



Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Zaragoza, 2-4 abril 2009



Posters expuestos

ACINESIA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR NEUROLÉPTICOS. A. Mora Capín, B. Huidobro Fernández, R. López López, M.C. Miguez Navarro. Sección Urgencias. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción. La patología neurológica constituye un motivo cada vez más frecuente de consulta en los servicios de Urgencias pediátricas. La complejidad de estos cuadros supone un reto diagnóstico para el pediatra, siendo imprescindibles una anamnesis cuidadosa y una minuciosa exploración física. Debemos descartar como primeras posibilidades diagnósticas las etiologías potencialmente más graves o que requieran un tratamiento específico urgente.

Caso clínico. Niña de 12 meses que acude a Urgencias por cuadro de instauración brusca, de inicio una hora antes, mientras jugaba con sus hermanos, que consiste en decaimiento y ausencia completa de movimientos espontáneos, con imposibilidad para la sedestación. Previamente asintomática. No refieren antecedente traumático, fiebre ni otra sintomatología. Inicialmente niegan ingesta de fármacos u otras sustancias. Antecedentes personales: sana, desarrollo psicomotor adecuado a su edad. En la exploración destaca una actitud distónica de la mandíbula e hipotonía global con total ausencia de movimientos espontáneos. Respuesta motora débil a estimulación táctil y dolorosa. Irritable, manteniendo buena conexión con el medio, con fijación de la mirada y seguimiento ocular. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. Reflejo tusígeno presente. Patrón respiratorio normal. ROT presentes y simétricos (vivos). Reflejo plantar flexor bilateral. Fontanela normotensa. Resto de la exploración física normal. A su llegada estabilización con oxigenoterapia, monitorización, toma de constantes (en rango normal para su edad) y canalización de vvp. Se realiza gasometría venosa urgente, COHb, hemograma, bioquímica e iones (parámetros en rango normal) y tóxicos en orina (negativos.) Se decide realización de TC craneal, precisando sedación con midazolam. Tras administración de la primera dosis de midazolam (0.1 mg/kg) inicia movimientos espontáneos de MMSS y tras una segunda dosis (0.05 mg/kg) se objetiva movilidad espontánea de MMII. Tras realización de TC craneal (normal) la familia nos informa de la posibilidad de ingesta accidental de número indeterminado de comprimidos de Ziprasidona, neuroléptico atípico entre cuyas reacciones adversas raras se incluyen la distonía y la acinesia. Contactamos con Instituto Nacional de Toxicología que nos confirma que, si bien no existe antídoto específico, se ha descrito que los efectos neurológicos pueden revertir con midazolam. Se realiza ECG donde no se objetivan alteraciones patológicas (QT corregido: 0.38"). Posteriormente recuperación progresiva completa, con movimientos espontáneos simétricos de las cuatro extremidades. Permanece durante 24 horas en observación manteniendo constantes estables y sin presentar nueva sintomatología.

Conclusiones. La acinesia es una complicación inusual de la intoxicación por neurolépticos. En nuestro caso el diagnóstico se confirmó por la evolución clínica favorable tras la administración de una benzodiacepina y el antecedente familiar. Ante un niño con un cuadro neurológico atípico, sin otra causa aparente, debemos tener presente las intoxicaciones como una posible etiología.

184 CRISIS FEBRIL EN PACIENTE CON MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA CEREBRAL. M. Prados Alvarez, V. Soto Insuga, L. Fuente Blanco, F. López González, P. Gutiérrez Díez, J.T. Ramos Amador. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción. Las Malformaciones arteriovenosas (MAV) son un conjunto de vasos anómalos en los que las conexiones entre arteria y vena se realiza de manera directa sin la intervención de una red capilar. Solo el 18% se manifiesta en edad pediátrica, principalmente en niños mayores de 10 años, debutando frecuentemente como hemorragia intracraneal

Caso clínico. Varón de dos años con primer episodio comicial, de 20 minutos de duración, consistente en desconexión del medio, hipertonía de miembro superior derecho, movimientos clónicos de miembro inferior derecho y posterior generalización con movimientos tónico-clónicos bilaterales persistentes a su llegada a la urgencia, que ceden tras la administración de Diazepam i.v. A la exploración se objetiva fiebre de 38,8°C y síntomas catarrales, parálisis derecha persistente y nistagmo horizontal izquierdo. Antecedentes personales: epistaxis de repetición, retraso psicomotor leve con datos de hemiparesia derecha en los tres meses previos.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica sanguínea, gasometría venosa, coagulación: normal. Dada la focalidad neurológica se solicita TC craneal con contraste: MAV en ganglios basales y tálamo izquierdo de 7 cm (grado V Escala de Spetzler-Martin) sin signos de sangrado.

Evolución: hemiparesia derecha leve. Sigue tratamiento con ácido valproico, con adecuado control de las crisis, presentando un único episodio asociado a infección viral con control radiológico sin cambios. Valorado por neurocirugía se desestima intervención en la actualidad y se realizan controles periódicos.

Conclusiones:

- La prevalencia de las malformaciones arteriovenosas es baja pero ocasionan una tasa de mortalidad inicial secundaria a sangrado de hasta un 25%, y anual del 1%, por lo que es fundamental el tratamiento y seguimiento posterior.
- Las crisis comiciales como primer síntoma ocurren en el 25% de los niños y son debidas a un fenómeno de isquemia secundaria a robo vascular.
- La solicitud de pruebas complementarias en la urgencia ante datos de focalidad neurológica es fundamental para el diagnóstico de estas anomalías.

DIFICULTAD RESPIRATORIA: NO SOLO BRONQUIOLITIS. J. Lorente Romero, L. González Vives, A. Romero Otero, V. Cruzado Nuevo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Fundamentos y objetivos. La dificultad respiratoria en los neonatos y lactantes es un motivo frecuente de consulta en las urgencias pediátricas. En la mayor parte de los pacientes se trata de procesos de carácter infeccioso, pero puede ser el primer síntoma de patologías graves de menor frecuencia. Se describen dos pacientes vistos en la urgencia de nuestro hospital durante el último año que acuden por dificultad respiratoria durante la época epidémica de bronquiolitis.

Observaciones clínicas. Caso 1: Lactante de 38 días sin antecedentes personales de interés que consulta por episodio de cianosis generalizada tras llanto con posterior dificultad respiratoria. A la exploración está afebril, con regular estado general, palidez cutánea y subcianosis, taquipnea y tiraje sub e intercostal. Saturación de oxigeno 80%. En la auscultación pulmonar destaca disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar izquierdo. Se realiza radiografía de tórax, donde se aprecia hiperclaridad en el hemitórax izquierdo con discreto desplazamiento mediastínico hacia el derecho. Con la sospecha diagnóstica de hernia diafragmática izquierda se realiza un TAC torácico que confirma el diagnóstico.

Caso 2: Neonato de 23 días de vida sin antecedentes perinatales de interés, que acude por dificultad respiratoria de corta evolución. En la exploración física presenta buen estado general, taquipnea con ligero bamboleo toraco-abdominal y cianosis con el llanto. En la auscultación pulmonar llama la atención una marcada disminución de la ventilación en hemitórax derecho. La radiografía de tórax pone en evidencia la presencia de hiperclaridad pulmonar izquierda bien definida a expensas del lóbulo superior, que produce un efecto "masa" con un borde inferior nítido bien delimitado. Se realiza un TAC torácico que confirma la hiperinsuflación del lóbulo superior izquierdo con desplazamiento mediastínico hacia el lado contralateral. Se objetiva vía aérea permeable sin masas mediastínicas, todo ello compatible con diagnóstico de enfisema lobar congénito.

Comentarios. La mayor parte de los cuadros de dificultad respiratoria durante el primer año de vida tienen un origen infeccioso. En nuestros pacientes la instauración clínica brusca, la ausencia de fiebre y de otra sintomatología asociada, así como la auscultación asimétrica nos hicieron plantear los diagnósticos de patologías de menor incidencia. Dado el potencial riesgo de estas
enfermedades es importante el diagnóstico precoz para su corrección quirúrgica. En el diagnóstico diferencial además de la hernia diafragmática y del enfisema lobar congénito habría que incluir otras entidades, como la malformación adenomatoide quística, el pulmón poliquistico, el quiste broncógeno, el neumatocele y el neumotórax, así como de origen otras enfermedades de
origen cardiológico, por manifestarse de forma clínica y radiológica similar. La realización de un TAC torácico con contraste es
útil para la confirmación diagnóstica.

DISFAGIA COMO SÍNTOMA DE CONSULTA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. N. Rius Gordillo, R. García Puig, A. Piza Oliveras, S. Navarro Vilarrubi, N. Magro Benito, J. Margarit Mallol. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Mutua de Terrassa.

Fundamento y objetivos. La disfagia en paciente previamente sano es motivo de consulta infrecuente en urgencias pediatricas. Existen múltiples etiologías y para plantear un diagnóstico diferencial deberemos identificar la fase de deglución afectada: oral, faríngea o esofágica. Presentamos nuestra serie durante un año (octubre 2007-octubre 2008) de pacientes que consultaron por disfagia persistente sin factor desencadenante aparente.

Observaciones clínicas. *Caso 1:* Niña 14 años, disfagia a sólidos y líquidos, al inicio de deglución, 72 horas de evolución. Palpación cervical anterior dolorosa. Analítica y Rx cervical normal; ecografia cervical adenopatías inflamatorias; fibroscopia úlcera seno piriforme derecho secundario a virus Epstein barr. Resolución tras tratamiento corticoide.

Caso 2: Niño 8 años, disfagia sólidos 2 meses de evolución. Inicio brusco, no tolera sólidos pero sí líquidos, mejoría transitoria. Antecedentes patológicos: dermatitis atópica. Perfeccionista y ansioso. Analítica y ecografía normal. Endoscopia digestiva alta: no alteraciones, biopsias esofágicas con AP normal. Resolución clínica inmediata después de la endoscopia. Diagnóstico: disfagia psicógena.

Caso 3: Niña 9 años, disfagia brusca a sólidos, 15 días evolución, sin problemas con líquidos. Perfil psicológico: problemática en la relación intrafamiliar. Analítica y Rx tórax normal. Endoscopia digestiva alta: no alteraciones, biopsias esofágicas con AP normal. Resolución posterior. Diagnóstico: disfagia psicógena.

