

## EFFECTOS DE LA INSUFICIENCIA DE LA FUNCIÓN PATERNA EN LA ADOLESCENCIA

I. Fernández Fernández

La adolescencia es un tiempo de cambio, desequilibrio y reconstrucción necesario. Pérdida de un cuerpo infantil e irrupción de un cuerpo sexualmente maduro que todavía no puede ser representado psíquicamente como propio. Consolidación de la *identidad sexual*. Momento de desajuste entre el desprendimiento de las defensas psíquicas sostenidas en la protección y seguridad familiar hasta la construcción de nuevos ideales. Período de incertidumbre abierto al peligro y al riesgo de experimentar sentimientos de vacío interior más o menos intensos que llevan al adolescente a construirse nuevas realidades y nuevas necesidades, en ocasiones, al precio del delirio y la alucinación.

Protesta, rabia e indiferencia frente al mundo de los adultos que enmascaran reclamos afectivos y una manera de retener la protección frente a sentimientos de soledad y, a veces, de abandono.

El enamoramiento de la adolescencia se fundamenta en la compensación por la pérdida de amores infantiles hacia las figuras parentales. Este amor apasionado garantiza en la adolescencia una razón por la cual la vida merece la pena ser vivida.

La *función paterna* hace referencia al mito freudiano de la constitución del padre. De este mito necesario ancestral se erigen los pilares de una ley que rige el orden social en las sociedades civilizadas, ley transmitida por un *padre simbólico*, encarnado en la figura paterna.

La encrucijada adolescente implica la "muerte simbólica" de las figuras parentales infantiles para abrir el camino en la continuidad generacional. En graves casos de psicosis este trance simbólico pasa a ser real.

## EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS. ALTERACIONES DEL RITMO Y LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA

A. Baño Rodrigo<sup>1</sup>, P. Brañas Fernández<sup>2</sup>,  
A. Tamariz-Martel Moreno<sup>1</sup>, D. López Saldaña<sup>2</sup>,  
M. Ibáñez Rubio<sup>2</sup> y P. Quijada Fraile<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Medicina del Adolescente. <sup>2</sup>Sección de Cardiología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid. España.

**Objetivo:** El objetivo del trabajo ha sido la valoración de las alteraciones del electrocardiograma (ECG) en los trastornos del comportamiento alimentario.

**Material y métodos:** Se estudiaron 122 pacientes del sexo femenino al ingreso en la unidad de psiquiatría de nuestro centro, diagnosticadas de anorexia nerviosa restrictiva de edades comprendidas entre los 11 y los 18 años de edad ( $15,8 \pm 2$  años; media  $\pm$  DE). Todas ellas con un índice de masa corporal (IMC) inferior a 18 ( $15,4 \pm 1,6$  kg/m<sup>2</sup>).

Otras 14 pacientes fueron diagnosticadas de bulimia nerviosa, todas ellas entre los 15 y los 19 años ( $17,5 \pm 1,3$  años). En ellas el IMC se encontraba entre 15 y 21 kg/m<sup>2</sup> ( $17,9 \pm 1,6$  kg/m<sup>2</sup>).

En todos los casos se realizó un ECG de 12 derivaciones al momento del ingreso. Se valoró la frecuencia cardíaca en reposo, la amplitud de los voltajes en las 12 derivaciones, la repolarización y el intervalo QT corregido (QTc).

**Resultados:** En las pacientes con anorexia nerviosa se encontró un ritmo cardíaco alterado en 48 (39%), con bradicardia menor de 60 lat./min en 41 (34%) y taquicardia mayor de 100 lat./min en 7 (5%). La repolarización se encontró alterada en 49 enfermas (40%), encontrándose un intervalo QTc prolongado ( $> 0,44$  s) en 21 (17%), y aplanamiento o inversión de la onda T en otras 28 (23%). En las pacientes con bulimia nerviosa se encontraron alteraciones del ritmo en 10 (71%), todas ellas con bradicardia inferior a 50 lat./min. No se presentaron alteraciones de la repolarización en este grupo.

