

¿Puede haber otra parasitación tras una parasitosis múltiple?

P. M.^a Barberá Pérez⁽¹⁾, A. P. Di Giovambattista⁽¹⁾, E. Javierre Miranda⁽²⁾, C. Seral García⁽³⁾, N. Sánchez García⁽²⁾

⁽¹⁾ Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. ⁽²⁾ Centro de Salud Delicias Sur
⁽³⁾ Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2015; 45: 58]

INTRODUCCIÓN

A pesar de no existir evidencias que sustenten la aplicación de protocolos de cribado a la llegada de niños inmigrantes, es práctica habitual, aceptada por consenso, la realización de los mismos. Muchos de estos niños están asintomáticos, sin embargo la realización de pruebas puede poner de manifiesto enfermedades que precisen tratamiento.

Presentamos el caso de un niño guineano, asintomático a su llegada, en el que el hallazgo de una eosinofilia intensa conduce al diagnóstico de una parasitación inusual en nuestro medio.

CASO CLÍNICO

Niño de 10 años procedente de Guinea Ecuatorial, sin antecedentes de interés salvo paludismo. Examen físico normal. Según el protocolo de atención al niño inmigrante se realiza, entre otras pruebas, analítica y estudio coproparasitario.

En los resultados destaca: Eosinófilos 5.200/mm³. Estudio coproparasitario: *Giardia lamblia*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichuriae* y *Entamoeba dispar*. El paciente es tratado con mebendazol y metronidazol. Se solicitó hemograma y estudio de pará-

sitos para comprobar mejoría, pero el paciente no realizó las pruebas.

Ocho meses después, con motivo de un cuadro intercurrente, se le practica analítica en el servicio de urgencias del hospital de referencia y se le indica acudir a centro de salud. En esta visita de control objetivamos cifra de eosinófilos de 1.600/mm³. Ante la persistencia de eosinofilia, aunque de intensidad moderada, se solicita un nuevo estudio coproparasitario, donde aparece un huevo de *Eschistosoma* de morfología similar a *Schistosoma haematobium* y *Schistosoma intercalatum*. Ante este resultado se solicita nueva muestra de heces, estudio de parásitos en orina, resultando negativos, y una ecografía vesical, que es normal. Se trata con prazicuantel, 20 mg/kg/12h.

COMENTARIOS

La realización de cribado a niños inmigrantes y el tratamiento de los procesos detectados, puede suponer un beneficio para su salud, tanto a corto como largo plazo. La presencia de eosinofilia en pacientes procedentes del trópico debe establecer la sospecha hemintiasis.

Dilatación idiopática de orejuela derecha. Entidad rara a tener en cuenta

L. Cardiel Valiente, C. Orden Rueda, A. Ayerza Casas, M. López Ramón, D. Palanca Arias, L. Jiménez Montañés

Unidad de Cardiología pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2015; 45: 59]

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas de orejuelas auriculares son entidades muy poco frecuentes. Se clasifican en congénitos y adquiridos (principalmente secundarios a traumatismos). Los que afectan a la orejuela izquierda habitualmente se manifiestan en la tercera o cuarta década de vida en forma de taquiarritmias de difícil control y fenómenos tromboembólicos. Los de la orejuela derecha son más raros, con muy pocos casos publicados, la mayoría en adultos. Su diagnóstico es fundamental debido a las posibles complicaciones comentadas (tromboembolia y arritmias).

CASO CLÍNICO

Presentamos a 2 pacientes controladas en la unidad de cardiología pediátrica por dilatación idiopática de orejuela derecha.

Nuestra primera paciente diagnosticada prenatalmente de dilatación aneurismática de orejuela derecha a la 31+6 SEG fue remitida para parto y control postnatal al Hospital Sant Joan de Deu. Se realizó cesárea electiva a la semana 39 sin incidencias durante el parto ni en periodo perinatal. Se inició tratamiento con AAS manteniéndolo actualmente. Sigue controles periódicos de ecocardiografía. En último control, con 18 meses, presentaba una orejuela derecha de 5 cm² sin trombos en su interior. No ha presentado arritmias ni otras complicaciones.

La segunda paciente se diagnosticó prenatalmente en la semana 20. Permaneció ingresada durante 24 horas tras parto eutócico a la 40+1 semanas de gestación para control y monitorización cardíaca sin presentar incidencias. También sigue controles ecográficos. Último control, al año de vida con orejuela de 7 mm de diámetro sin trombos en su interior. Al tratarse de una dilatación de menor tamaño no ha precisado tratamiento con AAS.

COMENTARIOS

Los aneurismas de orejuela derecha son excepcionales y de origen desconocido. Es necesario hacer un diagnóstico correcto, al conllevar una importante morbilidad. Deben descartarse en caso de arritmias de difícil control o fenómenos tromboembólicos.

La evolución natural de estas malformaciones es desconocida. En caso de presentar la malformación aislada sin otros síntomas, el manejo es controvertido. Algunos estudios sugieren una reducción del riesgo de arritmias auriculares tras la escisión quirúrgica; otros defienden que podría considerarse la administración de anticoagulantes orales para reducir el riesgo de fenómenos tromboembólicos sin existir evidencia suficiente. En cualquier caso, los pacientes asintomáticos deben ser evaluados individualmente y de forma frecuente.

Fiebre, anorexia y hepatoesplenomegalia en lactante de 7 meses

V. Adán, L. Cuadrado, S. Laliena, C. Guerrero, M. Bustillo

Hospital Materno Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2015; 45: 60]

INTRODUCCIÓN

La leishmaniosis visceral es una enfermedad zoonótica causada por protozoos del género *Leishmania*. Se transmite a través de la picadura de artrópodos insectos pertenecientes al género *Phlebotomus*. El principal reservorio es el perro. Cursa clínicamente con fiebre, anorexia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, alteraciones analíticas como anemia, leucocitopenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia. El diagnóstico definitivo se realiza mediante observación directa de los amastigotes de *Leishmania* en aspirado de médula ósea.

