

# XII Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Donostia-San Sebastián, 19-21 abril 2007



## Posters sin lectura



# Posters sin lectura

## **ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRÍA: ¿APENDICITIS O NEUMONÍA? VERSUS APENDICITIS Y NEUMONÍA**

Algans Escapa E, Ramis Borque J, Gil Sánchez JA, Ferrés Serrat F.

Servicio de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

**INTRODUCCIÓN:** Clásicamente la neumonía forman parte del diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo, especialmente con apendicitis aguda, en pacientes pediátricos.

**OBJETIVOS:** Presentación de 4 casos clínicos en los que neumonía y apendicitis tienen lugar de forma conjunta en el mismo paciente.

*Caso clínico 1:* Niño de 12 años con síntomas catarrales y dolor abdominal en fosa ilíaca derecha (FID), sin fiebre ni vómitos, de 14 horas de evolución. Presenta defensa abdominal y blumberg positivo. Se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda (AA) por ecografía. En el postoperatorio, inicia fiebre y dolor torácico por lo que se realiza Rx de tórax al 2º día del ingreso, en la que se detecta condensación en lóbulo inferior izquierdo.

*Caso clínico 2:* Niño de 10 años con cuadro catarral de 5 días de evolución, que presenta fiebre, vómitos y dolor abdominal en flanco derecho. Presenta hipoventilación y estertores en base derecha. La Rx muestra condensación en lóbulo inferior derecho. Tras instauración de tratamiento antibiótico persiste dolor abdominal intenso por lo que al tercer día del ingreso se realiza ecografía que revela hallazgos de AA.

*Caso clínico 3:* Niña de 3 años con clínica de vómitos, fiebre, dolor abdominal y tos seca de 4 días de evolución. Presenta dolor abdominal difuso con auscultación normal. En Rx de tórax se observa condensación en lóbulo inferior derecho. A las 48 horas del ingreso persiste dolor abdominal más marcado en FID, por lo que se realiza laparotomía exploradora apreciándose plastrón apendicular gangrenoso con exudado purulento peritoneal. Tras la intervención presentó íleo paralítico que requirió ingreso en cuidados intensivos.

*Caso clínico 4:* Niño de 7 años con broncoespasmo, fiebre, vómitos y dolor abdominal en FID de 24 horas de evolución. Aporta Rx de tórax en la que se observa condensación en lóbulo medio derecho. Presenta auscultación espástica, hipoxemia y abdomen con dolor selectivo y defensa en FID. Ante la alta sospecha clínica de AA concomitante se decide operar confirmándose el diagnóstico de AA. Tras la intervención, por broncoespasmo grave requirió también ingreso en cuidados intensivos.

En todos los casos había leucocitosis con desviación a la izquierda y elevación de los reactantes de fase aguda. Todos los pacientes, incluidos los dos diagnosticados inicialmente sólo de neumonía, ingresaron de entrada y recibieron antibioterapia intravenosa desde el momento del ingreso. Los 4 pacientes presentaron apendicitis gangrenosa con peritonitis.

## **COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:**

1. La concurrencia de estas dos entidades es reportada muy escasamente en la literatura.
2. Visto lo visto, parece prudente tener el índice de sospecha de la asociación de estas dos entidades, especialmente cuando coincidan síntomas respiratorios y digestivos.
3. En estos casos la realización precoz de una Rx de tórax o de una ecografía abdominal puede ayudar a evitar retrasos en el diagnóstico.
4. Llama la atención que todos los pacientes presentaron apendicitis complicadas con peritonitis y que dos de ellos, aunque por motivos distintos, precisaron ingresar en cuidados intensivos.



# Posters sin lectura

## **ABDOMEN AGUDO EN MENORES DE 5 AÑOS: UN RETO DIAGNÓSTICO**

Jiménez Escobar V, Delgado Alvira R, Dopazo Ramos N, García Jiménez I, Campos Calleja C, Díez Pascual R. *Urgencias de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**INTRODUCCIÓN:** En ocasiones el dolor abdominal no está bien definido en el lactante. Muchos de los procesos que ocasionan cuadros de abdomen agudo son graves y potencialmente pueden comprometer la vida del niño, requiriendo una actuación médica y/o quirúrgica urgente.

**OBJETIVOS:** Estudiar la clínica de presentación y el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico en niños menores de 5 años con abdomen agudo quirúrgico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de niños entre 1 mes y 5 años intervenidos en el servicio de cirugía pediátrica de nuestro hospital en los años 2005-06 con diagnóstico de abdomen agudo.

**RESULTADOS:** Se intervinieron 28 invaginaciones, 35 apendicitis y 3 divertículos de Meckel. En las apendicitis el tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 1,7 días. Todos ellos, presentaron dolor abdominal; vómitos (78%), fiebre (54%). Habían recibido antibiótico 5 casos. Un 44% tenía afectación del estado general y un 81% defensa abdominal Leucocitosis y neutrofilia en todos ellos. Se realizó radiografía en 87% y ecografía en 51%, con signos patológicos en 39 y 76%. respectivamente. Como hallazgos quirúrgicos: 1 adenitis mesentérica, 37% apendicitis flemonosas, 28% peritonitis y 31% abscesos apendiculares. Como complicaciones tres abscesos, una infección de la herida quirúrgica y una orquiepididimitis. En las invaginaciones el tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 14 horas. Presentaron vómitos (60%), crisis de llanto con hipotonía (42,8%), sólo llanto (28%) y rectorragia (14%). Un 50% presentaba mal estado general, masa abdominal (46,4%) y defensa abdominal (10,7%). Se realizó radiografía en 57,1% y ecografía en 100% con signos de invaginación en el 75 y 92,8%, respectivamente. Se redujeron 21 con neumoenema, 3 con neumoenema y cirugía, 3 con cirugía y 1 espontáneamente. En la cirugía se encontraron 1 divertículo de Meckel y 1 adenitis mesentérica. Tras el alta reinvasinación en 4 casos precisando cirugía 3 de ellos. En los divertículos de Meckel el tiempo hasta el diagnóstico fue de 3, 17 y 48 horas. Dos con vómitos y estado general afectado, uno de ellos con hipotonía; el tercero con melenas como único signo. Masa palpable en 1 caso y tacto rectal con restos hemáticos en 2. Se realizaron radiografía y ecografía en todos, con hallazgos patológicos. Como hallazgos concomitantes en la intervención quirúrgica se encontraron 1 invaginación y 1 perforación.

**CONCLUSIONES:** En el grupo de edad analizado las principales causas de abdomen quirúrgico son, por orden de frecuencia: apendicitis, invaginación intestinal y divertículo de Meckel. El retraso en el diagnóstico de las apendicitis puede deberse a una forma de presentación larvada e inespecífica, que demora la consulta al especialista. El porcentaje de apendicitis complicadas en este grupo de edad es notable. El diagnóstico de invaginación intestinal es más precoz debido a una clínica más típica y llamativa. El abdomen agudo en el lactante y niño pequeño requiere un alto índice de sospecha dado su amplio espectro clínico de presentación y escasa correlación con los datos de la exploración física. Las pruebas complementarias son indispensables para establecer la indicación quirúrgica aunque no siempre se alcance un diagnóstico etiológico preoperatorio.



# Posters sin lectura

## APENDICITIS VERSUS TORSIÓN OVÁRICA

Cervera Corbacho J, Guerrero Espejo J, Moreno Arce V, Ruiz Ocaña P, Aguirre Copano T.  
*Urgencias Pediátricas. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.*

**INTRODUCCIÓN:** La torsión tubo-ovárica y su consecuencia, isquemia y necrosis del ovario, no es una patología frecuente sin embargo, son diagnósticos a considerar en el dolor abdominal agudo, en niñas entre ocho y trece años. Se pretende resaltar la importancia y utilidad de la ecografía ginecológica en niñas con dolor en FID en donde el diagnóstico de apendicitis no esté claro.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso de una hembra de 5 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución, localizado en FID, que se acompaña de vómitos ocasionales y febrícula. En la exploración se aprecia dolor en FID con defensa. Hemograma destaca: 9.600 leucocitos con 83% NE. Se realiza ecografía apreciándose líquido libre y en Douglas, no visualizándose apéndice. Es valorada por C. Pediatría decidiéndose apendicectomía, el diagnóstico quirúrgico es apéndice congestivo e hiperémico y adenitis mesentérica, postoperatorio sin complicaciones. Cuatro días después del alta acude de nuevo a urgencias por dolor abdominal localizado en FID y fiebre de 38,2 y náuseas se diagnostica de absceso postquirúrgico y se inicia tratamiento con antibioterapia, e ingreso hospitalario con evolución favorable. En una eco de control, se observa masa quística en fondo saco Douglas bien delimitada encapsulada que pudiera corresponder con un absceso, recomendándose TAC abdominal. El cual se informa como masa quística pélvica bien delimitada que capta contraste en periferia y que podría corresponder a teratoma quístico. Se realiza laparatomía.

Hallazgo operatorio, ovario derecho torsionado con trompa con contenido hemático.

*Diagnóstico anatomopatológico:* quiste ovárico torsionado e infartado.

## COMENTARIO:

- En ocasiones es difícil y más complejo realizar el diagnóstico diferencial del dolor en FID en niñas, de otra patología que no sea apendicitis.
- La historia clínica detallada nos puede hacer pensar en otros posibles diagnósticos.
- En la fase aguda la ecografía convencional no siempre permite el diagnóstico.
- Creemos que en la evaluación del dolor abdominal, en niñas premenárquicas debería incluirse en casos dudosos la interconsulta ginecológica y el ultrasonido pélvico e incluso el eco doppler.
- En este caso, hubiera permitido el diagnóstico temprano de la torsión ovárica con el consiguiente tratamiento oportuno.



# Posters sin lectura

## **ATAXIA EN URGENCIAS. ESCUCHAR, EXPLORAR Y... ¿ESCANEAR?**

Ruiz Llobet A, Casellas Vidal D, Morales Albert C, Pérez Álvarez F, Luque Moreno A, Bargalló Aylagas E, Mayol Canals L.

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.*

**INTRODUCCIÓN:** La ataxia es un trastorno del movimiento intencional, caracterizado por alteraciones del equilibrio y la coordinación. Es un signo frecuente de disfunción neurológica que plantea un amplio diagnóstico diferencial en el que la anamnesis y la exploración física son pilares fundamentales. La familia lo vive como una situación grave y genera en ocasiones el uso excesivo del TC craneal urgente para descartar lesiones ocupantes de espacio.

### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

*Caso 1:* Niño de 5 años que acude a urgencias por dolor en extremidades inferiores y caídas frecuentes de 15 días de evolución, sin antecedente traumático. A la exploración se evidencia incoordinación motora.

*Caso 2:* Niño de 8 años que consulta por dificultad aguda en la deambulación, caídas, bradipsiquia y desorientación. En la exploración destaca ataxia cerebelosa.

*Caso 3:* Niña de 5 años que consulta a urgencias por caídas en la escuela de evolución subaguda. Presenta alteración de la coordinación y la marcha. En los 3 casos se realiza TC craneal.

### **EVOLUCIÓN:**

*Caso 1:* Posteriormente se evidencia pérdida de fuerza, con EMG compatible con Síndrome de Guillain-Barré.

*Caso 2:* Se realizan tóxicos en orina con resultado negativo. Tras la observación de la presencia de ilusiones/alucinaciones ópticas se reinterroga al paciente y admite haberse tomado unos comprimidos de loracepam.

*Caso 3:* Se detecta hipocalcemia severa. Con los estudios correspondientes se diagnostica de pseudohipoparatiroidismo.

**COMENTARIOS:** En los casos descritos el signo principal era la ataxia. Una anamnesis adecuada y dirigida, una exploración neurológica minuciosa y el uso escalonado de pruebas complementarias podrían haber ahorrado la práctica del TC craneal urgente, que puede ser menos adecuado para el diagnóstico que otros estudios más concluyentes.



# Posters sin lectura

## **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DEL DEBUT DIABÉTICO EN EL ÁREA DE URGENCIAS**

Aparicio Gonzalo S, Sanz Ruiz I, Juan García L, Muñoz García E, del Castillo Villaescusa C, Pons Morales S.  
*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**INTRODUCCIÓN:** Los debuts diabéticos suelen presentarse en urgencias sin afectación significativa del estado general. La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación de la DM tipo 1 y con frecuencia su forma de debut. Es el trastorno metabólico en niños que con más frecuencia precisa ingreso en UCI.

**OBJETIVOS:** Conocer la incidencia de debuts diabéticos en nuestro hospital, el estado clínico de estos pacientes a su llegada a urgencias y los datos analíticos que influyeron en su manejo terapéutico.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo y retrospectivo por revisión de historias clínicas de los niños entre 0 y 15 años, controlados en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital. Se analizaron las variables de edad, sexo, procedencia del paciente, clínica del debut, perfil analítico y tratamiento inicial.

**RESULTADOS:** Se incluyen un total de 25 niños (14 varones y 11 mujeres). La edad media al debut fue de 7 años y 7 meses, con un rango entre 3 meses y 14 años. 1 niña, tenía menos de 1 año (4%), 6 casos (24%) preescolares, 8 casos (32%) escolares y 10 casos (40%) púberes. El 40% acudieron directamente al servicio de Urgencias y el 60% fue remitido desde el centro de salud. Presentaron la siguiente distribución estacional: 3 en primavera, 12 en verano, 5 en otoño y 5 en invierno. El motivo de consulta fue hiperglucemia en 4 casos (16%), pérdida de peso en 10 casos (40%), 1 caso de fiebre (4%), 1 caso de convulsión (4%), 4 casos de astenia (16%) 1 caso de enuresis (4%) 1 caso de poliuria/polidipsia (4%) y 3 casos de vómitos (12%). En la anamnesis todos referían clínica típica de poliuria, polidipsia y polifagia. El 44% (11/25) tenían CAD, siendo la media del pH de 7,16 y la del HCO<sub>3</sub> de 11,98 mEq/L, 3 casos presentaron CAD grave (pH ≤ 7,10 y una media de HCO<sub>3</sub> de 4,23 mEq/L). La glucemia media fue de 443 mg/dL, con un rango entre 215-937 mg/d y en el grupo de CAD fue de 514 mg/dL. El 44% de los pacientes (11/25) se trataron con insulina en perfusión continua y el 56% restante (14/25) con insulina sc y dieta. Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas con el tratamiento instaurado. Sólo un caso precisó ingreso en UCI.

**COMENTARIOS:** Es fundamental el diagnóstico precoz de la diabetes para así poder minimizar los debuts con CAD severa. La mayoría de los debuts diabéticos pueden ser estabilizados en urgencias y posteriormente trasladarse a planta de hospitalización.



