



**IX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**
I Simposium Internacional de Urgencias Pediátricas

posters VI



SESIÓN DE POSTERS DEFENDIDOS 6

Sábado 8 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

Moderadora: L. Arranz

ENCUESTA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA.

N. García Lara, I. Maté Cano, C. Gutiérrez Humanes, A. Camarero Miguel.

Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario 12 Octubre.

Introducción: Los accidentes en la edad infantil constituyen la 1ª causa de muerte en niños, siendo una patología potencialmente evitable.

Objetivos: Conocer los hábitos de prevención de accidentes de las familias del área.

Material y métodos: Encuesta administrada según la edad a los primeros 100 niños de 0 a 6 años atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital durante las mañanas del mes de febrero de 2004.

Resultados: Entrevistamos 100 niños de entre 0 y 6 años (edad media 26 meses) distribuidos en los grupos de edad 0-6 meses; 6-12 meses; 12-24 meses y 2-6 años. El 44% de los padres habíarecibido información para la prevención de accidentes; en Atención Primaria 68.2%; Colegio 11.4%; Televisión 9.1%; Hospital 2.3%. El 55.6% de los niños entre 0-6 m duerme boca arriba, un 33.3% de lado. El empleo de juguetes con piezas pequeñas entre 6-12 m fue del 0%; entre 12-24 m del 30.4%. El empleo cubreenchufes entre 12-24 m fue de 74.9% ; entre 2-6 a 73%. La accesibilidad a los productos de limpieza entre 12-24 m fue del 56.5%; entre 2-6 a fue del 43.8%. La accesibilidad a los medicamentos entre 12-24 m fue del 17.4%; entre 2-6 a fue del 20.8%. El empleo de asientos homologados para viajar en coche entre 0-6 m fue del 38.9%; entre 6-12 m del 81.8%; entre 12-24 m del 60% y entre 2-6 años del 68.8%.

Comentarios: El porcentaje de padres que había recibido información es todavía insuficiente. La principal fuente de información sobre prevención de accidentes es el Centro de Salud. Existen hábitos preventivos generalizados en la población: la postura al dormir (niños 0-6m), el empleo de juguetes seguros, la protección de enchufes y la inaccesibilidad de los medicamentos. Contrariamente, los productos de limpieza continúan siendo ampliamente accesibles.



ACCIDENTES INFANTILES: ¿DESCONOCIMIENTO O DESCUIDO?

R. Laporta Ocaña, A. Sánchez Padilla, A. Ruiz López, M. Coll Fonts, A. Álvarez Lázaro.
Equipo de Pediatría. ABS Ripollet. Ripollet.

Objetivo: Conocer el grado de aplicación, por parte de los padres, de las medidas preventivas de accidentes en la franja de edad de 1 a 3 años; Así como los factores que influyen en la no aplicación de dichas medidas.

Material y métodos: Se recogen 60 encuestas sobre medidas preventivas de accidentes infantiles aplicadas a los padres de niños de dichas edades que acuden a la consulta de atención primaria para el control de niño sano entre Junio y Diciembre de 2003.

Las variables estudiadas han sido la edad y sexo del niño, sexo y parentesco del cuidador principal, medidas de seguridad referentes a productos de limpieza, fármacos, cosméticos, enchufes, en la calle y en el coche.

Resultados: El 50% de las encuestas han correspondido a niños de 1 año de edad, el 26,7% a dos años y el 23,3% a tres años. El 46,7% son niños y el 53,3% son niñas.

En un 73,3% de los casos es la madre la cuidadora principal; el padre y los abuelos lo son en un 3,3% de los casos respectivamente.

En lo referente a los productos de limpieza, el 56,7% manifestaban tenerlos todos en un sitio inaccesible para el niño; el 43,3% restante referían no tenerlos y aludían como principales justificaciones la falta de espacio en el hogar (30,8%) y la intención de hacerlo en un futuro próximo (34,6%).

Al preguntar sobre los fármacos y cosméticos la mayoría respondieron tenerlos fuera del alcance de los niños, con un 85% y un 70% respectivamente. Los que manifestaban no tenerlos en un lugar inaccesible aludieron como principal causa la falta de espacio en la vivienda (44,4% y 38,9%).

Al analizar la protección de los enchufes, el 43,3% indicaban tenerlos todos protegidos, el 36,7% tenían protegidos los más accesibles y el 18,4% referían no tenerlos protegidos.

En lo referente al hábito del niño cuando va por la calle, un 71,7% van correctamente (en el carrito sujeto o de la mano de un adulto) y un 6,7% van de forma incorrecta.

Cuando preguntamos sobre los sistemas de sujeción cuando el niño viaja en automóvil, un 76,7% manifiesta utilizar siempre el adecuado al peso y tamaño del niño y en un 20,0% no lo utiliza siempre alegando como principal causa los trayectos cortos.

Conclusiones: Según el ítem valorado, entre un 10 y un 43% de los padres reconoce no adoptar medidas preventivas de accidentes infantiles. El mayor descuido se produce con los productos de limpieza donde manifiestan no tenerlos en un lugar inaccesible en un 43,3% de los casos.



SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

R.J. González González, I. Reyes Azpeitia, J. Quintana Alvarez, A. Espino González, J. Syltern, E. González Díaz.

Unidad de Urgencias Pediátricas Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.

Introducción: La incidencia es de 1/2500 de lo que se detectan un 10-20% de casos. Se asocia a hemorragias intracraneales y retinianas, eventuales fracturas y manifestaciones neurológicas secundarias.

Historia clínica: Lactante mujer de 3 meses de edad y 4,600 Kg de peso con cuadro de vómitos de repetición de 2 días de evolución. A.P.: Gestación controlada 35s/AEG. Parto Eutócico. Peso: 2,670 kg. Apgar 9-10. Tortícolis congénita. Hospitalizada 15 días antes por presentar vómitos, rechazo parcial de tomas y convulsiones focales en hemicuerpo derecho en tratamiento hospitalario con fenitoína y fenobarbital; A su alta ácido valproico. Estudio: Hemograma, LC.R: Serología vírica y TORCH, Eco craneal y EEG normales. TAC cráneo con dudosa atrofia temporal. Aas. en sangre y orina y Cariotipo pendiente de resultados. A.F.: Sin interés. *Exploración:* REG, afebril, irritable, llanto agudo. Xerosis cutánea. Frente olímpica con manchas hipopigmentadas. ACP: Soplo sistólico I/IV panfocal. *Pruebas complementarias:* HMG, bioquímica y orina: sin alteraciones. Ecografía transfontanelar: Colección subdural alrededor de ambos lóbulos frontales y parietales. RMN craneal: Hematoma subdural agudo en hemisferio cerebeloso izquierdo, así como de forma bilateral en fosa posterior. Exp. Oftalmología: Hemorragias dispersas. Lesiones planas que parecen corresponder con reabsorción de hemorragia previa. EEG: Actividad focal de ondas theta-delta en áreas posteriores y de predominio izquierdo. Mapa óseo: Cráneo, huesos largos y parrilla costal demostrando fractura con deformación de callo óseo a nivel del arco anterior costal 5º y 6º derechos. Gammagrafía ósea: Discreta hipercaptación a nivel de la unión costocondral de 2 arcos anteriores derechos, compatible con trauma antiguo. Densitometría ósea: Normal. Eco abdominal: Normal. Estudio cardiológico: Soplo cardíaco funcional. Dermatología: Pitiriasis alba. J.C.: Síndrome de niño sacudido, Pitiriasis alba.

