

Urticarias físicas. Modelos de urticaria no alérgica

Y.P. Delgado, M.D. Yécora, P. Murillo

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2010; 40: 18]

INTRODUCCIÓN

La urticaria es para la población general el paradigma de la enfermedad alérgica, siendo las urticarias físicas buenos ejemplos de reacciones cutáneas causadas por mecanismos no inmunológicos.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 6 años con exantema urticarial tras la inmersión en agua de cualquier temperatura desde el tercer mes de vida, de 15 minutos de duración, autolimitado. Antecedentes personales sin interés. Examen físico normal. Pruebas inmunológicas: IgE elevada y RAST positivo a gramíneas y olivo. Test de hielo negativo. Diagnóstico: urticaria acuagénica. No requirió tratamiento.

Niño de 7 años con episodios de urticaria localizada en zonas sumergidas en agua fría, que tras inmersión en piscina presenta 3 minutos más tarde prurito generalizado, exantema urticarial difuso, palidez generalizada y cianosis labial con desvanecimiento sin pérdida de cono-

cimiento. Antecedentes personales sin interés. Examen físico normal. Analítica: IgE elevada, sensibilización a gramíneas, serologías y crioglobulinas negativas, test de hielo positivo. Diagnóstico: Urticaria frigore. No tratamiento farmacológico.

COMENTARIOS

La urticaria al frío es rara en niños y en el 90% de los casos es idiopática, debiéndose descartar infecciones, enfermedades autoinmunes y crioglobulinemia. Un 20% de los casos tiene una prueba cutánea de hielo negativo. Un tercio de los pacientes presenta anafilaxia influyendo en la necesidad de tratamiento farmacológico profiláctico, situación aún controvertida. El área de superficie cutánea y la duración de la exposición se asocian con el riesgo de reacción local o sistémica. La prevalencia de atopia es similar a la población general. La urticaria acuagénica es poco frecuente y también está mediada por la liberación de histamina al contacto con el agua independientemente de la temperatura. No se asocia a reacciones graves y no requiere tratamiento.

Evolución de los niños con cuadro compatible con gripe en un centro de Atención Primaria durante la estación 2009-2010

I. Montejo⁽¹⁾, J.P. García⁽¹⁾, N. García⁽²⁾, N. Martín⁽¹⁾, J. Galbe⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario «Miguel Servet». Zaragoza. ⁽²⁾Centro de Salud Docente-Universitario «Delicias Sur». Zaragoza.

⁽³⁾Centro de Salud Docente-Universitario «Torrero-La Paz». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2010; 40: 18]

INTRODUCCIÓN

La epidemia estacional de gripe supone cada año un importante problema de salud pública.

OBJETIVO

Conocer las características clínicas y evolución de los pacientes que presentaron un cuadro compatible con gripe, durante el otoño de 2009, en una consulta de Pediatría en un Centro de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo. Se incluyeron niños de 4 a 15 años que acudieron a consulta de demanda con un cuadro clínico compatible con gripe, desde el 17 de octubre al 19 de diciembre de 2009. Se hizo el diagnóstico clínico a aquellos pacientes que presentaron fiebre, y al menos uno de los siguientes síntomas: tos, rinorrea, cefalea, dolor de garganta y mialgias. Variables estudiadas: edad, vacunación antigripal ese año, patología crónica, síntomas presentes (cefalea, tos, rinorrea, faringitis, vómitos, diarrea, mialgias, dificultad respiratoria), utilización de recursos médicos (tratamientos no habituales, número de consultas, visitas a urgencias) y complicaciones.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 71 niños. La edad media de ellos fue 8,78 años (DS=3,43). Un paciente había sido vacunado de la gripe estacional y

ninguno de ellos de gripe A. Un 24% tenían alguna condición médica de base, siendo la más frecuente el asma (18,3%), seguida de la obesidad (4,22%). En el 63,38% se conoció la duración de la fiebre, de ellos en el 86,7% fue de 3 días o menos. Requirieron tratamientos diferentes del habitual 9 niños (12,7%) que recibieron: beta2 adrenérgicos el 8,4% y antibiótico 4,2%. La complicación detectada con más frecuencia fue la dificultad respiratoria (4 casos), y la más trascendente una neumonía. Se realizaron 82 consultas, media 1,15. Tres pacientes acudieron a urgencias (4,22%). No hubo ningún ingreso ni defunciones.