Caso 4: Niña 12 años, sensación impactación bolo alimenticio que desaparece espontáneamente. Disfagia y pirosis de 3 meses de evolución, dieta normal. Antecedentes: Padre atopia. Analítica eosinofilia 830/mm³. Endoscopia digestiva alta: no alteraciones, biopsias esofágicas con AP: hiperplasia inflamatoria con numerosos eosinófilos (>15%). Prick test positivo para algunos alimentos, dieta exclusión sin mejoría. Prick pneumoalergenos negativo. Tratamiento empírico: omeprazol sin mejora. PHmetría normal. Tratamiento: fluticasona deglutida, mejoría evidente. Diagnóstico: esofagitis eosinofílica.

Caso 5: Niño 4 años, enfermedad mitocondrial. De forma progresiva en 2 semanas presenta dificultad de deglución en contexto de irritabilidad de 1 mes evolución y estancamiento ponderal. Phmetria: reflujo gastroesofágico severo. Estudio deglución patológico. Tratamiento: gastrostomía percutánea endoscópica y cirugía antireflujo. Diagnóstico: origen neuromuscular.

Comentarios. Para establecer un diagnóstico adecuado es imprescindible una anamnesis y exploración física detallada, incluyendo examen de boca, orofaringe y larínge (recomendamos disponer de espejo de laringoscopia indirecta en Urgencias). Proponemos un algoritmo diagnóstico con los medios disponibles habitualmente en Urgencias de Pediatría según forma de presentación y potencial gravedad.

ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE ENFERMERÍA PARA UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE NUEVA CREACIÓN. B. Antequera Beltrán, M.T. Pulido García, P.D. Briongos Díaz, M.J. González Zapico, M.I. Marmol Tardaguila, J. Adrian Gutiérrez. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Objetivo:

- Establecer los criterios organizativos de la Unidad: descripción de actividades por área, distribución física y recursos, responsabilidades por categoría (Enfermera/Auxiliar de Enfermería) y coordinación con otras Unidades o Servicios.
- Definir las funciones ligadas a los puestos.
- Determinar los métodos de trabajo: identificar actuaciones/intervenciones críticas, elaborar protocolos y procedimientos consensuados basados en la evidencia disponible.
- Elaborar un programa de formación/entrenamiento.

Material y métodos. Se ha buscado la participación y el consenso del equipo a través de grupos de trabajo para las diferentes áreas: procesos, organización y normas de funcionamiento, protocolos y procedimientos, recomendaciones al alta, funciones. Así como reuniones de información, entrega de documentación y recogida de sugerencias. Todo ello con el convencimiento de que el éxito del proyecto se basa en la cooperación y el consenso de las personas implicadas en el mismo.

Resultados. Se definieron para Enfermería:

- La organización de la unidad, la estructura, los recursos materiales y recursos humanos, los criterios de ubicación de pacientes y las normas de actuación.
- 7 Protocolos y 9 procedimientos de actuación.
- 22 Recomendaciones al alta.
- Las funciones y actividades del equipo.
- El Programa de Formación/Entrenamiento.

Conclusiones. El Manual de Organización ha sido el referente del equipo de Enfermería a la hora de la puesta en funcionamiento de la nueva Unidad de Urgencias Pediátricas. Unifica criterios de actuación. Sienta las bases para, en un futuro, poder definir el perfil del profesional, establecer un programa de formación por competencias, facilitar la acogida del nuevo personal de Enfermería y crear un proyecto común de mejora de la calidad de la atención. Todo ello con el fin de conseguir el mayor grado de satisfacción del usuario y de los profesionales.

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO. T. Ballesteros Lara, R. Martín Pérez, J.C. Salazar Quero, M.A. Pérez Parras, A. Arévalo Garrido, J. De la Cruz Moreno. Servicio de Urgencias Pediátricas. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén.

Fundamento y objetivos. La ingesta de cuerpo extraño (ICE) es un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. Cuando el cuerpo extraño se aloja en esófago la clínica se caracteriza por disfagia fundamentalmente, también puede aparecer sialorrea, odinofagia y dolor retroesternal. Son muchas y variadas las patologías que pueden presentarse con esta sintomatología. Dentro de estas las más importantes son las causas inflamatorias mereciendo especial interés la esofagitis eosinofílica (EE) como entidad poco conocida y a propósito del caso clínico que presentamos.

Observación clínica. Niño de 11 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar crisis de atragantamiento mientras comía carne de ternera. Sensación de opresión retroesternal. No sialorrea, aunque presenta episodios de expulsión en forma de vómito de contenido mucoso. Rx_de tórax y lateral de cuello: sin estenosis ni imagen de cuerpo extraño. Hemograma: eosinofilia periférica. Endoscopia digestiva alta: bolo de carne a nivel de 1/3 distal esofágico que se extrae. Se aprecian regueros de mucosa eritematosa finamente fibrilada desde tercio medio esofágico a cardias con traquealización del esófago. Se toma biopsia a nivel 1/3 distal y medio esofágico.

El paciente pasó a control en la consulta de Digestivo Infantil donde se recibió el resultado de la biopsia con un infiltrado eosinófilo intraepitelial (>20 eos/campo), por lo que es diagnosticado de esofagitis eosinofilica, iniciando tratamiento con fluticasona deglutida, omeprazol y montelukast

Comentarios.

- 1. La radiografía es poco útil para el diagnóstico de los cuerpos extraños radiolúcidos, por lo que ante un paciente que presente una clínica sugerente se debe de realizar una endoscopia alta lo antes posible (preferiblemente antes de las 12 h de la ingesta).
- 2. La EE es una patología que debemos de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de ICEE, ya que una de sus formas de presentación más frecuentes es la impactación de alimentos a nivel esofágico
- 3. Es importante la toma de biopsia a nivel esofágico que nos ayude en el diagnóstico diferencial de la posible patología de base.

ESTENOSIS POSTENTEROCOLITIS NECROTIZANTE E INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL. M.T. Cuesta Rubio, M.P. Antón Martín, M.F. López González, E.A. Criado Vega, M.P. Gutiérrez Díez, J.T. Ramos Amador. *Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

Fundamento y objetivos. La enterocolitis necrotizante (NEC) es un proceso gastrointestinal agudo que afecta fundamentalmente a prematuros. Entre sus complicaciones se encuentran la perforación, las estenosis, la recurrencia y las derivadas de una posible cirugía.

El objetivo de este caso clínico es valorar la importancia de la anamnesis y los antecedentes personales en la presentación de nueva sintomatología clínica en un paciente.

Observaciones clínicas. Lactante de 2 meses, nacida a término de bajo peso para la edad gestacional con antecedente de NEC en el período neonatal que no precisó cirugía. Acude a urgencias por síntomas catarrales de una semana de evolución y fiebre en las últimas horas. Tras observación se decide alta con paracetamol si fiebre. Cuarenta y ocho horas más tarde acuden de nuevo por persistencia de la sintomatología, junto con vómitos, de contenido hemático en las dos últimas ocasiones. A la exploración presenta regular estado general y llama la atención una marcada distensión abdominal que no impresiona de dolor a la palpación. Durante su estancia en la urgencia presenta tres vómitos hemáticos, por lo que se pauta sonda nasogástrica abierta a bolsa, ranitidina y fluidoterapia intravenosa. En las pruebas complementarias se objetiva leucocitosis con desviación izquierda, elevación de los reactantes de fase aguda y transaminasas y coagulopatía leve. En la radiografía de abdomen se observan imágenes compatibles con cuadro obstructivo intestinal, en probable relación con su patología previa. En espera de los resultados analíticos la paciente presenta un pico febril por lo que se pautan 40 mg de paracetamol, momento en el que los padres refieren haber estado administrando dosis de 400 mg desde su primera visita a urgencias. Se determinan niveles de paracetamol en plasma encontrándose en rango tóxico según el normograma de Rumack-Matthew e iniciando tratamiento con N-acetil-cisteína. Se contacta con el Hospital Universitario 12 de Octubre, por los diagnósticos de fallo hepático por intoxicación con paracetamol y obstrucción intestinal, donde se realiza laparoscopia, confirmándose el diagnóstico, con evolución posterior favorable de ambos procesos.

Comentarios. Nuestra paciente presentó una estenosis cólica dos meses después de su NEC coincidiendo con síntomas derivados de una intoxicación accidental por paracetamol, que no se sospechó inicialmente. Es de destacar la importancia de realizar una correcta anamnesis, ya que en ocasiones se solapan cuadros clínicos que podrían pasar desapercibidos.

190 EXANTEMA TRAS PICADURA DE GARRAPATA. A.L. Chindemi, I. Manrique Martínez. Instituto Valenciano de Pediatría.

Fundamentos y objetivos. Las enfermedades transmitidas por garrapatas comprenden un amplio espectro de enfermedades de distribución universal, entre las que se encuentran las rickettsiosis. En los últimos años se ha observado una nueva enfermedad causada por una *rickettsia* del grupo de las fiebres manchadas, la *R. slovaca*, describiéndose casos en varios países, incluso España.

Observaciones clínicas. Niño de 12 años que refiere mialgias, astenia y cefalea de 6 días de evolución. Presenta una lesión costrosa con eritema perilesional en región occipital y parietal derecha con adenopatías dolorosas occipitales y algunas en cadenas cervicales posteriores. Afebril. Antecedente epidemiológico: visita a pinar de Garavalla (Cuenca) 5 días antes de comenzar con los síntomas (mes de octubre), y hallazgo de una garrapata que fue extraída en forma traumática, 2 días después de la exposición. Se identifica el insecto como del género Dermacentor, vector habitual de *Ricettsia slovaca*, y comienza tratamiento con Azitromicina x 5 días, por sospecha de TIBOLA (Tick Borne Linphadenopathy) producido por *R. slovaca*. Tras 16 días de la picadura comienza con exantema en rodillas, que luego se extiende por miembros inferiores. Asocia gonalgia bilateral (sin derrame en la Ecografía), persiste afebril, y asténico. El exantema al comienzo se presenta indurado y doloroso en ambas regiones pretibiales y patelares. A la semana se observan pequeños nódulos eritemato-violáceos, de aproximadamente 1 cm de diámetro. No existe compromiso de tronco o miembros superiores. Analítica: Leucocitos 4500 (41% Neutrófilos / 46% Linfocitos / 11. 4% Monocitos) Plaquetas 169.000. GOT 28 / GPT 17. PCR 0.6.

Comienza tratamiento con Doxiciclina 100 mg/12 h (que mantiene durante 2 semanas). En la serología de control a los 15 días destaca una serología para *R. conorii* (+) débil (1/40), que es negativa al mes de la picadura. Serologías IgM/IgG *R. moserii*, *Borrelia*, *Erlichia* y Anaplasma: (-), IgM 1/32 IgG 1/64 *R. slovaca*. A los 15 días del tratamiento con Doxiciclina desaparece el exantema de MMII, la astenia y las artralgias. El paciente se mantiene asintomático

Comentario. Aunque no está descrito en la literatura el exantema asociado a la infección por *R. slovaca*, se sospecha este único diagnóstico por la serología compatible, características de la escara, linfadenopatías asociadas, identificación del vector y transmisión invernal. Descartándose la fiebre botonosa mediterránea por las características del exantema (sólo miembros inferiores sin compromiso acral), ausencia de fiebre y serología negativa para *R. conorii*.