Conclusiones. Se sospechará si: Lesiones importantes sin antecedentes de traumatismo previo; Retraso inesperado o inexplicable en busca de ayuda médica; Historia de lesiones traumáticas diferentes a lo largo del tiempo; Las lesiones afectan a muchos órganos.

- Debe llevarse a cabo un exhaustivo diagnóstico diferencial dadas las implicaciones médico legales que conlleva.
- Máxima mortalidad en lactantes y niños pequeños.



CUERPOS EXTRAÑOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

P. Genaró, J. Mengíbar, E. Jiménez, E. Ametller, C. Casas, G. Giralt.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Girona Dr Josep Trueta.

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas de los niños que consultan por presencia de cuerpo extraño (CE) en nuestro servicio de urgencias.

Material y métodos: Sobre un total de 11750 urgencias pediátricas (edades de 0 a 14 años) atendidas de enero a diciembre del 2003 en el Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta se seleccionaron, de forma retrospectiva, aquellas cuyo motivo de consulta era la presencia de un cuerpo extraño. Los cuerpos extraños emplazados en tejidos blandos fueron atendidos por el servicio de traumatología por lo que se excluyeron del estudio. En las 60 urgencias seleccionadas se analizaron las siguientes variables: fecha y hora de consulta, edad, sexo, emplazamiento y composición del cuerpo extraño y destino del paciente. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 8.0

Resultados: De un total de 11.750 urgencias 60 (el 0.51% del total) se debieron a la presencia de un cuerpo extraño. La mayoría se presentaron por la tarde media 16 h: 39 minutos (6 h) de forma uniforme a lo largo del año. El 58,3% fueron niñas. La edad media fue de 3,9 años (2,6) para las niñas y de 5,8 (3,9) para los niños ($p < 0,05$). Por localizaciones se halló CE en el aparato digestivo en un 31,7% de los casos, nasal (26,7%), ocular (20%), conducto auditivo externo (13,3%), orofaringe (8,3%). La localización varió según el grupo de edad estudiado ($p < 0,05$). En menores de 5 años la localización más frecuente fue la nasal, en mayores el aparato digestivo. El 91.7% de los pacientes se dieron de alta domiciliaria, el 5% ingresó y el 3.3% se citaron a consultas externas. En 38 historias constaba la composición del CE: piedrecillas (26.3%), monedas (13.2%), espinas (10.5%), frutos secos (7.9%), piezas de juguete (7.9%), pilas de botón (5.3%) y miscelánea (28.9%), ni la edad ni el sexo mostraron asociación estadística con la composición del CE.

Conclusiones: Sólo el 0,5% de las urgencias se deben a CE. En la mayoría de los casos se trata de menores de cinco años que presentan CE (habitualmente piedrecillas) a nivel nasal. La localización muestra significancia estadística con la edad, no con el sexo. El 5% de los pacientes requieren ingreso, la mayoría para realización de esofagogastroscoopia.



INTOXICACIÓN POR INGESTA ACCIDENTAL DE ORGANOFOSFORADO.

O. Segarra Cantón², A. De la Fuente Juárez², M. Raspall Chaure², J. Fàbrega Sabaté¹, M. Pujol Jover², J. Ballabriga Vidaller¹.

¹Servicio de Urgencias. ²Servicio de UCI-P. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo: La familia química de los organofosforados, presentes en la mayoría de los insecticidas y pesticidas, constituyen una de las intoxicaciones más graves en la edad pediátrica. Su relativa infrecuencia (2.5 al 4% de todas las intoxicaciones) conlleva una escasa o a veces nula experiencia de manejo por parte del personal que realiza la primera asistencia.

Observación clínica: Niña de 2 años derivada de otro centro por dolor abdominal tras la ingesta accidental doméstica de un insecticida *CHAS 48* (clorpirifos, con un 48% de concentrado emulsionable y solventes aromáticos). A la exploración física presenta Tª 36.8°C, FC 185 lpm, FR 28 rpm, TA 120/90 mm Hg y Sat O₂ 92%. Afectación del estado general. Reactiva. Aliento a producto volátil. Sudoración. Sialorrea. Leve dificultad respiratoria con polipnea, broncorrea y roncus en la auscultación pulmonar. Abdomen anodino. NRL: Glasgow 11 (O:4 V:1 M:6) con tendencia a la desconexión, alternando con crisis de agitación autolimitadas; pupilas medias; hipotonía e hiporreflexia; fasciculaciones faciales y linguales. Se practica: Hemograma, bioquímica y EAB normales, niveles de colinesterasa sérica: 167.2 U/L (vn 5.300-12.900 U/L). RX tórax y EKG normales. Tras su estabilización inicial en urgencias con monitorización cardio-respiratoria, oxigenoterapia, lavado gástrico y carbón activado, se administra una 1ª dosis de atropina y se traslada a UCI-P, donde requiere repetidas dosis de atropina (4 dosis) y pralidoxima (2 dosis) que revierten tanto la sintomatología muscarínica como la nicotínica. Tras 48 horas de observación se traslada a planta y a la semana recibe el alta a domicilio con una exploración neurológica estrictamente normal.

Comentarios: La ingesta accidental de productos del hogar sigue siendo la segunda causa más frecuente de intoxicación pediátrica tras la medicamentosa. Los organofosforados como paradigma del grupo de insecticidas y pesticidas contribuyen de forma significativa a aumentar la morbi-mortalidad en este grupo de patologías. Además de las medidas generales aplicables ante toda ingesta tóxica, de forma específica, los organofosforados requieren de atropina (antagonista colinérgico que neutraliza el efecto muscarínico) y de pralidoxima (regenerador de la colinesterasa que minimiza los efectos muscarínico y nicotínico). Sin embargo la prevención primaria, su tratamiento ideal, tan sólo será posible a través de la colaboración conjunta entre gobierno (legislación), industria (fabricación de productos), sanidad (epidemiología y asistencia médica) y sociedad (medidas de seguridad doméstica).



INTOXICACIÓN CON ACENOCUMAROL (SINTROM). PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.

M^aA. Pérez Sáez, E. Blarduni Cardón, E. Moreno Arnedillo, M.E. Palacios López, C. Calvo Monge.
Servicio de Pediatría. Hospital de Zumarraga. Zumarraga. Gipuzkoa.

Introducción: El acenocumarol es un anticoagulante oral que se utiliza para la prevención de las trombosis, cada vez más frecuentemente al aumentar sus indicaciones y la edad de la población. Su rango terapéutico es variable y se controla con análisis de la coagulación. Existen pocos casos comunicados de intoxicación por anticoagulantes en niños.

Objetivo: Describir 2 casos clínicos de intoxicación con Sintrom.

