

## Toxoplasmosis congénita

E. Bastida Ratera, I. García Muga, I. Esteban Díez

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro de Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 23]

### CASOS CLÍNICOS

En los últimos 18 meses 5 gestaciones controladas en nuestro hospital han presentado seroconversión Toxoplásmica:

- En tres casos, IgM e IgA negativas al nacimiento. Se mantiene actitud expectante permaneciendo todos ellos asintomáticos.
- Cuarto caso, Ig M positiva al nacimiento, por lo que se inicia tratamiento con Pirimetamina-Sulfadiacina.
- El último de los casos se expone a continuación:
  - MADRE: seroconversión toxoplasma en el tercer trimestre. RECIÉN NACIDO: no rasgos dismórficos. En pruebas complementarias: serologías: Ig M negativo e Ig A, Ig G positivos. LCR: PCR toxoplasma. Radiografía de cráneo: calcificaciones intracraneales. Durante su ingreso presenta episodios compatibles con crisis convulsivas.

- EVOLUCIÓN (1 año): se objetiva hipoacusia derecha. RMN: lesión focal con realce en anillo. Se suspende tratamiento al año de vida. Desarrollo psicomotor normal.

### CONCLUSIÓN

- La mejoría socio-sanitaria creemos que retrasa el contacto del individuo con el Toxoplasma, aumentando las posibilidades de que la primoinfección tenga lugar durante el embarazo, con lo que se debería estudiar y protocolizar los controles a realizar antes y durante el embarazo.
- Se debería reevaluar la necesidad de tratamiento de los recién nacidos asintomáticos en función de la presencia de síntomas al nacimiento y del resultado de las pruebas serológicas considerando el riesgo/beneficio de un tratamiento que puede llevar al paciente a situaciones de neutropenia importante.

## Citomegalovirus congénito: Revisión de tres casos con diferentes formas de presentación

M.C. Suárez Arrabal, S. Rovira Amigo, C. López Martínez, I. Esteban Díez

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 23]

### INTRODUCCIÓN

La infección por citomegalovirus es actualmente la causa más importante de infección congénita en países desarrollados. La tasa de infección fetal durante el embarazo es de 0,15-2%, y en caso de primoinfección materna en ese periodo la tasa de transmisión vertical es del 20-45%, de los que el 10-15% presentarán infección clínica con un 90% de secuelas. El espectro clínico es muy amplio: desde la tríada clásica de microcefalia, coriorretinitis y calcificaciones periventriculares, hasta un cuadro de sepsis viral (exantema petequeal, ictericia y hepatoesplenomegalia) con alta mortalidad y riesgo de graves secuelas.

Aún así, el 85-90% restante serán asintomáticos, pero existirá también un 5-15% de casos con secuelas, fundamentalmente sordera neurosensorial, lo que hace necesario el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos para identificar precozmente dicha infección en la gestante, el feto y el recién nacido y la unificación de los criterios terapéuticos.

Tras objetivar un aumento de incidencia de infección congénita por CMV en nuestro hospital en el último año, presentamos una revisión de 3 casos de recién nacidos con diferentes formas de presentación, exponiendo los signos y síntomas que iniciaron la sospecha diagnóstica motivando su estudio hasta llegar finalmente al diagnóstico etiológico. Asimismo, se expone el tratamiento indicado en cada caso y su evolución clínica hasta llegar al momento actual.

### CONCLUSIÓN

A pesar de ser la infección congénita más frecuente en nuestro medio, tanto las indicaciones y métodos del cribado como el tratamiento de los casos sintomáticos siguen siendo muy controvertidos, estando actualmente aceptada la indicación farmacológica sólo si existe afectación del SNC, encaminado a intentar disminuir la posibilidad de sordera neurosensorial como secuela más frecuente. El fármaco más utilizado sigue siendo el Ganciclovir iv, no estando todavía clara la duración del tratamiento ni las indicaciones del uso, complementario o alternativo, del Valganciclovir oral.

