

# Una causa infrecuente de torticolís en pediatría

A. Fernández Gómez, R. Bernal Calmarza, C. Larrosa Espinosa, L. Monge Galindo, E. Ubalde Sainz

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 62]

## INTRODUCCIÓN

La torticolis aguda es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Su etiología es variada, desde procesos banales autolimitados hasta otros de potencial riesgo vital, por lo que es importante descartar una enfermedad grave subyacente, principalmente en casos recidivantes o con escasa respuesta a tratamiento.

## CASO CLÍNICO

Niño de 6 años de edad que ingresa por cuadro de torticolis dolorosa recidivante hacia la derecha (4 episodios en los últimos 2 meses), de entre 3 y 8 días de evolución, autolimitados, sin otros síntomas acompañantes.

En la exploración, presenta buen estado general, a nivel cervical se aprecia asimetría en hombros, con elevación de escápula derecha, limitación para extensión de la cabeza, ligera contractura muscular a nivel de esternocleidomastoideo y trapecio izquierdos. En radiografía cervical realizada durante el segundo episodio se objetiva calcificación a nivel de disco intervertebral C3-C4.

Gammagrafía ósea normal. La RM craneocervical muestra calcificación del disco intervertebral C3-C4 con mínima protrusión paracentral izquierda sin compromiso del cordón medular. Se pautó tratamiento antiinflamatorio con ibuprofeno y calor local, con evolución favorable, resolviéndose la torticolis en 5 días. La determinación del metabolismo del fósforo y calcio, PTH, hormonas tiroideas y VSG no mostró alteraciones.

## COMENTARIOS

Las calcificaciones de los discos intervertebrales son una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, de etiología desconocida hasta el momento. Desde la primera descripción de discopatía calcificante en 1924, se han comunicado algo más de 300 casos. Suele afectar principalmente a pacientes entre 6 y 10 años, con ligero predominio masculino, afectando principalmente a la columna cervical. El diagnóstico se realiza mediante la visualización de las calcificaciones en una radiografía cervical, TAC o RM. La mayoría de los casos se resuelven espontáneamente en unos meses.

# Eczema Coxsackium: una variante de la enfermedad mano-pie-boca clásica

S. Barbed Ferrández, M. Arrudi Moreno, C. Guerrero Laleona, M. Bustillo Alonso

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 63]

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad mano-pie-boca es una infección causada por Enterovirus (más frecuentemente Coxsackie A16 y Enterovirus 71), caracterizada por fiebre y estomatitis junto con un exantema vesicular que afecta de forma predominante a las manos y los pies, incluyendo región palmo-plantar. En los últimos años, se han reportado casos de una variante de esta enfermedad más agresiva y diseminada producida por distintos serotipos de la misma especie.

## CASO CLÍNICO

Niño de 2 años que acude por aparición de exantema pruriginoso de inicio perioral y con afectación palmo-plantar, en pocas horas generalizado a glúteos y extremidades. Se trata de unas lesiones vesiculosas sobre base eritematosa, algunas de ellas costrosas que confluyen formando agrupaciones junto con lesiones petequiales aisladas en tronco. Previamente había presentado un cuadro febril con rinitis y tos. El examen sistemático por aparatos fue anodino salvo el exantema descrito. Como antecedentes personales destaca dermatitis atópica mal controlada. Para filiar la etiología del cuadro, se realizó analítica de sangre con hemograma, hemostasia, bioquímica, incluyendo marcadores de infección (PCR, PCT), así como estudio microbiológico tomando muestra para hemocultivo y serologías (VHB, VHC, CMV, Micoplasma, VEB, Parvovirus, VHS). Se

recogió también muestra de exudado vesicular para realizar PCR de enterovirus, frotis cutáneo para descartar sobreinfección bacteriana y frotis faríngeo. Tanto el hemograma como la bioquímica y hemostasia fueron anodinos, siendo los marcadores de infección discretamente elevados, obteniéndose una PCR de 3,22 mg/dl y una PCT de 0,33 ng/ml. El estudio microbiológico demostró el aislamiento de flora saprofita (*Candida parasilopsis*) y el análisis de PCR para enterovirus resultó ser positivo, por lo que se envió la muestra al laboratorio de referencia para genotipado.

