



BILBAO

6, 7 y 8 de mayo - 2004

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

posters VIII



## SESIÓN DE POSTERS DEFENDIDOS 8

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

Moderadora: N. Clerigé

### **CÁNCER INFANTIL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP): REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE 6 AÑOS (1998-2003).**

S. Segura Tigell, E. Castellarnau Figueras, M. Jiménez Ximenis, E. Perera Martínez, C. Valldepérez Baiges, X. Allué Martínez.

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

**Objetivos:** Estimar frecuencia, aspectos epidemiológicos y características clínicas del cáncer infantil en UP.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores 15 años con sospecha en UP de neoplasia maligna en un periodo de 6 años. Se recogen: variables epidemiológicas, diagnóstico según *International Classification of Childhood Cancer* (ICCC), tiempo de latencia definido como tiempo transcurrido entre primeros síntomas y diagnóstico, y signos y síntomas. Los datos se registran en una base de datos Microsoft® Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS v11.5.

**Resultados:** Se han diagnosticado 43 neoplasias malignas, 51,2% varones, con edad media de  $6,7 \pm 4,3$  años, y el 88,4% procedentes de nuestra provincia. El 44,2% tiene antecedentes personales de otras enfermedades, destacando una exposición a radiación ionizante, y en el 14% hay antecedentes familiares de tumores. La distribución anual es similar con una incidencia de 0.44‰ y aproximadamente 7-8 casos/año, lo que representa más de la mitad de los casos esperados en nuestra provincia. La mayoría (62,8%) son tumores sólidos no hematológicos, con localización preferente en abdomen y SNC, a excepción de las leucemias. Los tumores más frecuentes son: leucemias (LLA), tumores sistema nervioso central (astrocitoma) y tumores sistema nervioso simpático (neuroblastoma). El tiempo medio de latencia es de  $16,9 \pm 32,7$  semanas. Al diagnóstico no suelen presentar metástasis (72,1%), con estadiaje más frecuente I y II (35%). En el 14% el diagnóstico fue casual. Los signos y síntomas de presentación más frecuentes son inespecíficos: fiebre-febrícula, astenia, palidez, anorexia, síndrome tóxico, cefalea y masa cervical. Las primeras pruebas complementarias que apoyan o hacen sospechar el diagnóstico son: hemograma (30,2%), tomografía computarizada (20,9%), ecografía (18,6%), radiología simple (16,3%).

**Conclusiones:** La incidencia anual de cáncer infantil es similar a otras series, aunque la escasez de casos por año dificulta que pensemos en él. Encontramos menor predominio de niños respecto al descrito en la bibliografía. Respecto a los antecedentes personales, éstos no parecen tener ninguna relación con el desarrollo posterior del tumor, excepto en un caso. Uno de cada 7 niños se diagnostica de forma fortuita. Las manifestaciones iniciales más frecuentes son inespecíficas. En conclusión, las principales dificultades diagnósticas del cáncer infantil son su baja frecuencia y la inespecificidad de su clínica inicial.



## DIAGNÓSTICO POR SOSPECHA CLÍNICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP)

S. Segura Tigell, J. Bosch Castells, L. Martí Más, E. Castellarnau Figueras, M. Jariod Pàmias, X. Allué Martínez.

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

**Objetivos:** Describir indicios clínicos que deben hacernos sospechar una neoplasia maligna en UP, así como los signos y síntomas más frecuentes. Conocer las exploraciones complementarias iniciales más orientadoras.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo (1998-2003) menores 15 años con sospecha de neoplasia maligna (UP). Se recogen: variables epidemiológicas, diagnóstico *International Classification of Childhood Cancer*, tiempo latencia (tiempo transcurrido entre primeros síntomas y diagnóstico), síntomas y signos (primero, principales, metastáticos), y primera exploración complementaria que hace sospechar o apoya diagnóstico. Los síntomas y signos se clasifican en 3 categorías: altamente sugerentes cáncer, sugerentes e inespecíficos; y se estratifican en 2 grupos edad (> y < 7 años). Los datos se registran en base datos Microsoft® Excel y se analizan con programa estadístico SPSS v11.5.

**Resultados:** Se diagnostican 43 tumores malignos, 51,2% varones, y edad media  $6,7 \pm 4,3$  años. Tumores más frecuentes: leucemias, tumores sistema nervioso central y tumores sistema nervioso simpático. El tiempo medio latencia es  $16,9 \pm 32,7$  semanas. Los signos y síntomas más frecuentes son: fiebre, astenia, palidez, anorexia, síndrome tóxico y cefalea. El primer síntoma: fiebre, masa cervical, astenia y cefalea. Los principales hallazgos exploración: adenopatía, visceromegalia y masa abdominal. Lo más frecuente es encontrar signos inespecíficos, seguido signos sugerentes, y por último, signos indicativos cáncer. La media de síntomas por paciente es  $3,3 \pm 1,8$ , sin diferencias entre número signos por paciente y edad ni tiempo latencia. Las manifestaciones iniciales difieren según estirpe tumoral aunque sin diferencias significativas. Tampoco se encuentran diferencias significativas entre manifestaciones clínicas y edad, grupo edad, ni tiempo latencia, aunque en los menores predominan manifestaciones inespecíficas. La primera prueba complementaria que hace sospechar o apoya el diagnóstico es: hemograma, tomografía computerizada, ecografía y radiología simple. El diagnóstico fue casual en el 14%.

**Conclusiones:** Los tumores malignos infantiles presentan entre otros, el problema de tener muy pocos síntomas patognomónicos, lo que desorienta al principio el diagnóstico. Las manifestaciones iniciales se confunden con las de otras enfermedades o son demasiado inespecíficas, es decir la mayoría de pacientes con un proceso maligno no presenta una historia clínica indicativa. Aunque no es frecuente diagnosticar una neoplasia maligna en UP, es necesario tener presentes los signos y síntomas de alarma que nos pueden hacer sospechar para no demorar el diagnóstico.



## NEOPLASIAS MALIGNAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ERRORES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.

S. Segura Tigell, E. Castellarnau Figueras, L. Martí Más, M. Jariod Pàmias, J. Maixé Ceballos, X. Allué Martínez.

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

**Objetivos:** Estimar frecuencia, características y factores asociados a los errores detectados durante el proceso diagnóstico-terapéutico de las neoplasias malignas pediátricas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores 15 años con sospecha en UP de neoplasia maligna en un periodo de 6 años. Se recogen: sexo, edad, diagnóstico según *International Classification of Childhood Cancer (ICCC)*, tiempo de latencia definido como tiempo transcurrido entre primeros síntomas y diagnóstico de tumor maligno, diagnósticos emitidos durante periodo de latencia considerados errores diagnósticos y tratamientos realizados durante periodo de latencia considerados errores terapéuticos. Los datos se registran en una base de datos Microsoft® Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS v11.5. Los valores de  $p < 0.05$  se consideran significativos.