# Un caso raro de malformación anorectal

---

R. Delgado Alvira, J. Elías Pollina, E. Calleja Aguayo, N. González Martínez-Pardo, R. Escartín Villacampa, J.A. Esteban Ibarz

---

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil «Miguel Servet». Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 24]

## INTRODUCCIÓN

La duplicidad anorectal es una anomalía congénita intestinal extremadamente rara y de origen desconocido, más frecuente en el sexo femenino. Se presenta como un orificio perineal situado detrás del ano normal que se continúa con una estructura tubular sin comunicación con el canal anal. El diagnóstico debe basarse en los hallazgos anatomopatológicos: epitelio escamoso en el extremo caudal, epitelio transicional en el extremo craneal y células musculares lisas en la pared. Es una malformación generalmente asintomática y el diagnóstico suele realizarse por simple inspección perineal. Algunos casos pueden presentarse con diarrea, dolor abdominal, estreñimiento, secreción mucosa anal y prurito. Se han descrito anomalías asociadas como quistes dermoides, teratomas presacros, duplicaciones ureterales, meningocele lumbosacro y espina bífida. El tratamiento quirúrgico consiste en mucosectomía simple o un abordaje perineal o sagital posterior.

## CASO CLÍNICO

Niña de 5 meses remitida a nuestra consulta por estreñimiento desde los 4 meses, que presenta un orificio anal normal y un orificio de menor diámetro situado a las 6 horas en posición ginecológica, justo detrás del ano. El resto de la exploración física es

normal. Se realiza una fistulografía donde se observa una estructura tubular de pequeño calibre, de 1,6-2 cm de longitud, en la parte posterior del ano y recto normal y que no comunica con estos. En la Rx simple, no se observan malformaciones a nivel sacro. La exéresis de la duplicación se realiza mediante abordaje sagital posterior. Se practica ano-recto exéresis sagital posterior. Se encuentra un trayecto fistuloso (duplicación anorectal) de unos 3 cm de longitud, que termina en una masa quística de 1,5 cm de diámetro de contenido blanquecino. Se efectúa exéresis completa de la duplicación anal del trayecto y del quiste.

En la anatomía patológica se observa una dilatación quística con un trayecto de aspecto fistuloso. Existe un área de malformación de la zona transicional anal con: quiste dermoide, quiste de repliegues de glándulas de la zona transicional del canal anal, esfínter interno anal y fibrosis no específica.

## CONCLUSIONES

Es importante la inspección perineal para el diagnóstico de esta patología. Deben realizarse estudios complementarios para descartar malformaciones asociadas y facilitar el diagnóstico diferencial con la fístula anal. El objetivo del tratamiento quirúrgico es restaurar el aspecto normal del periné, así como evitar las complicaciones (infección, ulceración, sangrado y malignización en la vida adulta), sin interferir con la continencia.

# Hallazgo casual: Bartter vs Gitelman

---

I. García Muga, J.J. Revorio González, E. Bastida Ratera

---

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro, Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 24]

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bartter es una enfermedad caracterizada por un trastorno en la reabsorción del cloro que ocasiona alcalosis metabólica, hipopotasemia, disminución de volumen extracelular; aumento de prostaglandinas y activación del eje renina-angiotensina-aldosterona con cifras de tensión arterial normales. Generalmente se inicia antes de los dos años de edad.

## CASO CLÍNICO

Niña de 3 años que ingresa por cuadro de vómitos incoercibles y fiebre elevada de 48 horas de evolución. Presenta mal estado general con claros signos de deshidratación. Se decide su ingreso para rehidratación endovenosa corrigiendo el desequilibrio ióni-

co. Evoluciona satisfactoriamente presentando hipopotasemia mantenida en controles analíticos realizados.

Se inicia estudio de posibles causas catalogándose inicialmente de síndrome de Gitelman, instaurando terapia correctiva ante los valores disminuidos de magnesio y potasio. Al presentar un nivel elevado de prostaglandinas E2, finalmente es diagnosticada de síndrome de Bartter.

## CONCLUSIONES

Las tubulopatías son un amplio grupo de alteraciones renales que presentan gran variabilidad clínica en función del tipo. Requieren un exhaustivo estudio etiológico, pudiendo sospechar el diagnóstico en un paciente que presenta de forma casual un desequilibrio iónico en un examen de rutina.