CONCLUSIONES

La evolución clínica de los pacientes entre 4-15 años con un cuadro compatible con gripe durante el otoño de 2009 ha sido especialmente muy benigna.

BIBLIOGRAFÍA

1. María J. Friedman DO, Magdy W. Attia MD. Clinical Predictors of Influenza in Children. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 391-394.
2. Hernández Merino A. Nueva gripe [A(H1N1) 2009]: definición de caso sospechoso. Revisión de la concordancia en los criterios de definición de casos utilizados en las distintas comunidades autónomas españolas. Rev Pediatr Aten Primaria 2009; 11: 383-398.

Contacto precoz y humanización de las cesáreas

P. Lalaguna, M. Bustillo, M.J. Calvo, S. Defior, C. Lumbierres, J. Mínguez

Servicio de Pediatría. Hospital de Barbastro

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2010; 40: 19]

INTRODUCCIÓN

El contacto piel con piel (CPP) tras el parto y el amamantamiento precoz favorecen el establecimiento y la duración de la lactancia, además tiene grandes beneficios para la madre y el recién nacido⁽¹⁾. En las cesáreas, existen dificultades para su puesta en práctica, pero en nuestro hospital se ha protocolizado y se aplica en quirófano, evitando la separación y facilitando el inicio precoz de la lactancia o la participación de los padres si el CPP con la madre no es posible.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo mediante encuesta telefónica a las mujeres de las cesáreas realizadas entre junio y noviembre de 2008. Se recogieron datos sobre cómo se realizó el CPP, el tiempo hasta la primera toma y el tipo de lactancia al alta.

RESULTADOS

Durante el período de estudio hubo 317 partos, de los cuales 69 (21,7%) fueron cesáreas. Se han incluido 63 casos. El tipo de anestesia fue general o epidural con sedación en 13 (21%) y epidural en 50 (79%), de éstas, en 39 (78%) se hizo el CPP en quirófano (15 ± 10 min). Estuvieron en la sala de reanimación con la madre 13 de los 63 recién nacidos. El padre tuvo al niño en CPP en 38 casos (76%). No se separaron de la madre 9 niños (1,3%) y 12 se ingresaron por diversas causas. El tiempo

hasta la primera toma fue 138 ± 65 min. La lactancia al alta fue materna exclusiva en el 69,84%, artificial en el 11,11% y tomaron algún suplemento de LA el 19%. Todas las madres que realizaron CPP lo valoraron como una experiencia muy positiva y los padres expresaron su satisfacción por sentirse partícipes (puntuación media 4,5 sobre 5).

CONCLUSIONES

En la mayoría de las cesáreas es posible realizar CPP en quirófano. Es necesaria la formación y motivación de todos los servicios implicados. En nuestro hospital se ha llevado a cabo un gran cambio en la atención a las cesáreas que se ha consolidado a lo largo de 2009, disminuyendo el tiempo de separación madre-hijo y favoreciendo la participación de los padres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez M, Pallas CR, Bonet F, Enchániz I, Castro JR, Narbona E y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc) 2009; 71: 349-361.
2. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007 [consultado 25 Ene 2009]. Disponible en URL: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategia-PartoEnero2008.pdf>.

El parto humano en el tiempo

N. Tajada, C. Vera, M. Ferrer, E. Ubalde y M.J. Oliván

Servicio de Pediatría. Hospital San Jorge. Huesca

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2010; 40: 19]

La evolución es el cambio en el tiempo resultado de la espiral de retos y adaptaciones que permiten la vida. Y como todo cambio supone una trasgresión a lo previo, el abandono de algo connatural hasta entonces, el comienzo de una aventura.

En el Mioceno el hábitat africano se modificó, y ello fue la presión selectiva que llevó a los homínidos a la bipedia; bipedia que a su vez trajo grandes cambios corporales, cefálicos y pélvicos entre ellos. La cabeza, recolocada, crece cuantiosamente a expensas del neurocráneo, e incrementa sus diámetros, y la pelvis, asimismo recolocada, se cierra, refuerza, aplanada y reorienta.

No obstante, y a pesar del innegable compromiso de espacio, una cabeza cada vez más grande por un canal cada vez más angosto, el parto sigue siendo posible y la especie tiene éxito. Pero no sin pagar un precio por ello.

A estos hechos atribuyen los antropólogos: 1) Un parto humano largo, difícil y doloroso, violento y muchas veces complicado, que casi siempre requiere asistencia, 2) La dimorfia sexual pélvica de la especie humana y 3) El acortamiento de la gestación, que nos trae un recién nacido humano parido prematuramente, y así muy dependiente y vulnerable, muy frágil, con lo que adquiere relevancia el período post parto, su alimentación y sus cuidados.

