



Figura 2 Examen en fresco de la orina del paciente donde se visualizan huevos de esquistosoma y algunos hematíes aislados.

La elevada prevalencia de esquistosomiasis en algunos países del África subsahariana unido al fenómeno de la inmigración hace que en muchos países europeos se observen de forma cada más frecuente casos de esquistosomiasis urinaria. Una adecuada anamnesis en los casos de hematuria de larga duración, permite descubrir el antecedente de viajes a áreas endémicas y solicitar el examen en fresco de la orina. Existen referencias de esquistosomiasis urinaria en inmigrantes procedentes de áreas endémicas o tras estancias prolongadas en estos países y baño en aguas contaminadas^{5,6}, el caso que presentamos subraya la importancia de la anamnesis como elemento clave en el incremento del índice de sospecha de esta enfermedad en Atención Primaria.

doi:10.1016/j.anpedi.2010.06.003

Bibliografía

1. Tzanetou K, Adamis G, Andipa E, Zorzos C, Ntoumas K, Armenis K, et al. Urinary tract *Schistosoma haematobium* infection: a case report. *J Travel Med.* 2007;14:334–7.
2. Midzi N, Sangweme D, Zinyowera S, Mapingure MP, Brouwer KC, Kumar N, et al. Efficacy and side effects of praziquantel treatment against *Schistosoma haematobium* infection among primary school children in Zimbabwe. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2008;102:759–66.
3. Aristegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J. Guía de terapéutica antimicrobiana en Pediatría 2007–2008, 2.ª ed. Sabadell (Barcelona): Ediciones Escofet Zamora S.L.; 2007 p. 272.
4. Botros S, Pica-Mattocchia L, William S, El-Lakkani N, Cioli D. Effect of praziquantel on the immature stages of *Schistosoma haematobium*. *Int J Parasitol.* 2005;35:1453–7.
5. Maese Heredia R, Rubi Palomares I, Peña Muñoz M, Bueno Fernández A, Weil Lara B. Hematuria recurrente. *An Pediatr (Barc).* 2009;57:501–2.
6. Navarro Cabañas G, García Sánchez N, Rubio Rubio R, Izaguirre Zugazaga C, Clavel Parrilla A, Seral García C. Esquistosomiasis urogenital: un diagnóstico sencillo. *An Pediatr (Barc).* 2006;64:290–1.

J. Uberos^{a,*}, M. Gamarra^b, E. Prados^b y E. Narbona-López^b

^aCentro Salud de Cartuja, Distrito Sanitario Granada, Granada, España

^bServicio de Pediatría, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseuberos@telefonica.net (J. Uberos).

Fractura pancreática con ascitis masiva como manifestación clínica de maltrato

Pancreatic fracture with massive ascites secondary to child abuse

Sr. Editor:

Las lesiones pancreáticas secundarias a traumatismo abdominal son infrecuentes y difíciles de detectar en la edad pediátrica. El maltrato infantil se ha descrito como una de sus posibles etiologías¹; a pesar de esto, en algunas series se cita la presencia de hasta un 26,7% de pancreatitis idiopáticas en las que no se ha investigado la posibilidad de un maltrato². Se presenta el caso clínico de una paciente de 3 años con una fractura pancreática y ascitis secundaria a un maltrato infantil.

La paciente acudió al servicio de urgencias por dolor y distensión abdominal de 15 días de evolución con vómitos no biliosos, a los que se añadió fiebre y diarrea en las últimas 48 h. A la exploración física se demostró una distensión abdominal moderada con dolor a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal; no se observaron masas ni visceromega-