# Un caso infrecuente de trastorno del ritmo cardíaco en el recién nacido

G. González<sup>3</sup>, X. Alonso<sup>3</sup>, E. Muñoz<sup>3</sup>, M. Viñas<sup>3</sup>, O. Bueno<sup>2</sup>, M.P. Samper<sup>2</sup>, P. Ventura<sup>2</sup>, J.L. Olivares<sup>1</sup>

Sección de Cardiología<sup>1</sup>. Unidad de Neonatología<sup>2</sup>. Servicio de Pediatría<sup>3</sup>. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2007;37: 25]

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos del ritmo cardíaco son alteraciones habituales en el recién nacido, siendo los más frecuentes las taquiarritmias relacionadas con estímulos ambientales, administración de fármacos o procesos infecciosos. Las bradiarritmias suelen ser consecuencia de una asfixia perinatal o bien expresión de patología materna autoinmune que induzca bloqueo auriculoventricular. En raras ocasiones se deben a fármacos o tóxicos consumidos por la madre al final de la gestación o en la lactancia. Entre estas sustancias hallamos las benzodiazepinas. Si bien las alteraciones neurológicas del recién nacido son la consecuencia mejor conocida de su consumo, algunos autores como Masud Iqbal et al y Gil et al, refieren también la posibilidad de manifestaciones cardíacas como bradicardia o de trastornos de la repolarización cardíaca como la prolongación del segmento QT.

## CASO CLÍNICO

Recién nacida que ingresa en la Unidad de Neonatología a las 10 horas de vida por bradicardia mantenida. Madre sana sin antecedentes patológicos de interés. Embarazo controlado sin incidencias. Serologías negativas. Parto eutócico inducido a las 41 semanas por hiperdatia. Anestesia epidural. Test de Apgar: 9/10. Exploración física: peso al nacimiento: 4.000 g (> P<sub>90</sub>), longitud: 50 cm (P<sub>50-75</sub>), perímetro cefálico: 36,3 cm (> P<sub>90</sub>). T<sup>a</sup>: 36,2°C axilar; 36 respiraciones por minuto; 59 latidos por minuto; tensión arterial: 70/44 mmHg. Aspecto de macrosómico. Normocoloración de piel y mucosas. Piel apergaminada. Normocéfala. Fontanela normotensa. Ojos, nariz, boca y pabellones auriculares aparentemente normales. Cuello normal.

Clavículas íntegras. No signos de dificultad respiratoria. Tórax normoconfigurado. Buena ventilación de ambos campos y pulmones. Ritmo embriocárdico, no soplos. Pulsos femorales perceptibles bilateralmente. Abdomen a igual nivel que tórax, no visceromegalias. Cordón umbilical normal. Genitales femeninos. Ortolani y Barlow negativos. Discreta hipotonía axial. Escasa actividad espontánea. Reflejos del recién nacido presentes y simétricos. Exámenes complementarios: hemograma, iones, equilibrio ácido base y bioquímica: normal. Rx de tórax: imágenes sin hallazgos significativos. ECG: ritmo sinusal (90 lpm). Bloqueo de rama derecha. Extrasístoles ventriculares aislados. QTc: 458 milisegundos. Ecocardiograma: mínimo foramen oval permeable. Holter: ritmo sinusal con frecuentes extrasístoles supraventriculares. Tóxicos en orina: benzodiazepinas > 5 µg/ml, cannabis: 0,036 µgr/ml. Opiáceos, cocaína, anfetaminas, metadona y etanol: negativos. Bacteriología: negativa. Evolución: episodios frecuentes de bradicardia (mínimo 59 lpm) sin bajadas de saturación y recuperación espontánea, los tres primeros días. Coincidiendo con la negativización de tóxicos en orina, desaparecieron los episodios de bradicardia, persistiendo la frecuencia cardíaca en límites bajos de la normalidad. Regular tolerancia alimenticia inicial que mejoró a las 48 horas, así como el tono muscular y la reactividad.

