

X Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (V)

Barcelona, 21-23 mayo 2005

RESPIRATORIO

ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NUESTRO HOSPITAL

I. Nieto, C. Torres, M.C. Muñoz, A. Varona y M.C. Jover

Servicio de Urgencias. Unidad de Pediatría. Hospital San Juan De Dios del Aljarafe. Sevilla. España.

Objetivo: Conocer las características de los lactantes con bronquiolitis atendidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital durante el primer año de su apertura.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas, evoluciones e informes de alta de las bronquiolitis diagnosticadas en nuestro servicio entre los meses de diciembre de 2003 y noviembre de 2004, ambos incluidos. Se revisan las historias cuya codificación al alta, según la CIE-9, fue: bronquiolitis otras 466.19 o bronquiolitis por VRS 466.11, excluyendo aquellas que no cumplían los criterios diagnósticos de dicha enfermedad. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, pruebas complementarias, destino y reconsultas.

Resultados: Durante el período de estudio se diagnosticaron un total de 59 casos. Los meses de mayor incidencia fueron enero y febrero, donde se atendieron el 27 y el 33% de los casos, respectivamente. La distribución por sexo fue similar. El 78% de los casos eran menores de 6 meses. Los motivos más frecuentes de consulta fueron la dificultad respiratoria en el 66% y tos en el 27%. Una puntuación de 2, según la escala de Wood-Downes, presentaba el 50% de los casos. El antígeno del VSR en moco nasal se realizó en el 56% y de ellos, el 57%, resultaron positivos, de los cuales el 88% precisó observación y/o traslado para ingreso. La radiografía de tórax se solicitó en el 60% de los casos, siendo patológica en tan sólo el 3% de los mismos. En el 90% de los pacientes, no se realizó analítica sanguínea. El 30% de los niños fueron remitidos a su domicilio, con instrucciones para su observación. El 75% de los mismos tenían más de 3 meses. Del 70% que precisó estancia hospitalaria, el 68% se resolvió en la unidad de observación, con una estancia media de 27 h. El 30% de los pacientes dados de alta por esta patología, volvió a consultar a las 24-48 h a nuestro servicio. Esta patología supuso el 7,9% del total de ingresos en observación durante el año 2004.

Conclusiones: La bronquiolitis es una patología frecuente en los meses de invierno, que ocasiona un número importante de consultas y reconsultas al servicio de urgencias. Aunque un alto porcentaje de pacientes requieren pasar a la unidad de observación, dicha unidad es muy resolutive. Las pruebas complementarias, sanguíneas y radiológicas, aportan poca información sobre el diagnóstico y curso de la enfermedad. Posteriormente al estudio, hemos elaborado un documento sobre cuidados y valoración en el domicilio del paciente que esperamos sea de utilidad para los padres.

ANTIBIOTERAPIA EN LACTANTES MENORES DE 90 DÍAS CON BRONQUIOLITIS FEBRIL

A.I. Curcoy Barcenilla, N. Rovira Girabal, S. Ricart Campos, V. Trenchs Sainz de la Maza y C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clinic. Universidad de Barcelona. España.

Introducción: La bronquiolitis es un proceso viral que en determinadas situaciones clínicas, ante la edad del paciente y la sospecha de sobreinfección bacteriana, es tratada con antibióticos.

Objetivo: Revisar los motivos de administración de antibióticos en lactantes con bronquiolitis clínica febril.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los niños menores de 3 meses de edad ingresados con clínica de bronquiolitis y temperatura axilar superior a 38 °C, durante el período epidémico 20.032.004. Las diferencias de proporciones se analizaron mediante una prueba de chi cuadrado.

Resultados: Se incluyen 73 lactantes, 50,7% de sexo femenino. La edad media es de 44,4 días (DE 23,5), 25 niños son neonatos (\leq 28 días de vida). La media de temperatura máxima alcanzada es de 38,5 °C (DE 0,4), en 12 casos es superior a 39 °C. Las bronquiolitis se clasifican según la escala de gravedad HSJD en leves (26), moderadas (45) y graves (2); 61 (83,6%) son positivas para VRS. Reciben antibioterapia 42 lactantes (57,5%), 24 (32,9%) de ellos por vía parenteral. La causa que motiva su administración es: neumonía en 24 niños, otitis media aguda en 12 y sospecha analítica de infección bacteriana en seis (confirmada por positividad de cultivos en dos de ellos). Los neonatos son sometidos a tratamiento antibiótico en más ocasiones (76% frente a 47,9%; $p = 0,02$), y este se les administra con más frecuencia por vía intravenosa (78,9% frente a 39,1%; $p = 0,009$).

Los pacientes con temperatura máxima igual o superior a 39 °C reciben más veces antibiótico (83,3% frente a 51,7%; $p = 0,04$) pero la temperatura máxima alcanzada no determina el modo de administrarlo (oral frente a intravenoso).

Comentarios: 1) La neumonía y la otitis media son las infecciones coexistentes con la bronquiolitis que con más frecuencia determinan el uso de antibiótico. 2) A pesar que la bronquiolitis clínica es un proceso viral, la edad del paciente y la presencia de temperatura elevada son factores que influyen en la prescripción de antibiótico.

INFECCIÓN CONCOMITANTE POR *BORDETELLA PERTUSSIS* Y VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

C. Ortiz-Villajos Maroto, M.A. Roa Francia, R. Villares Alonso, E. Garrido Borreguero, J. Blumenfeld Olivares y P. Pujol Buil
Servicio de Pediatría. Hospital General de Móstoles. Madrid. España.

Introducción: La concomitancia de procesos virales y bacterianos se da con frecuencia. Encontramos con un aumento en la incidencia de tos ferina en el lactante pequeño. La bronquiolitis por VRS es frecuente además y su diagnóstico puede enmascarar la existencia de procesos por *B. pertussis*. Presentamos 2 casos con dicha coinfección.

Casos clínicos: *Caso 1.* Lactante de un mes con tos en accesos cianóticos de una semana de evolución. Auscultación soplo I-II/IV. Leucocitosis con linfocitosis. VRS positivo. Cultivo *B. pertussis* positivo. Radiografía de tórax normal. Tratamiento inicial con claritromicina. Al segundo día el episodio de taquicardia a 190-200 lat./min, EKG dudosa preexcitación y ecocardiograma compatible con miocarditis leve iniciándose tratamiento con corticoides. Nuevo episodio de TSVP el noveno día desde ese momento se instaura tratamiento profiláctico con propranolol. Alta al 16 día con los diagnósticos de tos ferina, bronquiolitis VRS positiva, síndrome de WPW con un episodio objetivado de TSVP, y miocarditis leve en contexto de tos ferina.

Caso 2. Lactante de 3 meses con tos en accesos emetizantes y dificultad respiratoria. VRS positivo, con el diagnóstico de bronquiolitis leve se remite a su domicilio. Reingresa 24 h más tarde. Leve tiraje subcostal y espiración algo alargada. Leucocitosis con linfocitosis. Radiografía de tórax normal. VRS positivo. Cultivo de frotis faríngeo *B. pertussis*. Se realiza tratamiento con claritromicina y broncodilatadores.

Discusión: La frecuencia de esta coinfección puede ser muy variable, entre el 4 y el 32% de las tos ferinas podrían estar coinfectadas por el VRS. La gravedad puede ser importante en algunos casos aunque algunos autores no consideran que suponga un factor agravante. Ambos cuadros por separado en el lactante pequeño son graves pero debido a la posibilidad de un tratamiento claramente diferenciado se hace preciso el diagnóstico de coinfección y evitar caer en la exclusión de tos ferina una vez que obtenemos la positividad a VRS. Uno de nuestros casos presenta una complicación grave en la que no podemos descartar el papel de la coinfección. Por lo tanto, se puede argumentar que en urgencias ante los casos de bronquiolitis con tos prolongada en lactante pequeño debemos realizar más cultivos de *Bordetella*.

VALORACIÓN DE INFORMES RADIOLÓGICOS EN URGENCIAS DE NIÑOS QUE INGRESAN POR NEUMONÍA

E. Rupérez García¹, M. Herranz Aguirre¹, E. Gembero Esarte¹, J. Esparza Estáun², A. González Alfageme² y E. Bernaola Iturbe¹

Servicios de ¹Pediatría y ²Radiología.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción y objetivos: El objetivo de este trabajo es realizar un control interno del servicio de urgencias de pediatría, valorando si se describen las radiografías de los niños hospitalizados por neumonía y si dicha descripción es correcta.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo simple ciego de todas las hospitalizaciones por neumonía entre el 1 de octubre de 2004 y el 31 de enero de 2005. Se define neumonía como fiebre \pm síntomas respiratorios y presencia de radiografía patológica (informada por radiólogo pediatra). Se analiza el informe realizado en urgencias por el médico de guardia al ingreso, recogiendo las siguientes variables: NHC, edad, médico y descripción de la radiografía en urgencias (completa cuando consta el patrón, la localización y las complicaciones presentes). Se compara el informe del médico de guardia con el del radiólogo pediatra durante el ingreso (concordancia completa si todo coincide, parcial o error diagnóstico). Se analizan los resultados con el paquete estadístico 11.0 para Windows XP, mediante un estudio descriptivo y una comparación de proporciones mediante chi cuadrado.

Resultados: Se analizan un total de 68 pacientes, con una media de edad de 33 meses (dt: 30 meses). Son descritas por residentes 26 casos, por adjunto 39 casos (57%) y radiólogo de guardia 3 casos. Del total, no consta la descripción en 3 casos, es incompleta en 57 casos (81,5%) y es completa en 8 casos. Comparando con el informe del radiólogo, en 11 casos hubo un diagnóstico erróneo: tres no se diagnosticó la neumonía en urgencias y ocho fueron diagnosticados erróneamente de neumonía (cinco atelectasias, una hernia diafragmática y dos normales). En 57 casos (84%) el diagnóstico era coincidente: cuatro completamente bien informado y 53 parcialmente (mayor coincidencia en la localización). En cuanto a las complicaciones, 6 pacientes tenían derrame pleural al diagnóstico: cinco se diagnosticó en urgencias y uno no. No existen diferencias significativas en la descripción ni en la coincidencia según la distinta formación de los médicos que atienden en urgencias.

Comentarios: Los médicos de urgencias de nuestro servicio no hacemos una descripción completa de las radiografías de los niños que ingresan por neumonía. El diagnóstico es coincidente en la mayor parte de los casos, aunque hay un porcentaje no despreciable de errores. Creemos necesaria una formación continuada en radiología pediátrica en los pediatras de urgencias.

NEUMONÍA COMPLICADA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Z. Lobato Salinas¹, J. Sitjes Costas¹, J. Margarit Mallol², M. Canales Naharro¹, L. Galcerán Jové¹ y S. Nevot Falcó¹

Servicios de ¹Pediatría y ²Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona. España.

Fundamentos y objetivos: En los últimos 5 años han aumentado las hospitalizaciones por neumonías complicadas. El

S. pneumoniae representa en la actualidad la causa más frecuente, en pediatría, de empiema y neumonías necrosantes. Presentamos 2 casos clínicos, el de una niña con neumonía neumocócica necrosante con empiema y neumatoceles, y un lactante con neumonía complicada con absceso pulmonar.