El cambio de trayecto pélvico para nacer; que se abre delante de las tuberosidades isquiáticas, por delante del cuerpo materno, bajo la sínfisis púbica, y así, en lugar de rectilíneo y dirigido hacia atrás, como en los mamíferos, se curva hacia delante siguiendo la forma de las paredes óseas, paredes que además obligan a la cabeza del naciente a un doble giro para.

Data del 1500 la primera Cesárea con supervivencia materna documentada. Ésta, como su nombre indica, *a mater caesus*, cortado de su madre, lleva herirla, abrir un espacio sellado y una nueva vía a través de su cuerpo, y su posterior reparación. Pero también es posible. Es un hecho cultural, conocido y practicado en muchas culturas, porque en contrapartida trae la cesación abrupta de toda situación previa y evita el tener que atravesar la pelvis materna para nacer. Cuando el parto pélvico es imposible o está gravemente impedido, es salvadora.

Los hechos nos dicen que en la actualidad en nuestro medio la mayor parte de los partos humanos están culturalmente intervenidos, desde el acompañamiento o la analgesia hasta la operación cesárea, que así son mayoritariamente elegidos y que ello difunde y se incrementa. Y siendo la cultura patrimonio del hombre y de su naturaleza, no podemos decir que no sean humanos ni naturales, todo lo humano es necesariamente humano, sin posibilidad de otra cosa. Y la humanidad se manifiesta de formas diferentes.

Niño con fiebre recurrente

G. González⁽¹⁾, L. Escartín I, N. García⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁽²⁾Centro de Salud «Delicias Sur». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2010; 40: 20]

INTRODUCCIÓN

La fiebre periódica consiste en la aparición de episodios febriles recurrentes que pueden durar entre pocos días y varias semanas, separados por períodos variables de ausencia de síntomas.

CASO CLÍNICO

Varón de 18 meses que acude a urgencias por presentar desde hace 6 meses cuadros febriles con temperaturas de hasta 39,5°C que se repiten aproximadamente cada 4-7 semanas. En todos ellos presenta faringitis, exudativa o no, y en algunos adenopatías y/o aftas en mucosa oral. En los intervalos entre los episodios febriles se encuentra asintomático. Su desarrollo pondero-estatural es adecuado. Con la sospecha de síndrome de PFAPA es remitido a su centro de salud para continuar estudio. Los cultivos faríngeos son negativos. En la hematimetría se aprecia leucocitosis. Inmunidad celular y humoral, bioquímica y reactantes de fase aguda: normales. Descartados otros cuadros de fiebre periódica, se decide instaurar tratamiento con corticoide oral en nuevo proceso febril, cediendo la sintomatología inmediatamente.

COMENTARIOS

El síndrome PFAPA (del Inglés Periodic, Fever, Adnopathy Pharyngitis and Aphthae) es una entidad crónica autolimitada de etiología desconocida cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos. Consiste en episodios repetidos de fiebre que suele comenzar en niños menores de 5 años. La fiebre aparece repentinamente y se mantiene elevada durante 3-6 días, hasta desaparecer de forma brusca o descender de manera progresiva en 1 o 2 días. En los períodos intercrisis los pacientes permanecen asintomáticos. El diagnóstico diferencial se hace con otros cuadros de fiebre periódica: Fiebre mediterránea familiar; Síndrome Hiper IgD, Síndrome TRAPS y neutropenia cíclica. Los pacientes con PFAPA presentan fiebre en el 100% de los casos, pudiendo estar presentes o no la faringitis, adenopatías y la estomatitis aftosa. El dolor abdominal puede estar presente en muchos casos. El tratamiento consiste en una dosis única de corticoide vía oral. La amigdalectomía puede ser una alternativa en casos refractarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mongil I, Canduela V. Fiebre periódica. An Esp Pediatr 2002; 57: 334-344.
2. Tasher D, Somekh E, Dalal I. PFAPA syndrome: new clinical aspects disclosed. Arch Dis Child 2006; 91: 981-984.

Drenaje venoso pulmonar anómalo parcial: descompensación hemodinámica grave en crisis asmática severa

M. Ursueguía, M.C. Suárez, I. Sáenz, A. Segura, Y. Ruiz del Prado

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2010; 40: 20]

INTRODUCCIÓN

El drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAP) es una cardiopatía congénita consistente en la conexión de una o varias venas pulmonares, al sistema venoso sistémico, a la aurícula derecha o al seno coronario.