HEMATOMA EPIDURAL ESPONTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO. A. Nimo Román, Y. Nóvoa Medina, S. Todorcevic, M. Jiménez. *Hospital Materno Infantil Universitario de Gran Canaria*.

Fundamento y objetivos. El hematoma epidural (HE) consiste en una colección de sangre localizada entre el periostio craneal y la duramadre. Generalmente ocurre tras traumatismo craneoencefálico (TCE) sin embargo, menos del 1% de éstos, tendrán hematoma epidural. La mayoría de los HE son parietales o temporales.

El HE agudo espontáneo no-traumático es raro y es posible con la presencia concomitante de enfermedad infecciosa. Puede también ocurrir debido a malformaciones vasculares durales, coagulopatías como el Lupus Sistémico, tumores hemorrágicos, tras cirugía cardiaca abierta y hemodiálisis.

Observaciones clínicas. MC: Paciente mujer de 13 años que acude al Servicio de Urgencias de Pediatría por cuadro de cefalea bitemporal y rinorrea de aproximadamente una semana de evolución. Se acompaña de fiebre hasta 39°C, 3 vómitos alimenticios y tos leve en las últimas 36 horas.

AP: Sin interés. No antecedentes de traumatismos previos. Por dicho cuadro respiratorio fue tratada con antibióticos.

EF: BEG, NH, NC, activa, eupneica, consciente, orientada, colaboradora. FC: 94 lpm. FR: 25 rpm. TA: 130/68. Sat O₂: 98%. ACP: Ruidos cardiacos rítmicos. Buena ventilación bilateral, con roncus de predominio basal derecho. Sin crepitantes ni distrés respiratorio. NRL: PICNR. Glasgow 15/15. Exploración neurológica dentro de la normalidad, sin signos de focalidad. Se decide su ingreso en el servicio de Urgencias por cefalea intensa para observación y analgesia i.v.

PC:

- Hemograma: normal. (19.000 leucocitos. 84% N, 6% L, 9% M). Serie roja y plaquetaria normales.
- Bioquímica sanguínea normal.
- Rx tórax: sin hallazgos de significado patológico.

Dado que la cefalea persiste y se hace progresivamente más acusada y localizada en parietal derecho y realiza 3-4 vómitos, se realiza un TAC craneal. TAC craneal: Hematoma fronto-parietal derecho que desplaza línea media por efecto masa y podría ocultar una tumoración a ese nivel.

Dx: Hematoma epidural fronto-parietal derecho.

Tratamiento: Evacuación del hematoma por craneotomía.

Otras PC preoperatorias: Pruebas de coagulación: normales.

Se le realizó RMN arterial y venosa, y en la primera se puedo observar una malformación arterial con circulación colateral de la arteria carótida derecha. Actualmente sigue en revisión y controles de RMN por Neurocirugía.

Comentarios. El HE es característico tras traumatismos craneales, incluso tras los aparentemente banales. Su identificación y evacuación quirúrgica precoz es crucial puesto que de ello depende la vida del paciente. Se dividen en agudos, subagudos y crónicos según su tiempo de evolución. La mayor parte de ellos son agudos y son candidatos a tratamiento quirúrgico.

Hasta el 60% no presentan pérdida de conciencia inicial. Este tipo de hematoma es más frecuente en adultos jóvenes y puede desarrollarse en ausencia de fractura de cráneo.

En cuanto al pronóstico, la mortalidad se encontraba entre 20-55% en serie antiguas, sin embargo con diagnóstico y tratamiento precoz se ha llegado a reducir hasta un 5-10%. Por todo lo anterior, aunque pueda ser difícil de diagnosticar dado el intervalo lúcido asintomático variable que suelen presentar, debemos pensar en un HE en un Servicio de Urgencias ante una cefalea intensa que no cede con analgesia, que interrumpe el sueño o aparecen signos clínicos de hipertensión intracraneal.

HEMORRAGIA VAGINAL POR RABDOMIOSARCOMA BOTRIOIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO. M. Soria López, M.T. Fernádez Soria, C. Tomé Nestal, R. Martín Molina, R. Mata Fernández. Hospital Universitario Fundacion de Alcorcón. Madrid.

Fundamentos y objetivos. El sangrado genital en lactantes es un motivo de consulta que produce gran ansiedad a los padres. Las causas posibles son múltiples (locales o extragenitales).

Observaciones clínicas. Lactante de 6 meses de edad sana, que acude al Servicio de Urgencias por el hallazgo casual de una mancha en el pañal que la madre identifica como sangre. En la exploración se comprueba el origen genital del sangrado y se objetiva leve eritema vulvar. Se descarta la presencia de cuerpo extraño y flujo anómalo. No hay sangrado en otras localizaciones. No presenta ningún signo puberal. El resto de la exploración es normal. Se solicitan analítica sanguínea y de orina, urocultivo, frotis vaginal y valoración por ginecología. Durante la espera de resultados, expulsa por vía vaginal, un fragmento de 4 cm de color amarillo-grisáceo y consistencia elástica que se envía a Anatomía Patológica. Con el diagnóstico de Rabdomiosarcoma Embrionario Botrioide Vaginal se deriva a Servicio de Oncología Pediátrica de referencia para el estudio de extensión y tratamiento definitivo según su protocolo.

Comentarios. El origen del sangrado genital puede ser: 1) vulvar o vaginal (infeccioso o inflamatorio, traumatico, prolapso, tumoral); 2) endometrial (sangrado fisiologico del recién nacido, menarquia precoz aislada) o 3) sistémico (coagulopatias). La anamnesis detallada y la exploración física exhaustiva permiten llegar o al menos orientar el diagnóstico en la mayoria de los casos. Una exploración de gran ayuda en los casos menos claros es la vaginoscopia bajo sedación.

El rabdomiosarcoma es el tumor maligno de partes blandas más frecuente en la edad pediátrica. La localización vaginal o vulvar aislada es infrecuente. Se presenta como hemorragia vaginal, masa abdominal o tumoración visible en el introito vaginal. Desde la histología se diferencian tres tipos con pronósticos muy diferentes. El rabdomiosarcoma botrioides es un subtipo del embrionario y su hallazgo histopatológico distintivo es la "capa de cambium de Nicholson". El diagnóstico definitivo requiere confirmación anatomopatológica. El tratamiento incluye la cirugía, quimioterapia y radioterapia.

En conclusión, ante un sangrado es importante comprobar inicialmente el origen del mismo. Los tumores presentan una frecuencia baja, pero es la etiología mas grave, por lo que debemos pensar en ellos. En nuestro caso fue providencial la emisión de fragmento tumoral, pero nos gustaría insistir en la importancia de la exploración genital exhaustiva y la necesidad de vaginoscopia (sedación) en aquellos casos en los que no se identifique claramente el motivo de la hemorragia.

INTOXICACIÓN POR ANÍS ESTRELLADO: A PROPÓSITO DE UN NUEVO CASO. L. García Hidalgo, L. Martín de la Rosa, A. Cordón Martínez, I. Durán Hidalgo, J. Cano España, C. Calvo Macías. *H.R.U. Carlos Haya. Málaga.*

Introducción. El anís estrellado (*Illicium verum*) en infusión, ha sido durante mucho tiempo utilizado en el tratamiento de cólicos y molestias digestivas del lactante. En Octubre de 2001 tras detectarse varios casos de intoxicaciones graves relacionadas con su consumo, todos los productos que lo contenían fueron retirados del mercado por el Ministerio de Sanidad. La manifestaciones clínicas típicas relacionadas con su intoxicación son fundamentalmente de tipo neurológico (irritabilidad, nistagmus, convulsiones, depresión respiratoria e incluso coma y muerte) cardiológicas y gastrointestinales.

Caso clínico. Lactante de 2 meses y 5 días que acude a urgencias trasladado en ambulancia por presentar estando previamente bien, un episodio de hipotonía generalizada, cianosis peribucal y desviación conjugada de la mirada hacia abajo. Irritabilidad marcada en las últimas 24 horas. Vómitos desde hacia 4-5 días que iban en aumento. Antecedentes personales: RNAT 3.750 gramos. Lactancia artificial. Vacunas correctas. Cólico del lactante en tratamiento desde hace 3 días con Fórmula de Marfan sin Belladona (agua destilada, luminal, carbonato sódico, esencia de anís y jarabe simple) y desde hace 3 semanas toma diariamente infusión de anís estrellado (preparada con 7-8 frutos en 150 cc de agua). En las últimas 24 horas le han dado 600 cc de la infusión. Exploración: Estado general conservado. Marcada irritabilidad. Taquicardia: 200 lpm. Movimientos oculares erráticos. Estrabismo convergente con desviación conjugada de la mirada hacia abajo. Fontanela NT. Restos sin hallazgos significativos. Pruebas complementarias: Hemograma: trombocitosis. Glucosa, urea, creatinina e iones normales. Gasometría: Acidosis metabólica compensada (Ph: 7.41, PCO₂: 26.6, HCO₃ 16.5). Drogas abuso en orina positiva a Barbitúricos. GOT 35 U/L. GPT 53 U/L. GGT 41 U/L. Amonio y láctico normales. Evolución: se ingresa en observación con perfusión de midazolam. Tras 12 horas persiste la clínica por lo que se decide ingreso en planta. En las siguientes 72 horas, mejoría progresiva de los síntomas neurológicos. Se realiza ecografía craneal sin alteraciones, EEG discreta disminución de la amplitud de la actividad de base y EKG y ecocardiograma normales. No otras incidencias destacables. Al alta se encuentra asintomático.

Comentarios:

- 1. Tener en cuenta que pese a la retirada oficial de productos que contienen anís estrellado, continua comercializándose en herboristerías y utilizándose en la cultura popular para tratar el cólico del lactante de forma no controlada.
- 2. Ante lactantes con clínica neurológica sin etiología clara, aún más si se acompaña de manifestaciones gastrointestinales, es fundamental hacer hincapié durante la entrevista clínica en el consumo de este tipo de productos ya que no son considerados medicamentos.

194 INTOXICACIÓN POR ANÍS ESTRELLADO EN LACTANTES. A. Aldemira Liz, C. Baltasar Navas, M. Fernández Elías, P. Olbrich, Y.M. Castillo Reguera, M.T. Alonso Salas, Hospital Infantil. H.U. Virgen del Rocio. Sevilla.

