

# Metapneumovirus, virus nuevos en la patología de siempre

V. Caballero, O. Gómez, A. Manero, L. Gracia, A. Aldana, C. García-Vera, T. Cerrano

Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández (Sagasta-Miraflores)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2011; 41: 84]

## INTRODUCCIÓN

El metapneumovirus, virus de reciente descripción, comparte características morfológicas, infectivas y clínicas superponibles al Virus respiratorio Sincitial. Presenta patrón estacional coincidente con meses de invierno y primavera. Su prevalencia oscila entre 9-24%, relacionándose con lactantes afectados de enfermedad respiratoria que en ocasiones pueden precisar hospitalizaciones.

## OBJETIVOS

Describir el cuadro clínico de 4 lactantes derivados desde el centro de salud al hospital para ingreso, con aspirado nasofaríngeo positivo a Metapneumovirus (Inmunofluorescencia) entre enero y mayo de 2011.

## RESULTADOS

**Caso 1.** Lactante de 19 meses con fiebre acompañada de dificultad respiratoria. En radiografía de tórax presenta consolidación bilateral. Permanece ingresado 4 días precisando oxigenoterapia, broncodilatadores, corticoides y antibiótico. **Caso 2.** Niño de 20

meses que en centro de salud presenta crisis convulsiva febril que no cede tras diazepam rectal. Se traslada a hospital donde, precisa fenitoína e intubación nasotraqueal. Punción lumbar y TAC craneal sin alteraciones. Posteriormente marcha inestable durante 24 horas. En Rx condensación parenquimatosa izquierda. Alta a los 5 días con antibioterapia. **Caso 3.** Lactante de 2 meses con dificultad respiratoria. Permanece ingresado 4 días precisando oxigenoterapia y adrenalina. **Caso 4.** Lactante de 29 días, con tos emetizante y pérdida ponderal. No apneas. En hemograma 36300 leucocitos (73% linfocitos). Se pauta macrólido. Permanece ingresado 9 días. Metapneumovirus (+) y aislamiento de B. Pertussis.

## COMENTARIOS

La infección por metapneumovirus es frecuente en nuestro medio. A los 5 años el 100% de los niños han sido infectados. La bronquiolitis se considera la principal manifestación. La clínica es más grave en los lactantes más pequeños. Por todo ello, consideramos necesario la detección del metapneumovirus humano en el abordaje diagnóstico de los lactantes con infección respiratoria.

# Paludismo asintomático en paciente de raza negra

M. Gárriz, A. Miralles, I. Ruiz, E. Buj, M. Navarro, M. Gracia

Servicio de Infecciosas. Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Centro de Salud Bombarda. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2011; 41: 84]

## INTRODUCCIÓN

El paludismo o malaria es una enfermedad infecciosa, causada por parásitos del género Plasmodium y que se transmite por la picadura del mosquito hembra Anopheles. Está considerada como la enfermedad parasitaria más importante y causante de una gran morbimortalidad sobre todo en el continente africano.

## CASO CLÍNICO

Varón de 11 años de edad procedente de Guinea Ecuatorial, que vive en España desde hace 10 meses remitido de su centro de salud por presentar serología IgG positiva para Plasmodium Falciparum a títulos elevados. Clínicamente se encuentra afebril y únicamente aqueja prurito intermitente de larga evolución.

Como antecedentes clínicos refiere diarreas intermitentes y procesos de broncoespasmo en su país coincidiendo con época de lluvias. Ha recibido tratamiento para Paludismo en varias ocasiones. Ha sido tratado en nuestro país por oncomicosis de ambas manos y lesiones de Molluscum Contagiosum. La exploración física revela un paciente de raza negra, peso en el percentil 3 y talla en el percentil 5. Máculas hiperpigmentadas y excoriaciones de prurito generalizadas. Abdomen: esplenome-

galia de 2 cm y hepatomegalia 3 cm no dolorosa. Aporta analítica del centro de salud en la que cabe destacar: Hemoglobina 10 mg/dl, Hematocrito 31%, Volumen corpuscular 72 fl, Hierro 43 microg/dl, Ferritina sérica: 28 ng/ml. Fórmula leucocitaria: linfocitosis 56%, eosinófilos 8%. Parásitos en heces: se observan huevos de Trichuris Trichiura, Giardia Lamblia y Schistosoma haematobium. Ante la Serología IgG anti-P. Falciparum > 1/10240 se solicita estudio de Ag frente a Plasmodium Falciparum mediante inmunocromatografía que fue positiva. En investigación de parásitos por gota gruesa se evidencian trofozoítos de P. Falciparum, instaurándose tratamiento con sulfato de quinina y Clindamicina por 7 días. Posteriormente se trató su parasitosis intestinal.

## COMENTARIOS

Existe un porcentaje no desechable de niños que proceden de zonas endémicas de paludismo, que han sido parasitados en numerosas ocasiones y que acuden con una clínica muy larvada o asintomáticos debido a que van adquiriendo inmunidad parcial frente al Plasmodium. Por ello, ante la reagrupación familiar de estos pacientes en nuestro país, debemos hacer un estudio completo y dirigido a descartar dicha enfermedad.