**Resultados:** Se han diagnosticado 43 neoplasias malignas, 51,2% varones y edad media de  $6,7 \pm 4,3$  años. Los tumores más frecuentes son: leucemias, tumores sistema nervioso central (SNC) y tumores sistema nervioso simpático (SNS). El tiempo medio de latencia es de  $16,9 \pm 32,7$  semanas. Se observa una relación directa para todos los tumores entre edad menor y tiempos de latencia más bajos. Los tiempos de latencia menores se observan en retinoblastomas, tumores renales y leucemias, y los mayores en carcinomas y tumores SNC. La menor edad al diagnóstico es para tumores renales seguidos por retinoblastoma. La mayor edad se observa en tumores óseos seguidos de carcinomas. En un 90.7% se encuentra algún error diagnóstico, con un promedio por paciente de 1. Los más frecuentes: infecciones, enfermedades gastrointestinales, enfermedades neurológicas y osteoarticulares. Más específicamente: adenitis cervical, infección respiratoria alta, dolor abdominal y cefalea. En el 70.1% de los casos se encuentra algún error terapéutico, con un promedio por paciente de 2. Los más frecuentes: antibióticos, antitérmicos y analgésicos. Según el tipo de tumor no existen diferencias significativas en cuanto al número de errores diagnósticos y/o terapéuticos.

**Conclusiones:** El tiempo de latencia presenta una relación indirecta con la edad, a menor edad menor tiempo, probablemente por el mayor número de visitas en la primera infancia y por algunas patologías propias de edades menores. Los errores diagnósticos se deben especialmente a falta de especificidad de los síntomas y se refieren a la posibilidad de confusión del tumor con otras enfermedades, la más frecuente la infección. Esto conduce al uso de tratamientos erróneos y/o innecesarios. En conclusión, lo más importante es disminuir el tiempo de latencia entre los primeros síntomas y el diagnóstico.



## DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

I. Elorza, M. Tobeña, N. Piqué, X Perramón, P. Bastida<sup>1</sup>, A. Llorc.

*Servicio de Urgencias Pediátricas y <sup>1</sup>Departamento de Hematología. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón. Barcelona.*

**Fundamento y objetivo:** Las leucemias agudas constituyen las neoplasias más frecuente en Pediatría. Su presentación clínica es heterogénea. Presentamos un paciente en el que la no detección de los signos y síntomas inespecíficos iniciales, provocó su llegada a Urgencias en una situación de riesgo vital.

**Observaciones clínicas:** Niño de 5 años previamente sano, que es derivado al Servicio de Urgencias, por odinofagia y fiebre alta de 12 horas de evolución. La familia refiere que se queja desde hace tres meses de episodios de dolor en extremidades inferiores y astenia en la última semana. A su llegada se encuentra febril con mal estado general, intensa palidez cutáneo-mucosa, petequias diseminadas y mala perfusión periférica. Presenta tumefacción parotídea y amigdalar (amígdala derecha hemorrágica) con adenopatías laterocervicales. Se palpa hepatomegalia de 5 cm y adenopatías inguinales bilaterales. Ante la sospecha clínica de sepsis se inicia sueroterapia y antibióticos de amplio espectro. En la hemograma se objetiva descenso importante de las tres series hematopoyéticas (Hemoglobina 6,6 g/dL; Leucocitos  $2,7 \times 10^9/L$ ; PMN 26%; L 65%; Plaquetas  $33 \times 10^9/L$ ), alteración de las pruebas de coagulación (T Quick 42% TTPA ratio 1,6) y acidosis metabólica. Se solicita revisión microscópica de sangre periférica, objetivándose un 24% de células blásticas. Con la orientación diagnóstica de leucemia aguda se administra tratamiento profiláctico de lisis tumoral y transfusión de hemoderivados. Tras la estabilización del paciente se realiza estudio hematológico completo. En el aspirado de médula ósea se observa una infiltración del 92% por células inmaduras de morfología linfoide L2 según clasificación FAB. Se aísla *Streptococcus pyogenes* a las 24 horas del hemocultivo.

**Comentarios:** La llegada a Urgencias de un paciente grave nos obliga a realizar diagnóstico diferencial con diversas entidades. En este caso la presencia de anemia y plaquetopenia junto con los hallazgos clínicos de infiltración tisular nos alertó ante la presencia de una leucemia como base de una infección grave.



## LEUCEMIA NEONATAL.

J. Sánchez de Toledo Sancho, M. Quintana\*, J. Fábregas\*, J.L. Dapena, P. Bastida.

*Servicio de Hematología Pediátrica, \*Servicio de Urgencias. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Fundamento:** Las leucemias congénitas representan la segunda neoplasia maligna en el periodo neonatal después del neuroblastoma. Constituyen el 1% de las leucemias en edad pediátrica afectando a uno de cada cinco millones de recién nacidos vivos. Constituyen la principal causa de muerte de origen tumoral en la edad neonatal.

**Observaciones clínicas:** Exponemos el caso de una paciente de sexo femenino de 1 mes y medio sin antecedentes obstétricos de interés que acudió a urgencias por presentar una lesión nodular de 2x1,5 cms violácea en brazo derecho. A la exploración destacaban adenopatías cervicales bilaterales y hepatomegalia de 2 centímetros. Se realizó analítica general que mostró una anemia discreta con una leucocitosis de  $218 \times 10^9/L$  con un 37% de células blásticas. El aspirado de médula ósea reveló la existencia de un 65% de células linfoblásticas B. El estudio citogenético puso de manifiesto traslocación t(11;19) y en la biología molecular reordenamiento de MLL. El estudio de extensión no mostró la infiltración de otros órganos. Con el diagnóstico de Leucemia linfoblástica aguda congénita se inició tratamiento quimioterápico según protocolo correspondiente a leucemias de muy alto riesgo (PETHEMA 93). con buena respuesta. Actualmente recibe tratamiento de consolidación manteniéndose en remisión completa a los 6 meses de diagnóstico.

**Conclusiones:** Los infiltrados nodulares cutáneos y la hepatoesplenomegalia son signos característicos de la leucemia neonatal. El estudio hematológico confirma el diagnóstico. En el diagnóstico diferencial hay que considerar entidades más frecuentes como reacciones leucemoides secundarias a hipoxia, hemólisis o infecciones congénitas (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, sífilis) y estadios diseminados de tumores como el neuroblastoma. En el contexto de una leucemia los infiltrados cutáneos reciben el nombre de leucemia cutis y constituye una causa frecuente del llamado "blueberry muffin baby" que incluye entre su diagnóstico diferencial el neuroblastoma (causa más frecuente) y procesos que condicionen una eritropoyesis extramedular como las anemias hemolíticas.



## VALORACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CRISIS DE ASMA DE RIESGO VITAL (ARV) SEGÚN CRITERIOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES.