## COMENTARIOS

Las causas más frecuentes de bradicardia neonatal son la asfixia perinatal y las enfermedades maternas autoinmunes. Cuando descartamos estas causas o la intensidad de la sintomatología es desproporcionada, está indicado el estudio del consumo materno de tóxicos, entre ellos las benzodiazepinas y otros sedantes.

# Adolescente con adenopatía axilar crónica: Enfermedad por arañazo de gato

---

Z. Pinillos Hernández, M. Biosca Pamies, R. García García, S. Meavilla Olivas, J.L. Olivares López

---

Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Departamento de Pediatría

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 26]

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa que suele presentarse como una tumefacción ganglionar; ocasionalmente puede asociar sintomatología general u otras complicaciones. Se transmite como resultado de una mordida, rasguño o contacto de conjuntiva ocular con saliva de un gato infectado siendo el agente implicado *Bartonella Henselae*.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 12 años enviado desde medio rural por presentar tumoración axilar derecha de tres meses de evolución, con disminución de tamaño tras tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico) y antiinflamatorio (ibuprofeno) pero sin llegar a desaparecer; habiendo sido el tamaño máximo 50 x 40 mm.

No antecedentes patológicos de interés, habita en medio rural con un perro y dos gatos.

A la exploración tumoración de 25 x 30 mm, de consistencia elástica, lisa, móvil, no dolorosa a la palpación. Resto de la exploración normal.

Hemograma, bioquímica, inmunidad, serologías de VEB, CMV, VHS, varicela-zoster, *Toxoplasma* y *Yersinia*: negativas. Serología *Bartonella Henselae*: Ig G e Ig M positivas. Ecografía axilar derecha: adenopatía de 15 x 25 mm. Ecografía abdominal normal.

Se instaura tratamiento con claritromicina y trimetropim-sulfato, evidenciándose disminución en tamaño de adenopatía (10 x 10 mm).

Negativización de Ig M antibartonella *Henselae* a los 6 meses. Tras dos años de evolución, persiste adenopatía residual de 5 x 5 mm y Ig G antibartonella *Henselae* positiva débil.

## COMENTARIOS

Las adenopatías son entidades frecuentes en la infancia, siendo su etiología más común la linfadenitis infecciosa.

La EAG es posiblemente la causa más común de inflamación crónica de ganglios linfáticos en niños, por eso, debe sospecharse ante un niño con linfadenopatía regional y exposición a gatos.

# Seguimiento de la lactancia materna en un hospital de La Rioja

---

C. De las Heras Díaz-Varela, S. Rovira Amigo, C. López Martínez, Y. Ruiz del Prado

---

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 26]

## INTRODUCCIÓN

La leche materna es la mejor y más completa fuente de nutrientes en los primeros meses de vida.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio prospectivo observacional descriptivo con 98 parturientas con análisis de factores al alta hospitalaria y al mes de vida.

## RESULTADOS

No se ha demostrado relación entre el inicio y el seguimiento de la lactancia materna con la edad de la madre, el origen, los años que lleve en nuestro país, si posee una pareja estable, si tra-

baja, si va a solicitar baja maternal, con el nivel socioeconómico, con la información recibida durante la gestación, con el carácter tranquilo del recién nacido ni con la paridad. Sí se encuentra una asociación positiva con el nivel educativo de la madre, si ya había dado lactancia a hijos anteriores, y si el parto es vaginal. También en los niños que no han recibido suplemento en sus primeras 48 horas y en aquellos que iniciaron la lactancia precozmente. La relación es inversa en niños pretérmino, con bajo peso y los que requieren ingreso al nacimiento.

## COMENTARIOS

Se debe promocionar la lactancia materna, incidiendo en la puesta al pecho inmediatamente tras el parto, el contacto madre-hijo y evitando la administración de suplementos innecesarios.

## Enfermedad invasiva grave por streptococo pyogenes: Síndrome del shock tóxico

A. Olloqui Escalona.<sup>1</sup> L. Ciria Calavia.<sup>2</sup>

MIR Pediatría<sup>1</sup>, Médico Adjunto<sup>2</sup> • Servicio Infecciosos • Hospital Materno-Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 27]

### OBJETIVOS

Exponer la enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* a partir de dos casos tratados recientemente en nuestro hospital.