## Posters sin lectura

### **CIANOSIS SÚBITA EN UNA NIÑA DE NUEVE AÑOS**

Sarmiento Martínez M, Blanco Lago R, Bernardo Fernández B, Rodríguez Suárez J.  
*Unidad de Urgencias. Hospital Central de Asturias.*

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:** la consulta por cianosis aislada no es frecuente en Urgencias de Pediatría y suele ser en el contexto de una enfermedad cardio-respiratoria. Presentamos el caso de una niña de nueve años que consulta por cianosis súbita.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Niña de 9 años, sin antecedentes de interés, que estando previamente bien presenta cefalea y mareo con adquisición de coloración azulada en labios; no refieren dificultad respiratoria ni tos e indagando sobre el contacto con tóxicos o medicamentos, sólo refieren el contacto con unas botas que habían sido teñidas de negro el mismo día. A su llegada a Urgencias presenta cianosis labial y acra, con auscultación cardiaca y pulmonar normales, sin signos externos de dificultad respiratoria, con pulsos periféricos palpables y simétricos en todos los miembros, con exploración neurológica en límites normales, aunque con sensación de mareo. La frecuencia cardiaca es de 92 lpm, la respiratoria de 25 rpm, la tensión arterial de 110/50 mmHg y la saturación de oxígeno del 89% sin respuesta a la administración de oxígeno en gafas nasales. La gasometría venosa muestra pH 7,36, pCO<sub>2</sub> 53 mmHg, pO<sub>2</sub> 22 mmHg, bicarbonato 29,9 mmol/L, hemoglobina total 13,2 g/dL, hemoglobina oxigenada 39%, hemoglobina reducida 34%, carboxihemoglobina 2%, metahemoglobina 28% y saturación de oxígeno del 53%. Con el diagnóstico de metahemoglobinemia tóxica, ingresa en Hospital de Corta Estancia para monitorización y tratamiento con su antídoto, azul de metileno intravenoso al 1%, a 0,1 mL/kg. A la hora ya se objetiva ascenso de la saturación de oxígeno al 95% siendo del 100% a las dos horas, con normalización de la coloración de la piel y con control gasométrico a las 8 horas que muestra pH 7,32, pCO<sub>2</sub> 56 mmHg, pO<sub>2</sub> 24 mmHg, bicarbonato 28,9 mmol/L, hemoglobina total 13,5 g/dL, hemoglobina oxigenada 53%, hemoglobina reducida 46%, carboxihemoglobina 0,1%, metahemoglobina 1%. Tras doce horas de ingreso es dada de alta, con exploración física en límites normales.

**COMENTARIOS:** Debemos tener en cuenta la metahemoglobinemia en el diagnóstico diferencial de un niño con cianosis, sobre todo si no existen datos de patología cardio-respiratoria en la anamnesis ni la exploración. El ingreso en Hospital de Corta Estancia durante 12 horas fue suficiente para la confirmación diagnóstica, monitorización y tratamiento.



# Posters sin lectura

## DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS DE ENFERMEDAD DE ADDISON

Souto Hernández S, Iceta Lizarraga A, Berrade Zubiri S, Gembero Esarte E, Chueca Guindulain M, Oyarzabal Irigoyen M.

*Urgencias de Pediatría y Endocrinología Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**FUNDAMENTO:** La enfermedad de Addison es una rara enfermedad producida por la destrucción, lenta y progresiva, de la corteza suprarrenal, que origina síntomas muy inespecíficos como astenia, debilidad, anorexia y pérdida de peso, asociados en numerosas ocasiones a trastornos psíquicos (depresión, apatía...). Los vómitos y el dolor abdominal predicen una crisis suprarrenal, situación clínica muy grave con riesgo de muerte súbita si no se instaura tratamiento inmediato.

**OBSERVACIÓN CLÍNICA:** Presentamos el caso clínico de una niña de 12 años de edad que durante varios meses sufrió progresivo deterioro general y repetidas consultas médicas. Antecedentes de atopia. Manifestaba fatiga general, estado de ánimo depresivo (que no mejoraba pese a tratamiento con ansiolíticos) y pérdida de peso, por lo que fue derivada a Psiquiatría y etiquetada de anorexia y depresión. Ninguno de los médicos consultados hallaron causa orgánica.

Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso. Aunque la ecografía era sugestiva de apendicitis, se sospechó enfermedad de Addison porque presentaba marcada astenia, hipotensión e hiperpigmentación llamativa, sobre todo en zonas de rascado. En la analítica destacaba una hipoglucemia, hiponatremia y acidosis metabólica. Se inició tratamiento sustitutivo con hidrocortisona con una mejoría espectacular en pocos días de los síntomas físicos y psíquicos. Se confirmó el diagnóstico por los niveles hormonales de cortisol bajos, ACTH claramente elevada, y positividad de anticuerpos anticápsula suprarrenal y antitiroideos. El resto de autoanticuerpos estudiados han sido negativos.

Se etiqueta de *S. Poliglandular* autoinmune tipo II (*S. de Schmidt*).

## CONCLUSIONES:

- La enfermedad de Addison es muy rara en edad pediátrica y sus manifestaciones clínicas muy inespecíficas, lo que origina con frecuencia un erróneo enfoque diagnóstico y derivación de los pacientes a Unidades de Psiquiatría.
- Es importante considerar siempre una posible causa orgánica en cuadros clínicos con sintomatología vaga o con trastornos psiquiátricos.
- Destacamos el acierto diagnóstico, pues el tratamiento quirúrgico de apendicitis hubiera conducido a la niña a una situación de grave riesgo vital.



# Posters sin lectura

## DIARREA EN URGENCIAS EN LOS NIÑOS DE LA COMARCA DEL BIDASOA Y DE LAS CINCO VILLAS

González Martínez C, Arbanesi Vallati S, Palacio Galán L, Fraile Pascual P, Goienetxe Fagoaga E, Pérez Castelli M. Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología. Hospital Comarcal del Bidasoa. Hondarribia. Guipúzcoa.

**OBJETIVOS:** Analizar las características epidemiológicas y clínicas y la etiología de la diarrea en la edad pediátrica en nuestra comunidad ya que existen pocos estudios sobre la diarrea en niños no hospitalizados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de casos descriptivo longitudinal retrospectivo mediante la revisión de muestras de heces recogidas en Urgencias de Pediatría a los niños con síntomas de gastroenteritis en el período 21 de diciembre de 2005 a 21 de diciembre de 2006. Se realiza estudio para detección de virus (látex a rotavirus y adenovirus) y bacteriológico a todas las muestras.

**RESULTADOS:** Se recogen 281 muestras siendo un 37,7% positivas. El 49,4% son niños situándose el mayor porcentaje en el intervalo de edad de 0 a 2 años (66,2%), el intervalo de edades se sitúa entre 20 días y 13 años y 5 meses. De las muestras positivas el 37,7% fueron rotavirus, 35,8% *Campylobacter jejuni*, 19,8% adenovirus, 11,3% *Salmonella enteritidis*, 1,9% *Salmonella tiphimurium* y 1,9% *Yersinia enterocolitica*. Rotavirus se aisló predominantemente en invierno (26,8%), *Campylobacter* se mantuvo estable con 8,3-27,3% al igual que adenovirus (4,5%-11,2%). En verano se aisló predominantemente *Salmonella enteritidis* (11,4%) y los 2 casos de *Yersinia* en otoño. Según intervalo de edades en 0-2 años se aisló predominantemente rotavirus (18,2%), en 2-4 años rotavirus (14%), 4-6 años rotavirus y *C. jejuni* (11,7%), 6-8 años *C. jejuni* y *S. enteritidis* (7,7% cada uno), 8-10 años *S. enteritidis* 28,5%, 10-12 años *Y. enterocolitica* 14,2% y 12-14 años *S. enteritidis* (100%). El síntoma más común asociado fue la fiebre (37,7%), más frecuentemente encontrada en infección por *C. jejuni* (15%). En cuanto a la presencia de sangre y/o moco en heces se aisló con más frecuencia *C. jejuni* (14,6%) y *S. enteritidis* (12,2%). Destacar que entre los cultivos negativos un 8,23% habían recibido antibióticos en los 10 días previos (42,8% amoxicilina-clavulánico). En cuanto a la medicación prescrita 2,1% recibió tratamiento antibiótico y un 1,8% antidiarreico. 12,8% necesitaron rehidratación iv aunque solo un 2,1% precisó ingreso. Signos de deshidratación se observaron en 1,8% (60% en relación a rotavirus).

## CONCLUSIONES

- Un 66,2% de las muestras fueron recogidas en menores de 2 años, importancia de guardería como núcleo de diseminación.
- Rotavirus se aísla en invierno y *Salmonella* en verano-otoño manteniéndose estables adenovirus y *C. jejuni*.
- El 97,9% de los pacientes recibió el alta antes de las 24 horas y solo en 12,8% precisó rehidratación iv.
- El tratamiento antibiótico previo se relacionó con el 8,23% de las muestras negativas.



# Posters sin lectura

## **DIFICULTAD RESPIRATORIA EN UN LACTANTE**

Montejo Vicente MM, Escribano García C, González Jiménez D, Sarmiento Martínez M, Barreiro Daviña J, Díez Tomás JJ.

*Servicio de Pediatría. Centro Materno Infantil. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**INTRODUCCIÓN:** Ante un cuadro de dificultad respiratoria debemos plantearnos, además de las afecciones respiratorias, el origen cardíaco (trastornos del ritmo, miocardiopatía, cardiopatías congénitas).

**OBJETIVOS:** Descripción del cuadro clínico, pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución de un caso, enfocado inicialmente como de origen respiratorio.

**CUADRO CLÍNICO:** Paciente de 3 meses que acude a Urgencias con cuadro de dificultad respiratoria de 48 horas de evolución, mucosidad nasal y fatiga con las tomas. Afebril. Meses de octubre-noviembre.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Gestación 37 semanas. Parto eutócico. PRN: 2,450 kg. Lactancia mixta. NAMC. Vacunación correcta. Seguimiento y exploraciones rutinarias normales, sin soplos cardíacos.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** Peso: 4,2 kg. FR: 60 rpm. FC: 140 lpm. BEG. Normocoloreado. Tiraje subcostal con bamboleo abdominal. ACP: RsCsRs, buena entrada de aire bilateral con ruidos de espasticidad bronquial difusos. Resto de la exploración normal. *Score Wood-Downes-Ferres:* 3-4 puntos.

Ingresa con nebulizaciones de adrenalina y precisa oxígeno suplementario para mantener saturaciones (máximo 1,5 lpm). A las 24 horas se ausculta soplo sistólico rudo II-III/VI en 4º EPI con 2ºR ligeramente desdoblado y aumento del componente pulmonar. Se palpa latido aumentado en VD. Pulsos periféricos normales. Hepatomegalia de 1,5 cm.

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

- *ECG:* Eje cardíaco 90º. Ritmo sinusal. Ondas P normales. BIRD. Crecimiento de VD. Alteraciones de la repolarización generalizadas.
- *Rx tórax:* cardiomegalia global con vascularización pulmonar aumentada en ambos campos pulmonares, compatible con Shunt I-D amplio.
- *Ecocardiografía:* CIA de 5 mm tipo o.s, CIV perimembranosa, 3 CIV musculares, imagen aneurismática en septo membranoso, HTP 53 mmHg.

**TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:** Se suspenden las nebulizaciones de adrenalina y se inicia tratamiento con digoxina oral, a pesar de lo cual, no se logra disminuir el grado de HPT, por lo que se decide el cierre quirúrgico de las CIV.

**CONCLUSIONES:** Para poder diferenciar el origen respiratorio del cardíaco en un cuadro de dificultad respiratoria, nos basaremos en una exploración física detallada y los datos aportados por una radiografía de tórax. En los neonatos, la resistencia pulmonar está aumentada, lo que reduce la derivación de izquierda a derecha en los pacientes con grandes CIV no restrictivas.



# Posters sin lectura

## **DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN GINECOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Fernández Ureña S, Muñoz Santanach David, Trenchs Sainz de La Maza V, Marimón García ME, Luaces Cubells C.

*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**INTRODUCCIÓN:** El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en urgencias. Su origen puede ser muy diverso siendo importante tener presentes las causas de origen ginecológico/hormonal en aquellos pacientes en edad puberal.

### **OBJETIVOS:**

1. Presentar el caso de una niña cuyo motivo de consulta fue el dolor abdominal secundario a una malformación uterina.
2. Subrayar la importancia de las causas ginecológicas/hormonales en pacientes durante la pubertad.

**CASO CLÍNICO:** Adolescente de 13 años que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso en hipogástrico de 3 días de evolución, junto con sensación nauseosa. Había consultado previamente en tres ocasiones en los días previos. No presenta vómitos, alteraciones del ritmo deposicional ni síndrome miccional acompañantes. Dolor moderado a la palpación en región hipogástrica, sin signos de peritonismo. Como antecedentes personales únicamente destaca una agenesia renal unilateral. Se realizan sedimento de orina y analítica sanguínea que no muestran alteraciones significativas. Caracteres sexuales presentes y marcados (Tanner 4 puntos), sin haber presentado menarquía hasta la fecha. Sin el hímen imperforado ni otras lesiones en genitales externos. En el tacto rectal se palpa masa en fondo de saco de Douglas, dolorosa a la palpación. La ecografía transvaginal demuestra la existencia de una masa anexial y se decide el ingreso para laparoscopia exploradora. En dicha intervención se objetiva un útero doble unicollis con hemiatrofia uterina derecha y hematómetra secundario.

Se realiza un drenaje transvaginal y marsupialización del hemiútero atrófico, con una actitud conservadora. Presenta una correcta evolución postquirúrgica.

A los 3 meses recupera los ciclos menstruales de duración y características normales, sin reaparición del dolor.

### **COMENTARIOS:**

1. La clave en este caso se encuentra en la clara discordancia entre el desarrollo de los caracteres secundarios y la ausencia de menarquía, que deben orientarnos a un origen ginecológico del dolor.
2. La patología que presenta nuestra paciente es un síndrome clínico conocido y descrito en la literatura, consistente en una malformación uterina con útero doble, de los cuales uno de ellos es atrófico, con retención de sangre secundaria y agenesia renal ipsilateral. El cuadro clínico acostumbra a ser de adolescentes con oligomenorrea o amenorrea y dolor abdominal por hemoperitoneo o distensión visceral.
3. El diagnóstico definitivo se puede establecer con técnicas de imagen, como la resonancia magnética o bien en la laparoscopia exploradora.



# Posters sin lectura

## **DOLOR ABDOMINAL: UN HALLAZGO INESPERADO ANTE UN SINTOMA FECUENTE**

Frías García ME, Fernández Fernández S, Pinto Fuentes I.