- **Caso 1:** Varón de 12 años. Ingesta equivocada de Sintrom. En el contexto de un cuadro gripal su abuela le administró Sintrom (4 comprimidos de 4mg, a intervalos de 8 horas), pensando que le administraba un antitérmico. Exploración física: normal. Peso 45 Kg. Exploraciones complementarias: Hematimetría normal. P. Coagulación: ver tabla. Evolución: Se trata con Vitamina K intravenosa y oral. Se mantiene en reposo. Presenta epistaxis que se controla con taponamiento anterior.

Controles analíticos	Ingreso	7 horas	24 horas	48 horas	Normal
T. de Protombina	30	17	14	13	11-16 seg
A. de Protombina	30	61	85	90	60-90%
I.N.R.	3,24	1,55	1,15	1,08	1-1,3
T.T.P.A.	40	46	37	34	27-35 seg

- **Caso 2:** Varón de 2 años, ingesta accidental de 4 comprimidos de 4 mg de Sintrom unos 20 minutos antes. Exploración física: normal. Peso 14,6 Kg. Exploraciones complementarias: Hematimetría normal. P.Coagulación: T. Protrombina 11 seg., A.Protrombina 100%, I.N.R. 1, T.T.P.A. 29 seg. Evolución: se practica lavado gástrico, donde se obtienen restos de comprimidos, se administra carbón activado y vitamina K. Los controles de coagulación a las 6 y 24 horas tras la ingesta fueron normales.

Comentarios

1. El uso creciente de Sintrom puede aumentar el riesgo de intoxicaciones.
2. Ante una intoxicación con comprimidos desconocidos puede ser de ayuda efectuar Prueba de Coagulación.



INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL EN LACTANTES PEQUEÑOS.

O. Sardón Pardo, A. Vivanco Lopez, A. Sarasua Miranda, J. Landa Maya, J.A. Muñoz Bernal.
Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia.

Introducción: La intoxicación por paracetamol es una de las causas más frecuentes de intoxicación pediátrica en nuestro medio. En lactantes menores de 6m, se debe generalmente a un error en la dosificación por parte de los cuidadores. Ante niveles potencialmente tóxicos de paracetamol (>140 mg/kg) se debe administrar N-acetilcisteína (NAC) iv, la cual requiere una dilución para su administración, que puede suponer una importante sobrecarga hídrica en lactantes en función de su peso.

Observación clínica: Lactante de 48 días de vida y 4960 g de peso, que presenta intoxicación aguda tras la ingesta accidental, por error en la dosificación por parte de los padres, de dos dosis de 100 mg/kg de paracetamol en un intervalo de 7 horas. Exploración física: normal. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica: normal, INR 1,29, TTPA 40,1 sg (N:24-36 sg), RTTPA 1,43 R, IP 71%, nivel de paracetamol a las 8 horas de la primera dosis: 142,5 μ g/ml, ph 7,16, pCO₂ 56,5 mm Hg, HCO₃ 16,7 y EB -7,8 mmol/l. Tras confirmar niveles tóxicos de paracetamol, se inició tratamiento con NAC iv. Se le administró una primera dosis de 150 mg/kg diluida en 200 cc de suero glucosado al 5% (SG 5%) en 60 minutos. Una segunda dosis de 50 mg/kg diluida en 500 de SG 5% en 4 horas y una tercera dosis de 1.000 mg/kg diluido en 100 cc en 16 horas. Secundariamente a la dilución con SG 5% requerida para la administración de NAC iv, presentó poliuria de 12 cc/kg/h, glucosuria (>20 g/l) y hiperglucemia 304 mg/dl. La evolución fue satisfactoria, normalizándose los niveles de paracetamol en las primeras 16 horas y los parámetros de coagulación en las posteriores 32 horas.

Comentarios:

1. La dilución con SG 5%, según la pauta actual, requerida para la administración de NAC iv en la intoxicación por paracetamol, supone una importante sobrecarga de volumen y glucosa en lactantes pequeños.
2. Con el fin de evitar dicha situación, proponemos modificar la dilución a utilizar en lactantes pequeños, según su peso.



ANÁLISIS DE LOS COSTOS HOSPITALARIOS EN LAS INTOXICACIONES INFANTILES.

M.A. Arias Consuegra, S. Grande Báñez*, A. Grande Benito, A. Hernández Fabián, M.D. García García, S. González de la Gándara.

*Servicio de Pediatría. *Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Salamanca.*

Objetivos: Análisis de los costos producidos por las intoxicaciones infantiles, que precisan hospitalización y comparación con los costos totales de los ingresos por accidentes.

Método: Revisión de las historias clínicas de pacientes hospitalizados por intoxicaciones accidentales en niños menores de 14 años. Mediante el programa de Gestión Clínico Financiera (GECLIF), cálculo de los costes completos que incluyen tanto los costes directos por el consumo de recursos generado por la atención sanitaria en sí, como los repercutidos de otros servicios y los costes estructurales.

Resultados: Durante el periodo de enero a diciembre del año 2002, ingresaron en el Hospital Universitario de Salamanca, por intoxicaciones, 30 niños de los 113 casos atendidos en urgencias, lo que supone un porcentaje de ingresos del 26,5%, con mucho el porcentaje más elevado de todos los grupos de accidentes atendidos. Los 30 casos ingresados, producen 82 estancias con una estancia media de 2,7 días (rango: 1-26 estancias). Todos los niños han sido asignados al GRD 451 (envenenamiento y efecto tóxico de drogas < 18 años). El gasto hospitalario producido por las intoxicaciones accidentales es de 66.089,33 euros, (media 2203, rango 305,24-28.016,65) que representan el 15,13% del gasto total de los 169 niños ingresados durante el mismo periodo por todo tipo de accidentes. Las intoxicaciones medicamentosas (10 casos) suponen el 17% del gasto total, correspondiendo el 83% restante a las intoxicaciones no medicamentosas (20 casos). El niño que más recursos consume durante la hospitalización es una intoxicación por ingestión accidental de limpiavajillas industrial (28.016,65 €) que permanece ingresado 26 días y sufre causticación esofágica.

Conclusiones: el consumo de recursos económicos de los accidentes infantiles que precisan hospitalización es muy elevado, correspondiéndole al grupo de intoxicaciones una importante parte del gasto total. Dentro de ellas son las intoxicaciones producidas por productos no farmacológicos las que más repercuten en el gasto hospitalario total, además de las potenciales secuelas y pérdidas de productividad que pueden producir lo que nos obliga a extremar las medidas encaminadas a su prevención.



INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO).

F.M. Aznar Mañas, R. Gil Gómez, S. Pérez Bertólez, D. Moreno Pérez, L. Martínez De La Rosa, C. Calvo Macías.

Servicio de Urgencias y Críticos. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos: analizar los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, evolutivos a corto plazo y terapéuticos de casos de intoxicación por CO en la edad pediátrica, desde que se implantó la determinación de COHb en el Servicio de Urgencias y Críticos.

Metodología: estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias entre enero 1.998 y diciembre de 2.003.