CASO CLÍNICO

Niño de 2 años que ingresa por crisis asmática moderada. Antecedentes personales: sibilancias recurrentes, y soplo cardiaco aparentemente inocente en seguimiento, con ecocardiografías interpretadas como normales. Durante el ingreso empeora progresivamente, requiriendo oxigenoterapia, salbutamol en nebulización continua y perfusión endovenosa, y corticoterapia a dosis altas. Es trasladado a UCIP, donde precisa ventilación mecánica invasiva y soporte inotropeo por desarrollar hipertensión pulmonar severa e insuficiencia cardiaca congestiva secundaria. Se realiza en el ingreso nueva ecocardiografía, objetivándose dilatación de cavidades derechas, sin otras alteraciones, que persiste 6 meses después del episodio. Es remitido a un Servicio de Cardiología Infantil, donde se diagnostica una comunicación interauricular tipo seno venoso con posible DVPAP derecho asociado, que se confirma mediante RM. Es intervenido quirúrgicamente, estando asintomático en la actualidad.

COMENTARIOS

El DVPAP es una cardiopatía poco frecuente. La forma más común es derecho, con drenaje a vena cava superior. Sus manifestaciones clínicas dependen de diversos factores, aunque generalmente cursa de manera asintomática hasta la edad adulta. Su presencia a menudo pasa desapercibida en las ecografías cardiacas. La dilatación de cavidades derechas sin otras alteraciones asociadas es lo que sugiere el diagnóstico en muchos de los casos. En nuestro paciente, la crisis asmática provocó una descompensación hemodinámica, descubriendo una cardiopatía subyacente que hasta entonces había pasado desapercibida. El tratamiento es quirúrgico, generalmente con buena evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galletti L, Ramos MV. Anomalías de las venas pulmonares. En Zabala Argüelles JI, coordinador. Protocolos de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica 2005. [consultado 05/05/2010]. Disponible en: http://www.secardioped.org/protocolos/protocolos/Capitulo_15.pdf
2. Alsoufi B, Van Arsdell GS, Williams WG, et al. Outcomes after surgical treatment of children with partial anomalous pulmonary venous connection. Ann Thorac Surg 2007; 84: 2020-2026.

Caso clínico: Síndrome de Dravet

R. Romero, I. Ruiz del Olmo, A. de Arriba, D. Royo, L. Monge, J. López, J.L. Peña

Servicio de Neuropediatría. Hospital Materno Infantil Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2010; 40: 21]

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Dravet es la forma más grave de un espectro de epilepsias relacionadas con el gen SCN1A, y se caracteriza por ser una epilepsia refractaria de inicio precoz.

CASO CLÍNICO

Paciente con embarazo y parto normales. Presenta la primera crisis a los 3 meses y medio, hemiconvulsión afebril izquierda. La segunda ocurrió a las 24 horas.

A lo largo de la evolución de su enfermedad ha presentado distintos tipos de crisis: primero hemiconvulsiones afebriles/febriles, con frecuente generalización posterior: Posteriormente aparecen crisis mioclónicas, orofaciales y de extremidades. En los últimos años coinciden con la primera y última fase del sueño.

Ha presentado hasta 20 crisis al día y tres estatus (el primero al año de vida). Se objetivó comienzo de retraso psicomotor a los 2 años y medio, junto a rasgos de trastorno del espectro autista.

Ha recibido tratamiento con 13 tipos de fármacos antiepilépticos, junto a dieta cetogénica.

Las exploraciones complementarias realizadas son normales o con alteraciones inespecíficas. En mayo de 2009 se recibe genética positiva.

Actualmente tiene 12 años, y el número de crisis es variable. Está en educación especial, en la exploración neurológica destaca torpeza motora.

COMENTARIOS

La causa más frecuente del Síndrome de Dravet es la alteración en la subunidad $\alpha 1$ del canal de sodio SCN1A neuronal (de novo). Existen otros genes implicados.

Las crisis aparecen en el primer año de vida, generalmente con fiebre, generalizadas o unilaterales, que pueden ser prolongadas. Con el tiempo, aumentan en frecuencia, sin fiebre y aparecen otros tipos de crisis.

El desarrollo es normal hasta el inicio de la enfermedad, pero posteriormente se observan diversos grados de retraso. Con el aumento de la frecuencia y la gravedad de las crisis pueden aparecer otras alteraciones (motoras, lenguaje, comportamiento...).