*Servicio de Urgencias de Pediatría Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.*

**FUNDAMENTO:** La causa más frecuente de abdomen agudo en la edad preescolar y escolar es la apendicitis aguda, pero como sabemos hay otro tipo de patologías muchísimo menos frecuente que por su rareza se nos pueden escapar en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

**OBJETIVO:** Reconocer otra patología que puede dar un cuadro de abdomen agudo similar al de la apendicitis en un niño.

**OBSERVACIÓN CLÍNICA:** Varón de 8 años que acude a la urgencia por presentar dolor abdominal leve periumbilical de una semana de evolución con reagudización en la hora previa. No refiere traumatismo. Afebril. No vómitos, ni cambios en el ritmo intestinal. No presenta antecedentes personales de dolor abdominal ni clínica digestiva alguna. Como dato de interés en el momento de la consulta el paciente se encuentra en tratamiento con ibuprofeno y omeprazol por diagnóstico previo de artritis. En la exploración física: afebril, buen estado general y nutricional con adecuada coloración de piel y mucosas. Abdomen: doloroso a la palpación de forma difusa con dudosos signos de irritación peritoneal. El resto de la exploración era rigurosamente normal. Se decide dejar en observación para ver evolución del cuadro y se solicitan los siguientes estudios complementarios: bioquímica sanguínea (incluida amilasa y transaminasas) con valores dentro de la normalidad, hematiemetría normal, no reactantes de fase aguda. Durante su estancia en observación se mantiene hemodinámicamente estable con aumento progresivo de la temperatura hasta alcanzar los 38° C. El dolor se focaliza en fosa ilíaca derecha, por lo que se solicita ecografía abdominal que informa de la presencia de gas ectópico sugerente de neumoretroperitoneo. El hallazgo se confirma con una radiografía de abdomen. Con diagnóstico de sospecha de perforación de apéndice como primera posibilidad diagnóstica, se remite a cirugía. Los cirujanos deciden realizar extirpación del apéndice por laparoscopia, en la que aparece, de manera sorprendente, abundante material seropurulento en Douglas, con epiplon adherido a tercio distal gástrico y apéndice normal. Mediante laparotomía media supraumbilical se objetiva una perforación en cara anterior de antro gástrico de 0,5 centímetros de diámetro producida por perforación de úlcera gástrica.

**COMENTARIO:** La perforación gástrica es muy poco frecuente en niños, ocurriendo en la mayor parte de los casos en el período neonatal, en el resto de la población infantil los pocos casos descritos aparecen secundarios a úlcera péptica, cuerpos extraños, vólvulo, bezoares, gastroenteritis eosinofílica e incluso infecciones, en un número importante de casos no se llega a encontrar la causa. Si bien es muy infrecuente la úlcera gástrica en la infancia lo es mucho más la perforación de la misma, este hecho añade dificultad al diagnóstico de esta patología como ocurrió en nuestro paciente.



## Posters sin lectura

### **EFFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

Bárcena Fernández E, Suinaga Errasti MI, López Mirones JI, Vázquez Ronco Ma, Benito Fernández J, García González S.

*Urgencias Pediatría. Hospital Cruces. Barakaldo. Bizkaia.*

**INTRODUCCIÓN:** El alto porcentaje de hemocultivos contaminados en nuestro servicio de Urgencias de Pediatría (UP) ha planteado la necesidad de revisar la extracción y el procesamiento de las muestras. Por ello, el equipo de enfermería ha diseñado un protocolo de extracción de hemocultivos, que debe seguir un procedimiento riguroso para evitar la contaminación de las muestras.

**OBJETIVO:** Determinar la efectividad de un protocolo de extracción de hemocultivos en UP.

**PACIENTES Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo comparativo de los hemocultivos extraídos en UP a pacientes entre 0 meses y 14 años, desde 1 enero al 30 abril 2005 (período pre-protocolo) y desde el 1 julio al 30 de noviembre de 2006 (período post-protocolo). Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos.

**RESULTADOS:** Durante el período pre-protocolo se obtuvieron un total de 1.006 hemocultivos y en el período post-protocolo 1.109, observándose un descenso significativo de las cifras globales de contaminación tras la implantación del protocolo (11,9 vs 8,8%;  $p = 0,019$ ). En el grupo de menor edad (< 3 meses), donde la contaminación de los hemocultivos era muy superior con respecto a los otros grupos, también se produjo una disminución significativa de los hemocultivos contaminados (25,5 vs 15,6%;  $p = 0,045$ ).

Conclusiones: La implantación de un protocolo de extracción de hemocultivos en UP ha resultado efectiva, con una reducción significativa de la contaminación de las muestras, pero insuficiente para alcanzar los estándares de calidad propuestos por la SEUP (tasa de hemocultivos contaminados < 5%).



# Posters sin lectura

## **EL ASESINO INVISIBLE. INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO. IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ**

Molina Jurado AM, García Moyano MI, Simarro Bravo MD, Aguilar Humanes F, Castuera Jurado E, Bello Luque AM.

*Urgencias de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Reina Sofía. Córdoba.*

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:** El monóxido de carbono (CO) es un gas incoloro e inodoro que puede producir de forma solapada graves intoxicaciones en pediatría que ocasionan una gran morbimortalidad.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Lactante de 18 meses, acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por notar a la madre irritable, sensación nauseosa y palidez facial, marcha inestable seguida de hipotonía y somnolencia de unos 5 minutos de duración. Afebril.

En la exploración se aprecia somnolencia alternando con fases de irritabilidad que desaparece progresivamente, persistiendo marcha inestable. Exploración física incluyendo la neurológica normal (excepto que persiste la alteración en la marcha).

*Antecedente personales:* Otitis de repetición. La madre refiere que desde hace un mes la nota “tontilla” (mas irritable, cambio de carácter, anorexia...).

*Antecedentes familiares:* Madre afecta de cefaleas de repetición en estudio por Neurólogo (pruebas de neuroimagen, tratamiento profiláctico...) desde hace aproximadamente un mes.

Padre y hermano de 15 años. Cefaleas esporádicas.

Se solicitan pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, tóxicos en orina... siendo normales.

De nuevo se hace hincapié en la anamnesis al no tener un diagnóstico claro: al producirse este episodio agudo en el baño y asociándose patología familiar de cefaleas se solicita gasometría venosa que confirma el diagnóstico: carboxihemoglobina (CoHb), siendo en la lactante de 27,2% y en la madre de 25%. En el hermano tras rescatarlo de su domicilio una hora más tarde 35% (precisó ingreso en cuidados intensivos).

Tras oxigenoterapia a alta concentración se normalizó el cuadro a las 2 horas de su inicio, siendo la CoHb en la lactante de 0,9% y en la madre de 5,6%.

Posteriormente no han precisado ningún miembro de la familia más estudios ni tratamientos por permanecer totalmente asintomáticos (tras la reparación del escape de gas).

## **CONCLUSIONES:**

1. La intoxicación por CO es una situación difícil de diagnosticar en niños porque los síntomas iniciales son muy inespecíficos y coinciden con los de otras enfermedades no tóxicas.
2. La asociación familiar puede orientar al diagnóstico.
3. Debemos sospechar intoxicación por monóxido de carbono ante episodios de pérdida de conciencia o mareos en el baño y/o ducha.
4. Insistir en la importancia de realizar una anamnesis y exploración física detalladas con el fin de evitar demoras y errores en el diagnóstico y tratamiento que darían lugar a un aumento de la morbimortalidad.



# Posters sin lectura

## **EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN LA PURPURA ANAFILACTOIDE**

Fernández Ramos J, Moreno Solís G, Azpilicueta Idarreta M, Rubio Gómez I, Ordóñez Díaz MD, Ruiz Díaz D.  
*Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**INTRODUCCIÓN:** El dolor abdominal aparece en el 40-70% de los pacientes con púrpura anafilactoide. En estos pacientes, en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo debemos considerar la invaginación intestinal (II). Ésta es una complicación quirúrgica que tiene una incidencia no desdeñable en este contexto. Presentamos 2 casos de sospecha de II en paciente con púrpura anafilactoide.

### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

*Caso clínico 1:* Niño de 6 años diagnosticado de púrpura anafilactoide que consulta en Urgencias por presentar dolor abdominal y vómitos que se ha agudizado en últimas horas. A la exploración se objetiva dolor difuso sin defensa abdominal. La ecografía abdominal muestra una invaginación intestinal y el cirujano infantil realiza desinvaginación bajo anestesia general.

*Caso clínico 2:* Niña de 3 años que consulta en Urgencias por presentar dolor abdominal intenso y rectorragia de pocas horas de evolución. Como antecedente había tenido un catarro de vías altas una semana antes de la consulta. A la exploración se objetiva exantema purpúrico en miembros inferiores y dolor agudo difuso a la palpación. Se realiza ecografía abdominal que es compatible con invaginación intestinal. Se realiza laparotomía en la que no se confirma. Este cuadro se repite posteriormente requiriendo una nueva laparotomía. No se observa invaginación pero sí una afectación intestinal severa que lleva a iniciar tratamiento corticoideo.

### **CONCLUSIONES:**

La invaginación intestinal en el contexto de la púrpura anafilactoide puede aparecer a edades no típicas del cuadro.

La ecografía abdominal es una prueba útil para el dolor abdominal agudo en estos pacientes, aunque es la laparotomía urgente la que confirma el diagnóstico.



# Posters sin lectura

## **EL NIÑO INMIGRANTE EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR SU ATENCIÓN**

García García A, Montesinos Sanchís E, Álvarez Pitti J, Castell Miñana M.

*Servicio de Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.*

**ANTECEDENTES:** El aumento de la población inmigrante (PI) en nuestro país se refleja en el incremento de las atenciones a niños inmigrantes en las Urgencias de Pediatría. En la problemática que plantea esta nueva población los servicios de urgencias pueden cumplir una función importante, ya que en ocasiones constituyen el único contacto de esta población con el sistema sanitario.

**MÉTODOS:** Para conocer las características y necesidades de la PI, se diseñó un estudio prospectivo, en el que se recogieron mediante encuesta los datos de 307 pacientes inmigrantes y de un grupo control de 127 atenciones a pacientes no inmigrantes atendidos en urgencias de nuestro hospital durante 6 meses. Los resultados mostraron que las diferencias en el manejo de la PI no residían en la patología que presentaban ni en el hábito de frecuentación de nuestras urgencias, sino en la barrera del idioma (13% tenían dificultades con el idioma) y el escaso control sanitario que seguían (hasta un 10% no tenía pediatra ni vacunación actualizada).

**RESULTADOS:** El resultado del estudio previo fue el desarrollo de un Protocolo de Atención al Paciente Inmigrante en la Sección de Urgencias de Pediatría de nuestro hospital, con dos finalidades fundamentalmente: 1) facilitar la integración en el sistema de salud y la asistencia por los servicios sociales; y 2) vencer las dificultades de comunicación.

Para facilitar la integración y seguimiento de esta población en atención primaria, se contó con la colaboración de la Unidad de Aseguramiento de nuestro hospital que facilita la obtención de la tarjeta SIP (documento de entrada al sistema sanitario). Asimismo, contamos con los Servicios Sociales de nuestro centro para la actuación en situaciones de riesgo psicosocial, desprotección (nulo control sanitario) o maltrato infantil.

Para vencer las dificultades de comunicación se desarrollaron tres herramientas: a) utilización del Cuestionario de síntomas publicado por la AEP (en 6 lenguas) para facilitar la anamnesis; b) empleo de hojas de recomendaciones (diagnóstico, indicaciones y tratamiento) de las principales patologías para entregar al alta de urgencias traducidas a 6 idiomas (inglés, francés, alemán, árabe, rumano y chino mandarín); c) servicio de intérpretes telefónico 24 h para las dificultades que no se puedan resolver con los anteriores recursos.

**CONCLUSIONES:** Con este proyecto pretendemos romper las barreras de la atención médica al paciente inmigrante, evitando posibles errores que se pueden cometer en su asistencia por las dificultades del idioma así como mejorar la adherencia a los tratamientos pautados y su integración en el sistema sanitario normalizado.



## Posters sin lectura

### **ENCEFALITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE METABOLOPATÍA**

Ropero Ramos E, Cebrián Rubio R, Sancosmed Ron M, del Toro Riera M, Rodríguez Palmero A, Mayolas Rifà N. *Área Materno-Infantil. Servicio de Urgencias, Neurología y Radiología Pediátricas. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:** Se presenta caso clínico de debut de metabolopatía en forma de alteración de la consciencia y trastorno del movimiento.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Lactante de 9 meses remitido de otro centro por presentar oscilación del nivel de consciencia con desviación de la mirada en diferentes direcciones, movimientos distónicos de extremidad superior izquierda y protusión lingual, de pocas horas de evolución, en el contexto de cuadro de vómitos y diarreas de 5 días de evolución. Febricular. *Antecedentes familiares:* Padres consanguíneos (primos-hermanos) de raza magrebí, con perímetro craneal (PC) > 2 desviaciones estándar (DS). *Antecedentes personales:* 1ª gestación. Recién nacido a término de 38 SG y peso al nacer 3.480 g. Parto por cesárea por estancamiento del expulsivo. Apgar 5/9/9. Desarrollo psicomotor normal. Controlado en otro centro por macrocefalia, con ecografía cerebral a los 2 meses normal. Exploración física: PC 48 cm (> 2DS). Fenotipo anodino. No lesiones cutáneas. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen sin megalias. Neurológico: Buena conexión, contacto y seguimiento, alterando episodios de hipomimia e indiferencia. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Motilidad ocular normal. Hipotonía generalizada. ROTs normales. Pocos movimientos espontáneos. Episodios de desviación de la mirada hacia la izquierda con aumento de tono de extremidades izquierdas. *Pruebas complementarias:* Análítica general y equilibrio ácido-base: normal. Punción lumbar: normal. Se cursa en LCR cultivo y PCR a virus Herpes simple y Enterovirus. Radiografía de tórax: normal. Fondo de ojo: normal. TC craneal: normal. Tóxicos en orina: negativos. Ante el diagnóstico diferencial entre: encefalitis post-infecciosa, malformación del SNC o metabolopatía, se decide ingreso hospitalario para completar estudio. La paciente persiste las siguientes 18 horas alternando episodios de somnolencia, con episodios de despertar con irritabilidad y llanto no consolable. Persiste hipotonía y movimientos distónicos en cara y extremidades. Se realiza EEG: normal y RMN craneal con espectroscopia que muestra necrosis bilateral de los ganglios basales. En la espectroscopia no se aprecia la presencia de lactato. Se plantea diagnóstico diferencial entre necrosis bilateral del estriado infantil o enfermedad metabólica, tipo citopatía-mitocondrial (síndrome de Leigh) o aciduria glutárica y se inicia tratamiento vitamínico (tiamina, biotina, hidroxibalamina y riboflavina), carnitina y restricción proteica. Se amplía estudio metabólico en sangre (*status redox*, aminoácidos plasmáticos). En orina se objetiva un aumento de 3-OH-glutárico, compatible con aciduria glutárica tipo 1, el resto de estudio metabólico resulta normal. Se suspende el suplemento vitamínico, manteniendo la riboflavina, carnitina y restricción proteica y se realiza extracción de DNA para estudio genético.