E. Villalobos Jarque, E. Castellarnau Figueras, M. Jarrod Pàmias, N. García-Baiges, A. Tarrés Roure, X. Allué Martínez.

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

**Objetivos:** Describir características clínicas y funcionales niños con ARV, para tratar de establecer un patrón comportamiento común que permita su reconocimiento precoz.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo (1998-2003) pacientes con criterio ARV (exacerbación grave asmática, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, independientemente de la necesidad o no de ventilación mecánica, y/o parada respiratoria). Se recogen variables epidemiológicas, clínicas y funcionales. Los datos se registran en base datos Microsoft® Excel y analizan con programa estadístico SPSS v.11.5.

**Resultados:** Se registran 11 casos, 7 niños y 4 niñas, edad media  $8,1 \pm 4,2$  años. Todos clínica compatible con exacerbación grave de asma: dificultad habla (72,7%), dificultad decúbito (81,8%), uso musculatura accesoria (90,9%), palidez (100%), cianosis (45,5%), alteración conciencia (90,9%), deshidratación (72,7%) y alteración hemodinámica (36,4%), con valores de: FR ( $1,8 \pm 14,4$ ), FC ( $148,0 \pm 20,1$ ), TA sistólica ( $121,9 \pm 21,6$ ), TA diastólica ( $69,6 \pm 16,1$ ). Valores parámetros funcionales: SaO<sub>2</sub> ( $83,6 \pm 4,9$ ), pH ( $7,18 \pm 0,1$ ), pCO<sub>2</sub> ( $64,1 \pm 10,5$ ), FEV1 ( $64,0 \pm 10,8$ ) y FVC ( $59,4 \pm 12,9$ ). 1 presenta PCR, 3 requieren ventilación mecánica. La duración de oxigenoterapia es 48 horas. La estancia en UCIP es  $53,4 \pm 41,2$  horas y hospitalaria  $7,0 \pm 1,7$  días. Se encuentra una mediana de 5 signos clínicos de gravedad por paciente. No existe correlación entre número signos gravedad y parámetros: edad, FC, FR, SaO<sub>2</sub>, pH, pCO<sub>2</sub>, FEV1, FVC, O<sub>2</sub>, estancias, aunque si cierta correlación entre mayor número signos y menor SaO<sub>2</sub>. El 70% presentan combinación de signos: dificultad habla, dificultad decúbito, musculatura accesoria, alteración conciencia y palidez; y 27.3% todos los signos. Tienden a asociarse en 3 patrones comportamiento clínico: (a) Uso musculatura accesoria, palidez, alteración conciencia, (b) Dificultad habla, dificultad decúbito, deshidratación (c) Alteración hemodinámica, cianosis. La correlación más significativa, entre otras, es la de la FR y SaO<sub>2</sub>.

**Conclusiones:** Los diferentes signos que se citan habitualmente como indicadores de gravedad con frecuencia son tardíos y poco específicos. Una combinación que incluya la dificultad para decúbito y habla, uso de músculos accesorios, y alteración conciencia, indica inminencia de una crisis extrema con riesgo para la vida. Si bien los aspectos clínicos del paciente deben tenerse en cuenta, la medida continua de SaO<sub>2</sub> constituye un elemento crítico a la hora de evaluar la gravedad o intensidad de la obstrucción de la vía aérea, el intercambio gaseoso y la respuesta al tratamiento.



### ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE GRUPO 3.

A. Cueto González, J. Fàbrega Sabaté, L. Asso Ministrál, G. Sarquella Brugada, R. García Puig, L. Tobeña Boada.

*Servicio de Pediatría. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa.*

**Objetivos:** Mutua de Terrassa es un hospital de grupo 3 (BC) con cobertura sanitaria a 60.000 pacientes pediátricos. Aquellos niños/as prioritarios de necesitar una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) deben ser trasladados. Presentamos nuestra experiencia en la atención inicial y estabilización al paciente crítico.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestro servicio de Urgencias que requirieron transporte posterior a un hospital de grupo 4 en UCIP móvil durante 14 meses (01.01.2003- 29.02.2004).

**Resultados:** Durante este período se realizaron 38.389 visitas en Urgencias, requiriendo dicho traslado 28 (0,7‰), con una edad media de 3,7 años (13 días - 14 años), aunque 16 (57%) tenían  $\leq 1$  año. Los motivos de traslado, agrupados en categorías fueron: Infeccioso (25%), Traumático (25%), Neurológico (21%), Respiratorio (18%) y otros (11%). Las intervenciones más relevantes de nuestro equipo asistencial y del equipo de transporte (ET) son, respectivamente: Vía periférica (100%/0%); Vía Central (7%/0%); Intubación (14%/4%); Volumen de expansión (25%/0%); y Drogas vasoactivas (4%/4%). El tiempo medio empleado por el ET para completar la estabilización previa al traslado fue 26 minutos 34 segundos. El hospital receptor fue Sant Joan de Déu en 18 ocasiones (64%), Vall d'Hebron en 8 (29%) y Sant Pau en 2 (7%). 22 de nuestros pacientes (79%) fueron ingresados en sus UCIP. La evolución posterior ha sido satisfactoria en 26 casos; sólo en 2 ocasiones se produjo el éxitus del paciente (a los 3 y 14 días del ingreso); persistiendo secuelas al alta en 4 (14%). El tiempo medio de hospitalización en UCIP y total fue 3,2 (1-7) y 8,7 días (2-21). El diagnóstico final coincidió con el inicial en 27 casos (96%). En 4 casos (14%) se retornó el paciente a nuestro centro al alta de UCIP.

**Conclusiones:** Los hospitales deben estar preparados para ofrecer asistencia inmediata al niño críticamente enfermo, aunque no dispongan de todos los recursos requeridos para su tratamiento definitivo. Esta estabilización es fundamental para su evolución posterior. Una vez superada la fase aguda de la enfermedad se debería incidir en el retorno de estos pacientes a los hospitales de origen para finalizar el tratamiento.



### **ROTURA TRAUMÁTICA DE AORTA-UN DESAFÍO EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA.**

S. Guindos-Rúa, A. Gonçalves, J.M. Jáurena, Concepción Barceló, X. Perramón, P. Domínguez, J. Balcells, A. Gomila, C. Marhuenda, V. Martínez-Ibañez.

*Departamento de Cirugía Pediátrica Hospital Vall d'Hebron.*

**Fundamento y objetivos:** La rotura traumática de aorta (RTA) por traumatismo no penetrante es una entidad excepcional en la edad pediátrica, con una elevada mortalidad prehospitalaria. El diagnóstico precoz y la valoración conjunta de todas las lesiones del paciente politraumático son prioritarias para su manejo.