Resultados: fueron atendidos 55 casos sobre todo en el período invernal (94.5%). La edad media fue de 9.1 años (3 meses a 14 años). Predominio en niñas (53%). Frecuentemente existían familiares afectados (85.5%). La fuente del CO se debió en la mayoría de los casos a calentadores o estufas dependientes de butano (54.5%), seguido de brasero de leña o carbón (29%). La sintomatología más frecuente fue la cefalea (73%) seguido de vómitos (56%) y alteración del nivel de consciencia (36%) desde tendencia al sueño a coma y menor proporción mareos, dificultad respiratoria, palpitaciones, hipotonía, relajación de esfínteres, etc. Cinco casos no presentaron síntomas. Se realizó determinación de COHb en 53 casos (96%), con un nivel medio de 31.8% (rango 6.8-49.6%); 15 casos (27%) tenían niveles inferiores al 15% de COHb, 20 (36%) entre 15-20% de COHb, 15 (27%) entre 25-35% de COHb y 3 (5.4%) superiores al 35% de COHb. Se administró oxigenoterapia a alta concentración en todos los casos, con una duración media de 10.5 horas, precisando 13 de ellos tratamiento en cámara hiperbárica. Sólo hubo un caso grave (COHb 49.6%) que permaneció 8 días ingresado, con secuelas neurológicas al alta.

Conclusiones:

1. El diagnóstico de intoxicación por CO puede ser difícil en niños, por la sintomatología tan inespecífica y variable, pudiendo pasar desapercibido hasta llegar al coma profundo. La clínica familiar asociada puede ayudar al diagnóstico.
2. Necesidad de realizar niveles de COHb ante la sospecha diagnóstica, iniciándose tratamiento con oxigenoterapia a alta concentración para prevenir las secuelas neurológicas.
3. Se recomienda oxígeno en cámara hiperbárica ante niveles de COHb superiores al 25% o la existencia de pérdida de consciencia en algún momento de la evolución.



INTOXICACIÓN POR CLORO EN LA PISCINA DE UN COLEGIO.

L. Somalo Hernández, R.P. Arias Llorente, M. Costa Romero, C. Rodríguez Dehli, J.L. Fanjul Fernández.
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La intoxicación por gases de cloro en las piscinas es una situación que continúa ocurriendo produciéndose con cierta frecuencia en niños pudiéndose producir lesiones en piel, ojos, vías respiratorias y aparato digestivo dando síntomas cuya gravedad puede tardar en presentarse.

Objetivos: Describir las características clínicas de 21 casos de intoxicación por inhalación de cloro que acudieron a Urgencias de Pediatría (UPED) del Hospital Universitario Central de Asturias el 30-10-2003.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos que acudieron a UPED por intoxicación por cloro.

Resultados: De los 21 casos que acudieron a UPED, 47,6% eran niños (10 casos) y 52,4% eran niñas (11 casos). Las edades estaban comprendidas entre 8 y 9 años.

A su llegada se realizó una primera selección en función de la clínica y de la saturación de oxígeno por pulsioximetría, siendo atendidos en primer lugar aquellos con clínica respiratoria más marcada.

Presentaron molestias faríngeas (71,5%), tos irritativa (42,8%), disnea (28,5%) y cefalea (28%). Otros síntomas fueron: molestias abdominales (4,7%), náuseas y vómitos (23,8%), mareos (4,7%), estridor laríngeo (4,7%).

Se encontraron alteraciones en la auscultación pulmonar en el 19% (espasticidad bronquial 14,3% y crepitantes 4,7%).

Se administró salbutamol nebulizado en 5 casos (23,8%), budesonida nebulizada en 4 casos (19%) y analgésicos orales (paracetamol) en 5 casos (23,8%).

Tres pacientes (14,2%) requirieron ingreso en el Hospital de Corta Estancia (cefalea persistente, crisis de ansiedad y dificultad respiratoria) durante 24h.

Sólo un paciente reacudió al servicio de urgencias aquejado de cefalea.

El seguimiento lo realizó el médico del colegio, no encontrando alteraciones en días sucesivos.

Conclusiones: La mayoría de los casos fueron leves y autolimitados. Importancia de un protocolo de actuación y un tiraje adecuados. El seguimiento es fundamental ya que aunque inicialmente la clínica sea leve pueden ir agravándose de forma tardía.



COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR BRONQUIOLITIS.

A. Ruiz Comellas, M. Pujol Mensa, M. Viladomiu Pascual, L.I. Galceran Jové, J. Sitjes Costas, S. Nevot Falcó.
Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Asistencial. Manresa.

Objetivos: Demostrar que los lactantes ingresados en nuestro servicio por bronquiolitis durante el cuatrimestre octubre 2003 – enero 2004, han presentado un mayor número de complicaciones, como neumonía, atelectasia, gastroenteritis, apneas, otitis, etc.

Relacionamos la positividad del VRS, edad, etnia, con aparición de complicaciones, además de la incidencia sobre la estancia media y el tratamiento efectuado.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes ingresados con el diagnóstico de bronquiolitis en el periodo citado. Analizando las siguientes variables: grupos de edad, etnia, estancia media, complicaciones, positividad VRS y tratamientos administrados. Revisión de infección por VRS en pacientes ingresados a los que se ha administrado Palivizumab.

Resultados: Sobre un total de 6.669 visitas a urgencias en este período, ingresaron 560 pacientes (8,4%), de los cuales, 47 fueron diagnosticados de bronquiolitis (8,39%). 17 de los pacientes (36%) presentaron complicaciones. Las más frecuentes fueron: gastroenteritis (GEA) por rotavirus (43%), neumonía (24%), atelectasia (19%), apneas (10%) y otitis (5%). El grupo de edad que presentó más complicaciones (45%) fue el de menores de 3 meses VRS positivo. El grupo étnico que presentó proporcionalmente más complicaciones fue el magrebi (67%).

La estancia media total fue de 5 días, siendo la del grupo que presentó más complicaciones de 7,18 días.

Conclusiones:

- La proporción de niños ingresados y la estancia media es comparable a otras series revisadas.
- Las complicaciones han aumentado en más de un 50%, con respecto a otra revisión llevada a cabo en nuestro servicio en los años 94-95 y también con respecto a otras series revisadas.
- El aumento de las complicaciones se debe a varios factores: edad del paciente, positividad VRS, etnia y clase social media-baja (hacinamiento, inmigración)
- No ha habido ningún paciente tratado con Palivizumab que haya ingresado por infección por VRS



ASMA DE RIESGO VITAL: UNA VISIÓN ACTUAL A TRAVÉS DE SITUACIONES CLÍNICAS.

E. Villalobos Jarque, E. Castellarnau Figueras, M. Jiménez Ximenis, L. Martí Más, A. Tarrés Roure, X. Allué Martínez.

Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

Fundamento y objetivo: El asma de riesgo vital es una exacerbación aguda grave de asma caracterizada por hipercapnia y/o acidosis respiratoria, independientemente de la necesidad o no de ventilación mecánica y/o parada respiratoria. Presentamos dos casos recientes con este diagnóstico, que sobrevivieron a una crisis casi mortal, por su baja frecuencia y gravedad.