### CASOS CLÍNICOS

El primer caso trata de una niña de 3 años con varicela, afectación del estado general, fiebre elevada y nuevo exantema. La exploración física fue compatible con varicela complicada con escarlatina. Presentaba distrés respiratorio e hipoventilación en hemitórax izquierdo.

El segundo caso se refiere a una niña de 14 meses trasladada desde el hospital San Pedro de Logroño por cuadro febril, con brusco deterioro del nivel de conciencia, hipotensión y coagulopatía. La

exploración física demostraba crepitantes en hemitórax izquierdo. Las pruebas complementarias fueron similares: leucocitosis con desviación izquierda, PCR elevada, derrame pleural masivo con condensación en radiografía torácica y ecografía. En ambos casos fue necesario el ingreso en UCI-pediátrica durante las primeras horas. Se aisló cultivo positivo para *Streptococcus pyogenes* en el líquido pleural de las dos pacientes. La antibioterapia precoz en ambos casos determinó la evolución favorable.

### COMENTARIOS

En los últimos años estamos experimentando un preocupante incremento de infecciones invasivas producidas por *streptococcus pyogenes*. La importancia de conocer este cuadro reside en su gravedad, no tanto en su frecuencia. La varicela es un factor de riesgo claramente asociado.

## Neumonías adquiridas en la comunidad: Revisión de los últimos tres años

A. Costa Ramírez, A. Peña Busto, I. Esteban Díez, C. de las Heras Díaz-Varela

Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 27]

### INTRODUCCIÓN

Las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC), representan una parte importante de las infecciones respiratorias pediátricas, sobretodo en invierno, precisando en ocasiones hospitalización y complicándose hasta en el 40% de los casos con derrame pleural. En los últimos años se está produciendo un cambio epidemiológico en la etiología de las NAC y, subjetivamente, en nuestro servicio se está produciendo también un cambio en las complicaciones, motivo por el cual nos parecía interesante hacer una revisión de éstas, intentando objetivar la sensación que teníamos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Recogidas las NAC que han precisado ingreso en nuestro servicio, durante los últimos 3 años y 4 meses, se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, analizando distintas variables (etiología, complicaciones, tratamiento, etc.) y sus interrelaciones a través del programa estadístico SPSS 12.0 para Windows.

### RESULTADOS

Durante el tiempo que recoge el estudio, ingresaron 3.328 pacientes pediátricos, de los cuales 129 fueron neumonías (4%). El número de ingresos con NAC se mantiene estable, no así el número de complicaciones, que representan el 13%-13%-26%-46% de las NAC ingresadas por año respectivamente. Es más frecuente que las NAC se den en niños, sin observarse diferencias en el número de complicaciones por sexo. La mayoría de neumonías se encuentra en los pacientes de edad entre 1-5 años, observándose que a mayor edad, mayor porcentaje de complicaciones. Las localizaciones más frecuentes de NAC son en orden decreciente: LID, LII y LSD. La complicación más frecuente el derrame pleural. En un 4,7% de las NAC se ha encontrado el hemocultivo positivo por neumococo, sensible a la Amoxicilina-Clavulánico, siendo este antibiótico el más utilizado.

### CONCLUSIONES

Al igual que en la bibliografía revisada se ha objetivado un aumento en el número de las complicaciones en las NAC, principalmente derrame pleural.

# Datos epidemiológicos de la sepsis neonatal precoz en nuestro medio

---

R. García, M. Biosca, S. Meavilla, Z. Pinillos, M.P. Samper, G. Rodríguez, S. Valle, O. Bueno, P. Ventura, J.L. Olivares

---

Servicio de Neonatología, Hospital Clínico «Lozano Blesa» Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 28]

## OBJETIVO

Realizar un estudio epidemiológico de la sepsis neonatal precoz en nuestro hospital.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan las historias de 179 niños, incluidos términos y pretérminos, diagnosticados de sepsis neonatal precoz, clínica y comprobada, según los criterios del grupo de hospitales Castrillo, entre los años 2001 y 2005, en el Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza. Se realiza un análisis descriptivo epidemiológico.