## COMENTARIOS

Este caso forma parte del espectro grave y diseminado de la enfermedad mano-pie-boca, denominado «Eczema Coxackium» y clasificado a partir de casos con similares características reportados a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Los criterios clínicos de esta variante más agresiva son: afectación de un 5% o más del área corporal, lesiones vesículo-ampollosas y erosivas generalizadas más allá de palmas y plantas, presencia de bullas mayores de 2 cm, similitud morfológica al Síndrome de Gianotti-Crosti y, por último, lesiones petequiales, purpúricas o hemorrágicas. La especie causante con mayor frecuencia es el Coxsackie A6, descrito por primera vez en Europa en el año 2008, detectándose en España a finales del año 2010.

# Eritema multiforme menor recurrente y evolución hacia la forma mayor

S. T. Jiménez Gil de Muro<sup>(1)</sup>, C. Cristóbal Navas<sup>(2)</sup>, M. Palacios Horcajada<sup>(1)</sup>, A. González Sala<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Centro de salud de Calahorra (La Rioja). <sup>(2)</sup> Fundación Hospital Calahorra (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioja Sor, 2016; 46: 64]

## INTRODUCCIÓN

El eritema multiforme (EM) es una enfermedad aguda de la piel y las mucosas (especialmente de la mucosa oral), de carácter autoinmune, que se manifiesta con lesiones eritematosas de tipo vesículas o ampollas. Su etiología es desconocida, apareciendo en muchos casos vinculada a la ingesta de fármacos y a factores predisponentes como infecciones por virus, siendo el más frecuente el virus del herpes simple (VHS). Históricamente el EM ha comprendido un espectro de enfermedades clasificadas según la creciente severidad desde la forma más leve o EM menor hasta la más grave o EM mayor, llamado también Síndrome de Steven Johnson (SSJ). Actualmente existen evidencias de que el EM y el SSJ pertenecen a distintos desórdenes inmunológicos y aunque las dos presentan lesiones en iris o diana con afectación de mucosas y necrosis, difieren en la causa, siendo los virus los desencadenantes del EM, mientras que son los fármacos los desencadenantes del SSJ. La presentación clínica, la patología y la terapéutica son también diferentes.

El SSJ y la necrosis epidérmica tóxica (NET) sí son probablemente la misma entidad distinguiéndose en el área de afectación y la severidad de la afectación sistémica.

## CASO CLÍNICO

Presentamos un caso de un niño de 8 años y medio que tras haber presentado 5 episodios de EM menor asociado a VHS (EMAH), con lesiones circunscritas únicamente a la cavidad oral, desarrolló un EM mayor en el contexto de una infección gripal con fiebre, eritema ocular, hemorragias subconjuntivales y erosiones conjuntivales, importantes lesiones ulcerativas orales profundas con fibrina que le impedían la alimentación, lesiones en diana en piernas y lesiones ampollosas ulcerativas en glánde, por lo que precisó ingreso hospitalario durante 20 días con nutrición parenteral y tratamiento multidisciplinar por parte de reumatología, dermatología, oftalmología, alergología y pediatría.

A este paciente se le realizaron a lo largo de los brotes varias exploraciones complementarias para buscar el desencadenante, encontrando serologías de Mycoplasma con IgM positivo en una ocasión. Serologías de VHS1 y 2 con IgG positivas e IgM negativas, pero con aumento significativo de los títulos de IgG para el VHS1 en los brotes pasando de 3,5 U/ml intercrisis a 209,3 UI/ml en el brote de EM mayor (valores normales entre 0,1-1 UI/ml). El resto de serologías para CMV, VEB, VHB y VHC fueron negativas. No se detectó ADN del VHS por PCR en el cultivo de virus de las ampollas del labio.

En el diagnóstico diferencial se le realizaron pruebas de alergia a materiales utilizados por el dentista por empezar uno de los brotes tras un empaste, presentando prueba del parche positiva a cobalto sin clara repercusión clínica. El resto fue negativo.

Se le realizó prueba de patergia para descartar enfermedad de Bechet, siendo negativa. En oftalmología no se apreció tampoco uveítis.

En cuanto a autoinmunidad, FR, ANA, Ac antimitocondriales, Ac anti células parietales, Ac anti DNA, Ac anti ENA, anti SS-A (anti Ro 52 y anti Ro 60), anticuerpos anti neutrófilo (c-ANCA y p-ANCA), anticardiolipina IgM e IgG, anticuerpos anti beta2 glicoproteína 1 y 2 y anticuerpos IgG antipeptido cíclico citruliniano y Ac antitrasglutaminasa, todo negativo.

Ac antimúsculo liso positivos.

Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Estudio de hipercoagulabilidad normal. Inmunoglobulinas y complemento normal.

Sistema HLA Locus A A\*02 y A\*24. Locus BB\*15(B62) y B44. Locus C C\*01 y C\*16 (el alelo HLA B62 se ha encontrado en los casos recurrentes, entre otros).

Se realizó estudio genético de FMF asociado a TNF alfa (síndrome TRAPS) que fue también negativo.

La anatomía patológica de la biopsia realizada de una lesión de piel en pierna era compatible con eritema multiforme.

Para el tratamiento se han utilizado los corticoides orales (prednisona, prednisolona y deflazacort a 1 mg/kg/día en pautas de 5-10 días hasta 2 meses en la forma mayor), el Aciclovir tópico en las lesiones de mucosa bucal y Claritromicina en el brote compatible con infección por Mycoplasma.

Se le ha recomendado no tomar AINES por posible relación con el cuadro ya que en todos los episodios al haber presentado fiebre había tomado ibuprofeno, aunque en alergología han preferido no realizar pruebas de alergia a fármacos.

Como medida preventiva se le ha vacunado de gripe en la temporada posterior.

En el EMAH se recomienda el Aciclovir sistémico a 400 mg cada 12 horas durante 6 meses para prevenir recurrencias, aunque no lo hemos practicado con este paciente.

Tras el cuadro grave que precisó ingreso hospitalario ha pasado un año y ha tenido solo una recurrencia de EM con afectación oral únicamente que se resolvió con prednisona oral durante 11 días.

## COMENTARIOS

El objetivo de esta comunicación es poner de manifiesto la existencia del EM en forma recurrente y su evolución casi siempre hacia una forma mayor.

Se trata de una enfermedad poco frecuente en edad pediátrica y se sabe que se produce tras un desencadenante casi siempre de origen infeccioso en un paciente predispuesto, como es nuestro caso.

El diagnóstico es eminentemente clínico. Es importante el diagnóstico diferencial y el manejo multidisciplinar.

El tratamiento se basa en tratar la infección desencadenante y el corticoide oral a altas dosis para frenar el proceso autoinmune, además de las curas locales de las zonas afectadas, más el tratamiento de soporte en función de la gravedad.

El tratamiento preventivo de las recurrencias todavía es una tarea pendiente.

# ¿Debería darnos miedo el *Streptococcus pneumoniae*?

R. Isabel Pérez Ajami, M. J. Sánchez Malo, C. Guerrero Laleona, M. Bustillo Alonso, J. A. Castillo Laita

Unidad de Infectología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 65]

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Austrian es una complicación rara de la diseminación hematológica de la infección por *Streptococcus pneumoniae* (neumococo). Se caracteriza por la tríada de Osler, que consiste en la presencia de neumonía, endocarditis y meningitis. En la revisión que hemos realizado acerca de dicha enfermedad, solo hemos encontrado otros dos casos de pacientes afectados en la edad pediátrica, por lo que encontramos interesante presentar otro nuevo caso de este síndrome tan infrecuente pero potencialmente mortal.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una lactante de 18 meses, afecta de síndrome de Down, con canal aurículo-ventricular corregido e insuficiencia mitral y tricuspídea leves residuales. Acude al Hospital Xeral Calde de Lugo por cuadro de vómitos de dos días de evolución y de fiebre de hasta 39,7 °C en las últimas 24 horas, más exantema cutáneo en cara junto con petequias en brazos y manos que aparecen pocas horas antes de acudir al servicio de urgencias y necrosis acra de dedos de ambos miembros superiores con afectación de los pulpejos de los dedos.

Ingresa directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos por shock séptico. Ahí, se extraen analíticas, se administra dopamina y fluidoterapia IV para mantener tensiones arteriales y se inicia cefotaxima IV en la primera hora. El LCR muestra alteraciones compatibles con meningitis, se detecta PCR de *S. pneumoniae* positiva, así como también en el hemocultivo antes del tratamiento antibiótico, por lo que se añade tratamiento con Vancomicina hasta completar 13 días. La paciente mejora clínicamente y se traslada a planta de hospitalización al tercer día, persiste febril y se ausculta un soplo

parastólico de intensidad III/VI en una paciente con alteraciones cardíacas previas. Se realiza una segunda radiografía de tórax en la que se aprecia aumento de densidad retrocardiaca compatible con neumonía incipiente. También se realiza ecocardiografía en la que se objetiva imagen filiforme en anillo mitral en la porción inferior posterior compatible con vegetación, por lo que es diagnosticada de endocarditis.