**Observaciones clínicas:** Paciente de 9 años que acude a nuestro centro mediante transporte medicalizado tras precipitación desde una altura de 9 metros. A su llegada se encuentra consciente, con un valor de GCS de 15 y hemodinámicamente estable, destacando en la exploración la presencia de dolor centrotorácico con leve hipoventilación en base pulmonar izquierda, así como disminución de los pulsos en extremidades inferiores. Se realiza TC torácico en el que se aprecia hemotórax progresivo izquierdo y un hematoma medias-tínico. Dada la progresiva inestabilidad hemodinámica del paciente se decide practicar una toracotomía urgente, en la que se halla una rotura completa del istmo aórtico, precisándose la colocación de una prótesis para su reparación. El paciente recibe el alta a los 15 días de postoperatorio sin secuelas físicas rese-ñables.

**Comentarios:** El manejo correcto de la RTA comienza por un alto índice de sospecha en función de los hallazgos exploratorios, el mecanismo lesivo y las lesiones asociadas. Estas lesiones, así como la estabilidad del paciente marcarán la actitud terapéutica. La coordinación de los distintos eslabones de la asistencia al trauma pediátrico resultan fundamentales para la obtención de los mejores resultados posibles dentro de la extrema gravedad de esta entidad.



### **SHOCK EN URGENCIAS. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA.**

N. Roca-Cusachs Pericas, C. Farran Balcells, M. Tobeña Rué, J. Fàbrega Sabaté, X. Perramon Montoliu, X. Ballabriga Vidaller

*Servicio de Urgencias. Hospital MaternoInfantil Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos:** El shock, independientemente de sus diferentes etiologías, se caracteriza por un fracaso agudo, generalizado y potencialmente reversible del sistema circulatorio. Estudiamos los casos de shock atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, especialmente los aspectos epidemiológicos y etiológicos, su tratamiento inicial y evolución.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de shock diagnosticados en el Servicio de Urgencias durante el último año.

**Resultados:** Durante el período estudiado se atendieron 16 pacientes con el diagnóstico de shock (7 varones y 9 hembras). La edad media de los pacientes fue de 6 años, con un rango entre 19 días y 15 años. Analizados por grupos de edad se hallaron 2 casos en neonatos, 1 lactante, 6 en niños preescolares, 5 en escolares y 2 en adolescentes. Como era de esperar el signo clínico más frecuente fue la taquicardia (100%), así como la mala perfusión periférica y la hipotensión (87%). En cuanto a las etiologías, encontramos 11 casos de shock distributivo (9 sépticos, uno anafiláctico y otro por hepatitis fulminante), 3 cardiogénicos (2 de ellos por taquicardia supraventricular paroxística en neonatos) y 2 hipovolémicos.

Del total de pacientes, 15 requirieron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (94%), 15 recibieron expansión de volumen (94%) y 12 tratamiento inotrópico (75%). En 3 de ellos fueron necesarias maniobras de reanimación cardiopulmonar.

En cuanto a la evolución, 10 pacientes evolucionaron favorablemente, 2 presentaron secuelas y 4 fallecieron.

**Conclusiones:** El shock es una condición patológica muy grave, común a diversas etiologías, pero potencialmente reversible. Su evolución y pronóstico depende de forma muy importante de la precocidad del diagnóstico y la celeridad en aplicar los tratamientos correctos. Dada su sintomatología característica, debemos estar preparados tanto para su diagnóstico precoz como para su correcto tratamiento en función de sus diferentes etiologías.



## **SÍNDROME POSPERICARDIOTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

A. Sempere Pérez, I. Martín de Lara, A. Gutiérrez Amorós, O. Gómez Pérez, F. Alonso Ortega, A. García Alonso.

*Hospital General Universitario de Alicante.*

**Introducción:** El síndrome pospericardiotomía es una causa poco frecuente de pericarditis caracterizada por fiebre, dolor torácico, leucocitosis, elevación marcadores inflamación y signos derrame pericárdico. Frecuentemente se manifiesta en primeras 2 semanas tras intervención cardiaca donde el pericardio ha sido manipulado. Suele cursar de forma autolimitada. El diagnóstico se establece tras exclusión de otras causas de pericarditis.

**Caso clínico:** Niño 9 años con herida penetrante en tórax tras chocar contra cristal, se realiza cierre del pericardio abierto. Presenta buena evolución, decidiéndose alta. Tres semanas después, consulta por fiebre, malestar general y dolor torácico de 3 días evolución. Exploración física: Tª 38,2°C, TA 98/58 mmHg, FC 114. Regular estado general y palidez cutánea. Auscultación cardiaca: roce pericárdico, tonos ritmicos, sin soplos. abdomen: hepatomegalia 3 cm. Resto normal. Pruebas complementarias: 9.650 leucos, desviación izquierda, elevación PCR, radiografía tórax con aumento silueta cardiaca, ECG con ritmo sinusal y onda T invertida hasta V4 y aplanamiento en V5 y V6, y ecocardiograma-doppler con derrame pericárdico hasta 2,5 cm y signos de compromiso función diastólica. Ante sospecha síndrome pospericardiotomía, se inicia tratamiento con ibuprofeno. Presenta mala evolución asociándose corticoides. Permanece estable, disminuyendo progresivamente el derrame y normalizándose hallazgos ecográficos. Se reduce paulativamente dosis de corticoides y ante buena evolución, con ausencia de derrame patológico en último control ecográfico se decide alta. Actualmente, tras 7 meses, permanece asintomático, con controles ecocardiográficos normales.

**Discusión:** A pesar de ser infrecuente, la posibilidad diagnóstica del síndrome pospericardiotomía debe incluirse en todo niño con derrame pericárdico y antecedentes de cirugía cardiaca, debiéndose establecer el diagnóstico mediante la exclusión de otros procesos causantes de pericarditis. Su etiología no está claramente definida. El tratamiento se basa en antiinflamatorios no esteroideos y, en casos de mala respuesta, corticoides e incluso pericardiectomía. Dada la elevada frecuencia de recurrencias es importante el seguimiento a largo plazo.



## DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS DE UN ANEURISMA MICÓTICO DE AORTA DESCENDENTE.

P. Sánchez Pintos\*, A. Montoro Expósito\*, X. Perramon Montoliu\*, X. Ballabriga Vidaller\*, X. Lucaya Vayret\*\*, C. Aso Puértolas\*\*.

\*Servicio de Urgencias, \*\*Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

**Fundamento y objetivo:** Presentar un caso de aneurisma micótico, patología de difícil diagnóstico por su baja frecuencia, con formas de presentación superponibles a otras entidades patológicas siendo preciso un diagnóstico precoz.

