAI. En 1,5 años ha presentado 2 episodios sincopales por taquicardia ventricular que han revertido con el desfibrilador.
- **Caso 2:** A los 11 años episodio sincopal mientras tocaba un instrumento. En tratamiento homeopático. No antecedentes familiares ni personales. ECG: bloqueo AV completo; QTc límite. Asintomática hasta los 13 años que presenta nuevo síncope con bloqueo AV de 3er grado alternando con taquicardia ventricular, QTc 0,65 seg. síndrome de bajo gasto y edema agudo de pulmón. Se coloca marcapasos externo y posteriormente se implanta un DAI, siguiendo asintomática 1 año después.

Comentarios:

- Se debe descartar un SQTL en todo paciente con síncope en la sala de urgencias; intervalo QTc normal no descarta esta patología.
- La implantación de DAI en pacientes seleccionados con elevado riesgo de muerte súbita parece la única alternativa eficaz para revertir los episodios de riesgo vital.



CONVULSIONES EN NIÑOS AFECTOS DE HEMOPATÍAS MALIGNAS. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS EN 17 EPISODIOS.

C. Segovia Verjel, M.E. García Rodríguez, B. Muñoz Cabello, J.M. Pérez Hurtado, J.M. Rodríguez Fernández.
Unidad de Hematología Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Exponer nuestra experiencia sobre las crisis convulsivas en niños afectados de hemopatías malignas y establecer criterios pronósticos tras el estudio de 17 episodios consecutivos sucedidos en nuestra área de hospitalización pediátrica entre los años de 1995 a 2004.

Material y método: Estudio retrospectivo en 17 pacientes. 11 niños y 6 niñas. Edad media 7 años (2-16 años). 14 LAL, 2 Anemia de Fanconi y 1 Aplasia medular adquirida. 13 pacientes en tratamiento quimioterápico y 4 pacientes post trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos con EICH aguda en tratamiento con ciclosporina y esteroides. El tratamiento para las convulsiones fue diazepam rectal o IV y posteriormente fenitoína o valproato sódico. Estudios: Examen de LCR, TAC y/o RMN y EEG. Se utilizó el test de comparación de proporciones del programa RSIGMA para el análisis estadístico.

Resultados: Tipo de crisis: generalizada: 16, parcial: 1. Repetición de las crisis en las primeras 24 horas: 10/17 (58%). Estatus epiléptico 2/17 (12%). Recuperan nivel normal de conciencia en las primeras 24 horas 12/17 (70%). Patología en el SNC en 12/17 (75%): Leucoencefalopatía multifocal 8 (6 se resolvieron en un tiempo medio de 5 meses y 2 progresaron), infiltración de SNC 2, abscesos cerebrales 1, trombosis venosa cerebral 1. Exitus 5/17 (29%), todos sin recuperar nivel de conciencia y todos con 2 o más crisis convulsivas en las primeras 24 horas. Causa de Exitus: leucoencefalopatía multifocal progresiva 2, progresión leucémica 2, infección SNC 1. Repiten convulsiones en posteriores tratamientos de quimioterapia a pesar de profilaxis 2/12 (16%).

Conclusiones:

1. La repetición de las convulsiones en las primeras 24 horas es un factor de mal pronóstico. De 10 pacientes con más de una crisis 5 fallecieron y de los 7 pacientes con crisis única ninguno falleció ($p=0.0015$).
2. Todos los pacientes que fallecieron presentaban ausencia de recuperación del nivel de conciencia en las siguientes 24 horas tras la primera crisis ($p=0.0011$).



HEMIPARESIA AGUDA: REVISIÓN DE CASOS.

L.M. Arrabal Fernández¹, O. Rubio Cabezas¹, M.L. Ruiz-Falcó Rojas², L. González Gutiérrez-Solana², J.J. García Peñas².

¹Servicio de Urgencias. ²Sección de Neurología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: La hemiparesia aguda es un síndrome poco frecuente en la infancia, que produce gran alarma en las familias y puede deberse a múltiples causas.

Pacientes y métodos: Se han revisado de forma retrospectiva las historias clínicas de 19 pacientes diagnosticados de hemiparesia aguda en el Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid en los últimos 10 años. Se han analizado: anamnesis, exploración general y neurológica, pruebas complementarias, diagnóstico y evolución. Se han excluido del análisis aquellos pacientes con hemiparesia congénita, crónica o secundaria a intervenciones quirúrgicas.

Resultados: Sexo: 10 niñas y 9 niños. Edad: entre 2 meses y 13 años. Causas: enfermedades cerebrovasculares (26,3% de los casos), epilepsia (21%), enfermedades de la sustancia blanca (15,8%), infecciones del sistema nervioso central y metabopatías (10,5% cada una), tumores intracraneales, traumatismos y trastornos hematológicos (5% en cada caso). Hallazgos más frecuentes en la exploración física, además de la hemiparesia: alteración del nivel de conciencia (52,6%), crisis convulsivas (52,6%), afectación de pares craneales (36,8%), fiebre (26,3%), síntomas sensitivos (21%), cefalea (10,5%) y vómitos (10,5%). Evolución de la hemiparesia: recuperación completa (42,1%), hemiparesia residual leve (42,1%), recurrencia (10,5%) y hemiparesia residual intensa (5%).