A los 18 días, se traslada al Hospital Universitario Miguel Servet, para completar el tratamiento de la endocarditis hasta completar 40 días con cefotaxima IV, AAS oral por aparición de trombocitosis reactiva de más de un millón de plaquetas e intervención quirúrgica por parte del Servicio de Cirugía Plástica para desbridar las zonas de necrosis de los dedos de las manos. Es dada de alta con controles en consultas, en los que ya se ha podido retirar el tratamiento con AAS.

## COMENTARIOS

Esta tríada clínica de meningitis, neumonía y endocarditis con LCR y hemocultivo positivo a *S. pneumoniae* se conoce como Síndrome de Austrian. Esta condición presenta una letalidad elevada (alrededor de 50 % en algunas series de casos). El *S. pneumoniae* supone la causa principal de bacteriemia y neumonía bacteriana y la segunda causa de meningitis bacteriana. Era uno de los gérmenes causantes de endocarditis infecciosa más frecuente en la era preantibiótica (alrededor de un 15-20 % del total de casos). En la actualidad es una enfermedad muy rara, causando menos del 1 % de los casos, aunque su mortalidad sigue siendo muy elevada. Los casos de infección invasiva son infrecuentes y la disminución en la incidencia se ha atribuido al uso de los antibióticos, así como a la introducción y aplicación generalizada de la vacuna antineumocócica conjugada.

# Casuística de la displasia broncopulmonar en nuestro hospital, en un período de 4 años

P. García Navas, V. Jiménez Escobar, I. Esteban Díez, I. Sáenz Moreno, M. Y. Ruíz del Prado

Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 66]

## INTRODUCCIÓN

La displasia broncopulmonar es la secuela más frecuente de la prematuridad y una de las que más condiciona su pronóstico. Se asocia a mayor incidencia de problemas respiratorios y cardiovasculares en los dos primeros años de vida, así como a retraso del neurodesarrollo y del crecimiento.

## OBJETIVOS

Describir las características de los niños afectados de displasia broncopulmonar (DBP), así como analizar el manejo realizado en la Unidad Neonatal (UN) y la evolución posterior de estos pacientes.

## PACIENTES Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de DBP durante su ingreso en la Unidad Neonatal de nuestro hospital durante un período de 4 años, de 2012 a 2015.

## RESULTADOS

31 niños fueron diagnosticados de DBP, todos ellos pretérmino, siendo el de menor EG de 26+1 semanas y el de mayor de 32+2. 55% varones y 45% mujeres. Se observa una disminución progresiva del número de pacientes afectados; en 2012, 13 casos (41,9%) y en 2015 tan solo 4 (12,9%). La mayoría presentaron una patología

leve, 61,3%, un 29% moderada y un 9,7% severa. Recibieron maduración pulmonar prenatal completa salvo en uno de los casos. Un 67% requirió ventilación mecánica invasiva. El 29% precisó soporte hemodinámico y un 9,6% presentó hipertensión pulmonar. Se usó tratamiento farmacológico en un 74% (diuréticos 74%, corticoterapia inhalada 16,1% y sildenafilo 6,5%), se mantuvo en un 42% al alta de la UN (diuréticos 42%, corticoterapia inhalada 6,5% y sildenafilo 6,5%). Precisaron oxígeno suplementario, un tiempo medio de 85 días, mínimo 31 días, máximo 11 meses. Manteniéndolo en un 38,7% en domicilio. Un 80% de estos pacientes al alta fueron remitidos a las consultas de neumología infantil.

Observando la evolución de los dos primeros años de vida de los niños nacidos en 2012 y 2013 (21 pacientes), un 61,9% presentaron episodios de sibilantes, con una edad media del primer episodio de 5 meses y medio de edad cronológica. Un 28,5% precisó ingreso hospitalario por patología respiratoria (3 por sibilantes, 2 por bronquiolitis y 1 por laringitis).

## CONCLUSIONES

A pesar de que en nuestro estudio, la mayoría de los pacientes fueron DBP leves, un 42% fueron dados de alta con tratamiento domiciliario. Los sibilantes fueron la patología respiratoria más frecuente en los dos primeros años de vida. La tasa de ingresos por patología respiratoria fue baja respecto a la bibliografía revisada. Dado la morbilidad respiratoria asociada a esta patología es necesario un seguimiento estrecho y un manejo multidisciplinar.