# Hiper glucemia en paciente de 11 años con sospecha de Síndrome Metabólico

M. Ribes<sup>(1)</sup>, A. Miralles<sup>(1)</sup>, S. Menao<sup>(2)</sup>, M.P. Mallada<sup>(3)</sup>, M.G. Bueno<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza. <sup>(2)</sup>Departamento de Bioquímica. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza. <sup>(3)</sup>Centro de Salud de Calatayud

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2011; 41: 85]

## INTRODUCCIÓN

La hiper glucemia es un motivo de consulta frecuente en la infancia. Hasta hace pocos años, la diabetes mellitus (DM) tipo I era la principal preocupación diagnóstica en esta edad. Sin embargo, han aparecido nuevas situaciones clínicas a tener en cuenta. Para su identificación, es preciso realizar una anamnesis detallada.

## CASO CLÍNICO

Varón de 11 años remitido para estudio de dos determinaciones de glucemia tras ayunas de 12 horas de 114 mg/dl y 122 mg/dl, respectivamente. No refieren antecedentes personales ni familiares de interés, ni antecedentes de diabetes. Presenta clínica dudosa de poliuria, nicturia, polidipsia y polifagia de unos meses de evolución. Peso 55,4 kg (+2,02 sds), Talla 151,8 cm (+0,75 sds), IMC 24,04 kg/m<sup>2</sup> (+2,2 sds). TA: 120/75 mmHg (P75-90). Perímetro de cintura: 81 cm (P75-90), Estadio Tanner II. Acanthis nigricans a nivel cervical. Ante la clínica, la exploración y los valores analíticos, se planteó el diagnóstico de Síndrome Metabólico, siendo descartado por no cumplir los criterios requeridos para el mismo. La sospecha de diabetes se confirmó

mediante una sobrecarga oral de glucosa (glucemia basal de 119 mg/dl y tras sobrecarga de 273 mg/dl). Los valores de insulina pasaron de 13 U/ml a 101 U/ml a los 120 minutos. Otras analíticas: Péptido C: 2,57 ng/ml (0,9-7,1 ng/ml) y la HbA1c de 6,4% (4-6,5%). Los Ac GADA fueron negativos y el estudio de haplotipos no mostró HLA concordantes con DM tipo I. Se insiste en la historia familiar con determinaciones de glucemia en los parientes de primer grado y se detectan hiper glucemias en adultos y niños sugerentes de patrón de herencia AD por lo que se decide profundizar en el diagnóstico de diabetes tipo MODY. Finalmente se identifica la mutación c.106C>T en el exon 2 (Arginina >Triptófano) en la posición 36 del gen que codifica la glucoquinasa, compatible con diabetes MODY de tipo 2.

## COMENTARIOS

Aunque la DM tipo I sigue siendo la forma más frecuente de diabetes en la infancia, ante una hiper glucemia mantenida en el tiempo y sin cetosis se deben tener en cuenta otros tipos de diabetes, dado que sus implicaciones pronósticas y de tratamiento difieren enormemente.

# Diagnóstico erróneo de ascitis tuberculosa

B. Estors, A. González, E. Calleja, R. Delgado, N. González, J. Elías

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2011; 41: 85]

## INTRODUCCIÓN

Los quistes de epiplon son tumoraciones benignas poco frecuentes y su forma de presentación más habitual es la de una masa abdominal asintomática. En este caso describimos una forma de presentación inusual: un cuadro de supuesta ascitis crónica sin causa demostrada.

## CASO CLÍNICO

Niño de 5 años de edad procedente de Rumanía que presenta un cuadro compatible clínicamente con ascitis recidivante de 3 años de evolución, con antecedentes de dudosa TBC peritoneal diagnosticada y tratada en su país. Ingresa en nuestro centro para estudio debido a un rápido aumento del perímetro abdominal junto a astenia de 4 meses de evolución.

Las analíticas muestran normalidad de función hepática y renal.

Se realizan varios Mantoux que son negativos.

La ecografía abdominal demuestra evidente e importante líquido intrabdominal con signos de tabicaciones fibróticas. Se realiza

paracentesis evacuadora de un total de 2.400 cc. El cultivo para micobacterias del líquido supuestamente ascítico resulta negativo.

Posteriormente se realiza colangio RM que evidencia la existencia de una moderada cuantía de líquido libre intraperitoneal generalizado pero sin otros hallazgos significativos.

Se decide realizar laparoscopia exploradora objetivándose quiste epiploico de gran tamaño de contenido líquido; en el mismo acto quirúrgico se realiza laparotomía media mediante la cual se vacía el contenido del quiste y se procede a la extirpación total del epiploico.

La evolución del paciente fue satisfactoria, con alta a domicilio en el quinto día de posoperatorio.