Conclusiones:

1. La hemiparesia aguda en la infancia representa un desafío diagnóstico debido a que puede aparecer en el contexto de distintas enfermedades.
2. En nuestra serie, la causa más frecuente ha sido la enfermedad cerebrovascular seguida de la epilepsia.
3. Los síntomas asociados más comunes fueron la alteración del nivel de conciencia y las crisis comiciales.
4. En la mayoría de las ocasiones la recuperación ha sido prácticamente completa.



PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN LACTANTE DE 8 MESES SECUNDARIA A OTITIS MEDIA AGUDA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE.

N. Piqué Palacín¹, F. Pumarola Segura², J. Fàbrega, Sabaté¹, X. Perramón Montoliu¹, C. Mendoza Mayor¹, M. Pellicer², X. Ballabriga Vidaller¹.

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de ORL Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Fundamento y objetivo: La parálisis facial es una complicación conocida de la otitis media en la infancia. Nuestro propósito es exponer que pese a su escasa incidencia, con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, se consigue su resolución completa en la mayoría de casos.

Observaciones clínicas: Presentamos el caso de un lactante varón de 8 meses, sin antecedentes patológicos de interés e inmunizaciones al día, que acudió a nuestro servicio de Urgencias con clínica de parálisis facial periférica completa unilateral de pocas horas de evolución. Al ingreso se objetiva una otitis media aguda ipsilateral por *Haemophilus influenzae*, habiéndose descartado otras posibles causas de parálisis. Tras timpanocentesis evacuadora a las 12h del diagnóstico y antibioterapia sistémica con amoxicilina-clavulánico durante 10 días, se consiguió resolución completa del cuadro, en un tiempo de 6 semanas.

Comentarios: Ante toda parálisis facial es importante descartar, aunque es infrecuente, un posible foco ótico. Dado que la presencia de otitis media no descarta otras patologías a nivel del nervio facial, sería conveniente realizar tomografía axial computerizada, siempre previa timpanocentesis, ya que permite visualizar con mayor sensibilidad las estructuras comprometidas. El tratamiento incluye antibioterapia sistémica y cirugía precoz mediante miringotomía, ya que la descompresión de la cavidad del oído medio minimiza el riesgo de parálisis facial permanente, con recuperación completa de la misma en la mayoría de los casos, sin necesidad de medidas quirúrgicas más agresivas como la masteidectomía o la descompresión nervio facial.



HEMORRAGIA CEREBELOSA SECUNDARIA A TCE.

J. Pineda Sánchez, M. Pujol Mensa, A. Monegal Avila, L.I. Galceran Jové, J. Sitjes Costas, S. Nevot Falcó.
Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Asistencial. Manresa.

Fundamento: El traumatismo craneoencefálico es toda lesión orgánica o funcional del contenido craneal por una violencia exterior, siendo las precipitaciones o caídas la causa del 20-25% de dichos traumatismos en la edad pediátrica.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un lactante de 7 meses de vida que fue éxitus por hemorragia cerebelosa ocurrida tras un traumatismo craneal.

Observaciones clínicas: Recién nacido a término, sin antecedentes de interés, que cuatro días antes de ingresar presentó traumatismo craneal en zona occipital tras caída, volteo y golpe, sin pérdida de conciencia ni otros signos neurológicos. Acuden a su Pediatra dos días después por irritabilidad y febrícula, observando buen estado general y exploración neurológica normal; se diagnostica otitis media prescribiéndose antibioterapia oral. Dos días después (4º día del golpe), empeoramiento de su estado general con rechazo del alimento, irritabilidad, hipertonía, pérdida de conciencia y convulsiones. Acuden a nuestro Servicio de Urgencias donde ingresa en estado de coma, con Glasgow: 3, pupilas midriáticas y arreactivas, mala perfusión periférica y shock. Se inician maniobras de reanimación cardio-pulmonar avanzada con colocación de vía intraósea y administración de fármacos inotrópicos sin obtener respuesta, produciéndose el éxitus a la hora de ingreso tras asistolia mantenida. La necropsia mostró hematoma cerebeloso de probable origen traumático.

Comentarios:

- La hemorragia cerebelosa se describe en el síndrome del niño sacudido.
- Las características del traumatismo con movimiento de aceleración y desaceleración seguida de impacto directo son origen de hemorragia cerebelosa con un mecanismo semejante al del niño sacudido.
- Es necesario un alto índice de sospecha para diagnosticar una hemorragia intracraneal postraumática, ya que puede pasar desapercibida.



HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.

N. Viguria Sánchez, B. Solis Gómez, E. Aznal Sainz, L. Gómez Gómez, R. Tejeira Álvarez, J.E. Olivera Olmedo. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.*

Introducción: El maltrato infantil es un problema de grave repercusión del que se desconoce la incidencia real. Si no se interviene, el 50% de los niños sufren nuevas agresiones. El abandono físico y el maltrato emocional son las formas más frecuentes de maltrato. La prevención y detección requiere gran esfuerzo y un abordaje multidisciplinar.

