

Reunión Científica Donostia. Mayo de 2005

TUMORACIÓN FRONTAL. CASOS CLÍNICOS

Gembero Esarte E, Rupérez García E, Molina Garicano J

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Presentamos dos pacientes con una tumoración frontal de varias semanas de evolución, que en un primer momento se consideró que se trataba de traumatismo craneoencefálico, ante el antecedente traumático que referían ambos niños y, posteriormente, dado que la tumoración frontal persistía ingresaron para estudio.

En el primer caso, se trataba de un niño de 7 años, que acudía por presentar una tumoración frontal, que no evolucionaba bien tras un golpe. No presentaba vómitos ni cefalea ni otra sintomatología acompañante. No refería pérdida de peso ni astenia.

En la radiografía craneal presentaba una lesión lítica, también objetivada en la ecografía y en el TAC. Dada la larga evolución del proceso y las imágenes halladas en las pruebas de imagen, se sospecha histiocitosis, que se confirma mediante punción-biopsia.

Recibió tratamiento según protocolo (vinblastina, prednisona), siendo la evolución satisfactoria.

En el segundo caso, se trataba de un niño de 5 años, diagnosticado de histiocitosis de células de Langerhans, con afectación única en pala ilíaca izquierda, que consultaba por tumoración frontal, tras presentar hace 3 meses un golpe y no resolverse de forma espontánea. Se realizaron pruebas de imagen, presentando imagen lítica, compatibles dados los antecedentes, con histiocitosis de células de Langerhans. Se realizó biopsia de la lesión, confirmando así el diagnóstico, y se trató con vinblastina y prednisona, siendo la

evolución, como en el caso anterior, satisfactoria.

Comentarios

Ante una tumoración frontal, con antecedente traumático que no evoluciona bien, es necesario descartar otras patologías, entre ellas la histiocitosis de células de Langerhans.

SÍNDROME DE APNEAS-HIPOAPNEAS DEL SUEÑO Y OBESIDAD: ¿UNIDOS O SEPARADOS?

Sardón O, Aldasoro A, Bordoy A, Mintegui J, Iturrioz A, Emparanza JI*, Pérez-Yarza EG

*Unidad de Neumología. Servicio de Pediatría. *Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Donostia. San Sebastián*

Objetivo

Determinar si el síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) se asocia a obesidad, mediante el estudio de la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y *z-score* de IMC (*z-IMC*) y el índice de apneas-hipopneas/hora (IAH/h) obtenido por poligrafía respiratoria del sueño (PR) en niños con SAHS.

Material y métodos

Estudio transversal de una muestra de niños y niñas entre 2 y 14 años remitidos desde otorrinolaringología (ORL), neumología (UNI) y Atención Primaria (AP) por ronquido, apneas o ambos, entre octubre-1998 y diciembre-2004. Se ha realizado anamnesis y exploración física incluyendo peso, *z-score* de peso (*z-P*), talla, *z-score* de talla (*z-T*), IMC y *z-IMC* según percentiles de F.Orbegozo-2004. Pruebas complementarias: radiografías de tórax y *cavum* y PR durante sueño nocturno (media, 7 horas), mediante polígrafos Sibel-

home 300" y ApnoeScreen Pro", con 8 canales. Variables cualitativas estudiadas: sexo, motivo de consulta, procedencia y exploración de vía aérea superior (hipertrofia amigdalara, adenoidea, ambas o normalidad). Variables cuantitativas: edad, *z-P*, *z-T*, *z-IMC*, IMC, índice apneas/h (A/h), índice hipopneas/h (IH/h), índice IAH/h, número de ronquidos e índice ronquidos/hora (IR/h). Análisis estadístico: t-Student, para medir asociación entre *z-P* y sexo, *z-T* y sexo y *z-IMC* y sexo; y regresión lineal para medir asociación entre IAH/h, *z-P*, *z-T* y *z-IMC* y entre nº de ronquidos y *z-IMC*.