Fundamentos y objetivos. El anís estrellado (*Illicium verum*) se utiliza como infusión en el tratamiento del cólico del lactante. Esta sustancia se considera segura y eficaz en la dosificación correcta, pero en mayores concentraciones puede causar sintomatología neurológica y digestiva. También se han detectado preparaciones de anís estrellado contaminadas con otras especies de anís, en especial con el *Illicium anisatum* o badiana de Japón, que resulta muy tóxico con independencia de la dosis, causando síntomas gastrointestinales, neurotoxicidad, cardiotoxicidad e, incluso, coma. No existe un tratamiento específico ante estos cuadros, salvo medidas sintomáticas y de soporte. Presentamos los casos clínicos de dos lactantes que acudieron a nuestro servicio en el último año con clínica neurológica asociada al consumo previo de anís estrellado.

Observaciones clínicas. Caso clínico1: Lactante de 37 días de vida, previamente sano, que acude a urgencias por un cuadro brusco de hipertonía generalizada, movimientos de los 4 miembros, temblores generalizados, movimientos bucales, piel reticulada y llanto inconsolable. En la anamnesis únicamente destacaba el consumo de Eupeptina® e infusiones de anís estrellado en días previos, aumentando la dosis de éste en la última toma. Tras tratamiento sintomático con oxigenoterapia, diazepam rectal y midazolam iv, evolución favorable sin presentar nuevas crisis, siendo alta en 24 horas.

Caso clínico 2: Lactante de 34 días de vida, con antecedentes de prematuridad y bajo peso, que presenta episodio súbito de hipertonía y revulsión ocular de escasos segundos de duración, sin pérdida de conciencia ni periodo postcrítico, coincidiendo con la toma de anís estrellado. Síntomas catarrales y febrícula en días previos. Tras la realización de pruebas complementarias (hemograma, bioquímica y análisis de líquido cefalorraquídeo), sin hallazgos patológicos, y permanecer asintomática durante 24 horas, se decide el alta.

Comentarios. Desde 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha indicado la retirada de todos los productos que contengan anís estrellado. A pesar de ello, todavía se siguen registrando intoxicaciones por dicho producto en nuestro país. Por ello, creemos importante para los profesionales sanitarios la consideración de esta etiología ante cuadros neurológicos y digestivos en neonatos y lactantes.

195 INTOXICACIÓN POR PLANTAS. LA CORIARIA MYRTIFOLIA. G. Estopiñá Ferrer, S. Piñol Romero, S. Rodríguez Alzina, M. Fernández Mateo, E. Codina Sampera, E. Cañadell Yetano. Servicio Urgencias Pediatría. CST. Hospital de Terrassa.

Fundamento y objetivos. Las intoxicaciones en pediatría representan aproximadamente el 0.3% de las visitas en urgencias pediátricas. Dentro de éstas, los fármacos, con un 54% y los productos del hogar con cerca del 30%, son las intoxicaciones más frecuentes. La ingesta de plantas supone un bajo porcentaje, pero a pesar de ello, el conocimiento de los efectos de algunos vegetales, ayudaran a predecir los síntomas que presentaran nuestros pacientes al ingerirlos.

Observaciones clínicas. Se presenta el caso de una niña de 11 años, que llega al servicio de urgencias remitida desde el centro de salud, por vómitos y dolor abdominal, tras ingerir múltiples frutos semejantes a moras, encontrados en una zona de arbustos. El pediatra sospechó que fueran frutos de *Coriaria myrtifolia* (llamada vulgarmente emborrachacabras o Roldón), por lo que se deriva al hospital en ambulancia a pesar de estar asintomática en aquel momento. A la llegada, realiza convulsión tónico-clónica de pocos minutos de duración y resolución espontánea. Recuperación completa posterior que permite interrogar a la paciente y confirmar la sospecha. Tras realizar lavado gástrico y administración de carbón activado, presenta un segundo episodio de convulsión tónico-clónica que requiere administración de Diazepam endovenoso. Ante el diagnóstico de intoxicación por *Coriaria myrtifolia* con riesgo de complicaciones posteriores, se deriva a Hospital de tercer nivel dónde se mantiene asintomática y puede ser dada de alta en las 12 horas posteriores.

Comentarios. La *Coriaria myrtifolia* se encuentra dentro de la península Ibérica, en la franja próxima al mediterraneo, concretamente en la cercanía de cursos de agua, como riberas de ríos, ramblas y acequias. Los síntomas de la intoxicación por este arbusto aparecen entre 15 y 30 minutos tras la ingestión. La clínica se dividirá principalmente en digestiva con náuseas y vómitos y neurológica con cefalea, vértigos, convulsiones, alteración de conciencia, hipertonía aguda y coma. La muerte puede producir-se por parada cardiorespiratoria. Se recomienda realizar descontaminación digestiva y tratamiento sintomático.

196 INTOXICACIÓN POR VITAMINA D: IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS. S. Moya Villanueva, T. Gili Bigatà, V. Aldecoa Bilbao, D. Bartolí, F.J. Travería Casanova, L. Batalla Fadó. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell.

Fundamento y objetivos. Las intoxicaciones no siempre son fáciles de reconocer, especialmente cuando son producidas por sustancias que los padres no consideran fármacos. Ante un niño con sintomatología inespecífica no justificada por otra causa, debemos tener siempre presente la intoxicación.

La ingesta excesiva de vitamina D (máxima ingesta tolerada en niños 1.000 UI/día y en adultos 2.000 UI/día) produce hipercalcemia. La hipercalcemia se puede manifestar con síntomas gastrointestinales y neurológicos, los cristales de fosfato cálcico pueden precipitar en tejidos blandos y vasos sanguíneos (provocando hipertensión arterial) y en los casos más graves puede llevar al coma o a la parada cardíaca.

Observaciones clínicas. Niño de 4 años originario de Ecuador (reside en España desde hace 20 días) y sin antecedentes de interés que consulta por vómitos, ausencia de deposiciones, dolor abdominal y decaimiento en los últimos 4 días. En la exploración física destaca palidez cutánea, bradicardia (60 lpm) y abdomen doloroso a la palpación. Se realiza analítica sanguínea (hemograma, función renal, sodio, potasio y transaminasas) con resultado dentro de la normalidad. Ingresa con sueroterapia endovenosa. Ante la persistencia de letargia y vómitos a las 24 horas de ingreso se repite analítica sanguínea que evidencia hipercalcemia grave (calcio total 20 mg/dL, calcio iónico 9 mg/dL) y se realiza TC craneal que es normal. Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para monitorización y tratamiento iniciándose hiperhidratación, furosemida, corticoides y calcitonina. Precisa ventilación mecánica durante 2 días por pausas respiratorias. El ECG presenta acortamiento del intervalo QTc (característico de hipercalcemia). A las 24 horas de ingresar en UCIP se administra pamidronato ante la persistencia de la clínica y una calcemia total de 15.6 mg/dL y calcio iónico 8.5 mg/dL. Se realiza estudio de hipercalcemia que muestra niveles bajos de parathormona (7 pg/mL) con niveles elevados de vitamina D (1,25-vitamina D 138 pg/mL, 25-vitamina D 1769 ng/mL). Tras reinterrogar repetidamente a la familia, al cuarto día de ingreso la madre refiere que desde hace un mes está tomando un suplemento de vitamina D: 1-2 ampollas de Raquiferol® a la semana (1 ampolla = 600.000 UI ergocalciferol). Presenta buena evolución normalizándose la calcemia al 5º día de iniciar el tratamiento y con una disminución progesiva de los niveles de vitamina D. Se da de alta el 12º día de ingreso y se cita a control en endocrinología.

Comentarios:

- Ante una sintomatología inespecífica (especialmente con vómitos, alteración de la conciencia o acidosis metabólica) sin otra enfermedad que la justifique, debemos sospechar una intoxicación. Es importante insistir en la anamnesis.
- El Raquiferol® es un suplemento de vitamina D₂ (ergocalciferol) de uso extendido en los países latinoamericanos. Se puede conseguir fácilmente sin receta médica. Debemos insistir a los padres en que los suplementos vitamínicos no están recomendados, salvo indicación médica.
- La intoxicación por vitamina D puede ocurrir como resultado de un error en la dosificación. Es importante alertar a los padres sobre las peligrosas consecuencias de dicha intoxicación.

197 INTOXICACIONES POR MONÓXIDO DE CARBONO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO. B. Chapí Peña, S. Congost Marín, M.P. Sanz de Miguel, A. de Arriba Muñoz, M.V. Velasco Manrique, Y. Aliaga Mazas. Hospital Miguel Servet. Servicio de Urgencias de Pediatría. Zaragoza.

Introducción. La intoxicación por monóxido de carbono (CO) se produce por combustión incompleta de hidrocarburos. La toxicidad del CO se debe a hipoxia celular y a isquemia. Puede llegar, en casos graves, a producir coma, disnea, isquemia cardíaca y rabdomiolisis; y es agente de intoxicaciones fatales en pediatría.

Objetivos. Descripción de las características epidemiológicas y clínicas de una serie de niños que acuden al servicio de Urgencias de un hospital por intoxicación aguda por CO.

Material y métodos. Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes que consultan en urgencias de pediatría de un hospital terciario por intoxicación aguda por CO en el año 2008.

Resultados. El total de intoxicaciones registradas fueron 5 (2 niñas y 3 niños), de 3 a 12 años de edad (media: 7 años). Todas ellas se produjeron en meses fríos, 3 en contexto de mala combustión de estufas y 2 en contexto de inhalación de humo en incendio. 4 de los 5 casos pertenecían a grupos económicamente más desfavorecidos (2 inmigrantes sudamericanos y 2 de etnia gitana). Con respecto a la llegada a Urgencias, todos lo hicieron en la primera hora tras la intoxicación y cuatro acudieron mediante ambulancia. En cuanto a la clínica y tratamiento, no mostraron sintomatología 2 casos, mientras que 3 presentaron alteraciones neurológicas menores (sensación de inestabilidad y cefalea leve). La primera determinación de carboxihemoglobina (COHb) se realizó en menos de una hora tras la exposición tóxica en los 5, presentando niveles elevados (mayores del 2%) en 4 casos, de 1,2 a 15,8%. Otras pruebas complementarias se realizaron en 4 pacientes (equilibrio ácido-base, normal en todos, y ECG en 2, resultando normal). En todos los casos se administró oxígeno al 100% en mascarilla. Se mantuvieron en observación de 8 a 12 horas. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

Conclusiones. La intoxicación por CO no supone un motivo de consulta frecuente en nuestro medio, si bien precisa casi siempre de una actuación en urgencias, que incluye la realización de pruebas complementarias, tratamiento antidótico y observación durante unas horas en hospital. Aunque tiene una evolución benigna en la mayoría de las ocasiones, no debemos olvidar que es agente de fallecimientos por intoxicación, según consta en el Registro Nacional de Intoxicaciones Pediátrico. En casos graves de intoxicaciones por humo se puede administrar hidroxicobalamina, antídoto del ácido cianhídrico producido en la combustión, del que recientemente disponemos en nuestro botiquín del hospital, pero que aún no ha sido preciso utilizar.