# Perforación gástrica de causa inesperada

E. Portal Gil, T. Farfán Orte, B. Riaño Méndez, C. Toledo Gotor, J. M. Sanchez Puentes, L. Martínez Mengual

Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 67]

## INTRODUCCIÓN

Entendemos por bezoar un acúmulo de sustancias extrañas en el tracto gastrointestinal. Su composición es muy variada, desde material orgánico como pelo, hasta inorgánico, como metales. En Pediatría los más frecuentes son el Tricobezoar (compuesto de pelo) y el fitofezoar (de fibras vegetales o semillas). Generalmente son asintomáticos o presentan una sintomatología inespecífica, como anorexia, dispepsia o halitosis. Si evoluciona puede producir complicaciones malabsortivas/obstructivas o incluso perforación del tubo digestivo.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de 13 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, vómitos y progresivo empeoramiento del estado general). A su llegada presenta mal aspecto, palidez cutánea e intenso dolor a la palpación abdominal con defensa generalizada. La temperatura es de 37,4 °C axilar, se encuentra taquicárdica a 140 lpm y su tensión arterial es de 120/60 mmHg. Se solicitan como pruebas complementarias iniciales una radiografía de abdomen, donde se aprecia un claro neumoperitoneo bajo la cúpula diafragmática izquierda, y una analítica sanguínea con leucocitosis, desviación izquierda, aumento de reactantes de fase aguda (Proteína C reactiva de 48 mg/L), ane-

mia e hiperglucemia. Con estos resultados se solicita tomografía axial computerizada del abdomen en la que se objetiva un importante neumoperitoneo, líquido libre en pelvis y una masa ocupante de espacio en estómago. Se realiza cirugía urgente encontrándose una perforación gástrica, contenido purulento en cavidad abdominal y un cuerpo extraño en el estómago no adherido a las paredes, que posteriormente la anatomía patológica describe como masa compacta de pelos que tiene un peso de 1.018 gr y unas dimensiones de 16 x 12 cm. El diagnóstico final es perforación gástrica por tricobezoar. Revisando la Historia de la niña, se encuentra como antecedente clave la valoración un año antes en Consulta de Dermatología por tricotilomanía.

## COMENTARIOS

Los bezoares son una patología poco frecuente en Pediatría, y generalmente se asocian a pacientes que presentan patología gastrointestinal de base, patología psiquiátrica o retraso mental. Se presentan con una sintomatología inespecífica y con escasas alteraciones analíticas. En algunas ocasiones pueden debutar con una de sus complicaciones, ya sea obstrucción intestinal, malnutrición o abdomen agudo. En estos pacientes la historia clínica es muy importante, ya que suele existir algún signo de alarma que nos pueda alertar de su existencia.

# Encefalopatía desmielinizante aguda

---

J. M. Sánchez Puentes, L. García Fernández, E. Portal Gil, M. L. Poch Orive, A. García Oguiza

---

Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 68]

## INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante del SNC predominantemente de la edad adulta, aunque puede debutar en la infancia, lo que conlleva gran impacto a nivel individual, familiar y social significativo.

En la edad pediátrica puede haber retraso en el diagnóstico, debido a la expresión diferente de la EM en la infancia y al diagnóstico diferencial más amplio que en los adultos.

## CASO CLÍNICO

Niña de 11 años previamente sana que sin desencadenantes conocidos inicia cefalea frontal a la que añade los últimos días vómitos, somnolencia, mareos y marcha inestable, sin fiebre ni otros signos acompañantes. La exploración muestra parálisis facial derecha, nistagmus horizontal bilateral, diplopía, paresia de extremidad superior izquierda y ataxia. Meníngeos negativos. ROT presentes simétricos. Cuesta mantener sedestación, rechaza la marcha. FO normal. Bioquímica, serología, estudio inmunidad, cultivos en suero y orina: normales. Tóxicos negativos. LCR: bioquímica, PCR, cultivo,

anti-NMDA negativos, presencia de BOC IgG. Estudio de RM cerebral y medular mediante secuencias potenciadas en T1 antes y después de contraste, T2 y difusión: lesiones focales hiperintensas en T2 en número de 25 con tamaño entre 5 y 20 mm, que afectan a sustancia blanca yuxtacortical y periventricular de ambos hemisferios, pedúnculo cerebral y protuberancia izquierdos y trayecto intra parenquimatoso de ambos trigéminos. Muchas lesiones supratentoriales muestran un patrón interno en anillos concéntricos tipo Balo. La RM practicada a los 6 meses (tras tratamiento con corticoide) muestra nuevas lesiones en pedúnculos, protuberancia y bulbo.

