

# Albacete

17 de Mayo 2014

## VIII Jornada Científica de la APapCLM



LIBRO DE RESÚMENES DE COMUNICACIONES  
PRESENTADAS EN FORMATO PÓSTER

Organiza:



Colabora:





# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## ÍNDICE

	Pag.
✓ <i>Hernia de Morgagni-Larrey en un lactante con Síndrome de Down</i> Forbes Morles, L.; Mansilla Ortuño, J.; Castillo Precioso, C.; Morcillo López, M.	1.-
✓ <i>¿Sirve el módulo “explotación de datos” de Turriano para conocer con fiabilidad la cobertura vacunal de un cupo?</i> Blanco González, J. E.; Larena Bailón, M.N.; Gómez Sánchez, C.	3.-
✓ <i>Motivos de ingreso de los recién nacidos tras el alta de maternidad</i> Rodríguez Chacón, J.; Carrascosa Romero, M.C.; Valero Gómez, G.; Alfaro Ponce, B.; Gil Pons, E.; Martínez Gutiérrez, A.	5.-
✓ <i>El color de las emociones.</i> Méndez Gallego, S.; Rodríguez-Moldes Vázquez, B.; Bartolomé Antolín, O.; Ruiz Barranco, I.; Blanco González, J.E.	6.-
✓ <i>Tricobezoar gástrico</i> Castillo Precioso, C.; Forbes Morles, L.; Mansilla Ortuño, J.; Santos Rodríguez, C.	8.-
✓ <i>No toda condensación pulmonar es una neumonía</i> Sáez Sánchez, A.; Sanz Zafrilla, E.; Cerdán Oncala, S.; Malagón Ruiz, S.; García Morcillo, B.; González Castillo, M.L.	9.-
✓ <i>Edema escrotal idiopático: ¡No me olvides!</i> Sáez Sánchez, A.; Cerdán Oncala, S.; Sanz Zafrilla, E.; Malagón Ruiz, S.; García Morcillo, B.; Doyle Sánchez, M.	10.-
✓ <i>Desviación paroxística de la mirada, a propósito de tres casos</i> Hernández Bertó, T.; Buedo Rubio, M.I.; Cepillo Boluda, A.J.; López Ballesteros, E.; Onsurbe Ramírez, I.	11.-
✓ <i>Visión borrosa persistente y cefalea como motivo de consulta</i> Buedo Rubio, M.I.; Onsurbe Ramírez, I.; Hernández Bertó, T.; Cerdán Oncala, S.; López Ballesteros, E.; Cepillo Boluda, A.J.	12.-
✓ <i>Rectorragia neonatal: ¿siempre es debida a proctocolitis alérgica?</i> López Ballesteros, E.; Hernández Bertó, T.; Balmaseda Serrano, E.M.; Hoyos Vázquez, M.S.; Alfaro Ponce, B.; Malagón Ruiz, S.	13.-



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



- ✓ *Asociación de fiebre y lesión cutánea: ¿Qué esconde?* 14.-  
Gourdet, M.E.; Maroto Ruiz, M.J.; Sánchez Ruiz, P.; Pareja Grande, J.
- ✓ *Mamá, me duele la barriga, llévame al médico* 15.-  
Hernández Bertó, T.; Cepillo Boluda, A.J.; Buedo Rubio, M.I.; Malangón Ruiz, S.;  
Hoyos Vázquez, M.S.; Balmaseda Serrano, E.
- ✓ *Quiste de nuck, más allá de la hernia inguinal* 16.-  
Malagón Ruiz, S.; Sanz Zafrilla, E.; García Morcillo, B.; Sáez Sánchez, A.;  
Cerdán Oncala, S.; González Castillo, M.L.
- ✓ *Adenopatias de localización inusual: enfermedad por arañazo de gato* 17.-  
Malagón Ruiz, S.; García Morcillo, B.; Sanz Zafrilla, E.; Cerdán Oncala, S.;  
Sáez Sánchez, A.; López Ballesteros, E.
- ✓ *Características clínicas y psicosociales de niños con trastorno por déficit  
de atención e hiperactividad en una consulta de Atención Primaria* 18.-  
Malagón Ruiz, S.; Plaza Almeida, J.; Saez Sánchez, A.; García Morcillo, B.; Sanz Zafrilla,  
E.; Cerdán Oncala, S.
- ✓ *Estado nutricional de niños con trastorno por déficit de atención e  
hiperactividad en una consulta de Atención Primaria* 19.-  
Malagón Ruiz, S.; Plaza Almeida, J.; Ruiz Cano, R.; Cerdán Oncala, S.;  
Sanz Zafrilla, E.; García Morcillo, B.
- ✓ *Abdomen agudo no quirúrgico* 20.-  
Sánchez Ruiz, P.; Gourdet, M.E.; Maroto Ruiz, M.J.; Pareja Grande, J.;  
Fresneda Machado, C.
- ✓ *Atención al niño inmigrante, a propósito de un caso* 21.-  
Valero Gómez, G.; López Ballesteros, E.; Rodríguez Chacón, J.; Lillo Lillo, M.;  
Cerdán Oncala, S.; Buedo Rubio, M.I.
- ✓ *Implantación del protocolo de cribado de cardiopatías congénitas críticas  
mediante pulsioximetría en nidos* 22.-  
Rodríguez Chacón, J.L.; Vázquez García, M.P.; Valero Gómez, G.;  
Carrascosa Romero, M.C.; Vega Aponte, C.M.; Martínez Gutiérrez, A.
- ✓ *Vacunación antigripal en los niños de una consulta* 24.-  
García Morcillo, B.; Plaza Almeida, J.; Martínez Solaz, M.B.; Sanz Zafrilla, E.;  
Malagón Ruiz, S.; Cerdán Oncala, S.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



- ✓ *¿Qué piensan los adolescentes sobre la lactancia materna?* 25.-  
Sánchez-Escalonilla González, R.; Losa Frías, V.; Molina Medrano, C.;  
Gallegos Baya, N.R.; López Herrero, R.
  
- ✓ *¿Cuáles son para los pediatras de Castilla-La Mancha en vacunación infantil las recomendaciones más conocidas y empleadas?* 26.-  
Blanco González, J. E.
  
- ✓ *Síntomas catarrales y alteración de la marcha* 28.-  
Sanz Zafrilla, E.; Sáez Sánchez, A.; Malagón Ruiz, S.; García Morcillo, B.;  
Ruiz Cano, R.; Castillo Serrano, A.
  
- ✓ *Espondilodiscitis causa de rechazo de la marcha* 29.-  
Sanz Zafrilla, E.; García Morcillo, B.; Malagón Ruiz, S.; Sáez Sánchez, A.;  
Cerdán Oncala, S.; Lillo Lillo, M.
  
- ✓ *No todo son lesiones traumáticas en el niño* 30.-  
Santos Herráiz, P.; Villaizán Pérez, C.J.; Esteban Gutiérrez, M.; Aquino Oliva, E.;  
Nieto Serrano, A.M.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **HERNIA DE MORGAGNI-LARREY EN UN LACTANTE CON SÍNDROME DE DOWN**

Forbes Morles, L.<sup>(a,1)</sup>; Mansilla Ortuño, J.<sup>(a,2)</sup>; Castillo Precioso, C.<sup>(a,1)</sup>;  
Morcillo López, M.<sup>(a,3)</sup>

<sup>(a)</sup> Centro de Salud Hellín II (Albacete).

<sup>(1)</sup> Pediatra de Atención Primaria; <sup>(2)</sup> Médico de Familia; <sup>(3)</sup> Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

### **INTRODUCCIÓN**

Las Hernias Diafrágicas de Morgagni (HDM) y se ha descrito su relación con trastornos como el Síndrome de Down (SD). La sintomatología suele ser inespecífica, dando lugar a demoras en el diagnóstico. Su localización retroesternal favorece la valoración errónea de las imágenes radiológicas.

### **OBJETIVOS**

Presentar el caso de un lactante con SD y HDM. Revisar las recomendaciones establecidas para el correcto diagnóstico y tratamiento de a HDM.

### **CASO CLÍNICO**

Anamnesis: producto de madre de 34 años, sin consanguinidad parental. Embarazo normoevolutivo, parto eutócico. Diagnóstico neonatal de SD, hipotiroidismo congénito e hiperbilirrubinemia no inmune. Posteriormente acude regularmente a controles pediátricos sin presentar otras patologías de gravedad.

Motivo de consulta: lactante varón de 5 meses que presenta congestión nasal, tos productiva, fiebre y disnea de 24 horas de evolución.

Exploración física: temperatura 37.3º, respiración accesoria abdominal. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular rudo, ruidos de vías aéreas altas transmitidos, roncus y subcrepitantes.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: radiología de tórax muestra signos de atrapamiento de aire más hallazgo de imagen radiopaca, de bordes definidos, densidad homogénea que ocupa seno cardiofrénico derecho. Se deriva a hospital de referencia para estudio de masa en hemitórax derecho con diagnóstico asociado de bronquiolitis. Valoración hospitalaria concluye diagnóstico de neumonía basal con atelectasia de lóbulo medio derecho. Recibe tratamiento antibiótico y broncodilatador. Evolución favorable.

En los meses posteriores radiología evidencia persistencia sin cambios de la imagen en hemitórax derecho. TAC tóraco-abdominal confirma presencia de hernia diafrágica anterior que contiene parte del lóbulo hepático izquierdo.

A los dos años de edad se realiza corrección laparoscópica del defecto herniario. Evolución



# VIII Jornada Científica de la APaCCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



posterior y hasta la fecha favorable.

## COMENTARIOS

La HDM se suele presentar con escasa y vaga sintomatología, la radiología sugiere el diagnóstico y la TAC lo confirma. Se recomienda la corrección quirúrgica de todos los casos para evitar morbilidad secundaria.

## ¿SIRVE EL MÓDULO “EXPLOTACIÓN DE DATOS” DE TURRIANO PARA CONOCER CON FIABILIDAD LA COBERTURA VACUNAL DE UN CUPO?

Blanco González, J.E.<sup>(a,1)</sup>; Larena Bailón, M.N.<sup>(a,2)</sup>; Gómez Sánchez, C.<sup>(a,2)</sup>

<sup>(a)</sup> Centro de Salud El Casar de Talamanca (Guadalajara).