LACTANTE CON MARCHA INESTABLE: ¿APRENDIENDO A CAMINAR O ENFERMEDAD OCULTA? M. Terrasa Nebot, A.M. Correas Sánchez, N. Ramírez Sánchez, M. Lillo Lillo, M. Bengoa Caamaño, LL. González Castillo. *Hospital General Universitario de Albacete*.

Introducción. Las características del desarrollo durante la infancia pueden llegar a dificultar el diagnóstico de enfermedades importantes, al enmascarar síntomas que en otras épocas de la vida resultan muy significativos. Se presenta el caso clínico de un lactante de 19 meses con marcha inestable.

Caso clínico. Lactante varón de 19 meses de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta inestabilidad en la marcha de tres meses y medio de evolución, tras caída casual desde su propia altura con traumatismo occipital. Desde el principio del cuadro presentó ataxia, enmascarada por el inicio de la deambulación del lactante. Tras el traumatismo se apreció tortícolis, con ecografía cervical sin alteraciones y mejoría tras un mes y medio de rehabilitación. Los padres refieren caídas frecuentes en los 15 días previos a su ingreso. Lenguaje normal. No cambios del comportamiento. No clínica sistémica. *Exploración física*: peso 11 kg (p25), longitud 81 cm (p50), PC 51 cm (p90). Neurológico: reactivo y vital, Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y normorreactivas, fuerza, tono y reflejos normales. Sedestación discretamente inestable, marcha con aumento de la base de sustentación. No otros hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: hemograma, coagulación y bioquímica normales. RMN cerebral: tumoración de 44x44x41 cm en fosa posterior con zonas quísticas en su interior, con efecto masa sobre troncoencéfalo y dilatación de III y IV ventrículo. Diagnóstico: tumor de fosa posterior.

Comentarios:

- 1. Teniendo en cuenta el antecedente de traumatismo craneoencefálico, la presencia de un signo de focalidad neurológica obliga a completar la evaluación diagnóstica incluyendo pruebas de neuroimagen.
- 2. Se deben considerar los tumores de fosa posterior en el diagnóstico diferencial de las tortícolis adquiridas.
- 3. En ocasiones, los antecedentes del paciente y las particularidades fisiológicas propias de la edad, pueden confundir en el diagnóstico diferencial.
- 4. Uno de los retos de la asistencia en el servicio de urgencias se basa en discernir la patología banal de la trascendente.

LACTANTE CON PÚRPURA Y EDEMAS: A PROPÓSITO DE UN CASO. G Sierra Colomina, R. Calderón Checa, L. Portero Delgado, A.J. Pérez Díaz, M. González Tomé, D. Blázquez Gamero. *Unidad de Urgencias de Pediatría. H.U. Doce de Octubre. Madrid.*

Fundamento y objetivo. El edema hemorrágico del lactante es una forma benigna de vasculitis leucocitoclástica. Aparece en niños menores de dos años y cursa habitualmente con lesiones purpúricas, junto a fiebre y edemas. Esta forma de presentación genera frecuentemente alarma en los servicios de urgencias, realizándose ingresos y pruebas complementarias que resultan innecesarios dada su evolución autolimitada.

Observación clínica. Presentamos el caso de un niño de 14 meses que acude a urgencias por un cuadro de inflamación articular y dolor intenso de rodilla y tobillo izquierdos, con lesiones purpúricas en brazo izquierdo, pabellones auriculares y febrícula. En la exploración física destaca el buen estado general del paciente y una temperatura axilar de 37,8°C, sin otras alteraciones. En la analítica realizada presenta una hemoglobina de 12,7 g/dl, 20.900 leucocitos/µl, con 53,8% de neutrófilos y 37% de linfocitos. Plaquetas 496.000/µl. La proteína C reactiva fue de 2,33 mg/dl y la actividad de protrombina del 119%. INR de 0,88. Se realiza ecografía de las articulaciones afectas que solo revela edema del tejido celular subcutáneo sin presencia de líquido intraarticular. Durante su hospitalización se observan hemorragias conjuntivales y aparecen nuevas lesiones purpúricas con progresión de las previas. La evolución clínica es buena con desaparición progresiva de las lesiones purpúricas y de las tumefacciones articulares. La resolución completa se produce a los 19 dias desde el inicio del cuadro. Las serologías para *Mycoplasma pneumoniae*, Parvovirus B19, Virus de Ebstein-Barr y Citomegalovirus fueron negativas y el hemocultivo estéril.

Comentarios. La presencia de lesiones purpúricas, inflamaciones articulares y febrícula o fiebre moderada en un lactante con buen estado general y con un control analítico normal, nos debe hace sospechar esta patología que no precisa otras pruebas complementarias y sólo requiere tratamiento sintomático.

MASA CERVICAL CON ESFUERZO. A. Jiménez Moya, C.J. Lojo Lavis, J. Guerrero Vazquez, P. Martín-Mora Bermúdez, I. Amorós Rodríguez. Servicio Pediatría. Hosp. Punta de Europa. Algeciras, Cádiz.

Fundamento y objetivo. Presentamos un caso clínico visto en nuestro hospital, infrecuente y poco conocido por los pediatras que atienden las urgencias.

Observación clínica. Varón de 4 años de edad que acude a urgencias de nuestro hospital porque presenta tumoración cervical derecha, en relación con el llanto o el grito. No se asocia a ninguna otra sintomatología ni se aportan antecedentes de interés, salvo que esto mismo le ocurre ocasionalmente desde hace aproximadamente 2 meses. A la exploración física encontramos un niño con una evaluación inicial (triangulo de evaluación pediátrica) que impresiona de normalidad; pero al acercarnos a él, se pone nervioso y comienza a llorar, apareciendo una masa a nivel cervical derecho, que fluctua en tamaño con las respiraciones y sollozos. Las posibilidades diagnosticas que nos planteamos son: masas tumorales del área cervical (adenitis, quistes embriológicos, neoplasias, lifangiectasias, anguiomas, etc.) vs formaciones cervicales relacionadas con el esfuerzo (faringocele, laringocele. Divertículo laringeo externo, tumores y quistes del mediastino superior, higroma quístico conextensión al mediastino superior, hernia pulmonar cervical, flebectasia yugular). Se solicitan una serie de exámenes complementarios: hemograma, bioquímica sérica, función tiroidea, radiografía simple de cuello y radiografía simple de tórax: todas normales. Se solicita ecografía eco doppler cervical en reposo y valsalva, resultando diagnóstica: *flebectasia de la vena yugular interna derecha*.

Comentarios. La flebectasia de la vena yugular interna derecha es más frecuente en el varón (de 1.3:1 a 2:1 respecto a la mujer en diversas series), más frecuente en el lado derecho (hasta 5.2:1 respecto al izquierdo). Bilateralidad: 3.7-9.7%. Propia del niño y el adolescente (el 72.7% en <15 años aunque se han descrito en adultos edad avanzada). Generalmente es asintomática, aunque ocasionalmente se han descrito síntomas tales como: Tinnitus pulsátil (tangencial al pabellón auricular), zumbidos por turbulencias en el segmento dilatado, disfonía o afonía por compresión del Nervio laríngeo recurrente, disconfort con la deglución, la tos o el ejercicio, y dolor en la base de la lengua. En ocasiones presenta complicaciones, tales como: Síndrome de HORNER, trombosis, flebitis, hemorragia post-traumática. Nunca se han descrito tromboembolismo o hemorragias espontáneas. El tratamiento es conservador, basado en la evolución espontánea a la curación o quirúrgico en las formas sintomáticas o complicadas o por razones estéticas. La Flebectasia yugular en una enfermedad infrecuente pero sobre todo poco conocida hasta el punto que: el 96% de los pediatras (n 73), el 37% de los ORL (n 22) y el 40% de los cirujanos pediátricos (n 15) consultados, desconocían su existencia según una reciente encuesta (Sander S, Eliçevik M, Ünal M, Vural Ö. Jugular phlebectasia in children. Is it rare or ignored? J Pediatr Surg 1999;34:1829-32). La "rareza" de ésta patología hay que atribuirla no solo a su desconocimiento, también a la tendencia a publicar solo los resultados quirúrgicos cuando son intervenidos y a la amplia sinonimia utilizada para describirla: aneurisma venoso, pseudoaneurisma venoso, quiste venoso congénito, venoma, ectasia venosa, venectasia, flebectasia yugular (la más aceptada).

MASA CERVICAL PÉTREA: ¿SIEMPRE PENSAR EN MALIGNIDAD? L. Alcántara Canabal, A. Sariego Jamardo, S. Suárez Saavedra, G. Anes González, M. García González, J. Mayordomo Colunga. *Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Fundamento y objetivos. La presencia de masas cervicales es un motivo frecuente de consulta en la edad pediátrica. La mayoría de los casos tienen un origen infeccioso, aunque no se deben olvidar las causas traumáticas, congénitas y tumorales. El objetivo es describir el caso de una masa de reciente aparición cuyo diagnóstico final es infrecuente en la edad pediátrica.

Observaciones clínicas. Niña de 4 años que acude a Urgencias de Pediatría remitida por su pediatra por hallazgo casual de una masa cervical en base derecha de unos 15 días de evolución. Como único antecedente refieren una contractura cervical previa que se resolvió espontáneamente. No refiere dolor, fiebre ni otros síntomas asociados.

En la exploración física se palpa una masa de consistencia pétrea en base cervical derecha de aproximadamente unos 2x2 cm de tamaño que no presenta signos inflamatorios. El resto de exploración es normal sin apreciarse adenopatías a otros niveles. Se realiza radiografía de hombro en la que se visualiza una lesión de origen óseo y bordes desflecados aparentemente dependiente de escápula. En la ecografía de fosa clavicular derecha se objetiva una pequeña estructura nodular, hipoecogénica, con calcificaciones que parece depender de hueso por lo que se recomienda realizar una tomografía computarizada de tórax. En éste se aprecia una costilla cervical bilateral en C7 que en el lado derecho presenta un trayecto descendente, articulando con un puente óseo de la primera costilla. A ese nivel la articulación está formada fundamentalmente por cartílago que protruye de manera esofítica hacia el hueco supraclavicular derecho. El paquete vasculo nervioso subclavio derecho cruza entre la clavícula y el puente costal descrito, aunque sin apreciarse compresión de mismo en ese momento.

