

# XVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (II)

24 y 25 de marzo de 2006, Alcalá de Henares, Madrid

## PÓSTERS

### ¿SOY NORMAL? FACTORES PREDISPONENTES A LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS EN ADOLESCENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Neira Arcilla, I. Ledesma Benítez,  
P. Higuera Castañeda y L.M. Rodríguez Fernández  
Servicio de Pediatría. Hospital de León. España.

**Introducción:** Los trastornos en el desarrollo psicosocial de los adolescentes cobran en los últimos años un papel importante dentro de la Pediatría, debido al aumento en la incidencia de los factores de riesgo que alteran este desarrollo. Presentamos el caso de un adolescente varón en el que concurren varios de estos factores, derivando en un desarrollo patológico de su primera adolescencia.

**Caso clínico:** Paciente varón de 12 años que, en los 2 últimos meses, acude en varias ocasiones al servicio de urgencias hospitalarias por intentos autolíticos caracterizados por cortes superficiales en cuello y extremidades e ideación suicida. Como antecedentes familiares reseñar que es hijo único de padres separados, primera infancia en otro país (Venezuela) y actualmente convive con su madre y abuela las cuales presentan trastorno depresivo. En los antecedentes personales destaca alergia a gramineas, obesidad desde los 6 años y, ocasionalmente, cifras elevadas de presión arterial, colesterol y glucosa. Así mismo es polifrecuentador de su pediatra de atención primaria por múltiples quejas somáticas.

Refiere maltrato físico y psíquico por sus compañeros que no le aceptan "por ser obeso y de otro país". Esto provoca absentismo escolar en el último mes ya que amenaza con matarse si le obligan a ir a clase, sólo quiere estar con su madre y no salir de casa. En la exploración física presenta obesidad importante (índice de masa corporal: 34,2) siendo el resto de la exploración física normal, salvo los cortes superficiales. Durante la entrevista presenta rasgos de personalidad histriónica con llamadas constantes de atención, ánimo deprimido, llanto fácil, rechazo total a la crítica y actos aislados de regresión. Se deriva a psiquiatría infantil, iniciando tratamiento con sertralina (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina [ISRS]) y lorazepam y le programan psicoterapia familiar. Además es visto en Endocrinología Infantil por posible inicio de síndrome plurimetabólico.

**Comentarios:** Los trastornos del comportamiento (conductas de riesgo), de personalidad (histrionismo) y de ánimo (depresivo) con problemas de adaptación psicosociales, escolares y de alimentación (obesidad), son cada vez más frecuentes en las consultas de pediatría. Todo ello relacionado con una serie de factores predisponentes: aumento de la migración, rupturas familiares, gran importancia de la estética (trastorno de autoestima) y trastornos del ánimo en los progenitores. El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar, siendo los ISRS los fármacos de elección en los intentos autolíticos del adolescente junto con técnicas de psicoterapia familiar.

### ADOLESCENTE CON TORTÍCOLIS REFRACTARIA

T. Gavela, E. Abad, P. Quijada y P. Brañas

Servicio de Adolescentes. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.  
Madrid. España.

**Caso clínico:** Varón de 11 años y 11 meses de edad que consulta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar un cuadro de 11 días de evolución de tortícolis, que comienza de forma brusca y sin traumatismo previo. El día anterior al inicio de la sintomatología presentó diarrea y vómitos que fueron tratados con metoclopramida. Los últimos 3 días el niño refería cefalea. Habían acudido en múltiples ocasiones al servicio de urgencias de otro hospital, donde fue valorado por pediatras y traumatólogos; también habían consultado con fisioterapeutas e incluso, habían acudido a la medicina alternativa. Se le diagnosticó de contractura cervical y recibió distintos tratamientos, todos sin éxito. Como antecedentes personales destacaba un viaje a Egipto en la semana previa al inicio del cuadro. En la exploración física destacaba una posición anómala y forzada de la cabeza, ladeada hacia el lado derecho con elevación del hombro del mismo lado. El paciente no colaboraba en la exploración neurológica, presentaba una ligera dismetría sólo de manos, con cierta inestabilidad en la marcha pero sin ataxia. En la urgencia se decide realizar tomografía computarizada (TC) craneal y analítica sanguínea que fueron normales.

Durante su ingreso se observaron ciertas actitudes que llamaban la atención como no colaborar en la exploración, la posición cambiaba cuando el niño estaba solo, llegando casi a normalizarse durante el sueño. Con la sospecha de que pudiera tratarse de un cuadro psicossomático indagamos en la historia clí-

nica, encontrando muchos factores estresantes al que el niño no quería, ni creía, poder enfrentarse: pubertad y cambio, regreso del viaje a Egipto, accidente de tráfico de primo cercano, exigencia familiar, sobrecarga extraescolar, situación de examen, situación conflictiva con su grupo de amigos del colegio con absentismo escolar de 4 semanas, problemas de conciliación del sueño, rechazo parental de la etiología no orgánica.

No obstante, por la presión parental y las dudas médicas, que siempre existen, se le realizó una exploración bajo sedación y una resonancia magnética (RM) craneomedular que fueron normales. El niño fue dado de alta con el diagnóstico de trastorno conversivo.

Al cuarto día tras el alta el paciente vuelve a la consulta con una postura normal, la cual cedió tras volver al colegio y verse aceptado por sus compañeros y al haber realizado, aunque no superado, las pruebas de selección para jugar en un equipo de fútbol.