Caso clínico: Niño de 18 meses trasladado a Urgencias en ambulancia en estado de coma. Según sus padres tras oír un golpe lo encuentran inconsciente, y con una convulsión. Antecedentes personales: sin alergias ni ingresos previos. Exploración física: Coma, Glasgow 5 (O1,V1,M3). Respiración irregular. Rigidez de decorticación en hemicuerpo dcho. Pupila izda. midriática, pupila dcha. media. TA 140/80, FC 86. Hematomas: 2 frontales y uno en mejilla (gris-negro). Petequias en cuello y brazo. Tras estabilización inicial se solicitan pruebas de imagen. P. complementarias: TAC craneal: hematoma subdural agudo izdo con herniación cerebral subfacial. Signos de edema cerebral en hemisferio izdo. Evolución: Craniectomía descompresiva frontotemporal izda., evacuación del hematoma, colocación del catéter de PIC e ingreso en UCI. En fondo de ojo presenta hemorragias retinianas. Tras rehistoriar a la familia refieren que ha podido caerse pero no saben precisar más. La evolución es mala con aumento de la PIC y desarrollo en 48 horas de infarto cerebral masivo izdo. y frontal dcho., y muerte cerebral. Entre los antecedentes personales había consultado hace 1 mes por sospecha de maltrato con seguimiento en Servicio Social de Base.

Conclusiones:

- Las lesiones cutáneo-mucosas, óseas y oculares (hemorragias retinianas) son las más indicativas de maltrato físico.
- Las lesiones cutáneo-mucosas son las más frecuentes.
- Los traumatismos craneales y sus lesiones asociadas son los que mayor morbi-mortalidad provocan. Pueden ser producidos por contusión externa o tras una agitación violenta y repetida.



CEFALEA POSTPUNCIÓN.

M.J. Lirola, P. Lozano, V. Castillo, M. Del Río, A. Carmona.
Instituto Hispalense de Pediatría.

Fundamento y objetivo: Aunque la cefalea postpunción es una complicación bien conocida de la anestesia espinal y epidural, también puede ocurrir tras la realización de una punción lumbar diagnóstica o terapéutica. Sin ser excepcional en pediatría, no son muchos los casos reportados. Con este caso pretendemos hacer hincapié sobre la efectividad, en caso de que fracasasen las medidas conservadoras, de la utilización del parche hemático epidural en el tratamiento de las mismas.

Observaciones clínicas: Niña de 12 años y 25 Kg ingresada 3 semanas antes para estudio de cefalea. Se realizaron 2 punciones lumbares con agujas de 22 y 25 GA y separación entre una y otra de 24 horas. A las 48 horas de la 2ª punción presenta, a los pocos minutos de ponerse de pie o sentarse desde posición de decúbito, episodios de "mareo", náuseas, palidez y sudoración seguidos de cefalea, cediendo tras volver a acostarse. Ante la sospecha de cefalea postpunción, se indican reposo en decúbito e hidratación adecuada, junto con analgésicos habituales. Al no existir respuesta, a las 72 horas se añade tratamiento iv con dexametasona con bolo inicial y pauta de disminución progresiva, mejorando parcialmente. Se opta por la colocación de parche hemático de sangre autóloga en zona de punción quedando asintomática en pocas horas.

Comentario: La punción inadvertida de la duramadre- aracnoides producirá una filtración de LCR y alteración del soporte hidráulico del SNC desencadenando un síndrome de hipotensión endocraneana. La cefalea de forma característica aparece a las 24-48 horas postpunción y cede completamente al adoptar el decúbito. Existe controversia respecto a los factores de riesgo y tratamiento y el único medio que se ha mostrado eficaz para prevenirla es la utilización de agujas de menor calibre. El parche hemático parece ser un procedimiento seguro y efectivo en la cefalea postpunción severa y persistente.



CLÍNICA NEUROLÓGICA POR SALMONELLA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

M.C. Moraleda Redecilla, C. Santana Rodríguez, M.E. Garrido-Lestache Rodríguez-Monte, M.T. Penela Vélez de Guevara, M.C. Puente Sánchez, M.D. Romero Escós.

Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.

Fundamento y objetivo: Pérdida de conciencia y meningismo son motivos de consulta importantes no tanto por su frecuencia, sino por su trascendencia clínica. El diagnóstico diferencial incluye causas infecciosas, tóxicas y metabólicas entre otras. Entre las primeras, las infecciones entéricas son inusuales. Presentamos dos casos de infección por *Salmonella* cuya clínica neurológica motivó consulta en Urgencias.

Observaciones clínicas:

- **Caso 1:** Varón de 10 años de edad que es traído a urgencias por pérdida de conciencia y relajación de esfínteres. Había comenzado 18 horas antes con vómitos, diarrea y fiebre elevada. En la exploración destacan: disminución del nivel de conciencia, taquicardia, cianosis y midriasis bilateral reactiva. Datos complementarios positivos: leucocitos: 13.270 (26S, 36L, 38C); creatinina 2,4; gasometría venosa con acidosis mixta; PCR: < 0,3 que asciende a 21,5 mg/dl al 2º día; coprocultivo y hemocultivo positivos para *S. enteritidis*. Durante el ingreso presentó exantema maculo papuloso y episodios de alucinaciones y temblores. Evolución favorable bajo tratamiento antibiótico sin secuelas.
- **Caso 2:** Niña de 8 años de edad que acude a urgencias por meningismo de horas de evolución. Había comenzado dos días antes con abdominalgia, diarrea y fiebre. A su llegada decaída, con tendencia al sueño, rigidez de nuca, y meníngeos positivos. Presenta: leucocitosis: 16.050 (68S 12L, 6M, 14C), PCR 21,3 mg/dl, GOT 897, GPT 1506; GGT 1480, FA 1004, bilirrubina total 2,3. Punción lumbar normal Coprocultivo y hemocultivo negativos. Serología positiva para *Salmonella typhi*. Ecografía y TC abdominal: hepatomegalia y abundantes adenopatías mesentéricas. Buena evolución tras 9 días de tratamiento antibiótico.