Observación clínica: *Caso 1.* Niña de 5 años, sin antecedentes de interés, no vacunada frente al neumococo, con neumonía en el lóbulo inferior izquierdo y derrame pleural, confirmado por ecografía. Tratada con cefotaxima y toracocentesis con drenaje pleural por empiema. Clínica y analítica compatibles con neumonía neumocócica confirmada por aislamiento de *S. pneumoniae* sensible a penicilina, en líquido pleural. A las 72 h persiste la fiebre y se realiza tratamiento fibrinolítico intrapleural. Presenta una evolución tórpida persistiendo la fiebre, con hemocultivo negativo, sin otra focalidad, precisando oxigenoterapia, y con aparición de tabicaciones e imágenes nodulares necróticas por ecografía. Al octavo día se traslada para realizar videotoroscopia, previo escáner torácico, que confirma la presencia de neumatoceles. Se mantiene antibioterapia intravenosa 3 semanas y 2 semanas más con amoxicilina oral con mejoría progresiva, pendiente de evolución radiológica.

Caso 2. Lactante de 15 meses, sin antecedentes de interés, no vacunado frente al neumococo, que ingresa con clínica, analítica y radiología compatible con neumonía bacteriana de lóbulo superior derecho, tratada con amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso. Antígeno pneumococo en orina, hemocultivo y prueba de tuberculina negativos. A los 6 días persiste febril, detectándose gastroenteritis por rotavirus. A los 12 días sigue febril, con analítica normal, y se detecta lesión cavitada apical derecha con nivel hidroaéreo, confirmada por escáner. Se orienta como absceso pulmonar y se mantiene misma antibioterapia prolongada, presentando una evolución clínica favorable.

Comentarios: Sospecharemos desarrollo de neumonía complicada en casos de persistencia de fiebre o distrés respiratorio, a pesar de un tratamiento médico adecuado. Las complicaciones parenquimatosas como la neumonía necrosante o el absceso pulmonar son raras en pediatría. La neumonía necrosante se asocia con frecuencia con neumatoceles. La mayoría de los abscesos pulmonares primarios se resuelven con tratamiento conservador. Ninguno de los 2 pacientes recibieron vacunación frente al neumococo.

¿ES EQUIVALENTE EL NÚMERO DE PUFFS DE TERBUTALINA Y SALBUTAMOL EN EL TRATAMIENTO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS?

M. Macho Díaz¹, N. Trebolazabala Quirante¹, M. Landa Gárriz²,
J. Benito Fernández¹, M. Santiago Burruchaga¹
y C. González Díaz²

¹Hospital de Cruces. ²Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción: La administración de broncodilatadores mediante MDI con espaciador es tan efectivo como su nebulización. Sin embargo, no existe acuerdo en la equivalencia real entre terbutalina y salbutamol.

Objetivo: Comprobar la eficacia de salbutamol y terbutalina administrados vía MDI más espaciador, considerándolos equivalentes en el número de *puff*.

Método: Estudio prospectivo, ciego y aleatorizado de todos los niños de 2 a 14 años (n = 324) atendidos de forma consecutiva en urgencias, entre el 1 de octubre y el 31 de noviembre de 2004. Se establecieron dos grupos de tratamiento: el grupo A (n = 168) recibió terbutalina y el (B) (n = 156) salbutamol.

Resultados: Los niños tratados con terbutalina tenían una edad media (± SD) ligeramente superior a los tratados con terbutalina (68,18 ± 37,92 frente a 55,64 ± 32,09 meses). No hubo diferencias en la saturación de oxígeno (95,67 ± 2,03 % frente a 95,37 ± 1,85 %) y en la puntuación del *Pulmonary Score* (3,90 ± 1,49 frente a 4,12 ± 1,57), en el momento del reclutamiento y después de recibir el tratamiento en urgencias, saturación de oxígeno (96,29 ± 1,61 % frente a 96,23 ± 1,77 %) y en puntuación del *Pulmonary Score* (1,84 ± 1,45 frente a 1,67 ± 1,66). La tasa de hospitalización fue también similar en ambos grupos (grupo A: 8,33% frente a grupo B: 7,05%).

Conclusiones: En el tratamiento de la crisis asmática, administrando los broncodilatadores mediante MDI más espaciador, terbutalina y salbutamol muestran la misma eficacia, cuando se consideran equivalentes *puff* a *puff*.

LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN EN EL MANEJO DEL ASMA MODERADO-SEVERO EN URGENCIAS

E. Astobiza Beobide, M. González Balenciaga,
N. Trebolazabala Quirante, J. Sánchez Etxaniz,
J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo.
Bilbao. España.

Introducción: La mayoría de los niños que consultan en urgencias de pediatría (UP) por asma pueden ser manejados de manera ambulatoria tras recibir el tratamiento inicial en urgencias (administración de beta-2 inhalado, corticoide oral e ipratropio inhalado según los casos). Aun así, pacientes con episodios de asma moderado-severos requieren continuar el tratamiento en el hospital. Este grupo supone alrededor del 10% de las consultas en UP por asma.

Objetivo: Establecer el perfil clínico del paciente con un episodio de asma moderado-severo susceptible de ser manejado en la unidad de observación (UO) (paciente que puede ser manejado ambulatoriamente tras permanecer unas horas en la citada Unidad). Pacientes y método: estudio caso-control anidado en una cohorte clínica de pacientes diagnosticados de crisis asmática que requieren permanecer en UO de UP (n = 354).

Caso: Niño menor de 14 años diagnosticado de crisis asmática en UP que requiere ingreso en planta y/o UCIP tras recibir tratamiento en UO (n = 177). Control: niño menor de 14 años consecutivo al niño considerado caso diagnosticado de crisis asmática en UP que recibe el alta domiciliaria tras recibir tratamiento en UO (n = 177).

Resultados: Entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2004 registramos en UP 11.955 episodios correspondientes a niños con asma, de los cuales 10.502 (87,8%) recibieron el

alta, 28 (1,9%) ingresaron directamente en planta y 1.425 (11,9%) en la UO de UP. De los 1.425 episodios registrados en la UO, 1.239 (86,9%) recibieron el alta tras una estancia inferior a 24 h y 186 (13,1%) ingresaron posteriormente en planta. En el grupo de pacientes ingresado en la UO, los factores que se asociaron de forma significativa con la necesidad de ingreso posterior en planta fueron: ingreso previo por asma ($p = 0,001$), visita previa ($p < 0,0001$), presencia de fiebre ($p = 0,004$), edad inferior a 1 año ($p < 0,0001$), $\text{SaO}_2 < 92$ a la llegada a UP ($p = 0,002$), alteración radiológica ($p = 0,002$).

Conclusiones: La gran mayoría de los niños con asma que, tras el tratamiento inicial recibido en UP, requieren continuar el tratamiento intrahospitalario pueden recibir el alta en las primeras 24 h. Sin embargo, dentro de los niños que requieren continuar tratamiento intrahospitalario, aquéllos menores de un año, con fiebre, $\text{SaO}_2 < 92$ a la llegada a urgencias y/o con alteración radiológica son más susceptibles de requerir estancias hospitalarias más prolongadas.

DOLOR TORÁCICO EN LA INFANCIA: NO SIEMPRE UNA PATOLOGÍA BANAL

P. Chimenti Camacho, C. Iglesias Fernández, I. Marsinyach Ros, J. Delgado Carrasco, A. Casanova Morcillo y E. Cela de Julián
Sección de Urgencias. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Fundamento y objetivo: El dolor torácico en la adolescencia suele ser de causa benigna. Sus diagnósticos más frecuentes son idiopático y musculoesquelético, pero existen otras causas menos frecuentes y de mayor gravedad, por lo que es importante la historia clínica y exploración física, ayudada en ocasiones de pruebas complementarias.

Observaciones clínicas: Niño de 15 años que acude a urgencias por dolor en hemitórax y escápula derecha que va en aumento y se irradia a brazo derecho en los últimos días, sin relación con los movimientos ni con la respiración. Asocia tos seca con hemoptisis en las últimas 24 h sin disnea ni fiebre. No síndrome constitucional. No refiere contacto con animales. Antecedentes personales: bronquitis de repetición hasta los 3 años. Neumonía a los 11 y 13 años. Crisis asmática 3 meses antes. Exploración física: postura antiálgica. Antecedentes personales: sibilancias espiratorias. Microadenopatías laterocervicales. Resto normal. Pruebas complementarias: radiografía de tórax. Antecedentes personales: masa de contorno liso que ocupa el espacio correspondiente al vértice del pulmón derecho. Lesión osteolítica a nivel de tercera costilla derecha. Imagen compatible con masa quística en vértice pulmonar derecho, sin que pueda descartarse su origen costal. Ecografía torácica: masa redondeada de contorno bien definido, compatible con masa quística con contenido o infectada. TC torácica: masa en hemitórax derecho de 8-9 cm, con crecimiento intratorácico que asocia destrucción del arco costal posterior de la tercera costilla: primera posibilidad diagnóstica: sarcoma de Ewing. RM con contraste: hallazgos similares a la TC. Biopsia: tumor maligno indiferenciado de célula pequeña y redonda, con inmunofenotipo de sarcoma de Ewing/PNET costal. Biopsia MO: no se observan metástasis. Diagnóstico: sarcoma de Ewing/PNET de tercer arco costal de-

recho (tumor de Askin). Tratamiento: inicia quimioterapia según protocolo EWING SEOP 2001.

Comentarios: Aunque el dolor torácico en la infancia generalmente es de causa benigna, se deben tener en cuenta otras menos frecuentes que precisan pruebas complementarias. La presencia de una cavidad quística en la radiografía de tórax es usualmente un hallazgo compatible con proceso benigno (quiste broncogénico o proceso infeccioso) pero se debe confirmar su etiología realizando otras pruebas complementarias. El sarcoma de Ewing es el tumor maligno más frecuente en la pared torácica en niños. Debutan con dolor torácico, disnea y masa torácica. La supervivencia a los 6 años es del 15% pero el diagnóstico precoz aumenta la supervivencia.

MASAS PULMONARES EN LA URGENCIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

J. Adrián¹, E. Cidoncha¹, I. Marsinyach¹, M. Echeverría¹, P. Vázquez¹, J. Delgado² y A. Casanova²

Servicios de ¹Urgencias de Pediatría y ²Radiología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: La consolidación pulmonar redonda aislada es un hallazgo radiológico común. Un porcentaje considerable se debe a procesos infecciosos pulmonares agudos, neumonía y absceso; el resto se deben a patología tumoral, pulmonar y torácica, y patología malformativa.

Observaciones clínicas: *Caso 1.* Lactante de 22 meses con fiebre y síntomas catarrales de 3 días de evolución. Antecedentes personales (AP): episodios de sibilancias coincidentes con infecciones respiratorias sin tratamiento de base. La exploración física fue normal. Pruebas complementarias (PC): radiografía de tórax: imagen de mayor densidad y de contorno redondeado en base del lóbulo superior derecho, compatible con neumonía redonda. Juicio diagnóstico (JC): neumonía redonda lóbulo superior derecho.