Resultados

Se ha realizado PR en 400 pacientes, 242 (60,5%) niños y 158 (39,5%) niñas, edad media de 4,95 años (desviación estándar; DE 2,3), remitidos de ORL 159 (40,05%), de AP 145 (36,52%) y de UNI 70 (17,63%). Motivo de consulta: apneas del sueño, 191 (47,87%), ronquido, 87 (21,80%), y ambos 101 (25%). Se han analizado los casos diagnosticados de SAHS (n = 283) con las siguientes medias y DE: *z-P* 0,07 (6,84), *z-T* 0,21 (1,14), *z-IMC* 0,45 (1,32) e IMC 17,13 (2,67). En el análisis de la PR del sueño los resultados han sido: IA/h 2,58 (2,93), IH/h 2,37 (2,46), IAH/h 5,29 (7,10), nº ronquidos 98,27 (254,55) e IR/h 5,68 (6,59). No se observan diferencias significativas entre IAH/h, *z-P* (p = 0,055) y *z-T* (p = 0,855) ni entre *z-IMC* y nº de ronquidos (p = 0,461). Sí existen diferencias significativas entre IAH/h y *z-IMC* (p = 0,005). El porcentaje de variabilidad de IAH/h atribuible a *z-IMC* es 2,9 %. No existen diferencias significativas en *z-P*, *z-T* y *z-IMC*, entre sexos.

Conclusiones

La obesidad en niños, medida por IMC y *z-IMC*, no se asocia en esta muestra a síndrome de apneas obstructivas del sueño.

ADENOMAS HIPOFISARIOS EN EDAD
PEDIÁTRICA

Solís B, Oyarzabal M, Chueca M, Berrade S,
Sola A, Grau G

*Unidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital
Virgen del Camino. Pamplona*

Los adenomas hipofisarios son poco frecuentes en edad pediátrica (2% de los tumores intracraneales), con claro predominio de aparición en la pubertad. El más común es el prolactinoma (55%), seguido del secretor de ACTH y, en tercer lugar, el de GH. La clínica asocia síntomas neurológicos (efecto masa) y/o endocrinológicos (hiper/hiposecreción hormonal).

Presentamos dos casos recientemente diagnosticados en nuestro Servicio.

Caso 1

Varón de 15 años que consulta por talla alta. Sin sintomatología acompañante. Talla genética: 184 cm. Exploración: Peso: 103,6 cm (+ 4,49 SDS). Talla: 204 cm (+ 4,86 SDS). VC: 4 cm/año. Fenotipo normal, talla alta sin rasgos acromegálicos. Desarrollo puberal completo. Ginecomastia. Estudio hormonal basal: GH 22.6 ug/L; IGF 1 1.666 ug/L. PRL: 15 ng/mL. Test SOG: no supresión GH. RM silla turca: macroadenoma hipofisario (1,8 cm diámetro). Resección del adenoma vía transesfenoidal, con evolución satisfactoria. Diagnóstico anatómo-patológico: adenoma secretor de GH.

Caso 2

Mujer de 14 años que consulta por galactorrea bilateral de reciente aparición. Sin antecedentes de enfermedades ni tratamientos previos. Menarquía a los 12 años, reglas regulares. Exploración: Peso: 53,1 kg (P75). Talla: 166,4 cm (P90). Tanner: 4.

Secreción láctea espontánea. Ex. complementarios: Prolactina: 103,9 ng/ml. Resto hormonas hipofisarias normales. RNM

craneal: adenoma hipofisario 10x6 mm. Tratamiento: cabergolina. Evolución: importante reducción tumoral con normalización de cifras de prolactina.

Conclusiones

1. Dada la poca frecuencia y, en ocasiones, escasa expresividad clínica de los adenomas, el seguimiento del crecimiento y pubertad por el pediatra será determinante para un diagnóstico y tratamiento precoz.
2. Aunque la mayoría de casos de talla alta son variantes de la normalidad, se debe descartar patología cuando sea superior a + 3 DE.

LA COURSE NAVETTE NO ES UNA PRUEBA
VÁLIDA PARA DETECTAR ASMA

Oñate E, Figueroa de la Paz A*, Empanaza JI**,
Sota I, Vivanco A, Pérez-Yarza EG

*Unidad de Neumología Infantil, Hospital
Donostia, San Sebastián. *Osasunkiroi-Salud
y Deporte, Hondarribia, Gipuzkoa. **Unidad
de Epidemiología e Investigación, Hospital
Donostia, San Sebastián*

Antecedentes

El infradiagnóstico de asma en escolares conlleva repercusiones en la calidad de vida relacionada con la salud. La realización de pruebas físicas en los centros escolares podría servir para detectar broncoespasmo inducido por ejercicio y sospecha de asma en escolares no diagnosticados.

