

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. Perkal¹, G. Holleberg², M.J. Álvarez³, C. Lombardía³, L.G. Trafach³ y M. Paretas³

¹Servicio de Pediatría. Hospital Santa Caterina. ²Endocrinología Infantil. Hospital Josep Trueta. ³Unidad 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.

Comentario: La mama de la adolescente sufre continuos cambios a lo largo de su normal desarrollo. Suele ser causa de preocupación para la familia y la paciente causando complejos y preocupaciones por eso una adecuada información sobre el desarrollo mamario durante la adolescencia es imprescindible en estos casos. No obstante descartar patología tumoral de la mama o asociada a otros procesos es obligado.

BODY-ART: UN TALLER QUE LES INTERESA

N. Agüero Martínez, A. Llusent Guillamet y J. Cornellà Canals

Programa "Salut i Escola". Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya. Girona. España.

Objetivo: Presentar un taller montado para adolescentes de tercer y cuarto curso de ESO a fin de que conozcan las técnicas relacionadas con el *body-art* (tatuajes y *piercing*), a fin de que se formen como adultos y consumidores responsables, dar información objetiva, y ayudarles a que tomen una decisión razonada y justificada.

Material y métodos: Se utiliza una presentación en *Power Point* donde se explica, con gran profusión de imágenes y detalles, la historia del *body-art*, la normativa que debe cumplirse, los derechos del "consumidor", y las consecuencias que puede tener para el organismo. Se hace énfasis en las distintas formas de tatuaje (semipermanentes y permanentes) y las características diferenciales de las mismas.

Resultados: Se trata de un taller en pleno proceso de implantación en los centros de enseñanza secundaria que se han adherido al Programa "Salut i Escola". De momento, ha sido muy bien aceptado entre los alumnos, provocando una discusión sobre los temas tratados. Se insiste en aspectos tales como la necesidad de la información sobre las técnicas utilizadas, la reflexión sobre las ventajas y los inconvenientes, la necesidad de escoger un buen profesional con medidas de higiene apropiadas.

Conclusiones: La atención a la salud integral de los adolescentes debe basarse en la prevención. La utilización de técnicas basadas en talleres interactivos y debates propicia que, desde el conocimiento de la realidad que les envuelve, sepan tomar, con acierto, sus decisiones, tras reflexión y argumentación. El actual auge de los tatuajes y *piercing*s en edades cada vez más tempranas nos obliga a actuar preventivamente en este campo. El taller que se presenta es una herramienta que, por el momento, se ha mostrado eficaz.

CARCINOMA NASOFARÍNGEO EN LA ADOLESCENCIA

B. Nieto, D. Fernández, M. Muriel, V. Murga, G. García y A. Gimeno

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. España.

Introducción: El carcinoma nasofaríngeo es un tumor raro en la edad pediátrica constituyendo menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello en la infancia. Es más frecuente en adolescentes y en el sexo masculino. En estos grupos de edad pre-

senta características epidemiológicas, histológicas y clínicas distintas a las del adulto.

Las tumoraciones de *cavum* exigen alto grado de sospecha clínica para lograr un diagnóstico precoz. El tratamiento en estadios iniciales mejora el pronóstico. Estos tumores evolucionan durante mucho tiempo asintóticamente y cuando se diagnostican suele haber infiltración metastásica. El síntoma más frecuente de presentación es la adenopatía metastásica cervical. También se expresan signos rinológicos (insuficiencia ventilatoria nasal, epistaxis, otológicos (otalgia, hipoacusia) y neurológicos (afectación de pares craneales). La resonancia magnética (RM) resulta de gran valor junto con la biopsia tumoral para el diagnóstico inicial. El tratamiento de elección es la quimioterapia-radioterapia.

Casos clínicos: Presentamos 2 casos de carcinoma nasofaríngeo diagnosticados en nuestro hospital. Ambos son varones de 14 y 13,5 años de edad, respectivamente. El motivo de consulta es en ambos una tumoración cervical dolorosa de meses de evolución. Presentan además hipoacusia, otalgia y *trismus* como síntomas iniciales. Sin antecedentes personales de interés salvo un síndrome de Poland en uno de ellos. Ambos tenían infiltración tumoral de estructuras adyacentes al diagnóstico (estadio IV) y en los dos la serología para el virus de Epstein-Barr resultó positiva. Fueron tratados con quimioterapia-radioterapia con buena respuesta hasta el momento actual.

Conclusiones: El carcinoma nasofaríngeo es una tumoración rara en la edad pediátrica. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico. Por ello es importante tener en cuenta esta patología ante una masa cervical de larga evolución. Es más frecuente en adolescentes y en el sexo masculino. El virus de Epstein-Barr está implicado en su génesis. La RM constituye una herramienta diagnóstica fundamental. La supervivencia de estos tumores ha mejorado con el tratamiento combinado con quimioterapia-radioterapia. La recidiva es más frecuente en los pacientes menores de 20 años.

HIPOACUSIA SÚBITA EN UNA ADOLESCENTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

D. Moreno Jiménez¹, B. Nieto Almeida², M. Gómez Serrano¹ y F. Gómez Toranzo¹

¹Servicio de ORL. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. España.

Objetivo: La hipoacusia súbita es una pérdida brusca de audición de origen neurosensorial, adquirida y habitualmente unilateral. Es extremadamente infrecuente en la infancia y en la adolescencia aumentando su incidencia en la edad adulta. Constituye el 1% del total de las hipoacusias neurosensoriales. No se conoce la fisiopatología exacta. Se cree que las infecciones virales son la causa más frecuente.

Caso clínico: Mujer de 14 años de edad que presenta pérdida brusca de audición de oído derecho (OD) de 2 meses de evolución sin recuperación posterior. Tratada con 2 ciclos de antibióticos (orales y tópicos) sin mejoría alguna. Antecedentes personales: sin interés. No factores de riesgo de sordera neuro-