**COMENTARIOS:** Ante un trastorno del nivel de consciencia compatible con encefalitis aguda se debe realizar recogida de muestras para estudio metabólico en sangre y orina. La macrocefalia en el contexto de un cuadro de distonía aguda sugiere el diagnóstico de aciduria glutárica tipo 1.



# Posters sin lectura

## **ESOFAGITIS MEDICAMENTOSA EN PEDIATRÍA**

Solana García MJ, Iglesias Fernández C, Huber Robert ML, Sánchez Sánchez C, Morales JL.  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:** La esofagitis por fármacos es infrecuente en la edad pediátrica. Una historia concordante junto con el antecedente de ingesta de medicamentos debe hacernos sospecharla.

### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

*Caso clínico 1:* Niña de 15 años que acude a Urgencias por presentar dolor retroesternal con pirosis y disfagia media de 48 horas de evolución que empeora con la ingesta y en ocasiones le hace provocarse el vómito. No refiere fiebre ni pérdida de peso. Como antecedentes destaca la ingesta de comprimidos de doxiciclina como tratamiento del acné. La exploración física es normal destacando la presencia de lesiones residuales de acné. Se realiza endoscopia digestiva en la que se objetiva erosión esofágica en tercio medio secundaria a la ingesta de medicación. Se retira doxiciclina y se pauta tratamiento con omeprazol y sucralfato con mejoría significativa del dolor.

*Caso clínico 2:* Paciente varón de 15 años remitido desde Urgencias por dolor retroesternal en 1/3 medio de 10 días de evolución esofágico que aparece con la ingesta de sólidos y líquidos y que mejora al dejar de comer. No asocia otros síntomas. AP: toma doxiciclina desde hace 2 meses para tratamiento de acné inmediatamente antes de acostarse. EF: lesiones residuales de acné, resto normal. Aporta esofagograma donde se aprecia impronta en tercio medio esofágico. Se cita para endoscopia pero no acude.

**DISCUSIÓN:** La esofagitis medicamentosa es infrecuente en la edad pediátrica aunque puede afectar a pacientes de cualquier edad y sin patología previa. Suele ser autolimitada aunque puede complicarse con hemorragia y perforación. La clínica típica consiste en dolor retroesternal y odinofagia con o sin disfagia.

Entre los factores implicados se encuentran los relacionados con el fármaco (contacto prolongado y propiedades químicas), factores anatómicos y la ingesta en decúbito y con poco líquido.

La endoscopia es el método diagnóstico de elección.

### **CONCLUSIONES:**

- La presencia de dolor retroesternal y disfagia junto a la ingesta de fármacos debe hacernos pensar en una esofagitis medicamentosa.
- La sospecha clínica nos obliga a realizar una endoscopia para descartar complicaciones.
- La retirada del fármaco causal y los protectores gástricos son el tratamiento de elección.



# Posters sin lectura

## **ESTRIDOR INSPIRATIVO DE DIFÍCIL MANEJO**

Crespo Azpiroz N, Estévez Domingo M, Cancela Muñiz V, Cortajarena Altuna MA, Muñoz Bernal JA.  
*Servicio de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián.*

**INTRODUCCIÓN:** El estridor inspiratorio es un motivo frecuente de consulta en Urgencias de Pediatría siendo las principales causas la laringitis aguda u otros procesos infecciosos, malformaciones congénitas y cuerpos extraños. Presentamos un caso de estridor inspiratorio de difícil manejo.

**CASO CLÍNICO:** Lactante varón de 16 meses que acude a Urgencias por cuadro de tos crupal y estridor inspiratorio de inicio nocturno, con discreto aumento del trabajo respiratorio, que se cataloga de laringitis aguda y mejora tras tratamiento con adrenalina nebulizada y prednisolona oral, dándose de alta con tratamiento domiciliario con corticoides orales.

Reconsulta 2 días después, presentando dificultad respiratoria y estridor inspiratorio progresivo de 48 horas de evolución, con somnolencia en las últimas 12 horas.

*Exploración física:* FC 180 lpm, FR 45 rpm, TA 113/59, T<sup>a</sup>(ax) 38° y Sat O<sub>2</sub> 100% con FiO<sub>2</sub> 0,2 L. Afectación del estado general, cianosis generalizada, obnubilación y sudoración profusa. Tiraje intercostal, supraclavicular y xifoideo con bamboleo abdominal. Estridor inspiratorio y espiratorio. ACP: hipoventilación bilateral con crepitantes y roncus diseminados. Resto exploración física, sin hallazgos.

Ante la sospecha de reagudización de laringitis, se inicia tratamiento con budesonida y adrenalina nebulizadas y dexametasona iv. Se realizan las siguientes determinaciones: en sangre venosa, pH 7,22; pCO<sub>2</sub> 53,5 mmHg; BA 20,9 mmol/L; EB -5,6 mmol/L. Bioquímica: PCR 125 mg/L. Leucocitos 15.710/mL (PMN 61%).

El paciente no presenta mejoría con 4 nebulizaciones de adrenalina y 2 de budenosida en 2 horas, por lo que ante sospecha de epiglotitis se inicia tratamiento antibiotico con cefotaxima y se realiza Rx de vía aérea superior, donde se visualiza cuerpo extraño en traquea y se procede a la realización de laringoscopia directa, extrayéndose fragmento orgánico situado en posición subglótica, de coloración blanquecina y consistencia dura, que podría corresponderse con la cáscara de un crustáceo.

El paciente presenta mejoría del estado general, precisando una dosis aislada de adrenalina nebulizada, con disminución progresiva de la oxigenoterapia hasta su suspensión al segundo día.

Ante los hallazgos, se realiza interrogatorio exhaustivo y dirigido a la madre de difícil realización (procedencia extranjera, dificultad idiomática y nivel socio-cultural bajo), que finalmente reconoce episodio de sofocación mientras le daba la cena el día que comenzó la sintomatología.

**COMENTARIOS:** En el presente caso, la interpretación de un síndrome de obstrucción aguda de la vía aérea superior (SOAS) leve, como una patología potencialmente no grave, ha dado lugar a un error diagnóstico de un cuadro grave, como fue la aspiración de cuerpo extraño.



# Posters sin lectura

## **FLEBECTASIA BILATERAL DE VENA YUGULAR INTERNA. HALLAZGO CASUAL EN URGENCIAS**

Escudero Lirio M, Delgado Pecellín I, Alonso Salas MT, Taguas-Casaño M.

*Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.*

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:** La flebeectasia es una dilatación anormal saculofusiforme no varicosa que puede asentar en cualquier vena del organismo. La flebeectasia de la vena yugula interna se presenta generalmente como una masa alargada, a veces azulada, no pulsátil ni dolorosa que aparece en la zona supraclavicular, en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Se evidencia con maniobras que aumentan la presión intratorácica (llanto, gritos, tos, maniobra de Valsava) y con presión en la zona inferior a la ectasia, desapareciendo en situaciones de reposo. La mayoría de las veces es asintomática. Gracias a los avances en la cirugía y a los métodos diagnósticos no invasivos, el número de casos detectados ha aumentado. No obstante, sigue siendo una entidad infradiagnosticada, en parte justificado por el desconocimiento de esta entidad por parte de los profesionales sanitarios, como se pone de manifiesto en encuestas realizadas. Su diagnóstico puede realizarse en un servicio de urgencias.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Paciente varón de 23 meses que acude a urgencias por laringitis aguda leve. Durante la exploración observamos casualmente una tumoración en zona del triángulo anterior derecha del cuello, de la cual no se habían percatado sus padres hasta ese momento. Se trataba de una tumoración azulada, de 18,8 mm, blanda, depresible, no adherida a planos profundos, indolora, sin frémito ni soplos. La tumoración aparece con la maniobra de Valsalva y desaparece con el reposo. Cuando el paciente llora intensamente observamos que dicha tumoración es bilateral, aunque más pequeña en el lado izquierdo.

Sus padres refieren como antecedente un golpe en región posterior del cuello 24 horas antes, cuando se le cayó accidentalmente un mueble, sin repercusiones clínicas. Ante esta situación y sospechando la causa de la tumoración se realiza una ecografía cervical bilateral que es informada como dilatación de la vena yugular interna de ambos lados con el llanto (maniobra de Valsalva) aunque más marcado en el lado derecho.

**COMENTARIO:** Para el diagnóstico de esta entidad, la mayoría de los autores actuales afirman que puede realizarse con una exhaustiva historia clínica y exploración física, confirmando la sospecha diagnóstica con ecografía, acompañada o no de Doppler. Habitualmente la flebeectasia tiende a aumentar de tamaño durante algunos años, hasta llegar a la pubertad, momento en el que suele comenzar a disminuir por fortalecimiento de las paredes venosas. Las complicaciones son excepcionales. La actitud conservadora ante una flebeectasia uni o bilateral asintomática o con síntomas leves es la más aconsejada, dado su carácter benigno y autolimitado. La cirugía está indicada en caso de flebeectasias sintomáticas o complicadas.



# Posters sin lectura

## HEMANGIOMAS CUTÁNEOS Y ESTRIDOR LARÍNGEO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Velasco Puyó P, Sancosmed Ron M, Cebrián Rubio R, Pumarola Segura F, Pellicer Sarasa M, García-Patos Briones V.

Área Materno-Infantil. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Vall D'Hebrón. Barcelona.

**FUNDAMENTO Y OBJETIVO:** Los hemangiomas son los tumores más frecuentes en la lactancia, siendo las regiones más afectadas: cara, cuero cabelludo, espalda y zona anterior del tórax.

Los hemangiomas subglóticos son raros pero pueden dar complicaciones graves. El 50% se asocian a lesiones cutáneas. Suelen dar síntomas en los 2 primeros meses de vida. El estridor es bifásico, aunque es más grave durante la inspiración. El lactante puede estar disfónico, tener tos perruna o debutar con un crup.

El objetivo es presentar 2 casos clínicos que acudieron a urgencias con estridor inspiratorio y hemangiomas cutáneos.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS:

*Caso 1:* Paciente de 5 meses y medio, que acudió a urgencias por dificultad respiratoria de reciente aparición. Paciente en estudio dermatológico por sospecha de síndrome de PHACES incompleto al presentar desde nacimiento un surco esternal superior; duplicidad del uréter izquierdo y hemangiomas desde los 15 días de vida en región mandibular izquierda, superficie de labio y encía inferiores, submentoniano y preesternal alto. Se orientó como laringotraqueobronquitis, se trató con broncodilatadores y corticoterapia, con mejoría clínica.

En la visita rutinaria de dermatología al tener constancia de dicho episodio se solicitó una radiografía lateral de cuello que mostraba estenosis subglótica, por lo que se derivó al servicio de otorrinolaringología con tratamiento corticoideo domiciliario. Se sometió a la paciente a una laringoscopia directa, que confirmó la existencia de un hemangioma subglótico, que ocupaba menos del 70% de la luz laríngea por lo que se decidió no intervenir y mantener tratamiento corticoideo. 8 meses después se confirmó la resolución completa por laringoscopia directa.

*Caso 2:* Paciente de 3 meses que acude a urgencias por dificultad respiratoria y disfonía de 4 días de evolución. Presentaba estridor inspiratorio desde nacimiento y hemangioma facial congénito en línea media de frente, región infranasal, nuca, tronco y sacro. La clínica mejoró con corticoterapia inhalada. En la radiografía lateral de cuello se apreciaba engrosamiento de partes blandas de glotis posterior, por lo que se derivó al servicio de otorrinolaringología donde la laringoscopia directa no mostró lesiones significativas.

### COMENTARIOS:

1. Los hemangiomas cutáneos múltiples de predominio facial, especialmente en la zona de la barba (área preauricular, mentón, porción anterior del cuello y labio inferior) acompañado de estridor inspiratorio deben ser signos de alarma para sospechar hemangioma subglótico.
2. La exploración indicada ante la sospecha de hemangioma subglótico en urgencias es la radiografía lateral de cuello.
3. Es necesario derivar al paciente al servicio de otorrinolaringología para la confirmación diagnóstica por laringoscopia directa, manteniendo tratamiento corticoideo hasta entonces si la sospecha diagnóstica es alta.



# Posters sin lectura

## **HEMATOCOLPOS POR HIMEN IMPERFORADO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE Y RETENCIÓN URINARIA**

García Reymundo M, Fernández Carbonero, M Hidalgo-Barquero del Rosal E.

*Servicio de Pediatría. Hospital Materno Infantil. Badajoz.*

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:** El himen imperforado es un trastorno del desarrollo embriológico, que aunque poco frecuente, es la anomalía obstructiva más común del tracto genital femenino. Su incidencia es aproximadamente del 0,1% de los recién nacidos de sexo femenino, con dos picos de mayor incidencia: la época neonatal y la pubertad. El cuadro clínico es variable: en las adolescentes suele presentarse como amenorrea primaria y crisis de dolor periódico hipogástrico y/o retención urinaria. Debemos descartar otros defectos congénitos del desarrollo urogenital, por lo que tras una correcta anamnesis y exploración física, la ecografía es la prueba complementaria fundamental para el despistaje de anomalías asociadas. El tratamiento de elección es la himeneotomía.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Presentamos el caso de una niña de trece años que consulta en el servicio de urgencias por anuria de 12 h de evolución y dolor abdominal de moderada intensidad, continuo, localizado en hipogastrio, de 48 horas de evolución, no irradiado, acompañado de náuseas. Inicialmente el dolor se había acompañado de disuria, sin polaquiuria y con orina de aspecto normal. Posteriormente, la paciente había encontrado una progresiva dificultad para orinar hasta serle imposible conseguir la micción. No presentaba fiebre ni vómitos. En los últimos tres meses había presentado tres episodios de dolor abdominal también acompañados de disuria, catalogados de infecciones de orina y tratados como tales, con escasa mejoría clínica. Entre los antecedentes personales destaca la no menarquía. En exploración física se observa: abdomen distendido, palpándose tumoración de localización suprapúbica que alcanza la altura del ombligo, de consistencia dura, dolorosa a la palpación, sugestivo de globo vesical. A la exploración genital se observa masa en introito vaginal de color azulado protuyente y dolorosa al tacto correspondiente a himen imperforado. Se comprobó mediante sondaje que la uretra era permeable. La paciente fue diagnosticada de hematocolpometra secundaria a himen imperforado y anuria por obstrucción uretral extrínseca. Se realizó sondaje vesical, obteniéndose 1.100 cc de orina clara, e himeneotomía con evacuación de abundante contenido hemático oscuro (aproximadamente 800 cc), de consistencia densa. Se realizó posteriormente una himenoplastia reglada con resultados postoperatorios óptimos.