Caso 2. Paciente de 13 meses de edad con cuadro de 5 días de evolución de fiebre y tos. AP: sin interés. EF: normal. PC: radiografía de tórax: en la silueta cardiomedial se observa un gradiente de línea paravertebral izquierda. TC torácica: tumoración mediastínica paravertebral sin hallazgos típicos de secuestro pulmonar. Determinación en orina de catecolaminas: positiva. JC: neuroblastoma torácico estadio I.

Caso 3. Lactante de 6 meses que consulta por fiebre y tos. AP: sin interés. EF: normal. PC: radiografía de tórax: imagen consolidación pulmonar basal izquierda. Ecografía torácica: compatible con secuestro pulmonar. TC torácica con contraste: secuestro pulmonar extralobular.

Caso 4. Varón de 15 años que acude por dolor torácico derecho irradiado a escápula de 3 meses de evolución. AP: sin interés. EF: normal. PC: radiografía de tórax: masa quística en vértice de pulmón derecho. Ecografía torácica: masa redondeada de contorno bien definido, de pared fina, con ecos de mediana intensidad ligeramente heterogéneos. TC torácica: masa en hemitórax derecho de 8-9 cm con características de formación extrapleurales y crecimiento intratorácico. Erosión y destrucción de arco costal posterior de tercera costilla. JC: sarcoma de Ewing no metastásico.

Comentarios: El hallazgo de una masa pulmonar en una radiografía de tórax en urgencias es un suceso relativamente frecuente. Es importante un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico diferencial de patología de índole infecciosa con patología tumoral o malformativa. A veces es necesario realizar pruebas de imagen de mayor resolución, TC o RM, para realizar el diagnóstico y así orientar el tratamiento adecuado.

DOLOR TORÁCICO EN LA INFANCIA: UN SÍNTOMA QUE SE DEBE TENER EN CUENTA

J. García, A. Morales, E. Vara, X. Perramón Montoliu y T. Sábado

Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: El dolor torácico es un motivo de consulta bastante frecuente en los servicios de urgencias pediátricas, sobre todo en población adolescente, orientándose en la mayoría de los casos como patología de escasa repercusión vital después de un estudio más o menos extenso.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 12 años de edad, que acude al servicio de urgencias por presentar dolor torácico de una semana de evolución, junto a fiebre (38,5 °C máximo) en las últimas 24 h. Localiza el dolor a nivel centrotorácico, de tipo pleurítico, de instauración gradual y creciente en frecuencia e intensidad, no irradiado, sin asociarse a otros síntomas (niega tos, disnea, disfagia). A la exploración destaca un aspecto caquético, palidez cutaneomucosa, auscultación cardiorrespiratoria con hipofonía en hemicampo izquierdo, esplenomegalia dura no dolorosa de unos 2 cm, adenopatías laterocervicales y supraclaviculares de unos 1-2 cm, blandas, no adheridas y sin signos inflamatorios. Resto de la exploración por aparatos normal. Se realiza una radiografía simple de tórax que muestra la presencia de un ensanchamiento del mediastino superior y un derrame pleural izquierdo asociado. Llegados a este punto, se decide el ingreso del paciente para estudio de la masa mediastínica. Se practica una TC torácica, estudio bioquímico, microbiológico y citológico del líquido pleural, y biopsia de una adenopatía, lo que permite realizar el diagnóstico de linfoma tipo Hodgkin.

Conclusiones: 1) La etiología del dolor torácico en orden de frecuencia es: costochondritis, patología osteomuscular, patología respiratoria, idiopático y otras causas. 2) La forma más frecuente de presentación de las masas mediastínicas es con clínica respiratoria (tos, estridor, disnea). 3) En el estudio del dolor torácico es muy importante prestar mucha atención a los síntomas asociados y a la exploración física. 4) La exploración complementaria de más utilidad es la radiología simple.

¿ES NECESARIO LA DETERMINACIÓN DE SATURACIÓN DE OXÍGENO EN UN BOX DE TRIAGE?

C. Míguez Navarro¹, G. Guerrero Márquez², C. Pascual Fernández² y R. Fernández Díez

¹Médico adjunto. ²DUE. Sección de Urgencias. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivo: Comprobar si la toma de saturación de oxígeno (SaO₂) en la sala de triage en urgencias pediátricas es adecuada

según el motivo de consulta (MC) o antecedentes personales (AP) del niño y determinar si la prioridad dada al niño es adecuada según la medida de SaO₂.

Material y métodos: Se realiza estudio transversal del 15 de octubre al 15 de noviembre de 2004 de los niños que se clasifican en triage en urgencias. Se seleccionó las hojas de triage en las que constaba toma de SaO₂ 2 o aquellos en que el MC o AP del niño debían requerir la toma de SaO₂ en triage. Se excluyeron niños con prioridad 1 de un sistema de triage de 4. Se consideró SaO₂ adecuada la que debía ser tomada por MC o AP en triage y fueron los siguientes: dificultad respiratoria, estridor, sospecha de atragantamiento o apnea, niños menores de 6 meses con tos, dolor o traumatismo torácico, politraumatismo, convulsión, intoxicación, sospecha de reacción alérgica y AP de cardiopatía. Las variables recogidas fueron: edad, MC, AP, SaO₂ en triage, box u observación, prioridad, diagnóstico, tratamiento en urgencias e ingreso.

Resultados: De 7.982 niños que acudieron a urgencias durante el período de estudio se recogió datos de 1.044 niños (13%). Un 60% eran SaO₂ adecuadas en triage y 40% no adecuadas (SaO₂ en triage sin motivo aparente). Del total de ingresos (13) el 77% eran SaO₂ adecuadas. De las adecuadas no se tomó SaO₂ al 15% (93 niños), de los cuales tampoco se determinó posteriormente al 62%. En este grupo un 46% recibió tratamiento en urgencias y no hubo ingresos. De las SaO₂ tomadas en triage no adecuadas el 8,5% presentó SaO₂ < 94%, el 0,7% ingresó y el 42% requirió tratamiento en urgencias. Tenían SaO₂ < 94% en triage un 18,6%, de los cuales no se determinó posteriormente en el 27%. Recibieron tratamiento en urgencias un 82% de los niños con SaO₂ < 94% e ingresaron un 5,7%. Un 84% eran niños con indicación de toma de SaO₂ en triage. El 74,7% de los niños tenían prioridad 4, 23,6% prioridad 3 y 1,5% prioridad 2. De los niños con prioridad 4 presentaban SaO₂ < 94% un 4,5% lo que significa una priorización inadecuada. Diagnósticos sin SaO₂ en ningún momento: asma 1,6%, bronquiolitis 5%, laringitis 15%, neumonía 14%.

Conclusiones: La SaO₂ es una técnica complementaria a la valoración clínica en triage que determina aquellos que podrían requerir asistencia médica más temprana. El 77% de los ingresos son niños en los que estaba indicado la toma en triage y el 84% de niños con SaO₂ < 94% también lo eran, por lo que creemos útil definir indicaciones de toma de SaO₂ en triage.

PRESENTACIÓN TARDÍA DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Navarro, B. Martín Sacristán, M. Herrera, E. Crespo, J.A. Alonso y L. Díez

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

Introducción: La hernia diafragmática de Bochdalek se define como la presencia de vísceras abdominales en la cavidad torácica por defecto a nivel posterolateral del diafragma. En el 80-90% de los casos el defecto ocurre en el lado izquierdo. Presenta una incidencia de 1/4.000 nacidos vivos.

Caso clínico: Lactante de 1,5 meses que ingresa procedente de urgencias por un cuadro de distrés respiratorio moderado de 12 h de evolución. Antecedentes familiares: sin interés. Antecedentes personales: embarazo, parto y período neonatal normales. No clínica de dificultad respiratoria previa. Exploración física: estado general regular, palidez de piel con buen color de mucosas. Llanto quejumbroso, quejido espiratorio con polipnea y discreto tiraje intercostal y subcostal. Auscultación pulmonar: hipoventilación en base izquierda, con ruidos hidroaéreos presentes a dicho nivel. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: radiografía de tórax: asas de intestino delgado en hemitórax izquierdo con pulmón ipsolateral colapsado. Evolución: a las 48 h de su ingreso se aprecia mejoría del cuadro respiratorio por lo que se indica cirugía reparadora de la hernia. A la espera de la cirugía presenta empeoramiento del estado general, con aumento del trabajo respiratorio y fiebre: radiografía de tórax: condensación broncoalveolar en lóbulo superior izquierdo (PCR > 120). Ingresos en UCIP, precisando ventilación mecánica y tratamiento antibiótico intravenoso. Tras estabilización se interviene quirúrgicamente, con reducción de asas intestinales a cavidad abdominal y cierre primario del defecto. El postoperatorio transcurre sin incidencias. Posteriormente ha sido controlado en consulta de cirugía pediátrica, sin incidencias y con radiografía de control normal.

Comentarios: 1) El 80% de las hernias diafrágicas congénitas se manifiestan al nacimiento como un cuadro de dificultad respiratoria grave que precisa reparación inmediata del defecto, tras estabilización del paciente. Sin embargo, existe un 20% que se descubre de forma casual al realizar una radiografía de tórax por otro motivo. 2) Habitualmente las hernias diafrágicas congénitas de presentación tardía son asintomáticas, aunque en ocasiones se manifiestan con clínica gastrointestinal y/o pulmonar. En nuestro caso, es posible, aunque no se puede asegurar que la presencia de la hernia agravara el proceso respiratorio intercurrente.

ron a nuestra urgencia (excluyendo los traumatismos craneoencefálicos). Se valoró: distribución por edades, proporción respecto al número total de urgencias, sintomatología que motivó la consulta, pruebas complementarias realizadas, proporción de pacientes valorados por neuropediatría y proporción de ingresos.

Resultados: 1) Del total del número de urgencias (32.232), la patología neurológica supone un 1,2% (391 casos). 2) La sintomatología clínica más frecuente fue la cefalea con el 54%, con un total de 211 casos y fundamentalmente la de tipo migrañoso (con 54 casos, lo que supone el 25,6%). Le sigue en frecuencia las convulsiones (con 102 casos, lo que supone el 26%), con mayor incidencia de las febriles (62 casos, que supone el 60% del total de convulsiones). 3) La distribución por edades fue: menor de 1 mes: 1%; 1 mes-1 año: 3,3%; 1-2 años: 16,6%; 3-5 años: 18%; 6-10 años: 29%; 11-14 años: 26%; mayor de 14 años: 5,8%. 4) Se realizaron pruebas complementarias en 174 casos, lo que supone el 45,5% del total de casos. 5) Fueron valoradas por neuropediatría el 9% (35 casos). 6) El principal motivo de ingreso fueron las convulsiones afebriles con 14 casos (38,8% de los ingresos por motivos neurológicos). Del total de ingresos en 2004, la patología neurológica supone el 1,3%.

