



## 9º Encuentro de Residentes celebrado el 22 de marzo de 2018 en Zaragoza



# Coleccionando gérmenes

A. Lamarca Irisarri, T. Cenarro Guerrero, C. García Vera

CS José R Muñoz Fernández (Sagasta). Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 24]

## INTRODUCCIÓN

Tanto el estreptococo como el virus de Epstein Barr (VEB) son causas de faringoamigdalitis aguda en pediatría. Presentamos dos casos clínicos de nuestra consulta, que presentaron coinfección por ambos patógenos, una revisión bibliográfica sobre su etiopatogenia y posibles complicaciones derivadas.

## CASO CLÍNICO

El primer caso trata de una paciente de 5 años afecta de cefalea, fiebre elevada y malestar general de 36 horas de evolución. Presentaba faringe hiperémica y hepatomegalia. Se confirmó infección activa por virus de Epstein Barr mediante determinación serológica. A las 48 horas acudió para revaloración, destacando empeoramiento del estado general, disfagia importante y aspecto estreptocócico de la faringe (enantema petequiral y úvula congestiva). Realizamos test rápido para estreptococo, que fue positivo. Se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina a 50 mg/kg/día, con mejoría del cuadro en las siguientes 48 horas.

El segundo caso trata de una paciente de 13 años con febrícula y malestar general de dos días de evolución. Presentaba hiperemia faríngea, adenomegalias cervicales bilaterales e hipertrofia amigdalar con exudados pultáceos. Realizamos el test rápido para estreptococo, que fue negativo. La serología del virus de Epstein Barr resultó positiva, por lo cual se orientó el cuadro como mononucleosis

infecciosa. En el seguimiento a las 48 horas, destacaba empeoramiento del estado general y de la fiebre. Recogimos frotis faríngeo para cultivo, que fue positivo para *Streptococcus anginosus* (estreptococo  $\beta$ -hemolítico formador de colonias pequeñas), por lo que se inició antibioterapia empírica con amoxicilina a 50 mg/kg/día, con buena evolución.

## COMENTARIOS

El estreptococo del grupo A (GAS) coloniza la faringe de un 20% de niños sanos, por lo que la coinfección con VEB es frecuente. Uno de los favorecedores es la influencia de GAS sobre el ciclo vital del VEB. Algunos estudios muestran mayor eliminación de VEB en la saliva de portadores de GAS que en no portadores, mediante medición de BZLFI, gen desencadenante de la replicación de VEB. Existen también publicaciones que analizan los efectos de la coinfección, desarrollando cuadros como glomerulonefritis, disfunción ventricular izquierda, síndrome de Kawasaki o shock tóxico.

El manejo de la faringoamigdalitis en la edad pediátrica en atención primaria se centra en distinguir entre causa bacteriana/vírica para decidir entre un tratamiento sintomático o antibioterapia (sobre todo para evitar complicaciones futuras, como la fiebre reumática). Intentamos enfatizar la importancia del seguimiento de estos pacientes, ya que aunque inicialmente clasifiquemos el cuadro como vírico o bacteriano, ambos no son excluyentes entre sí, lo que puede modificar nuestra actitud terapéutica.

# La vida secreta de la tos

I. Baquedano Lobera, P. Rubio Sánchez, J. Hidalgo Sanz, V. Fernández Ventureira, E. Sáez de Adana Pérez

CS Valdespartera-Montecanal

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 25]

## INTRODUCCIÓN

La tosferina es una infección respiratoria caracterizada por tos paroxística emetizante y/o cianosante, con gallo inspiratorio. La evolución incluye: período de incubación (5-21 días), fase catarral (1-2 semanas), período paroxístico (2-6 semanas), y fase de convalecencia (2-3 semanas). La transmisión es por vía aérea, y el periodo de contagio va del primer síntoma catarral hasta 3 semanas después del inicio de la tos paroxística. La PCR en secreciones rino-faríngeas es el test diagnóstico más rápido y eficiente, y el tratamiento de elección son los macrólidos.

## CASO CLÍNICO

Presentamos un brote de tosferina con 9 casos (8 probables y 1 confirmado), con edades entre 4 y 89 años, y significativa dispersión geográfica. Se confirmó *Bordetella pertussis* por PCR en un individuo correctamente vacunado

(última dosis 3 años antes). Destaca la importancia de investigar la existencia de tosedores en el entorno de los casos para detener la transmisión.