<sup>(1)</sup> Pediatra de Atención Primaria; <sup>(2)</sup> Enfermera

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obtención de datos fiables sobre el trabajo asistencial realizado es básico para la programación y evaluación de la actividad profesional que realizamos.

El módulo de “Explotación de Datos” del Sistema de Información de Atención Primaria de Castilla-La Mancha permitiría a cada profesional evaluar las actividades referidas a su cupo. Se accede al mismo con las credenciales habituales del sistema.

El objetivo de este trabajo ha sido verificar si los datos proporcionados en nuestro cupo por dicho módulo se corresponden con los datos que realmente se ha realizado.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Obtención a través del módulo de “Explotación de datos” de:

- Cupo nominal de población adscrita al SESCOAM, activa, no desplazada, que se ha tomado como la población nominal.
- Cobertura vacunal informada correspondiente al año 2013.
- Estadísticas asistenciales de las dosis vacunales registradas nominales por cupo entre las fechas 1/1/2013 y 31/12/2013 de las siguientes vacunas:

### RESULTADOS:

VACUNA	Dosis	Cupo diana informado	Dosis informadas	Cobertura informada	Cupo diana nominal	Dosis nominal	Cobertura real	Diferencia de coberturas	Fórmula empleada cálculo cupo diana nominal
DTPa-Hib-VPI	1	79	73	92,41%	95	81	85,26%	7,14%	Niños 0-12 meses
	2	77	68	88,31%	95	76	80,00%	8,31%	Niños 0-12 meses
	3	82	74	90,24%	95	81	85,26%	4,98%	Niños 0-12 meses
	4	67	52	77,61%	67	51	76,12%	1,49%	Niños 12-24 meses
DTPa/dTpa	1	98	62	63,27%	115	62	53,91%	9,35%	(Niños de 4-6 años)/3
Hepatitis B	1	72	68	94,44%	95	74	77,89%	16,55%	Niños 0-12 meses
	2	76	72	94,74%	95	82	86,32%	8,42%	Niños 0-12 meses
	3	82	76	92,68%	95	79	83,16%	9,53%	Niños 0-12 meses
Meningitis C	1	79	75	94,94%	95	81	85,26%	9,67%	Niños 0-12 meses
	2	77	70	90,91%	95	76	80,00%	10,91%	Niños 0-12 meses
	3	67	85	126,87%	95	4	4,21%	122,66%	Niños 0-12 meses
	4	72	52	72,22%	67	80	119,40%	-47,18%	Niños 12-24 meses
Td recuerdo	1	19	6	31,58%	32	7	21,88%	9,70%	Niños 13 años
Triple Virica	1	66	67	101,52%	67	69	102,99%	-1,47%	Niños 12-24 meses
	2	98	181	184,69%	115	183	159,13%	25,56%	(Niños de 4-6 años)/3
Varicela	1	81	51	62,96%	60	5	8,33%	54,63%	Niños de 11 años
	2	78	80	102,56%	60	12	20,00%	82,56%	Niños de 11 años

En el cálculo del índice de cobertura se han empleado las fórmulas establecidas por el Consejo Interterritorial de Salud, adaptándola a una cohorte anual en el caso de los de población diana



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



superior a un año de margen.

## CONCLUSIONES

Existe discrepancia en la cobertura facilitada por el sistema de información y la obtenida por registro nominal. En nuestro cupo parece existir una tendencia a la sobreestimación de la cobertura alcanzada a expensas de la infraestimación de la población diana que el sistema calcula. Al desconocer dicho mecanismo de cálculo no podemos concluir la fiabilidad de la cobertura, pero sí podemos afirmar que las dosis registradas se corresponden en su mayoría con las dosis calculadas por el sistema.





# VIII Jornada Científica de la APaPCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **MOTIVOS DE INGRESO DE LOS RECIEN NACIDOS TRAS EL ALTA DE MATERNIDAD**

Rodríguez Chacón, J.<sup>(a,1)</sup>; Carrascosa Romero, M.C.<sup>(a,2)</sup>; Valero Gómez, G.<sup>(a,1)</sup>;  
Alfaro Ponce, B.<sup>(a,3)</sup>; Gil Pons, E.<sup>(a,3)</sup>; Martínez Gutiérrez, A.<sup>(a,4)</sup>

<sup>(a)</sup> Complejo Universitario de Albacete.

<sup>(1)</sup> Médico Residente Pediatría; <sup>(2)</sup> FEA Neurología Pediátrica; <sup>(3)</sup> FEA Neonatología; <sup>(4)</sup> Jefe Servicio de Pediatría.

### **OBJETIVOS**

**Objetivo principal:** Conocer los motivos de ingreso de aquellos recién nacidos (RN) menores de 30 días, tras el alta de maternidad.

**Objetivo secundario:** Descubrir el perfil clínico de estos pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo, observacional sobre la historia clínica, de una serie de RN ingresados en el Servicio de Neonatología del CHUA en 2013.

**Ambiente del estudio:** 2900 RN de Albacete Capital (CHUA 2321, Clínica Santa Cristina: 533, Recoletas: 46).

**Diseño del estudio:** Variables: a. Datos del paciente: Fecha de ingreso, edad, edad gestacional, Peso RN y al ingreso. b. Diagnóstico: motivo de consulta y diagnóstico al alta. c. Alimentación al ingreso y al alta.

### **RESULTADOS**

(Ver tabla). Total RN ingresados en Neonatología: 508, procedentes del ámbito extra-hospitalario 160 (N). Por sexo: mujeres: 67; varones: 93. Por EG: Prematuros 27, términos 133. Edad media de ingreso 12,4 ddd. Moda 5ddv. Motivos de ingreso: Ictericia 36,9 %. Fiebre/febrícula 19,4%. Síntomas respiratorios 18,9 %. Vómitos 8,8 %. Otros 16%. Diagnósticos al alta: Ictericia Idiopática 19,37%. Ictericia por alimentación insuficiente 14,37%. Fiebre/febrícula con estudios microbiológicos negativos 12,5%. Atragantamiento 10,62%.

### **CONCLUSIONES**

Los RN ingresados desde el ámbito extra-hospitalario suponen el 5,51% de total de RN vivos y el 31,49% del total de ingresos. La edad de ingreso para el principal motivo de ingreso - Ictericia-, es al 5º día, coincidiendo con la extracción de pruebas para el cribado metabólico en Atención Primaria. El principal motivo de ingreso para los prematuros fueron los relacionados con síntomas respiratorios. Los ingresos en relación a malas técnicas de alimentación (n=48; ictericia por alimentación insuficiente, atragantamiento y vómitos inespecíficos) suponen en conjunto el 30% de estos ingresos neonatales. Por lo que consideramos imprescindible la implantación de nuevas políticas de educación y supervisión materna postparto sobre las técnicas de alimentación del recién nacido a fin de disminuir los "ingresos evitables".



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **EL COLOR DE LAS EMOCIONES**

Méndez Gallego, S.<sup>(a,1)</sup>; Rodríguez-Moldes Vázquez, B.<sup>(a,1)</sup>; Bartolomé Antolín, O.<sup>(a,2)</sup>; Ruíz Barranco, I.<sup>(a,2)</sup>, Blanco González, J.E.<sup>(b,1)</sup>,

<sup>(a)</sup> Centro de Salud Alamín, <sup>(b)</sup> Centro de Salud El Casar (Guadalajara).

<sup>(1)</sup> Pediatra de Atención Primaria; <sup>(2)</sup> Enfermera de pediatría

### **INTRODUCCIÓN**

La expresión de las emociones en los niños puede ser muy diversa y con frecuencia no verbal.

### **OBJETIVOS**

Estudiar el color con que identifican los niños las emociones primarias y sus sentimientos asociados.

### **MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal de una cohorte de niños de 6 a 14 años de edad, por muestreo consecutivo en las consultas de pediatría de dos centros de salud de Guadalajara.

Variables independientes: emociones primarias (alegría, miedo, rabia y tristeza), los siete colores del arco iris y sentimientos (20 para alegría, 15 para miedo, 12 para rabia, 10 para tristeza).

Identifican dos emociones por orden de prioridad y un color y dos sentimientos asociados a cada emoción elegida.

Análisis estadístico descriptivo.

### **RESULTADOS**

N=125, 66 niños y 59 niñas. Edad media 10 años.

La alegría es la primera emoción elegida en el 87,2% y como segunda el miedo (35,2 %).

Por género no hay diferencia en las emociones alegría y miedo. La ratio niño/niña es 1,8 en rabia y 1,7 niña/niño en tristeza.

Los colores con los que identifican las emociones: amarillo para alegría (27,2%), rojo para rabia (51,2%), añil para miedo (32%), y la tristeza el 44.7% lo identifican con añil o violeta.\*Gráfico.

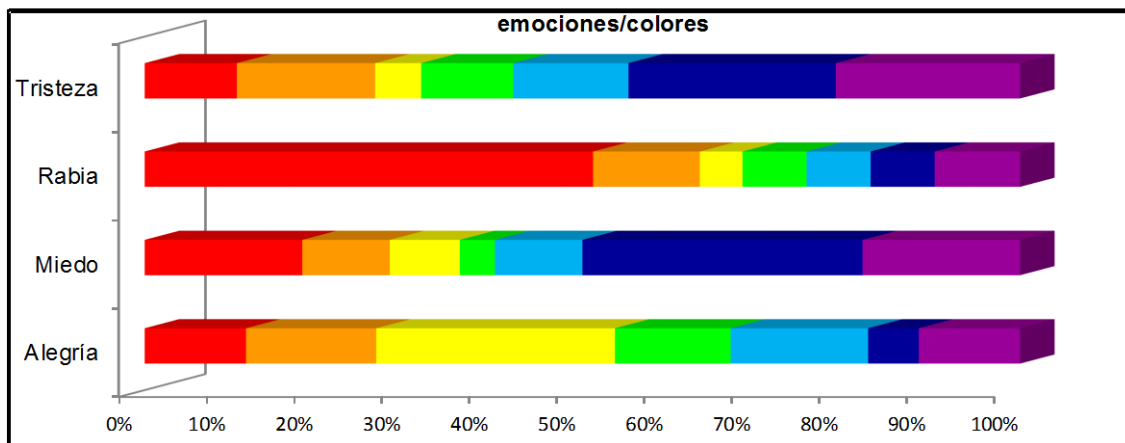
Las palabras que definen sus sentimientos son por orden de frecuencia: feliz (33%), contento, animado para alegría; asustado (29,5%), nervioso e intranquilo para miedo; enfadado (27,7%), furioso, mal humor para rabia y triste (29%), aburrido, desanimado para tristeza.