Se diagnostica de sincondrosis de costilla cervical con primera costilla y únicamente se recomienda vigilancia por la posible aparición en el futuro de alteraciones neurológicas o vasculares en extremidad superior derecha derivadas de la compresión del paquete vasculo-nervioso.

Comentarios. Las costillas cervicales son anomalías congénitas presentes en el 0,5-1% de la población, más frecuentes en mujeres y de excepcional diagnóstico en la infancia por su escasa sintomatología. En el caso de las formas completas, la costilla accesoria se articula con C7 y su extremo anterior se une al borde superior de la cara anterior de la primera costilla mediante una banda fibrosa. En raras ocasiones la malformación es bilateral. En la radiografía de tórax puede tener el aspecto de una pequeña asta que puede pasar desapercibida por el radiólogo. La complicación más frecuentemente descrita es la posible compresión del plexo braquial o de la arteria subclavia.

MENINGISMO COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ¿SON TODOS MENINGITIS? I. Montejo Gañán, A.M. Mateo Ferrando, J.P. García Iñiguez, S Beltán García, J.I. Ruiz del Olmo Izuzquiza, M.C. García Jiménez. Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Describir la aproximación diagnóstica al "meningismo" en un servicio de urgencias de pediatría.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes que presentaron signos meníngeos positivos a su llegada al Servicio de Urgencias de Pediatría de un hospital terciario, en el año 2008. Se revisan los informes de urgencias y las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en Unidad de Observación y Servicio de Infecciosos con el diagnóstico de meningismo.

Resultados. Se encontraron 37 pacientes con signos meníngeos positivos, con edades comprendidas entre 18 meses y 11 años. De éstos, 20 (54%) fueron diagnosticados de meningitis. Los 17 restantes (46%) fueron diagnosticados de: neumonía de lóbulo superior (3), gripe (3), faringoamigdalitis aguda (3), infección de vías respiratorias altas (3), absceso retrofaríngeo (1), otitis media aguda (1), exantema súbito (1), pseudotumor cerebri (1) y sepsis (1). El 75% de los pacientes con meningismo sin meningitis fueron remitidos desde atención primaria u otros centros hospitalarios, realizándose punción lumbar en sólo 5 (29,4%) de ellos. Todas las meningitis fueron diagnosticadas en Unidad de Observación del Servicio de Urgencias mediante punción lumbar, exceptuando las que precisaron ingreso en UCI Pediátrica en las que la situación clínica del paciente desaconsejaba la punción lumbar urgente. Seis de los 17 pacientes en los que se excluyó meningitis fueron dados de alta tras permanecer en Unidad de Observación donde mejoró el estado general y se negativizaron los signos meníngeos. Los otros 11 pacientes ingresaron, llegándose al diagnóstico definitivo en Servicio de Urgencias en 6 de ellos (3 neumonías de lóbulo superior derecho, un absceso retrofaríngeo, una otitis media aguda y una sepsis). Los 5 pacientes que ingresaron sin diagnóstico definitivo presentaron entidades difícilmente diagnosticables de manera urgente (gripe A y B, exantema súbito y pseudotumor cerebri).

Conclusiones. El meningismo es un motivo de consulta poco frecuente, pero alarmante, en un Servicio de Urgencias. El diagnóstico final de una gran parte de los casos es distinto al de meningitis, por lo que debemos tener en cuenta otros exámenes complementarios además de la punción lumbar. Excluidas las meningitis, la patología ORL y la neumonía de lóbulo superior constituyen dos de las entidades que más frecuentemente cursan con meningismo. La Unidad de Observación representa un papel fundamental en el seguimiento a corto plazo de pacientes con patología moderada-grave previo a la hospitalización. Un Servicio de Urgencias adecuadamente protocolizado es una buena herramienta para el diagnóstico o exclusión de meningitis. Muchos niños son remitidos a los servicios de Urgencias para "descartar meningitis" sin tener en cuenta que ésto implica la realización de punción lumbar, por ello sugerimos como diagnóstico alternativo "valoración de meningismo".

MIDRIASIS UNILATERAL BENIGNA EPISÓDICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. A. Navarro Ruiz, J.R. Bretón Martínez, T. Aracil Pedro, R. Margalef Canuto. *Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

Fundamento y objetivos. La aparición de una asimetría pupilar es siempre un signo de alarma por su posible relación con una enfermedad intracraneal grave. La midriasis unilateral benigna episódica (MUBE), también conocida como disfunción episódica pupilar, es una causa benigna y poco frecuente de anisocoria. Su fisiopatología parece relacionarse con el sistema nervioso autónomo, bien por insuficiencia del parasimpático o por hiperactividad del simpático. Ha sido clasificada como una forma limitada de migraña oftalmopléjica, aunque a veces ha cursado sin cefalea. El objetivo de esta comunicación es dar a conocer las características clínicas de esta entidad con el fin de realizar un adecuado diagnóstico diferencial de la midriasis unilateral.

Observación clínica. Escolar varón de 11 años que consultó en Urgencias por presentar fotofobia de 4 horas de evolución junto con dilatación pupilar izquierda. No asociaba cefalea, dolor orbital ni otra sintomatología. No refería antecedente traumático ni uso de fármacos o colirios. Entre sus antecedentes personales destacaban cuadros de cefalea ocasional (2-3 veces por semana), de predominio frontal, con aura (miodesopsias), fotofobia y sonofobia, sin predominio horario. No presentaba antecedentes familiares de migraña. En la exploración clínica se apreciaba midriasis de ojo izquierdo con pupila escasamente reactiva a la luz; reflejo consensuado presente. La pupila derecha era normal. No asociaba ptosis palpebral. La motilidad ocular, fondo de ojo y la presión intraocular fueron normales. No presentaba signos de focalidad neurológica y el resto de exploraciones por aparatos con tensión arterial fueron normales. La TAC craneal en Urgencias y la RM cerebral sin contraste realizada de forma programada no mostraron hallazgos patológicos. Los potenciales evocados visuales fueron normales. Tras su ingreso la midriasis mejoró progresivamente de forma espontánea, con normalización del tamaño pupilar aproximadamente a las 6 horas del ingreso por lo que fue dado de alta a las 24 horas con seguimiento posterior sin incidencias en consultas externas de neuropediatría.

Comentarios. El diagnóstico diferencial de la midriasis unilateral incluye la exposición a sustancias midriáticas, la pupila tónica de Adie y otras entidades como el glaucoma de ángulo cerrado, tumoraciones, aneurismas de la carótida o comunicante posterior, que en general cursarán acompañadas de mayor o menor sintomatología. El interés de este caso radica en tratarse de un cuadro poco frecuente, autolimitado y que se puede presentar en la edad pediátrica. Destacar la benignidad del cuadro, a pesar de que el diagnóstico de MUBE debería establecerse sólo después de excluir cuidadosamente la existencia de otras enfermedades.

204 ¿PODRÍA TRATARSE DE UNA ARTRITIS SÉPTICA? I. García Escobar, J.L. Gómez Lorente, F. Giménez Sánchez, C. Ruiz Gómez, L. Ruiz Tudela, A. Bonillo Perales. *Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería*.

La artritis séptica (AS) se considera una emergencia ya que puede conducir a la rápida destrucción articular y pérdida funcional irreversible, pero su diagnóstico en ocasiones es difícil debido a la falta de expresividad clínica. Describiremos la clínica y exploraciones de 4 casos tratados en el servicio de urgencias en los últimos 6 años.

Caso 1. Escolar de 11 años que acude por artralgia de cadera y hombro izquierdo, impotencia funcional y fiebre. Expl. Física (EF): posición antiálgica de cadera izquierda que impide movilización. Hemocultivo positivo a *Staphylococcus aureus*. Ecografía: colecciones purulentas entre planos musculares en articulación coxofemoral. RMN: artritis séptica de articulación coxofemoral izquierda. Cultivo exudado cadera: positivo a *S. aureus*. Gammagrafía: imagen de proceso infeccioso en región proximal de muslo izquierdo. Favorable con antibioterapia y drenaje quirúrgico. Diagnóstico: A.S. cadera izquierda.

Caso 2. Lactante de 1 mes presenta fiebre y mal estado general. EF: Llanto a la movilización de miembros inferiores. Rx caderas: gran edema partes blandas. Ecografía: mínimo derrame a nivel de cadera derecha. Gammagrafía: falta de captación a nivel de cabeza femoral. RMN: osteomielitis cadera derecha. Punción cadera: líquido no purulento, cultivo negativo. Evolución: antibioterapia intravenosa con desaparición de la clínica. Diagnóstico: osteoartritis cadera derecha.

Caso 3. Escolar de 9 años presenta artralgia en rodilla derecha con edema y fiebre. EF: Rodilla derecha con signos inflamatorios y limitación de la movilidad. Cultivo líquido sinovial: positivo a Estafilococo coagulasa negativo. Hemocultivo: negativo. Rx rodilla: sin alteraciones. Gammagrafía rodillas: discreta patología inflamatoria articular/periarticular. Evolución: antibioterapia con mejoría progresiva. Diagnóstico: AS de rodilla.

Caso 4. Lactante de 3 meses con fiebre y deposiciones diarreicas. EF: Tumefacción y posición antiálgica cadera derecha. Hemocultivo positivo a *S. aureus*. Cultivo líquido articular: *S. aureus*. Eco: líquido en receso articular anterior. Gammagrafía: discreto proceso inflamatorio en región trocantérea. Diagnóstico: osteomielitis aguda; AS de cadera.

Conclusiones. Ante un cuadro febril tórpido y artralgia debemos incluir entre los posibles diagnósticos la artritis séptica ya que el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado favorecen su buena evolución. La etiología va a depender de la edad, siendo el más frecuente el *Staphylococcus aureus*, como ocurre en nuestra serie.

PRIMOINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS. A.L. Chindemi, I. Manrique Martínez. Instituto Valenciano de Pediatría.

Fundamentos y objetivos. Las numerosas enfermedades exantemáticas virales de la infancia, representan un desafío diagnóstico para los pediatras. En algunas situaciones los exantemas virales pueden ser difíciles de diferenciar, requiriéndose extensas determinaciones de laboratorio para identificar al agente causal. Cuando se acompañan de más signos y síntomas, el diagnóstico puede ser sospechado antes de la confirmación serológica.