**COMENTARIOS:** El himen imperforado a pesar de ser una patología poco frecuente, debe ser tenida en cuenta tanto en el período neonatal como puberal. Los signos urinarios debidos a compresión (distorsión de la uretra, compresión ureteral) pueden ser el origen de una retención aguda de orina, disuria, infección urinaria e hidronefrosis bilateral. El diagnóstico se fundamenta en una buena historia clínica y exploración física. Dentro de la cual es fundamental realizar una cuidadosa inspección genital en la niña adolescente que presenta abdominalgia o/y amenorrea con un desarrollo de Tanner IV. Aunque el diagnóstico es sencillo, si no se hace de forma precoz, pueden aparecer complicaciones graves (piohematocolpos, infertilidad e hidronefrosis) y se retrasará el diagnóstico de posibles patologías acompañantes.



# Posters sin lectura

## HEMATOMA SUBGALEAL MASIVO

González Jimeno A, Galán Arévalo MS, Falero Gallego MP, Oré Valentín I, Martín Delgado C, Fernández Maseda MA.

*Hospital Virgen de La Salud. Servicio de Urgencias de Pediatría. Toledo.*

**INTRODUCCIÓN:** El hematoma subgaleal es una colección de sangre localizada entre la aponeurosis epicraneal o galea y el periostio que, en ocasiones, se extiende por todo el cráneo, sobrepasando las suturas. Se origina generalmente por traumatismos craneales leves o severos. Pueden estar asociados o no a fracturas o a alteraciones de factores de la coagulación.

**CASO CLÍNICO:** Niño de 14 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar una tumefacción blanda, fluctuante en región frontal izquierda. Quince días antes había sufrido un traumatismo craneal al chocar con la cabeza de una niña, sin haber presentado posteriormente pérdida de conocimiento ni otros síntomas. La exploración neurológica y del resto de aparatos fue normal, salvo fenotipo peculiar. Hemodinámicamente estable. Radiografía de cráneo: edema de partes blandas en región frontal izquierda, sin fracturas. Hematocrito, hemoglobina, recuento de plaquetas, TP y TTP normales. Se le pautó un vendaje craneal compresivo y observación. Al día siguiente volvió por un aumento importante de la tumefacción que afectaba a todo el cuero cabelludo. El TAC craneal mostraba una hemorragia subgaleal frontotemporoparietal bilateral. Se realizó evacuación del hematoma por drenaje en dos ocasiones por reaparición del mismo. Después de este último se aplicó vendaje compresivo, resolviéndose el hematoma en una semana. Pendiente de resultado del estudio de factores de coagulación y pruebas de hipercoagulabilidad.

**COMENTARIOS:** el hematoma subgaleal es frecuente en neonatos después de partos instrumentales (fórceps, ventosa), y en niños pequeños después de un pequeño trauma, pero es raro en adolescentes y adultos con coagulación normal. Los hematomas subgaleales masivos tras un traumatismo craneal leve son raros. La mayoría se desarrollan en el mismo día, pero pueden aparecer incluso hasta dos semanas después del traumatismo, como en nuestro caso. Vómitos y dolor de cabeza son los síntomas más frecuentes, y a veces pueden ocasionar también proptosis, diplopia y otorragia.

El manejo del hematoma subgaleal es controvertido. La mayoría se resuelven espontáneamente en 1-3 semanas sin secuelas, pero los que no, son tratados con vendajes compresivos de la cabeza y aspiración. El drenaje quirúrgico se recomienda en casos de dolor severo, necrosis del cuero cabelludo, infección o compromiso de la vida.

Los pediatras deben saber reconocer la presencia de un hematoma subgaleal y que éste no indica por sí mismo un daño serio en la cabeza. En el caso de los masivos un pronto reconocimiento y apropiado tratamiento puede prevenir serias complicaciones.



## Posters sin lectura

### **HEMATURIA, NO SIEMPRE ES DE CAUSA RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Márquez de la Plata Alonso L, Peñalba A, Guerrero M, Morales Loli L, Alcaraz Romero A

*Servicio de Pediatría. Urgencias y Nefrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:** la hematuria puede deberse a sangrado de vías urinarias, litiasis renal, daño glomerular o pigmentos en orina (hemoglobina, mioglobina, fármacos,...).

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** paciente de 7 años intervenida por displasia de caderas (4<sup>o</sup> intervención) que es trasladada a nuestro Centro por hematuria macroscópica (orina inicialmente de color marrón y posteriormente rosácea) e insuficiencia renal; durante la cirugía precisó transfusión de concentrado de hematíes. Desde el postoperatorio inmediato presenta hematuria, oligoanuria y aumento progresivo de la creatinina hasta 2,9 mg/dL. En el sedimento destacaba: Hb<sup>+++</sup>, bilirrubina +, proteinuria 1 g/dL y sólo 20 hematíes/campo; y en la bioquímica de sangre: bilirrubina 4,4 mg/dL, LDH 5.495 U/L, CPK 2180 U/l, GOT 317 U/L, GPT 117 U/l, Hb 10 g/dL, Hto 29%, plaquetas 262.000. Se realizó Coombs directo e indirecto que fueron negativos, Hb libre 53 g/dL, mioglobina 50 mg/mL, haptoglobina 32 mg/dL; la extensión de sangre periférica fue normal. En la ecografía renal se objetivaba alteración de la diferenciación corticomedular con doppler normal, compatible con necrosis tubular aguda. El estudio del complemento e inmunoglobulinas fueron normales, y ANA y cANCA negativos. La paciente precisó depuración extrarrenal durante una semana con mejoría progresiva de la función renal y normalización posterior de la creatinina (0,8 mg/dL). Los valores de CPK se normalizaron en los primeros días, aunque presentó anemización progresiva durante 15 días con persistencia del pigmento en la orina, precisando tratamiento con hierro intravenoso y Epo.

**COMENTARIOS:** la hematuria macroscópica puede deberse a la presencia de pigmentos en la orina; este hallazgo nos orienta al diagnóstico de causa no renal, aunque si no se trata precozmente puede desembocar en una insuficiencia renal aguda.



## HEPATOBLASTOMA COMO HALLAZGO CASUAL EN CONSULTA DE URGENCIAS

Rubio Gómez I, Azpilicueta M, Fernández Ramos J, Ordóñez Díaz MD, Mateos González ME, García Aldana D.  
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**INTRODUCCIÓN:** El concepto de masa abdominal engloba a una amplia variedad de procesos con diferentes tratamientos y pronósticos en función de su etiología. Su hallazgo puede darse en el contexto de una exploración física realizada en la consulta de urgencias.

En el niño la masa abdominal es la forma más frecuente de presentación de patología tumoral intraabdominal. Sin embargo, en más de la mitad de los casos corresponderá a procesos benignos o pseudotumorales.

## CASOS CLÍNICOS

*Caso 1:* Lactante mujer de cinco meses que consulta en el servicio de urgencias por fiebre de veinticuatro horas de evolución y tos productiva. En la exploración física se detecta una masa abdominal bien delimitada, localizada en epigastrio, de consistencia dura y superficie lisa, que sobrepasa la línea media y se extiende hasta región umbilical. En la radiografía de tórax y abdomen se objetiva una condensación retrocardiaca y una masa supra-mesocólica. Se realiza ecografía abdominal en la que se observa que la tumoración depende del lóbulo hepático izquierdo, de ecogenicidad homogénea con calcificaciones en su interior. La analítica revela trombocitosis ( $815.000$  plaquetas/ $\text{mm}^3$ ) y leve aumento de transaminasas. Ante estos datos se ingresa para estudio con sospecha de hepatoblastoma.

*Caso 2:* Lactante mujer de 14 meses que acude al servicio de urgencias por fiebre de dos días de evolución, con sintomatología catarral. En la exploración física se objetiva una masa dura en hemiabdomen derecho que se extiende hasta cresta ilíaca ipsilateral y alcanza línea media. Trombocitosis ( $1.110.000$  plaquetas/ $\text{mm}^3$ ). Transaminasas dentro de la normalidad. La ecografía de abdomen muestra masa de gran tamaño en hipocondrio derecho dependiendo de lóbulo hepático derecho de ecogenicidad heterogénea, muy vascularizada. También se procede a su ingreso, por sospecha de hepatoblastoma.

**COMENTARIOS.** El hepatoblastoma es el tumor primario hepático maligno más frecuente durante la infancia, y debuta casi siempre en forma de una masa abdominal asintomática que puede ser detectada de forma casual en la consulta de urgencias. La trombocitosis es un dato clave en la sospecha diagnóstica.



## **HERNIA DIAFRAGMÁTICA RECIDIVADA EN PACIENTE DE DIEZ AÑOS**

Martí Más L, Zambudio Sert S, Margarit Mallol J, Glasmeyer P, Sitjes Costa J, Nevot Falcó S.  
*Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa.*

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:** La hernia diafrágica neonatal es un defecto congénito de la formación del diafragma que permite el paso de una parte de las vísceras abdominales a la cavidad torácica, provocando hipoplasia e hipertensión pulmonar por falta del desarrollo de la vascularización pulmonar. La incidencia de la hernia diafrágica es de aproximadamente 1/2.000 a 5.000 recién nacidos vivos. En el 80-90% de los casos el defecto se localiza en el segmento posterolateral izquierdo, conocido como hernia diafrágica de Bochdalek. Actualmente, la mayoría se diagnostican en el período prenatal, hecho que permite un manejo adecuado ya en la sala de partos. En caso contrario, los síntomas se manifiestan habitualmente en el período neonatal en forma de dificultad respiratoria severa. La incidencia fuera del período neonatal es variable y oscila entre el 5 y el 25%. Generalmente, son casos en que la hipoplasia pulmonar es más leve, pero plantean un desafío diagnóstico ya que los síntomas suelen ser más inespecíficos. El diagnóstico se basará en la clínica, la exploración y fundamentalmente en las pruebas de imagen. El tratamiento es quirúrgico y se basa en el cierre del defecto congénito. La recidiva es una complicación que se presenta más frecuentemente entre los 2 y los 48 meses después de la intervención, su incidencia es variable y se relaciona directamente con el tamaño del defecto y la técnica quirúrgica utilizada.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Presentamos el caso de un niño de 10 años que consulta por cuadro de fiebre elevada y tos de 24 horas de evolución. En los antecedentes personales destaca que fue intervenido a los pocos meses de vida de una hernia diafrágica izquierda. En la exploración se objetiva hipoventilación marcada y crepitantes en la zona basal del hemitórax izquierdo, además de cicatriz quirúrgica subcostal izquierda. Ante la sospecha de neumonía se realiza una radiografía de tórax, que muestra imágenes aéreas en la base izquierda, compatibles con contenido intestinal, que se confirma mediante TAC torácico. Con el diagnóstico de hernia diafrágica posterolateral recidivada se decide intervención y se practica laparotomía iterativa, objetivándose hernia diafrágica, con múltiples asas de intestino delgado y colon, que ocupan la cavidad torácica. Se practica reducción del contenido herniario y cierre primario del defecto. El paciente presenta una evolución favorable y la radiografía de control muestra una buena reexpansión pulmonar.

**COMENTARIOS:** En el caso que presentamos, el diagnóstico inicial se produce a los pocos meses de vida, momento en que se practica cirugía correctora. La recidiva se produce sin antecedente traumático y años después de la intervención. El antecedente, la clínica y las exploraciones complementarias son fundamentales para llegar al diagnóstico y tratamiento adecuados.



# Posters sin lectura

## **HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR COMO CAUSA DE ALCALOSIS METABÓLICA HIPOPATASÉMICA**

Galán Arévalo MS, Martín Delgado C, Fernández Maseda MA, Herrera López M, González Jimeno A, Sánchez Miranda MP.

*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**INTRODUCCIÓN:** La hipertensión renovascular (HRV) se define como el aumento de la presión arterial sistémica causada por lesión o lesiones vasculares que disminuyen el flujo sanguíneo en parte o en la totalidad de uno o ambos riñones. Su frecuencia en niños varía del 3-25%. Puede ser causada por múltiples lesiones, siendo la más frecuente la fibrodisplasia.

**CASO CLÍNICO:** Niña de 9 años y 11 meses que acude a Urgencias por vómitos de 12 horas de evolución y dolor abdominal epigástrico. Antecedentes personales: origen ecuatoriano, ha vivido con los abuelos en su país de origen hasta hace 6 meses. Rehistoriada posteriormente, refiere episodios recurrentes de cefalea, vómitos, astenia, y epistaxis en los últimos meses. Exploración física normal. Tensión arterial: No se detecta en el aparato de Urgencias. Evolución: Se extrae analítica que muestra alcalosis metabólica (pH 7,48, HCO<sub>3</sub> 29,9 mEq/L, EB 5,9) e hipopotasemia (K 2,7 mEq/L), que se mantiene en control realizado 8 horas después tras fluidoterapia con aportes de potasio. Ingresa en planta donde se detecta hipertensión arterial severa (TA: 190/130mmHg). Inicialmente precisa medicación antihipertensiva en perfusión, posteriormente buen control con antihipertensivos orales. Otras pruebas complementarias realizadas: hemograma y función renal normal. Sistemático de orina: proteínas 75 mg/dL, resto normal. Actividad renina plasmática (ARP): 1,72 ng/mL/hora (vn 0,4-1,9) Aldosterona S 168 pg/mL (vn 10-105). Fondo de ojo: signos de retinopatía hipertensiva. Ecocardiograma: miocardiopatía hipertrófica. Ecografía- doppler: riñón derecho de pequeño tamaño. Índice de resistencia a nivel de la arteria renal principal elevado. Angiorresonancia magnética: Estenosis de la arteria renal derecha en toda su longitud.

**DISCUSIÓN:** Las causas más frecuentes de hipertensión arterial en la edad de 5 a 10 años son la patología renal y renovascular (75-80%). Las investigaciones iniciales en niños con hipertensión arterial grave deben dirigirse al riñón. La estenosis de la arteria renal produce hipertensión arterial por activación del sistema renina angiotensina, y el hiperaldosteronismo secundario puede ocasionar alcalosis metabólica hipopotasémica. Ésta ocurre en el 16% de los adultos con estenosis de la arteria renal pero se describe con poca frecuencia en niños. Por otra parte, un 15% de niños con estenosis unilateral y 40% bilateral tienen ARP normal. Se debe hacer diagnóstico diferencial con otras causas de hipertensión y alcalosis metabólica hipopotasémica: hiperaldosteronismo primario, Sd. Liddle, déficit de 11 beta hidroxilasa, etc.