## CONCLUSIONES

El estudio de la EM ha presentado grandes avances en los últimos años. En la edad pediátrica existen limitaciones a la hora de un diagnóstico precoz y del tratamiento.

Hacen falta más estudios multicéntricos para homogeneizar criterios diagnósticos y pautas terapéuticas para un abordaje más precoz y adecuado disminuyendo así el impacto socioeconómico de esta enfermedad discapacitante.

# Lactante con múltiples fracturas

M. J. Sánchez Malo, R. I. Pérez Ajami, M. C. García Jiménez, M. V. Cobos Hernández

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 69]

## INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un lactante varón, de 2 meses de edad que acude a urgencias del Hospital Infantil derivado por su pediatra por cuadro de vómitos tras las tomas y estancamiento ponderal.

Se trata de un niño de origen marroquí, sin antecedentes de interés, salvo el antecedente familiar de una hermana fallecida a la edad de 26 días. Ingresa para estudio.

## CASO CLÍNICO

A la exploración física: peso en el p16. Nos llamó la atención un bultoma lumbar, doloroso a la palpación. Los padres refieren una historia confusa en su producción. Se trata de un niño irritable, con llanto intenso al mínimo contacto y ligera hipotonía. Durante su ingreso el niño permanece la mayor parte del tiempo solo. Investigamos el antecedente de la hermana fallecida, que se trató de una muerte con sospecha de lactante zarandeado que no pudo ser confirmada.

Con todo esto nos preguntamos si no estaremos ante un caso de lactante maltratado. Solicitamos una eco TF normal, un fondo de ojo normal y una serie ósea RX, donde se aprecian múltiples fracturas del ángulo metafisario, en «asa de cubo» bilaterales a nivel de fémur proximal y distal bilateral, tibias proximales, sugestivas de traumatismo no accidental. Sin embargo, la simetría de las lesiones implica la realización de un diagnóstico diferencial con

enfermedad sistémica, por lo que, tras excluir las patologías probables más importantes, solicitamos un metabolismo fosfo cálcico, hallando una hipovitaminosis D carencial, que no justifica las fracturas radiológicas.

Con los diagnósticos de RAQUITISMO y FRACTURAS POR TRAUMATISMO NO ACCIDENTAL se notifica el caso a la Policía Nacional que inicia acciones legales. Se detiene a los padres, el niño y su hermana quedan a cargo de los Servicios Sociales, son imputados por tentativa de homicidio, y los forenses se replantean el caso de la hermana fallecida.

A día de hoy nuestro paciente tiene 11 meses de edad y se encuentra bien en una familia de acogida, en seguimiento por parte del S. de Nefrología por raquitismo carencial.

## COMENTARIOS

El esqueleto es todavía el sitio más común de lesión del que se obtienen imágenes diagnósticas en niños maltratados, y esto es especialmente cierto en lactantes y niños que empiezan a andar. Por lo que para el diagnóstico de un presunto caso de maltrato son fundamentales las radiografías del esqueleto.

Debe sospecharse si hay múltiples fracturas, en especial las bilaterales, con historias clínicas poco congruentes y de diferentes edades. Podemos encontrar varias lesiones radiológicas de alta especificidad de maltrato, que nos deben hacer saltar la alarma.



# Implantación de la pulsioximetría durante la reanimación neonatal

T. Farfán Orte, M. Y. Ruiz del Prado, J. M. Sánchez Puentes, L. García Fernández, C. Toledo Gotor

Pediatría, Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 70]

## INTRODUCCIÓN

La oxigenación neonatal en el nacimiento ha sido valorada clásicamente de forma clínica mediante el test de Apgar, donde el parámetro «coloración» puede verse influenciado por una gran variabilidad subjetiva. Por ello, la pulsioximetría se propone como método objetivo para la valoración de la oxigenación neonatal, y está incluida en las guías de reanimación.

## OBJETIVOS

El objetivo principal fue la implementación del uso del pulsioxímetro durante la reanimación neonatal y su utilidad clínica. Como objetivo secundario se planteó el estudio de los factores que pueden influir en la saturación de oxígeno al nacimiento, si existía correlación entre la puntuación en el test de Apgar y cada uno de sus ítems con la saturación arterial de oxígeno, la correlación entre la saturación de oxígeno y el pH de cordón al nacimiento y entre el tipo de reanimación neonatal y los valores objetivos de pulsioximetría.

## PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, analítico, observacional y prospectivo en todos los recién nacidos a término, nacidos en nuestro hospital y atendidos por un pediatra de abril a agosto de 2015. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad gestacional, control del embarazo, riesgo infeccioso, frotis vaginorectal de estreptococo, tiempo de rotura de membranas prolongada, antibioterapia, otros cultivos maternos, tipo de parto, riesgo de pérdida de bienestar fetal, características de líquido amniótico, tipo de edad gestacional, día de la semana y turno durante los cuales se recogieron los datos, la adecuación de la recogida de datos y si el paciente ingresó en la Unidad Neonatal. Se obtuvieron las siguientes determinaciones: momento de inicio de lectura, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y temperatura al primer momento de lectura, minuto 5 y 10 de vida, pH de cordón y  $FiO_2$  máxima.

## RESULTADOS

En nuestro estudio la media de la saturación de oxígeno obtenida en la primera determinación fue de 80% (DE  $\pm$  10,86), incrementándose progresivamente hasta obtener a los 5 minutos una satu-

ración media de 86% (DE  $\pm$  11,30) y a los 10 minutos de 92% (DE  $\pm$  8,23). La media de tiempo necesario para la obtención del primer valor de saturación fue de 3,68 minutos (DE  $\pm$  2,66). La media de la saturación en el primer momento de lectura, quinto y décimo minuto fue menor en las cesáreas (78%, 86% y 92%) que en los eutócicos (81, 90 y 94%). Encontramos que los partos con mayor sufrimiento para el neonato (el 17,9% de los partos instrumentales y el 15,1% de las cesáreas) precisaron una reanimación más avanzada (aplicación de oxígeno indirecto, CPAP o PPI), frente al 7,1% de los partos eutócicos que solo precisaron calentar y aspirar secreciones. La saturación de oxígeno fue menor en los neonatos con menor puntuación en el test de Apgar en el minuto 1 y 5. La media de la saturación de oxígeno fue menor en aquellos neonatos que presentaron cifras de pH  $<$  7,20 que en aquellos que tenían un pH  $\geq$  7,20 en los tres momentos de las determinaciones. Se objetivó una tendencia de la media de la saturación y la frecuencia cardíaca en todos los momentos de determinación de ser mayor en los neonatos que no precisaron una reanimación avanzada. La media de saturación de oxígeno en todos los momentos de las determinaciones fue inferior en los neonatos que presentaban datos de mayor sufrimiento fetal (Apgar  $<$  7, pH de cordón  $<$  7,2, FC  $\leq$  100 lpm y  $T^a <$  36 °C). El uso de pulsioxímetro al nacimiento no es una técnica exenta de dificultades, lo que ha conllevado la pérdida de un gran número de datos y que la muestra obtenida sea pequeña. Esto puede influir en que los resultados obtenidos no muestren diferencias estadísticamente significativas.

## CONCLUSIONES

La pulsioximetría podría ser útil como parámetro objetivo de la oxigenación y facilitar la toma de decisiones durante la reanimación neonatal. Su empleo es una medida difícil de implantar y la técnica es dificultosa, sobre todo en los primeros minutos de vida del neonato. Permite valorar la evolución de la saturación de oxígeno, que aumenta progresivamente durante los primeros minutos de vida del neonato, y se relaciona con la frecuencia cardíaca neonatal. Se observa cómo la saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca es inferior en aquellos neonatos que muestran riesgo de pérdida de bienestar fetal como distocia de parto, pH de cordón bajo, Apgar bajo o hipotermia al nacimiento y que precisan reanimación neonatal más avanzada.

# No todo es epilepsia

C. Toledo Gotor, C. García Muro, V. Jiménez Escobar, M. B. Fernández Vallejo, A. García Oguiza, M. L. Poch Olive

Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 71]

## INTRODUCCIÓN

Los eventos paroxísticos son un motivo muy frecuente de consulta en pediatría. Se diferencian dos grandes grupos: epilepsia (1% de la población pediátrica) y trastornos paroxísticos no epilépticos. Hasta un 20% de este segundo grupo es remitido a consultas especializadas para descartar epilepsia de difícil control.

## CASO CLÍNICO

Niño de 17 meses en seguimiento en Nefrología por ectasia piélica bilateral diagnosticada prenatalmente. No ITUs previas. No otros antecedentes de interés.