Objetivo

Valorar la prueba de rendimiento físico *course navette* (CN), utilizada en los programas de educación física escolar, como medida de la hiperrespuesta bronquial, frente al test de carrera libre (CL) y al cuestionario ISAAC.

Material y métodos

Estudio transversal, ciego para el observador, en una muestra de niños y niñas de 6 a 12 años de edad, escolarizados en Gipuzkoa, mediante cuestionario ISAAC, prueba de la *course-navette* de 20 metros con paliers de 1 minuto, test de carrera libre con esfuerzo máximo durante 6 minutos, medida del flujo espiratorio máximo (FEM) mediante mini-Wright (*Clement Clark Internacional*) a los 5-10-15-20 min, telemetría para FC (sport tester P-300 polar electro Oy®). Se ha estimado CN y CL positivos si el descenso es > 15% en relación al FEM basal. Los datos obtenidos se introdujeron en una base en soporte Access (Microsoft Windows®). Se ha realizado análisis estadístico descriptivo y comparativo para estudiar diferencias entre subgrupos; para la comparación de variables cualitativas se emplearon la prueba de Ji cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Se han considerado significativos los valores de p inferiores a 0,05. El estadístico Kappa de Cohen y el error estándar (EE) se han calculado para obtener el grado de acuerdo entre CN y CL, y estos con el cuestionario ISAAC.

Resultados

Se distribuyó el cuestionario ISAAC a 919 niños [460 niños (50,1%) y 459 niñas (49,9%)], de 6 a 12 años de edad (mediana, 8 años; DE 1,87). Completaron todas las pruebas 826 niños. Hay asociación entre CN positivo y CL positivo, para descensos del FEM 15-20% ($\chi^2 = 5,6$; $p < 0,05$; $\chi^2 = 4,5$, $p < 0,05$ respectivamente) sin embargo el acuerdo observado es pobre (kappa 0,09 EE 0,04; y kappa 0,08 EE 0,046, respectivamente). Para descensos del FEM del 10% la asociación no es significativa ($\chi^2 = 1,6$; $p = 0,20$) y el acuerdo es débil (kappa 0,05; EE 0,04). No existe acuerdo entre ISAAC y CN (kappa 0,09; EE 0,63).

Conclusiones

La prueba de rendimiento físico con la course navette no es, en esta muestra, una prueba válida para detectar asma en escolares.

UTILIZACIÓN DE PROTÓXIDO DE NITRÓGENO EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS

Esparza Paz P, Arostegi Kareaga N, Vivanco López A, Apilanez Urquiola M, Landa Maya J

Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián

Objetivo

Evaluar la utilización del protóxido de nitrógeno inhalado en procedimientos dolorosos en el Hospital Donostia.

Material y método

Estudio prospectivo de aquellos procedimientos en que se ha utilizado el protóxido nitroso inhalado desde julio/04 hasta febrero/05 en el Hospital Donostia. Los datos se han recogido a partir de un cuestionario cumplimentado por el pediatra que realiza el procedimiento. En él se analiza edad del paciente, motivo de consulta, duración del proceso y tiempo previo al alta, posibles efectos secundarios y, si es necesario, la suspensión de la prueba.

Resultados

La muestra está compuesta por 71 procedimientos en niños de 2-15 a (media: 7 años). De todos los casos, un 36% se ha utilizado para reparación de heridas, un 35% en pacientes oncológicos y un 28% restante se ha agrupado como otros (procedimientos de enfermería y extracción de cuerpo extraño). En 6 casos (8%) se ha suspendido el procedimiento por falta de efecto (2), falta de co-

laboración (2), mareo (1) y parestesias (1). Desde la experiencia inicial con este gas en el servicio de urgencias con resultados positivos se ha extendido el uso del protóxido de nitrógeno inhalado a UCIP (9 casos) y a la unidad de preescolares (26 casos). Referente a la analgesia consideramos muy bueno el resultado en el 57%, bueno en el 36% y ha fracasado el objetivo de sedación que se pretendía en el 7%. Como efectos secundarios hemos observado efectos mayores en 3 (4%) pacientes (bradicardia y pérdida de contacto visual con midriasis) y efectos menores en 9 (12%) pacientes (náuseas, vómitos, mareos, parestesias y visión doble). El tiempo de duración del procedimiento ha sido de 5-25 min (media: 10 min) y el tiempo de alta entre 1 min-10 min (media: 2 min).