Comentarios: Aunque en nuestro medio la infección por *Salmonella* no es un motivo frecuente de consulta en la urgencia pediátrica, destacamos esta etiología dentro del diagnóstico diferencial del meningismo y pérdida de conciencia. La asociación de la clínica entérica es un dato que nos debe orientar a este diagnóstico. No debemos olvidar que acompañando al cuadro neurológico podemos encontrar otras complicaciones que deben recibir tratamiento precoz para una evolución satisfactoria.



ETIOLOGÍA Y MANEJO EN URGENCIAS DE LOS NIÑOS QUE CONSULTAN POR ATAXIA DE APARICIÓN AGUDA.

E. Astobiza Beobide, S. Martínez González, M.J. Martínez González, J.M. Prats Viñas, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández.

Unidades de Neuropediatría y Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Bizkaia.

Objetivo: Describir la etiología, actitud diagnóstico-terapéutica, y seguimiento de los niños que consultaron por ataxia de aparición aguda en Urgencias.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de los 38 niños diagnosticados de ataxia aguda en nuestro hospital durante 3 años (2001-2003).

Resultados: Se valoraron 159002 episodios en Urgencias, 38 niños (0.023%) presentaron una ataxia aguda. Las causas más frecuentes fueron:

1. Postinfecciosa 18 (47.3%). La edad media fue de $55,7 \pm 27.89$ meses, siendo un 57% niñas. El tiempo de evolución hasta la aparición de la ataxia fue de 136 ± 86.33 horas. La etiología fue: varicela (9), viral inespecífica (6), micoplasma, enterovirus, y EBV. Se realizaron estudios complementarios al 89%. El examen del LCR fue patológico en el 66.6%. La neuroimagen fue normal. Precisaron ingreso 14 (77.7%), con una duración media de 5.14 ± 2.98 días. La exploración neurológica al alta persistía alterada en 12. Todos se recuperaron en su totalidad, salvo un paciente, que debutó con una linfocitosis hemofagocítica.
2. Intoxicación 10 (26.3%). Este grupo supone un 1.8% del total de consultas por ingesta de tóxicos. La edad media fue de 39.55 ± 40.42 meses, con predominio de varones (67.6%). Los fármacos fueron benzodiacepinas (4), anticatarrales (3), fenobarbital, sobredosificación de fenitoina, y etanol. El tiempo de evolución fue de 2.4 ± 1.6 horas, y la clínica más frecuente, vómitos y somnolencia. Ninguno precisó ingreso ni seguimiento neurológico.
3. TCE 2 (5.2%).
4. Miscelánea 8 (21%).

Conclusiones:

- Las ataxias agudas son un motivo de consulta infrecuente en Urgencias.
- Las ataxias agudas postinfecciosas y tras intoxicación son las más usuales, siguiendo por lo general un curso benigno y autolimitado.
- La historia clínica y la exploración neurológica nos orientaran hacia la etiología, y ésta al uso adecuado de los estudios complementarios.
- La neuroimagen y el ingreso hospitalario debieran reservarse para presentaciones atípicas, signos de focalidad neurológica, y cuadros de duración prolongada.



ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA EN LA INFANCIA.

L. Sentchordi, E. Crespo, M.R. Cazorla, A. Crespo, B. Martín-Sacristán, M.J.Navarro.
Servicio de Pediatría, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Fundamento y objetivo: Los ictus son poco frecuentes en la infancia (incidencia de 2.5 casos por 100.000 habitantes al año). Se caracterizan por su gran heterogeneidad etiológica. Lo más frecuente es encontrar patología cardíaca embolígena, estados protrombóticos y anomalías vasculares. En un 15-30% el factor desencadenante se desconoce.

- **Caso 1:** Niño de 13 años con cuadro brusco de disartria y pérdida de fuerza de hemicuerpo derecho. Exploración: Disfasia motora, parálisis facial derecha y hemiparesia derecha. TAC craneal: hiperdensidad en territorio de la arteria cerebral media izquierda. La clínica desapareció en 24 horas. No factores desencadenantes. Actualmente asintomático. Recibe tratamiento antiagregante.
- **Caso 2:** Niño de 9 años con disminución del nivel de conciencia. Exploración: estupor, pupilas medias reactivas y tetraparesia, con episodios de opistótonos y crisis. IRM cerebral: lesiones hiperintensas en T2, en protuberancia, región temporal izquierda, tálamos y región periventricular. Angiografía cerebral: interrupción brusca del flujo sanguíneo en la porción rostral de la arteria basilar, compatible con trombosis. Estudio de hipercoagulabilidad: factor V Leiden en heterocigosis. Recibe tratamiento anticoagulante.
- **Caso 3:** Paciente de 15 años con por cefalea intensa, fotofobia y vómitos, de una semana de evolución. Cuadro catarral previo. Exploración: Glasgow 15, visión borrosa, edema de papila bilateral y rigidez de nuca. Secreción en oído derecho. TAC y angiorresonancia cerebral: trombosis venosa en senos longitudinal superior y transversos. Mastoiditis derecha. Recibió tratamiento anticoagulante y antibiótico.

