

¿Qué sabemos de la fiebre Q?

C. Laliena Oliva, A. Escribano García, L. Gonzalez Gayán, J. Sierra Sirvent

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 25]

INTRODUCCIÓN

La fiebre Q es una entidad poco estudiada en la edad pediátrica. Dado lo inespecífico de su sintomatología y la adecuada resolución del cuadro, son pocos los estudios que versan de ella. A lo largo de los últimos 6 meses se ha objetivado un aumento de serologías positivas para C. Burnetti en nuestro servicio. Decidimos estudiar dichos casos para poder conocer más de cerca esta enfermedad.

OBJETIVOS

Comparar el cuadro clínico, sintomatología y resolución del cuadro de 5 lactantes con serologías positivas para C. Burnetti en los últimos 6 meses. Confirmar dichos estudios serológicos y comparar los hallazgos con la literatura reciente.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se estudió a cinco lactantes ingresados a lo largo de 6 meses por cuadros de infección respiratoria, con serologías positivas para C. Burnetti. Se comparó sintoma-

tología, evolución clínica y resolución. Se estudió así mismo serologías posteriores para confirmar mediante la IgG los títulos de IgM positivos obtenidos durante el ingreso para C. Burnetti.

RESULTADOS

A pesar de lo concordante del cuadro clínico e incluso algunos aspectos de la epidemiología, en comparación con la literatura reciente, la confirmación serológica de las IgG resultó negativa en todos los casos.

CONCLUSIONES

Como conclusión, conocer las características de la fiebre Q en la edad pediátrica a pesar de lo inespecífico de la misma. Tener en cuenta que la fiebre Q en niños es generalmente autolimitada y no complicada, y que por tanto, el hallazgo en un contexto clínico como el presentado, con una serología IgM discretamente positiva, ha de hacernos reflexionar acerca de si es importante como problema clínico y si una extracción posterior de confirmación es obligada.

Lactante con encefalopatía aguda

R. Úbeda Trujillo, Y. Tormo Sempere, R. Pérez Delgado, E. Castejón Ponce, J. P. García Iñiguez, A. García Oguiza, A. Olloqui Escalona

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, y Hospital San Pedro de Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 25]

INTRODUCCIÓN

El Síndrome del lactante zarandeado es un diagnóstico complejo con importantes consecuencias clínicas y médico-legales. Es importante que los pediatras lo conozcan y se lo planteen ante lactantes con encefalopatía aguda de causa no aclarada. Se caracteriza por la triada de encefalopatía aguda, alteraciones intracraneales y retinianas, aunque ninguna de estas es patognomónica.

CASO CLÍNICO

Lactante de 4 meses que acude a su centro de salud de Logroño en estado de desconexión del medio e hipotonía sin desencadenante claro. Ante esta clínica es derivado al hospital, donde se realiza TAC craneal urgente evidenciándose hemorragia intracraneal. Al objetivarse Glasgow de 7, es intubado y trasladado al hospital Miguel Servet, para ingreso en UCI pediátrica.

Durante su ingreso se realiza fondo de ojo objetivándose hemorragias retinianas, drenaje de higromas ante clínica de hipertensión intracraneal y control electroencefalográfico. Posteriormente, tras estabilización clínica, se traslada a planta donde se completa estudio con serie ósea y gammagrafía esquelética, constatándose fracturas costales y en ambos radios. Actualmente, presenta como secuelas encefalopatía epiléptica de mal control y ceguera.

COMENTARIOS

Con este caso queremos destacar la importancia de completar el estudio de estos pacientes con serie ósea esquelética, por la implicación médico-legal que esto conlleva.

Además, consideramos importante fomentar medidas de prevención desde atención primaria, ya que aunque en nuestro caso se sospechó maltrato, no siempre el zarandeo implica intención de dañar.

Percepción de hábitos nutricionales saludables en una muestra de niños de Educación Primaria de Huesca

N. González García⁽²⁾, V. Rodríguez Campodarve⁽¹⁾, M^a L. Sancho Rodríguez⁽¹⁾, G. Rodríguez Martínez⁽³⁾, I. Marqués Lopes⁽²⁾, M. Fajo Pascual⁽²⁾, J. Fuertes Fernández-Espinar⁽²⁾

⁽¹⁾ Centro de Salud Perpetuo Socorro,

⁽²⁾ Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte. Grado de Nutrición Humana y Dietética. Universidad de Zaragoza,

⁽³⁾ Facultad de Medicina Universidad de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 28]

INTRODUCCIÓN

En Huesca, un grupo de investigación formado por profesores de la Facultad de Nutrición y pediatras del Centro de Salud Perpetuo Socorro ha valorado la prevalencia de sobrepeso y obesidad y la calidad de los hábitos nutricionales en una muestra de más de 400 niños de 2º, 3º y 4º de primaria, en tres colegios públicos de la ciudad en el 2007 y en el 2017. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad han aumentado en el 2017 respecto al 2007. El sobrepeso del 23,5% al 25,7% y la obesidad del 9,1% al 12,4%. Así como el incumplimiento de las recomendaciones de la ingesta de alimentos. Las frutas y verduras del 78,1% al 96,1% y los lácteos del 43,8 % al 55,7%. Reportándose diferencias significativas en ambos períodos entre la población autóctona y la minoría étnica.