Conclusiones: 1) La patología neurológica es una entidad poco frecuente en la urgencia pediátrica. 2) La migraña es una patología más habitual en la periadolescencia, así como las convulsiones febriles lo son en preescolares. 3) Las indicaciones más frecuentes de TC fueron la cefalea de tipo migrañoso (primer episodio) y las convulsiones afebriles, siendo estas últimas los principales motivos de ingreso.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ELECTROENCEFALOGRÁFICAS DE LAS CONVULSIONES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

M.M. Montejo Vicente¹, S. Suárez Saavedra¹, A. Pérez Guirado¹, F. Villanueva Gómez², J.L. Fanjul Fernández¹ y J. Rodríguez Suárez¹

¹Unidad de Urgencias de Pediatría y ²Servicio de Neurofisiología Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

La convulsión es la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Habitualmente produce angustia y situación de estrés en la familia, especialmente en aquéllas más prolongadas. La atención en urgencias depende del estado a su llegada, del tipo de crisis y de la historia clínica. Normalmente no disponemos de datos electroencefalográficos para correlacionarlos con el diagnóstico clínico, hecho que sin duda podría ser de utilidad en el manejo y orientación posterior.

Objetivo: Analizar las características epidemiológicas, clínicas y electroencefalográficas de las convulsiones atendidas en nuestra unidad de urgencias de pediatría.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio tras revisión de las historias clínicas de todas las convulsiones atendidas en nuestra unidad en el año 2004.

Resultados: Se atendieron un total de 128 convulsiones de las cuales 108 fueron primeros episodios en este año, que son

NEFROLOGÍA

PATOLOGÍA NEUROLÓGICA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN AÑO

L. Martínez, T. Alarcón, P. Gutiérrez, B. Martín, P. Donado y L. Cabanillas

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: La patología neurológica es una causa relativamente poco frecuente de consulta en los servicios de urgencias de pediatría; suele asociarse con un importante componente de ansiedad familiar, así como requerir la valoración por el especialista más que otras patologías pediátricas.

Objetivos: Evaluar la relevancia de la patología neurológica en la urgencia pediátrica.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de un año (2004) de todas las patologías neurológicas que acudie-

sobre las que se realizó el análisis. El 59,3% de las convulsiones se calificaron como febriles. Respecto al tipo de crisis el 33,3% fueron calificadas como tónico-clónicas, como clónicas el 17%, el 18% como hipertónicas, el 17,6% como parciales y el 9,3% atónicas.

	C. febriles	C. afebriles	Todas
Edad media	30 meses	72 meses	48 meses
Antecedentes familiares de convulsiones	45,3%	34%	40,8%
Persistencia de convulsión a su llegada	14,1%	4,5%	10,2%
Duración < 15 min	85,9%	75%	81,5%
Duración > 30 min	6,3%	9,1%	7,4%
EEG alterado ≤ 24 h	38,5%	50%	41%
Repetición en mismo episodio	9,4%	20%	13,9%

Comentarios: Únicamente en un porcentaje reducido de convulsiones se requirió tratamiento anticonvulsivo en urgencias, tanto en las crisis febriles como afebriles. Se ha observado un bajo índice de repetición en el primer día tras el episodio. Sólo un tercio de los casos de las crisis febriles fueron generalizadas según el resultado electroencefalográfico en las primeras 24 h, lo cual podría hacer dudar de la descripción y diagnóstico iniciales.

CONVULSIÓN FOCAL EN URGENCIAS: NUEVOS DIAGNÓSTICOS

R. Berrueco Moreno, I. Martín Ibáñez, A. Martínez Roig,
I. Vollmer Torrubiano, J.A. Muñoz Yunta y F. Díaz Ledo

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

Fundamento y objetivos: Las convulsiones son un motivo de consulta frecuente en un servicio de urgencias de pediatría. Debido al creciente aumento de la inmigración, se deben tener en cuenta nuevas etiologías en el diagnóstico diferencial.

Observaciones clínicas: Niña de 8 años, procedente de Bolivia, traída a urgencias tras presentar cuadro de crisis parcial en forma de movimientos tónico-clónicos en brazo y pierna izquierdos, versión oculoceláfrica ipsilateral a los paroxismos motores, generalización secundaria con pérdida de conciencia y postración poscrítica. A su recuperación refiere cefalea en hemisferio temporal derecho. A la exploración física presenta un regular estado general, estando afebril, normohidratada y normocoloreada. Consciente y orientada. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Glasgow 14. Sin signos de focalidad neurológica. Resto de la exploración física normal. En urgencias se realiza analítica sanguínea (hemograma, bioquímica, ionograma, equilibrio ácido-base y coagulación) que resulta normal; y una TC craneal sin contraste en la que se objetiva una lesión nodular hipodensa de aspecto quístico con un elemento nodulillar mural sólido, de localización frontal derecha con edema vasogénico asociado. Se inicia tratamiento con dexametasona y fenitoína. El tratamiento con prazicuantel se inicia el tercer día del ingreso, presentando una correcta evolución, sin reaparición de nuevas crisis ni otros síntomas.

Comentarios: La neurocisticercosis es una de las causas más frecuentes de afectación parasitaria del sistema nervioso central (SNC) en áreas endémicas. Está causada por *Taenia solium*, un parásito intestinal que tiene como huésped definitivo al hombre y como intermediario al cerdo. Sus huevos atraviesan la pared intestinal y por la corriente sanguínea se depositan en el SNC, tejido subcutáneo, músculo cardíaco y ojos. En más del 70% de los casos aparecen convulsiones. Debido al progresivo aumento de patologías tropicales en nuestro medio, hay que incluir en los diagnósticos diferenciales esta enfermedad ante una convulsión focal afebril en un niño mayor procedente de una zona endémica.

PRIMERA CONVULSIÓN AFEBRIL EN LA URGENCIA

R. Porto Abal, A. Ruiz Hernández, G. Domínguez Ortega,
M. de la Torre Espí, J.C. Molina Cabañero y M. Ruiz-Falcó Rojas

Servicio de Urgencias. Servicio de Neurología.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivos: 1) Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados desde urgencias tras una primera convulsión afebril. 2) Determinar la frecuencia de resultados anormales en la neuroimagen (urgente o diferida).

Materiales y métodos: Se han revisado, de forma retrospectiva, las historias de los niños ingresados desde el servicio de urgencias durante el año 2003 con los diagnósticos de crisis afebril o episodio paroxístico seguidos de 6 a 18 meses. Los criterios de selección fueron: 1) No padecer patología neurológica conocida. 2) No tener estudios previos por este motivo. El total de pacientes fue 46. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y se realizó un estudio descriptivo.

Resultados: El 63% fueron varones. La media de edad de los fue de 43 meses (40% < 12 meses). Existían antecedentes familiares de epilepsia en 5 pacientes (11%); se diagnóstico de epilepsia a tres de ellos. La duración de las crisis fue inferior a 5 min en el 80,5% de los casos. Las crisis fueron descritas como tónico-clónicas (32%), tónicas (26%), clónicas (13%), hipotónicas (10%), mioclónicas (8%), atónicas (4%) y otras (4%). El 80% se consideraron generalizadas. Se realizó tomografía cerebral (TC) urgente a 8 pacientes (17,4%) cuya exploración neurológica era normal. Todas fueron normales. Se solicitó una resonancia magnética (RM) diferida a 22 pacientes (48%), de los cuales, sólo dos presentaron alteraciones: displasia cortical focal en lóbulo frontal izquierdo (1), alteración en la intensidad de señal en región hipocámpal izquierda con signos de esclerosis mesial (1). Los diagnósticos finales fueron: 3 crisis provocadas [hipoglucemia (1), hipocalcemia (1), agrupadas en el contexto de gastroenteritis (1)], 23 crisis no provocadas [epilepsia (19), crisis únicas (4)], episodios paroxísticos (10), mioclonías benignas del lactante (2), seudocrisis (1), espasmos del sollozo (2), reflujo gastroesofágico (1), síncope (2), gastroenteritis (1) y atragantamiento (1). Se diagnosticó de epilepsia a 19 niños (41%): epilepsia generalizada idiopática (4), epilepsia idiopática del lactante (3), síndrome de West (1), epilepsia benigna de la infancia con paroxismos centrotemporales (5), epilepsia benigna occipi-

tal temprana (1) y crisis parciales secundariamente generalizadas sin encuadrar en ningún síndrome (5).

Conclusiones: 1) La causa más frecuente de una primera convulsión afebril fue la epilepsia. 2) La realización de TC urgente no implicó cambios en el tratamiento. 3) Ninguno de los pacientes en los que se realizó TC urgente cumplía los criterios de recomendación actuales para su realización.

CONVULSIÓN O NO CONVULSIÓN. ÉSTA ES LA CUESTIÓN. LA ANAMNESIS LA SOLUCIÓN

P. Gussinye Cannabal, X. Codina Puig, J. Bosch Marcet, V. Pérez Herreros, J.M. Vidal i Elías y M. Catalá Puigbó

Hospital General de Granollers. Barcelona. España.

Introducción: Las convulsiones y las alteraciones del sensorio son vividas por la familia y, ocasionalmente, por los propios médicos como una situación grave, generando angustia y dificultando la realización de una correcta anamnesis. Presentamos 3 casos de gravedad variable en los que una anamnesis poco precisa indujo, inicialmente, a error.

Casos clínicos: *Caso 1.* Paciente de 6 meses que consulta por cuadro de irritabilidad, llanto y depresión del sensorio de escasa duración que presenta después de bañarle y mientras le secan con un secador. No hay calefactores ni estufas en el baño. En urgencias la exploración física es normal e ingresa para estudio de episodio aparentemente letal.

Caso 2. Paciente de 14 meses remitido para valoración neurológica por traumatismo craneal con pérdida de conocimiento tras caída accidental. Se deja en observación en urgencias.

Caso 3. Paciente de 8 meses que en el curso de cuadro de gastroenteritis, y estando afebril, presenta episodio de alteración de la conciencia con desviación de la mirada e hipertonia generalizada. Se nos remite para estudio de convulsión atípica.

Evolución: *Caso 1.* Ingresa para observación interpretándose como cuadro compatible con espasmo del llanto. Reconsulta a las 72 h por presentar, junto con otros miembros de su familia, episodio de alteración neurológica diagnosticándose de intoxicación por CO. La anamnesis más precisa, con la sospecha de intoxicación, descubre la fuente.

Caso 2. La anamnesis cuidadosa y realizada a quien presenció el suceso, así como la constatación de episodios similares permite el diagnóstico de espasmo del llanto.

Caso 3. La anamnesis junto con la sospecha clínica permite el diagnóstico de distonía de torsión. Había tomado y, en dosis erróneas, un antiemético. Se revisan las características clínicas de estas tres entidades.

Comentarios: En los 3 casos una adecuada y dirigida anamnesis hubiese sido suficiente para orientar adecuadamente el diagnóstico. La anamnesis debería realizarse con quien presencia el episodio y con el familiar que conozca mejor al paciente. La anamnesis dirigida al diagnóstico de intoxicación por CO debe realizarse siempre ante clínica neurológica poco clara y, especialmente, durante el invierno. La historia de administración de medicación y su dosis deben conformar parte de toda anamnesis. Junto a una clínica compatible nos permitirán el diagnóstico de una extrapirramidalismo. El mejor conocimiento de las ca-

racterísticas y benignidad del cuadro de espasmo del llanto por parte de familiares, cuidadores y médicos evitaría angustias y visitas innecesarias.

REVISIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

G. Manjón Llorente, C. Ruiz de La Cuesta Martín, I. García Jiménez, J.L. Peña Segura, J. López Pisón y C. Campos Calleja

Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: La crisis convulsiva es una patología relevante en los servicios de urgencias debido a la alarma familiar que originan, frecuencia, gravedad potencial y amplio abanico de problemas que las producen.