Comentarios: El diagnóstico de la enfermedad cerebrovascular resulta difícil en la infancia. Una investigación etiológica puede condicionar el pronóstico y el riesgo de recurrencias. La anticoagulación resulta un tema controvertido, en fase aguda y profilaxis. El tratamiento con heparina disminuye la mortalidad en las trombosis venosas cerebrales. La causa más frecuente de trombofilia es el factor V Leiden. Su prevalencia es de 3-8%, encontrándose en cerca del 25% de las trombosis venosas.



HIPERTERMIA, RIGIDEZ Y DISAUTONOMÍA: SIGNOS GUÍA DEL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO EN URGENCIAS.

M. Simó Nebot, R. Berni Solá*, I. Fumadó Pérez, J. Anton López, J.A. Alda Díez*, J.J. García García.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. *Servicio de Psiquiatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.*

Fundamento y objetivo: El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una complicación idiosincrásica del tratamiento con neurolépticos, de rara aparición en la edad pediátrica. Se caracteriza por hipertermia, alteración del nivel de conciencia, rigidez muscular y disfunción autonómica. Puede aparecer mioglobinuria acompañada o no de insuficiencia renal secundaria. Típicamente asociado al tratamiento con neurolépticos clásicos, aunque se han descrito casos con los neurolépticos de más reciente aparición. A continuación presentamos dos casos diagnosticados de SNM, en tratamiento con risperidona que acudieron a Urgencias con hipertermia y rigidez generalizada.

Presentaciones clínicas:

Caso 1: Varón de 17 años con mutismo, fiebre, taquicardia, rigidez generalizada y diaforesis, en tratamiento con risperidona (2 mg/d) desde hacía 3 meses por aislamiento social y empobrecimiento del lenguaje progresivos. En la analítica de urgencias destacaba leucocitosis y elevación de creatinquinasa (CPK). Presentó un pico máximo de CPK de 1980 UI/L el segundo día de ingreso. No se objetivaron alteraciones de la tensión arterial ni de la función renal. Se trató con bromocriptina, diazepam, sueroterapia y supresión de la risperidona. Una vez se hubieron normalizado las cifras de CPK, y debido a su agitación psicomotriz, se prescribió levomepromacina intramuscular. Presentó recaída con fiebre y elevación de CPK. Mejoró rápidamente tras la supresión de los neurolépticos y se derivó para terapia electroconvulsiva.

Caso 2: Mujer de 17 años diagnosticada de esquizofrenia paranoide por lo que se inició terapia con risperidona a dosis crecientes hasta los 6 mg/d, dos semanas antes del inicio del cuadro. En el momento de acudir a Urgencias presentaba hipertermia, rigidez generalizada y signos de disfunción autonómica (taquicardia, diaforesis e incontinencia urinaria). En la analítica destacaba leucocitosis, sin elevación de CPK ni de creatinina. Se suprimió el tratamiento y se administró biperideno y diazepam con mejoría clínica a los pocos días.

Comentarios: Ante un paciente que se presente en Urgencias con fiebre y esté en tratamiento con neurolépticos es importante valorar la presencia de signos extrapiramidales y de disfunción autonómica con la finalidad de descartar SNM. Desde el punto de vista analítico un aumento de las CPK puede contribuir al diagnóstico y es obligado el estudio de la función renal. El tratamiento se basa en la supresión del neuroléptico y la administración de medidas de soporte.



ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DE LAS VÁLVULAS DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

M. Orio Hernández, C. Labradero de Lera, E. Martínez-Ojinaga Nodal, A. González de Zarate Lorente, J. García Aparicio.

Servicio de Urgencias Pediátricas, H.U. La Paz. Madrid.

Objetivo: Análisis y descripción de la tasa de frecuentación y pruebas realizadas en pacientes portadores de válvulas de derivación ventriculo-peritoneal (VDVP) en el Servicio de Urgencias.

Material y métodos: Se revisan los informes de los pacientes portadores de VDVP que acuden al servicio de Urgencias durante el año 2003 seleccionando los pacientes con VDVP. En total se han revisado las historias de 38 pacientes que acuden a Urgencias del Hospital Infantil "La Paz" por presentar patología en relación a ser portadores de VDVP, lo que representa un 0,05% del total de urgencias (71.573). Estos pacientes han generado una frecuentación de 2,05 consultas/paciente, el doble de la incidencia de la población que acude a urgencias. De estos 38 pacientes se analizan 22 historias, de las cuales se extraen los siguientes datos: número de pacientes y motivo de consulta, exploraciones realizadas, incidencia de malfunción valvular, necesidad de ingreso y de recambio valvular.

Resultados: En total acudieron 22 pacientes, generando 33 consultas. Resultado: 1,5 consultas/paciente. Motivos de consulta: cefalea y vómitos (21,2%); vómitos (18,2%); cefalea (12,2%); crisis convulsiva (6%); fiebre y cefalea (3%); fiebre (3%); fontanela abombada (3%); otros (33,49%). El 66,51% de los motivos sugieren malfunción valvular.

Pruebas de imagen realizadas: TAC (60,6%), radiografía de trayecto (36,36%), de las cuales en el 91% se completó con TAC), RM (6,06%) y ecografía cerebral (6,06%).

En el 6,06% se realizó punción lumbar que resultó diagnóstica de meningitis. Se diagnosticó malfunción valvular en 16 casos (48,48%): 25% rotura de catéter, 12,5% obstrucción y 62,5% causa desconocida. El 80% de los TAC realizados en estos casos objetivó malfunción valvular. El 12,5% asoció infección del SNC. Del total de consultas el 78,78% precisó ingreso. En los casos de malfunción valvular el 93,75% fue intervenido, lo que supone el tratamiento final del 45,45% de las consultas urgentes de estos niños.