## CONCLUSIONES

En nuestro estudio predomina la alegría en color amarillo como primera emoción primaria en ambos sexos, siendo la rabia en color rojo más frecuente en los niños como segunda emoción y en las niñas la tristeza en añil o violeta. Para definir sus emociones las palabras más elegidas son: feliz, asustado, enfadado y triste.

Poder identificar una emoción como impulso básico que nos lleva a actuar es la base de la inteligencia emocional.

## GRÁFICO





# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **TRICOBESOAR GÁSTRICO**

Castillo Precioso, C.<sup>(a,1)</sup>; Forbes Morles, L.<sup>(a,1)</sup>; Mansilla Ortuño, J.<sup>(a,2)</sup>;  
Santos Rodríguez, C.<sup>(a,2)</sup>

<sup>(a)</sup> Centro de Salud Hellín II (Albacete).

<sup>(1)</sup> Pediatra; <sup>(2)</sup> Médico de Familia.

### **INTRODUCCIÓN**

Los bezoares son acúmulos intraluminales de material indigerible. Se clasifican según su composición predominante. Los tricobezoares están formados por cabello ingerido y se presentan generalmente en personas con alguna alteración psicológica.

### **CASO CLÍNICO**

Niña de 9 años que consulta por dolor abdominal de una semana de evolución, sin náuseas, vómitos ni alteración en las deposiciones. No astenia, anorexia ni pérdida de peso. Refiere sensación de plenitud gástrica precoz.

Antecedentes: intervenida de luxación congénita de cadera y exostosis ósea subungueal en pie. Diagnosticada de tricofilomanía hace 2 años. Enuresis primaria nocturna resuelta. Abdominalgia recurrente etiquetada de episodios de estreñimiento.

Exploración clínica: abdomen blando y depresible. Se palpa masa en hipocondrio izquierdo/mesogastrio, dura, redondeada, de límites bien definidos, de 4-5 cm de diámetro, no megalias ni signos de irritación peritoneal. Escíbalos en fosa iliaca izquierda. Resto de exploración normal. Los estudios radiológicos (Rx simple de abdomen, ecografía abdominal y TAC toracoabdominal) muestran una ocupación gástrica de contenido heterogéneo. La endoscopia digestiva alta evidencia un tricobezoar que ocupa toda la cavidad gástrica. Se realiza gastrotomía amplia con extracción manual de un gran tricobezoar con forma de molde gástrico. Durante el ingreso es valorada por psicología clínica. Evolución postoperatoria satisfactoria, siguiendo revisiones por Salud Mental Infanto-juvenil.

### **COMENTARIOS**

Los tricobezoares aparecen en mujeres (90%) menores de 30 años (80%) siendo su localización más habitual el estómago. El diagnóstico no es fácil, pues el paciente niega y oculta las informaciones sobre tricofagia o tricofilomanía. La clínica es inespecífica, pudiendo simular cualquier otra patología abdominal. La palpación de una masa epigástrica es el hallazgo más frecuente (88%) y característico. Lo más importante es el control psicológico posterior para prevenir recurrencias (20%).



# VIII Jornada Científica de la APaPCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **NO TODA CONDENSACIÓN PULMONAR ES UNA NEUMONÍA**

Sáez Sánchez, A.<sup>(a,1)</sup>; Sanz Zafrilla, E.<sup>(a,1)</sup>; Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>; Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>;  
García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>; González Castillo, M.L.<sup>(b,2)</sup>.

<sup>(a)</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>(b)</sup> Centro de Salud Zona V Albacete.  
<sup>(1)</sup> MIR Pediatría; <sup>(2)</sup> FEA Pediatría.

### **INTRODUCCIÓN**

La herniación del contenido abdominal en la cavidad torácica puede deberse a un defecto diafragmático, ya sea congénito o traumático. En el caso de las congénitas presentan una incidencia de uno por cada 3.600 recién nacidos vivos. Según su localización se clasifican en hernia hiatal (a través del hiato esofágico), paraesofágica, de Morgagni (en el espacio retroesternal) y de Bochdalek (defecto posterolateral).

La Hernia de Morgagni, descrita por Giovanni Battista Morgagni en 1769, es una hernia anterior que se produce por fallo en la fusión del diafragma al esternón y representa entre el 1 y el 6% de todas las hernias diafragmáticas. Puede ser bilateral, aunque es más frecuente en el lado derecho.

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 2 años y medio, con antecedente de Síndrome de Down, que acude a nuestra consulta por presentar fiebre de hasta 39°C de dos días de evolución, asociando tos y rinorrea. No infecciones respiratorias de repetición. A la exploración física presentaba: taquipnea, tiraje subcostal e intercostal. AP: hipoventilación generalizada con subcrepitanes dispersos. Resto normal. Se solicita radiografía tórax, en la que se objetiva: ocupación de mediastino por asas intestinales, existiendo como principal sospecha una Hernia de Morgagni. Se deriva al Hospital para valoración y tratamiento, donde se decide corrección laparoscópica. Tras la intervención, evoluciona favorablemente. Se realiza radiografía de tórax de control, siendo normal, sugestiva de integridad diafragmática.

### **CONCLUSIONES**

Los defectos diafragmáticos congénitos aparecen con mayor frecuencia en niños con anomalías cromosómicas. Se estima que un 20% de las Hernias de Morgagni aparecen en pacientes con Síndrome de Down.

El defecto suele ser asintomático y se suele diagnosticar al realizar una radiografía de tórax por otro motivo, como ocurrió en nuestro caso, variando la edad de diagnóstico desde el período neonatal hasta la adolescencia.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **EDEMA ESCROTAL IDIOPÁTICO: ¡NO ME OLVIDES!**

Sáez Sánchez, A.<sup>(a,1)</sup>; Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>; Sanz Zafrilla, E.<sup>(a,1)</sup>; Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>;  
García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>; Doyle Sánchez, M.<sup>(b,2)</sup>

<sup>(a)</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>(b)</sup> Centro de Salud Zona III (Albacete).  
<sup>(1)</sup> MIR Pediatría; <sup>(2)</sup> FEA Pediatría.

### **INTRODUCCIÓN**

El edema escrotal idiopático es la causa más común de escroto agudo en menores de 10 años, siendo una patología autolimitada que afecta fundamentalmente a prepúberes sin traumatismo previo. Clínicamente cursa con edema y eritema de aparición súbita en región escrotal, con posible extensión a áreas adyacentes. Se describen recidivas frecuentes

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 10 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta por presentar edema inguino-escrotal de 24 horas de evolución, no doloroso, aunque dificultaba la marcha. No antecedente traumático, ni picadura de insecto. Se encontraba afebril, sin síndrome miccional asociado. No episodios previos similares.

A la exploración física se objetivó: edema, hipertermia y eritema en escroto, con testes, y epidídimos normales. Transiluminación negativa. Reflejo cremásterico conservado. Prehn negativo. No mancha azul. A nivel inguinal izquierdo: placa edematosa con eritema e hipertermia. Resto normal.

Se derivó a Urgencias hospitalarias para continuar estudio: hemograma: eosinofilia periférica. Bioquímica sanguínea y DRAS normales. Eco-doppler testicular: piel escrotal engrosada con edema heterogéneo. Flujo peritesticular aumentado. Testes y epidídimo normales. Se pautaron antiinflamatorios y antihistamínicos, con buena respuesta.

A posteriori se obtuvo urocultivo negativo y estudio del complemento, con resultado normal. El paciente no ha presentado nuevos episodios.

### **CONCLUSIONES**

La etiología del edema escrotal idiopático es desconocida, y el diagnóstico es, básicamente clínico, en la mayoría de los casos por exclusión, aunque puede ayudar la realización de un estudio ultrasonográfico con flujo Doppler para determinar el engrosamiento de la piel y tejido subcutáneo del escroto sin alteraciones a nivel testicular.

Algunos autores lo consideran como un tipo de reacción alérgica, por su similitud con el edema angioneurótico, la eosinofilia asociada en algunos casos y la ocasional respuesta a antihistamínicos.

Es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial del escroto agudo ya que su correcta identificación nos evitará actuaciones y tratamientos innecesarios.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **DESVIACION PAROXISTICA DE LA MIRADA, A PROPOSITO DE TRES CASOS**

Hernández Bertó, T.<sup>(a,1)</sup>; Buedo Rubio, M.I.<sup>(a,1)</sup>; Cepillo Boluda, A.J.<sup>(a,1)</sup>;  
López Ballesteros, E.<sup>(a,1)</sup>; Onsurbe Ramírez, I.<sup>(a,2)</sup>.

<sup>(a)</sup> Hospital General de Albacete;

<sup>(1)</sup> Residente de Pediatría; <sup>(2)</sup> Adjunto de Pediatría.

### **INTRODUCCION**

La desviación paroxística de la mirada (DPM) es una entidad que debemos de tener en cuenta en el diagnostico diferencial de los trastornos paroxísticos no epilépticos. Presentamos tres casos de lactantes con DPM

### **CASOS CLINICOS**

**Paciente 1:** Niño de 7 meses, sin antecedentes familiares(AF) ni antecedentes personales(AP) de interés, ingresada por presentar desde hace 2-3 días episodios de desviación vertical de la mirada sin otra sintomatología. Estos episodios cedían durante el sueño. Examen neurooftalmológico, hemograma, creatinina-vanilmandélico y bioquímica normales. Estudios complementarios: electroencefalograma (EEG) en sueño-vigilia, y durante los episodios sin alteraciones. Disminución progresiva de episodios hasta desaparecer a los 3 años.

**Paciente 2:** Niña de 6 meses, sin AF ni AP de interés, ingresada por bronquiolitis VRS negativa. En urgencias se constatan movimientos de cierre palpebral con supraversion ocular de segundos de duración sin alteración en nivel de conciencia. Los padres refieren episodios similares desde hacia dos semanas. Examen neurooftalmológico, hemograma, bioquímica, orina y EEG de sueño espontáneo, normales. No nuevas crisis durante su seguimiento hasta los 16 meses.

