

con cristaloideos y aportes de calcio intravenoso cuando la hipocalcemia sea sintomática. En caso de insuficiencia renal debe realizarse diálisis.

En conclusión, los enemas de fosfato sódico no están exentos de riesgo. No existen contraindicaciones absolutas, pero su uso debiera evitarse en aquellos niños con factores de riesgo conocido (insuficiencia renal crónica y en aquellos con alteración en la motilidad intestinal orgánica o funcional). Asimismo, debieran evitarse en niños menores de 2 años.

En caso de no producirse su eliminación espontánea en el plazo de 20-30 min, ésta debe facilitarse mediante sonda rectal o enemas de agua jabonosa para evitar su absorción y su posible toxicidad. En cualquier caso, debe plantearse bien su indicación y nunca ofrecer a los padres esta posibilidad como tratamiento rápido y domiciliario del estreñimiento.

**M. Ballesteros García, J.I. Sánchez Díaz  
y F. Mar Molinero**

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.  
Servicio de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Correspondencia:** Dra. M. Ballesteros García.  
Federico Rubio, 92, 3º A. 28040 Madrid.  
Correo electrónico: marimarballesteros@infomail.lacaixa.es

## BIBLIOGRAFÍA

- Craig JC, Hodson EM. Phosphate enema poisoning in children. *Med J Aust* 1994; 160: 347-351.
- Helikson M, Parham W, Tobias J. Hypocalcemia and hyperphosphatemia after phosphate enema use in a child. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 1244-1246.
- Hunter MF, Ashton MR. Hyperphosphatemia after enemas in childhood: prevention and treatment. *Arch Dis Child* 1993; 68: 233-234.
- Pérez Jurado L, González Vergaz A, García Cuartero B. Tetania hipocalcémica tras la administración de un enema de fosfato sódico hipertónico. *An Esp Pediatr* 1991; 34: 165-166.
- Soumoy MP, Bachy A. Risk of phosphate enemas in the infant. *Arch Pediatr* 1998; 5: 1221-1223.
- Walton DM, Thomas DC. Morbid hypocalcemia associated with phosphate enema in a 6 wk-old infant. *Pediatrics* 2000; 106: E37.
- Wason S, Tiller T, Cunha C. Severe hyperphosphatemia, hypocalcemia, acidosis and shock in a child following the administration of an adult Fleet enema. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 696-700.

## Carro de supermercado como causa de hospitalización infantil por accidente

(*An Esp Pediatr* 2001; 54: 93-94)

*Sr. Director:*

Los niños pequeños con frecuencia son transportados en el carro del supermercado mientras acompañan a sus padres durante las compras. Según el análisis de los datos procedentes de la Comisión para la Seguridad de los Productos de Consumo

(CPSC) se estima que fueron 75.200 las lesiones tratadas en los servicios de urgencias de EE.UU. en niños menores de 15 años relacionadas con carros de supermercado entre 1990 y 1992<sup>1</sup>. El 2,7% de los niños requirieron hospitalización y se apreció un incremento tanto del número de lesiones como de los ingresos hospitalarios en 1992 respecto a 1990<sup>1</sup>.

En la búsqueda bibliográfica realizada en Medline utilizando las palabras *shopping cart* se han encontrado cinco artículos en un período de 10 años<sup>1-5</sup>. En la revisión manual de las principales revistas pediátricas en lengua castellana y en el mismo período de tiempo no se han localizado trabajos sobre el tema.

Se presentan los casos ingresados en el Hospital Infantil La Fe de Valencia por un accidente relacionado con el carro del supermercado a lo largo de un año natural (1993), con el fin de transmitir la importancia de estos accidentes.

Durante el período de estudio se hospitalizaron 10.801 pacientes, 926 de los cuales correspondían a accidentes. Dos niños requirieron ingreso por un accidente con el carro del supermercado y los resultados se presentan a continuación.