Observaciones clínicas. Se trata de una niña de 11 meses de edad, previamente sana, que consulta por fiebre de 4 días de evolución, astenia, vómitos, rechazo del alimento y deposiciones desligadas. A la exploración se palpa hígado a 1 cm del reborde costal, doloroso, sin esplenomegalia. Presenta adenopatías pequeñas, indoloras, móviles y blandas en cadenas cervicales y algunas axilares.

Se solicita analítica inicial: GB 8100 (41% Neutr / 50.1% Lin / 6.6% Mon) Plaquetas 171.000, Hb 12.8 mg/dl, HTO 37.8%. GOT 150 U/l; GPT 175 U/l; gama GT 73 U/l; Bilirrubina total 1.8 mg/dl; Coagulación normal.

A las 48 horas inicia exantema macropapular generalizado, con afectación palmo plantar, no pruriginoso. Se mantiene en reposo gástrico durante 36 horas, con progresión alimentaria lenta y buena respuesta. A los 6 días del inicio del cuadro se encuentra afebril. Comienza a desaparecer el exantema, no siendo evidente más allá de los 11 días.

Se reciben serologías del ingreso:

IgM CMV > 1/240 Au/ml; IgG CMV (-). Serologías EBV, HVA, HVB, HVC, HVE: (-)

Serología Coxsackie A y B, Herpes 6, Parvo B19 (-), Serología HVS 1 IgM: (+) débil por quimioluminiscencia (se comprueba por ELISA con resultado indeterminado) IgG HVS 1: resultado indeterminado. IgG/M HVS 2 (-)

En los controles analíticos se observa disminución de las transaminasas con normalización a los 40 días del comienzo del cuadro. Se realiza diagnóstico de primoinfección por CMV.

Comentarios. La infección por CMV en niños inmunocompetentes generalmente es asintomática y autolimitada, aunque en muchos casos los cuadros agudos se manifiestan con fiebre prolongada, linfadenopatías cervicales, artralgias y en raras ocasiones neumonía, compromiso hematológico, hepatitis, miocarditis, etc. Los cuadros de hepatitis generalmente son subclínicos, con elevación moderada de las transaminasas e infrecuentemente ictericia.

En casos excepcionales con compromiso multiorgánico, formas granulomatosas hepáticas y alteraciones gastrointestinales graves, puede considerarse el tratamiento con ganciclovir.

PROLAPSO DE OSTOMÍA COMO COMPLICACIÓN DE FIBROSIS QUÍSTICA. M. Milla Núñez, C. Gómez Rodríguez, I.L. Benítez Gómez, C. Montero Valladares, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril. *Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

Fundamentos y objetivos. La fibrosis quística es una de la enfermedades genéticas más frecuentes en nuestro medio. Entre las manifestaciones digestivas destacan el íleo meconial, el síndrome de obstrucción intestinal distal y el prolapso rectal. La presencia de prolapso ocurre por asociación de desnutrición, heces voluminosas, aumento de la presión intraabdominal y distensión y relajación anormal del colon. La patología digestiva, respiratoria y metabólica son el motivo de consulta más frecuente en Urgencias.

Observaciones clínicas. Se presenta el caso de una lactante de 9 meses con antecedentes neonatales de fibrosis quística (mutaciones delta F508 y N1003K), colon hipotrofico e ileo meconial, que precisó yeyunostomía proximal e ileostomía distal con reconstrucción termino-terminal, y que posteriormente se realizó ileostomía de descarga, dejando ostomía tipo Mickulicz.

Acude a nuestro servicio con prolapso de la ostomía. En la exploración presenta afectación del estado general, palidez cutáneo-

mucosa, mala perfusión periférica, aspecto desnutrido, irritable, taquicárdica, abdomen distendido con prolapso de ostomía, resto normal.

El prolapso se logra reducir manualmente, pero presenta varios vómitos y afectación del estado general por lo que ingresa en UCI-P. Evoluciona favorablemente cediendo los vómitos y realizando deposiciones.

Comentarios:

- El control de esta enfermedad, con sustitución de enzimas pancreáticas y corrección de la desnutrición, ayuda a prevenir complicaciones.
- En la mayoría de los casos el tratamiento del prolapso de ostomía es la reducción manual pero recurren con frecuencia.

PROTEINORRAQUIA EN LA URGENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO. M. Laplaza González, A. de la Puente Arévalo, J.A. Ruiz Domínguez, J. Martín Sánchez, N. de Lucas García, S. García García. Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Fundamentos y objetivos. La proteinorraquia es el aumento de proteínas en LCR (líquido cefalorraquídeo) de más de 45 mg/dl. En neonatos son normales valores de hasta 120 mg/dl. Es importante diferenciar dos situaciones: La alteración de la barrera hemoatoencefálica donde se produce una elevación de las proteínas con aumento paralelo del número de células; y la disociación albumino-citológica, aumento desproporcionado de las proteínas en relación con las células.

Observaciones clínicas. Varón de un mes de vida que acude a Urgencias por cuadro de fiebre de 39°C de 6 horas de evolución, asociado a rechazo de tomas e irritabilidad. Antecedentes personales: cultivo recto-vaginal positivo SGB no tratado. Exploración física: Aspecto séptico, cutis reticular y dificultad respiratoria. Ante la sospecha clínica de infección se realizan las correspondientes exploraciones obteniendo: Hemograma y PCR (normales), aumento de transaminasas (GOT: 117; GPT: 58; GGT: 716) y acidosis metabólica; Gram del LCR: no se observan leucocitos ni bacterias; citoquímico LCR: proteínas 824 mg/dl, glucosa 82 mg/dl, leucocitos 5/mm³; aspecto xantocrómico. Ingresa para estudio y antibioterapia empírica. En planta precisa oxigenoterapia y se observa succión lenta con rechazo de tomas, mala tolerancia oral, irritabilidad, estancamiento ponderal y actitud en opistótonos. Se suspende antibioterapia a los 7 días con todos los cultivos negativos y exploraciones complementarias normales (ecografía cerebral, abdominal y cardiaca). Se repite la punción lumbar obteniendo el mismo resultado que al ingreso. Ante esta evolución y la persistencia de disociación albumino-citológica en LCR se establece diagnóstico diferencial entre: tumor espinal, hemorragia subaracnoidea y enfermedad metabólica. Se solicita Resonancia magnética (normal), estudio de enfermedades metabólicas (elevación de relación lactato/piruvato, aumento de alaninas en sangre, aumento de acilcarnitinas en plasma) y biopsia de musculo estriado (fibras rojas rasgadas). Estudio compatible con enfermedad mitocondrial. A los 3 meses de vida fallece por fallo hepático y hemorragia pulmonar masiva. Pendiente estudio molecular.

Comentarios. El hallazgo de disociación albumino-citológica en LCR, obliga a descartar sus posibles causas. Las más habituales: hemorragia subaracnoidea, tumor espinal, Guillen-barre; pero no debemos olvidar algunas enfermedades poco frecuentes como nuestro caso.

208 SÍNDROME REYE-LIKE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN DÉFICIT DE ORNITÍN TRANSCARBAMI-LASA (OTC). M.C. Pérez Grande, M.E. Montañés Delmás, V. Campillo Campillo, A. Palacios Cuesta, M.T. García Silva, Y. Ballestero Díez. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital 12 Octubre. Madrid.

Fundamento y objetivos. Las enfermedades metabólicas son entidades raras de forma aislada, pero frecuentes en su conjunto. El modo de presentación abarca una amplia variedad de síntomas y signos inespecíficos, que dificulta su diagnóstico. Una posible forma de presentación es el Síndrome de Reye. Varios errores innatos del metabolismo pueden presentarse de este modo, entre otros, los trastornos del ciclo de la urea, de los cuales el más frecuente es el déficit de OTC.

Observaciones clínicas. Presentamos un caso de un lactante de 15 meses remitido a urgencias de nuestro hospital por un cuadro de encefalopatía aguda. No referían antecedentes de interés. Estando previamente sano, presenta somnolencia, irritabilidad, desorientación y ataxia. En la exploración se objetiva Glasgow de 13/15, pupilas ligeramente midriáticas reactivas y marcha inestable. En la analítica realizada, destaca hiperamoniemia, hipertransaminasemia, y coagulopatía leves. Ante la sospecha de metabolopatía, se recogen muestras de sangre, suero y orina para los estudios específicos, que confirmaron el diagnóstico de déficit de OTC posteriormente. Se realiza TAC craneal en el que no se observan alteraciones, y tras ella, una punción lumbar, que resultó normal. Los tóxicos en orina fueron negativos. En el EEG se aprecia un enlentecimiento de la actividad cerebral. Se decide su ingreso en UCIP, donde se instaura dieta absoluta y sueroterapia con aportes altos de glucosa. Gracias a la instauración de este tratamiento, hubo una rápida mejoría clínica y analítica, sin secuelas.

Comentarios. El diagnóstico precoz de los errores innatos del metabolismo es fundamental para poder iniciar un tratamiento específico, lo que en muchas ocasiones condiciona el pronóstico. Es importante mantener un alto índice de sospecha y pensar en ellos ante una inexplicable asociación de síntomas y signos que afecten a órganos aparentemente poco relacionados entre sí. A su vez debemos incluirlo siempre como uno de los diagnósticos diferenciales de todo niño con encefalopatía aguda de causa no explicada. Existen múltiples determinaciones (gasometría, amonio, ácido láctico, glucemia, coagulación), de fácil acceso en urgencias que nos pueden orientar en el diagnóstico. El tratamiento inicial, una vez extraídas las muestras para los estudios metabólicos especiales, consiste en la infusión de glucosa a 10 mg/kg/min (para mantener aportes de hidratos de carbono y suprimir el catabolismo) y electrolitos, vigilando estrechamente el equilibrio ácido-base, el láctico y la glucemia, además de otros tratamientos de soporte y/o específicos (respiratorio, circulatorio, antibiótico, hiperamoniemia, etc)

209 SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES EN LAS INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS, DOS FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN EN URGENCIAS. S. Ortiz Madinaveitia, P. Collado Hernández, P. Huerta Blas, E. Muñoz Jalle, E. Quevedo Sánchez, G. González García. H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción. Las consultas en un servicio de urgencias por sospecha de intoxicación o contacto con un tóxico son aproximadamente un 0,5%. En dos tercios de las ocasiones son accidentales y son más frecuentes en niños de 1 a 5 años, siendo los fármacos la causa más importante. Dentro de éstos, los *psicofármacos* constituyen la *segunda causa* más frecuente (6,5% del total de las intoxicaciones).