Material y método: Revisión de los niños que consultaron por convulsión desde el 15 de septiembre de 2004 al 16 de febrero de 2005, valorando especialmente nuestra actuación en aquellos que llegaron convulsionando.

Resultados: Se atendieron 144 pacientes por crisis convulsiva, el 0,53% de urgencias. En 32 casos (22,2%) convulsionaron en urgencias, de éstos la edad media fue de 4,18 años (0,45-13,7 años), el 56,2% niños y 43,8% niñas. Acudían directamente desde casa el 81,3%, derivados desde otro centro 12,5%, y 6,7% en ambulancia. Directamente ingresan el 53,2%, el 17,6% en cuidados intensivos. En la unidad de observación permanecieron una media de 5,6 h el 46,8% y posteriormente el 53,3% ingreso. Las crisis fueron: 68,75% generalizada, 25% focales y 6,25% de exclusiva alteración del estado de conciencia. La duración media prehospitalaria fue 30 min, la observada en urgencias de 15 min y la duración media total 45 min con normalización de estado de conciencia en 40 min. En el 46,87% era la primera crisis. Con antecedente previo el 47% eran febriles. Las constantes registradas a su llegada a urgencias fueron: temperatura el 96,8% de casos, SaO₂ en 56,2% y frecuencia cardíaca en 71,8%. Se realizó: glucemia capilar al 53,1%, gasometría capilar 18,75%; hemograma 53,2%; bioquímica 46,8%; gasometría venosa 40,6%; TC urgente en 5 casos; EEG en cinco y una punción lumbar. En 4 pacientes la crisis cedió sin tratamiento. En los demás se administraron diazepam, rectal e intravenoso, y fenitoína en 9 casos. Los diagnósticos fueron: crisis febril 56,25%, epiléptico conocido con tratamiento 15,6%, un epiléptico conocido sin tratamiento, una crisis criptogénica, una confirmación de epilepsia sintomática, dos segunda crisis que estableció el diagnóstico de epilepsia, una crisis sintomática aguda por hipoglucemia, y dos crisis no epilépticas: una seudocrisis y una distonía medicamentosa.

Comentarios: El pronóstico de las convulsiones depende fundamentalmente de la etiología, tratamiento específico en los casos que es posible, y duración, por lo que es necesario disponer de una adecuada estrategia diagnóstica-terapéutica. Esta revisión permite auditar nuestras intervenciones y definir aquellos indicadores de calidad que puedan mejorar los protocolos de asistencia urgente a las crisis convulsivas en un hospital terciario.

MANEJO EN URGENCIAS DEL NIÑO CON VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO

A. Castelló Egea¹, A. Macaya Ruiz², X. Perramón Montoliu¹,
M. Raspall Chaure², E. Vara Robles¹ y M. Roig Quilis²

Servicios de ¹Urgencias Pediátricas y ²Neuropediatría Infantil. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Fundamentos y objetivos: El vértigo paroxístico benigno (VPB) es una entidad clínica que se caracteriza por crisis recurrentes de vértigo con tendencia a la curación espontánea y que motiva con frecuencia múltiples exploraciones complementarias tal vez innecesarias. Por este motivo nos planteamos revisar los aspectos clínicos y evolutivos, así como los tratamientos y exploraciones complementarias realizadas en los pacientes pediátricos con el diagnóstico de VPB.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los niños diagnosticados de VPB durante el período comprendido entre 1995 y 2003. Se excluyeron aquéllos con un antecedente agudo que pudiera justificar el síntoma (traumatismos, accidentes vasculares cerebrales o crisis epiléptica).

Resultados: Se incluyeron 11 casos en el estudio, seis de ellos (55%) fueron varones. La edad media de presentación fue de 2 años (rango entre 12 y 48 meses). Los síntomas comunes a todos eran rechazo a la bipedestación, inestabilidad, miedo y llanto. Diez casos se acompañaron de síntomas vegetativos: vómitos en siete (64%), hipotonía en cinco (45%), palidez en cuatro (36%), somnolencia en tres (27%). El cuadro tuvo una duración variable, de minutos a pocas horas y en todos los casos cursó con más de un episodio. A los 4 años, 4 pacientes presentaban episodios de cefaleas recurrentes acompañando o no a las crisis, uno de ellos con características migrañosas. En cinco (45%) había antecedentes familiares de migraña. En todos los casos se realizó un electroencefalograma y una prueba de imagen: tomografía computarizada en siete (64%), resonancia magnética en dos (18%) y ambas en dos (18%); en todos los casos el resultado fue normal. En cinco casos (45%) se les administraron diversos tratamientos que no fueron efectivos. La edad de resolución del cuadro (7 casos) fue entre los 2 y 5 años con una media entre la edad de presentación y cese de las crisis de un año y 4 meses. En todos ellos destacó la ausencia de clínica intercrisis.

Comentarios: El VPB es una entidad de diagnóstico clínico-evolutivo por lo que, si la clínica es altamente sugestiva y se realizan los controles adecuados, podrían evitarse exploraciones y tratamientos innecesarios. El alto porcentaje de antecedentes familiares migrañosos podría contribuir a reforzar este diagnóstico basado en una buena anamnesis y exploración física.

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN LACTANTES. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

F. Martín del Valle, M. Centeno Jiménez, C. Blanco Rodríguez,
M. Vázquez López, I. Pinto Fuentes y L. Carrasco Marina

Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

Introducción: La parálisis facial periférica (PFP) es una patología relativamente frecuente en la infancia. En la mitad de los

casos corresponde a una neuritis inmune autolimitada, la parálisis facial idiopática o de Bell. En el resto es debida a patología infecciosa, traumática y más raramente a neoplasias o accidentes cerebrovasculares. En los primeros años de la vida las PFP agudas son raras. Presentamos los casos de 2 lactantes que consultaron en el servicio de urgencias por presentar una parálisis facial periférica aguda.

Casos clínicos: *Caso 1.* Mujer de 18 meses que acude al servicio de urgencias por presentar en los últimos 2 días desviación de la comisura bucal hacia la derecha y cierre palpebral izquierdo incompleto. Diez días antes había presentado un cuadro febril con otalgia bilateral siendo diagnosticada de otitis y tratada con midocamicina. Como antecedentes había tenido múltiples episodios de otitis media aguda no supurada. A la exploración presentaba una otitis media aguda bilateral y una paresia facial periférica izquierda siendo el resto de la exploración física y neurológica normal. Se realizó una TC craneal que mostró ocupación de ambos oídos medios y celdillas mastoideas compatible con otitis sin signos de periostitis. Ingresó con antibióticos por vía parenteral. El seguimiento en consultas mostró una resolución completa en pocas semanas.

Caso 2. Varón de 12 meses que acude al servicio de urgencias por notarle en la última semana que cierra el ojo derecho al llorar y desvía la boca hacia la derecha, con empeoramiento en los últimos 2 días, además le notan más irritable, despertándose con facilidad por las noches. La semana antes había presentado una otitis izquierda. Entre los antecedentes destacan ambos padres VIH positivo aunque los controles serológicos del paciente habían sido negativos. A la exploración el paciente estaba irritable, febril, con una parálisis facial periférica izquierda y desviación de la cabeza hacia la derecha. La RM cerebral mostraba una imagen compatible con tumor que invade protuberancia, bulbo, y parte del hemisferio cerebeloso derecho.

Comentarios: La parálisis facial periférica aguda es una patología rara en los lactantes. Aunque se han descrito pacientes con parálisis facial idiopática o de Bell en los primeros meses de vida, ésta aparece habitualmente en niños mayores de 8 años, por lo que ante un lactante con PFP aguda debemos descartar otras causas mediante una exploración física y neurológica completa y examen neurorradiológico.

PARÁLISIS FLÁCIDA EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIELITIS TRANSVERSA AGUDA IDIOPÁTICA

L. Gómez Gómez, E. Gembero Esarte, T. Durá Travé,
N. Viguria Sánchez, X. Duarte Calvete y M. Herranz Aguirre

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Fundamento y objetivos: El diagnóstico de la parálisis flácida aguda se basa en la anamnesis, forma de inicio, clínica (simétrica, sensitiva, motora), correcta exploración neurológica, laboratorio estándar, punción lumbar, y TC o RM como pruebas complementarias. Describimos la actuación ante una parálisis flácida aguda, a propósito de un caso de mielitis transversa aguda (MTA).

Observaciones clínicas: Niña de 23 meses presenta debilidad aguda, simétrica y ascendente de extremidades inferiores

(EEII) que imposibilita la bipedestación. No antecedentes infecciosos ni traumáticos. Antecedentes familiares y personales sin interés. Exploración física: peso: 9,6 kg (P₃); presión arterial: 130/70 mmHg (> P₉₅); temperatura 38,5 °C; frecuencia respiratoria: 28 resp./min; frecuencia cardíaca: 150 lat./min; SaO₂ 98%. Sensorio normal, pares craneales normales, pupilas isocóricas y normorreactivas. No signos meníngeos. Inestabilidad en sedestación. Bipedestación y deambulación imposibles. Dolor a la movilización de EEII. Tono, fuerza y sensibilidad de cuatro extremidades disminuidos. Ausencia de reflejos rotulianos y aquileos en EEII, cutaneoplantar, abdominales y anales. No dismetría, temblor ni nistagmo. Fondo de ojo y resto de exploraciones normales. Exploraciones complementarias: Normales (hemograma, bioquímica, CPK, gasometría, coagulación, LCR y TC craneal). Evolución: en urgencias la debilidad muscular progresa ascendente y rápidamente, precisando traslado a la UCIP para soporte respiratorio y ventilación mecánica. Inicialmente se trata con gammaglobulina, sin mejoría. La RM muestra ensanchamiento medular cervico-torácico, compatible con MTA. Se instaura tratamiento con corticoides intravenosos, sin respuesta. EEG normal. Serologías y anticuerpos anti-GM1 negativos. ENG y EMG con signos de denervación. Actualmente, tetraplejía espástica y arrefléxica, vejiga neurógena, traqueotomía con ventilación mecánica en domicilio, y alimentación por gastrostomía. RM: cambios atróficos en médula y corteza.

Comentarios: La parálisis flácida aguda constituye un motivo de consulta infrecuente que puede suponer una verdadera urgencia y requiere una actuación rápida para enfoque diagnóstico y terapéutico. La edad del paciente condiciona la falta de colaboración en la exploración sensitiva. El DD incluye afectación a nivel de médula (MTA, tumor, compresión), asta anterior (poliomielitis), nervio (Guillain-Barré, Lyme...), unión neuromuscular (botulismo, miastenia grave.) y músculo (miositis.). La incidencia de MTA es muy baja, asociándose mayormente a inmunodepresión. La etiología se relaciona con procesos autoinmunes o infecciosos con agresión a médula. En nuestro caso no encontramos agente infeccioso.