**Paciente 3:** Niña de 7 meses, sin AF ni AP de interés, derivada a la consulta de Neuropediatría por episodios de desviación de la mirada hacia arriba de segundos de duración sin perdida de conciencia de una semana de evolución. EEG normal. No otras manifestaciones clínicas asociadas.

### **DISCUSION**

La DPM presenta episodios de desviación tónica intermitente de la mirada hacia arriba de duración variable, sin alteración de conciencia; nistagmus vertical al intentar mirar hacia abajo; normalidad en los movimientos horizontales; comienzo en los primeros meses de la vida (mayoría entre los 4 y 10 meses); presentación diurna con desaparición durante el sueño; empeora con el cansancio o infecciones. En su forma idiopática es una entidad de buen pronóstico y autolimitada, pero se deberían realizar los estudios pertinentes para descartar las causas potencialmente mas graves.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **VISIÓN BORROSA PERSISTENTE Y CEFALEA COMO MOTIVO DE CONSULTA**

Buedo Rubio, M.I.<sup>(a,1)</sup>; Onsurbe Ramírez, I.<sup>(b,1)</sup>; Hernández Bertó, T.<sup>(a,1)</sup>;  
Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>; Ballesteros López, E.<sup>(a,1)</sup>; Cepillo Boluda, A.J.<sup>(a,1)</sup>.

<sup>(a)</sup> Hospital General de Albacete;

<sup>(1)</sup> Residente de Pediatría; <sup>(2)</sup> Adjunto de Pediatría, especialista en Neuropediatría.

### **ANTECEDENTES**

Se presenta un caso interesante debido a la clínica inusual dentro de una patología infrecuente en pediatría.

### **CASO CLÍNICO**

Niña de 9 años, sin antecedentes de interés, que acude por visión borrosa de una semana de evolución acompañada de cefalea frontal intensa (supraorbitaria de predominio izquierdo). No le impide realizar su actividad diaria ni le despierta durante la noche. No asocia vómitos. No hiperemia ocular. Asocia lagrimeo y fotofobia. Al inicio del proceso refiere edema palpebral bilateral y prurito intenso, acompañando a la clínica actual, motivo por el que consultó en urgencias, donde se administró Dexclorfeniramina, con mejoría del edema y el prurito. La exploración física fue normal, sin signos de focalidad neurológica.

Es valorada por Oftalmología, sin objetivar patología. Se administra Dexketoprofeno y oxígeno fluente, sin mejoría, y durante su estancia comienza de nuevo con edema palpebral bilateral, prurito, hiperemia bilateral, acompañado de cefalea intensa y visión borrosa (foto 1). Se administra Prednisona a 1.5 mg/kg con resolución del cuadro.

Con la sospecha de una cefalalgia trigémico autonómica se pauta tratamiento domiciliario con Prednisona 1 mg/kg día durante 3 días. Se citó para valoración por Neurología Pediátrica donde se confirmó el diagnóstico de cefalea en racimos.

### **COMENTARIOS**

La cefalea en racimos es infrecuente en infancia. Se presenta como crisis de dolor intenso, unilateral, supraorbitario o sobre la región temporal, con una duración de minutos a horas. Se acompaña de hiperemia conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración en frente y cara, miosis, ptosis y edema palpebral, con episodios repetido desde una vez cada 2 días hasta 8 veces al día. El tratamiento de los ataques es la administración de sumatriptán y oxígeno, y para prevenir los episodios se emplea prednisona como primera elección. Otros tratamientos propuestos son el verapamil ergotamina y carbonato de Litio, aunque su uso es limitado.





# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **RECTORRAGIA NEONATAL: ¿SIEMPRE ES DEBIDA A PROCTOCOLITIS ALÉRGICA?**

López Ballesteros, E.<sup>(a,1)</sup>; Hernández Bertó, T.<sup>(a,1)</sup>; Balmaseda Serrano, E.M.<sup>(a,2)</sup>;  
Hoyos Vázquez, M.S.<sup>(a,2)</sup>; Alfaro Ponce, B.<sup>(a,2)</sup>; Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>.

<sup>(a)</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

<sup>(1)</sup> Médico Residente de Pediatría; <sup>(2)</sup> Médico Adjunto de Pediatría.

### **INTRODUCCIÓN**

La rectorragia en el neonato puede deberse a cuadros leves, como la proctocolitis alérgica por proteínas de leche de vaca (PLV) hasta más graves como la enterocolitis necrotizante. La causa más frecuente es una respuesta alérgica, pero existen otros procesos con clínica similar con diferente patogenia y tratamiento.

### **CASO 1:**

Neonato mujer de 36 horas de vida, nacida a término, con lactancia materna (LM) exclusiva, inicia rectorragia con las deposiciones y fuera de ellas. Exploración física normal salvo mucosa anal friable y sangrante. Hemograma: eosinofilia (1440/mcl). Radiografía y ecografía abdominales normales. Coprocultivo, virus en heces, estudio parasitológico y Toxina de *C.difficile* negativos. IgE <2UI/l, IgE específica a PLV: clase 0. Ingresa en neonatología, colonoscopia al 3º día de vida: mucosa eritematosa y úlceras lineales hasta colon transverso. En anatomía patológica (AP): acúmulos de eosinófilos en lámina propia y muscularis mucosae. Dieta absoluta 48 horas, con reintroducción de LM y desaparición del sangrado. Colonoscopia de control normal.

### **CASO 2:**

Neonato varón de 3 días de vida nacido a término, alimentado con fórmula adaptada (FA) desde el nacimiento. Inicia rectorragia. Exploración física normal con buen estado general. Hemograma: eosinofilia de 1130/mcl. Radiografía y ecografía abdominales normales. Coprocultivo y Toxina *C.difficile*: negativos. IgE <2UI/l, IgE específica PLV: clase 0. Ingresa en neonatología, al 5º día colonoscopia: mucosa eritematosa friable con úlceras lineales hasta ciego. En AP: mucosa congestiva con aumento de eosinófilos. Dieta absoluta durante 24 horas reiniciando FAI con desaparición del sangrado. Colonoscopia de control normal.

### **COMENTARIOS**

La colitis eosinofílica transitoria neonatal es una nueva categoría dentro de las gastroenteritis eosinofílicas. Pensaremos en ella ante neonatos con sangrado intestinal franco de forma precoz, no atribuible a sensibilización alérgica, con excelente estado general, eosinofilia periférica y ulceraciones colónicas con infiltrados eosinofílicos. El pronóstico y evolución son favorables, sin necesidad de aplicar ninguna medida terapéutica.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **ASOCIACION DE FIEBRE Y LESION CUTANEA: ¿QUÉ ESCONDE?**

Gourdet, M.E.<sup>(a,1)</sup>; Maroto Ruiz, M.J.<sup>(a,1)</sup>; Sánchez Ruiz, P.<sup>(a,1)</sup>; Pareja Grande, J.<sup>(a,2)</sup>.

<sup>(a)</sup> Hospital General Universitario Ciudad Real.

<sup>(1)</sup> MIR Pediatría; <sup>(2)</sup> Hemato-oncología pediátrica.

### **ANTECEDENTES**

La fiebre acompañada de lesión cutánea es muy frecuente en la infancia y constituye uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. En la mayoría de los casos se tratan de procesos infecciosos benignos, pero a veces pueden corresponder a cuadros graves que precisan de valoración hospitalaria.

### **CASO CLÍNICO**

Niño de 4 años que presenta fiebre elevada y lesión cutánea pustulosa, caliente, dolorosa, rodeada por 2 halos eritematosos, en región pretibial izquierda, de 12 horas de evolución. Sin antecedentes personales y familiares de interés. Exploración física: Buen estado general, discreta palidez mucocutánea, leve hepatomegalia, y la lesión descrita anteriormente. Resto de la exploración normal. Se indica tratamiento con amoxicilina-clavulanico 50mg/Kg/día y revisión en 24 horas. El mismo día por la noche acude a Servicio de Urgencias por persistencia de fiebre elevada y empeoramiento de la lesión. Exámenes complementarios: pancitopenia leve con neutropenia moderada y elevación de reactantes de fase aguda. En frotis de sangre periférica: neutropenia confirmada sin observarse blastos. Se ingresa iniciando tratamiento con ceftazidima, amikacina y cloxacilina intravenosa. A las 48 horas, persiste fiebre elevada, empeora rápidamente la lesión hasta hacerse necrótica con impotencia funcional del miembro, y drenaje espontáneo. El cultivo de la secreción es positivo para *Pseudomona Aeruginosa* confirmando el diagnóstico de ectima gangrenosa. Hemocultivo pretratamiento negativo. Ante la persistencia de pancitopenia con neutropenia severa se procede a estudio del aspirado de médula ósea que es compatible con leucemia aguda linfoblástica. Se deriva al paciente a un Centro con Unidad hemato-oncológica infantil para tratamiento.

### **COMENTARIOS**

La leucemia linfoblástica aguda es la neoplasia más frecuente en la infancia. Es fundamental la sospecha clínica y el diagnóstico precoz para poder iniciar el tratamiento lo antes posible. Tener en cuenta que una lesión cutánea puede ser la primera manifestación de una hemopatía maligna.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **MAMÁ, ME DUELE LA BARRIGA, LLÉVAME AL MÉDICO**

Hernández Bertó, T.<sup>(a,1)</sup>; Cepillo Boluda, A.J.<sup>(a,1)</sup>; Buedo Rubio, M.I.<sup>(a,1)</sup>.  
Malangón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>; Hoyos Vázquez, M.S.<sup>(a,2)</sup>; Balmaseda Serrano, E.<sup>(a,2)</sup>.

<sup>(a)</sup> Hospital General de Albacete.

<sup>(1)</sup> Residente de Pediatría; <sup>(2)</sup> Adjunto de Pediatría.