*Caso 1.* Varón de 2 años, sin antecedentes de interés, que sufrió una caída desde el carro del supermercado (aproximadamente 1 m de altura), golpeándose en el occipucio. No presentó pérdida de conciencia inicial, a los 30 min del traumatismo se manifestó un cuadro de vómitos y somnolencia. A su llegada al servicio de urgencias (a los 45 min de la caída) sólo respondía a estímulos dolorosos, con una puntuación en la escala de Glasgow de 7. Inmediatamente presentó desviación de la mirada hacia la izquierda con nistagmo, pupilas isocóricas de tamaño medio que no respondían a la luz y tendencia a la hipertonia, de 10 min de duración. La tomografía computarizada craneal de urgencia fue normal. A su llegada a la unidad de cuidados intensivos presenta convulsión tonicoclónica generalizada, más intensa en el lado izquierdo, que cedió en unos segundos tras la administración de 5 mg de diazepam intravenoso. En la exploración no se apreciaron contusiones craneofaciales, se observó respuesta en flexión de los cuatro miembros, aunque existía mayor movilidad espontánea en el lado derecho, respondía a estímulos dolorosos, los reflejos osteotendinosos eran normales, y el signo de Babinski negativo. Permaneció hospitalizado durante 50 h, 45 de ellas en la unidad de cuidados intensivos. La evolución fue favorable y el paciente no presenta secuelas.

*Caso 2.* Niña de 3 años que se cayó de forma casual desde el carro del supermercado. La paciente, sin antecedentes de pérdida de conciencia ni vómitos, fue traída al servicio de urgencias 2 h después. En la exploración física destacaba una gran contusión frontal izquierda con edema palpebral unilateral; consciente y orientada, pupilas reactivas, reflejos osteotendinosos, tono muscular y pares craneales normales, puntuación en la escala de Glasgow de 15. En la radiografía simple de cráneo se aprecia dudosa línea de fractura del techo orbitario y arco ciliar que coincide con seno vascular. Permaneció durante 24 h en la sala de observación de urgencias y fue dada de alta a su domicilio sin incidencias.

Las lesiones por carro de supermercado son una importante causa de morbilidad pediátrica y mortalidad potencial, sobre todo en niños menores de 5 años<sup>1,2</sup>, de forma que en este grupo de edad acontecen el 84% de las lesiones y el 93% de las hospitalizaciones<sup>1</sup>. En una serie de 62 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico, la media de edad fue de 2,8 años<sup>2</sup> y en un estudio observacional llevado a cabo

en unos grandes almacenes, el mayor riesgo de lesión lo presentaban los niños de alrededor de 3 años<sup>3</sup>. En nuestro estudio, los 2 pacientes tenían 2 y 3 años, respectivamente. También se ha referido una discreta preferencia por el sexo masculino<sup>1,2</sup>.

Coincidimos en que el mecanismo más común de lesión son las caídas<sup>2,3</sup>, seguido por el vuelco del carro<sup>2</sup> y que el lugar anatómico de lesión más frecuente es la cabeza, aproximadamente en el 75% de los niños<sup>1,2</sup>.

Aunque se han descrito como lesiones más frecuentes las fracturas en los pacientes ingresados<sup>1</sup> y las contusiones y abrasiones en los atendidos en el servicio de urgencias<sup>1,2</sup> o en el estudio observacional referido anteriormente<sup>3</sup>, en el presente trabajo los 2 niños hospitalizados presentaron una contusión craneal sin fractura.

Los 2 pacientes se habían lesionado durante las horas de la mañana del fin de semana, momento que aprovechan las familias para realizar la compra semanal, considerada por los niños como una diversión. Se ha observado una variación estacional con un mínimo en los meses de enero a marzo y un máximo en septiembre<sup>1</sup>.

El diseño del estudio centrado en los pacientes hospitalizados no permite valorar aquellos atendidos en el servicio de urgencias o las lesiones menores que no requirieron asistencia médica. Sin embargo, la observación en 29 grandes almacenes de 235 niños permitió identificar lesiones en el 4,5% de ellos<sup>3</sup>.

Los carros de supermercado no están diseñados para un transporte seguro de los niños; los niños dejados sin sujeción en la cesta del carro pueden fácilmente caer y aunque se utilicen los cinturones de seguridad<sup>6</sup> y los asientos infantiles, éstos no previenen el vuelco<sup>1,2</sup>. Se ha descrito como principal predictor de riesgo el permanecer en el interior del carro comparado con utilizar el asiento del mismo o el jugar fuera del carro<sup>3</sup>. Los padres no deben permitir que los niños suban en cestas pequeñas o poco profundas<sup>3</sup>. Además del diseño del carro, la personalidad del niño también influye en el riesgo de lesión<sup>4</sup>. Si el niño intenta salir del carro y el adulto acompañante no lo supervisa de forma adecuada, el riesgo de lesión es todavía mayor<sup>3</sup>.