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

D. Crespo Marcos, M.J. Solana García, R. Marañón Pardo, L. Márquez De la Plata, C. Míguez Navarro y E. Herrero Román
Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: Desde hace unos años se ha notado un aumento en la asistencia en urgencias pediátricas de pacientes psiquiátricos. El objetivo de este trabajo es el estudio de las características de los pacientes que requirieron asistencia psiquiátrica en nuestro servicio de urgencias.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, que incluyó a todos aquellos niños que tras acudir a nuestro servicio de urgencias pediátricas, precisaron asistencia por el servicio de psiquiatría. Se realizó entre el 1 de octubre de 2004 y el 31 de enero de 2005. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, hora y fecha de asistencia a urgencias, antecedentes psiquiátricos, tra-

tamiento psiquiátrico previo, motivo de consulta, quién trae al menor, diagnóstico y destino final del paciente.

Resultados: Sobre un total de 26.233 urgencias 49 pacientes (0,18%), requirieron asistencia psiquiátrica. De ellos, 25 (51%) eran niñas y 24 (49%) niños. En cuanto a la edad, la mediana fue de 14 años. Acudieron entre las 10 y las 2 h 45 pacientes (92%). Tenían antecedentes psiquiátricos 28 niños (57%), y 15 (30%) tomaban medicación previamente. Sólo seis (12%) fueron traídos por servicios de urgencias extrahospitalarios; el resto por padres, tutores o familiares. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno de conducta (20 casos, 41%), ideación o intento autolítico (11 casos, 22%) y trastorno por ansiedad (8 casos, 16%). Ingresaron 19 pacientes (39%), de los que 11 eran niñas y 8 niños. Del total de ingresos, nueve fueron por trastorno de conducta y ocho por ideación o intento autolítico. Se realizó también un análisis detallado dentro de cada grupo de las principales patologías; hallando que 15 (68%) de 22 pacientes con trastorno de conducta eran niños, mientras que nueve (82%) de 11 con ideación o intento autolítico, y seis (75%) de ocho con trastornos por ansiedad, eran niñas.

Conclusiones: Uno de cada 535 niños que acuden a nuestro servicio de urgencias precisa atención psiquiátrica. Suelen ser pacientes de 14 años que consultan entre las 10 y las 2 h, sin predominio de sexo. En muchos casos tienen antecedentes y/o tratamiento psiquiátrico previo. Sólo uno de cada 10 niños es traído por servicios de urgencias extrahospitalarias. Las patologías más comunes fueron por este orden: trastorno de conducta, ideación o intento autolítico y trastorno por ansiedad. Observamos un claro predominio de niños en el trastorno de conducta, y de niñas en ideación o intento autolítico y trastorno por ansiedad. Destaca la altísima tasa de hospitalización de este grupo de pacientes, unas 10 veces superior al índice general de nuestro hospital.

TRASTORNOS CONDUCTUALES EN LA ADOLESCENCIA. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

V. García Bernabeu, M.J. Sánchez Álvarez, M.J. Lirola Cruz, T. Bermejo González, A. Peralta Rodríguez y A. Carmona Martínez

Servicio de Pediatría. Clínica Sagrado Corazón. Instituto Hispalense de Pediatría. Sevilla. España.

Introducción: La adolescencia es una etapa de la vida en la que se produce un rápido desarrollo físico y profundos cambios emocionales. Con frecuencia los trastornos de conducta son transitorios y no progresivos. La anamnesis en este grupo de edad puede llegar a ser difícil y poco esclarecedora, corriendo el riesgo de infravalorar los síntomas. Presentamos 2 casos en los que a los iniciales problemas de adaptación y trastornos de conducta, se suma posteriormente sintomatología neurológica.

Observaciones clínicas: *Caso 1.* Niña de 13 años, ingresa por cefalea frontal de carácter opresivo y vómitos precedidos de náuseas de 18 h de evolución. Cambios de carácter durante el mes anterior y episodio de cefalea occipital 2 semanas antes que cede de forma espontánea en una semana. Exploración física: presión arterial, 110/80 mmHg; discreta rigidez a la flexión for-

zada del cuello, resto de la exploración neurológica rigurosamente normal. Analítica básica normal. Se realiza TC craneal en la que se evidencia hemorragia intraparenquimatosa frontal derecha, con mínimo componente de edema perilesional y mínimo efecto masa, compatible con malformación vascular subyacente.

Caso 2. Niña sana de 11 años que ingresa por presentar durante las últimas 6 semanas episodios recidivantes de mareos, disartria, trastornos de la marcha y tendencia al sueño que se autolimitan en 2-3 días. Antecedentes personales: trastornos de adaptación escolar, régimen de adelgazamiento desde hace un mes. Antecedentes familiares: madre con síndrome depresivo en tratamiento con ansiolíticos y antidepressivos. En la exploración neurológica existía tendencia al sueño, pérdida de fuerza en hemisferio izquierdo, marcha inestable, disartria y dismetría, pupilas levemente mióticas con buen reactividad. A las 12 h del ingreso se objetiva una total normalización de la exploración. Analítica general dentro de la normalidad. TC craneal: imagen hipodensa en región frontal. RM craneal normal. Tóxicos en orina: positivo a benzodiazepinas.

Comentarios: Aún siendo muy frecuentes los cambios de conducta y del estado de ánimo durante la adolescencia, puede llegar a ser necesario descartar patología orgánica subyacente e ingestión de tóxicos como etiología de las mismas.

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA: UNA ENTIDAD INFRECUENTE EN LA INFANCIA

G. Sebastiani¹, M. Simó Nebot¹, C. Luaces Cubells¹, M Pineda Marfá² y J.J. García García¹

Sección de Urgencias. Servicios de ¹Pediatría y ²Neurología. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universidad de Barcelona. España.

Fundamentos y objetivos: La amnesia global transitoria (AGT) es un cuadro de presentación aguda caracterizado por una intensa amnesia anterógrada con incapacidad para memorizar los acontecimientos que suceden, aunque la conciencia, el razonamiento y la percepción son normales. Los exámenes neuropsicológicos evidencian una amnesia anterógrada completa y una amnesia retrógrada variable. La memoria inmediata está conservada y el resto de la exploración neurológica es normal. La recuperación es progresiva en pocas horas. Este tipo de amnesia suele presentarse en pacientes de edades medias o avanzadas y su presentación es excepcional en la edad pediátrica.

Observación clínica: Niña de 9 años que refiere amnesia anterógrada de inicio brusco, con memoria inmediata conservada y algún trastorno de la memoria retrógrada más discreto. Cefalea de intensidad leve. No refiere traumatismo previo ni abuso de drogas. Vive el suceso con mucha angustia. La exploración neurológica es normal. El episodio cede de forma espontánea al cabo de unas 4 h. Posteriormente la paciente queda con cefalea leve y amnesia del episodio. Resto de memoria conservada. Se realiza TC craneal que es normal por lo que el cuadro se orienta como AGT.

Comentarios: La clínica descrita es característica de AGT. La aparición de este cuadro suele ser espontánea, aunque puede

existir un factor desencadenante como el esfuerzo físico o el estrés emocional. Se ha postulado que podría deberse a un fenómeno vascular amplio con isquemia transitoria del territorio de la vertebrobasilar. Una historia precedente de migraña se ha encontrado como posible factor de riesgo asociado al cuadro. Los vasoespasmos migrañosos podrían producir una isquemia temporal transitoria en estructuras hipocámpicas. La migraña confusional aguda, típica de la infancia, tiene manifestaciones clínicas muy similares a la AGT. El diagnóstico de este proceso es exclusivamente clínico. Tiene un excelente pronóstico con poca tendencia a la recidiva. Dada la presentación poco habitual en la edad pediátrica en nuestro caso se realizó una prueba de imagen para descartar un accidente vascular cerebral que es la principal entidad con la que se debe efectuar el diagnóstico diferencial en urgencias. La clínica típica y la normalidad de las pruebas de imagen nos deben hacer considerar este diagnóstico también en la edad pediátrica.

CIRUGÍA Y COT

INVAGINACIÓN EN ESCOLARES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

J. Llagostera Benedico, L. Ruiz Guzmán, N. Ruggieri Rodríguez, J. Canals Riazuelo, V. Soriano Zaplana y R. Clapés Ferrán

Servicio de Urgencias. Hospital de Nens de Barcelona. España.

Resumen: El dolor abdominal agudo es una de las consultas frecuentes en los servicios de urgencias pediátricos. Cuando hablamos de invaginación intestinal pensamos siempre en lactantes y niños hasta los 2 años de edad sin tener en cuenta que esta patología es posible también en niños mayores de 5 años.

Observaciones clínicas: Presentamos 2 casos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Nens de Barcelona (SUHNB) en el año 2003 por dolor abdominal agudo. En uno de los casos se sospechaba clínicamente la invaginación. En el otro la clínica inflamatoria era predominante. La edad de los niños fue de 10 y 12 años y los diagnósticos posteriores de pólipo hamartomatoso y divertículo de Meckel respectivamente. En ambos se confirmó invaginación intestinal.

INVAGINACIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE DEBUT DEL SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

J. Lara Herguedas, I. Gallardo Fernández, A. Ríos González, A. Jiménez Jiménez, J.L. Alonso Calderón y J. Martínez Pérez

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas con las que puede debutar un síndrome de Peutz-Jeghers en la infancia, siempre como causa urgente de consulta.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 3 pacientes afectados de síndrome de Peutz Jeghers, manifestaciones clínicas iniciales, así como evolución posterior a lo largo de su infancia y adolescencia.

Resultados: Los 3 pacientes debutaron clínicamente como cuadro de obstrucción intestinal, concretamente invaginación in-

testinal secundaria a pólipos hamartomatosos. En dos de ellos la invaginación intestinal tuvo carácter recurrente. Uno de ellos ha precisado cinco ingresos, por hematemesis y cuadros de pseudo-obstrucción intestinal. Otro varios ingresos por rectorragia, hemorragia oculta en heces (sangre oculta positiva) en numerosas ocasiones y anemia ferropénica crónica resistente al tratamiento con hierro. Estos 2 pacientes presentan poliposis gastrointestinal masiva (endoscópica), habiendo precisado múltiples intervenciones quirúrgicas, además de los ingresos previamente descritos. El último paciente, ha permanecido asintomático tras el primer cuadro obstructivo. En ningún caso se ha observado metaplasia de los pólipos.

Comentarios: 1) La presencia de invaginación intestinal recurrente obliga a descartar causa orgánica intraluminal que lo favorezca. 2) La hemorragia gastrointestinal, en los pacientes con síndrome Peutz-Jeghers, traduce la presencia de pólipos gastrointestinales, sobre todo en niños mayores. 3) El seguimiento y control periódico de estos pacientes, es necesario para detectar el crecimiento de los pólipos y elegir el momento adecuado para el tratamiento quirúrgico. 4) La colonización masiva de la mucosa digestiva por pólipos plantea serios problemas pronósticos. 5) Hay que tener en cuenta siempre la frecuente coexistencia de neoplasias (intestinales y gonadales), y permanecer alerta ante las variaciones puberales.

INVAGINACIÓN INTESTINAL: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

L. Arrabal, M.J. Martín y V. Rollán

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción y objetivo: La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 3 meses y los 6 años de edad. La historia clínica es fundamental para sospecharla y llegar al diagnóstico. La ecografía es la técnica de elección para confirmarlo. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de la casuística más reciente de nuestro hospital, así como la actitud diagnóstico-terapéutica adoptada.

Material y métodos: Hemos realizado una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños diagnosticados de invaginación intestinal durante los años 2003 y 2004, seleccionando el primer episodio.