### **OBJETIVOS**

Conocer el perfil de los pacientes derivados desde Atención Primaria (AP) a la Unidad de Gastroenterología de nuestro centro con el diagnóstico de Dolor Abdominal Crónico (DAC).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes derivados desde Enero de 2013 a Diciembre de 2013 mediante revisión de historias clínicas. Las variables a estudio fueron edad, sexo, sintomatología, tiempo de inicio de la sintomatología, pruebas complementarias realizadas en su centro de AP y diagnóstico final.

### **RESULTADOS**

Se estudiaron 49 pacientes, 49% varones (24) y 51% mujeres (25). El rango de edad al diagnóstico esta comprendido entre los 3 y 14,6 años con una media de 8,7 años. La media de inicio de la sintomatología fue de 21 meses (Min 2- Max 120 meses). En cuanto a la sintomatología de nuestra muestra hasta el 24,5% (12) presentaba estreñimiento, el 12,2% (6) diarrea, el 10,2% (5) vómitos y únicamente el 4,1% (2) presentaba fallo de medro. Las pruebas realizadas en AP fueron: hemograma 53,1% (26), Anticuerpos Antitrasglutaminasa 46,9% (23), coprocultivo 46,9% (23), parásitos en heces 40,8% (20), Ecografía abdominal 24,4% (12). Los diagnósticos finales fueron: El 36,7% (18) DAC funcional, el 16,3% (8) DAC secundario a estreñimiento, el 12,2%(6) DAC secundario a transgresiones dietéticas, el 10,2% (5) Intolerancia a la Lactosa, el 8,2% (4) celíacos, se diagnosticaron otras patologías en menor frecuencia (4%) como parasitosis intestinal, RGE e infección por H. Pylori.

### **CONCLUSIONES**

El DAC es una patología muy prevalente en pediatría. Ante todo paciente con DAC se debería realizar una anamnesis exhaustiva acerca de las posibles causas de este. En nuestra serie destacamos la presencia de una elevada incidencia de patologías (hasta un 29%) que no precisarían de más exploraciones complementarias salvo una anamnesis enfocada. Aproximadamente el 50% presentaba pruebas de laboratorio así como estudio de heces. La realización un estudio inicial completo ante un DAC es indispensable para establecer un diagnostico final.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **QUISTE DE NUCK, MÁS ALLÁ DE LA HERNIA INGUINAL**

Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>; Sanz Zafrilla, E.<sup>(a,1)</sup>; García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>; Sáez Sánchez, A.<sup>(a,1)</sup>;  
Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>; González Castillo, M.L.<sup>(a,2)</sup>

<sup>(a)</sup> Hospital General Universitario de Albacete.

<sup>(1)</sup> Residente de Pediatría; <sup>(2)</sup> Médico Adjunto de Pediatría.

### **INTRODUCCION**

El quiste del conducto de Nuck o hidrocele de Nuck se produce por la persistencia del proceso vaginal en el canal inguinal en la mujer. Éste tiende al cierre espontáneo de forma fisiológica tras el nacimiento, eliminando la comunicación entre labios mayores y la cavidad peritoneal. Tiene una baja incidencia, apareciendo con mayor frecuencia en la mujer durante la infancia, aunque en ocasiones se diagnostica en la edad adulta. En la mayoría de los casos es asintomático, o se presenta como una pequeña tumoración en la zona inguinal, de consistencia blanda, ligeramente dolorosa a la presión, que aparece de forma progresiva en el tiempo. Cuando es de gran tamaño puede proyectarse hacia la zona femoral y labios mayores, pudiendo confundirse con una hernia crural.

### **CASO CLÍNICO**

Niña de 4 años, prematura de 28 semanas de edad gestacional, traída a urgencias por tumoración inguinal dolorosa de 2 horas de evolución. No había recibido traumatismo previo, ni realizado sobreesfuerzo. No vómitos. Última deposición ese mismo día de características normales. En exploración física se observa *tumoración inguinal derecha de 2 cm de diámetro aproximadamente, irreductible, dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios y transluminación positiva*. En ecografía abdominal se detecta *imagen lobulada, anecogénica, de contenido quístico*. Se completó el estudio con TAC pélvico confirmando *quiste del conducto de Nuck* sin presencia de asa intestinal u ovario en su interior en su interior.

### **CONCLUSIONES**

Aunque es infrecuente, el quiste de Nuck se puede presentar como una tumoración dolorosa en la zona inguinal, de pocas horas de evolución, obligando a descartar la existencia de una hernia inguinal-crural encarcelada. El diagnóstico se realiza preferentemente con ecografía y cuando no es concluyente o existen dudas se puede recurrir a la TAC y/o a la RMN. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica electiva.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **ADENOPATÍAS DE LOCALIZACIÓN INUSUAL: ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO**

Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>; García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>; Sanz Zafrilla, E.<sup>(a,1)</sup>; Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>;  
Sáez Sánchez, A.<sup>(a,1)</sup>; López Ballesteros, E.<sup>(a,1)</sup>

<sup>(a)</sup> Hospital General Universitario de Albacete.

<sup>(1)</sup> Residente de Pediatría

### **INTRODUCCIÓN**

La *enfermedad por arañazo de gato (EAG)*, causada por *Bartonella henselae* se transmite al hombre a través de un arañazo o mordedura de un gato. La manifestación predominante en inmunocompetentes es la linfadenopatía regional. En un 30% se presenta fiebre y síntomas sistémicos leves. La linfadenopatía involucra generalmente a los ganglios que drenan el sitio de la inoculación (axilar, cervical, inguinal o epitroclear) siendo rara la afectación generalizada.

### **CASO CLÍNICO**

Niña de 10 años, con calendario vacunal correcto (incluida antineumocócica), traída a urgencias por detección de adenopatías en brazo derecho hacía 4 días. Afebril, sin otra sintomatología acompañante. Afirmó haber tenido contacto con gatos callejeros las semanas previas. A la exploración presentaba lesión costrosa en segundo dedo de mano derecha y se palpaban adenopatías en región axilar, cara interna del brazo derecho y una de mayor tamaño, móvil, dura, con eritema cutáneo y dolorosa sobre epitroclea. No adenopatías a otros niveles, ni hepatoesplenomegalia. En ecografía se visualizan adenopatías redondeadas, con alteración de su ecoestructura e hipoecogénicas, a nivel epitroclear, axilar, y cadena ganglionar interna del brazo derecho de 1,5 cm en el brazo y 2 cm en axila. Hemograma y bioquímica con función hepática normal, PCR 14,9 mg/L, Mantoux negativo, serologías de CMV, VEB, Toxoplasma, Brucella y VIH negativa. IgG de *Bartonella henselae* positiva a título de 1:800. Se trató con azitromicina vía oral durante 5 días.

### **COMENTARIOS**

Debemos sospechar EAG ante un niño con antecedente de exposición a gatos que presente adenopatías y lesión cutánea. No obstante el antecedente de exposición a gatos suele pasar desapercibido, por lo que se necesita un alto grado de sospecha para el diagnóstico. Normalmente se resuelve espontáneamente en varias semanas o meses, pero puede persistir durante años, constituyendo una de las causas más frecuentes de *linfadenopatía benigna crónica en niños y adolescentes*.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PSICOSOCIALES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>; Plaza Almeida, J.<sup>(b,2)</sup>; Saez Sánchez, A.<sup>(a,1)</sup>;  
García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>; Sanz Zafrilla, E.<sup>(a,1)</sup>; Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>

<sup>(a)</sup> Hospital General Universitario de Albacete; <sup>(b)</sup> Centro de Salud Zona 8 (Albacete).

<sup>(1)</sup> Residente de Pediatría; <sup>(2)</sup> Pediatra de Atención Primaria.

### **INTRODUCCIÓN**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la enfermedad neuropsiquiátrica más frecuente en la infancia y adolescencia. La prevalencia es del 3-5% en la población escolar.

### **OBJETIVOS**

Analizar las características clínicas y factores psicosociales en niños con TDAH de una consulta de atención primaria.

### **MÉTODOS**

Estudio retrospectivo de niños con diagnóstico de TDAH según los criterios de SNAP-IV, pertenecientes a una consulta de atención primaria. La información analizada se obtuvo a través de la realización de entrevistas a los padres de los niños con TDAH, mediante la aplicación de cuestionarios (incluyendo datos tanto clínicos como psicosociales).

### **RESULTADOS**

De un total de 1.200 niños, 19 niños estaban diagnosticados de TDAH, siendo la prevalencia del 1,5%. De los 19 niños, se incluyeron a 16: 12 varones (75%) y 4 mujeres (25%) La media de edad fue de 7.6 años (rango de 5 a 12 años). Los subtipos hiperactivo y combinado fueron los más frecuentes con el mismo porcentaje de pacientes (37,5%), mientras que el inatento fue el menos frecuente (25%). Las familias eran biparentales en un 62,5%, formada en su mayoría por 2 o 3 hijos, siendo el hijo con TDAH el pequeño de 2 hermanos o el mediano de 3. En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, el trastorno negativista-desafiante estaba presente en 4 niños (25%), asociado a fobia simple en uno, y al abuso de drogas y depresión en otro. Además dos niños tenían enfermedad neurológica, esclerosis tuberosa y displasia septo-óptica. Una niña tuvo enuresis. Hasta un 68.75% tenían mal rendimiento escolar.

### **CONCLUSIONES**

En nuestro trabajo destaca la baja prevalencia a diferencia de los últimos estudios. Coincidiendo con éstos, predomina el sexo masculino y el subtipo combinado. Es importante el diagnóstico precoz, puesto que afecta a la calidad de vida, al entorno familiar, a la educación y está asociado con trastornos comórbidos.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>; Plaza Almeida, J.<sup>(b,2)</sup>; Ruiz Cano, R.<sup>(a,3)</sup>; Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>;  
Sanz Zafrilla, E.<sup>(a,1)</sup>; García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>

(a) Hospital General Universitario de Albacete; (b) Centro de Salud Zona 8 (Albacete).

(1) Residente de Pediatría; (2) Pediatra de Atención Primaria; (3) Médico Adjunto de Pediatría.

### **INTRODUCCIÓN**

Numerosos estudios han demostrado que el tratamiento con metilfenidato tiene efecto “anorexizante” y puede estar asociada con la pérdida de peso y la atenuación de la velocidad del crecimiento. Además la situación nutricional al diagnóstico del TDAH suele ser deficiente y tiende a agravarse con el metilfenidato. Por este motivo hay más riesgo de desarrollar deficiencia de hierro, el cual además parece estar involucrado con la fisiopatología del trastorno

### **OBJETIVOS**

Estudiar la repercusión del tratamiento con metilfenidato en el estado nutricional, así como la ferropenia en pacientes diagnosticados de TDAH.