Conclusión:

1. Está justificada la consulta urgente ante clínica sospechosa de malfunción valvular.
2. En el 50% se confirma el diagnóstico y el 93,75% requiere cirugía precoz.
3. En el servicio de Urgencias el TAC es la mejor prueba de imagen a realizar, con alta sensibilidad (80%)



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA REMITIDA DESDE LA UNIDAD DE URGENCIAS AL SERVICIO DE SALUD MENTAL.

G. Viaplana Bartolí, A. Ramírez Mallafré, J. Ramírez Rodríguez, J. Travería Casanova, S. Argemí Renóm, T. Muñoz Espín.

Servicio de Pediatría. Servicio de SMIJ. Institut Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Objetivos: La atención de niños con patología psiquiátrica en urgencias en los últimos años va en aumento, no existiendo demasiados trabajos epidemiológicos que describan su perfil. En nuestra unidad de urgencias, los pacientes con sintomatología psicósomática o psiquiátrica son atendidos por el pediatra de guardia, precisando en muchas ocasiones una interconsulta con un profesional de Salud Mental Infanto-Juvenil (SMIJ).

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los 28 pacientes con sintomatología psicósomática o psiquiátrica que fueron remitidos desde urgencias al servicio de SMIJ durante los años 2002-2003. Se realiza un estudio descriptivo de diversas variables como edad, sexo, año de visita, medicación administrada en urgencias, y diagnóstico en urgencias y en SMIJ.

Resultados: De los 28 pacientes 43% eran niños y 57% niñas. La edad media de los pacientes era de 11,8 años. Un 32% consultaron en el 2002 y un 68% en 2003. Los diagnósticos establecidos por el especialista de SMIJ agrupados según criterios del DSM-IV-(Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) son los siguientes: trastornos adaptativos (10,71%), trastornos de ansiedad (21,43%), trastornos del estado de ánimo (3,57%), trastornos facticios (3,57%), trastornos de personalidad (3,57%), trastornos somatomorfos (10,71%) y trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (28,57%). Dentro de este último grupo se incluyen los trastornos de la eliminación (3,57%), trastornos de la conducta alimentaria (3,57%), tics (3,57%), trastornos por déficit de atención y comportamiento (10,71%) y otros (7,14%). Un 17,86% queda sin diagnóstico definitivo porque no acuden a la visita programada de seguimiento en SMIJ.

Conclusiones: Contrariamente a lo esperado la consulta en urgencias por patología psiquiátrica es similar en ambos sexos. Actualmente la edad de presentación es en mayores de 10 años. El volumen de consultas por trastornos psiquiátricos más o menos complejos se duplicó en 2003 respecto al año anterior. Los trastornos más frecuentes son los de ansiedad que se manifiestan en el 21,43% de los casos. Creemos que es muy importante incorporar mejores conocimientos de psiquiatría a los pediatras que hacen guardias para poder atender un tipo de urgencias no muy habituales hasta ahora y que están en alza en nuestra sociedad.



REVISIÓN DE LA CEFALEA EN URGENCIAS COMO MOTIVO DE CONSULTA.

M. Vera Estrada, G. Sebastiani, V. Trenchs Sáinz de la Maza, A. Curcoy Barcenilla, C. Luaces Cubells.
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona.

Introducción: La cefalea representa un motivo de consulta frecuente. A pesar que habitualmente genera enorme preocupación y angustia, en la mayoría de ocasiones es secundaria a procesos banales.

Objetivo: Analizar las características y los diagnósticos de los pacientes que acuden por cefalea a nuestro servicio de urgencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes que consultaron por cefalea (código 784.0, según listado codificación diagnóstica SEUP) en el año 2003. Dicho motivo de consulta se recoge a partir de una base de datos informatizada que se genera de forma automática en el proceso asistencial.

Resultados: Se revisaron 1080 historias clínicas que representan el 1,4% de las visitas del año 2003. La media de edad de los pacientes es de 9,6 años (DE:4,1) (24,3% menores de 5 años, 53,2% de 6-12 años y 22,5% de 13-18años). En un 25,8% de los casos consta historia previa de cefalea y en el 25,8% antecedentes familiares de la misma. El 4% son portadores de válvula de derivación ventrículo-peritoneal. El 62,3% son cefaleas de menos de 72 horas de evolución. El 67,7% de los pacientes consultan tras más de 12 horas de la sintomatología. Los síntomas acompañantes más frecuentes son los vómitos (69,3%) y la fiebre (26,7%). En la exploración física destaca rigidez de nuca en el 1,5% de los casos y focalidad neurológica en el 2,5%. Se determina la tensión arterial al 21,7%, encontrándose alteraciones en el 2,2%. Se realiza fondo de ojo en el 21,1% de los pacientes, punción lumbar en el 1,7% y TAC craneal en el 5%, resultando alterados en el 0,3%, 0,6% y 0,9% respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes son cefalea inespecífica (57,5%), proceso infeccioso presumiblemente vírico (18,9%), migraña (9,6%) y sinusitis (5,1%). Se diagnostican 9 casos de meningitis (8 linfocitarias y 1 bacteriana), 4 casos de disfunción valvular y 3 casos de tumores cerebrales. En estos 16 pacientes existía algún dato alterado en la anamnesis o la exploración. El 5,5% de los casos requieren ingreso hospitalario para completar estudio y tratamiento.