Conclusiones

1. La experiencia del uso del protóxido de nitrógeno inhalado en procedimientos dolorosos ha sido positiva, extendiéndose su uso del servicio de urgencias de pediatría a otros servicios.
2. Resulta una técnica sencilla de aplicar, rápida y con mínimos efectos secundarios.
3. Es importante la colaboración del paciente (ansiedad, edad) para la obtención de buenos resultados.

LACTANTE CON HEMORRAGIA GENITOURINARIA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y MASA ABDOMINAL PALPABLE

Gil Sáenz FJ, Rupérez García E, Molins Castiella T, Molina Garicano J

Servicio de Pediatría. Unidad de Oncología Virgen del Camino. Pamplona

Introducción

El tumor de Wilms es el tumor renal maligno más frecuente en la infancia. Re-

presenta el 6% de los tumores y tiene una incidencia de 7 casos por millón de niños menores de 15 años por año. Puede ser bilateral en ocasiones y asociarse a síndromes genéticos complejos como el síndrome de Wiedemann-Beckwith y el síndrome de WARG. La mediana de edad de presentación es de 3 años, siendo muy raro a partir de los 8 años y por debajo del año.

Caso clínico

Lactante de 10 meses atendida en urgencias por un sangrado genitourinario acompañado de una masa en hipocondrio derecho, no dolorosa y difícil de delimitar. Presentaba una TA de 172/124. La ecografía mostraba una masa heterogénea de un volumen aproximado de 300 cc sin calcificaciones y de aspecto quístico. La resonancia magnética mostraba su dependencia de riñón derecho y su estructura heterogénea, con áreas sólidas y áreas necróticas y hemorrágicas. El examen del sedimento urinario reveló presencia de hematuria. Los valores de enolasa y LDH se encontraron muy elevados en sangre, mientras que las cifras de catecolaminas urinarias y ácido homovanílico fueron normales. Ante la sospecha diagnóstica de tumor de Wilms se inició tratamiento según el protocolo de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica: 4 ciclos de quimioterapia neoadyuvante con vincristina y actinomicina D. La hipertensión se trató desde el inicio con furosemida, captopril y nifedipino, consiguiendo un aceptable control. Al finalizar la quimioterapia se realizó la nefrectomía total del riñón derecho y la disección de los ganglios regionales. El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico de nefroblastoma de riesgo intermedio, en estadio 1. Se inició otro ciclo de quimioterapia tal y como establece el protocolo. La tolerancia, respuesta al tratamiento y estado general de la pacien-

te, son muy favorables, por lo que confiamos en que la supervivencia sea muy prolongada.

Discusión

Clínicamente el tumor de Wilms se manifiesta en la mayor parte de los casos como una masa abdominal palpable que no suele sobrepasar la línea media. En un 25% de los casos se manifiesta también con otros síntomas, como dolor en el flanco, hematuria, palidez y elevación de la tensión arterial. Remitimos este caso por lo poco frecuente en su incidencia a esta edad con tanta expresividad clínica.

HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS CONGÉNITAS DE PRESENTACIÓN TARDÍA: EXPOSICIÓN DE 2 CASOS

Ocio Ocio I, Rodríguez Pérez B, Ortúzar Yandiola S, Vera de Pedro E, Salcedo Patxeko I, Matilla Fernández A, Martínez de la Hidalga Ortiz de Zárate G, Marí A*, Arnáiz Uyarra M, Tato Eguren E

*Servicio de Pediatría.*Servicio de Radiología: Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gastéiz*

Objetivo

La hernia diafragmática congénita es un defecto simple del diafragma de etiología multifactorial con una incidencia de 1/2.200-2.400 recién nacidos vivos. Se presenta generalmente en el periodo neonatal como un cuadro de distrés respiratorio con una morbimortalidad importante, pudiéndose presentar de manera tardía en un 5 a 25% de los casos asociando un mejor pronóstico. En estos casos, la sintomatología puede ser inespecífica e insidiosa o bien aparecer de forma aguda con un compromiso vital. Los síntomas más frecuentes son gastrointestinales o bien respiratorios.

Presentamos dos casos que fueron diagnosticados en los últimos 5 años en nuestro Hospital.