## COMENTARIOS

Ante una exploración física compatible con ascitis en un niño sin patología hepática, renal o infecciosa previamente demostrada, hay que tener en cuenta la posibilidad diagnóstica de quiste epiploico, que por su relativa rareza puede llevar a confusión en las pruebas de imagen.

# Síndrome del Babuino. Secundario a ingestión y aplicación tópica de mercurocromo durante una varicela

J. Caro, M.P. Lalana, F. Beltrán, M. Cosculluela, M.A. Rihuete

Centro de Salud Oliver de Zaragoza. Centro de Salud Cella de Teruel.  
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2011; 41: 86]

## INTRODUCCIÓN

El síndrome del babuino (SB) es una erupción cutánea de morfología y distribución características que se produce tras la exposición sistémica (ingestión, inhalación, percutánea o inyección) a una sustancia a la que previamente se tiene sensibilización tópica. Fue descrito por Andersen en 1984 en pacientes sensibilizados al mercurocromo, tras inhalación de vapor de mercurio procedente de rotura de termómetro médico o tras ingestión durante la realización de amalgama dental.

Actualmente se han descrito como causas del SB además del mercurio, otros metales, fármacos y productos naturales. Cuando no hay sensibilización previa se denomina Exantema flexural intertriginoso simétrico relacionado con drogas (SDRIFE).

## CASO CLÍNICO

Niña de 3 años que hace 5 días inició un exantema vesiculoso compatible con varicela y desde hace 24 horas eritema pruriginoso, de bordes definidos y simétrico, en área anogenital, pliegues inguinales y zona anterosuperior de ambos muslos con la característica forma en V, tiene también eritema en ambos pliegues retroauriculares y placas en cuello, tronco y piernas. Le habían aplicado mercurocromo en las vesículas varicelosas y como travesura, la niña cogía el cuentagotas y se pintaba los labios. No refieren rotura de termómetro. Ya habían dejado de ponerle mercurocromo y se pautó tratamiento con hidroxicina y prednisona oral. Evolucionó a la mejoría en una semana.

## COMENTARIOS

La expresión cutánea tan característica permite el diagnóstico «de visu». La exposición sistémica al mercurio, por ingestión al pintarse los labios y percutáneo en las lesiones varicelosas, nos confirma la causa. Si no se encuentra la exposición a mercurio hay que investigar la exposición a otras sustancias como níquel, bálsamo de Perú, amoxicilina, nistatina, corticoides y otras muchas que han sido descritas. El mecanismo patogénico es desconocido y sigue siendo estudiado.

Hay que hacer el diagnóstico diferencial con otras erupciones cutáneas parecidas al SB y comunes en pediatría: intertrigo candidiásico, dermatitis del pañal, erisipela, síndrome de la piel escaldada y exantemas asociados a estreptococo pyogenes, parvovirus B19 y catarro común. La erupción alcanza su máxima expresividad entre el 2.º y 5.º día tras la exposición y desaparece de forma espontánea en 2 semanas tras pasar por un proceso de descamación y no deja pigmentación residual. El prurito es un síntoma importante. Hay que evitar todo contacto con la sustancia desencadenante. El tratamiento es sintomático con antihistamínicos orales y corticoides orales y tópicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morales J, Fleta J, Ayerza A, et al. Síndrome del babuino. An Pediatr (Barc). 2008; 685: 468-469.
2. Miyahara A, Kawashima H, Okubo Y, Hoshika A. A new proposal for a clinical-oriented subclassification of baboon syndrome and a review of baboon syndrome. Asian Pac J Allergy Immunol. 2011; 29: 150-160.

# Schistosomiasis urogenital

A. Beisti, J.J. Lasarte

Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2011; 41: 86]

## INTRODUCCIÓN

La Schistosomiasis es una parasitosis que afecta a millones de personas, especialmente de África y Oriente medio. En Europa ha aumentado su incidencia por el incremento de la inmigración y viajes a estos países.

## OBJETIVOS

Mostrar el abordaje diagnóstico y terapéutico de 3 hermanos procedentes de Gambia que acuden a la consulta de atención primaria por presentar hematuria de semanas de evolución. A propósito de los casos, presentar una revisión sobre Schistosomiasis urogenital.

## CASOS CLÍNICOS

Se trata de 3 hermanos, de 7, 10 y 13 años, recién llegados de Gambia, su país de origen, que refieren presentar hematuria y

disuria de varias semanas de evolución; como antecedente, se habían bañado en un río de su país.

El sedimento de orina confirmó la hematuria, y en uno de los hermanos se objetivaron los huevos de Schistosoma Haematobium, todos se trataron con Praziquantel 40 mg/kg en dosis única. A los 3 meses el sedimento de orina es normal y se encuentran asintomáticos.

## COMENTARIOS

Resulta interesante para los pediatras el conocer cómo abordar ciertas patologías importadas como la Schistosomiasis urogenital, cuya prevalencia está en aumento, y en las que con un diagnóstico y tratamiento temprano se pueden evitar complicaciones como insuficiencia renal o cáncer de vejiga.