Hasta ahora, los estudios realizados se han centrado principalmente en los hábitos de consumo que los niños adquieren y desarrollan a lo largo de la infancia. Existiendo muy pocos trabajos de la percepción de los niños en relación con los hábitos dietéticos saludables y si la decisión de consumir un tipo de alimentos u otros está influenciada por su percepción o por otros factores externos a su conocimiento.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio, ha consistido en determinar los patrones de percepción de ciertos alimentos y hábitos saludables, analizando las diferencias entre los niños autóctonos y los de minorías étnicas (inmigrantes/etnia gitana). Describir los alimentos más consumidos en el desayuno. Valorar la percepción sobre las bebidas más saludables, su consumo habitual y los alimentos percibidos como saludables en la merienda.

PACIENTES Y MÉTODO

El estudio que se presenta es de carácter descriptivo, observacional y transversal, en el que se describen los patrones de percepción de ciertos alimentos y hábitos saludables de la población diana. En este estudio se toma como muestra a niños de educación primaria, siendo encuestados, con un cuestionario diseñado específicamente, un total de 335 alumnos de segundo, tercer y cuarto curso escolarizados en tres colegios públicos de Huesca. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS.

RESULTADOS

En líneas generales, la percepción de consumo de nuestro estudio ha resultado muy adecuada respecto a los alimentos de alta calidad, tanto en el grupo autóctono como en las minorías étnicas. Se ha percibido en ambos grupos como saludable la ingesta diaria de frutas y hortalizas y lácteos. Al separar por categorías, en la población gitana e inmigrante se han observado algunas diferencias en la percepción de bebidas azucaradas, alimentos óptimamente considerados para incluir en la merienda y ciertos hábitos saludables.

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo demuestra que los niños adquieren una percepción muy adecuada en relación con los patrones de alimentación y hábitos saludables, que no se corresponden con los de consumo, y que para mejorar este, tendremos que desarrollar programas que incidan especialmente en mejorar los hábitos familiares.

Recién nacido con genitales no diferenciados: ¿en qué debemos pensar?

R. Hernández Abadía, V. Fernández Ventureira, A. de Arriba Muñoz, M. Ferrer Lozano, J. I. Labarta Aizpún

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 27]

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia suprarrenal congénita clásica, que afecta a 1 recién nacido por cada 15.000, está producida en más del 90% de los casos por mutaciones del gen CYP21A2, que producen un defecto de la enzima 21-hidroxilasa, encargada de convertir la 17-OH-progesterona en 11-desoxicortisol.

Se diagnostica por insuficiencia adrenal con o sin síndrome pierde-sal en el período neonatal o los primeros meses de vida. Además, produce una virilización de genitales, que en niñas puede causar una no diferenciación genital.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un recién nacido con genitales no diferenciados. Las ecografías prenatales fueron normales e informaban de un feto varón hasta la semana 37, cuando se comunicó la posible existencia de unos genitales no diferenciados. A la exploración al nacimiento, se observan: escroto pigmentado con rugosidades sin gónadas en su interior; micropene con orificio en la punta que también podría tratarse de un clítoris hipertrófico y región perianal pigmentada. No se palpan gónadas en trayectos inguinales. Todo ello corresponde a un estadio de virilización 4-5 de Prader. La ecografía muestra útero

y ovarios (con quiste anexial izquierdo de unos 4 cm) y glándulas suprarrenales hiperplásicas. En el cribado neonatal destaca una 17-OH-progesterona de 458 nmol/L. En la analítica realizada a los 4 días de vida se objetiva elevación de 17-OH-progesterona (273.45 ng/mL), de los andrógenos suprarrenales (S-DHEA 61.5 mcg/mL, androstenediona 159 ng/mL, testosterona 9.09 ng/mL) y del estradiol (37 pg/mL) con disminución de aldosterona y de cortisol (798 pg/mL y 3.2 mcg/dL respectivamente) y ACTH elevada, de 299 pg/mL. El cariotipo es 46 XX. Por todo ello, se diagnostica de hiperplasia suprarrenal congénita forma grave por déficit de 21-hidroxilasa con virilización de genitales y se inicia tratamiento con hidrocortisona, fludrocortisona y sal. El estudio genético pone de manifiesto la presencia de 3 mutaciones del gen CYP21A2, compatibles con una forma grave de la enfermedad, la variante c.293-13C>G en homocigosis con configuración trans y la variante c-332_339del en heterocigosis. A los 18 meses de vida se realiza cirugía de los genitales externos.