Caso 1

Lactante de 12 meses con periodo neonatal normal y sin antecedentes de interés con el cuadro actual. Acude a urgencias de nuestro Hospital por presentar síntomas catarrales con dificultad respiratoria de 5 días de evolución, asociando a fiebre las últimas 24 horas. La radiología torácica objetiva la presencia de asas intestinales ocupando los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico contralateral. Ante el diagnóstico de hernia posterolateral se realiza tratamiento quirúrgico en 10 días.

Caso 2

Lactante de 11 meses remitido a consulta de neumología infantil por presentar clínica de hiperreactividad bronquial con los cuadros catarrales. Sin antecedentes de interés. Ingresado un mes antes por cuadro de vómitos y dolor abdominal, con radiografía informada como normal. En radiografía posterior se objetiva la presencia de asas intestinales que ascienden ocupando el hemitórax derecho. Ante el diagnóstico de hernia de Morgagni se interviene a los 15 días.

Según la localización del defecto diafragmático se diferencian dos tipos de hernias: posterolateral o de Bochdaleck y anteromedial o de Morgagni. Dentro del conjunto de las hernias, la de Morgagni constituye entre un 5-11%. El 90% son derechas, el 8% son bilateral y 2% las izquierdas (Morgagni-larrey). Puede ir asociada a otras malformaciones pero cuando se diagnostica en niños mayores, raramente se acompaña de ellas. El diagnóstico se realiza básicamente por la radiografía de tórax. El tratamiento es quirúrgico, diferido en las hernias de pre-

sentación en período neonatal inmediato. No se recomienda posponer en las de diagnóstico tardío por las posibles complicaciones.

¿QUÉ PASARÍA SI CERRÁSEMOS LAS GUARDERÍAS?

Montiano Jorge J, Bosque Zabala A, Díez López I, Martínez de la Hidalga Ortiz de Zárate G, Matilla Fernández A, Ocio Ocio I

Servicio de Pediatría. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gastéiz

Comprobamos que en el año 2004 hubo en nuestro Servicio un descenso del número de urgencias. Comparado con el año anterior, vimos que el descenso importante se centraba en los meses de septiembre, octubre y noviembre (2.016 episodios menos. Descenso del 32%). Esto no parecía corresponder a la situación epidemiológica al compararlo con otros centros de nuestro entorno.

Objetivo

Intentar encontrar una relación entre dicho descenso y la huelga de guarderías que hubo en la ciudad de Vitoria en septiembre, octubre y parte de noviembre de 2004 (dicha huelga afectó al 86% de los niños que acudían a dichos centros).

Pacientes y método

En nuestra ciudad, en 2004, el número de menores de 14 años era de 27.404, de los cuales 5.890 eran menores de tres años, las guarderías en huelga afectaban al 25% de estos últimos (1.500). Comparamos los episodios de urgencias, en estos meses y en los dos siguientes, en los últimos cinco años, desglosando las muestras en mayores y me-

nores de tres años. Comparamos asimismo los ingresos, de causa epidémica, en estos dos grupos de edad. Para el contraste de hipótesis se ha empleado la comparación de proporciones.

Resultados

En cuanto a las urgencias (tasa x 1.000 habs.), en < 3 años:

- Se aprecian tasas x 1.000 significativamente menores en septiembre ($p < 0,056$), octubre ($p < 0,0001$), y noviembre ($p < 0,005$) de 2004 respecto a los años anteriores.

- Se aprecian tasas mayores en diciembre ($p < 0,05$) y enero ($p < 0,005$).

En cuanto a las urgencias (tasa x 1.000 habs.), en > 3 años:

- No se aprecian diferencias significativas. En cuanto a los ingresos (calculado como tasa x 1.000 habs.):
- No se aprecian diferencias estadísticamente significativas ni en mayores ni en menores de 3 años.

Conclusiones

No encontrando ninguna otra variable, consideramos que el descenso en los epi-

sodios de urgencias durante los tres meses de estudio de 2004 fue debido al gran porcentaje de niños que no acudió a las guarderías. Pensamos que el aumento significativo de los dos meses siguientes fue debido al efecto rebote. Es sabido que los niños que acuden a las guarderías presentan mayor riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas, lo que provoca una mayor demanda en los servicios de urgencias pediátricos. Sabiendo que la solución no está en cerrar las guarderías, proponemos nuestro foro para buscar soluciones que eviten esta clara relación encontrada.