## COMENTARIOS

La tosferina constituye un importante problema mundial de salud pública, causando 20-40 millones de infecciones y 200.000-400.000 muertes anuales, la mayoría en niños. En los países con alta cobertura vacunal ha habido un cambio epidemiológico, ocurriendo más del 50% de los casos en adolescentes y jóvenes, que constituyen el reservorio principal de la enfermedad. Un 25% de los casos ocurren en lactantes que no han sido vacunados o lo han sido parcialmente.

La protección frente a tosferina es limitada (4-20 años tras infección natural y 4-7 años tras vacunación). La eficacia de las vacunas acelulares actuales (DTPa) se estima del 71-85% para prevenir la enfermedad.

# Al niño se le para el corazón

J. M. Romero de Ávila Montoya, L. Jiménez Royo, M. P. Moreno Santos, C. L. Trujillano Lidon, J. M. Mengual Gil

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Centro de Salud Delicias sur. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 25]

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brugada es una canalopatía autosómica dominante con expresividad variable, de predominio en varones. Genéticamente se relaciona con mutaciones en *SCN5A*, *SCN*, *SCN10A*, *KCNE3* entre otras. Condiciona alteraciones en canales iónicos que reducen los potenciales de acción cardiacos condicionando una clínica de síncope recurrentes y arritmias en reposo o con picos febriles que pueden desencadenar en muerte súbita. El diagnóstico es clínico y electrocardiográfico, descartando diagnósticos alternativos.

## CASO CLÍNICO

Niño de 8 años que acude al centro de salud por «parada de corazón». La familia refiere ideas obsesivas con este tema. Como antecedentes presenta epilepsia en tratamiento con Keppra y una mutación de novo en el gen *KCND3* encontrada durante el estudio de la epilepsia. El

paciente presenta una exploración física sin alteraciones reseñables. En la historia clínica presenta un EEG realizado mediante privación de sueño: «sin traducción electro-clínica evidente». Un test farmacológico con ajmalina negativo y un ecocardiograma sin alteraciones estructurales. En el electrocardiograma realizado se observan alteraciones aparentes que ocasionan la derivación al centro de referencia.

## COMENTARIOS

Con el fin de minimizar errores en la lectura de electrocardiogramas se han de seguir una lectura sistemática asegurándose una correcta calibración del aparataje previo a la realización. Una vez detectados los patrones característicos de esta enfermedad se han de diferenciar entre patrón o síndrome de Brugada en función de la presencia o ausencia de clínica, derivando al paciente al centro de referencia donde valorarán la implantación de desfibrilador automático como prevención de eventos cardiacos fatales.

# No todo van a ser virus y bacterias

---

C. L. Trujillano Lidón, L. Jiménez Royo, M. P. Moreno Santos, M. Romero de Ávila Montoya, O. Rubio, J. M. Mengual Gil

HCU Lozano Blesa y Centro de Salud Delicias Sur

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 26]

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes que tienen una enfermedad autoinflamatoria sufren episodios de inflamación sistémica y fiebre por una mala regulación de la inmunidad innata. Dentro de este grupo de enfermedades tenemos el síndrome FPAPA, cuyo cuadro clínico consiste en episodios de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenopatías cervicales. Es característico en pacientes entre los 2 y 5 años de edad. Su patogenia es desconocida y no se ha hallado una base genética aunque existe agregación familiar. Para su diagnóstico se deben cumplir los criterios de Marshall. A nivel analítico observamos leucocitosis con neutrofilia y elevación de proteína C reactiva. Los pacientes se encuentran asintomáticos entre los episodios, que son cada vez más espaciados hasta desaparecer. Su tratamiento es la prednisona vía oral a 1 mg/kg.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 15 meses de edad que presenta episodios de fiebre elevada recurrente y cuya madre y hermana mayor han padecido síndrome FPAPA en la infancia. La paciente presentó 5 episodios febriles en el primer año de vida, dos de ellos acompañados de exudado amigdalár blanquecino y con Streptotest negativo. Se realizó control analítico y prueba terapéutica con estilsona, a la que respondió quedando asintomática en 24 horas. A nivel analítico observamos leucocitosis con neutrofilia y una PCR de 7 mg/dl. En los años posteriores los episodios han ido espaciándose.

## COMENTARIOS

En la mayoría de los casos la fiebre está asociada a episodios infecciosos banales, pero en un pequeño porcentaje es preciso realizar un diagnóstico diferencial entre neoplasias, enfermedades autoinmunes, inmunodeficiencias.