## RESULTADOS

El 65,4% fueron varones y el 34,6% mujeres. Edad gestacional media de  $38 \pm 3$  semanas con un peso al nacimiento de  $3.200 \pm 788$  gramos. Modalidad de parto: 59% partos eutócicos, cesárea el 24% y fórceps el 17%.

Se encuentran factores de riesgo en un 53,4% de los casos: frotis vaginal materno positivo (siendo el *Streptococo* del grupo B el germen encontrado): 21,6%, fiebre materna: 15,2%, rotura prematura de membranas: 13% (el periodo más frecuente las 24-48 horas previas), parto prematuro espontáneo: 13%, hipo-

xia severa: 6,2%, corioamnionitis: 3,9%. El 24,7% de las madres recibieron antibioterapia intraparto, aunque la mayoría con una dosis de antibiótico en las cuatro horas previas al parto.

El inicio de las manifestaciones clínicas ocurrió como media a las 17 horas de vida. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, mala tolerancia alimenticia, vómitos, rechazo de tomas y dificultad respiratoria).

- Se confirmaron con hemocultivo positivo el 11,2% de las sepsis, siendo el germen más aislado el *Enterococo*.
- La evolución fue favorable en un 97,2% del total de casos, con una estancia media de 12 días. Fallecieron 5 pacientes, 2 de ellos con sepsis confirmada (por *Listeria Monocytogenes* y *Streptococo* del grupo B).

## CONCLUSIONES

- 1) La mayor parte de niños diagnosticados de sepsis neonatal presentaban factores de riesgo, siendo el más frecuente el aislamiento de *S. Agalactiae* en frotis vaginal materno.
- 2) La evolución clínica fue favorable en la mayoría de los niños.
- 3) La tasa de mortalidad era más elevada en casos de sepsis confirmadas.

# Encefalopatía hipertensiva en niño de 6 años

S. Beltrán García<sup>1</sup>, B. Navarra Vicente<sup>1</sup>, P. Higuera Sanjuán<sup>1</sup>, M. Domínguez Cunchillos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médicos residentes de Pediatría Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza  
<sup>2</sup>Unidad de cardiología, Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 29]

## INTRODUCCIÓN

La encefalopatía hipertensiva se define como la elevación de TA acompañada de síntomas neurológicos, como cefalea importante, alteración de la conciencia, estupor o coma, que revierten una vez controlada la TA. Las causas más frecuentes son renales, debiéndose descartar entre otras la coartación aórtica.

## CASO CLÍNICO

Niño de 6 años que presenta episodio brusco de cefalea intensa, vómitos y somnolencia. Exploración física: afebril. Glasgow 14 (ocular 3), fluctuación del nivel de conciencia. Signos meníngeos negativos, no signos de focalidad neurológica. Bradicardia 60 lpm, no dificultad respiratoria. TA 166/120 (P > 99). Pulsos femorales débiles. Ante la sospecha de encefalopatía hipertensiva ingresa en UCI. Se realiza TAC craneal sin encontrar patología y se inicia tratamiento con nitroprusiato intravenoso. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica con función renal, sedimento de orina y tóxicos normales. ECG: alteración de la repolarización. Rx tórax: importantes muescas costales. Ecocardiografía: válvula aór-

tica bicúspide. Coartación aorta ístmica severa tras salida de subclavia izquierda. Dilatación aorta ascendente. Flujo en aorta abdominal de baja velocidad y continuo. A los cinco días se realiza cirugía correctora con resección y anastomosis termino-terminal, no presentando incidencias en el postoperatorio inmediato. En su evolución posterior ha precisado propranolol v.o por presentar cifras elevadas de TA.