### **MÉTODOS**

Estudio de niños diagnosticado de TDAH en una consulta de atención primaria según los criterios de SNAP-IV. La ferropenia (ferritina < 30 ng/ml) se determinó mediante la cuantificación de ferritina sérica, realizando analítica sanguínea con bioquímica general, hemograma, perfil ferrocínético y TSH. De cada historia clínica se registraron las siguientes variables: sexo, edad, tipo clínico, tratamiento con metilfenidato, pesos y tallas. Las curvas y tablas de crecimiento utilizadas como referencia fueron las del Estudio transversal español de crecimiento 2008. Para definir la situación nutricional se ha utilizado el IMC% porcentual o relativo.

### **RESULTADOS**

De un total de 19 niños con TDAH, se incluyeron a 16. Se detectó ferropenia sin anemia en 3 (18.75%), de los cuales 2 llevaban tratamiento con metilfenidato. El resto de valores analíticos fueron normales. De los 10 pacientes en tratamiento con metilfenidato: 6 tenían un estado nutricional normal (60%), 2 tenían un estado nutricional deficiente (20%), 1 malnutrición y 1 subnutrición, y 2 tenían obesidad (20%).

### **CONCLUSIONES**

Aunque recientemente, algunos estudios han asociado el TDAH tratado con metilfenidato, con déficits nutricionales por su efecto secundario de disminución del apetito, en nuestro caso no hemos encontrado esta asociación, ya que la mayoría de los tratados con metilfenidato tenían un estado nutricional dentro de la normalidad y no tenían ferropenia.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO**

Sánchez Ruiz, P.<sup>(a,1)</sup>; Gourdet, M.E.<sup>(a,1)</sup>; Maroto Ruiz, M.J.<sup>(a,1)</sup>;  
Pareja Grande, J.<sup>(a,2)</sup>; Fresneda Machado, C.<sup>(a,2)</sup>

<sup>(a)</sup> Hospital General Universitario de Ciudad Real.

<sup>(1)</sup> MIR Pediatría; <sup>(2)</sup> Pediatra adjunto.

### **INTRODUCCIÓN**

El dolor abdominal agudo es un motivo frecuente de consulta. Su diagnóstico diferencial es amplio, pudiendo ser la presentación inicial de una vasculitis. En la Púrpura de Schönlein-Henoch, la afectación gastrointestinal marca el pronóstico en la fase aguda y puede preceder a la clínica cutánea, dificultando el diagnóstico.

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 8 años que consulta por abdominalgia difusa de tipo cólico e intensidad severa y vómitos alimentarios incohercibles. No diarrea. No fiebre, ni síntomas catarrales. En la exploración destaca regular estado general y abdomen doloroso de manera difusa, con Blumberg dudoso. Se solicitan: hemograma, bioquímica y coagulación normales, VSG 21 mm y sistemático de orina negativo. Ante la sospecha inicial de abdomen agudo, se realiza ecografía y TAC abdominal, donde se evidencia adenitis mesentérica. A los 5 días, aparecen lesiones purpúricas en miembros inferiores coincidiendo con reagudización de abdominalgia y deposición melénica. Dada la sospecha de Púrpura de Schönlein-Henoch, se pauta dieta absoluta, analgesia y corticoide intravenoso a 1.5 mg/kg/día. Mejoría clínica escasa con dolor abdominal persistente y deposiciones sanguinolientas, asociando artralgias de rodillas y muñecas. En los tres meses siguientes, presenta varios rebrotes de lesiones purpúricas palpables en miembros inferiores coincidiendo con nuevas crisis de dolor abdominal y hematoquecia, que requieren de hospitalización, corticoterapia y alimentación exclusiva con fórmula polimérica durante un mes. Dado el carácter recidivante del cuadro, se realiza biopsia cutánea, en la que se evidencia depósito de IgA en las paredes vasculares, compatible con sospecha inicial. Durante el seguimiento, se evidencian hematuria y proteinuria en rango no nefrótico.

### **CONCLUSIONES**

La afectación renal marca el pronóstico a largo plazo de la Púrpura de Schönlein-Henoch, siendo factores de riesgo de nefropatía la afectación abdominal y la recurrencia de lesiones cutáneas. De ahí, la importancia del seguimiento de estos pacientes en Atención Primaria una vez superada la fase aguda.





# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **ATENCIÓN AL NIÑO INMIGRANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Valero Gómez, G.<sup>.(a,1)</sup>; López Ballesteros, E.<sup>-(a,1)</sup>; Rodríguez Chacón, J.<sup>.(a,1)</sup>;  
Lillo Lillo, M.<sup>.(a,2)</sup>; Cerdán Oncala, S.<sup>.(a,1)</sup>; Buedo Rubio, M.I.<sup>.(a,1)</sup>.

<sup>(a)</sup> Complejo Universitario de Albacete.

<sup>(1)</sup> Médico Residente Pediatría; <sup>(2)</sup> FEA Oncología Pediátrica.

### **INTRODUCCIÓN**

La Pediatría en nuestra Comunidad se enfrenta a la asistencia de niños inmigrantes con características diferentes a las encontradas habitualmente. Entre las enfermedades importadas, las infecciosas constituyen uno de los aspectos más importantes por su frecuencia y falta de experiencia.

### **CASO CLÍNICO**

Niño de 13 años llegado a España hace menos de 24 horas de Mali, sin otros antecedentes de interés. Presenta dos episodios de pérdida de consciencia de minutos de duración y contracción tónica de extremidades. Refiere hematuria intermitente, de larga evolución. En exploración física destaca tiña capitis; y esplenomegalia de 2 traveses, resto normal. Exploraciones complementarias realizadas: Hemograma: 3.208 eosinófilos/mm<sup>3</sup>, resto normal. Gota gruesa: Plasmodium spp; PCR plasmodium en sangre: carga parasitaria del 2% de Plasmodium falciparum. Función renal, hepática y ferrocínética normales. Electroforesis hemoglobinas y G6PDH normal. Mantoux negativo. Serologías: echinococcus, LUES, VHC, VIH negativos. Ig G VHA positivo, Ac-HBs 132 U/l, HBsAg, Ac-HBc negativo. En orina: Schistosoma haematobium. Ecografía abdominal: esplenomegalia de 12.5 cm y hallazgos de esquistomiasis vesical. Electroencefalograma y TAC craneal normales. Se inicia tratamiento con Proguanil-Atovacuona vía oral(vo) durante 3 días con parasitosis en sangre al alta negativa; Praziquantel 40 mg/Kg/día vo 3 días con; Griseofulvina vo y ketoconazol tópico. El paciente es dado de alta con diagnósticos: Malaria por Plasmodium falciparum, Esquistosomiasis y Tiña capitis.

### **COMENTARIOS**

A través de la consulta de atención primaria es posible identificar los principales problemas de salud de los pacientes inmigrantes, iniciar medidas preventivas y asegurar la administración del tratamiento adecuado. Las pruebas complementarias se recomiendan si la anamnesis y la exploración física dirigidas sugieren la existencia de alguna patología. Debemos sospechar paludismo ante inmigrantes procedentes de zonas endémicas con fiebre sin foco asociando anemia, eosinofilia y/o hepatomegalia. Un cuadro de hematuria en inmigrantes África subsahariana y zonas del Mediterráneo oriental nos orienta a una esquistosomiasis.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRÍTICAS MEDIANTE PULSIOXIMETRÍA EN NIDOS**

Rodríguez Chacón, J.L.<sup>(a,1)</sup>; Vázquez García, M.P.<sup>(a,1)</sup>; Valero Gómez, G.<sup>(a,1)</sup>;  
Carrascosa Romero, M.C.<sup>(a,3)</sup>; Vega Aponte, C.M.<sup>(a,2)</sup>; Martínez Gutiérrez, A.<sup>(a,4)</sup>.

<sup>(a)</sup> Complejo Universitario de Albacete.

<sup>(1)</sup> Médico Residente Pediatría; <sup>(2)</sup> Médico Residente de Familia y Comunitaria;

<sup>(3)</sup> FEA Neurología Pediátrica. <sup>(4)</sup> FEA Neonatología; <sup>(4)</sup> Jefe Servicio de Pediatría.

### **INTRODUCCIÓN**

Las cardiopatías congénitas críticas (CCC) incluyen todas las condiciones potencialmente mortales ductus dependiente, además de los recién nacidos (RN) que mueren o son sometidos a procedimientos invasivos (cirugía o cateterismo cardíaco) en los primeros 28 días de la vida.