lias. El resto del examen físico fue anodino. La analítica sanguínea mostró una elevación de enzimas pancreáticas (amilasa de 2.220 UI/L, lipasa de 4.550 UI/L), con una hemoglobina de 11 g/L, un recuento de plaquetas de 676.000/ μl^3 y un recuento de leucocitos de 11.300/ μl^3 , sin hallarse otras alteraciones significativas. Con la orientación diagnóstica de pancreatitis ingresó en la unidad de cuidados intensivos, donde se instauró nutrición enteral por sonda transyeyunal con dieta baja en lípidos, somatostatina y tratamiento antibiótico. La tomografía computarizada abdominal mostró una fractura en la unión de la cabeza y el cuerpo pancreáticos con ascitis moderada (fig. 1), hallazgo que se confirmó posteriormente mediante colangiopancreatografía con resonancia magnética nuclear. La paracentesis mostró exudado con 2.400 leucocitos/ μl^3 (el 80% de polimorfonucleares) y amilasa de 64.130 UI/L. La tinción de Gram y el cultivo fueron negativos. En el examen ecográfico al decimoséptimo día de ingreso mostró un pseudoquiste pancreático de 9 × 9 × 9 cm. La evolución clínica de la paciente fue favorable: se inició un descenso lento de las enzimas pancreáticas al octavo día de ingreso, que se normalizó totalmente a los 2 meses del episodio. El día 31 de ingreso se inició alimentación enteral que fue bien tolerada y se pudo retirar la sonda transyeyunal. Se dio de alta a la paciente tras 7 semanas de ingreso, y se siguieron controles en consultas



Figura 1 Tomografía computarizada abdominal. Imagen de fractura pancreática a la altura de la unión entre la cabeza y el cuerpo del páncreas.



Figura 2 Serie esquelética que muestra una fractura del noveno arco costal izquierdo y de la epífisis distal del radio derecho.

externas. El seguimiento ecográfico mostró una resolución progresiva de la ascitis y del pseudoquiste, que fue normal pasados 2 meses.

Ante las características de las lesiones y la ausencia de un antecedente traumático previo se inició el protocolo de estudio de malos tratos que incluye serie esquelética, gammagrafía ósea, resonancia magnética nuclear craneal y fondo de ojo. La serie esquelética mostró una fractura de la epífisis distal del radio derecho y de la octava y novena costillas izquierdas (fig. 2), hallazgos que se confirmaron con la gammagrafía que, además, mostró fracturas antiguas de cúbito y radio izquierdos. El resto de los exámenes fueron normales y finalmente el padre de la paciente reconoció el maltrato.

Las fracturas pancreáticas en el niño se producen con mayor facilidad que en el adulto, debido a que el cuerpo del páncreas está relativamente fijo a la columna vertebral; a pesar de esto, requieren alta energía para producirse, y se observan, sobre todo, en accidentes de tráfico, caídas con impacto abdominal

directo (lesión provocada por el manillar de la bicicleta) y mecanismos de tracción (como las producidas por el cinturón de seguridad de los coches)². En lactantes y niños pequeños estos mecanismos son menos frecuentes, y el maltrato es la principal causa de lesiones traumáticas del páncreas en esta franja de edad. Estudios publicados hasta la fecha estiman que un tercio de las pancreatitis en edad pediátrica se deben a lesiones traumáticas secundarias a maltrato³⁻⁶. La mayoría de los casos de lesiones pancreáticas presentan una buena evolución con tratamiento médico, que incluye alimentación parenteral o enteral mediante sonda transyeyunal, sueroterapia y tratamiento antibiótico⁷⁻⁹, pero en muchas ocasiones, y como ocurre en el caso descrito, esto condiciona un ingreso hospitalario prolongado.

Para finalizar, cabe comentar que ante la presencia de una lesión pancreática en un paciente menor de 2 años, sobre todo si se diagnostica en estados avanzados y que no concuerda con la historia clínica, debe hacer sospechar la existencia de un maltrato, que debe investigarse para asegurar la protección del menor¹⁰. Los pacientes con lesiones traumáticas del páncreas precisan una valoración multidisciplinaria y presentan, en la mayoría de los casos, una buena evolución con tratamiento médico.