COMENTARIOS

Se trata de un caso típico de hiperplasia suprarrenal congénita clásica grave por déficit de 21-hidroxilasa con virilización importante, estudio genético confirmativo y adecuada evolución.

Mi niño cojea ¿debo preocuparme?

L. Belenguer Pola, E. Borque Navarro, N. Dadlani Dadlani, D. Pestana Gallardo, M^a C. Navarro Zapata

Hospital Clínico Universitario. Centro de Salud Miralbueno

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 28]

INTRODUCCIÓN

La cojera en el niño es un motivo frecuente de consulta que a veces constituye un desafío diagnóstico. La mayoría son benignas y autolimitadas, aunque en algunos casos pueden precisar estudios específicos y atención especializada.

En los tres casos que presentamos el motivo de consulta fue una alteración en la marcha, pero el diagnóstico fue muy diferente en cada uno de ellos.

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso clínico de sinovitis transitoria de cadera.

Un segundo caso que tras sospecha inicial de artritis séptica de rodilla finalmente fue diagnosticado de artritis idiopática juvenil.

El tercer caso presenta cojera de cuatro semanas de evolución y una radiografía con imagen lítica en fémur en el que se planteó el diagnóstico diferencial de osteosarcoma y, sin embargo, finalmente fue diagnosticado de displasia ósea.

COMENTARIOS

La mayoría de las veces la cojera en un niño es benigna y autolimitada.

Las causas pueden ser desde un microtraumatismo por zapatos nuevos hasta tumores o infecciones graves.

Una buena historia clínica y exploración pueden orientar el diagnóstico.

Pocas veces es necesario recurrir a exploraciones complementarias.

Desafíos en el tratamiento de la causticación esofágica infantil: a propósito de un caso

P. Salcedo, R. Fernández, P. Bragagnini, A. Siles, C. Domínguez, J. Pisón, Y. González, C. Corona

Hospital Universitario Miguel Servet

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 28]

INTRODUCCIÓN

La ingesta de cáusticos es cada vez más infrecuente, habitualmente en varones de 1 a 3 años. Los alcalinos producen necrosis licuefactiva de las mucosas. La sintomatología no se correlaciona con la severidad. La disfagia es el síntoma más común. En el manejo inicial no se recomienda: provocar el vómito, lavados gástricos o usar carbón activado. Se recomiendan IBPS y resulta controvertida la antibioterapia profiláctica. En el paciente sintomático se realiza una Endoscopia Digestiva Alta (EDA) para evaluar daños entre 6 horas y 4 días tras la causticación; en lesiones de grado 2A está indicada la reevaluación radiológica a las 2-3 semanas. Sobre las complicaciones tardías, la estenosis aparece en un 57%.

CASO CLÍNICO

Varón de 2 años acude a Urgencias por ingestión de sosa cáustica granulada.

EF: labios y lengua edematosos. Lesiones necróticas bucales, sialorrea, que precisa ingreso en UCI.

A las 12 h. se realizó EDA, evidenciando lesiones importantes en orofaringe, lesiones tipo 2B en tercio superior de esófago y 2A en tercio medio y distal incluyendo cardias.

En el esofagograma se observa disminución del calibre en el esófago cervical y torácico alto (posible estenosis).

Al 3^{er} mes nueva EDA, el S^o Otorrino realiza la apertura de sinequias supraglóticas, se tutoriza el esófago evidenciando estenosis a 13 cm de la arcada y se realiza colocación de gastrostomía.

Se están realizando dilataciones seriadas semanales.

COMENTARIOS

Las causticaciones esofágicas son poco frecuentes, de gran morbilidad, de difícil y prolongado tratamiento. En casos graves pueden precisar de dilatación y hasta de sustitución esofágica.

Cuando las cosas no salen como uno espera

M. Marín Andrés, I. Gil Hernández, A. L. Martínez de Morentin, P. Madurga Revilla,
M. M. Domínguez Cajal, J. P. García Iñiguez

Hospital Universitario Miguel Servet

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 29]

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones de la columna vertebral constituyen un grupo de anomalías polimorfas. El tratamiento ortopédico y neuroquirúrgico depende de la gravedad de la afectación clínica.

