

- transcatheter closure of an ostium secundum atrial septal defect. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88:384-9.
2. Diab KA, Cao QL, Bacha EA, Hijazi ZM. Device closure of atrial septal defects with the Amplatzer septal occluder: safety and outcome in infants. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;134:960-6.
 3. Lin SM, Hwang HK, Chen MR. Amplatzer septal occluder-induced transient complete atrioventricular block. *J Formos Med Assoc.* 2007;106:1052-6.
 4. Rossi RI, Cardoso CD, Machado PR, Francois LG, Horowitz ES, Sarmento-Leite R. Transcatheter closure of atrial septal defect with Amplatzer device in children aged less than 10 years old: Immediate and late follow-up. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2007;Nov 5.
 5. Vojáček J, Mates M, Popelová J, Pavel P. Perforation of the atrium and the ascending aorta following percutaneous transcatheter atrial septal defect closure. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2005;4:157-9.

doi:10.1016/j.anpedi.2008.11.016

O. Domínguez García^{a,*}, M.A. Granados Ruiz^b,
M. Ortega Molina^c, F. Benito Bartolomé^c y G. Iñigo Martín^a

^a*Departamento de Pediatría, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España*

^b*Instituto Pediátrico del Corazón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

^c*Sección de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: olgadominguez77@gmail.com
(O. Domínguez García).

Crisis cardíacas psicógenas tras taquicardia paroxística supraventricular tratada exitosamente con ablación por radiofrecuencia

Psychogenic cardiac crisis after paroxysmal supraventricular tachycardia successfully treated with radiofrequency ablation

Sr. Editor:

Se presenta el caso de un niño de 12 años remitido desde cirugía cardiovascular para valoración psiquiátrica.

Entre sus antecedentes destaca un desarrollo psicomotor con retraso simple del lenguaje. Enuresis nocturna primaria a los 9 años. Terrores nocturnos. Retraso escolar. Infecciones urinarias recurrentes hasta los 2 años. Crisis asmáticas de repetición con tratamiento hospitalario ocasional, a veces desencadenadas por estrés. Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) desde los 2 meses causada por vía de conducción anómala que requirió tres cateterismos para ablación; el último, resolutorio, se realizó a los 10 años. Múltiples ingresos hospitalarios por esta enfermedad.

Como antecedentes familiares: padre, abuelo y tío alcohólicos. Prima materna enurética. Madre diagnosticada de síndrome de Briquet en tratamiento en la unidad del dolor. Mala relación conyugal de los progenitores.

El paciente acude de nuevo a nuestra consulta por persistencia de la sintomatología cardíaca, a pesar de haber desaparecido la afección orgánica. El electrocardiograma (ECG) y la exploración cardiológica resultaron normales. Se realiza un cuarto cateterismo para confirmar la normalidad. El niño presenta opresión precordial, taquicardia y cortejo vegetativo idénticos a los que aparecían en sus crisis anteriores. Reaparece la enuresis nocturna y comienzan unas molestias somáticas inespecíficas (cefaleas, artralgias, abdominalgias). Es valorado por digestólogos y no se encuentra patología orgánica.

El inicio de la clínica coincide con una recaída del padre en el consumo de alcohol, en que solicita al hijo que le

ayude a dejar de beber. Las relaciones de los padres, ya de por sí tensas, empeoran, con lo que aumentan las consultas de la madre a urgencias por múltiples algias. El niño tiene que dejar de jugar por las tardes y acudir al bar que regenta su padre para evitar que reanude el consumo alcohólico.

En la exploración psíquica impresiona de psiquismo *borderline*. Colaborador, con buen contacto. Cierta inhibición, excepto en lo referido a su situación familiar. Al abordar ese tema, se muestra tenso y angustiado. Se siente desbordado por la enfermedad del padre y su responsabilidad en su cuidado. Se muestra preocupado por sus síntomas físicos, los reconoce, pero no los relaciona con ninguna problemática. Carácter tímido, responsable y cariñoso con marcada ansiedad.

Las distintas pruebas psicológicas realizadas indican una capacidad cognitiva global límite.

Se establece como juicio clínico trastorno somatomorfo. Disfunción vegetativa somatomorfa.

Se inicia tratamiento psicoterápico de orientación integradora y con bases en la teoría familiar sistémica que propugna que cada individuo es una identidad que interactúa dentro de un sistema de relaciones donde hay una influencia recíproca¹. Posteriormente, se deriva a los padres a terapia individual.

En el niño se actúa sobre la ansiedad y la excesiva responsabilidad a la que estaba sometido con su padre. El síntoma actuaba como factor estabilizador de la dinámica familiar, ya que cada progenitor dejaba de lado su propia patología para cuidar al hijo enfermo.

Se realiza psicoterapia individual a la madre para conseguir mejor expresión de lo vehiculizado a través del cuerpo. Realizamos intervención con el padre a quien se recomienda iniciar tratamiento psiquiátrico, si bien se negó a acudir a revisiones, dejó de formular de forma tan inadecuada las demandas de ayuda a su hijo. La evolución del niño es favorable, mejora progresivamente la sintomatología de tipo ansioso-fóbico, desaparecen los síntomas de tipo cardíaco y cesan las consultas en urgencias. La enuresis se trata durante un breve periodo con desmopresina y se resuelve satisfactoriamente.