La hipertensión arterial es asintomática en un elevado número de pacientes y en el caso de la HRV en el 60% de enfermos por lo que es muy importante la toma de tensión arterial en los controles rutinarios de salud y en los niños enfermos como parte de su evaluación



# Posters sin lectura

## **HIPOTERMIA COMO SÍNTOMA GUÍA, ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA**

Domínguez Bernal E, Moraleda Redecilla C, Raga Poveda T, Casado Sánchez ML, Castrillo Bustamante S, Romero Escós MD.

*Hospital General de Segovia.*

**INTRODUCCIÓN:** La hipotermia (temperatura axilar  $< 36\text{ }^{\circ}\text{C}$ ) es un motivo de consulta inusual en pediatría en ocasiones infravalorado en la anamnesis. Exceptuando en aquellos casos en los que puede ser fisiológica por inmadurez (prematuros y lactantes  $< 3$  meses), obliga a realizar un diagnóstico diferencial que debe incluir: Ingesta de determinados fármacos (antiinflamatorios, benzodiazepinas...), alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipotiroidismo, sepsis, desnutrición...) o patología central (encefalitis, traumatismo, neoplasia, accidente vascular...).

**CASO CLÍNICO:** Lactante varón de 15 meses que refiere episodios nocturnos de hipotermia (hasta  $34,8\text{ }^{\circ}\text{C}$ ) con hipersudoración profusa, sin escalofríos ni otros síntomas, recuperando eutermia en 6-8 horas. Ausencia de medicación concomitante.

*Antecedentes familiares y personales:* madre con hipertiroidismo autoinmune. Diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro. Parto eutócico a las 40 semanas, peso adecuado para la edad de gestación, Apgar 8/10. Período neonatal normal. Apneas del llanto cianógenas, y soplo inocente diagnosticados a los dos meses de edad (con estudio ecográfico cerebral y cardíaco normales.) Enfermedad Celíaca diagnosticada a los 9 meses (anticuerpos, estudio genético y biopsia positivos), realiza dieta exenta en gluten. Vomitador habitual, uso discontinuo de domperidona y antiácidos. Desarrollo psicomotor adecuado hasta los 8 meses, a partir de los cuales se detecta alteración de la coordinación motora fina manual.

*Exploración física:* Somatometría normal, temperatura:  $36,5^{\circ}\text{C}$ , resto de constantes normales. A destacar torpeza motora con alteración de la coordinación de los movimientos finos de ambas manos. Exploraciones Complementarias: Hemograma, coagulación, bioquímica, gasometría, inmunoglobulinas, complemento, hormonas tiroideas y estudio gastroduodenal normales. Resonancia nuclear magnética cerebral: sin alteraciones.

En la actualidad: persisten episodios de disfunción térmica tratados con medidas físicas y acude a rehabilitación y estimulación de habilidades motoras.

**COMENTARIO:** Se presenta un caso de hipotermia central. El síndrome de Shapiro asocia hipotermia y diaforesis intensa por trastorno noradrenérgico y agenesia de cuerpo calloso (no obligada en todos los casos). En este niño el trastorno de la motilidad y la discoordiación bimanual ponen de manifiesto una alteración interhemisférica que sugiere dicho diagnóstico.

La actitud del pediatra ante un cuadro de hipotermia comprobada como el descrito, debe comenzar por la sospecha de los posibles diagnósticos diferenciales, seguido de una anamnesis orientada, que como en este caso puede concluir en el hallazgo de un cuadro sindrómico.



# Posters sin lectura

## **INGRESOS PSIQUIÁTRICOS INFANTILES: REVISIÓN DE UN PERÍODO DE DOS AÑOS**

Ferouelle Novillo F, Fernández Basterra A, Soria Cortés C, Cordero Hernández G, Santos Sebastián MM, Tolín Hernani MM.

*Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**OBJETIVO:** Se ha observado, que en los últimos años, ha existido un notable incremento en el número de ingresos psiquiátricos infantiles, atendidos en el servicio de urgencias pediátricas. Aunque es una patología poco común en la infancia, es importante conocer el manejo inicial de estos niños.

**MÉTODO:** Estudio descriptivo y prospectivo, que incluyó todos los ingresos psiquiátricos en UADO (unidad de adolescentes) desde el 01.01.05 a 31.12.06. Se analizaron edad, sexo, antecedentes psiquiátricos, tratamiento farmacológico previo y diagnóstico.

**RESULTADOS:** Sobre un total de 208 pacientes, se registraron 146 ingresos psiquiátricos en uado (unidad de adolescentes) y 62 en planta pediátrica. De los ingresos en uado, hubo 97 ingresos que fueron únicos, 19 fueron dobles, 2 fueron triples y 1 fue quintuple. De los ingresos en planta, los 62 que se produjeron fueron únicos. El 47,8% eran niños frente al 52,2 de niñas, siendo la edad media de 13,1 años. El 62% de los pacientes (74) presentaron antecedentes psiquiátricos, mientras que el 38% (35) estaban en tratamiento farmacológico previo por patología psiquiátrica.

Los principales diagnósticos fueron trastorno de conducta (57,8%) y trastorno de ansiedad (42,2%), así como intento autolítico (%), predominando en el sexo masculino el trastorno de conducta (%) y en el sexo femenino los trastornos de ansiedad (%) e intentos autolíticos (%), éste último no se ingresa en la uado, sino en planta de Pediatría, debido a que el estar intoxicado, llevar vías, sondas, etc, se descarta su ingreso en la unidad de adolescentes.

**CONCLUSIONES:** Se confirma un aumento de la patología psiquiátrica infantil, existiendo una alta proporción de patología y tratamiento farmacológico psiquiátrico previo.

El mejor conocimiento del perfil de estos pacientes, ayudará a mejorar el manejo inicial de los mismos.



## **LESIÓN YEYUNAL TRAUMÁTICA NO IDENTIFICADA EN UNA PRIMERA VALORACIÓN EN URGENCIAS**

Francisco Prófumo A, Blanco Domínguez JA, Planells Mangado M, Isnard Planchar RM, Castellví Gil A, Fàbrega Sabaté J.

*Servicios de Urgencias de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Germans Trías i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona.*

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:** La incidencia de lesiones de víscera hueca por traumatismo cerrado de abdomen es infrecuente en pediatría y en la literatura se describe una demora en su diagnóstico de bastantes horas. Presentamos un caso de perforación yeyunal traumática en el que el diagnóstico se retrasó 30 horas e intentamos identificar los factores que permitan un manejo lo más eficaz posible de estos pacientes.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Paciente de 17 años sin antecedentes patológicos de interés que ingresa en el Servicio de Urgencias tras sufrir accidente de tráfico, al colisionar la motocicleta que conducía contra una farola. Tras comprobar la estabilidad hemodinámica y neurológica, se diagnostica de una fractura-luxación de Monteggia derecha y es valorado por cirugía por presentar dolor abdominal localizado en flanco izquierdo sin signos de peritonismo, por lo que decide control evolutivo y se procede a intervención quirúrgica de la fractura-luxación. A las 30 horas del ingreso el dolor abdominal aumenta y a la exploración destacan signos de defensa e importante dolor a la palpación de predominio en hemiabdomen izquierdo, por lo que se realiza tomografía computerizada abdominal que muestra neumoperitoneo importante con gran cantidad de líquido libre intraperitoneal. Ante la sospecha de perforación de víscera hueca se realiza intervención quirúrgica por laparotomía descubriéndose perforación a nivel yeyunal sin compromiso vascular que se procede a suturar. La evolución postoperatoria del paciente es buena, sin presentar complicaciones y siendo dado de alta a los 14 días tras la intervención.

**COMENTARIOS:** Dada la urgencia que requiere el tratamiento de este tipo de patología, es de vital importancia el mantener un alto grado de sospecha ante traumatismos importantes, como un accidente de tráfico. El hecho de que muchos de estos pacientes sean politraumatizados hace que la atención inicial se centre en asegurar la estabilidad hemodinámica y neurológica, y en tratar lesiones las lesiones de riesgo inminente o potencial de muerte. Además, la ausencia de peritonismo en el momento inicial, así como la posible negatividad de las pruebas complementarias iniciales no descarta dichas lesiones. Por lo que debemos realizar controles exhaustivos de la exploración abdominal para identificar a aquellos pacientes que requieran la necesidad de una intervención quirúrgica urgente.



# Posters sin lectura

## **MIOCARDIOPATÍA/MIOCARDITIS EN EL NIÑO. SÍNTOMAS INICIALES**

Salamanca Fresno L, Barreda Bonis AC, Luzón Terrón E, Molina Gutiérrez MA, Martín Sánchez J, García García S. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**OBJETIVOS:** La miocarditis/miocardopatía es una enfermedad rara en la infancia, que se inicia con síntomas frecuentes y de apariencia banal, hasta que evoluciona a una situación hemodinámica catastrófica o una complicación fatal.

Probablemente, haya formas mínimas que curan sin diagnóstico o que se diagnostican *a posteriori* por una función cardíaca afectada. Por eso la frecuencia de este proceso sea tan escasa, ya que sólo se diagnostican aquéllas que producen signos de insuficiencia cardíaca congestiva y de bajo gasto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Analizamos de forma retrospectiva 4 casos diagnosticados en nuestro hospital entre los años 2001 al 2006. De ellos, 2 siguen controles en cardiología por su mala función cardíaca residual, 1 permanece con asistencia biventricular externa pendiente de transplante y 1 falleció en el episodio agudo.

**RESULTADOS:** El período mínimo de síntomas fue de 2 días para los más pequeños, siendo de casi 1 mes en los más mayores (2,5 y 5 años). Impresionaban de “sépticos” los 2 lactantes, que acudieron con irritabilidad, febrícula, rechazo de tomas y fatiga, presentándose con color grisáceo y mal relleno capilar asociado a respiración rápida. Los 2 mayores en cambio se quejaban de unas semanas de cansancio, mala tolerancia al ejercicio con sudoración y fatiga exageradas, y síntomas digestivos (náuseas, dolor abdominal, inapetencia) .

Al diagnóstico se llegó en todos los casos por una imagen radiológica de cardiomegalia asociado en un caso a infiltrados alveolo-intersticiales y derrame pleural. La prueba radiológica se solicitó ante unos niños que presentaban polipnea, regular perfusión periférica y aspecto de “enfermos”. En la exploración nunca faltó la taquicardia no correspondiente a su grado de temperatura y la hepatomegalia de varios cm, amén de la polipnea.

## **CONCLUSIONES:**

1. La miocarditis/miocardopatía existe y es devastadora.
2. Ningún niño debe marcharse del S. de Urgencias sin conocer su frecuencia cardíaca y respiratoria, y siendo valoradas como acordes a su patología/no patología.
3. La sudoración en episodios y el dolor abdominal son síntomas clásicos de la insuficiencia cardíaca congestiva.
4. Aunque la evolución puede ser fatal a pesar del tratamiento de soporte intensivo, tal vez se mejorarían los resultados con un diagnóstico más precoz.



# Posters sin lectura

## NEUMONÍA REDONDA COMO CAUSA DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO EN EL NIÑO

Pérez Fernández F, García Aldana D, Azpilicueta Idarreta M, Rubio Gómez I, Martínez Jiménez MD, Calero Cortés S, Peña Rosa MJ.

*Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**OBJETIVOS.** La neumonía redonda (NR), es una forma rara de presentación de nódulo pulmonar solitario, aunque frecuente en menores de 8 años, que simula tumor pulmonar o de mediastino. Se presenta un caso de neumonía redonda de una niña, con la finalidad de conocer las características radiológicas y clínicas.

**CASO CLÍNICO.** Niña de 6 años de edad, que acude al servicio de urgencias, por presentar de forma súbita, fiebre, tos y dolor torácico basal derecho. Al examen clínico: buen estado general, auscultación respiratoria normal. Resultados laboratorio: leucocitos 26.400, neutrófilos 88%, PCR 435 mg/L. Radiografía de tórax: imagen radiopaca redondeada lóbulo inferior derecho. TAC: masa sólida de 35mm de diámetro en el tercio posterior del campo pulmonar derecho.

**DIAGNÓSTICO:** neumonía derecha, a descartar: tumoración pulmonar. Evolución favorable, tras tratamiento intravenoso con Cefotaxima. Control radiográfico a los 10 días, campos pulmonares de transparencia conservada.

**COMENTARIOS.** La NR es una causa rara de nódulo pulmonar solitario, más frecuente en niños, que debe ser cuidadosamente evaluada por la radiografía de tórax y que ocasionalmente requiere de otros estudios.

Radiológicamente, se presenta como una opacidad nodular de 2 a 4 cm. de márgenes lisos, sin cavitaciones ni infiltrados, en la periferia del parénquima pulmonar y más frecuente en lóbulo inferior adyacente a la pleura.

El agente bacteriano más frecuente hallado es el *Streptococcus pneumoniae*.

En el diagnóstico diferencial del nódulo solitario pulmonar se debe considerar; procesos infecciosos: absceso, granuloma, (TBC, micosis). Congénitos: quiste broncogénico, malformación arteriovenosa, secuestro. Neoplásicas: hamartoma, blastoma pulmonar, metástasis (Tumor de Willms, osteosarcoma).

Es importante conocer a la NR como causa de nódulo pulmonar solitario para realizar un diagnóstico clínico radiológico adecuado e iniciar la antibioticoterapia, con el fin de evitar estudios invasivos, costosos, innecesarios y estancias prolongadas.



# Posters sin lectura

## NIÑA DE 12 AÑOS CON CEFALEA Y DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

Oré Valentín I, Martín Delgado C, Crespo Rupérez E, Galán Arévalo MS, Losa Frías V, Falero Gallego MP.  
*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de La Salud. Toledo.*

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:** Las malformaciones arteriovenosas son responsables del 40% de las hemorragias no traumáticas en niños, pero deben sospecharse siempre ante la existencia de cefalea súbita y rigidez de nuca en un niño sin fiebre, como el caso que presentamos:

*Observaciones clínicas:* Niña de 12 años, que estando previamente bien, acude al Servicio de Urgencias por presentar, tras una discusión con sus padres, cefalea aguda intensa, vómitos y disminución del nivel de conciencia de 1 hora de evolución. No antecedente de traumatismo. Afebril. No presenta antecedentes familiares ni personales de coagulopatías.