**Conclusiones:** 1) La patología psicósomática en el adolescente es muy frecuente; los pediatras debemos conocerla y saberla manejar. 2) Ante un paciente adolescente, es fundamental conocer su situación social, sus miedos y preocupaciones, ofreciendo nuestro apoyo como médicos durante la pubertad, un momento de cambios y dudas. 3) Ante un adolescente con una historia clínica incongruente debemos sospechar una patología psicósomática e intentar no realizar pruebas complementarias innecesarias que pueden causar iatrogenia e incluso reforzar la sintomatología. 4) Nuestro objetivo debe ser encontrar ese equilibrio, aunque hoy en día esto resulta difícil debido a la enorme presión externa, que obliga en ocasiones a ejercer una medicina defensiva.

#### ANOREXIA NERVIOSA EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER

G. Perkal<sup>1</sup>, G. Holleberg<sup>2</sup>, M.J. Álvarez<sup>3</sup>, C. Lombardía<sup>3</sup>, L.G. Trafach<sup>3</sup> y M. Paretas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Santa Caterina. <sup>2</sup>Endocrinología Infantil. Hospital Josep Trueta. <sup>3</sup>Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria. IAS Girona. España.

**Objetivo:** La anorexia nerviosa (AN) y el síndrome de Turner (ST) son las dos causas más frecuentes de hipogonadismo y osteopenia.

¿Qué ocurre con la densidad mineral ósea (DMO) en una paciente en la que concurren ambas patologías?

**Material y métodos:** Paciente de 17 años, diagnosticada de ST a los 4 años de edad, quien desarrolla un trastorno de conducta alimentaria (TCA) caracterizado por restricción alimentaria e hiperactividad física compulsiva. Antecedentes personales: adenoidectomía y drenajes transtimpánicos a los 4 años; ST tratado con hormona de crecimiento (GH) de los 5 a los 11 años; menarca espontánea a los 11 años; tratamiento con estradiol en parches de 50 µg más medrogestona 5 mg/día desde los 12 años. Antecedentes familiares: abuela materna con depresión y tentativas de suicidio. Hermano con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Enfermedad actual: se inicia hace

12 meses con una pérdida ponderal de 11,600 kg, pasando de un índice de masa corporal (IMC) previo de 26 al actual de 20. Mantiene menstruaciones inducidas por el tratamiento hormonal. Ingresó en hospital de día de TCA y, a los 4 meses, se decidió su ingreso hospitalario por persistencia del descenso ponderal y nula conciencia de enfermedad. Se agrega a la pauta fluoxetina, 40 mg/día y lorazepam y se cambia el tratamiento hormonal por un anovulatorio con gestodeno y etinilestradiol. Exámenes complementarios: analítica sanguínea: destaca un descenso de inmunoglobulinas y transferrina y un discreto aumento del colesterol. LH: 0,64 mU/ml; FSH: 15,67 mU/ml; 17 β-estradiol: 142,6 pg/ml. Densitometría ósea: normal.

**Resultados:** Es dada de alta con una recuperación ponderal de 4,500 kg y continúa actualmente el tratamiento en hospital de día.

**Conclusiones:** En esta paciente, el haber presentado una menarca espontánea e introducir posteriormente el tratamiento hormonal compensatorio, permitió mantener una DMO dentro de la normalidad a pesar del descenso ponderal y del hipogonadismo derivado de sus dos patologías.

#### ASIMETRÍA MAMARIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

C. Blanco Rodríguez, G. Rodrigo García, A. González Vergaz y B. García Cuartero

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

**Introducción:** Durante el desarrollo puberal es frecuente la asimetría en el crecimiento mamario. Esta desigualdad va disminuyendo a medida que progresa la pubertad aunque aproximadamente el 25% de las mujeres desarrollan asimetría mamaria visible que persiste hasta la edad adulta.

**Observaciones clínicas:** Adolescente de 14 años y 5 meses de edad que consulta por aumento mamario unilateral. Antecedentes familiares: no presenta antecedentes patológicos; desarrollo puberal tardío en la familia. Antecedentes personales: ingresada a los 4 años de edad por gastroenteritis aguda. Curva ponderoestatural en percentiles normales. Inicia botón mamario bilateral a los 12 años y 3 meses con incremento lentamente progresivo hasta el último mes en que nota rápido aumento con mastodinia de una de las mamas, motivo por el que consulta. La paciente y la familia están muy preocupados afectando a su actividad cotidiana. Exploración: talla y peso en percentiles normales. Fenotipo normal. Examen físico general normal. Desarrollo puberal: mama derecha en estadio II de Tanner. Mama izquierda en estadio III-IV de Tanner, turgente, dolorosa a la palpación, sin nódulos, ni alteraciones de la piel, no galactorrea ni alteraciones de la pigmentación. Pubarquia II. Pruebas complementarias: ecografía mamaria: tejido fibroglandular normal, sin lesiones sugerentes de malignidad. Analítica: hemograma y bioquímica general normal. Estradiol 52 pg/ml. FSH/LH: 5,6/4,9 U/l.

**Evolución y tratamiento:** A los 5 meses de la primera consulta inicia progresión de caracteres sexuales secundarios, presentando la menarquia a los 15 años y 4 meses. Al alta ambas mamas en estadio IV de Tanner prácticamente simétricas.