Conclusiones: La mayoría de pacientes que consultan por cefalea tienen como causa procesos banales. Una cuidadosa anamnesis y exploración física (incluido el fondo de ojo) permite identificar a aquellos pacientes cuya cefalea se secundaria a un proceso grave.



SESIÓN DE POSTERS EXPUESTOS 3

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

DÉFICIT DE FRUCTOSA 1-6 BIFOSFATASA, DIAGNÓSTICO EN ADOLESCENTE CON COMA HIPOGLUCÉMICO Y ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA.

A. De la Fuente Juárez¹, O. Segarra Cantón¹, J. Fàbrega Sabaté², S. Cañadas Palazón¹, M. Del Toro Riera³, M. Gussinyé Canadell⁴, J. Ballabriga Vidaller².

¹Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Neurología, ⁴Servicio de Endocrinología. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo: Las enfermedades metabólicas constituyen unas entidades poco frecuentes en nuestros servicios de urgencias. No obstante es importante un conocimiento básico de su manejo inicial en urgencias para poder revertir las alteraciones metabólicas, minimizar las secuelas posteriores y determinar su etiología. Presentamos un caso sugestivo de déficit de fructosa 1-6-bifosfatasa (F-1-6DP) que se diagnosticó después de la tercera crisis que requirió ingreso hospitalario.

Observación clínica: Niña de 12 años trasladada a nuestro servicio de urgencias por cuadro de disminución progresiva del nivel de conciencia después de un ejercicio intenso y escasa ingesta. Entre sus antecedentes destaca un ingreso a los 7 años por acidosis metabólica (AcM) en el contexto de una gastroenteritis y un segundo ingreso en otro centro a los 11 años por hipoglucemia y AcM severa (pH 6,99 i EB -26) durante una faringoamigdalitis, siendo orientado como insuficiencia suprarrenal aguda sin confirmación posterior. A su llegada a urgencias presenta mal estado general con respiración irregular y disminución del estado de conciencia [Glasgow 6 (M4, V1, O1)]. Analíticamente destaca hipoglucemia (glucosa: 32 mg/dL), AcM (pH 6,91, p CO₂ 52, EB -22 y Bic 10), y disfunción renal con hiperuricemia y cetonuria. Se procede a intubación endotraqueal, corrección de la AcM con varias dosis de bicarbonato sódico y de la hipoglucemia con bolus de suero glucosado y perfusión glucoelectrolítica posterior, previa recogida de muestras sanguíneas y urinarias para estudio metabólico. Tras su traslado a UCI Pediátrica presenta una rápida recuperación clínica permitiendo su extubación a las 2 horas del ingreso sin presentar secuelas posteriores y persistiendo la AcM durante 24 horas a pesar de mantener glicemias elevadas con la perfusión glucoelectrolítica.

El estudio metabólico confirmó un defecto de la neoglucogénesis. El aumento plasmático de ácido láctico, hidroxibutirato y ácido úrico y la presencia en orina de cuerpos reductores positivos sin glucosuria con aumento de glicerol es sugestivo de déficit de F-1-6DP quedando pendiente de confirmación enzimática por biopsia hepática

Comentarios: La F-1-6-DP es un enzima de la neoglucogénesis cuyo déficit se manifiesta con hipoglucemia y AcM en situaciones de alto gasto energético o después de ayunos prolongados. Algunos de estos episodios pueden tener un desenlace fatal. Es fundamental el estudio metabólico durante la crisis para determinar su etiología, pudiendo así planificar su tratamiento para minimizar las descompensaciones y la gravedad de éstas. Su tratamiento consiste en evitar tanto los ayunos prolongados como los hidratos de carbono tipo fructosa y sorbitol.



DESHIDRATACIÓN HIPONATRÉMICA GRAVE EN URGENCIAS.

L. Ayala Bernaldo de Quirós, M.J. Martín Díaz, O. Rubio Cabezas, J. Argente Oliver.
Unidad de Crecimiento y Metabolismo. Hospital Niño Jesús. Madrid.

Presentamos un caso de deshidratación hiponatrémica grave en un niño de 2 años 11 meses.

Motivo de consulta: niño de 2 años 11 meses con decaimiento de 24 horas de evolución, acompañado de dos vómitos y dolor abdominal intermitente; afebril, deposiciones normales. Apetencia por alimentos salados y estancamiento ponderoestatural de 6 meses de evolución. En los antecedentes personales destaca una criptorquidia derecha intervenida a los 14 meses, y anemia ferropénica.

Exploración física: regular estado general, coloración pajiza de piel con hiperpigmentación en muñecas y articulaciones interfalángicas; ojeroso, mucosas secas. Resto normal.

Análisis en urgencias: glucosa 35 mg/dl, creatinina 0.41 mg/dl, urea 56 mg/dl, cetonemia ++. Osm 256, sodio 117 mEq/l, potasio 5 mEq/l, cloro 92 mEq/l. Osm orina: 135.

Tratamiento en urgencias: fluidoterapia iv con suero lucosado y suero salino fisiológico a 20 ml/kg durante 3 horas, persistiendo la hiponatremia hasta que se inicia tratamiento con corticoides iv.