*Exploración física:* Regular estado general. Palidez de piel y mucosas. Glasgow: 13. Somnolienta, orientada en espacio y tiempo. Pupilas mióticas bilaterales con reactividad pupilar conservada. Rigidez nucal marcada. Resto de la exploración normal.

*Pruebas complementarias:* Hemograma, estudio de coagulación normales y bioquímica sanguínea normales. PCR: 2 mg/L.

*TAC cerebral:* Hematoma frontoparietal derecho abierto a ventrículos, con efecto masa sobre los surcos y el asta frontal derecha, así como moderada herniación subfalcial.

Ante estos hallazgos se realiza una angiografía cerebral, donde se aprecia en la fase arterial una malformación arteriovenosa de alto flujo en el lóbulo frontal derecho tributaria de la arteria cerebral media, que drena durante la fase venosa en el seno longitudinal superior.

La paciente es intervenida realizándose drenaje del hematoma intraparenquimatoso, con disección y extirpación de la malformación arteriovenosa.

**COMENTARIOS:** La incidencia de las malformaciones arteriovenosas es de 1/100.000, siendo el 12-18% sintomáticas. Suelen ser supratentoriales. Se deben a anomalías congénitas en el desarrollo de los vasos sanguíneos, permaneciendo abiertas una o más comunicaciones directas entre arterias y venas, formadas por una red de vasos anómalos de pared delgada que se denomina "nido".

Aproximadamente la mitad de los casos en niños debutan con síntomas neurológicos agudos secundarios a hemorragias. Ante esta clínica sin antecedente traumático es obligado descartar otra serie de entidades como tumores, aneurismas, trastornos de la coagulación, enfermedad de Moya-Moya, etc.

El diagnóstico se realiza mediante angiografía cerebral, que además permite realizar embolizaciones terapéuticas.

Las malformaciones arteriovenosas se pueden tratar mediante cirugía convencional, embolización o radiocirugía, técnicas que pueden ser complementarias entre sí.

El pronóstico de la hemorragia intraparenquimatosa depende de la intensidad de los síntomas iniciales, siendo favorable en los casos que se presentan con estado alerta, obnubilación mínima y sin focalidad neurológica.



# Posters sin lectura

## PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN NIÑOS MENORES DE UN MES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Vila Calvo A, Gutiérrez Díez P, Cuadrado Pérez I, Bernardino Collado M, Soto Insuga V, Ramos Amador JT.  
*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**OBJETIVO:** Descripción de los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias en niños menores de un mes y de las principales causas de ingreso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos un estudio retrospectivo de los informes de niños menores de un mes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Getafe a lo largo del año 2006. Se analiza la incidencia, así como los principales motivos de consulta e ingreso.

**RESULTADOS:** Se estudian 1.003 pacientes menores de un mes valorados en el servicio de urgencias durante el período comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2006. El número de urgencias atendidas durante el mismo fue de 37.425, representando los niños menores de un mes el 2,7% del total.

No se observó una clara variación en el número de casos por meses. La proporción de casos fue: enero 8,7%, febrero 7,1%, marzo 5,9%, abril 8,4%, mayo 10,6%, junio 9,6%, julio 6,8%, agosto 7,1%, septiembre 8,6%, octubre 6,7%, noviembre 8,3%, diciembre 12,5%.

Las consultas de puericultura fueron el principal motivo de consulta (13,5%), seguido de catarro de vías altas (12,4%), cólico del lactante (12,4%), ictericia (10%), estreñimiento (4,3%), vómitos (3,5%), bronquiolitis (3,5%), sangrado umbilical (2,6%), febrícula (2,4%) y gastroenteritis aguda (2,1%).

El número total de niños menores de un mes que requirió ingreso fue de 141, lo que supuso el 14,1% del total de niños estudiados.

Estos ingresos se distribuyen de un modo irregular a lo largo del año, siendo Diciembre el mes con mayor número (14,2%), seguido de febrero (10,6%), septiembre (9,9%) y noviembre (9,9%).

Las principales patologías motivo de ingreso fueron: ictericia (17,7%), fiebre (15,6%), bronquiolitis (15,6%), deshidratación (8,5%), atragantamiento (5,7%) y vómitos (5%). Si analizamos por separado cada una de éstas, requirieron ingreso el 92,3% de las deshidrataciones, el 91,7% de los niños con fiebre constatada en el Servicio de Urgencias, el 62,9% de las bronquiolitis, el 50% de las sospechas de atragantamiento, el 25% de las ictericias, el 20% de los vómitos, el 19,1% de las gastroenteritis agudas y el 4,8% de los catarros de vías altas. En la única patología en la que se constató una clara tendencia estacional fue la bronquiolitis, con una marcada incidencia durante el mes de diciembre (60% de los casos).

**CONCLUSIONES:** La patología que se objetiva en un servicio de urgencias en los niños menores de un mes difiere en gran medida de la de los niños de mayor edad.

Gran parte de esta patología podría ser evaluada de un modo eficaz en atención primaria; si bien, la gran angustia familiar que genera y la dificultad por parte de los padres para diferenciar un proceso banal de otro que no lo sea justificaría la asistencia a los servicios de urgencias.

En nuestro medio la bronquiolitis continúa teniendo papel relevante dentro de los ingresos en pacientes menores de un mes.



# Posters sin lectura

## **PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: NO SIEMPRE UN DIAGNÓSTICO SENCILLO**

Alijarde Lorente R, Aliaga Mazas Y, Carceller Beltrán I, García Jiménez I, Campos Calleja C.  
*Unidad de Urgencias. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**INTRODUCCIÓN:** La púrpura de Schönlein-Henoch o púrpura anafilactoide es una vasculitis de pequeños vasos mediada por IgA de etiología desconocida que suele aparecer tras infecciones de vías respiratorias. Las manifestaciones clínicas pueden aparecer de forma aguda o insidiosa, siendo el exantema la manifestación clínica más característica. La afectación vascular del aparato digestivo puede dar lugar a dolor abdominal tipo cólico el cual puede aparecer hasta en un 40-80% de los casos, sangre oculta en heces, diarrea o hematemesis. Es típica también la afectación articular de rodillas y tobillos y la afectación renal que es la que marca el pronóstico de estos casos.

**CASO CLÍNICO:** Niña de 4 años que acude al servicio de urgencias de un hospital comarcal por crisis de dolor abdominal tipo cólico y vómitos incoercibles en las últimas 36 horas, estando afebril. A la exploración física destaca afectación del estado general, palidez y sudoración, abdomen blando y depresible sin masas ni visceromegalias palpables. Se realiza hemograma que muestra leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis, hemostasia y bioquímica normales y PCR 6 mg/dL. Durante el período de observación persisten los episodios de dolor abdominal y realiza una rectorragia que describen como sangre roja brillante no abundante en jarabe de grosella. Ante la sospecha de invaginación intestinal se realiza ecografía abdominal que es normal. Es remitida a nuestro centro para estudio. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable; se repiten hemograma, hemostasia y ecografía abdominal sin hallazgos y ante la posibilidad de tratarse de un divertículo de Meckel se realiza Gammagrafía abdominal con Tecnecio 99 no objetivándose captación. Persisten las crisis de dolor abdominal, realiza dos deposiciones líquidas sin sangre macroscópica recogiendo coprocultivo ante la posibilidad de tratarse de una enteritis infecciosa. A las 24 horas del ingreso (72 horas tras el inicio del cuadro) aparecen elementos petequiales y púrpura palpable de forma simétrica en ambas extremidades inferiores por debajo de las rodillas. Con ello se llega al diagnóstico de púrpura de Schönlein-Henoch iniciándose tratamiento con corticoides intravenosos (2 mg/kg/día) con evolución favorable.

**COMENTARIOS:** La hemorragia digestiva baja es un motivo de consulta infrecuente en urgencias pediátricas que puede ser debida a múltiples causas siendo la edad del paciente uno de los principales factores a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. Hasta un 50% de los casos de púrpura de Schönlein-Henoch pueden presentar en la evolución hemorragia digestiva o dolor abdominal y en un 15% de los casos estas manifestaciones pueden preceder a la aparición de las lesiones cutáneas, lo cual puede llevar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento.



# Posters sin lectura

## **RESULTADOS DE LA DOCENCIA EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA EN PERSONAL DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

García Puig R, Díaz Conradi A, Cueto González A, Cortés Álvarez N, May Llanas E, Margarit Mallol J.  
*Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa.*

**OBJETIVOS:** Analizar los resultados del modelo de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) pediátrica de nuestro hospital, su valoración por los alumnos y la percepción de su utilidad por los equipos de RCP.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde Urgencias de Pediatría hemos diseñado un plan de formación consistente en cursos anuales de RCP Pediátrica Básica Instrumentada desde el año 2000, abiertos a los distintos grupos de profesionales sanitarios, con especial interés en Enfermería de Urgencias de Pediatría, con 170 alumnos. Curso de RCP Pediátrica Avanzada con 24 alumnos. Aumentado del *pool* de docentes (1 director, 4 instructores y 6 monitores). Adquisición de equipamiento: maniqués, simuladores de ritmo... Se contabilizó la capacitación en los cursos de RCP. Se recogieron los datos de la encuesta de valoración de los cursos por los alumnos. En febrero 2007 se encuestó a los pediatras hospitalarios integrantes de equipos de RCP sobre su percepción sobre si la formación recibida en RCP pediátrica del resto de integrantes del equipo había mejorado el desarrollo de las maniobras.

**RESULTADOS:** Del total de alumnos que han realizado los cursos solamente fueron calificados como no aptos 7 (3 auxiliares + 2 enfermeras en RCP básica Instrumentada; 1 enfermera + 1 pediatra en RCP avanzada). En la encuesta de valoración de los alumnos la puntuación de 1-5 (muy mal-muy bien) ha sido: en contenidos teóricos: media = 3,9; prácticas = 4,7; profesorado = 4,5, Horario y duración = escasa para el 72%. El comentario más frecuentes ha sido la demanda de cursos de reciclaje. La percepción de mejoría por los pediatras en la asistencia a la PCR de 0-5 (nada-mucho) después de los cursos RCP: 3,2.

**CONCLUSIONES:** El porcentaje de éxito en la adquisición de los conocimientos y habilidades después de los cursos de RCP es muy alto. La formación en RCP también nos puede ayudar mediante las calificaciones a decidir con que personas se estructurará el equipo de RCP. Tenemos la sensación de que la incorporación de enfermeras como docentes ha provocado un mayor interés en la RCP por parte del conjunto de la enfermería de Urgencias de Pediatría. Los alumnos han valorado de forma muy positiva los cursos. Consideramos de gran interés que el hospital disponga de un equipo de instructores-monitores, presupuesto y equipamiento propio para la enseñanza de la RCP, para ser autosuficientes en la organización de los cursos según la demanda interna.



## Posters sin lectura

### **SEPSIS MENINGOCÓCICA FULMINANTE EN LACTANTE DE 15 MESES**

Mosqueda Peña R, Fernández Cooke E, Betés Mendicute M, Guillén Fiel G.

*Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:** La mortalidad por sepsis meningocócica continúa siendo muy elevada. La importancia del problema radica en que la progresión a la muerte suele ocurrir entre las 12-24 h desde el inicio del primer síntoma, lo cual hace vital mantener un alto índice de sospecha para un manejo rápido.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Lactante de 15 meses que acude a su pediatra por haber presentado 30 minutos antes, un episodio de movimientos tónico-clónicos generalizados de un minuto de duración. Llevaba 24 horas con fiebre de hasta 38,5° C, acompañada de vómitos esporádicos con las tomas.

A la exploración física, la temperatura era de 39,5° C; presentaba cianosis central y mala perfusión periférica. A nivel neurológico se encontraba desorientada, con pupilas midriáticas y poco reactivas y escasa respuesta a estímulos dolorosos. Su pediatra percibe aspecto séptico, por lo que avisa a una UVI móvil para traslado al hospital. Durante el traslado la paciente entra en parada cardiorrespiratoria (PCR) por lo que se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada.

A su llegada al hospital continúa en PCR, por lo que se intuba manteniendo las maniobras de RCP, administrando adrenalina y bicarbonato. La paciente no recupera el pulso y progresa a midriasis arreactiva. A los 40 minutos del inicio de la RCP y tras comprobar que la paciente continúa en asistolia, se deciden suspender las maniobras de RCP.

Se realiza analítica completa (17.000 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 53% de neutrófilos, 69.000 plaquetas, Hb 9,8, PCR: 5,93 mg/dL), estudio de coagulación (actividad de protrombina: 12%, tiempo de protrombina: 53,7 segundos. T.T.P.A: 85,9 segundos, fibrinógeno 175 mg/dL, dímeros D: 9.267,20 ng/mL). LCR (840 leucocitos/mm<sup>3</sup>, 18.000 hematíes/mm<sup>3</sup>, polimorfonucleares; 50%, mononucleares: 50%, glucosa < 20 mg/dL, proteínas totales: 5,35 g/L). Cultivo del LCR: *Neisseria meningitidis* tipo B. Hemocultivo: negativo. En la autopsia, a nivel macroscópico no se evidencian petequias ni hemorragias internas; se observa congestión visceral generalizada y en el sistema nervioso central se detectan hemorragias subaracnoideas focales y pequeños hematomas subdurales recientes así como congestión difusa.

**COMENTARIOS:** Hemos expuesto un caso de una sepsis meningocócica con hemocultivo negativo, en el cual crece la neisseria en LCR. A pesar de presentar coagulopatía de consumo, no se llegaron a evidenciar las “clásicas” petequias características de esta enfermedad. De sobra es sabida la importancia que tiene reconocer signos precoces de enfermedad meningocócica, ya que los síntomas clásicos como rash purpúrico, meningismo y alteración del nivel de conciencia son ya tardíos. La pregunta que planteamos es: ¿ante todo niño que fallece en la urgencia con signos



# Posters sin lectura

## **SOMOTIZACIÓN Y SIMULACIÓN EN PEDIATRÍA, UN RETO DIAGNÓSTICO**

Oré Pérez M, Leyva Carmona M, Salvador Sánchez J, Gómez Bueno S, Martínez A, Bonillo Perales A.  
*Servicio de Urgencia. Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**JUSTIFICACIÓN:** el diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes con Trastornos de Somatización (TS) o Ficticios (TF), a pesar de haber sido descritos en un alto porcentaje como consecuencia de consultas al servicio de urgencias de pediatría (hasta el 20-50%), son un desafío para el pediatra.

**OBJETIVOS:** exponer nuestra casuística. Describir el/los síntomas de presentación. Tratar de identificar si se trata de TS o TF.