**Conclusiones:** Los trastornos de la conducta alimentaria producen, en un elevado número de pacientes, alteraciones electrocardiográficas consistentes fundamentalmente en bradicardia y alteraciones de la repolarización ventricular, que aunque en su mayoría son asintomáticas, deben conocerse para su evaluación y seguimiento oportuno en cada caso.

## EPISODIO REPETIDO DE INGESTA DE CEPILLO DE DIENTES

G. Álvarez Calatayud<sup>1</sup>, N. Sanz<sup>2</sup>, J.C. Ollero<sup>2</sup> y L. Taboada<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Pediatría y <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica. Hospital San Rafael. Madrid. España.

**Introducción:** La ingestión de un cuerpo extraño en la adolescencia generalmente se trata de un accidente casual, aunque en ocasiones puede ser voluntaria y la manifestación de una alteración psiquiátrica. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ocasionar la ingestión "involuntaria" de objetos sorprendentes utilizados "voluntariamente" para provocar el vómito, y este hecho puede convertirse en el primer signo de alarma de una patología subyacente que ha pasado desapercibida hasta ese momento.

**Caso clínico:** Adolescente de 14 años que acude a urgencias porque 32 h antes ha ingerido accidentalmente un cepillo de dientes. La paciente refiere preocupación creciente por lo que pide ayuda a sus padres. En la radiografía simple de abdomen se observa un cepillo de dientes en el *fundus* gástrico, por lo que se decide el ingreso para su extracción. Bajo anestesia general se realiza esofagogastroscoopia flexible localizándose el cuerpo extraño en la cámara gástrica. Se procede a su extracción mediante asa de polipectomía, obteniéndose un cepillo de dientes de 20 cm de longitud. La paciente es remitida a las consultas de psiquiatría, donde se la diagnostica de anorexia, habiendo engordado 5 kg desde entonces.

Ocho meses más tarde es traída de nuevo a urgencias por sus familiares por sospecha de una nueva ingesta de un cepillo de dientes tras intentar provocarse el vómito. Los estudios radiológicos no objetivan la presencia de ningún cuerpo extraño. La insistencia de la paciente aconsejan la práctica de una endoscopia oral, localizándose en la cámara gástrica un cepillo de dientes que es extraído.

**Discusión:** En las adolescentes es frecuente que la aparición de un cuerpo extraño inusual tenga relación con un trastorno de

la conducta alimentaria donde la autoinducción al vómito puede provocar raras ingestas. El vómito se logra habitualmente mediante la colocación de un dedo o un cuerpo extraño en la hipofaringe, pudiendo ser tragado de forma accidental y requiriendo extracción endoscópica o incluso quirúrgica. Por lo tanto, ante la ingesta de un cepillo dental, es recomendable una consulta psiquiátrica por la probabilidad de que exista un trastorno subyacente.

Aunque descritos en la literatura médica, son muy raros los casos en los que el mismo episodio pueda repetirse, sobre todo cuando se ha realizado un diagnóstico correcto y la paciente ha empezado a ser debidamente controlada en una consulta especializada.

### ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA COMO CAUSA DE DISFAGIA EN EL ADOLESCENTE

D. Pascual-Vaca Gómez, M. García Martín, F. Argüelles Martín, F. Ramírez Gurruchaga, A. González-Meneses González-Meneses y J. González-Hachero

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

**Objetivo:** Resaltar la esofagitis eosinofílica como una causa más que hay que tener en cuenta en el diagnóstico de la disfagia en el adolescente. Presentamos 3 casos de esofagitis eosinofílica (EE) diagnosticadas en el año 2005 en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

**Material y métodos:** Consideramos datos epidemiológicos, clínica, pruebas complementarias y evolución con tratamiento.

1. Adolescente de 14 años con rinitis alérgica. Desde los 12 años, disfagia a sólidos y recientemente a líquidos con sensación de estancamiento del bolo alimenticio que mejora tras el vómito. Eosinofilia periférica 10%. RAST IgE positiva a trigo, cacahuets y neumoalérgenos. Endoscopia: mucosa con estricciones longitudinales y zona plana redonda con receso pseudodiverticular en extremo inferior. AP: edema de mucosa a expensas de eosinófilos (> 20 eosinófilos por campo de gran aumento) que confirma diagnóstico de EE.