**Observaciones clínicas:** Varón de 12 años diagnosticado hace seis meses de endocarditis por *Staphylococcus aureus* a raíz de síndrome febril prolongado. La ecocardiografía reveló coartación de aorta no diagnosticada previamente y presencia de aneurisma micótico que se trató con antibioticoterapia y resección con colocación de homoinjerto. Remitido a nuestro centro por hemoptisis, dolor torácico y fiebre. En la exploración destaca mal estado general con palidez intensa, debilidad de pulsos en extremidades inferiores, taquipnea e hipofonosis izquierda. La radiografía de tórax muestra pulmón blanco izquierdo sin línea de derrame en el decúbito lateral. Sospechando cuadro neumónico se inició antibioticoterapia en espera de práctica de ecografía que reveló un aneurisma de aorta descendente, confirmado por TC torácico. Se intervino de urgencia extirpándose una masa aneurismática inferior a la subclavia izquierda de 10 cm de longitud. Requirió desbridamiento pulmonar y sustitución del injerto previo necrosado, por prótesis de Dacron. En hemocultivos seriados y cultivo del homoinjerto resecado se confirmó positividad a *Staphylococcus aureus* y se instauró tratamiento con cloxacilina, gentamicina, rifampicina y lavado con perfusión continua de povidona yodada en la cavidad pleural.

### Comentarios:

- Definimos aneurisma micótico como endarteritis de origen bacteriano o fúngico con erosión de las capas internas de la pared vascular.
- Se debe sospechar ante todo paciente con hemoptisis e historia reciente de endocarditis, aneurisma previo o procedimientos vasculares invasivos, especialmente en inmunodeprimidos.
- En radiología convencional el hallazgo puede ser engrosamiento mediastínico o atelectasia pulmonar y el diagnóstico definitivo es por TC torácico y angiografía.
- Sin corrección quirúrgica es generalmente letal por ruptura o sepsis incontrolada.



## **PATOLOGÍA CRÍTICA EN LA URGENCIA. ¿SE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UCIP?**

F. Aguilar Humanes, A. Bello Luque, M. Rodríguez Priego, E. Castuera Jurado, M<sup>a</sup> D. Simarro Bravo, F. Barcones Minguez.

*Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Reina Sofía. Córdoba.*

**Introducción:** Las recomendaciones sobre los criterios de admisión en una UCIP están basados en la necesidad de monitorización activa, la reversibilidad del proceso y la imposibilidad de aplicar el tratamiento necesario fuera de ella. Para ello es necesario que el personal sanitario encargado de atender las urgencias pediátricas esté habituado no solo al reconocimiento de la patología crítica establecida sino que además tenga la capacidad de "anticipación" ante el posible riesgo de compromiso vital de enfermedades graves.

**Objetivo:** Analizar si la patología crítica del niño es bien percibida en la urgencia de nuestro hospital y si se cumplen adecuadamente los criterios de ingreso en UCIP.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los niños ingresados en UCIP procedentes del Área de Urgencias/Observación durante el periodo 1999-2003. Se han tomado como variables: edad, sexo, tipos de patologías, criterios seguidos para el ingreso: parámetros hemodinámicos: (TA, FC, perfusión), Scores de las distintas patologías (Glasgow, Downes, Taussig, Boyer), necesidad de monitorización intensiva, aplicación de técnicas invasivas (canalización vías centrales, necesidad de intubación y v. mecánica, hemodiálisis, diálisis peritoneal), tratamientos intensivos y duración de ingreso.

**Resultados:** De un total de 1.681 pacientes ingresados en UCIP entre 1999 y 2003, el 16,7% (281) procedieron directamente del Área de Urgencias (253) y de Observación (28), siendo varones 62,2% y mujeres 37,8%. La patología infecciosa ocasionó el mayor nº de ingresos (27,4%) sobre todo en niños < 2 años, seguida de la accidental (20,8%) sobre todo en niños > 2 años. En un 87,1% de los casos se cumplieron los criterios de admisión en UCIP, requiriendo técnicas invasivas un 63,7% y necesitando (54,2%) más de 48 horas para su estabilización. Un 36,3% solo requirió como técnica de UCIP una monitorización continua, además de su tratamiento habitual, durante < de 24 horas.

### **Conclusiones:**

- Se comprueba un cumplimiento adecuado de los criterios de admisión en UCIP, aunque solo necesitaran tecnologías y/o tratamientos especiales en la mitad de los casos, existiendo una alta concordancia (92,5%) entre la percepción de la patología crítica en la urgencia y la constatada a su llegada a UCIP
- Una tercera parte de los niños que solo requirieron vigilancia continua además de su tratamiento específico podrían haber evitado su ingreso en UCIP de haber existido un Área de Intermedios con personal y material de monitorización adecuados.



## WANDERING SPLEEN. CAUSA DE ABDOMEN AGUDO.

C. Barceló<sup>1</sup>, B. Plans<sup>1</sup>, G. Guillén<sup>1</sup>, X. Perramón<sup>2</sup>, J. Lloret<sup>1</sup>, V. Martínez-Ibáñez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía Pediátrica. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona

**Fundamento y objetivo:** El bazo errante ("Wandering spleen") es un defecto anatómico poco frecuente, que raramente se manifiesta en la edad pediátrica. Consiste en la ausencia de los ligamentos suspensorios del bazo. Si da sintomatología lo hace en forma de abdomen agudo con dolor abdominal y ocasionalmente palpación de masa abdominal. Por tanto, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

**Observación clínica:** Niña de 10 años de edad, sin antecedentes de interés, derivada de otro centro por presentar un cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución en fosa ilíaca izquierda con vómitos y ausencia de deposiciones. No fiebre.

A la exploración física destaca un abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca izquierda con descompresión y puño percusión lumbar izquierda positivos. No se aprecian masas ni megalias.

Exploraciones complementarias: analítica general muestra leucocitosis con desviación izquierda y aumento de la PCR; sedimento de orina con escasos leucocitos y hematíes; radiografía de abdomen inespecífica; ecografía y TAC abdominal (en otro centro): infarto masivo esplénico con ausencia de flujo en lecho esplénico. Se decide intervención quirúrgica urgente hallándose un bazo torsionado sobre su pedículo con signos de isquemia irreversible, por lo que se practica esplenectomía.

Es dada de alta tras un postoperatorio sin complicaciones y habiendo recibido las inmunizaciones postesplenectomía correspondientes.

### Comentarios:

1. El bazo errante es una entidad de incidencia real no conocida.
2. Dado que su manifestación clínica más frecuente es la torsión esplénica aguda, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo.
3. La exploración complementaria de elección para su diagnóstico es la ecografía, por su no invasividad y gran disponibilidad en urgencias permitiendo valorar la presencia de isquemia.
4. El tratamiento de elección es la esplenopexia reservándose la esplenectomía en aquellos casos en los que existen signos de isquemia irreversible.



## UTILIDAD DE LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

N. Rovira Girabal, A. Curcoy Barcenilla, V. Trenchs Sáinz de la Maza, C. Luaces Cubells.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada de Pediatría Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.*

**Introducción:** La radiografía simple de abdomen es una exploración complementaria accesible y muy empleada en los servicios de urgencias pediátricos; no obstante sus indicaciones se van restringiendo, por su escaso rendimiento y el uso de otras técnicas con mayor rentabilidad.