### **CRIBADO CON PULSIOXIMETRÍA**

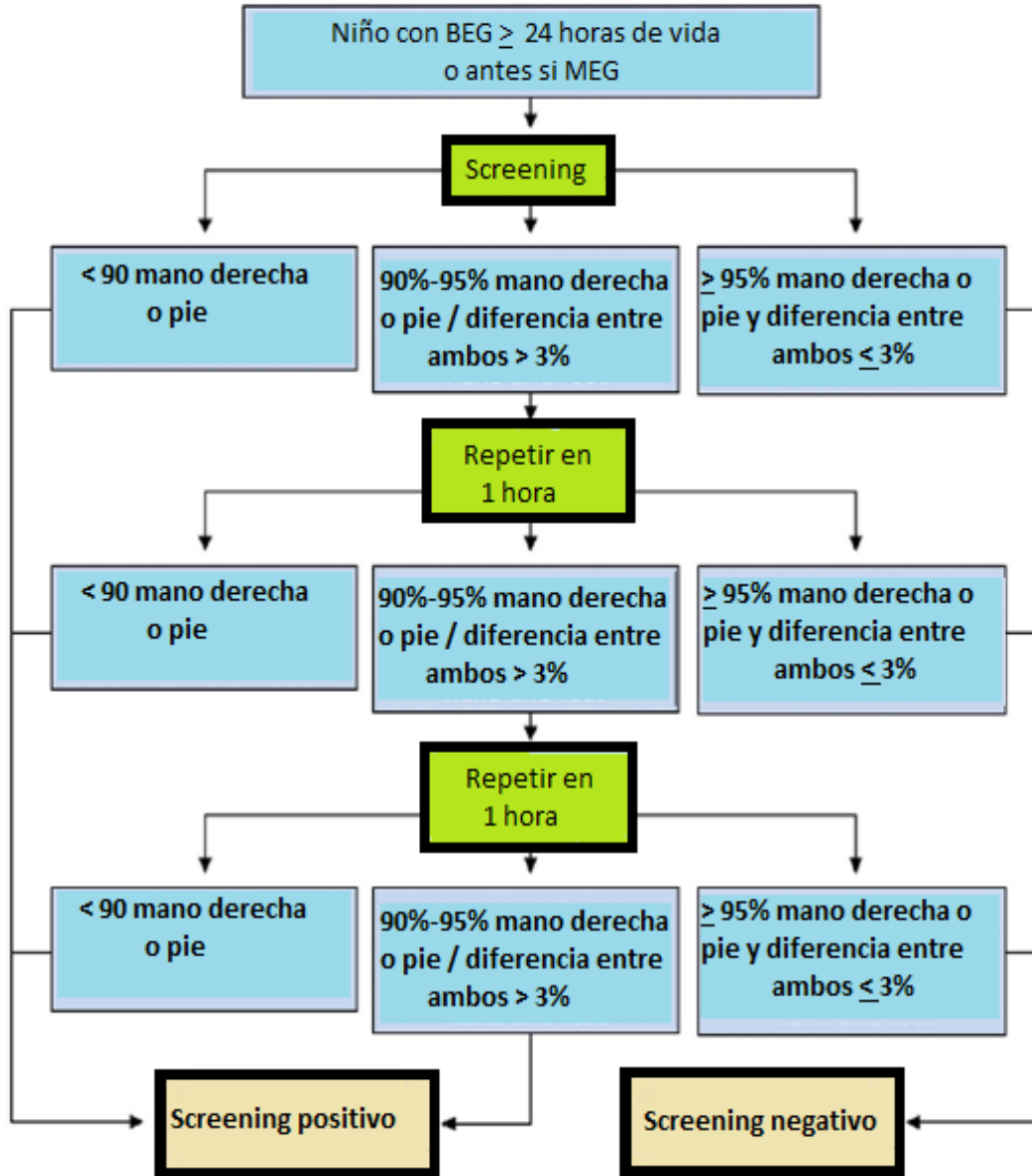
Las CC son la causa más frecuente de muerte en el 1er año de vida, originando hasta el 3% de todas las muertes infantiles y más del 40% de todas las muertes por malformaciones congénitas.

En la práctica clínica actual la detección de cardiopatías críticas del RN se realiza mediante ecografía prenatal y exploración física neonatal (cianosis, detección de soplos, pulsos periféricos,...). Dado que los RN con CCC tienen algún grado de hipoxemia mantenida y que la detección temprana reduce el riesgo de colapso cardiovascular agudo, acidosis y mortalidad asociada, se ha propuesto la realización del cribado neonatal utilizando la pulsioximetría como un método para aumentar el rendimiento de los enfoques actuales en la detección de estas CCC.

La pulsioximetría es una prueba no invasiva que estima el porcentaje de hemoglobina saturada de oxígeno, fácil de realizar. ¿Cómo debe realizarse el cribado? Después de las 24 horas de vida, se recomienda que la determinación de la Saturación-O<sub>2</sub> sea mientras el RN está despierto y tranquilo. Se realizará a nivel preductal (mano derecha) y postductal (pie). ¿Cómo interpretar el cribado? (ver algoritmo). De manera aislada la prueba tiene una especificidad elevada y sensibilidad de hasta 75%, pero se ha demostrado que junto a los métodos ya existentes mejora la detección de las cardiopatías, sobre todo muy importante para aquellas de debut más tardío.

### **CONCLUSIONES**

Presentamos el protocolo de cribado para cardiopatías congénitas críticas mediante pulsioximetría establecido recientemente en nuestra maternidad, a fin de darlo a conocer en Atención Primaria. "Ningún niño debería tener de manera inexplicable hipoxemia persistente".





# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## VACUNACIÓN ANTIGRI PAL EN LOS NIÑOS DE UNA CONSULTA

García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>; Plaza Almeida, J.<sup>(b,1)</sup>; Martínez Solaz, M.B.<sup>(b,3)</sup>;  
Sanz Zafrilla, E.<sup>(a1)</sup>; Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>; Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>.

<sup>(a)</sup> Complejo hospitalario de Albacete; <sup>(b)</sup> Centro de Salud Zona 8 (Albacete).  
<sup>(1)</sup> MIR Pediatría; <sup>(2)</sup> Pediatra de Atención Primaria; <sup>(3)</sup> Enfermera Pediatría.

### INTRODUCCIÓN

Los niños constituyen la fuente principal de propagación del virus de la gripe en la comunidad. En España se recomienda la vacunación antigripal en pediatría a niños que pertenecen a grupos de riesgo de más de 6 meses de edad y niños sanos convivientes con personas de riesgo.

### OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas y tasa de vacunación en niños con indicación de vacunación antigripal.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisando historias clínicas de los niños con indicación de vacunación para la temporada 2013-2014, se incluyeron además los niños institucionalizados y aquellos con OMA de repetición.

### RESULTADOS

El cupo de la consulta lo constituyen 1.200 niños, 56 (4,66%) tienen indicación de vacunación antigripal. 37 niños y 19 niñas. Distribución edad: < 2 años 11, 2-6 años 16, >6 años 28 niños. Los motivos de indicación de vacunación fueron: 32 enfermedad respiratoria crónica; 8 OMA de repetición; 7 institucionalizados; 5 enfermedad neuromuscular crónica o encefalopatía moderada grave; 3 enfermedad cardiovascular; 2 síndrome de Down; 2 convivientes con población de riesgo; 1 malnutrición, 1 obesidad y 1 enfermedad renal crónica. De todos los pacientes con indicación se vacunaron 47 niños. De los 56 niños, 5 tenían causa múltiple de indicación. Ninguno de los niños tuvo reacciones adversas a la vacuna.

### CONCLUSIONES

La tasa de vacunación entre los que tenían indicación fue un 82%. El 50% de los vacunados tiene más de 6 años; el 57,1% pertenece al grupo de enfermedad respiratoria crónica. Un grupo importante en el cupo son los niños institucionalizados el 14,8% de los vacunados. La vacuna resulta especialmente beneficiosa en aquellos niños que en caso de sufrir una infección por el virus de la gripe pueden padecer formas complicadas y más graves de la enfermedad, aumentando el riesgo de mortalidad o la desestabilización de su enfermedad de base.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## ¿QUÉ PIENSAN LOS ADOLESCENTES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA?

Sánchez-Escalonilla González, R.<sup>(a,1)</sup>; Losa Frías, V.<sup>(a,2)</sup>; Molina Medrano, C.<sup>(a,1)</sup>;  
Gallegos Bayas, N.R.<sup>(a,2)</sup>; López Herrero, R.<sup>(a,3)</sup>

<sup>(a)</sup> Centro de Salud de Fuensalida (Toledo).

<sup>(1)</sup> Enfermera de Pediatría; <sup>(2)</sup> Pediatra de Atención Primaria; <sup>(3)</sup> Matrona.

### INTRODUCCIÓN

La lactancia materna proporciona múltiples beneficios para la salud desde el nacimiento hasta la edad adulta, siendo su promoción una importante medida de educación y promoción de la salud. Sin embargo, la formación curricular y los contenidos sobre lactancia materna en los libros de texto son escasos.

### OBJETIVO

- Conocer las opiniones de los adolescentes en relación a la lactancia materna tras haber
- realizado una sesión educativa sobre la lactancia materna en los centros educativos.
- Identificar necesidades y propuestas de mejora en relación al conocimiento de los
- adolescentes sobre la lactancia materna.

### METODOLOGÍA

Estudio cualitativo tipo investigación-acción. Se realizó una búsqueda de contenidos relacionados con la lactancia materna en los libros de texto utilizados en dos institutos de enseñanza secundaria. Los sujetos de estudio fueron adolescentes escolarizados en 1º ESO. Se realizó una charla formativa por parte de enfermería y madres con sus bebés y posteriormente se recogieron por escrito las opiniones de los adolescentes.

### RESULTADOS

Se identificaron expresiones relacionadas con la adquisición de conocimientos nuevos y corrección de falsas creencias, así como la necesidad de conocer aspectos relacionados con la maternidad y lactancia materna de cara a sus vivencias futuras. Aspectos positivos destacados fueron la relación de las madres con sus hijos y el hecho de compartir con ellos sus experiencias. Se identifican algunos sentimientos de rechazo a fotografías relacionadas con el parto. Se recogen necesidades y propuesta de mejora como son la realización de más sesiones sobre lactancia y otros aspectos de la sexualidad. La atención recibida es bien valorada y se reconoce la labor de las madres y profesionales.

### CONCLUSIONES

Los adolescentes muestran interés y sensibilidad por la lactancia materna, a pesar del escaso valor que ésta presenta en su formación académica. Incorporar la perspectiva de los adolescentes nos aporta información útil para planificar y mejorar la calidad de las intervenciones realizadas con ellos.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## ¿CUÁLES SON PARA LOS PEDIATRAS DE CASTILLA-LA MANCHA EN VACUNACIÓN INFANTIL LAS RECOMENDACIONES MÁS CONOCIDAS Y EMPLEADAS?

Blanco González, J.E.<sup>(a,1)</sup>

(a) Centro de Salud El Casar de Talamanca (Guadalajara).

(1) Pediatra de Atención Primaria.

### INTRODUCCIÓN

Para los pediatras de AP las referencias de autoridad respecto a la política vacunal no están claramente estudiadas. Es pertinente conocer dichas referencias para la práctica asistencial y la política formativa de los profesionales responsables de la vacunación infantil.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta anónima en línea remitida a los pediatras de la ApapCLM y a una lista de correo de la Gerencia de Guadalajara. La primera pregunta está encaminada a conocer las instituciones, autoridades o asociaciones científicas de referencia. La segunda, a conocer el grado de aplicación de las recomendaciones del Comité de Vacunas de la AEP diferentes a las del calendario oficial en Castilla-La Mancha. Y la última, explora en una escala de 4 niveles el grado de acuerdo con la decisión de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) de no permitir la liberación de lotes de vacuna para la varicela para su venta libre en farmacias

### RESULTADOS

Se han obtenido 39 respuestas.