Algunos fármacos son beneficiosos para el control de las crisis, pero otros son claramente contraproducentes (Lamotrigina, Fenitoína, Carbamazepina, Oxcarbazepina, Vigabatrina).

BIBLIOGRAFÍA

1. Arzimanoglou A. Dravet syndrome, from electroclinical characteristics to molecular biology. *Epilepsia* 2009; 50: 3-9.
2. Incorpora G. Dravet syndrome. *Italian Journal of Pediatrics* 2009; 35: 27.

Aspiración de cuerpo extraño

A. Segura, E. Maluenda, I. Sáenz, M. Ursueguía, E. Lodosa

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2010; 40: 21]

INTRODUCCIÓN

La aspiración de cuerpo extraño (CE) es un accidente común en la infancia, que puede pasar desapercibido mucho tiempo, causando complicaciones respiratorias.

CASOS CLÍNICOS

Mujer de 23 meses. Presenta dificultad respiratoria progresiva y fiebre de 3 días de evolución. Refieren episodio de atragantamiento previo. Exploración: temperatura 39,5°; saturación de O₂ 95%; hipoventilación en hemitórax izquierdo, taquipnea y retracción subcostal. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normales, PCR 138 mg/L. La radiografía de tórax muestra velamiento completo del pulmón izquierdo. Se realizan dos exploraciones con broncoscopio rígido, extrayéndose múltiples fragmentos de CE (alubia) de ambos bronquios principales. Precisa ingreso en UCIP y ventilación mecánica invasiva 5 días.

Varón de 17 meses. Presenta tos, rinorrea y fiebre de una semana de evolución. Antecedentes: dos neumonías en lóbulo inferior izquierdo (marzo de 2009 y enero de 2010). Exploración: temperatura 40° C; saturación de O₂ 94%; hipoventilación en hemitórax izquierdo y taquipnea. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normales, PCR 116 mg/L. La radiografía de tórax muestra asimetría de ambos hemitórax,

pulmón izquierdo hiperinsuflado, con infiltrado alveolar en la base, y desplazamiento de mediastino a la derecha. Se realiza broncoscopia flexible, extrayéndose CE fragmentado (cacahuete) en bronquio principal izquierdo, evolucionando favorablemente.

COMENTARIOS

La aspiración de CE es más frecuente en varones de 1 a 3 años. Suelen ser de origen vegetal, alojándose en bronquio derecho. Habitualmente consultan por tos y disnea, hallándose frecuentemente en la radiología atrapamiento aéreo, atelectasias, y neumonías de repetición. Existen casos publicados de aspiración de CE que pasa desapercibida durante años. La broncoscopia rígida es la técnica de elección para diagnóstico y tratamiento, aunque es imprescindible unas completas anamnesis y exploración física, así como la radiología simple de tórax. La exploración endoscópica en las primeras 24 horas disminuye de forma importante el riesgo de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saki N, Nikakhlag S, Rahim F, Absihirini H. Foreign body aspirations in infancy: a 20 year experience. *Int J Med Sci* 2009; 6: 322-328.
2. Fernández I, Gutiérrez C, Álvarez V, Peláez D. Broncoaspiración de cuerpos extraños en la infancia. Revisión de 210 casos. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 335-338.

Complicaciones en contexto de infección por varicela: casuística de nuestro hospital en el último año

E. de Miguel, E. Lodosa, M.C. Suárez, M. Ursueguía, M. Ruiz del Campo

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2010; 40: 22]

INTRODUCCIÓN

La varicela, producida por el virus varicela-zóster, es una enfermedad común en la infancia, muy contagiosa. Presenta en ocasiones complicaciones graves, cuya incidencia de hospitalización se aproxima a 2,5/1.000 casos de varicela.

CASOS CLÍNICOS

1: Niño de 17 meses diagnosticado de varicela con escara necrótica sobre hematoma de 10 cm y pérdida de epidermis en muslo de extremidad derecha, posterior a traumatismo. PC: Hemograma: 19.100 leucocitos con 80% de neutrófilos. PCR 338 mg/litro. Eco doppler de EID: normal. Cultivo bacteriano de exudado: negativo. Hemocultivo: negativo. Diagnóstico: celulitis con escara necrótica. Tratamiento con antibioterapia con amoxicilina-clavulánico iv, sustituido por imipenem y vancomicina y trasladado a hospital de referencia con Servicio de Cirugía infantil. Evolución posterior favorable.