**Objetivo:** Revisar los motivos de solicitud que inducen a la realización de una radiografía de abdomen en el servicio de urgencias y evaluar su utilidad en el proceso diagnóstico.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las radiografías abdominales solicitadas en el Servicio de Urgencias desde julio hasta diciembre del año 2003. Se valora la edad de los pacientes, sexo, síntoma guía y su tiempo de evolución, informe radiológico y diagnóstico final. El informe radiológico se clasifica en tres categorías: normal, compatible con el diagnóstico final y hallazgo casual. Los diagnósticos se diferencian en patología mayor o quirúrgica y patología menor.

**Resultados:** Se analizan 449 historias de pacientes a los que se les ha realizado una radiografía simple de abdomen. Predomina el sexo masculino (relación 1,2/1). La edad media es de  $7.8 \pm 5.4$  años. Los motivos de solicitud más frecuentes son el dolor abdominal (69.5%) y los vómitos (15.6%); con un tiempo de evolución menor a 24h en el 49.6% de los casos. Los diagnósticos finales más frecuentes son abdominalgia inespecífica (37.9%) y estreñimiento (15.4%). El 14% de los pacientes presentan patología mayor, siendo la apendicitis aguda (77.8%) su causa más frecuente. El 73.6% de las radiografías son normales y de las compatibles (25,3%), el 55,8% corresponden a estreñimiento. En los casos de patología quirúrgica la radiografía aporta datos sugestivos al diagnóstico en menos de la mitad de los pacientes (47,6%).

**Comentarios:** Está revisión confirma estudios precedentes que muestran el bajo rendimiento diagnóstico de la radiografía de abdomen en la mayoría de pacientes con procesos abdominales; este hecho, sumado a la importante irradiación que supone, hace conveniente minimizar su uso a favor de otras técnicas con mayor resolución en estas patologías.



## SESIÓN DE POSTERS EXPUESTOS 8

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

### APENDICITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE NEUTROPÉNICO.

B. Muñoz Cabello, M.E. García Rodríguez, C. Segovia Verjel, J.M. Pérez Hurtado, J.M. Rodríguez Fernández.  
*Hospital Infantil Virgen del Rocío (Sevilla).*

**Introducción:** Los pacientes neutropénicos presentan con frecuencia procesos infecciosos intercurrentes con poca o nula semiología, a menudo graves. La mortalidad en estos casos se correlaciona directamente con la demora diagnóstica. Por todo ello es fundamental un alto grado de sospecha clínica en estos procesos.

**Caso clínico:** Niña de 6 años diagnosticada de Leucemia Mieloide Aguda que recibió tratamiento quimioterápico y posterior trasplante autólogo de médula ósea. Recidiva meses después pasando a tratamiento paliativo con transfusiones y quimioterapia ambulatoria oral. Estando previamente bien, presenta cuadro de dolor abdominal intermitente de 5-6 días de evolución, que se acompaña de fiebre en las últimas 24h. A la exploración, presenta buen estado general, dolor abdominal a la palpación profunda localizado en hipocóndrio derecho, Blumberg y Rovsing positivos, sin otros signos de irritación peritoneal. Lengua saburral. Lesiones equimóticas en distintos estadios de evolución. Resto de exploración sin hallazgos. El hemograma presentaba neutropenia (0 granulocitos/mm<sup>3</sup>), anemia 8 g/dl y plaquetopenia (18.000/mm<sup>3</sup>). En la TAC se observó líquido libre en Douglas con absceso en FID, compatible con apendicitis perforada. A pesar del diagnóstico de apendicitis aguda, y dado el alto riesgo quirúrgico de la paciente, se decide mantener una actitud conservadora con antibioterapia intravenosa (meronem y amikacina) y demorar la intervención quirúrgica. La evolución fue favorable tras 30 días de tratamiento, y la TAC de control al mes, normal.

### Comentarios:

1. La ausencia de neutrófilos condiciona que los procesos infecciosos sean poco evidentes debido a la escasa presencia de fenómenos inflamatorios.
2. El tratamiento de elección de la apendicitis aguda en el paciente neutropénico es, en la medida de lo posible, conservador, por el riesgo de diseminación bacteriana, reservando el tratamiento quirúrgico para casos en los que existe una urgencia vital.



## INVAGINACIÓN INTESTINAL RECURRENTE SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL.

A. de la Huerga, C. López Menchero, MM Santos, A. Casanova, R. Zabalza, J. Delgado.

HGU. Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción:** La invaginación intestinal es una patología de diagnóstico habitual en la urgencia pediátrica y es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 3 meses y los 6 años de edad. La localización más frecuente es la ileocólica y la etiología es idiopática en un 90-95% de los casos. En niños mayores o cuando la localización es atípica, es más frecuente la existencia de una causa desencadenante.

**Caso clínico:** Paciente de tres años que acude a urgencias con cuadro clínico de irritabilidad, sudoración, palidez cutánea y vómitos. Entre sus antecedentes personales destacan dos episodios de invaginación intestinal al año y a los dos años de edad resueltos mediante reducción neumática. En la exploración física destacaba dolor en flanco derecho palpándose una masa a ese nivel. Se diagnostica mediante ecografía abdominal de invaginación intestinal de localización ileocólica y se realiza reducción neumática. A las 24 horas de ingreso comienza con cuadro clínico similar por recidiva de la invaginación en la misma localización resolviéndose tras reducción neumática. A las 48 horas de ingreso se repite el cuadro por lo que se decide laparotomía exploradora y resección intestinal con anastomosis termino-terminal diagnosticándose divertículo de Meckel.

### Conclusiones:

1. En todo caso de invaginación intestinal recidivante hay que pensar en la posibilidad de una etiología desencadenante
2. En cada caso se debe valorar la necesidad de realización de exploraciones complementarias encaminadas a su diagnóstico
3. La localización típica y una reducción neumática con éxito en los casos de recidiva, no descarta la existencia de una posible causa desencadenante.
4. El divertículo de Meckel es uno de los factores etiológicos más frecuentemente asociado a los casos de invaginación intestinal recidivante.



## HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

B. Riaño, A. Peñalba, M. Fariñas, R. Zabalza, A. Casanova, J. Delgado.

*HGU Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción:** La hernia diafragmática es un defecto congénito que se origina entre la 8ª y 10ª semana de la vida fetal y se produce por falta de cierre del espacio pleuroperitoneal durante el desarrollo del diafragma. Se presenta aproximadamente en 1 de cada 3.000 nacidos vivos, y generalmente se manifiesta en las primeras horas del nacimiento. A continuación presentamos el caso de un adolescente que acudió a nuestro servicio de urgencias por dolor torácico.

