

sensorial. Antecedentes familiares: sin interés. Sin historia de sordera. Exploración ORL: otoscopia normal en ambos oídos. Res- to sin hallazgos patológicos. Exploración neurológica: pares cra- neales normales. Pruebas complementarias: audiometría tonal: OI → 10 dB; OD → 80 dB. Reflejos estapedianos e impedancio- metría: normal. Resonancia magnética (RM) (fosa posterior ce- rebral y conducto auditivo interno): normal. Analítica: normal. Serologías: negativas. Tras la realización de audiometrías perió- dicas bimensuales durante un año, sin mejoría del cuadro y RM normal, habiéndose descartado otras posibles causas de sorde- ra diagnóstica de hipoacusia súbita de OD.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial de la sordera de aparición brusca ha de realizarse buscando su origen en el oído externo (tapones de cera, otorrea, etc.) oído medio (otitis sero- mucosa, otitis media aguda, ototubaritis, etc.) y oído interno (es- clerosis múltiple, neurinoma de VIII par, vasculopatías, etc.). Su diagnóstico es de exclusión. En la actualidad la efectividad del tratamiento (corticoides en la primera semana) es controvertida. Dos tercios de los pacientes pueden recuperar audición, total o parcialmente.

CRISIS DE TETANIA EN ADOLESCENTE

E. Barrera Segura, E. Cañadell Yetano, C. Parra Cotanda, M.C. Sánchez Garre, P. Glasmeyer y J. Quilis Esquerra
Servicio de Pediatría. Hospital de Terrassa. Barcelona. España.

Introducción: Las crisis de tetania en la edad pediátrica son infrecuentes. Habitualmente se producen por hipocalcemia o al- calosis metabólica debida a hiperventilación espontánea en ado- lescentes. La alcalosis metabólica secundaria a la pérdida de jugo gástrico por obstrucción pilórica excepcionalmente provo- ca tetania.

Se presenta el caso de una adolescente con crisis de tetania en el contexto de vómitos de larga evolución.

Caso clínico: Adolescente que consulta por vómitos, abdo- minalgia e ingesta prácticamente nula desde hace 2 días, ini- ciando a su llegada un cuadro de tetania. Refiere episodios au- tolimitados de vómitos con dolor abdominal e ingesta escasa desde hace un año, pérdida de peso de 3 kg en los últimos 2 meses. A la exploración destaca cuadro de rigidez y espasmo en extremidades superiores e inferiores con sensorio conser- vado. Dolor abdominal en hipocondrio izquierdo. Equilibrio áci- do base con pH de 7,6, CO₂ de 28,6 mmHg, bicarbonato de 29,2 mmol/l, EB de 7,6 mmol/l. Ionograma con calcio de 11,1 mg/dl y cloro de 86,1 mmol/l. Se administran varias cargas de volumen resolviéndose el cuadro de tetania. Se ingresa por vómitos de larga evolución, se realiza ecografía y tomografía computarizada abdominal diagnosticándose de síndrome de la arteria mesentérica superior. Es intervenida quirúrgicamente, siendo la evolución posterior favorable.

Conclusión: El síndrome de la arteria mesentérica superior se caracteriza por obstrucción de la tercera porción duodenal. Ocasionado por una pinza anatómica entre la arteria aorta y el nacimiento de la arteria mesentérica superior. Se presenta con

una clínica de abdominalgia, vómitos y pérdida de peso de lar- ga evolución que puede confundirse con un trastorno de la ali- mentación.

DOLOR TORÁCICO EN ADOLESCENTE: NO SIEMPRE PATOLOGÍA BENIGNA

A.C. García López¹, A. Martínez Crespo¹, M. Ferre¹ y J. Jiménez²

¹ABS EL Masnou. ²ABS St. Martí Barcelona. Institut Catala Salut (ICS).
Barcelona. España.

Introducción: El dolor torácico es un síntoma común en pediatria con predominio en adolescentes. Las causas más fre- cuentes son idiopática, musculoesquelética y de origen psicó- geno (muy frecuente en la adolescencia). Las causas cardio- vasculares son poco frecuentes.

Se presenta el caso de un adolescente de 14 años con ante- cedentes de dolor recurrente torácico de causa musculoesquelé- tica que presentó una pericarditis aguda.

Caso clínico: Varón de 14 años sin antecedentes personales, patológicos ni familiares de interés. Sin alergias medicamentosas. Buen desarrollo psicomotor y pondoestatural. En la actualidad pre- senta un peso de 69 kg, talla 172 cm y estadio IV de Tanner. Pre- senta un buen rendimiento académico y practica deporte regular- mente, juega a fútbol, taekwondo y, para reforzar su preparación, acude al gimnasio para fortalecer su musculatura, por lo que había consultado en varias ocasiones por dolor torácico y de brazos de causa musculoesquelética. Acude al centro de salud de urgencias aquejando dolor en la parte superior del brazo izquierdo que irra- dia hacia la parte anterior del tórax de aproximadamente 1 h de evolución. Refiere haber estado haciendo abdominales y ejercicios con pesas la tarde anterior. EF: BEG aunque algo inquieto. Afe- bril. PA: 120/80 mmHg. Leve palidez cutánea, bien hidratado, pre- senta dolor a la palpación en la zona del deltoides izquierdo y parte anterosuperior del tórax y trapecio. Sin aumento de dolor a la movilización de extremidades superiores. Cardio: tonos rítmicos, sin soplos. Al colocarse en decúbito supino para auscultación au- menta el dolor sin aumento con la inspiración; resto de la explo- ración anodina. Se solicita ECG: ritmo sinusal, FC 60 s, elevación del segmento ST en DII/DIII I aVr/V₄/V₅/V₆. Depresión del seg- mento ST y onda T negativa en aVR aVL V₁ V₂/V₃. Ante la orien- tación diagnóstica de pericarditis aguda se deriva a hospital de re- ferencia donde se confirma el diagnóstico.

Conclusión: El dolor torácico recurrente en pediatria es un síntoma relativamente común. Predomina en adolescentes, so- bre todo el de carácter psicógeno presentando una media de edad de 12 años. En edades menores es más probable la pre- sencia de etiología de tipo cardiorrespiratoria. Afecta por igual a ambos sexos. Las causas musculoesqueléticas están produci- das por sobreesfuerzo físico o microtraumatismo. Destacamos esta causa por ser el tipo de dolor recurrente que presentaba el paciente y que pudieron llevar a confusión. En general el dolor torácico recurrente tiene buen pronóstico ya que la mayoría de los casos son de etiología benigna y autolimitada, pero no de- bemos descuidar el diagnóstico diferencial con relación a pato- logías que requieran una actuación urgente.