2: Niño de 4 años con lesiones ampollas generalizadas de 3 días de evolución, sobre lesiones vesiculosas características de varicela. PC: Serología: Virus Varicela-Zóster (VVZ) IgM positiva. Cultivo de lesiones ampollas: *S. aureus*. Técnica de amplificación PCR de las lesiones: presencia de DNA-VVZ. Hemocultivo: negativo. Diagnóstico: Impétigo ampolloso. Evolución: recibe amoxicilina-clavulánico sustituido por cloxaciclina 10 días. Resolución completa.

3: Niña de 5 años con varicela de 3 días de evolución, con dificultad respiratoria y fiebre en últimas horas. PC: bioquímica y hemograma normal. PCR 51 mg/litro. Rx tórax: condensación en lóbulo medio derecho. Tratamiento: amoxicilina-clavulánico 10 días. Evolución satisfactoria.

4: Niño de 4 años con dificultad respiratoria de 24 horas de evolución y fiebre, en contexto de infección varicelosa. PC: bioquímica normal. Hemograma: normal. PCR: 340 mg/litro. Rx tórax: condensación en lóbulo superior derecho y pinzamiento de seno costodiafrágico derecho. Eco torácica: pequeño derrame pleural en base derecho con espesor máximo 12 mm. Tratamiento con pantomicina, por posible alergia a la amoxicilina, tras 48 horas se cambia tratamiento a imipenem por no mejoría. Presenta buena evolución.

COMENTARIOS

Es una enfermedad de elevada morbilidad, aunque evolución favorable. La sobreinfección bacteriana de piel es la complicación más frecuente, puede ser foco inicial de un proceso séptico, por lo que se debe tener en cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moraga Llop FA. Complicaciones de la varicela en el niño inmunocompetente. An Pediatr 2003; 59: 18-26.
2. Martín Sánchez JM, Martínez Soto S, Martín-Torres F, et al. Sintomatología de la varicela. An Pediatr 2003; 59: 14-17.

Análisis descriptivo de los cuadros respiratorios en la consulta de alergias

M.P. Sanz, O. Gómez, A. Aldana, I. Pomar, I. Guallar, J. Boné

Servicio de Alergología Infantil. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2010; 40: 22]

OBJETIVO

Realizar un estudio descriptivo de los datos de las primeras visitas por cuadros respiratorios en la consulta de Alergología Infantil del Hospital Miguel Servet de Zaragoza a lo largo del año 2009.

MATERIAL Y MÉTODO

En dicha consulta existe un registro informático de diversas variables epidemiológicas, clínicas y analíticas, lo que derivó en este estudio para evaluar los cuadros alérgicos de tipo respiratorio de nuestra zona.

RESULTADOS

Se atendieron 744 consultas por cuadros de tipo respiratorio, lo que supone el 29,8% del total. La edad media de la muestra fue de 7,5 años (+/- DS 3,7 años). Los varones supusieron el 61,6% frente al 38,4% de las mujeres. Con respecto a los diagnósticos encontramos rinoconjuntivitis extrínseca en el 27%, asma bronquial extrínseca (ABE) en el 14,4%

y ambos en el 10,7% de los casos, siendo diagnosticados de hiperreactividad bronquial (HRB) el 19,1%.

En el 57,8% de casos las pruebas resultaron positivas para alguno o varios neuroalérgenos. El alérgeno que con más frecuencia fue positivo fue la alternaria en un 22,1%, seguido de las gramíneas en un 20,1%, dèrmicos en un 18,7%, ácaros en un 13,8%, olivo en un 13,7% y chopo, platanero y salsola en un 7,4%.

Estudiando la posible relación entre el ambiente tabáquico en la familia con el desarrollo de cuadros alérgicos, encontramos que en un 63% de los cuadros de ABE existía ambiente tabáquico y además en un 25% fumaban ambos progenitores, frente a un 48% en el caso de HRB, de los cuales sólo en un 16% fumaban ambos.

COMENTARIOS

Hemos observado un incremento de los cuadros por alternaria con respecto a las gramíneas en nuestra región. Remarcando la importante relación existente entre estos cuadros alérgicos y la existencia de hábito tabáquico dentro de la familia.