# Prurito vulvar en niña prepúber

---

P. Rubio Sánchez, J. Hidalgo Sanz, V. Fernández Ventureira, I. Baquedano Lobera, C. Villanueva Rodríguez, P. Lobera Navaz

Centros de Salud Torrero-La Paz y Bombarda, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 26]

## INTRODUCCIÓN

La vulvovaginitis es la patología genital más frecuente en niñas prepúberes. La mayoría son inespecíficas y curan con tratamiento sintomático. Sin embargo, ante vulvovaginitis de repetición y refractarias, debemos descartar otras causas.

## CASO CLÍNICO

Niña de 8 años con vulvovaginitis de repetición que no mejora con tratamiento sintomático. Se hace despistaje de otras etiologías, descartando abusos, infecciones específicas y oxiuros, pues una vez tratados de forma adecuada persiste la clínica, en la que predomina el prurito. En los primeros episodios, en la exploración se aprecia únicamente eritema vulvar. Sin embargo, posteriormente se visualizan lesiones purpúricas, erosiones, placas blanquecinas y una hipopigmentación que engloba región vulvar y perianal dando una imagen característica en 8. Ante este cuadro se hace diagnóstico de liquen escleroso vulvar. Se trata de una

dermatosis inflamatoria crónica de etiología desconocida, que afecta a la región anogenital predominantemente. Suele afectar a niñas prepúberes o mujeres posmenopáusicas. Se caracteriza por lesiones que evolucionan a atrofia y retracciones pudiendo causar alteraciones estructurales como sinequia de labios menores, disminuyendo así el tamaño del meato urinario o introito vaginal. Precisa tratamiento inicial con corticoides tópicos de alta potencia, con pauta de mantenimiento posteriormente. Dos tercios de los casos infantiles mejoran al llegar la menarquia, pudiendo cronificarse en el resto.

## COMENTARIOS

Destacar la importancia de un diagnóstico precoz, puesto que el inicio del tratamiento corticoideo, además de mejorar la sintomatología, mejora la evolución de la enfermedad, pudiendo prevenir las complicaciones irreversibles que interfieren en la calidad de vida de la paciente.

# Un pasajero de más

M. P. Moreno Santos, L. Jiménez Royo, J. M. Romero de Ávila Montoya, C. L. Trujillano Lidón, J. Mengual Gil

Centro de Salud Delicias Sur. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 27]

## INTRODUCCIÓN

La malaria es una enfermedad causada por un protozoo del género *Plasmodium*, con gran impacto a nivel mundial por su alta morbilidad-mortalidad en niños menores de 5 años. La mayoría de casos son procedentes de África Subsahariana y en el 2011 se reportaron en España 505 casos de paludismo importado. Causan enfermedad en el humano cuatro géneros: *falciparum*, *vivax*, *ovale* y *malariae*.

El *P. vivax* y *ovale* presentan formas latentes (hipnozoitos) que se localizan a nivel hepático, causando recidivas en semanas o meses después la primoinfección.

## CASO CLÍNICO

Niño de 6 años acude a centro de salud por cuadro febril de 72 horas asociado a vómitos y cuadro catarral. Como antecedente viaje a Guinea Ecuatorial 3 meses antes y recibió quimioprofilaxis con Malarone® durante su estancia. No otros antecedentes destacables.

A la exploración física destaca algo de palidez en mucosas y leve dolor a la palpación en marco cólico izquierdo.

Por el antecedente de viaje, se envía al hospital donde se realiza ESP con visualización de parásitos intraeritrocitarios de género *Plasmodium*, con gota gruesa positiva para *Plasmodium vivax* y parasitemia <1%.

Se inicia antipalúdicos (cloroquina y posteriormente eurtartesim®) con adecuada respuesta. Tras el alta y completando estudio para déficit de Glucosa 6-fosfato se inicia primaquina.

## COMENTARIOS

La enseñanza de este caso es sospechar malaria en paciente con fiebre que procedan de zona endémica, incluso con antecedente de exposición de varios meses atrás. La gota gruesa y pruebas rápidas sirven para el diagnóstico aunque puede haber falsos negativos en bajas parasitemias. Los hipnozoitos no se detectan en las técnicas actuales de inmunodiagnóstico y son resistentes a la quimioprofilaxis, se erradican con el uso de primaquina. No olvidar que la malaria se cobra la vida de miles de niños alrededor del mundo y nuestro deber es sospecharla para iniciar un tratamiento precoz.