Estudio hormonal:

- Hormonas tiroideas: normales.
- Eje hipofisariocorticosuprarrenal: ACTH extracción matutina: 150 pg/ml (10-60); cortisol extracción matutina: 7.9 mcg/dl (6-25); DHEAS, 17 hidroxiprogesterona: normales. RMN abdominal: ausencia de glándulas suprarrenales. Anticuerpos suprarrenales: negativos. Estudio molecular para el gen DAX 1: positivo para la inserción GC entre los nucleótidos 793 y 794.

Conclusión: la insuficiencia suprarrenal aguda es un cuadro potencialmente grave que requiere un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico en la Urgencia.



INTOXICACIÓN POR BIPERIDENO.

S. Ratera García, E. Botifoll García, M.A. Aznar Pi, L.I. Galceran Jové, J. Sitjes Costas, S. Nevot Falcó.
Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Asistencial. Manresa.

Fundamento: Los efectos secundarios del Biperideno se presentan muy raramente en los niños si la dosis utilizada es la adecuada.

Objetivos: Tener en cuenta que el Biperideno, fármaco utilizado como antídoto de las distonias producidas por la Metoclopramida, puede producir efectos secundarios cuando la dosis no es la adecuada.

Observaciones clínicas: Paciente de 8 años con antecedente de cuadro extrapiramidal, secundario a ingesta de Metoclopramida, tratado con Biperideno intramuscular. Es derivada del centro de referencia de asistencia primaria a nuestro hospital por presentar midriasis, ataxia, alucinaciones visuales y respuestas inconexas a los 15 minutos de administrar el fármaco.

Exploración: buen estado general, consciente, desorientada y con alucinaciones visuales, respuestas incoherentes y marcha atáxica. Pares craneales conservados, reflejos presentes y simétricos.

Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos y rápidos, buena entrada de aire bilateral sin ruidos añadidos.

Analítica basal en sangre: Normal.

ECG: RS a 60. Eje a 60°. PR 0.16, QRS 0.08, T negativas de V1 a V3.

Evolución y tratamiento: El cuadro clínico desaparece a les 48h. Tratamiento: forzar diuresis.

Comentarios:

1. Como antídoto de distonías por Metoclopramida el tratamiento de elección es Biperideno, siempre utilizado a dosis adecuadas (0.04-0.1 mg/kg/dosis endovenoso y máximo 2.5 mg; repetir hasta 2 dosis con un intervalo de 30 minutos. Las dosis intramusculares recomendadas: 1 mg para los menores de 1 año, 2 mg en menores de 6 años.
2. Cuadro clínico muy poco frecuente; debe tenerse en cuenta cuando ha habido administración del fármaco.
3. Descritas complicaciones muy graves directamente proporcionales a las dosis administradas.
4. En casos graves administrar Fisostigmina (dosis: 0.01-0.03 mg/kg/dosis, máximo 2 mg.)



QUEMADURAS POR SOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Arriaga Redondo, J.M. Avilla Hernández, J. Arnáez Solís, R. Villares Alonso, M. Ortega Molina, P. Pujol Buil.

Hospital de Móstoles.

Introducción: El llanto supone un motivo de consulta habitual en la urgencia pediátrica. Una correcta anamnesis con una completa exploración física son fundamentales a la hora de orientar las pruebas complementarias y llegar al diagnóstico. Presentamos un caso clínico en el que la exploración física permitió sospechar el diagnóstico e investigar su causa.

Caso clínico: Niño de 1 año, traído por sus padres a urgencias por llanto continuo de 3 horas de evolución. No refería síntomas respiratorios, digestivos, urinarios, antecedentes de traumatismo ni clínica compatible con invaginación intestinal. Al desvestirle se observaron los calcetines con un color negruzco, al quitárselos se objetivan quemaduras con ampollas hemorrágicas en planta del pie izquierdo, siendo el resto de la exploración normal. En un primer momento los padres no encuentran causa para estas lesiones pero interrogando con insistencia, la madre comenta que durante la mudanza a su nueva casa, recuerda haber visto bolsas de sosa cáustica de la anterior inquilina en la cocina por dónde el niño estuvo andando en calcetines. Se descarta la posibilidad de malos tratos. El niño permaneció ingresado durante 4 días, recibiendo tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral y curas tópicas diarias con mupirocina. Mes y medio más tarde, la madre refiere la curación completa de las lesiones sin secuelas.

Discusión: Las quemaduras en la edad infantil suponen un motivo frecuente de consulta en la urgencia pediátrica hospitalaria. La mayoría son de origen doméstico, más del 90%, y el agente causal más frecuente es el líquido, en un 65-70%. Entre las causas más raras están los agentes químicos, entorno al 2%. La sosa cáustica es un álcali que en reacción con el agua produce una saponificación grasa de los tejidos con la consiguiente destrucción del material orgánico. Hay casos documentados de quemadura por sosa cáustica pero suelen ser por ingestión de la misma, presente en productos domésticos como decapante, desatascador, jabones e incluso en los productos de elaboración de las aceitunas. En el caso de nuestro paciente, el sudor del calcetín en el zapato en contacto con restos de sosa pudieron ser los desencadenantes de las quemaduras.

Conclusiones:

- 1 El llanto es un dato muy inespecífico en una historia clínica que debe ser investigado con profundidad. Se recalca la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física, que nos pueden llevar en ocasiones, como en el caso expuesto, a encontrar lesiones inesperadas causantes del llanto de un niño.
2. Las quemaduras suponen una causa importante de morbi-mortalidad en la edad infantil que exigen medidas de prevención cuidadosas. No se debe olvidar la posibilidad de malos tratos como origen de estas lesiones.