Alergia alimentaria vs Síndrome de Frey

P. Murillo, F. Fuertes, M.D. Yécora

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2010; 40: 23]

INTRODUCCIÓN

El síndrome auriculotemporal o Síndrome de Frey se caracteriza por episodios de enrojecimiento facial y/o sudoración, localizados en el territorio de distribución del nervio auriculotemporal. Ocurren como respuesta a estímulos gustativos y son consecuencia del daño de las fibras parasimpáticas de dicho nervio.

CASO CLÍNICO

Presentamos dos niños de 8 y 11 meses de edad, que fueron remitidos a la consulta de Alergología Infantil para descartar alergia alimentaria a frutas. Ambos presentaban exclusivamente enrojecimiento facial tras la ingesta de frutas, que habían sido introducidas recientemente en su dieta. En el primero las lesiones eran bilaterales, más evidentes en el lado izquierdo. Como antecedentes cabe destacar un parto eutócico sin incidencias y varios episodios de bronquitis. En el segundo, las lesiones aparecían en hemifacies derecha y tenía antecedente de parto mediante fórceps. En los dos casos las lesiones desaparecían de forma espontánea en 1-2 horas.

COMENTARIOS

El Síndrome de Frey es una entidad poco frecuente en la infancia y suele aparecer en los primeros meses de vida, coincidiendo con la intro-

ducción de los distintos alimentos sialogogos (determinados tipos de frutas, gominolas, etc). Por lo tanto pueden plantear el diagnóstico diferencial con alergia alimentaria.

El mecanismo implicado suele ser un traumatismo o cirugía sobre la región parotídea. En la edad pediátrica hasta el 50% de los pacientes presentan antecedente de parto mediante fórceps. Hay otros mecanismos implicados menos frecuentes como: parotiditis, herpes zóster trigeminal y mononeuritis. En los casos en los que no existe ningún antecedente claro, se postula la existencia de un trayecto nervioso aberrante congénito.

Se trata de una enfermedad de diagnóstico exclusivamente clínico, con tendencia a la resolución espontánea en la infancia. Es importante su conocimiento para evitar la realización de pruebas diagnósticas, tratamientos y dietas de eliminación innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Tejada E, Fernández García N, Meana Meana A, López Vilar P. Síndrome auriculotemporal (síndrome de Frey) en dos lactantes con presentación bilateral. Rev Pediatr Aten Primaria 2008; 10: 643-648.
2. Sicherer SH, Sampson HA. Auriculotemporal syndrome: a masquerader of food allergy. J Allergy Clin Immunol 1996; 97: 851-852.

Tumor ovárico funcionante como causa de pubertad precoz

E. Maluenda, I. Sáenz, A. Segura, E. de Miguel, Y. Ruiz del Campo

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2010; 40: 23]

INTRODUCCIÓN

Los tumores ováricos de células de la granulosa son una causa poco frecuente de pubertad precoz periférica. La sospecha clínica es fundamental, para establecer un diagnóstico y tratamiento precoces.

CASO CLÍNICO

Niña de 3 años que presenta dolor abdominal inespecífico, con periodicidad mensual, de 5 meses de evolución, coincidiendo con inicio de desarrollo mamario, y sangrado vaginal oscuro escaso de 2 días de duración. Exploración física: telarquia S2-S3, siendo el resto por aparatos anodina. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normales; estudio hormonal con TSH, T4 Libre, prolactina, ACTH, DHEA-Sulfato y testosterona normales; FSH 0,2 mU/ml, LH <0,1 mU/ml y estradiol 59 pg/ml; marcadores tumorales con CA-125 elevado (70,6 U/ml), y CEA y AFP negativos; la ecografía abdominal muestra un útero con endometrio prominente y una lesión en fosa ilíaca derecha de 6 x 3,5 cm de pared gruesa, con vascularización y contenido quístico no homogéneo, dependiente de ovario derecho, y líquido libre en todos los espacios abdominales; hallazgos que se confirman en la TC abdominal. Es trasladada al Servicio de Oncopediatría de referencia, diagnosticándose mediante biopsia un tumor de células de la granulosa dependiente de

ovario derecho. Al confirmarse el estadio la (clasificación FIGO), se realiza salpingo-ooforectomía unilateral curativa.