# Abordaje del paciente síndrome de Down en Atención Primaria

J. Hidalgo Sanz, I. Baquedano Lobera, V. Fernández Ventureira, P. Rubio Sánchez

Hospital Universitario Miguel Servet

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 27]

## INTRODUCCIÓN

En Atención Primaria una parte de nuestro tiempo lo dedicamos a actividades de prevención y promoción de la Salud en los niños, pero tenemos que tener en cuenta que existen pacientes con patologías especiales y factores de riesgo que hacen que tengamos que hacer un abordaje individualizado de las mismas. Y el niño con síndrome de Down es un ejemplo.

## CASO CLÍNICO

Recibimos en nuestra consulta por primera vez a un varón de 10 años con síndrome de Down, proveniente de otra comunidad autónoma. Realizamos la visita de acogida y evaluamos las actividades preventivas realizadas anterior-

mente y las pendientes por realizar en cada uno de los apartados más relevantes en cuanto a su salud, en función de la enfermedad que padece, basándonos en las guías y evidencias científicas más recientes: desarrollo psicomotor y pondoestatural, cardiológico, endocrino, oftalmológico, odontológico, traumatológico y calendario vacunal.

## COMENTARIOS

Este caso clínico pretende servir como ejemplo y guía de actuación frente a un paciente con síndrome de Down que acuda a nuestras consultas, puesto que cada año disminuye la incidencia de esta patología debido al diagnóstico prenatal y no podemos olvidar realizar una asistencia integral del paciente, en todas sus esferas.

# No puedo correr... siguiendo el hilo

---

M. García Ventura, M. I. Moneo Hernández, M. Sarvisé Mata, A. de Arriba Muñoz

Centro de Salud Las Fuentes Norte, Zaragoza. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 28]

## INTRODUCCIÓN

Una anamnesis y exploración física minuciosas ayudan a detectar signos y síntomas que pueden pasar desapercibidos. Se presenta el caso de una adolescente en la que se objetiva taquicardia durante la exploración en la consulta de Atención Primaria.

## CASO CLÍNICO

Niña de 14 años que consulta por tos y dificultad respiratoria durante el ejercicio. Exploración física anodina destacando frecuencia cardíaca de 120 lpm. La sospecha inicial es de asma inducida por el ejercicio, ante antecedentes de alergia y familiar de primer grado con asma. Se realiza espirometría basal que resulta normal, y test de ejercicio no válido por cuadro vagal con palpitaciones con electrocardiograma a ritmo sinusal con frecuencia de 150 lpm. Se solicita analítica sanguínea con hemograma, bioquímica, función hepática y cortisol normales, con función

tiroidea alterada, TSH  $<0,02\mu\text{UI/mL}$ , T4I 4,08ng/dL y anticuerpos antitiroglobulina, antiperoxidasa y antiReceptor de TSH positivos, diagnosticándose de hipertiroidismo. Se deriva a Endocrinología Pediátrica iniciándose tratamiento con metimazol y propranolol. Se realiza ecografía de tiroides apreciándose bocio multinodular y confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Graves-Basedow.

## COMENTARIOS

El hipertiroidismo es infrecuente en la infancia y adolescencia, siendo más frecuente en mujeres. En el 95% de los casos se debe a la enfermedad de Graves-Basedow, en la cual son característicos los anticuerpos del receptor de TSH. Aparecen síntomas clásicos de hipertiroidismo y bocio en el 98%. El diagnóstico se basa en la clínica, función tiroidea alterada y anticuerpos positivos. El tratamiento de elección son los antitiroideos asociados inicialmente a betabloqueantes. En segunda línea quedarían el I131 y la cirugía.

# Una imagen vale más que mil anamnesis

---

V. Fernández Ventureira, J. Hidalgo Sanz, P. Rubio Sánchez, I. Baquedano Lobera, T. Cenarro Guerrero

CS José R Muñoz Fernández (Sagasta). Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 28]

## INTRODUCCIÓN

En Medicina, existen muchas patologías con baja prevalencia en la población en las que solo se piensa si alguna vez se ha oído hablar de ellas. La descripción de los casos clínicos expuestos pretende difundir el conocimiento de alguna de estas entidades entre los pediatras. Esta es la situación de trastornos como el síndrome de Frey, la dermatitis numular, el panadizo herpético, el nevus de Sutton o el síndrome del cabello impeinable, en el que se profundiza a continuación.