Observaciones clínicas:

- **Caso 1.** Niño de 10 años con atopia y asma extrínseca tipo persistente moderada. Presenta durante la noche dificultad respiratoria severa súbita, dolor torácico y cianosis, con parada cardiorrespiratoria antes de llegar a Urgencias. Exploración física: hemorragia conjuntival, deshidratación, inestabilidad hemodinámica y focalidad neurológica (midriasis arreactiva derecha). Exploraciones complementarias: acidosis respiratoria (pH 6.97, pCO₂ 86), hiperglucemia, leucocitosis y atrapamiento aéreo con atelectasias. Precisa reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica (24 horas), sedoanalgesia, curarización, soporte inotrópico y tratamiento broncodilatador. Mejoría clínica hemodinámica y respiratoria a las 24 horas. En su evolución presenta disminución de fuerza, inestabilidad, temblor y disimetría en extremidades superiores.
- **Caso 2.** Niño de 8 años con único antecedente de 3 episodios de bronquitis leve. Presenta fiebre y dificultad respiratoria de 48 horas de evolución, sin respuesta a tratamiento broncodilatador. Exploración física: FR 35r', FC 170x', TA 160/80 mmHg, Saturación O₂ 80%, crepitación supraclavicular, cervical y torácica anterior, cianosis, deshidratación, hipofonesis, dificultad respiratoria, uso musculatura accesoria supraesternal y obnubilación. Exploraciones complementarias: acidosis respiratoria (pH 7.10, pCO₂ 69), hiperglucemia, leucocitosis, atrapamiento aéreo, condensación, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Precisa ventilación mecánica (60 horas), sedoanalgesia, curarización y tratamiento broncodilatador intensivo, destacando hipercapnia severa. Mejoría clínica respiratoria a los 3 días.

Comentarios:

1. El asma fatal o casi fatal es un evento muy grave y poco frecuente en la historia natural del asma.
2. Las características diferenciales de nuestros pacientes son: gravedad del asma, factor desencadenante, instauración, forma de presentación y evolución.
3. Como el reconocimiento de estos pacientes es difícil, es necesario prestar atención a los factores de riesgo, evaluar correctamente la gravedad de las crisis asmáticas y ajustar el tratamiento a la situación del paciente.



APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA DE LOS DERRAMES PLEURALES PARANEUMÓNICOS EN URGENCIAS.

M. Fletas Torrent, J. Traveria Casanovas, O. Asensio de la Cruz, M. Bosque García, V. Pineda Solas, A. Pérez Benito.

Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí.

Objetivo: valorar la aplicación/utilidad del protocolo diagnóstico-terapéutico de los derrames pleurales paraneumónicos en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

Material y métodos: revisión retrospectiva de los pacientes que ingresaron por neumonía con derrame pleural entre enero 2002 y diciembre 2003. Análisis de datos epidemiológicos, exploraciones diagnósticas realizadas en urgencias y manejo posterior.

Resultados: se han valorado un total de 24 pacientes (12 niños y 12 niñas) de una edad comprendida entre 8 meses y 10 años (media 4 años y 11 meses). A todos los pacientes se les realizó analítica general (destacando leucocitosis en 10/24 y aumento de proteína C reactiva en 23/24), hemocultivo y radiografía de tórax frente, perfil y decúbito lateral. En 8 pacientes (33%) el derrame pleural fue no significativo (<1cm). Del resto, a 15/16 se les hizo toracocentesis diagnóstica desde urgencias, mostrando los siguientes resultados: derrame pleural simple en 6 casos y derrame pleural complicado en 9 casos. De éstos últimos, a 8 se les colocó drenaje torácico en urgencias (4 de los drenajes fueron colocados por un cirujano y 4 de los drenajes fueron colocados por un radiólogo intervencionista guiándose por ecografía). A 9/16 de los pacientes con derrame pleural significativo (>1cm) se les ha hecho la ecografía durante las primeras 24 horas. La estancia media hospitalaria fue de 14 días. Durante la evolución posterior en hospitalización 3/8 pacientes que habían tenido derrame no significativo evolucionaron a derrame complicado, requiriendo drenaje. En 1 caso se diagnosticó malformación adenomatoidea quística que requirió tratamiento quirúrgico posterior.

Comentarios: ha habido una aplicación adecuada del protocolo durante el periodo estudiado. El realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento en urgencias permite evitar complicaciones y disminuir la estancia media hospitalaria. Los pacientes con derrame pleural no significativo en el momento del diagnóstico requieren control clínico para detectar posible evolución a derrame complicado.



TROMBOEMOLISMO PULMONAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

M.E. Palacios López, E. Moreno Arnedillo, C. Calvo Monge, L. Arranz Arana, M.M. Lertxundi Etxebarria, A. Pérez Sáez.

Servicio de Pediatría. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa.

Introducción: Se desconoce la incidencia del tromboembolismo pulmonar (TEP) en niños, dado lo infrecuente de su diagnóstico, que a menudo pasa inadvertido.

Objetivo: Describir un caso de TEP en la edad pediátrica.

Caso clínico: Niña de 13 años, previamente sana y sin antecedentes familiares de interés, que acude a urgencias por "cansancio al incorporarse" y fiebre (38°C) de 24 horas de evolución. Diagnosticada doce días antes de neumonía bilateral y tratada con eritromicina 7 días, con desaparición de la fiebre en 3 días. *Exploración:* Peso: 65 kg, afebril, frecuencia cardíaca: 160, respiratoria: 40, tensión arterial: 120/60, Saturación O₂ 88%. Afectación del estado general. Acrocianosis. Taquipnea y aleteo nasal. Hipoventilación y crepitantes en bases pulmonares. Resto normal. *Exploraciones complementarias:* Hemograma: leucocitos 22.200/mm³ con 80% segmentados, resto normal. PCR: 13,6 mg/dl. Rx de tórax: neumonía bibasal con derrame pleural izquierdo. Antígenos de neumococo y legionella en orina: negativos. EKG: taquicardia sinusal. *Evolución:* Se instaura tratamiento con cefotaxima iv, eritromicina oral y oxígeno, con mejoría del estado general en pocas horas. A las 24 horas presenta dolor en pantorrilla izquierda y edema local. En eco-doppler se objetiva trombosis venosa profunda (TVP) en vena femoral común superficial y poplítea izquierda. Coagulación normal. Se inicia tratamiento con heparina, acecumarol y media compresiva. Persiste hipoxemia durante 3 días, fiebre hasta el 6º día y posteriormente febrícula mantenida. Se realiza angiografía-TC, en que se objetivan signos compatibles con TEP. La evolución posterior es favorable, siendo dada de alta bajo tratamiento con acecumarol. Pendiente de estudios de hipercoagulabilidad.

Comentarios:

1. Tener en cuenta el diagnóstico de TEP en niños con insuficiencia respiratoria asociada a: taquicardia sin otras causas aparentes y/o fenómenos tromboembólicos en otras localizaciones.
2. La angiografía-TC una buena herramienta diagnóstica, incluso varios días después de la instauración del cuadro clínico.