Persisten molestias somáticas puntuales en relación con situaciones de estrés que el niño sabe interpretar adecuadamente.

En nuestro paciente el síntoma podía ser de origen orgánico (vía anómala, descartado tras valoración cardiológica) o funcional. Los factores funcionales que precipitan o mantienen el síntoma son los rasgos ansiosos del niño, el CI límite que comporta disminución de las estrategias de afrontamiento al estrés y la tendencia al enfermar de tipo psicossomático (antecedentes de enuresis, asma, cefaleas y abdominalgias). Los factores familiares que ayudan a la perpetuación del síntoma son la enfermedad ansiosa de ambos progenitores (padre alcohólico y madre con síndrome de Briquet), la mala relación entre ambos y la demanda paterna de que el hijo ocupe el rol de cuidador. El síntoma constituiría, por un lado, una imitación del modelo parental de enfermar y, por otro, un factor estabilizador de la dinámica familiar, al conseguir que se le cuide y que ambos progenitores dejen de lado su propia patología.

Hablar de psicossomática en el niño, nos sitúa entre dos escollos. Por un lado, el de ampliar excesivamente el término psicossomático y englobar en él los trastornos más diversos desde el momento en que, en el seno de una enfermedad, surge un factor psicológico, causal o reactivo. El otro peligro estriba en efectuar generalizaciones prematuras partiendo de los estudios psicossomáticos del adulto,

y olvidar el carácter específico de las manifestaciones somáticas en el niño, especialmente su constante vinculación con los procesos de maduración y desarrollo².

Este trabajo ha sido presentado previamente en formato póster en la XXX reunión de la Sociedad Española de Pediatría del Sureste (Águilas), junio de 2008.

Bibliografía

1. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press; 1974.
2. Marcelli D, De Ajuriaguerra J. Trastornos psicossomáticos. Psicopatología del niño. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 1996. p. 375-88.

I. Morán Sánchez^{a,*}, A. de Concepción Salesa^b,
E. Imbernón Pardo^c, R. Romero Trujillo^c y F. Robles Sánchez^c

^aCSM Cartagena, Cartagena, Murcia, España

^bHospital Román Alberca, El Palmar, Murcia, España

^cCSM Infantil Molina de Segura, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Inmosa77@hotmail.com

(I. Morán Sánchez).

doi:10.1016/j.anpedi.2008.11.012

Caso de intoxicación por cannabis de un niño de 16 meses

A case of cannabis poisoning in a 16 month old infant

Sr. Editor:

En 1983 Weinberg et al publicaron los primeros casos de niños intoxicados por cannabis. Desde entonces, su consumo ha aumentado, y se objetiva un adelanto en la edad de inicio, con una media de 14,6 años¹. Se ha documentado un aumento del número de casos en relación con los efectos adversos de esta droga en adultos y, paralelamente, se describen más casos en la edad pediátrica.

Se presenta el caso de un varón de 16 meses de edad que consultó por inestabilidad de la marcha y la sedestación, con estupor progresivo de 2 h de evolución. No tenía antecedentes de fiebre ni traumatismo, aunque tras insistir en la entrevista, la familia reveló que había podido ingerir algún medicamento que habían dejado a su alcance, sin saber precisar cuál. En la exploración física destacaban: frecuencia cardíaca de 150 lat/min, presión arterial de 120/70 mmHg y marcada tendencia al sueño, aunque con respuesta conservada a estímulos verbales; presentaba mirada fija, pupilas midriáticas, reactivas a la luz y marcha atáxica. Se realizó control analítico con hemograma, bioquímica, gasometría venosa y muestra de líquido cefalorraquídeo, sin objetivar ningún hallazgo patológico.

Ante la sospecha de intoxicación, y en espera de obtener muestra de orina para estudio toxicológico, se realizó lavado gástrico en que se obtuvo un líquido de color marrón, y se inició fluidoterapia intravenosa. A las 6 h del ingreso se constataron concentraciones de cannabis en orina de 135 ng/ml. La evolución del paciente fue favorable con una lenta pero progresiva mejoría del nivel de conciencia y desaparición completa de la ataxia y la inestabilidad en las siguientes 18 h.

De la planta del cáñamo indio *Cannabis sativa* se extraen distintos derivados. La marihuana se obtiene de las flores, las semillas y los tallos. El hachís se extrae de su resina. El aceite de hachís se consigue mezclando la resina con disolventes como la acetona, el alcohol y la gasolina. El análisis químico revela sustancias con efectos sedantes y delta-9-tetrahidrocanabinol (THC) con efectos psicoactivos. El contenido de THC es mayor en el aceite (85%) y menor en el hachís (20%) y la marihuana (5%)^{2,3}. Puede detectarse en orina mediante una técnica de cribado cuyo umbral de detección es de 100 ng/dl y confirmarlo por cromatografía de gases o espectrometría de masas que detecta concentraciones de 15 ng/dl. La combinación de las dos tiene una especificidad del 90% y una sensibilidad del 99,9%^{4,7}. La ingestión de ibuprofeno puede dar falsos positivos⁷.

La intoxicación por cannabis en los niños se produce por ingestión oral. Por esta vía la marihuana se absorbe del 5-10%; sus efectos comienzan a ser aparentes en una hora, alcanza el máximo a las 2-3 h y con una duración de 5 h, aproximadamente. El THC se metaboliza casi en su totalidad en el hígado y los metabolitos se excretan por orina y heces