La totalidad confirma al Comité de Vacunas de la AEP como la referencia en política vacunal, seguido por un 85% para el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y un 79% por las instrucciones de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. La Academia Americana de Pediatría (62%) es otra institución de referencia.

Respuestas respecto a las recomendaciones de la AEP:

RECOMENDACIÓN AEP	Porcentaje respuestas
Vacunación antineumocócica conjugada a los 2, 4, 6 y 12 meses.	100.00%
Vacunación antirrotavirus a los 2, 4 y 6 meses	84.62%
Vacunación antivariçela a los 12 meses y 2-3 años.	82.05%
Vacunación de recuerdo de triple vírica a los 2-3 años.	33.33%
Vacunación con Tdpa a los 11-12 años	35.90%
Vacunación antipapiloma a los 11-12 años	23.08%

El 92% refiere "absoluto desacuerdo" con la política respecto a la vacuna antivariçela de la AEMPS; 5% está "algo en desacuerdo" y 3% "algo de acuerdo".



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## CONCLUSIONES

Para los pediatras castellano-manchegos la AEP es la referencia mayoritaria en política vacunal. Resulta llamativo que las instrucciones del CISNS sean más seguidas que las de la propia institución competente. Los pediatras opinan de forma prácticamente unánime estar en contra de la decisión de la AEMPS respecto a la vacuna antivariola.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **SÍNTOMAS CATARRALES Y ALTERACIÓN DE LA MARCHA**

Sanz Zafrilla, E.<sup>(a,1)</sup>; Sáez Sánchez, A.<sup>(a,1)</sup>; Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>;  
García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>; Ruiz Cano, R.<sup>(a,2)</sup>; Castillo Serrano, A.<sup>(a,2)</sup>.

<sup>(a)</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

<sup>(1)</sup> Médico Residente Pediatría; <sup>(2)</sup> Facultativo especialista de área.

### **INTRODUCCION**

El dextrometorfano es uno de los antitusígenos más usados en Pediatría. Se trata de un fármaco seguro, pero una ingesta tóxica puede producir efectos secundarios graves. Es importante conocer las características de la intoxicación para facilitar la sospecha clínica y aplicar el tratamiento adecuado.

### **CASO CLÍNICO**

Niño de 3 años que acude a consulta porque hace 30 minutos estando en la cama ha presentado episodio de 5 minutos de duración, autolimitado, de desconexión del medio con rigidez generalizada, sin movimientos anómalos; somnolencia posterior.

Temperatura máxima de 40°C hasta hace 24 horas, vómitos alimentarios los días previos. Sintomatología catarral. En la exploración física destacan una hiperemia faríngea y a nivel neurológico inestabilidad de la marcha, siendo el resto normal. Se decide derivar a Servicio de Urgencias para ampliar estudio.

Exploraciones complementarias: gasometría pH 7.332, glucosa 104mg/dl, pCO<sub>2</sub> 44.8mmHg, Bic 23.2mmol/l, EB -2.7 mmol/l, HbCO 1.4%, iones normales; hemograma, bioquímica y coagulación normales; tóxicos en orina positivo morfina y oxicodona; TAC craneal sin hallazgos.

Rehistoriando a los padres refieren posible ingesta tóxica de dextrometorfano observándose que el bote está vacío (comprado hace 24 horas). Evolución posterior satisfactoria, con mejoría paulatina de la marcha, dado de alta 12 horas después asintomático.

### **COMENTARIOS**

El dextrometorfano es un antitusígeno derivado opiáceo que deprime el centro medular de los tos al disminuir la producción de taquicinas; produce ligera acción sedante. Presenta un primer paso hepático transformándose en dextrorfano, por un sistema de enzimas asociado al citocromo P-450 con patrón de herencia autosómico recesivo, el 6% de la población son metabolizadores lentos, pudiéndose alcanzar concentraciones plasmáticas hasta 20 veces superior. Indicado en mayores de dos años con dosis entre 15-90mg/día según edad y peso. La sobredosificación suele ser por ingestas accidentales, siendo la afectación del sistema nervioso central lo más destacado, las crisis comiciales son excepcionales.





# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **ESPONDILODISCITIS CAUSA DE RECHAZO DE LA MARCHA**

Sanz Zafrilla, E.<sup>(a,1)</sup>; García Morcillo, B.<sup>(a,1)</sup>; Malagón Ruiz, S.<sup>(a,1)</sup>;  
Sáez Sánchez, A.<sup>(a,1)</sup>; Cerdán Oncala, S.<sup>(a,1)</sup>; Lillo Lillo, M.<sup>(a,2)</sup>

<sup>(a)</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

<sup>(1)</sup> Médico Residente Pediatría; <sup>(2)</sup> Facultativo especialista de área.

### **INTRODUCCIÓN**

La espondilodiscitis es un proceso inflamatorio o infeccioso que afecta al disco intervertebral y superficie del cuerpo vertebral. La localización más frecuente es a nivel lumbosacro, entre L2-S2. Constituye el 10% de consultas por lumbalgia y 2% de infecciones osteoarticulares en edad pediátrica.

### **CASO CLÍNICO**

Niña de 19 meses sin antecedentes importantes, en seguimiento en consulta porque tras caída desde su propia altura hace un mes presenta dolor lumbar, irritabilidad, rechazo de sedestación y marcha. Febrícula. Al inicio, deposiciones líquidas, actualmente dolor con la defecación.

A la exploración física se encuentra afebril con buen estado general. Objetivándose dolor lumbar con rechazo de sedestación, bipedestación y marcha, gateo presente. Articulaciones normales. Resto normal. Radiografía simple de extremidades inferiores normal diagnosticándose de sinovitis transitoria de cadera versus viriasis, en tratamiento con ibuprofeno y paracetamol sin mejoría por lo que es derivada al hospital para completar estudio.

Exploraciones complementarias: 14.710 leucocitos, fórmula normal, PCR 6.9 mg/l, VSG 84mm1<sup>ah</sup>; serologías CMV, VEB, Parvovirus, Mycoplasma pneumoniae, Brucella, Borrelia burgdorferi negativas. Mantoux negativo. Hemocultivo contaminado. Gammagrafía con tecnecio 99 y RMN de columna lumbar compatibles con espondilodiscitis L5-S1. Pautada cefuroxima intravenosa 14 días y oral 10 días más; disminución de reactantes de fase aguda con mejoría clínica.

### **DISCUSIÓN**

La teoría más aceptada para explicar la etiología de la espondilodiscitis es la infecciosa, principal implicado *Staphylococcus aureus*. Habitualmente producida por diseminación hematogena desde foco infeccioso primario. Sospecharla en niños con rechazo de sedestación, bipedestación, marcha e incluso gateo. La única postura confortable es el decúbito. La radiografía simple suele ser normal al inicio, siendo muy útiles la gammagrafía con tecnecio 99 y la RMN. El principal diagnóstico diferencial es la osteomielitis vertebral. Se recomienda antibioterapia intravenosa 2 semanas seguida de vía oral 2-4 semanas. Pronóstico favorable en la mayoría, aun persistiendo alteraciones en pruebas de imagen.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



## **NO TODO SON LESIONES TRAUMÁTICAS EN EL NIÑO**

Santos Herráiz, P.<sup>(a,1)</sup>; Villaizán Pérez, C.J.<sup>(b,2)</sup>; Esteban Gutiérrez, M.<sup>(a,1)</sup>;  
Aquino Oliva, E.<sup>(a,1)</sup>; Nieto Serrano, A.M.<sup>(a,1)</sup>

<sup>(a)</sup> Complejo Hospitalario de Toledo; <sup>(b)</sup> Centro de Salud de Sonseca (Toledo).

<sup>(1)</sup> Residente de Pediatría, <sup>(2)</sup> Pediatra de Atención Primaria.

### **INTRODUCCIÓN**

La patología traumatológica es la segunda causa de consulta en atención primaria (AP). Muchas de estas consultas son procesos banales, sin embargo algunas requieren atención por la importancia de su diagnóstico precoz. Entre éstas se encuentran los tumores musculoesqueléticos. La gran mayoría se manifiesta con síntomas inespecíficos que en ocasiones se asocian a traumatismos o actividad física. Estos motivos pueden provocar una demora en su diagnóstico condicionando el retraso en su tratamiento y empeorando el pronóstico.

### **OBJETIVOS**

- Reconocer la sintomatología y evolución de las lesiones óseas benignas y malignas más frecuentes en el paciente pediátrico que requieren un diagnóstico precoz en AP.
- Realizar el diagnóstico diferencial en AP según la imagen radiológica de las lesiones.

### **MÉTODO**

Revisión retrospectiva de la patología traumatológica no banal (2008-2014) diagnosticadas en AP, excluidas fracturas por traumatismo y necrosis asépticas.

En cada paciente se registran datos de la anamnesis, exploración física, evolución y la descripción radiológica: densidad, estructura ósea, signos de proliferación y topografía.

### **RESULTADOS**

Se presentan seis pacientes valorados en AP por dolor en miembro inferior de diferentes características y síntomas inflamatorios locales. Ante las características de la sintomatología o la aparición de signos de alarma se realiza prueba de imagen con hallazgo de lesiones óseas de diferentes características. La clínica y descripción radiológica permiten obtener un diagnóstico casi de certeza en AP.

Se diagnostican: dos quistes óseos esenciales, defecto fibroso cortical, dos osteocondromas intervenidos y una periostitis de estrés.

### **CONCLUSIONES**

Los datos clínicos y la descripción radiológica de la imagen permiten realizar en AP el diagnóstico diferencial entre las lesiones óseas benignas y malignas alcanzando una sospecha diagnóstica que orienta el manejo terapéutico.



# VIII Jornada Científica de la APapCLM

Albacete, 17 de Mayo 2014



Ante síntomas habituales como el dolor, tumefacción articular y traumatismos sin buena evolución, debemos estar alerta y descartar la existencia de patologías óseas o tumores musculoesqueléticos.