NEUMONÍA COMO CAUSA DE RIGIDEZ DE NUCA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

E. Bergón Sendín, M. García González, I. Hernández Bernal, P. Rojo Conejo.
Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Hospital 12 de Octubre.

Fundamento y objetivos: La presentación clínica más habitual de neumonía son los síntomas respiratorios, sin embargo existen casos en los que el cuadro respiratorio está ausente y la aparición de otros síntomas pueden hacer retrasar el diagnóstico. A continuación se describen tres casos de neumonía, valorados en Urgencias, que presentan rigidez de nuca como síntoma inicial.

Observaciones clínicas:

- **Caso 1:** Paciente de 11 años que acude a Urgencias por clínica de fiebre elevada de 5 días de evolución, vómitos y síntomas catarrales leves. Exploración física sin hallazgos relevantes salvo decaimiento y rigidez nuchal. Se realiza hemograma en el que destaca leucocitosis con desviación izquierda (16.800 leucocitos, 74% segmentados (S), 15% cayados (C)) bioquímica sérica normal y punción lumbar normal; Posteriormente se realiza radiografía (Rx) tórax, para descartar foco respiratorio, donde se objetiva consolidación en lóbulo superior derecho.
- **Caso 2:** Paciente de 4 años de edad que consulta por cuadro febril, cefalea y rigidez de nuca de 24 horas de evolución. Exploración física normal salvo rigidez de nuca. Se realiza hemograma (16.800 leucocitos, 71,4% neutrófilos (N), PCR 3,2 mg/dl, Punción lumbar normal. Dos días más tarde consulta de nuevo por persistencia de síndrome febril, presentando leves síntomas catarrales, motivo por el cual se realiza Rx tórax, encontrando consolidación en lóbulo superior derecho.
- **Caso 3:** Paciente de 7 años que acude a Urgencias por fiebre de 24 horas de evolución y cefalea, sin otros síntomas. Exploración física normal salvo rigidez de nuca y signos meníngeos positivos. Se realiza hemograma (17700 leucocitos, 5%C, 82% S), PCR mayor de 12 y punción lumbar normal. Se mantiene en observación por afectación del estado general y se realiza Rx tórax donde se objetiva consolidación retrocardiaca.

Comentario: La presencia de rigidez de nuca y fiebre en la Urgencia pediátrica obliga a la realización de una punción lumbar para descartar la presencia de meningitis. Sin embargo, ante la normalidad de la citología del líquido cefalorraquídeo (LCR) debemos tener en cuenta otras posibilidades diagnósticas. Queremos resaltar la posibilidad de la existencia de una neumonía en los niños con síndrome meníngeo y LCR normal.



ACTITUD ANTE UNA PLEURONEUMONÍA EN URGENCIAS.

N. Pociello Almiñana, W. Fasheh Youssef, J.L. Séculi Palacios, E. Corrales Magín, C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona.

Introducción: la insuficiencia hepática aguda (IHA), definida como el fracaso de las funciones de un hígado previamente sano establecida en menos de 8 semanas, es una entidad poco frecuente en pediatría. La causa principal son las infecciones víricas, seguida por la ingesta de tóxicos (el más frecuente el paracetamol). Su ingesta aguda es la más habitual, de fácil detección clínico-analítica y habitualmente buen pronóstico. La intoxicación crónica es menos frecuente pero con mayor mortalidad por el retraso en el diagnóstico e instauración de tratamiento. Se describe una IHA debida a intoxicación crónica por paracetamol, con objetivo de revisar el diagnóstico y tratamiento de esta urgencia pediátrica.

Caso clínico: niña de 2 años remitida desde otro centro por sospecha de IHA. Con infección respiratoria de vías altas de 4 días de evolución, que trataba con Salbutamol inhalado y Paracetamol 4-5 ml/4-6 h (150-160 mg/kg/día). Consultó por temblor e irritabilidad que alternaba con letargia. En la exploración física destaca hepatomegalia de 2 cm con disminución del nivel de consciencia. Analíticamente, hipoglucemia (18 mg/dl), acidosis metabólica, T. Protrombina 32%, ALT 1055 y AST 1281UI. Nivel de paracetamol en sangre indetectable. Se orientó como IHA y, dada la ingesta repetida durante 4 días de dosis tóxicas de paracetamol, por probable intoxicación crónica. Se ingresó con fluidoterapia, Vitamina K, N-acetilcisteína y monitorización de constantes, con buena evolución (pico de ALT 4746 y AST 5295 a las 34 h). Las exploraciones complementarias descartaron causa infecciosa, autoinmune, congénita y vascular.

Conclusiones: La intoxicación crónica por paracetamol debe tenerse en cuenta como posible causa ante cuadros agudos de insuficiencia hepática, sobretodo si van acompañados de procesos febriles. Los niveles plasmáticos de paracetamol, así como el Normograma de Rumak-Matthews, no son valorables en las intoxicaciones crónicas porque la rápida farmacocinética de este fármaco impide su detección en sangre cuando la clínica ya está instaurada y el consumo ha cesado.



SESIÓN DE POSTERS EXPUESTOS 6

Sábado 8 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

SÍNDROME LEUCOERITROBLASTICO EN LACTANTE DE CINCO MESES.

M^a Falcón Rodríguez, S. Pavlovic Todorcevic, A. Molinés Honrubia, J. Poch Paez, A. Suárez Suárez, H. Sosa Santana.

Servicio de Urgencias. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Materno-Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Lactante de cinco meses que consulta en urgencias por palidez y estancamiento pondero-estatural.

Antecedentes familiares: Madre asmática, refiere dos abortos. Padre sano. No antecedentes familiares de hemopatías.

Antecedentes personales: Corresponde a una tercera gestación, parto eutócico a término. Periodo neonatal normal.

Exploración Física: Regular estado general, impresiona de enfermedad. Aspecto distrófico (peso y talla inferior a P3). Perímetro cefálico normal (P50-75). No lesiones cutáneas. Hipertelorismo, ligero exoftalmos, retrognatia, paladar ojival. Hepatoesplenomegalia de dos centímetros. Resto de exploración física normal, salvo escaso seguimiento visual.

Pruebas complementarias: Hemograma: Leucocitos: $15 \times 10^9/L$, Hb: 8.0 g/dL, Plaquetas: $100 \times 10^9/L$. Síndrome leucoeritroblástico y numerosos dacriocitos compatible con fibrosis medular.

Mielograma: extracción dificultosa por aumento de consistencia ósea, resistencia cortical aumentada, no diferenciación córtico-medular. Médula ósea hipocelular, no se observan células anormales.

Serie ósea: Aumento difuso de la densidad ósea sugestiva de Osteopetrosis.

Comentario: la osteopetrosis es una enfermedad poco frecuente que hay que sospechar en lactantes con insuficiencia medular, clínica de hipertensión endocraneal con perímetro craneal normal, exoftalmos o visceromegalias; ya que de la precocidad del diagnóstico y del tratamiento depende la supervivencia y las secuelas neurológicas en estos pacientes.



DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS DEL SÍNDROME DE LA UNIÓN PIELOURETERAL DE PRESENTACIÓN TARDÍA.

E. Castuera Jurado, A.M^a Molina Jurado, M.D. Simarro Bravo, A. Sánchez Carrión, F. Aguilar Humanes, F. Barcones Minguenza.

Urgencias Pediátricas. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Se diagnosticaron 5 pacientes varones, edad media $9,42 \pm 2,78$ años (6,3-11,9). La forma de presentación fue dolor abdominal secundario a traumatismo banal en dos casos (uno de ellos con hematuria).

Objetivo: Valorar la importancia de la sospecha diagnóstica en Urgencias del síndrome de la unión pieloureteral de presentación tardía.

Metodología: Revisión de los pacientes diagnosticados en el Servicio de Urgencias de síndrome de la unión pieloureteral obstructivo desde Febrero del 98 hasta Febrero del 2004.

Resultados: Se diagnosticaron 5 pacientes varones, edad media $9,42 \pm 2,78$ años (6,3-11,9). La forma de presentación fue dolor abdominal secundario a traumatismo banal en dos casos (uno de ellos con hematuria macroscópica). Otros dos pacientes presentaban dolor abdominal recurrente y el quinto, infección urinaria febril con masa abdominal. En todos se realizó una ecografía abdominal en Urgencias que demostró una hidronefrosis severa (4 izquierda y 1 derecha) confirmándose patrón obstructivo en el renograma diurético. Se realizó pieloplastia en todos los casos (nefrostomía percutánea previa en tres pacientes). Los hallazgos quirúrgicos fueron la existencia de vaso polar aberrante en tres pacientes y estenosis de la unión pieloureteral en los dos restantes. La evolución clínica fue satisfactoria si bien los dos casos secundarios a estenosis de la unión pieloureteral mantuvieron una nefropatía parenquimatosa severa.

Edad	Sexo	Lateralidad	Clínica	Renograma	Diagnóstico
11,6	V	Izquierda	Traumatismo	RD 61%	Vaso polar. Hematuria macro RI 39% Obstructivo aberrante
10,8	V	Izquierdo	Dolor abdominal	RD: 61%	Vaso polar tras traumatismo RI: 39% Obstructivo aberrante
11,9	V	Derecho	Dolor abdominal	RD: 63%	Vaso polarrecurrente RI: 37% Obstructivo aberrante
6,5	V	Izquierdo	I. urinaria febril	RD: 87%	Estenosis de con masa abdominal RI: 13% Obstructivo la unión
6,3	V	Izquierdo	Dolor abdominal	RD: 87%	Estenosis de recurrente RI: 13% Obstructivo la unión

Conclusiones: El debut clínico de la hidronefrosis obstructiva en el niño mayor es atípico. Los traumatismos abdominales y dolor abdominal son la forma de presentación más frecuente. Es importante la sospecha clínica en Urgencias y la confirmación diagnóstica con ecografía.



IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

A.M. Molina Jurado, E. Castuera Jurado, M.D. Simarro Bravo, M.E. Mateos González, F. Aguilar Humanes, A.M. Bello Luque.

*Servicio de Críticos y Urgencias de Pediatría. *Servicio de Oncología pediátrica. Hospital Reina Sofía. Córdoba.*

Introducción. El neuroblastoma es un tumor derivado de la cresta neural de localización habitualmente abdominal, sobre todo en la glándula suprarrenal ó en cualquier punto de la cadena simpática paravertebral.

Caso clínico. Lactante de 50 días, varón, primogénito que consulta por vómitos, algunos proyectivos (3-4/día), de una semana de evolución, deposiciones normales, escasa ganancia ponderal. La exploración física es normal salvo hepatomegalia de 2 cm. Se realizan pruebas complementarias de rutina siendo la hematiemetría y bioquímica sanguíneas normales, excepto discreta trombocitosis ($489.000 \times \text{mm}^3$) y sedimento urinario normal. Ante la sospecha de Estenosis Hipertrófica de Píloro (EHP) se solicita ecografía abdominal urgente que informan como masa suprarrenal derecha de 2x2 cm y lesiones hipoecóicas en parénquima hepático, con sospecha de NEUROBLASTOMA IV S. Al tratarse de un lactante menor de 1 año se le aplicó el Score de Philadelphia (HSU, 1996) con puntuación de 0.

Score de Philadelphia (HSU, 1996) < 1 año

Sintomas gastrointestinales Emesis > 10%	1
Precisa líquidos IV	2
Sintomas respiratorios Taquipnea	1
Precisa CPAP/TET	2
Retorno venoso Edema piernas	1
Edema escrotal	2
Sintomas renales Oliguria	1
Fallo renal	2
Coagulación alterada (CID) Trombopenia < 50000	2

Conclusiones. Destacar la importancia del diagnóstico precoz en urgencias del neuroblastoma, a fin de aplicar el Score de Philadelphia (> 2 en lactantes y > 1 en neonatos) con objeto de iniciar tratamiento urgente con quimioterapia, sin necesidad de otras pruebas diagnósticas de confirmación.



ESTRIDOR NEONATAL, COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS.

B. Romero Hidalgo.

Hospital General Universitario de Alicante.

Fundamento: El estridor es un signo de obstrucción de la vía aérea superior localizado a nivel supraglótico, glótico o infraglótico. En lactantes, la laringomalacia explica alrededor del 60% de los casos de estridor.

Objetivo: presentar el manejo de dos recién nacidos que ingresaron en Febrero en nuestro Hospital.

Observaciones Clínicas:

1. Recién nacida que ingresa a los 8 días de vida por estridor inspiratorio y dos crisis de cianosis tras las tomas. Se valoró en su Hospital de referencia, dónde se realizó fibrolaringoscopia, que fue normal, por lo que se remite a nuestro Hospital para completar estudio. Presenta estudio cardiológico, tránsito gastrointestinal superior y Radiografía de tórax normal. En la Laringoscopia directa: Laringomalacia completa anterior y posterior. Evolución favorable, dándose de alta con monitor de apneas.
2. Recién nacida a término, que es llevado a Urgencias a los 4 días de vida por estridor inspiratorio, afonía y dificultad respiratoria. Lactancia artificial, come mal. Se ingresa, realizándose estudio cardiológico, Radiografía de Tórax, gasometría que son normales. Tránsito gastrointestinal: "reflujo a rinofaringe importante, paso de contraste a laringe y tráquea. No reflujo gastroesofágico". Laringoscopia directa: "Estenosis subglótica: membrana subglótica anterior". Durante su ingreso presenta dificultades en la alimentación, con desaturaciones ocasionales, precisa alimentación por sonda nasogástrica. Persiste afonía y estridor.