Acude remitido por su pediatra a Urgencias para descartar patología neurológica tras presenciar en el Centro de Salud un episodio de irritabilidad, hipertonía generalizada e hiperextensión cefálica.

Los padres refieren que desde hace 4 días presenta episodios de irritabilidad extrema, llanto intenso y autolesiones (cabezazos contra el suelo) de aproximadamente 15 minutos de duración. Motivo por el cual consultan ese día en el Centro de Salud.

Estos episodios suelen finalizar con el niño cansado o dormido. Recuperando posteriormente su situación neurológica basal.

Diagnosticado de eritema menor en tratamiento con dexclorfeniramina y prednisona oral durante 10 días. Finalizó tratamiento hace una semana, actualmente asintomático.

Ingresa en la planta de pediatría para observación neurológica estrecha y realización de pruebas complementarias.

- Bioquímica: glucosa, iones, función renal y hepática normales. PCR: negativa.
- Hemograma: normal.
- EEG en vigilia y durante el sueño: normal.

Tras descartar la naturaleza epileptiforme de las crisis, y no habiendo encontrado signos de alarma, se plantea a los padres la posible relación de estos episodios con un hábito de sueño alterado.

Se explica la naturaleza benigna y autolimitada del trastorno de movimientos rítmicos durante el sueño y se recomiendan unas pautas de actuación en domicilio.

## COMENTARIOS

-En nuestro caso, se planteó un diagnóstico diferencial entre epilepsia o trastornos paroxísticos no epilépticos y fue gracias a la reanamnesis detallada y el visionado de vídeos domésticos como se pudo alcanzar el diagnóstico.

-Es posible que el tratamiento prolongado con un fármaco sedante fuese el desencadenante de estos episodios en un niño que previamente tenía un hábito del sueño deficiente.

-Las parasomnias son conductas no deseables que ocurren durante el sueño alterando la cantidad y calidad de este. Para su diagnóstico es fundamental una anamnesis detallada valorando el momento de aparición, la frecuencia, duración, descripción y consecuencias en la calidad de vida.

-El trastorno de movimientos rítmicos relacionados con el sueño se caracteriza por movimientos motores rítmicos, recurrentes y estereotipados que ocurren fundamentalmente en la transición de la vigilia al sueño. Es una entidad benigna y autolimitada que no se considera un trastorno siempre y cuando estos movimientos no interfieran y alteren la calidad del sueño o las actividades diarias.

# Malformaciones pulmonares congénitas, ¿cuál es nuestra casuística?

C. García Muro, C. Toledo Gotor, V. Jiménez Escobar, I. Sáenz Moreno, A. Olloqui Escalona, L. García Fernández

Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2016; 46: 72]

## INTRODUCCIÓN

Las malformaciones pulmonares congénitas tienen una incidencia aproximada de 30 a 42 casos por cada 100.000 habitantes. Las técnicas de imagen prenatal permiten un diagnóstico cada vez más precoz, antes incluso de que den complicaciones clínicas. Aún así, muchas alteraciones pueden no detectarse y diagnosticarse en la infancia o en la edad adulta como consecuencia de infecciones respiratorias o como meros hallazgos casuales en pacientes asintomáticos.

## OBJETIVOS

Revisión de los casos de malformaciones pulmonares congénitas detectadas en nuestro hospital en los últimos 10 años (entre 2006 y 2016).

## PACIENTES Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo en el cual se seleccionaron las historias clínicas de aquellos pacientes pediátricos diagnosticados de malformaciones pulmonares congénitas en nuestro centro, bien prenatal o postnatalmente.

## RESULTADOS

En el período seleccionado se han diagnosticado 9 casos de malformaciones pulmonares congénitas. De ellos, 5 han sido de diagnóstico prenatal y 4 de diagnóstico postnatal. De los casos señalados, 6 correspondían a malformaciones congénitas de las vías aéreas pulmonares (MCVAP), 1 se diagnosticó de quiste bronco-génico, 1 fue catalogado de secuestro pulmonar y hubo 1 caso de enfisema lobar congénito.

## CONCLUSIONES

- Las malformaciones pulmonares congénitas son una entidad poco frecuente a tener en cuenta ante casos de distrés respiratorio neonatal o infecciones recurrentes localizadas.
- Su diagnóstico prenatal permite un tratamiento precoz.
- Generalmente, el tratamiento quirúrgico es la mejor opción, aunque se debe evaluar cada caso de forma individualizada.