2. Adolescente de 12 años con regurgitaciones de lactante. Con 10 años de episodios de parada del bolo alimenticio catalogados de descoordinación faringoesfinteriana e hipotonía esofágica (estudio manométrico). Presenta disfagia recidivante y episodio de atoramiento con la ingesta de bocadillo. Eosinofilia periférica (10%). Endoscopia: mucosa sangrante y cuarteada con bola de estaño retenida en el tercio medio esofágico. Ap: intenso edema por eosinófilos (> 20 eosinófilos por campo de gran aumento).

3. Niño de 14 años con antecedentes personales y familiares de asma extrínseca remitido por sospecha de EE. Disfagia a sólidos. Eosinofilia periférica (16%) RAST IgE sérica 840 U/ml, pruebas cutáneas positivas a neumoalérgenos y colorantes alimenticios. Mucosa abollonada con manchas blancas difusas y pliegues longitudinales en endoscopia. AP: edema inflamatorio por eosinófilos (> 20 eosinófilos por campo de gran aumento).

**Resultados:** Los casos fueron tratados con corticoides inhalados (2;3), propionato de fluticasona y montelukast (1,2) junto con medidas de eliminación dietética y ambiental.

**Conclusiones:** Al aumentar las enfermedades alérgicas y las manifestaciones atópicas parecen describirse más EE. Los casos tienen un pico de incidencia entre los 10 y los 15 años con predominio de varones. El síntoma principal es disfagia a sólidos e impactación alimenticia. En manometría puede existir dismotilidad. Diagnóstico por endoscopia digestiva alta con imágenes sugestivas y biopsia con recuento de eosinófilos con esófago medio y proximal. La EE debe por tanto tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la disfagia del adolescente.

### ESTUDIO BÁSICO DE SALUD PARA ADOLESCENTES

I. Junco Torres, M.T. Benítez Robredo, P. García Crespo, R. García Neveo, E. Magnani Pérez y A. Miguel García

Equipos de trabajo del Programa Infanto-Juvenil de los Centros Madrid Salud. Madrid. España.

**Introducción:** El Servicio de Prevención y Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid realiza un Estudio Básico de Salud (EBS) dirigido a toda la población de la ciudad de Madrid. El EBS pretende obtener una visión integral del individuo para conocer hábitos de salud, actividades preventivas realizadas previamente por el usuario, factores de riesgo y factores protectores, consta de una historia clínica común (HCC) y de unos protocolos específicos. En la adolescencia se realiza un protocolo específico para este grupo etario.

Los principales problemas de salud en la adolescencia son generalmente el resultado de comportamientos inadecuados que pueden conducir a accidentes, consumo de sustancias tóxicas, alteraciones de la alimentación, conductas sexuales con consecuencia de embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual (ITS).

**Justificación:** La mayoría de los problemas de salud que pueden padecer los adolescentes son evitables. La intervención preventiva específica en el ámbito tanto físico como psicológico y social, realizada por un equipo interdisciplinar se ha mostrado eficaz y rentable.

**Objetivos:** Mantener y mejorar la salud de los adolescentes desde una perspectiva integral.

**Población diana:** Población de 10 a 20 años de la ciudad de Madrid.

**Material y método:** Ante la demanda del usuario se le realiza la HCC y el protocolo específico del adolescente en el que se analizan las siguientes áreas: tipo de convivencia, relaciones familiares, amigos, ocio y tiempo libre, esfera emocional, imagen corporal y esfera sexual a través del protocolo que contiene diversos cuestionarios que pueden ser autoadministrados (ocio, amigos, Stai AR, Stai AE, Beck, escala de satisfacción corporal I-II, sexualidad, etc.). Tras la intervención se diseña un Plan de Actuación Personalizado y dependiendo de los factores de riesgo detectados se ofrecen los protocolos correspondien-