Bibliografía

1. Waseem M, Perales O. Pediatric injury: Accidental or non-accidental. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24:679-81.
2. Chen CF, Kong MS, Lai MW, Wang CJ. Acute pancreatitis in children: 10 year experience in a medical center. *Acta Paediatr Taiwan*. 2006;47:192-6.
3. Tolia V, Patel AS, Amundson GM. Pancreatic fracture secondary to child abuse: The role of computed tomography in its diagnosis. *Clin Pediatr*. 1990;29:667-8.
4. Maluenda C, Valverde F, Bodas A, Aelo E, Borraz JJ, Gil C. Pancreatitis: revisión de nuestra casuística en los últimos 10 años. *An Pediatr*. 2003;58:438-42.
5. Cameron CM, Lazoritz S, Calhoun AD. Blunt abdominal injury: Simultaneously occurring liver and pancreatic injury in child abuse. *Pediatr Emerg Care*. 1997;13:334-6.
6. Hobbs CJ. Abdominal injury due to child abuse. *Lancet*. 2005;366:18-9.
7. Canty TG, Winman D. Management of major pancreatic duct injuries in children. *J Trauma*. 2001;50:1001-7.
8. Keller M, Stafford P, Vane D. Conservative management of pancreatic trauma in children. *J Trauma*. 1997;42:1097-100.
9. Shilyansky J, Sena L, Kreller M. Nonoperative management of pancreatic injuries in children. *J Pediatr Surg*. 1998;33:343-9.
10. Cooper A, Floyd T, Barlow B, Niemirska M, Ludwig S, Seidl T. Major blunt abdominal trauma due to child abuse. *J Trauma*. 1988;28:1483-7.

M. Vera Estrada^{a,*}, D. Muñoz-Santarach^a, S. Pinillos Pisón^b, L. Krauel Giménez Salinas^c, J. Blanch Giménez^d y J. Pou Fernández^a

^aServicio de Pediatría, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^bServicio de Gastroenterología, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^cServicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^dServicio de Radiología, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvera@hsjdbcn.org (M. Vera Estrada).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.02.018

Arrancamiento de la espina iliaca antero-inferior: una lesión aguda durante la práctica deportiva

Anterior inferior iliac spinal tear: An acute injury during sport activity

Sr. Editor:

Las fracturas por avulsión o arrancamiento de las espinas iliacas se consideran lesiones estables del anillo pélvico, curan con reposo relativo y analgésicos, y tienen un tiempo de recuperación que oscila entre 3 semanas y 4 meses¹. Son lesiones con buen pronóstico, y solo se indica un tratamiento quirúrgico cuando el fragmento óseo se ha desplazado más de 2 cm de su posición original, o cuando se observa dolor y limitación del movimiento de la cadera por exóstosis. Estas fracturas ocurren por un desequilibrio entre la fuerza de tracción del músculo o tendón, y la resistencia del cartílago apofisario donde se insertan, siendo verdaderos autotraumatismos. Son observadas generalmente en adolescentes, edad en la que comienza el proceso de osificación de los centros apofisarios de la pelvis, y en forma concurrente, es más común que ellos se involucren en actividades deportivas de mayor energía e impacto². Los síntomas, la edad de presentación y el análisis biomecánico del accidente pueden sugerir una fractura por avulsión de alguna de las espinas

iliacas, pero la confirmación diagnóstica es a través de una exploración radiológica.

El caso que exponemos, tiene la presentación típica del arrancamiento de la espina iliaca antero-inferior (EIA-I), pero la lesión no fue evidente en la proyección antero-posterior de la cadera. Se trata de un joven de 13 años, sin antecedentes patológicos de interés, que se presenta a la consulta de pediatría con cojera de 2 h de evolución. Refiere un dolor a nivel de la región inguinal derecha de aparición súbita, justo cuando fue a golpear un balón de fútbol durante el recreo escolar; el dolor no se irradia, es de intensidad leve y está bien localizado. El estado general del paciente es bueno, no tiene fiebre ni padeció enfermedades infecciosas en días previos. La cadera derecha no presenta actitud en flexión ni rotación externa. Los movimientos activos están limitados por dolor, pero la flexión y rotación pasiva no tenían limitación del arco del movimiento. No se palpaba ninguna masa ni era evidente ningún hematoma superficial a nivel de la región inguinal derecha. El resto de la exploración física era normal. Se le solicitó una radiografía de cadera antero-posterior (fig. 1) en la cual no se observó ninguna lesión, y una axial derecha (fig. 2) que permitió llegar al diagnóstico de una fractura por avulsión de la EIA-I. Notar que la lesión en esa proyección fue evidente porque la técnica fue más oblicua que axial, tal como lo demuestra la asimetría de los agujeros obturadores. Se realizó una interconsulta a traumatología infantil, indicando reposo relativo, uso de muletas durante los primeros 15 días para reducir la carga del peso durante la



Figura 1 Radiografía antero-posterior de cadera. No se observa patología a nivel de la articulación coxofemoral.