

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 faringoesofinteriana 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-