Resultados: Un total de 56 pacientes fue diagnosticado de invaginación intestinal. La edad media de presentación fue de 17 meses, con un rango entre 2 meses y 10 años de edad. Existe un predominio claro de varones (n = 38; 67,8%) sobre mujeres (n = 18; 32,1%). El motivo de consulta más frecuente (76,8%; n = 43) fue el dolor abdominal tipo cólico. En 22 casos (39,2%), los padres referían signos de reacción vagal asociados al dolor. El signo acompañante más frecuente fueron los vómitos (n = 35; 66%), siendo raras las deposiciones sanguinolentas (n = 7; 12,5%). Presentaban afectación del estado general en la exploración inicial el 41% (n = 23) de los pacientes, con exploración abdominal patológica en el 73,2% (n = 41). Se realizó tacto rectal en el 30% de los casos (n = 17), siendo normal en el 82,3%

(n = 14) de ellos. El diagnóstico final se obtuvo en el 100% de los casos con ecografía. Hubo 3 pacientes con invaginación íleo-íleo-ileocólica, y el resto fueron invaginaciones ileocecales. En el 57% (n = 32) se había realizado previamente radiografía de abdomen simple, obteniéndose datos sugestivos de invaginación en el 90% (n = 29). Precisarón cirugía 9 pacientes (16,07%), siendo en ellos mayor de forma estadísticamente significativa, el porcentaje de pacientes con una evolución clínica de 24 o más horas ($p < 0,001$), y el porcentaje de casos con deposiciones sanguinolentas ($p < 0,001$). En cinco de ellos, se encontró un sustrato anatómico como cabeza de la invaginación. Los 2 casos de edades de presentación extremas (2 meses y 10 años), se encuentran en este grupo, y los dos presentaban un divertículo de Meckel.

Conclusiones: 1) El dolor abdominal tipo cólico y los vómitos, en la edad típica, son los datos más valorables para sospechar invaginación intestinal. 2) La radiografía de abdomen no aporta nada adicional a la ecografía, ni la sustituye, por lo que no está indicada ante esta sospecha diagnóstica. 3) Una evolución prolongada (más de 24 h), y las deposiciones sanguinolentas, deben alertar sobre la probable necesidad de tratamiento quirúrgico.

VÓLVULO GÁSTRICO EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

I. Aguilar Moliner¹, A. Pizà Oliveras¹, W Fasheh Youssef¹,
E Muñoz Fernández², Margarita Vancells Garrido²
y C. Luaces Cubells¹

Sección de Urgencias. Servicios de ¹Pediatría y ²Cirugía.
Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de
Barcelona. España.

Fundamento y objetivos: El vólvulo gástrico es una patología muy infrecuente en la infancia. Consiste en la rotación anormal del estómago alrededor de su eje, que puede ser primaria o secundaria. Clínicamente se puede presentar como un dolor agudo con distensión abdominal o ser de instauración crónica con dolor intermitente en epigastrio y sensación de plenitud posprandial. El objetivo de la siguiente comunicación es presentar 2 casos clínicos de esta entidad y revisar la conducta a seguir ante esta sospecha.

Observaciones clínicas: *Caso 1.* Niña de 3 años que consulta por dolor y distensión abdominal de 24 h de evolución, sin vómitos, fiebre ni deposiciones dispépticas. Exploración física al ingreso: afectación del estado general, hemiabdomen superior distendido y doloroso a la palpación sin signos de peritonismo, resto de exploración física por aparatos normal. Exploraciones complementarias: en analítica sanguínea destaca discreta leucocitosis, resto normal. En radiografía de abdomen se observa gran dilatación de la cámara gástrica con un gran nivel hidroaéreo y falta de aireación distal. Se realiza tránsito esófago-gastroduodenal donde se visualiza vólvulo gástrico mesentérico axial. Se realiza tratamiento quirúrgico a través de laparoscopia para reducción del vólvulo y gastropexia.

Caso 2. Niño de 3 años con vómitos incoercibles y distensión abdominal de 2 días de evolución. En la exploración física en

urgencias destaca regular estado general, con deshidratación moderada y distensión epigástrica, siendo el resto de la exploración normal. Se realiza analítica sanguínea que es normal. En la radiografía de abdomen se observa una dilatación de la cámara gástrica con un nivel hidroaéreo. Se realiza ecografía de abdomen que no aporta otros datos de interés. Tras realizar el TEGD el paciente es diagnosticado de vólvulo gástrico intermitente. Se realiza tratamiento quirúrgico por laparoscopia con desvolución longitudinal.

Comentarios: 1) El vólvulo gástrico es una patología muy infrecuente en la infancia pero hay que tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo o recurrente puesto que el diagnóstico precoz es la clave para la reducción de complicaciones (fundamentalmente sufrimiento vascular). 2) El tránsito esófago-gastroduodenal es la exploración diagnóstica de elección. 3) El tratamiento es quirúrgico con reducción del vólvulo y gastropexia.

APENDICITIS AGUDA EN EL LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Pinillos Pisón, M. Jiménez Fernández, R. Macipe Costa, J.L. Peña Segura y P. Burgués Prades

Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: La apendicitis aguda es una patología poco frecuente en el lactante, en los que se suele presentar de forma atípica. Esto puede provocar un retraso en el diagnóstico y el consiguiente aumento de complicaciones secundarias al mismo. La asociación entre infección entérica por *Salmonella* y apendicitis ha sido ampliamente descrita en la literatura científica, considerando la infección por *Salmonella* bien como la causante de apendicitis o simuladora de la misma. A continuación presentamos un caso de apendicitis aguda de presentación atípica en un lactante en el que se daba la circunstancia de ser portador de salmonella.

Caso clínico: Lactante de 5 meses que presentó hace un mes un episodio de gastroenteritis aguda por *Salmonella*, siendo los coprocultivos de control positivos a la misma. Ingresó con cuadro de fiebre alta de 2 días de evolución con irritabilidad y decaimiento progresivo. A la exploración únicamente se objetivó abdomen doloroso a la palpación profunda. Radiografía de abdomen informada como ligero edema de asas. Ante el mal estado general se pauta antibioterapia intravenosa a pesar de lo cual presenta un empeoramiento del cuadro en las próximas 24 h con fiebre alta, aumento del dolor abdominal, peristaltismo intenso y deposiciones semilíquidas con restos sanguinolentos. Se realiza nueva radiografía y ecografía abdominal en las que se aprecian imágenes sugestivas de obstrucción intestinal. Se coloca sonda nasogástrica por la que sale abundante contenido biliar. Con el diagnóstico de obstrucción intestinal de etiología desconocida se decide intervención quirúrgica urgente, donde se encuentra obstrucción a nivel de intestino delgado producida por plastrón apendicular secundario a una apendicitis gangrenosa perforada. Tras la intervención presentó buena evolución clínica.

Conclusiones: En el lactante los signos y síntomas de apendicitis son generalmente inespecíficos lo que conlleva retraso diagnóstico y en consecuencia mayor número de complicaciones. La *Salmonella* ha sido descrita como posible agente causal de apendicitis aguda. En nuestro caso al ser la apendicitis poco frecuente en el lactante esta hipótesis cobra especial importancia. Una historia de deposiciones diarreicas es un importante factor de confusión en un cuadro de abdomen agudo en el lactante, por lo que debe tenerse en cuenta en los casos de niños con deposiciones diarreicas con mal estado general e hipersensibilidad abdominal.

NECROSIS AVASCULAR DEL ESCAFOIDES TARSIANO COMO CAUSA DE COJERA

M. Velázquez Cerdà, V. Tenorio Romojaro, J.A. Mairal Cazcarra, A. Martínez Mejías, J.A. Pallarés Arranz y J. Quilis Esquerra
Servicio de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

Fundamentos y objetivos: El síndrome de Köhler o necrosis avascular del escafoide tarsiano es una osteocondritis cuyo diagnóstico se establece por la presencia de dolor en el área del escafoide tarsiano junto con cambios radiológicos de esclerosis y disminución del tamaño del hueso.

Observaciones clínicas: Niño de 6 años que consulta servicio de urgencias por cojera derecha de 6 días de evolución, coincidiendo con excursión pero sin traumatismo evidente. El paciente, al ser interrogado, localiza el dolor a nivel de la planta del pie. Refieren cuadro de gastroenteritis aguda hace 10 días. La exploración física por aparatos es normal, sin presentar dolor a la movilidad de las articulaciones de la extremidad inferior derecha ni a la palpación ni alteración de los reflejos osteotendinosos. A la deambulación destaca postura antiálgica con rotación externa y sin apoyo de la cara medial del pie. No dificultad para la deambulación de talones pero sí de puntillas, con claudicación. Se realizan radiografías de cadera (frente y axial) sin hallazgos patológicos, por lo que se decide realizar radiografía de pies en las que se evidencia centro de osificación del escafoide muy estrecho en forma de lámina y triangular con aumento de la radioopacidad y con ausencia de marcas trabeculares.

Comentarios: La cojera es una causa frecuente de consulta cuya etiología suele ser banal. No hay que olvidar la necrosis tipo enfermedad de Perthes como una posible causa, siendo la enfermedad de Köhler una forma menos frecuente en la que hay que pensar sobre todo cuando el dolor es referido a nivel de pie.

MANEJO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DEL NIÑO CON CLAUDICACIÓN DE LA MARCHA

S. Miralbés Terraza, M. Coscolluela Aísa, M.M. Gil Marín y C. Campos Calleja

Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Objetivo: Describir las características clínicas y el manejo diagnóstico-terapéutico de los niños que consultan en urgencias por claudicación de la marcha de corta evolución. Revisión de nuestro protocolo de actuación.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 41 episodios correspondientes a 38 niños que consultaron en ur-

gencias desde octubre de 2004 a enero de 2005 por presentar cojera de poco tiempo de evolución. La muestra se seleccionó de forma aleatoria entre los casos cuya exploración física localizaba el origen de la claudicación en la cadera. Se revisaron las características epidemiológicas y clínicas, pruebas complementarias realizadas y la actitud terapéutica seguida.

Resultados: La media de edad de los niños del estudio fue de 4,2 años (desviación típica 2,1). 27 pacientes fueron varones (65,9%). El tiempo de evolución medio fue 2,1 días. El 64,1% consultó antes de las 48 h de evolución. Seis pacientes referían un episodio previo de sinovitis de cadera. La presentación fue unilateral en todos los casos recogidos. En 23 pacientes (56,1%) existía infección previa o concomitante (41,4% infección respiratoria). En el momento del diagnóstico 4 casos presentaban fiebre (38 a 38,5 °C). El dolor aparecía en 63,4% de los casos como síntoma acompañante. Siete pacientes habían sufrido traumatismo previo. Se realizaron 16 radiografías de caderas, el 31,2% de las mismas en aquellos casos con antecedente traumático, siendo todas ellas normales. Fueron practicados 6 estudios ecográficos que confirmaron el diagnóstico de sinovitis de cadera. En ningún caso se realizó análisis sanguíneo. Todos los pacientes fueron tratados con ibuprofeno y en el 85% se recomendó reposo. El diagnóstico al alta fue sinovitis transitoria de cadera en el 100% de los pacientes del estudio. Ninguno precisó ingreso hospitalario y fueron derivados al pediatra de atención primaria. Únicamente 3 casos reconsultaron en la urgencia.