*Casos 1:* varón 8 años. Cefalea frontotemporal. Desconexión témporo-espacial y revulsión ocular autolimitada. No pérdida de conciencia. AP: DAR con apendicectomía. EC: hemograma, bioquímica, EEG, TAC: normales. Repite episodio durante el ingreso. Psicología clínica no haya circunstancias psicopatológicas. Ant. Fam.: patología psiquiátrica. Migraña. Esclerosis múltiple.

*Casos 2:* varón 10 años. Tras accidente de tráfico 3 meses antes, presenta episodios de giro de objetos, sudoración, debilidad generalizada y recuperación instantánea. EF Y EC: Romberg marcado. Tras placebo, desaparece la clínica. ECG: normal. Controlado por pediatra de zona.

*Casos 3:* mujer 13 años. Taquipnea, mareo, agitación, debilidad muscular y pérdida de equilibrio con caída al suelo. Evolución: Psicología clínica lo orienta hacia problema funcional. Seguimiento: tto con sedantes.

*Casos 4:* mujer 13 años. Episodios de sensación de inestabilidad, debilidad de MMII, taquipnea, sudoración y sensación de caída al suelo. EC: hemograma, bioquímica y ECG normales. Evolución: resolución espontánea.

*Casos 5:* mujer 7 años. Dolor abdominal y cefaleas. Controlada en la USMI (Unidad de Salud Mental Infantil). Antecedente familiares: muerte de abuela, madre con crisis de ansiedad. Buena respuesta a terapias conductuales.

*Casos 6:* mujer 12 años. Dolor abdominal, mareos, cefaleas y vómitos. Retraída socialmente. Controlada en la USMI. Antecedente: separación de una amiga. Buena respuesta a terapias conductuales.

**DATOS:** 4 pacientes han requerido ingreso hospitalario y otros 2 han sido controlados en la USMI. La mayoría debuta con políntomas y existen factores desencadenantes. En nuestra casuística, el diagnóstico de TS cierto se da en solo 2 casos, otros 2 tienen una alta sospecha de serlo. Uno de ellos tiene alta sospecha de ser un TF (caso 1).

**COMENTARIO:** Dada la alta frecuencia de estos trastornos, sorprende ver, teniendo en cuenta la dificultad que aun conlleva establecer el diagnóstico sin “ofender” a los padres, la baja tasa de estos diagnósticos al alta y el mínimo número de ellos que son controlados por psicólogos infantiles o unidades especializadas en estos casos.



# Posters sin lectura

## **TORTÍCOLIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE**

Martínez Planas A, Panzino F, Colomer Oferill J, Pineda Marfa M, Luaces Cubells C.  
*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**FUNDAMENTO Y OBJETIVO:** El síndrome de Guillain Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida infantil y se caracteriza por debilidad simétrica ascendente y progresiva con arreflexia y afectación somato-sensitiva y autonómica variables. Dos tercios de los casos van precedidos por una infección respiratoria o gastrointestinal. La disociación albúmino-citológica del LCR y un patrón electrofisiológico característico sustentan el diagnóstico. Variantes inusuales del SGB últimamente descritas, poseen características clínicas y fisiopatológicas distinguibles. Su identificación precoz evitaría retrasos diagnósticos y terapéuticos.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Niño de 14 meses en tratamiento por otitis media supurada, que consultó por tortícolis, marcha atáxica, resistencia a la sedestación e hipoactividad de 10 días de evolución. Examen neurológico: Tortícolis, hiperextensión espinal con resistencia a la sedestación, ataxia troncal sin disimetrías, reflejos osteotendinosos (ROT) exaltados y simétricos, fuerza conservada, tono y pares craneales normales y ausencia de nivel sensitivo, (Estadio 3: Escala de Hughes modificada). En urgencias se indica una RMN cerebral que es normal y se practica punción lumbar. El LCR evidenció disociación albumino-citológica. Con la sospecha diagnóstica de SGB se administró una dosis única de gammaglobulina e.v. El niño recuperó la sedestación, a los dos días, experimentando paulatina mejoría de la tortícolis y la marcha. El electromiograma posterior mostró “afectación motora desmielinizante distal y proximal, con abolición de las ondas F, hallazgos compatibles con poliradiculoneuritis.” La remisión completa de los síntomas (Estadio I: Escala de Hughes modificada) se observó tras 4 meses de sesiones semanales de rehabilitación coincidiendo con mejoría muy significativa del patrón electrofisiológico.

**COMENTARIOS:** Desde el Síndrome Miller-Fisher hasta la Parálisis Faringo-Cervico-Braquial recientemente descrita en niños, las variantes inusuales constituyen, según las series, entre un 6,4 a 11,2% de los casos de SGB. En nuestro caso, la peculiar presentación inicial con tortícolis e hiperextensión espinal, podría atribuirse a la contractura paravertebral acompañante a la radiculitis, ya descrito en la bibliografía. La presencia de ROTs en una primera fase de la enfermedad no es infrecuente ni excluye el diagnóstico; en igual sentido la arreflexia ha sido recientemente cuestionada como criterio diagnóstico obligado en el SGB. No hay duda que la presentación clínica de nuestro paciente constituye una forma atípica ó inusual, que es preciso identificar precozmente para establecer un rápido y adecuado abordaje terapéutico.



# Posters sin lectura

## **TOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA Y FEBRÍCULA**

Raga Poveda T, Jiménez Casso MS, Moraleda Redecilla MC, Casado Sánchez ML, Domínguez Bernal E, Reig del Moral C.

*Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.*

**INTRODUCCIÓN:** La miocardiopatía dilatada (MCD) es una patología muy poco frecuente en la infancia cuyo comienzo puede ser muy inespecífico.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 11 años que acude a Urgencias por dificultad respiratoria, tos y febrícula de 24 horas de evolución. Antecedentes personales: En estudio por hepatomegalia de 3 cm y epigastralgia de 4 meses de evolución con elevación inicial de transaminasas y estancamiento de la curva ponderal. Exploración física: Peso: 34,600 (p25-50), FC: 160 lpm. TA: 93/57 mmHg. Saturación 98% con oxígeno a 2 litros. Afectación del estado general. Malnutrida. No cianosis ni edemas. Tiraje intercostal y supraclavicular. Tos irritativa. Auscultación cardiaca: taquicardia, ritmo en tres tiempos, no soplos. Latido hiperdinámico. Ingurgitación yugular. Pulsos palpables simétricos. Auscultación pulmonar: hipoventilación derecha y crepitantes bibasales, sibilancias generalizadas. Hepatomegalia de 3 cm. No esplenomegalia. Mucosidad en vías altas. Exploraciones complementarias: Hemograma, bioquímica, gasometría venosa, CPK, troponina, mioglobina, homocisteína, TSH y T4 libre: normales; PCR: 2,2 mg/dL; bilirrubina total: 3,2 mg/dL. Radiografía tórax: cardiomegalia severa; líquido en cisuras, discreto edema alveolar. No condensaciones ni derrame pleural. ECG: ritmo sinusal, FC 160 lpm, crecimiento auricular izquierdo y biventricular. Ecocardiografía: disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo, fracción de eyección (FE) del 35%, fracción de acortamiento (FA) 15% con alternancia mecánica. Insuficiencia mitral (IM) grado 2-3. Serología de virus: Ig G frente *Echovirus*: positivo; Ig G antiviral *Coxsackie B*: positivos, con control similar a los 4 meses. Se inicia tratamiento con diuréticos y captopril. Se envía a hospital de referencia donde entra en lista de trasplante cardiaco. Tras estabilización y mejoría clínica se envía a su domicilio con digoxina, captopril y diuréticos orales presentando una clase funcional I de la NYHA. Durante el seguimiento va mejorando progresivamente. A los cuatro meses del diagnóstico la FA es del 24% con la alternancia mecánica; a los seis meses del 28-30% y a los ocho meses se normaliza completamente presentando únicamente IM grado 1-2. Diagnóstico: MCD probablemente secundaria a miocarditis aguda vírica.

**COMENTARIOS:** La MCD en niños es rara. La mayoría son idiopáticas, siendo la causa más conocida la miocarditis (46%). El inicio es insidioso, hasta que la función ventricular está muy afectada, por lo que el diagnóstico puede ser difícil. El pronóstico depende de la causa, edad, severidad de la disfunción miocárdica en el momento del diagnóstico así como la mejoría durante el primer año. La ecocardiografía al inicio también marca el pronóstico, habiéndose establecido una FA de 21% en los supervivientes comparada con un 12% en los fallecidos durante la evaluación inicial, con una evolución a 6 meses, de un 34% en los supervivientes y 11% en los fallecidos. Otros criterios de mal pronóstico son: índice cardiorácico máximo, FE, regurgitación mitral grado 3-4, clase funcional IV inicial y arritmias ventriculares.



# Posters sin lectura

## **URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ¿ATENCIÓN CÓMODA SIN CITA PREVIA?**

Pérez Hernández R, Murray Hurtado M, Martínez Pineda B, Montesdeoca Melián A, Jiménez Rivera JJ, Burillo Putze G.

*Servicio de Urgencias de Pediatría. La Laguna. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.*

**INTRODUCCIÓN:** El creciente aumento de la presión asistencial en los Servicios de Urgencias Pediátricas es una realidad; sin embargo, existe la percepción entre el personal sanitario de que este incremento no se relaciona exclusivamente con la gravedad sino también con la comodidad del usuario.

**OBJETIVOS:** Identificar que pacientes acuden por iniciativa propia y quienes son remitidos, quienes precisaron pruebas complementarias, observación y/o ingreso. Relacionar la percepción de la enfermedad (leve, moderada, grave) por parte del usuario respecto a la justificación de la asistencia hospitalaria por parte del pediatra de urgencias.

**METODOLOGÍA:** Entre el 23 de enero y el 8 de febrero del año 2007 registramos aleatoriamente la procedencia de los pacientes, el número de exploraciones complementarias realizadas, la necesidad de observación en urgencias o de ingreso hospitalario, así como la valoración del problema por parte del cuidador y del médico que lo atendió. Se utilizó la prueba de  $\chi^2$  de Pearson, el test de Kruskal-Wallis y el test de Wilcoxon-Mann-Whitney del paquete estadístico StatXact-5.

**RESULTADOS:** Se registraron 191 pacientes, el 86% pertenecían al área de salud que el hospital da cobertura. El 71% de los usuarios acudieron por iniciativa propia, sin haber consultado en atención primaria. Del total de niños atendidos se realizaron pruebas complementarias en el 42%, un 9% requirió observación en urgencias más de 5 horas, y un 2% ingreso hospitalario. A un 53% de los pacientes que fueron remitidos se les realizó pruebas complementarias frente a un 38% de los que acudieron por iniciativa propia ( $P = 0,026$ ). De los pacientes remitidos permanecieron en observación e ingresaron un 12 y un 2% respectivamente frente a un 7% y un 2,3% de los no remitidos (ENS). El 75% de los usuarios consideraron que su problema era leve o moderado, y tras ser atendidos el 89% reconoció que su problema podía haber sido tratado en el centro de salud. Los pediatras de urgencias consideraron justificada la asistencia en el 29% del total, siendo del 22% en los no remitidos frente a un 46% de los remitidos ( $P = 0,003$ ). Al analizar los que vinieron por iniciativa propia, los pediatras vieron justificada su asistencia en un 5% de los leves, un 15% de los moderados y un 47% de los graves ( $P < 0,001$ ), existiendo diferencias significativas de los graves con los leves ( $P = 0,002$ ) y moderados ( $P = 0,001$ ). No hubo diferencias entre los distintos grados de gravedad y la necesidad de asistencia hospitalaria en los remitidos.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de pacientes acuden a urgencias sin ser remitidos, aunque consideren que su problema no sea grave, realizándose en éstos menos pruebas complementarias. En los usuarios que consideran grave la enfermedad está justificada su atención hospitalaria, mientras que el resto deberían acudir inicialmente a Atención Primaria.



## **VÓMITOS, FIEBRE Y DESHIDRATACIÓN, ¿SIMPLEMENTE UNA GASTROENTERITIS?**

Blanco Lago R, Suárez Saavedra S, Rodríguez Suárez J, Jiménez Treviño S, Costa Romero M, Somalo García L.  
*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:** Presentar un caso de deshidratación hiponatémica en el contexto de síndrome emético asociado a fiebre, en un ambiente epidemiológico de gastroenteritis donde aparecen alteraciones electrolíticas que no mejoran pese a pauta de rehidratación adecuada.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:** Varón de tres años de edad que acude al servicio de Urgencias de Pediatría de nuestro Hospital por un cuadro de vómitos de 48 h de evolución asociados a intolerancia oral. Presenta, así mismo, fiebre de hasta 39° C y signos de infección respiratoria. Es destacable, en la exploración física, la presencia de signos clínicos de deshidratación y una pérdida de peso confirmada por pesada de 400 g en 24 h, junto con una llamativa postración. El resto de la exploración por aparatos resultó anodina. Su peso y talla se encontraban en límites normales y su temperatura axilar en al ingreso fue de 37,5° C. No existen antecedentes familiares ni personales de interés (salvo un ingreso por gastroenteritis a los 6 meses de edad). Resultados analíticos al ingreso: Hemograma dentro de límites normales; Bioquímica: Sodio: 128 mmol/L y potasio: 2,2 mmol/L, PCR: 3,1 mg/dL, resto normal; Gasometría capilar: pH 7,43; PCO<sub>2</sub>: 36 mmHg; bicarbonato: 23,9 mmol/L; exceso bases: -0,4. Se le pauta rehidratación intravenosa con recuperación de peso y corrección parcial del sodio, persistiendo la hipocaliemia y la postración. Ante estos datos se solicitan estudios complementarios dirigidos al estudio de su hipocaliemia. En ellos se constató la existencia de una hipomagnesemia llamativa 0,28 mmol/L asociada a hipocalciuria, datos característicos del síndrome de Gitelman.

**COMENTARIOS:** Ante la existencia de alteraciones hidroelectrolíticas que no responden a una conveniente rehidratación debemos valorar la posibilidad de la existencia de alguna patología de base que explique dicha situación, en éste caso resultó ser una tubulopatía. El síndrome de Gitelman es una entidad de herencia autonómica recesiva caracterizada por una disfunción en el cotransportador sodio-cloro del túbulo contorneado distal. Esto condiciona las características alteraciones hidroelectrolíticas del síndrome (alcalosis metabólica hipocaliémica asociada a hipomagnesemia e hipocalciuria) y su clínica. En la mayoría de los casos se diagnostica de manera incidental y tardía pues suele tratarse de formas oligo-asintomáticas. Sin embargo, en ocasiones debuta con cuadros de vómitos y dolor abdominal, así como, de tetania en contexto de síndrome febril, debilidad muscular, lesiones eczematosas o calambres.