Por lo tanto, el transporte de niños en los carros de supermercado debería prohibirse<sup>1,2</sup>. Una estrategia preventiva consiste en disponer de áreas infantiles supervisadas en los grandes almacenes, donde los padres podrían dejar a sus hijos mientras compran<sup>1</sup>, sobre todo cuando se ha descrito que existe mayor tendencia a los accidentes cuando el tiempo de compra excede de 23 min<sup>3</sup>.

**C. Casaní Martínez<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Morales Suárez-Varela<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

<sup>b</sup>Unidad de Salud Pública. Universidad de Valencia.

Unidad Clínico-Epidemiológica. Hospital Universitario

Dr. Peset. Valencia.

**Correspondencia:** Dra. C. Casaní Martínez.  
Mariana Pineda, 83B. 46100 Valencia.  
Correo electrónico: camarcar@alumni.uv.es

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Smith GA, Dietrich AM, Garcia CT, Shields BJ. Epidemiology of shopping cart-related injuries to children. An analysis of national data for 1990 to 1992. Arch Pediatr Adolesc Med 1995;149: 1207-1210.

2. Smith GA, Dietrich AM, Garcia CT, Shields BJ. Injuries to children related to shopping carts. Pediatrics 1996; 97: 161-165.  
3. Harrell WA. The impact of shopping cart restraints and adult supervision on near injuries to children in grocery stores. Accid Anal Prev 1994; 26: 493-500.  
4. Harrell WA. The effects of shopping cart design and prior behavioral history on children's standing in cart seats. Accid Anal Prev 1996; 28: 385-389.  
5. Harrell WA. Epidemiology of shopping cart-related injuries to children. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 105-106.  
6. Behrman RE, Kliegman RN, Nelson WE, Vaughan VC. En: Nelson, ed. Tratado de Pediatría, 14<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1993.

**Síndrome de Smith-Lemli-Opitz**

(An Esp Pediatr 2001; 55: 94-95)

*Sr. Director:*

Recientemente, García-Fuentes et al<sup>1</sup> nos han llamado la atención acerca de la necesidad de recurrir a métodos adecuados, como la determinación sanguínea del 7-deshidrocolesterol (DHC), para poder diagnosticar el proteiforme síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLO). Se trata de un síndrome de malformaciones metabólicas, debido al déficit de 7-deshidrocolesterol-reductasa, enzima hepática microsomal que reduce el doble puente C-7,8 del DHC, penúltimo esterol en la vía de Kandutsch-Russell de la síntesis del colesterol<sup>2</sup>. En consecuencia, la colesterolemia es muy baja (15-27% de la normal)<sup>3</sup> y se acumula DHC, que es tóxico. Se trata de un trastorno de patrón autosómico recesivo frecuente, del que es portador el 1-2% de la población blanca caucásica<sup>4</sup>. En nuestro continente se refiere una incidencia de 1:20.000-40.000<sup>5</sup>; aunque esto sólo se podrá precisar cuando se emplee un método eficaz para su identificación.

La expresión clínica del SLO es muy variable<sup>6</sup>, oscilando entre la simple sindactilia de los dedos segundo y tercero de los pies, hasta holoprosencefalia (que, con otras malformaciones viscerales, conduce a la muerte intraútero). Entre ambos extremos pueden apreciarse polidactilia, masculinización genital nula o deficiente en individuos 46XY, malformaciones urinarias, microcefalia, hendidura palatina, narinas antevertidas, micrognatia, orejas de implantación baja, frente alta y cuadrada, blefaroptosis, hipotonía, déficit de medro y crecimiento, retraso mental y trastornos de la conducta (irritabilidad, hipersensibilidad sensorial, trastornos del sueño, autoagresiones, conducta autista), defectos del septo cardíaco o fotosensibilidad ultravioleta (UV). Esta gran variabilidad fenotípica, incluso entre hermanos con SLO, y el hecho de que la colesterolemia se encuentre en los límites normales en buena parte de los casos<sup>6</sup>, supone que el DHC en sangre es la clave diagnóstica, sobre todo en los casos con poca expresión clínica.

La medición del DHC por espectrometría UV, que proponen García-Fuentes et al siguiendo a Honda<sup>7</sup>, parece muy asequible. Con ella, accederíamos a este nivel diagnóstico todos los que estamos involucrados en el diagnóstico y asistencia de este complejo síndrome: pediatras generalistas, neuropediatras, neonatólogos, endocrinólogos pediátricos, etc. El empleo racional de este recurso diagnóstico permite demostrar la incidencia real de este defecto y, sobre todo, iniciar precozmente el tratamiento