## CASO CLÍNICO

Niño de 2 años de edad que tras un corte de pelo en la peluquería presenta un cambio en el color y aspecto del mismo, volviéndose seco, erizado, despegado y resistente al alisado, adquiriendo una tonalidad rubia o plateada. Se trata

del síndrome del cabello impeinable, enfermedad rara manifestada en la infancia, caracterizada por una alteración del aspecto del cuero cabelludo, sin afectar a la cantidad, crecimiento o fragilidad. El diagnóstico es clínico, pero en microscopía electrónica se observa un aspecto transversal triangular o un surco longitudinal característico a través de todo su recorrido. Su evolución es benigna y autolimitada, no precisando tratamiento, aunque se ha empleado champú de piritiona de zinc con discreto resultado. Puede estar asociado a catarata juvenil, displasias ectodérmicas o anomalías óseas.

## COMENTARIOS

Existen múltiples patologías de baja frecuencia cuyo conocimiento permite la menor realización de pruebas complementarias innecesarias o la aplicación de tratamientos no efectivos. En ello radica la importancia de su difusión entre compañeros para mejorar la práctica clínica.

# Enfermedad inflamatoria intestinal en Atención Primaria

L. Lahílla, I. Mirallas, M. Amiguet, I. Ros, R. García, L. Escartín, T. Arana

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 29]

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es un conjunto de trastornos crónicos con brotes de actividad inflamatoria. Incluye la enfermedad de Crohn (EC), la colitis ulcerosa (CU) y la colitis indeterminada (CI). En los últimos años se ha producido un importante aumento de la incidencia de EII en edad pediátrica. Además, la EII en el niño tiene peculiaridades clínicas y psicosociales, ya que los niños pueden desarrollar complicaciones únicas, como puede ser retraso del crecimiento y en la pubertad. El retraso en el inicio del tratamiento implica una menor respuesta al mismo y una evolución hacia una mayor gravedad, por lo que es muy importante realizar un diagnóstico precoz. El diagnóstico en la edad pediátrica puede resultar muy difícil por la falta de datos de laboratorio específicos y porque la clínica inicial es muy inespecífica pudiéndose confundir con otras patologías.

Debemos sospechar una EII desde Atención Primaria cuando nos encontremos antes síntomas como dolor abdominal, diarrea (diurna y nocturna), rectorragia, moco en heces, tenesmo rectal, urgencia defecatoria, patología perianal, anemia, mala ganancia ponderal, retraso en el crecimiento u otras manifestaciones sistémicas como fiebre, dolor articular, pérdida de peso, u osteoporosis. No es necesaria la presencia de todos los síntomas, pueden presentar únicamente uno de ellos.

Ante una sospecha de EII en la consulta de Atención Primaria se debería realizar una anamnesis completa y detallada junto con una exploración física exhaustiva, además de solicitar las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación, reactantes de fase aguda (VSG, PCR y ferritina), metabolismo de hierro, coproculti-

vo, parásitos en heces y sangre oculta en heces. La calprotectina se solicitaría como prueba de 2º nivel. Discrimina entre patología orgánica y funcional ya que detecta inflamación. Es muy sensible pero muy poco específica, ya que aumenta ante la inflamación intestinal de cualquier causa. En Atención Primaria no hay experiencia de su sensibilidad y especificidad para el diagnóstico dada la menor prevalencia por lo que debe utilizarse con precaución.

El proceso diagnóstico completo (ya desde un centro de atención especializada) debería incluir realización de una colonoscopia completa con ileoscopia, una endoscopia digestiva alta, biopsias múltiples de todos los trayectos explorados, y exploración completa del intestino delgado.

El tratamiento de la EII se instaurará desde el centro de atención especializada. Incluye nutrición enteral exclusiva o tratamiento farmacológico con aminosalicilatos, corticosteroides, inmunosupresores, terapias biológicas y antibióticos. Y en ocasiones se puede requerir cirugía.

Ejemplos de pacientes pediátricos con EII que debutaron con clínicas muy diferentes: Elena, 13 años, CU. Debutó con diarrea de seis meses de evolución, sangrado intermitente, pérdida de peso de 1 kg y dolor abdominal diario, moderado. A la exploración física presentaba palidez cutánea y dolor a la palpación fosa iliaca izquierda. Mohammed, 14 meses, EC. Debutó con rectorragia intermitente de 4 meses de evolución. Y Guo, 9 años, EC. Debutó con retraso ponderoestatural sin ninguna otra clínica asociada: no diarrea, no rectorragia, no dolor abdominal. En analítica de estudio presentaba Hg 9,8 g/dl, ferropenia y VSG 52.