Conclusiones: La cojera de corta evolución es un motivo frecuente de consulta en las urgencias pediátricas. Descartado el traumatismo, el diagnóstico más frecuente es sinovitis transitoria de cadera. La anamnesis y exploración física son los pilares fundamentales para el diagnóstico, precisando estudio radiológico en pocas ocasiones.

ESPONDILITIS ATLOAXOIDEA. UNA CAUSA INFRECIENTE DE TORTÍCOLIS

I. Marín Valencia¹, J.J. García-García¹, W. Fasheh Youssef¹,
R. Frías Riu² y C. Luaces Cubells¹

Sección de Urgencias. Servicios de ¹Pediatría y ²Ortopedia y Traumatología. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona. España.

Introducción: El tortícolis es un signo frecuente en pediatría originado por múltiples patologías, entre las que se encuentran el grupo de tortícolis inflamatorios no traumáticos de localización craneocervical. Se aporta el caso de un paciente de 16 meses con tortícolis cuya causa fue orientada como espondilitis atloaxoidea.

Caso clínico: Lactante de 16 meses traído en varias ocasiones a urgencias por cuadro de desviación lateral derecha del cuello de 10 días de evolución, sin fiebre ni otros síntomas. En tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios por sospecha previa de contractura muscular. No antecedentes de traumatismo. En la exploración presentaba desviación lateral derecha e hiperextensión del cuello, con limitación a la movilización. Palpación no dolorosa de apófisis espinosas. Resto de exploración por órganos y aparatos normal. Las pruebas complementarias inicia-

les en urgencias fueron radiografía cervical que fue normal, analítica general sin hallazgos significativos excepto VSG de 60 y PPD que fue negativo. Ingresó con tratamiento antiinflamatorio y collarín cervical por mantener la sospecha de contractura muscular como origen del proceso. Se realizaron TC craneal, gammagrafía ósea y ecografía cervical que fueron normales. Posteriormente se realizó RM craneocervical y se objetivó proceso inflamatorio atloaxoideo y periodontoideo compatible con espondilitis atloaxoidea. Ante un posible origen infeccioso por este hallazgo radiológico, se inició tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima y cloxacilina presentando mejoría progresiva hasta resolución clínica. Se añadió perfil reumatológico siendo negativo. Se dio de alta a las 2 semanas de ingreso con el diagnóstico de espondilitis atloaxoidea de posible origen bacteriano, en tratamiento con cefuroxima oral. Se realizó RM de control a los 10 días, que informaba de proceso inflamatorio residual sin objetivarse secuelas clínicas.

Comentarios: A pesar de las causas secundarias de tortícolis son raras en la infancia es importante sospecharlas en casos de evoluciones prolongadas o atípicas. La RM craneocervical es la prueba de diagnóstico por la imagen que más información puede aportar.

HERNIA DISCAL

A. Santana Artiles, N. Delgado Cabrera, R. Rial González
y E. González Díaz

Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.
Unidad de Urgencias de Pediatría. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: La rotura del disco intervertebral es infrecuente en la infancia y poco común en la adolescencia. La frecuencia de hernia discal sintomática es mayor en los asiáticos que en la raza blanca, quizá por menor tamaño del conducto vertebral. Más frecuente en L4-L5 o L5-S1. Los síntomas en adolescentes son similares a los de los adultos: dolor de espalda y ciática, parestesias en miembros inferiores. En la exploración física encontramos espasmo de la musculatura lumbar, escoliosis y disminución del arco de movilidad lumbar. El levantamiento recto de la pierna está limitado y los cambios neurológicos son variables. En estos pacientes es muy frecuente la espina bífida oculta. El método de elección para localizar la lesión es la RM. El tratamiento deberá ser primero con AINE, reposo y limitación de la actividad. En pocos casos se requerirá cirugía. El tratamiento conservador es suficiente en el 75% de los casos.

Caso clínico: Paciente mujer de 9 años que presenta cuadro de dolor localizado en columna lumbar de 22 días de evolución, que en ocasiones se irradia a región abdominal. Afebril. Sin otros síntomas. A la exploración destaca buen estado general, Dolor a la presión y a la movilización en región lumbosacra, no irradiado. No dolor ni limitación a la movilidad de extremidades inferiores. Analítica: hemograma: microcitosis. VSG, PCR, bioquímica, orina, ASLO, factor reumatoide, radiografía lumbar, ecografía abdominal y gammagrafía ósea, normales. Mantoux negativo. TC de columna lumbar: en el espacio L4-L5 se aprecia una protrusión discal difusa que comprime y desplaza moderada y posteriormente el sacro y ambas raíces, sin obliterar los

agujeros de conjunción. También a nivel de la región de L3-L4 existe discreta protrusión discal difusa que oblitera el margen anterior del canal sin desplazar significativamente el saco dural. El tratamiento consistió en AINE y reposo, presentando buena evolución del cuadro, con remisión completa del dolor.

Comentarios: 1) Entidad muy poco frecuente en la infancia, sin embargo, a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor de espalda. 2) En ocasiones existe un antecedente traumático. 3) Con frecuencia se encuentra historia familiar de hernia discal. 4) Descartar siempre espina bífida oculta. 5) Buena respuesta al tratamiento conservador. 6) En caso de cirugía, los resultados son satisfactorios en el 90% de los casos.

MALFORMACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL: BARRA DORSAL COMO HALLAZGO CASUAL

M. Serra Córdoba, A. Jiménez Moya,
M.L. Rodríguez-Zuloaga Montesino, D. Tenas Bastida
y F. Gómez Sabrido

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Toro. Mahón. Menorca. España.

Introducción: La barra dorsal o barra vertebral es una malformación congénita por desarrollo anómalo por falta de segmentación parcial o unilateral, que conlleva la aparición de escoliosis.

Caso clínico: Niño de 2 años y 9 meses que ingresa procedente de urgencias por presentar dificultad respiratoria de varios días de evolución con empeoramiento progresivo. Un pico febril en las últimas 6 h de 38 °C. Antecedentes personales: vacunado correctamente, no alergias conocidas, bronquitis de repetición que trata en su domicilio con salbutamol y corticoides presurizados en cámara espaciadora. Resto sin interés. Exploración física: peso, 11.200 g; talla, 93,5 cm; temperatura, 38 °C; frecuencia cardíaca, 130 lat./min; Presión arterial, 116/61 mmHg; frecuencia respiratoria, 38 resp./min; SaO₂ con FiO₂ 21%, 89%. SaO₂ con oxígeno en gafas nasales a 2 l: 94%. Aceptable estado general; bien hidratado y perfundido, color normal de piel y mucosas. Meninges negativos. Adenopatías laterocervicales bilaterales. AC: rítmica, sin soplos. Pulsos periféricos palpables y simétricos. AP: tórax en embudo. Polipneico, respiración abdominal, tiraje intercostal, espiración alargada, hipoventilación generalizada. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. ORL: normal. Exámenes complementarios: hemograma: 4.970.000 glóbulos rojos; Hb 12,8; Hto 38,6; VCM 77,7; leucocitos 17.200 (1% Cy, 69% Ne, 22% Ly, 6% Mo, 2% Eo). Plaquetas 332.000. BQ: glucosa 82, urea 29, creatinina 0,27, Na 135, K 4,43, Cl 100,3. Procalcitonina > 0,5. Sistemático de orina: normal. Radiografía de tórax: escoliosis con concavidad a la derecha. Fusión de carillas articulares derechas entre D8 y D9. Fusión a nivel proximal a la articulación costovertebral entre costillas IX-X del lado derecho; X-XI de lado izquierdo. No se objetiva imagen neumónica. Ecografía abdominal: normal. Evolución: favorable con tratamiento para el episodio de broncospasmo que motivó el ingreso. Alta con tratamiento de base. Remitido a hospital de referencia para intervención quirúrgica de la malformación congénita que presenta.

Observaciones: Las escoliosis congénitas son menos frecuentes que las idiopáticas. Pueden asociarse a otras malforma-

ciones congénitas cardíacas, renales, oculares, etc. La evolución va a depender del tipo de lesión y de su localización; las más progresivas son las debidas a barras vertebrales y a hemivértebras. Requieren artrodesis a temprana edad; si hay cifosis el pronóstico es peor por la posibilidad de paraplejía.

QUISTE NEUROENTÉRICO CERVICAL

L. Ruiz¹, N. Ruggeri¹, H. Tchamitchian² y A. Guillén³

Servicios de ¹Urgencias y ²Traumatología.
Hospital de Nens de Barcelona. ³Servicio de Neurocirugía.
Hospital San Joan de Déu. Barcelona. España.

El dolor y rigidez de cuello en los niños es en general de etiología benigna, aunque siempre es necesario descartar trastornos que entrañen peligro. Es frecuente la rigidez de nuca y tortícolis por un tumor de fosa posterior debido a posición antiálgica. El quiste neuroentérico es una persistencia de la comunicación del tubo neural con el endodermo. A nivel cervical son excepcionales, presentándose en adultos. Presentamos un caso de quiste neuroentérico (QN) cervical en un niño.

Caso clínico: Paciente de 3 años de edad con antecedente de caída en el colegio hace 24 h y sensación de dolor a nivel cervical. El paciente está afebril con buen estado general. Tortícolis derecha con contractura dolorosa muscular cervical. Resto de exploración anodina. Con collarín e ibuprofeno se cita a control en traumatología en 24 h, donde se cita para nuevo control en 48 h. Al cuarto día presenta hemiparesia progresiva derecha y dificultad en la marcha. Sigue afebril y con tortícolis. Exploración neurológica: disminución de fuerza distal extremidad superior derecha. Mano en garra 2/5 derecha y 4/5 izquierda. Eleva el brazo derecho hasta la vertical. Camina arrastrando ligeramente la extremidad inferior derecha. Bipedestación sin ayuda. Reflejo cutáneo plantar extensor derecho. Exploraciones complementarias: radiografía de columna cervical y dorsal: N. RM cerebral: normal RM cervical: lesión intradural extramedular, en parte anterolateral del canal espinal, C3-C4, compatible con quiste neuroentérico. No se observan alteraciones óseas. Potenciales somatosensoriales: alterados desde las dos extremidades inferiores. Evolución y tratamiento: En el servicio de neurocirugía se inicia tratamiento con corticoides con mejoría parcial del déficit neurológico. En 72 h es intervenido con registro de potenciales y ecografía. La laminotomía cervical C3-C5 y apertura dural muestra una lesión quística bien delimitada de tejido neural que se extirpa completamente. Anatomía patológica: QN. Hay mejoría intraoperatoria de los potenciales evocados motores. Evolución clínica favorable tras la intervención con recuperación progresiva del déficit motor, casi asintomático al alta.

Comentarios: Presentamos un caso de dificultad diagnóstica debido a la rareza de presentación clínica en la infancia. La aparición de sintomatología neurológica y la realización de una cuidadosa anamnesis y exploración física son fundamentales para el diagnóstico de esta patología. La rápida evolución clínica es una rara característica que facilitó el diagnóstico. Ante la sospecha de lesión o compromiso medular se realizó un rápido diagnóstico con RM y se instauró tratamiento, tanto médico como quirúrgico.