COMENTARIOS

Los tumores ováricos representan menos del 5% de los tumores infantiles, siendo el teratoma quístico (de estirpe germinal) el más frecuente. Los de células de la granulosa aparecen sólo en un 5% de los casos en edad prepuberal. Presentan casi siempre actividad hormonal, por lo que la mayoría de estos casos tiene signos de pubertad o pseudopubertad precoz. Su carácter funcionante permite un diagnóstico precoz, la mayoría en estadio Ia (limitados al ovario). Las recurrencias son poco frecuentes, y la supervivencia de hasta el 95%, en relación con el estadio al diagnóstico. La cirugía resulta curativa en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cameron FJ, Scheimberg I, Stanhope R. Precocious pseudopuberty due to a granulosa cell tumour in a seven month old female. Acta Paediatr 1997; 86: 1016-1018.
2. Sivasankaran S, Itam P, Ayensu-Coker L, et al. Juvenile granulosa cell ovarian tumor: a case report and review of literature. J Pediatr Adolesc Gynecol 2009; 22: e 114-117.

Movimientos oculares anómalos

E. Lodosa, E. de Miguel, E. Maluenda, M.C. Suárez, M. Poch

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2010; 40: 24]

CASO CLÍNICO

Lactante de 1 mes: se aprecian movimientos anormales de los ojos y parpadeo, desde hace una semana, cada vez más frecuentes. No otra clínica.

AP: Gestación: controlada. Parto: (38+3) eutócico. Apgar 8/9 peso: 3.894 g, talla 51 cm, PC 35 cm.

Ingresada en Unidad Neonatal por hipoglucemia. Analítica por la hipoglucemia normal.

Infección de orina a los 15 días de vida (E. Coli). EF: normal. PC 38,5 cm. Neurológico: Tono y motilidad espontánea normal, manos abiertas, movimientos oculares circulares que se acompañan de parpadeo y que se repiten varias veces durante unos segundos en varias ocasiones, nistagmus con la mirada lateral, FA normal.

EEG: ocasionales ondas agudas poco específicas en región temporal izquierda. Actividad de fondo y patrón de sueño normales. Durante el estudio vídeo-EEG, se registraron continuos episodios de desviación de la mirada hacia la izquierda y nistagmo rotatorio, de segundos hasta minutos de duración, que no se correlacionaban con alteraciones en el EEG. Sospecha diagnóstica: epilepsia de origen temprano, se inició tratamiento antiepiléptico.

Tras revisar el caso: diagnóstico: Opsoclonus Mioclonus. Se inicia tratamiento con corticoterapia.

Ecografía abdominal: normal. Rx tórax: normal. Hemograma, bioquímica, orina y LCR: normal. Catecolaminas en orina: normales. Marcadores tumorales y LDH: normales. Analítica metabólica en sangre, orina y LCR: normal. Hormonas tiroideas normales. Estudio de virus, bacterias en LCR: negativos. RMN cerebral: normal. EEG repetido a los 10 días: normal. Examen oftalmológico: normal. Potenciales evocados visuales: normales.

TAC toraco-abdomino-pélvico: normal. Gammagrafía con MIBG [I123]: normal.

Evolución: mejoría con el tratamiento corticoideo, pero al suspenderlo recurrieron los síntomas.

CONCLUSIONES

Descartada causa infecciosa aguda, neuroblastoma en el momento actual, neoplasia, causa metabólica y tóxica.

Opsoclonus mioclonus de causa: ¿idiopático? ¿Puede haber relación con la infección 15 días antes por E. Coli? ¿Neuroblastoma favorable que involucionó?

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos S, Temudo T. Síndrome de opsoclonio-mioclonos: ¿hasta cuándo seguir investigando? *Rev Neurol* 2002; 35: 322-325.
2. Rubio Nazábal E, Marey López J, Álvarez Pérez P, López Facal S, Alonso Magdalena L. Síndrome opsoclonus-mioclonus en paciente con cáncer de ovario. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 370-372.
3. Camacho Salas A, Simón de las Heras R, Mateos Beato F. Ataxia aguda. www.aeped.es/protocolos
4. Mitchell WG, Dávalos-González Y, Brumm VL, et al. Opsoclonus-ataxia caused by childhood neuroblastoma: developmental and neurologic sequelae. *Pediatrics* 2002 Oct; 110(4): 853-854.
5. Plantaz D, Michon J, Valteau-Couanet D, et al. Opsoclonus-myoclonus syndrome associated with non-metastatic neuroblastoma. Long-term survival. Study of the French Society of Pediatric Oncologists. *Medicina (Buenos Aires)*. 2009; 69(1): 64-70.
6. Gabaldón-Torres L, Fernández-Domínguez J, Salas-Felipe J, et al. Opsoclonus-myoclonus-ataxia syndrome: two anatomo-clinical case report. *Neuropediatrics*. 2008 Jun; 39(3): 164-171.