## COMENTARIOS

La coartación de aorta supone un 6% de las cardiopatías congénitas en la infancia y sus manifestaciones más habituales incluyen la insuficiencia cardíaca y las formas asintomáticas, siendo infrecuente su debut como crisis hipertensiva. Existe controversia en cuanto a la técnica quirúrgica a utilizar, aunque continúa siendo de elección la sutura termino-terminal. A destacar, la importancia de la toma sistemática de TA ante la cefalea aguda no febril así como en las revisiones del niño sano.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valenzuela LF, Vázquez R, Pastor L, Calvo R, Rodríguez MJ y cols. Coartación de aorta: diferentes formas anatomoclínicas según la edad de presentación. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 572-81.
2. García L. Coartación de aorta e interrupción del arco aórtico. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en cardiología pediátrica 2005. [consultado 07/12/2006]. Disponible en: [http://www.secardioped.org/protocolos/protocolos/Capitulo\\_10.pdf](http://www.secardioped.org/protocolos/protocolos/Capitulo_10.pdf)
3. Málaga S, Ordoñez FA. Crisis hipertensivas. *Bol Pediatr* 2006; 46: 24-28.
4. Demircin M, Arsan S, Pasaoglu M, Atasoy S, Sarigul A, et al. Coarctation of the aorta in infants and neonates: results and assessment of prognostic variables. *J Cardiovasc Surg* 1995; 36: 459-64.
5. Massin MM, Dessy H. Delayed recognition of congenital heart disease. *Postgrad. Med. J.* 2006; 82: 468-470.

# Fallo renal agudo reversible en tres pacientes con Nefropatía IgA: ¿Consecuencia del daño tubular causado por la hematuria?

---

J.P. García Iñiguez, M.B. Fernández Vallejo, M. Domínguez Cajal, M.L. Justa Roldán, C. Loris Pablo

---

Nefrología pediátrica. Hospital Materno Infantil Miguel Servet de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2007;37: 30]

## INTRODUCCIÓN

Tras la glomerulonefritis de cambios mínimos, la nefropatía IgA es la segunda causa más frecuente de nefropatía glomerular en la población pediátrica española habiéndose descrito como forma clínica inusual (5%) el fallo renal agudo (FRA) reversible durante episodios de hematuria macroscópica <sup>(1-3)</sup>.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos tres pacientes con FRA reversible tras inicio de hematuria macroscópica acompañada de dolor abdominal en contexto de gastroenteritis en uno de ellos y de faringoamigdalitis los otros dos. Los tres pacientes presentaron elevación de los niveles de creatinina y disminución del filtrado glomerular

con recuperación completa a los pocos días. En todos ellos se realizó biopsia renal durante la fase aguda de la enfermedad encontrando restos de hematíes causando obstrucción de la luz tubular así como depósitos mesangiales de IgA y proliferación mesangial difusa que confirmaron el diagnóstico de nefropatía IgA <sup>(4,5)</sup>.

## DISCUSIÓN

Tres pacientes (7%) de las 42 nefropatías IgA controladas entre 1975 y 2007 se han presentado como FRA confirmando lo inusual de esta forma clínica. La patogenia del FRA en nuestros pacientes es desconocida. No obstante la explicación más plausible es el efecto directo de los hematíes en el túbulo tanto a través de obstrucción mecánica como de la toxicidad del hierro de la hemoglobina <sup>(1,6)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Praga M, Gutiérrez-Millet V, Navas JJ, et al. Acute worsening of renal function during episodes of macroscopic haematuria in IgA nephropathy. *Kidney Int* 1985; 28: 69-74.
2. Delclaux C, Jacqout C, Callard P, Kleinknecht D. Acute reversible renal failure with haematuria in IgA nephropathy. *Nephrol Dial Transplant* 1993; 8: 195-9.
3. Packman DK, Hewitson TD, Yan HD, Elliot CE, Nichols K, Becker GJ. Acute renal failure in IgA nephropathy. *Clin Nephrol* 1994; 42: 349-53.
4. Suzuki J, Yoshikawa N, Nakamura H. A quantitative analysis of the mesangium in children with IgA nephropathy: sequential study. *J Pathol* 1990; 161: 57-64.
5. Yoshikawa N, Iijima K, Maehara K et al. Mesangial changes in IgA nephropathy in children. *Kidney Int* 1987; 32: 585-589.
6. Le Meur Y, Paraf F, Szelag JC, Aldigier JC, Leroux-Robert C. Acute renal failure in a marathon runner: role of glomerular bleeding in tubular injury. *Am J Med* 1998; 105: 251-2.