CASO CLÍNICO

Lactante de 22 meses con antecedente de alteración en la formación y segmentación de los cuerpos vertebrales cervico-dorsales. Inicia a los 21 meses parálisis braquial derecha decidiéndose intervención consistente en colocación de un halo de tracción cervical y realización de artrodesis vertebral en un segundo tiempo. Ingresa en UCI tras colocación de halo cervical y amés torácico para manejo inicial del dolor. A las 24 horas presenta episodio de desconexión del medio con acidosis respiratoria grave que requiere conexión a ventilación mecánica invasiva. Se retira halo cervical y se afloja amés torácico presentando mejoría de la ventilación. A las 48 horas se recoloca halo cervical, se retira amés torácico y se coloca tracción cervical con peso. En los días siguientes precisa intensificar sedoanalgesia por dolor. A los 9 días se completa la intervención quirúrgica realizando artrodesis cervical. Regresa a UCI habiendo retirado tracción cervical con peso, recolo-

cando amés torácico y manteniendo halo cervical. A los 14 días de ingreso presenta cuadro séptico precisando reintubación y conexión a ventilación mecánica invasiva. A las 48 horas del inicio del cuadro séptico presenta insuficiencia hepática aguda. Se retira amés ante sospecha de etiología isquémica por compromiso mecánico con rápida mejoría. Tras extubación a los 9 días presenta de nuevo fracaso respiratorio precisando reintubación. Se sospecha parálisis diafragmática derecha secundaria a la cirugía, que se confirma posteriormente. En las siguientes semanas ante dificultad para retirar ventilación mecánica invasiva de forma definitiva asociado a la presencia de una causa justificable de insuficiencia respiratoria y tratarse de una paciente de difícil intubación se realiza traqueostomía.

COMENTARIOS

El episodio de encefalopatía y acidosis respiratoria grave que presenta a las 24 horas del ingreso se considera debido a la hipercapnia secundaria a hipoventilación por la limitación extrínseca de la caja torácica por el amés torácico. En la etiopatogenia del fallo hepático agudo de origen isquémico se cree que participan el bajo gasto cardíaco por el cuadro séptico y la disminución del flujo sanguíneo hepático secundario a la compresión por el amés torácico.

Cuadro malabsortivo en paciente pediátrico

A. L. Martínez de Morentin Navarcorena, M. Marín Andrés, M. Clavero Adell,
P. Rubio Sánchez, I. Ros Arnal, R. García Romero

Hospital Universitario Miguel Servet

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 30]

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia intestinal en pediatría es una condición compleja, definida como la incapacidad del intestino para absorber una cantidad adecuada de líquidos y nutrientes para mantener un adecuado estado nutricional, ya sea debido a una alteración anatómica o funcional. A continuación, vamos a presentar el caso de una paciente con síndrome malabsortivo en seguimiento en consulta de Gastroenterología pediátrica.

CASO CLÍNICO

Lactante de 9 meses de edad que es controlada en consulta de Gastroenterología por síndrome de intestino corto y displasia neuronal intestinal tipo B. Como antecedentes personales destacan: embarazo controlado, diagnosticada de retraso de crecimiento intrauterino, parto mediante cesárea en Suiza a las 30 + 3 SEG por preeclampsia materna. Peso de recién nacida de 890 gramos. Antecedente de íleo meconial, por lo que es intervenida en dos ocasiones. A los 7 días de vida es intervenida por enterocolitis necrotizante con realización de ileostomía. Tras llegar a España con 4 meses de edad, la paciente presenta episodios suboclusivos que precisan de 3 inter-

venciones más. Se diagnostica mediante histología de displasia intestinal tipo B, patología que ocasiona suboclusiones intestinales, por lo que se mantiene con ileostomía de descarga y catéter central para nutrición parenteral. Requiere para su crecimiento de nutrición parenteral completa, que no ha podido retirarse en ningún momento debido al alto débito fecal por ostomía, además de alimentación oral con fórmula elemental por alergia a proteína de leche de vaca no IGE mediada.

Actualmente se trata de una lactante de 9 meses de edad que precisa de nutrición parenteral domiciliaria durante 16 horas al día consiguiendo una ganancia ponderal progresiva constante.

COMENTARIOS

En pacientes pediátricos con malabsorción intestinal e insuficiencia intestinal, la intervención nutricional se dirige a contrarrestar los efectos de la malabsorción. La nutrición parenteral de forma domiciliaria ha conseguido poder normalizar la vida de estos pacientes, que no consiguen mediante alimentación oral digerir y absorber los nutrientes para su correcto desarrollo, obteniendo un impacto muy positivo en la calidad de vida de los niños y de sus cuidadores.