Caso clínico 1. Niña de 2 años que acude a urgencias por somnolencia y decaimiento de 8 horas de evolución. Los padres creen que ha tenido contacto con alguno de los fármacos que toma un familiar sin saber precisar cual. Exploración física: Ta 36,4°C; TA 110/75; FC110 x. Sat O₂ 96% *Desconectada con el medio (Glasgow 13-14)*, reflejos osteotendinosos exaltados, *lentitud de movimientos*, resto de la exploración neurológica y física compatible con la normalidad. Evolución: en las horas siguientes presenta *rigidez y temblor en reposo* que va cediendo progresivamente. Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, gasometría, fondo de ojo, EEG, ECG: normal. Tóxicos en orina: positivo a *Clotiapina*.

Caso clínico 2. Niña de 13 años que acude a urgencias tras haber ingerido hace 12 horas 10 comprimidos de un preparado antigripal con intención autolítica. Exploración física: Ta 36,2°C; TA 123/57; FC 90x' Glasgow 15 Sequedad de mucosas. Cuello en hiperextensión. Exploración pares craneales: motilidad ocular limitada, sobre todo en los movimientos de anteversión. Dolor abdominal difuso. Evolución: el cuadro de distonía aguda desaparece en las siguientes horas. Se evidencia una bradicardia transitoria sin repercusión hemodinámica. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, transaminasas, gasometría, sedimento de orina, est. coagulación, ECG: normal. Tóxicos en orina: positivo a pseudoefedrina.

Comentarios. En el caso clínico 1, la sospecha de contacto con un derivado de las fenotiazinas hace que el uso de *biperidino* como tratamiento del *parkinsonismo iatrógeno* suponga una contraindicación relativa debido al riesgo de una respuesta anticolinérgica excesiva, siendo en este caso de elección la difenhidramina. En el segundo caso la ingesta de un preparado antigripal donde es frecuente la combinación de agentes *simpaticomimentos* con *antihistaminicos* supone un aumento del riesgo cardiovascular. En estos cuadros es característico la *bradicardia refleja* por estimulo vagal al activarse los baroreceptores de la aurícula.

TORTÍCOLIS COMO SIGNO DE ALERTA DEL TUMOR CEREBRAL. A. Delgado Bueno, M.P. Collado Hernández, A. Ayerza Casas, J.A. Hernández Morales, G. Rodríguez Martínez, M.P. Ventura Faci. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

Fundamentos y objetivos. El tortícolis, definido como la inclinación lateral de la cabeza y la rotación del mentón en sentido contrario, es un motivo frecuente de consulta en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Este signo clínico puede estar causado por múltiples procesos fisiopatológicos: traumáticos, posturales, inflamatorios, neurológicos, congénitos, entre otros. Presentamos dos casos clínicos de tortícolis de causa neurológica central diagnosticados en urgencias.

Observaciones clínicas. El primero de los casos se trata de un niño de 2 años y medio de edad y, el segundo, de un niño de 5 años, que consultaron ambos en urgencias por tortícolis y cefalea occipital de 7-10 días de evolución. El primer paciente asociaba vómitos matutinos en los cinco días previos a la consulta mientras que el segundo había presentado tres episodios de vómitos aislados en la última semana. Se realizó anamnesis, que no refería antecedente traumático ni otros antecedentes de interés. Exploración física y neurológica sin alteraciones con excepción del tortícolis. Se realizó fondo de ojo, encontrándose en el primer caso, papiledema bilateral y, en el segundo papiledema unilateral. Se realizó TAC craneal urgente en el que se apreció, en el primer caso, tumoración cerebelosa compatible con astrocitoma pilocítico o meduloblastoma e hidrocefalia triventricular y, en el segundo caso, tumoración en fosa posterior compatible con meduloblastoma, ependimoma o papiloma de plexos coroideos e hidrocefalia triventricular. Ambos pacientes fueron derivados para valoración por el Servicio de Oncopediatría.

Comentarios. La tortícolis puede ser la manifestación inicial de una tumoración de la fosa posterior o de la médula cervical, pudiéndose presentar los síntomas de hipertensión intracraneal posteriormente. Por este motivo, ante un paciente con tortícolis sin etiología justificada mediante una correcta anamnesis o en aquellos pacientes que, tras un tratamiento adecuado no han mejorado, hay que realizar una exploración física, neurológica y fondo de ojo para valorar la existencia de un proceso expansivo intracraneal o a nivel medular cervical. Según sus resultados valoraremos la realización de otras pruebas complementarias. Ante un paciente con tortícolis debemos reconocer la patología causante que precisa de un estudio y tratamiento urgente.

TRAUMATISMOS TRAQUEALES: A PROPÓSITO DE UN CASO. S.M. Rivero Rodríguez, M.R. García Luzardo, S. Todorcevic, R. Rial González. *Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias*.

Objetivos. Los traumatismos continúan siendo una causa importante de morbimortalidad en la infancia, dentro de ellos las lesiones traqueobronquiales son raras (< 1%) pero potencialmente letales que requieren un diagnóstico y tratamiento precoces con el fin de obtener un buen pronóstico vital. En ocasiones no existe una correlación directa entre la severidad de los síntomas y signos clínicos y las lesiones existentes por lo que la mera sospecha debe ya constituir una verdadera urgencia.

Observaciones clínicas. Llega al Sevicio de Urgencias un paciente varón de 2 años que estando previamente sano sufre traumatismo a nivel del cuello seguido de estridor laríngeo sin excesivo trabajo respiratorio y enfisema subcutáneo en progresivo aumento y con marcada distensión de cuello, cara, tórax y abdomen. Acude en un primer momento a un hospital comarcal donde objetivan neumomediastino sin neumotórax y tras la sospecha diagnóstica de traumatismo traqueal se practica intubación orotraqueal y es trasladado por el 112 con ventilación mecánica a un hospital de tercer nivel. Tras una primera valoración en nuestro servicio se decide ingreso en U.M.I. en donde dados los antecedentes y siguiendo recomendaciones del servicio de Otorrino se decide mantener la intubación y relajación ante la sospecha de ruptura traqueal. Se practicó T.A.C. de cuello y laringoscopia sin observarse lesiones paratraqueales ni puntos de fuga. Dada su buena evolución se retira el tubo endotraqueal quedando sin dificultad respiratoria ni estridor decidiéndose su traslado a planta.

Comentarios:

- La sección completa o casi completa laringotraqueal es una entidad bastante rara; la causa más común en los niños es por golpearse la región cervical con el manillar de una bicicleta. La particular anatomía durante la infancia (cuello corto protegido por la caja torácica y una cabeza de dimensiones grandes) les hace relativamente resistentes a traumatismos cerrados.
- La sintomatología es variada desde pacientes asintomáticos a enfisema subcutáneo (84%), disnea (76%), disfonía (46%) o hemoptisis (21%). No existe una correlación directa entre la severidad del daño producido y las manifestaciones clínicas de presentación.
- En el diagnóstico la mayoría de los autores recomiendan la realización de un TAC cérvico-torácico para la detección de lesiones que podrían pasar inadvertidas en una primera exploración e incluso tras una fibroscopia normal. La radiología convencional y la fibrolaringoscopia también son aconsejables y complementarias.
- El tamaño de la lesión y, especialmente, la sintomatología del paciente van a orientar el tratamiento. Lo primero es asegurar la vía aérea mediante I.O.T. o traqueotomía por debajo de la zona seccionada. Los casos con sintomatología grave o con una laceración mayor de 2 cm requerirán un tratamiento quirúrgico. En caso de una lesión más pequeña y una menor repercusión clínica podrán ser tratados de forma conservadora con antibióticos de amplio espectro, antiinflamatorios y oxigenoterapia según necesidad.

VARIABILIDAD CLÍNICA DE LA COARTACIÓN DE AORTA. DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS. C. Villalba Castaño, M. Güemes Hidalgo, S. Galán Arévalo, I. Ortiz Valentín, M. Herrera López, M. Zamora Gómez. *Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

Fundamento y objetivos. La coartación de aorta representa un 5-10% de todas las cardiopatías congénitas, siendo su incidencia de 0,32-0,6 casos/1.000 recién nacidos vivos, principalmente varones. Cuando el diagnóstico no se ha realizado en el periodo neonatal, la mayoría de los niños permanecen asintomáticos, retrasándose el diagnóstico. Es importante tener en cuenta esta patología en Urgencias, ya que su presentación varía desde ser un diagnóstico casual, hasta fallo cardiaco que precisa cirugía urgente.

Observaciones clínicas y comentarios. Se presentan dos casos clínicos de coartación de aorta diagnosticados en el servicio de Urgencias en estadíos evolutivos muy diferentes de su enfermedad. En el primer caso se trata de un lactante varón de 6 meses de edad, sin antecedentes de interés y buena ganancia ponderoestatural, que acude por deposiciones blandas sin productos patológicos de 3 días de evolución, hiporexia y fiebre desde hacía unas horas. En su exploración física, además de presentar una faringe hiperémica, se ausculta un soplo sistólico eyectivo II/VI multifocal más intenso en borde esternal izquierdo irradiado a región interescapular. Presentaba unos pulsos braquiales positivos y los femorales más débiles, Tensión sistólica diferencial >20%, radiografía de tórax con cardiomegalia y electrocardiograma normal. Ante la sospecha de coartación aórtica es remitido a cardiología infantil, donde en la Ecocardiografía se confirma dicho diagnóstico y se programa cirugía reglada para su correción, permaneciendo asintomático hasta entonces.

El segundo caso es un niño de 2,5 meses remitido desde un hospital comarcal por bronquiolitis VRS+ y mal estado general en tratamiento con adrenalina y cefotaxima iv con escasa mejoría. En la Urgencia se objetivó palidez cutaneo-mucosa, signos de bajo gasto, taquicardia rítmica sin soplos, importante trabajo respiratorio con sibilantes bilaterales y taquipnea, pulsos braquiales positivos con pulsos femorales débiles. Tensión arterial diferencial >20%. Aportaba radiografía de tórax con cardiomegalia. Se traslada a UVI para estabilización hemodinámica con intubación, ventilación mecánica, canalización de vía venosa central, se inicia perfusión continua de dopamina y se realiza Ecocardiografía donde se evidencia coartación severa de aorta descendente con ventrículo izquierdo globuloso e hipertrófico y mala contractilidad global, así como válvula aórtica bicúspide. Ante la gravedad de la situación, se traslada a hospital con servicio de cirugía cardiaca para intervención urgente. Posteriormente evolucionó favorablemente

Dada la importancia de dicha patología, es fundamental incluir en la exploración física rutinaria de urgencias, la palpación de pulsos en cuatro extremidades y ante sospecha, tensión arterial en miembros. Ante desestabilización hemodinámica, contactar con cirugía cardiaca.