**Caso clínico:** Niño de 15 años que consulta por dolor torácico intenso acompañado de sintomatología vagal de 4 horas de evolución. Antecedentes personales: Cirugía de teste retráctil y abdominalgia intermitente de 2 meses de evolución. Exploración física: Regular estado general. Disnea de reposo. Abdomen doloroso difuso con defensa a la palpación profunda. No signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: Rx tórax: cavidad aérea bien delimitada que se correspondía con una gran cámara gástrica cubierta por el hemidiafragma correspondiente, haciendo sospechar la existencia de una relajación del diafragma y por la clínica posible, volvulación gástrica. En control radiológico posterior, tras colocación de sonda nasogástrica, se observa como ésta se pliega sobre si misma a la altura de la porción medial del estómago, posiblemente como consecuencia del stop por la volvulación. ECO abdomen: se visualiza el hemidiafragma en toda su porción anterior y estómago en situación torácica. El bazo y el colon izquierdo se encontraban en situación anatómica normal. Evolución: se realiza laparotomía exploradora urgente, encontrando la cámara gástrica en el hemitorax a través de orificio diafragmático izquierdo, junto con bazo y colon en su porción de ángulo esplénico y descendente. Postoperatorio sin incidencias.

**Comentario:** Las hernias diafragmáticas congénitas fuera del período neonatal son excepcionalmente raras, sólo se reportan casos aislados y se cree no sobrepasan el 10%. Con todo, debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor torácico y disnea de aparición brusca. La radiología simple de tórax AP y lateral en general es suficiente para hacer el diagnóstico.



## ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE FULMINANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

S. Villar, C. Menéndez, M.A. García Casillas, A. Casanova, J. Delgado, R. Zabalza.  
*Servicio de Urgencias Pediátricas. HGU Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción:** La enterocolitis necrotizante (NEC) es la enfermedad gastrointestinal adquirida más frecuente en lactantes pretérminos con una mortalidad global del 40-60% según las series, aunque puede presentarse en etapas más tardías. A continuación presentamos el caso clínico de un lactante que acudió a nuestro servicio de urgencias por vómitos.

**Caso clínico:** Lactante de 1 mes y medio que acude a urgencias por presentar desde hace 12 horas vómitos alimenticios acompañado de rechazo de las tomas y quejido. Deposiciones diarias de características normales. Antecedentes personales: Recién nacido pretérmino (31+3) de peso adecuado para su edad gestacional (1.650 g). A las 24 horas de vida presenta clínica de obstrucción intestinal por páncreas anular y membrana duodenal que obstruía la luz intestinal. Intervenida quirúrgicamente con buena evolución posterior y dada de alta a los 26 días de vida. Exploración física inicial: Buen estado general, no aspecto séptico. Abdomen ligeramente distendido y timpanizado pero blando y depresible, no doloroso a la palpación. Resto de exploración normal. Evolución: Inicialmente se realiza Rx abdomen evidenciándose asas dilatadas en intestino delgado con aire normodistribuido. Tras Rx se realiza estimulación rectal. A las 2 horas presenta brusco deterioro del estado general con distensión abdominal importante y hematoquecia, por lo que se realiza ecografía abdominal donde se aprecia neumatosis intestinal generalizada y aire en vena porta que se confirma en nueva Rx abdomen. Se realiza laparotomía exploradora urgente encontrando necrosis de todo el paquete intestinal con perforaciones múltiples y líquido intrabdominal maloliente y turbio, sin evidencia de malrotación o vólvulo. Se procede a cierre de perforaciones e ileostomía de descarga y se traslada a intensivos pediátricos para cuidados paliativos. La paciente fallece a las 22 horas del ingreso.

### Conclusiones:

- La NEC suele presentarse en las primeras semanas de vida aunque en prematuros el periodo de riesgo llega hasta la 35-36 semanas postconcepción, por lo que estos neonatos deben vigilarse aún tras alta. Nuestro caso la presentó a las 38 semanas de edad gestacional corregida.
- El método diagnóstico de elección sigue siendo la radiología convencional, aunque la ecografía abdominal es un método muy útil de apoyo, al poder detectar precozmente la neumatosis intestinal y aire en vena porta que, como se sabe, son signos de mal pronóstico.



## **HERNIA UMBILICAL INCARCERADA EN NIÑOS: COMPLICACIÓN INFRECUENTE.**

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

**Introducción:** Las hernias umbilicales son muy frecuentes en la infancia en ambos sexos, especialmente frecuentes y llamativas en la raza negra. Su evolución natural en su gran mayoría es hacia el cierre espontáneo por debajo de los cinco años y la incidencia de incarceración del intestino y/o epiplon, perforación, estrangulación, evisceración y dolor son excepcionales en su historia natural en la infancia.

**Material y métodos:** Comunicamos tres casos observados, en un lapso de tiempo escaso alrededor de dos meses, de pacientes menores de dos años portadores de hernias umbilicales conocidas y diagnosticadas, que acudieron por una tumoración umbilical fija durante horas, dolor irritable e imposibilidad de reducción de su contenido a cavidad abdominal. Tras fracaso en la reducción, previa medicación espasmolítica y sedación, fueron sometidas a tratamiento quirúrgico urgente por hernia umbilical incarcerada presentando como contenido el saco: asas del intestino delgado edematosas y hematoma en un caso.

**Resultado:** Después del tratamiento quirúrgico la evolución posterior fue favorable y sin complicaciones postoperatorias.

**Comentarios:** Frecuencia elevada de hernia umbilical y frecuencia extremadamente baja de complicaciones sin tratamiento. La incarceración y/o estrangulación es clínicamente fácil de reconocer. Tras varias horas de evolución es difícilmente reductible, incluso con medicación coadyuvante (espasmolíticos y/o sedantes). El tratamiento quirúrgico urgente es el tratamiento de elección ante la imposibilidad de reducción.