Conclusiones: Todos los estridores deben ser evaluados ya que no son un diagnóstico en sí mismo sino un síntoma de una enfermedad subyacente. Existen causas poco frecuentes pero potencialmente de riesgo vital frente a las que hay que mantener una alta sospecha clínica. La laringomalacia es la causa más común, generalmente benigna y autolimitada, pero en el 5-10% puede ser lo suficientemente severa para producir apneas, cianosis, dificultad en alimentación... La membrana subglótica puede obstruir en distintos grados la laringe, causando estridor inspiratorio y llanto ronco desde el nacimiento. El tratamiento es la lisis endoscópica con microcirugía o láser. El pronóstico es excelente. Ambas pueden asociarse a otras lesiones de la vía aérea, algunas potencialmente graves y que es obligado descartar: hemangioma subglótico, anillos vasculares, tumores... así como a reflujo gastroesofágico. Por tanto, la evaluación del estridor debe incluir el estudio de la totalidad del aparato aerodigestivo alto, presentando la laringoscopia directa un alto rendimiento.



CUERPO EXTRAÑO FANTASMA EN ESÓFAGO.

A. Ruiz Hernández, R. Porto, J. Martínez Pérez, J.L. Alonso Calderón.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: Los cuerpos extraños en el aparato digestivo son frecuentes en la infancia, sobre todo entre los 2 y 5 años de edad. La gran mayoría son monedas o piezas metálicas de juguetes, que suelen progresar a través del tubo digestivo hasta su salida. Debido a que son radiopacos es fácil seguir su trayectoria. No obstante algunos cuerpos extraños permanecen ocultos tras la exploración radiológica convencional.

Material y Método: Paciente que ingiere un cuerpo extraño inusual para su edad por el tamaño y forma del mismo (soldado de plástico), que aporta uno similar, y que refiere dolor cervico-torácico ante la ingestión de líquidos (incluida su propia saliva). En las radiografías de tórax practicadas no se aprecia ningún cuerpo extraño. Se comprueba en ese momento que el otro muñeco aportado por el niño sí es radiopaco. Ante la persistencia de la clínica se practica esofagograma con bario, apreciándose una discontinuidad de la columna radiopaca en el tercio superior del esófago y superponiendo el cuerpo extraño aportado por el paciente se obtiene concordancia con cuerpo extraño esofágico oculto. En la esofagoscopia (con esofagoscopio rígido) se encuentra el cuerpo extraño aludido que es extraído.

Resultados: Tras la extracción no se observan ningún tipo de complicación posterior.

Comentarios:

- La ingestión de cuerpos extraños de formas irregulares, puntiagudos o con aristas es infrecuente.
- Aunque la exploración radiológica convencional no confirme la presencia del cuerpo extraño en esófago, la persistencia de síntomas clínicos debe hacernos mantener un alto índice de sospecha para su detección.
- El esofagograma constituye una exploración radiológica de indudable valor en los cuerpos extraños esofágicos, sobre todo si son radiotransparentes.
- El empleo del esofagoscopio rígido sigue siendo útil en nuestro medio para la extracción de cuerpos extraños esofágicos, sobre todo cuando por sus características físicas existe riesgo de lesión de pared esofágica.



BAZO EMIGRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

R. Chacón, S. Villar, C. Menéndez, J. Delgado, A. Casanova, R. Zabalza.
HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El bazo emigrante o bazo ectópico es una anomalía rara en la que el bazo emigra desde su posición normal. Es consecuencia de un fallo de la fusión del mesogastrio dorsal durante el desarrollo fetal, lo que proporciona una deficiencia congénita de los ligamentos suspensorios, predisponiéndole a la hipermovilidad y, a menudo, a la torsión. Se presenta un caso de un niño con bazo ectópico, que acude a urgencias por dolor abdominal.

Caso clínico: Niño de 11 años de edad que acude a urgencias por dolor abdominal intenso y vómitos. Refería en sus antecedentes, crisis de dolor abdominal agudo de carácter intermitente y estreñimiento pertinaz. Exploración física: Buen estado general, afebril, abdomen no defendido, en el que se palpaba una "masa" dura y móvil en porción medial de hemiabdomen izquierdo, que se interpretó como fecaloma. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: no alteraciones significativas. Radiografía de abdomen simple: masa en flanco izquierdo, que se superpone y comprime el riñón izquierdo y ausencia del bazo en el hipocondrio izquierdo. Ecografía abdominal: ángulo esplénico del colon situado entre el diafragma y el riñón izquierdo, no visualizándose el bazo en su lugar habitual. La tumoración correspondía con una esplenomegalia de 15 cm. situada inferomedialmente, presentando un largo pedículo vascular. Evolución: Se realizó inicialmente esplenopexia. A los 10 días de la intervención presentó cuadro de abdomen agudo, realizándose ecografía abdominal que mostró infarto esplénico por torsión parcial del pedículo. Se procedió a una esplenectomía con implante en antebrazo, con evolución posterior favorable.

Comentarios: La etiología de las masas abdominales en la infancia es múltiple, teniendo que tener en cuenta el bazo ectópico dentro de los diagnósticos diferenciales. La ecografía es un método útil para el diagnóstico de las masas abdominales en el servicio de urgencias.



"BODY PACK" EN PEDIATRÍA.

E. Corrales Magín, N. Pociello Almiñana, S. Segura Matute, J.J. García García, J.M. Quintillá Martínez, C. Luaces Cubells.

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

Introducción: *"Body pack"* es el término que describe la práctica de contrabando de drogas, usando el cuerpo humano como medio de transporte para las mismas. La droga suele ir en paquetes individuales de unos 10 gramos, envueltos de materiales impermeables debidamente cerrados. Los *"body packers"* son las personas que ingieren o introducen en el cuerpo estos. En pediatría se han descrito *"body packers"* así como ingestas accidentales por parte del niño de paquetes conteniendo droga. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de un paciente que fue atendido con la sospecha de ingesta accidental de un paquete con droga.

Caso clínico: Niña de 2 años y 3 meses de edad que es traída a Urgencias por la posible ingesta de un paquete que en su interior contenía cocaína. A su llegada la paciente se encontraba asintomática. Sus constantes eran: FC 125 latidos/minuto, TA 90/55 mmHg y FR 20 respiraciones/minuto. La exploración por aparatos era anodina.

Ante la posible ingesta, se realizó análisis de sangre, tóxicos en orina, Rx simple de abdomen y se inició tratamiento con carbón activado, descontaminación gastrointestinal con solución electrolítica de Golitely y se administró una dosis de domperidona. Las exploraciones complementarias resultaron normales y, a las 8 horas de haber iniciado el tratamiento, la familia refirió que el paquete había sido hallado en el domicilio, motivo por el que se interrumpió el mismo y fue dada de alta.

Comentarios: Aunque el *"body pack"* es una urgencia poco frecuente incluso en adultos, también se describe en niños. Ante su sospecha lo más importante inicialmente es asegurar la vía aérea, la respiración y la circulación. Si el paciente está asintomático se procede a realizar medidas de descontaminación gastrointestinal y la observación posterior de la expulsión de los paquetes por vía rectal. Debido al riesgo de rotura, el lavado gástrico está contraindicado. Si se presentan síntomas de obstrucción mecánica o perforación debemos recurrir a la intervención quirúrgica. En el caso de ruptura de un paquete deberemos actuar en función de la droga que contiene. El conocimiento de estas normas de actuación permitirá al pediatra de Urgencias una actuación rápida y eficaz y con el menor riesgo para el paciente.