## SÍNCOPE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA INVAGINACIÓN INTESTINAL.

A. Hernández Fabián, M. Angel Arias Consuegra, R. González García, J. López Ávila, R. Páez González, E. Vázquez Peñas.

*Hospital Clínico Universitario de Salamanca*

Los síncope o pérdidas breves y transitorias de la conciencia y tono muscular tienen en la infancia, generalmente, un origen benigno. Un 20-25% de los niños sufrirán un episodio sincopal antes de terminar la adolescencia. En urgencias suponen hasta un 1% de las consultas. Como todos sabemos la causa más frecuente es el síncope neurocardiogénico, aunque es imprescindible descartar causas graves. Presentamos el caso de un varón de 10 meses, que consulta por un episodio de pérdida de conciencia, precedido de un grito y un vómito. Los días anteriores había presentado un cuadro de infección respiratoria con sibilancias por lo que estaba tomando broncodilatadores y mucolíticos. Las deposiciones habían sido líquidas, pero la última, pocas horas antes, tuvo consistencia normal. No refería otros antecedentes de interés. Cuando llega a Urgencias aún está pálido, postrado e hipotónico. Glasgow 15. FC 109. TA 99/55. Pulsioximetría 98%. Glucemia capilar normal. A la palpación abdominal profunda destaca una molestia en flanco e hipocondrio derechos, donde se localiza una masa cilíndrica. Dermatitis de área del pañal. ECG compatible con la normalidad. Se constatan en los estudios analíticos un hiperglucemia, aumento de transaminasas, leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis. Coagulación y orina normales. A los 30-45 minutos de la consulta en niño ha recuperado el estado general, juega y sonríe, las molestias y la masa abdominal han desaparecido. A pesar de ello, se decide realizar una ecografía abdominal, descubriéndose una imagen compatibles con invaginación intestinal. Se desinvagina mediante enema de bario. A las 48 horas es dado de alta sin complicaciones. La invaginación intestinal en sus primeras fases puede presentar síntomas vagales, pero es inusual el síncope. Con la exposición de este caso queremos, además de dar a conocer una forma de presentación poco frecuente de la invaginación, recordar la necesidad de realizar un esfuerzo para llegar al origen último del síncope, ya que puede ser necesaria una actuación urgente tras la evaluación-estabilización inicial.



## MEGACOLON TÓXICO Y SEPSIS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.

I. Melián Domínguez, Z. Espinel Padrón, A. Rodríguez González, A. Todorcevic, A. González Pérez, J. Molina Ramírez.

*Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.*

**Introducción:** Es una complicación potencialmente mortal de otras condiciones intestinales, caracterizado por un colon dilatado, distensión abdominal y algunas veces fiebre, dolor abdominal y shock. Se asocia a colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, amebiasis y colitis pseudomembranosa. En niños es más frecuente la enfermedad de Hirschsprung con una incidencia 1 caso/100.000.

**Caso clínico:** Lactante de 35 días procedente de Fuerteventura por citación en Consultas Externas de Cirugía Pediátrica acude al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de 6 días de evolución consistente en fiebre hasta 38,5°C, tos, rinorrea y deposiciones diarreicas fétidas. Antecedentes personales: E. Hirschsprung. Exploración: Regular estado general, palidez mucocutánea. ACP: ruidos transmitidos de vías altas. Abdomen: distensión importante con ruidos presentes. Resto normal. Traslado a UMI. Pruebas complementarias: Hemograma: Leucocitos 160.000 (Promielocito 4%, Blastos 4%, Mielocitos 10%, Metamielocitos 10%, Cayados 22%, Neutrófilos 24%, Linfocitos 6%, Monocitos 6%). Eritroblastos 20/100 leuc; morfología serie roja: anisocitosis, poiquilocitosis con moderada esquistocitosis; plaquetas 430.000, PCR 18,35 mg/dl. Bioquímica, orina y Radiografía tórax: normal. Radiografía abdomen: distribución de asas centralizadas con borramiento de planos grasos compatible con ascitis. Ecografía abdomen: Pequeña cantidad de líquido libre en espacio retrovesical y asa con abundante contenido y líquido libre interasa en pequeña cantidad así como en espacio perihepático y periesplénico. Cultivos negativos.

### Complicaciones:

1. Insuficiencia respiratoria con acidosis mixta compensada.
2. Insuficiencia renal aguda no oligúrica.
3. Trombopenia (8.000 plaquetas) y coagulopatía con sangrado.
4. Infección pericostomía y dehiscencia de herida quirúrgica.
5. Isquemia de pie izquierdo distal quedando con necrosis de la cara anterior del 1<sup>er</sup> dedo.
6. Celulitis de miembro inferior izquierdo. 7- Vómitos.

**Tratamiento:**- Diuréticos.- Antibióticos (Cefotaxima, metronidazol, fluconazol, imipenen, teicoplanina, meropenen).- Transfusiones de concentrado de hematíes, plasma y plaquetas.- Oxigenoterapia.- Heparina sódica. Fue trasladado a planta tras 21 día en UMI siendo dado de alta a la semana. Evolución: favorable.

### Conclusiones

- En un paciente con Enfermedad de Hirschsprung y diarrea pensar en megacolon tóxico.
- La negatividad de los cultivos no descarta esta patología.



## MANEJO DEL LACTANTE DE 3-24 MESES CON FIEBRE SIN FOCALIDAD (FSF): INFLUENCIA DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL CUADRO FEBRIL

A. Pérez Fernández, M. González Balenciaga, N. Trebolazabala Quirante, A. Fernández Landaluze, J. Sánchez Etxaniz, S. Mintegi Raso.

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

**Objetivo:** determinar si la duración del proceso en los lactantes de 3-24 meses con FSF influye en la toma de decisiones en Urgencias de Pediatría

**Pacientes y método:** revisión retrospectiva de los 734 episodios correspondientes a lactantes de 3-24 meses de edad que consultaron en Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces por presentar FSF entre 01-09-03 y 31-12-03. Establecimos 2 grupos de características similares (edad, sexo, antecedentes, vacunación anti-neumocócica, temperatura en Urgencias o estado general): A, lactantes con procesos de duración  $\leq$  6 horas (237, 32.3%); B, cuadros más prolongados (497, 67.7%).

**Resultados:** El grupo A fue sometido a menos pruebas complementarias (160, 67.5%, fundamentalmente, tira reactiva de orina), que el B (392, 78.9%,  $p=0.001$ ) y la estancia en Urgencias de los pacientes que no precisaron ingreso fue más corta ( $91 \pm 69$  vs  $109 \pm 69$  minutos,  $p=0.002$ ). Los diagnósticos recibidos por ambos grupos fueron diferentes (síndrome febril sin focalidad -SFSF-: A, 225, 94.9%; B, 453, 91.1%;  $p=0.05$ ). De los niños diagnosticados de SFSF, el porcentaje de pacientes que ingresaron en el Hospital (observación de Urgencias, planta o UCIP) fue del 6.2% en el grupo A y del 1.8% en el B ( $p=0.003$ ). En los pacientes con SFSF en los que se decidió un manejo ambulatorio se indicó tratamiento antibiótico domiciliario al doble de niños del grupo B que en el grupo A (2.0% vs 0.9%,  $p=0.2$ ) y la tasa de reconsulta fue similar (A=13.7%, B=13.9%,  $p=0.5$ ). Un paciente del grupo B falleció tras reconsultar por una meningitis neumocócica.

**Comentarios:** un porcentaje importante de los lactantes de 3-24 meses que consultan en Urgencias por FSF lo hacen por procesos muy poco evolucionados, siendo sometidos a menos pruebas complementarias que los lactantes con procesos prolongados. El diagnóstico sindrómico es más habitual en los pacientes con cuadros muy recortados y existe una mayor tendencia a observarlos de forma intrahospitalaria