CASO CLÍNICO

Remiten del Hospital Obispo Polanco de Teruel, para estudio, un lactante de 7 meses por cuadro de anorexia y fiebre de hasta 40 °C de 11 días de duración. Es de origen marroquí y refieren haber viajado a Marruecos hace aproximadamente un mes, permaneciendo allí unos 14 días. En Hospital Obispo Polanco se ha realizado analítica que muestra una leve pancitopenia, marcadores bioquímicos inflamatorios (VSG y PCR) elevados y serologías a Gripe, VRS, CMV y EBV negativas.

A su llegada a nuestro centro presenta buen estado general, palidez mucocutánea y hepatoesplenomegalia. Se realiza análisis, ampliando estudio, que objetiva una pancitopenia más severa,

hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia. Debido a la fuerte sospecha clínica se realiza aspirado de médula ósea en la que se objetiva abundantes parásitos intra y extracelulares compatibles con protozoos del género *Leishmania*. Fue tratado inicialmente con cefepime por vía intravenosa hasta que se obtuvo la confirmación de la presencia de amastigotes. Posteriormente se inició tratamiento con anfotericina B liposomal a 4mg/kg/día durante 7 días. A los 6 días del tratamiento con anfotericina B liposomal el paciente estaba afebril, con mejoría del estado general y de los valores analíticos (hemograma y marcadores bioquímicos) persistiendo hepatoesplenomegalia, por lo que es dado de alta.

COMENTARIOS

La leishmaniosis visceral es una enfermedad zoonótica, endémica en nuestro medio. Al ser endémica en nuestro medio es importante mantener un alto nivel de sospecha ante pacientes con cuadros de fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y alteraciones analíticas como anemia, leucocitopenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia. El tratamiento con antimoniales, que suele ser de larga duración, tóxico y con mayor incidencia de fracaso terapéutico ha dado paso a la utilización de nuevos fármacos como la anfotericina B liposomal.

Valor del líquido pleural como factor pronóstico del derrame pleural paraneumónico

N. Álvarez García, Y. González Ruiz, A. Siles Hinojosa, R. Escartín Villacampa, J. Elías Pollina, J. Gracia Romero

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2015; 45: 61]

OBJETIVOS

Analizar factores pronósticos que determinen la necesidad de cirugía como consecuencia de la evolución desfavorable del derrame pleural asociado a la neumonía comunitaria.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con neumonía comunitaria en edad pediátrica ingresados en un hospital terciario entre 2013 y 2015 que han precisado intervención quirúrgica. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas, características bioquímicas y ecográficas del líquido pleural, agente etiológico, cobertura vacunal, complicaciones derivadas del proceso neumónico e intervención quirúrgica realizada.

RESULTADOS

238 pacientes fueron ingresados con diagnóstico de NAC (Neumonía asociada a la comunidad), de los cuales 20 (10M/10V, edad media 4,6 años) precisaron tratamiento quirúrgico. El tiempo de evolución medio al diagnóstico fue de 86 horas. El diagnóstico etiológico se realizó en el 45,5% (agente

más frecuente *S. pneumoniae*). 19 pacientes precisaron drenaje torácico seguido de fibrinólisis (5) y toracoscopia (3), 1 paciente precisó toracoscopia por derrame organizado al diagnóstico. 3 pacientes precisaron toracotomía por desarrollar neumonía necrotizante con fístula broncopleural (2) y neumatocele a tensión sin derrame asociado (1). Un paciente requirió cirugía diferida de neumatocele persistente. Aquellos pacientes intervenidos (toracoscopia o toracotomía) fueron diagnosticados más tardíamente ($p=0.0173$, IC=95%) y presentan en el líquido pleural valores de $pH < 7.2$ ($p < 0.001$, IC=95%) y glucosa $< 50\text{mg/dl}$ ($p=0.023$, IC=95%) siendo esta diferencia significativa frente al grupo con derrame pleural paraneumónico), que evolucionó favorablemente. No se han encontrado diferencias en cuanto a sexo, edad, características ecográficas del líquido y cobertura vacunal.

CONCLUSIONES

Los valores de $pH < 7.2$ y glucosa $< 50\text{mg/dl}$ se relacionan con la necesidad de tratamiento quirúrgico, por lo que el estudio del líquido pleural permite identificar pacientes con perfil de evolución desfavorable. El retraso en el diagnóstico también supone un factor predictivo de mala evolución en estos pacientes.

Afectación cutánea en recién nacido

S. B. Sánchez Marco, L. Troyas Fernández de Garayalde, Z. Galve Pradel

Centro: Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2015; 45: 62]

INTRODUCCIÓN

La epidermolísis bullosa (EB) hereditaria es una genodermatosis de muy baja prevalencia, transmitida con diferentes patrones de herencia y causada por una alteración de las proteínas de la unión epidermodérmica, lo que origina una alteración de la cohesión de la dermis con la epidermis, hecho que da lugar a la formación de ampollas, erosiones cutáneas y mucosas en áreas de roce y pequeños traumatismos. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia cutánea e identificando las mutaciones responsables de la enfermedad mediante estudio genético. El tratamiento se basa en minimizar los traumatismos y tratar las complicaciones derivadas de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Recién nacido varón de 24 horas de vida que acude trasladado del Hospital San Jorge por presentar cuadro consistente en lesión atrófica junto con aplasia cutis de pie izquierdo, lesiones eritematosas peribucales, en mejilla izquierda y mucosa bucal blanquecina. A lo largo de su hospitalización se produce una generalización de las lesiones en las áreas de roce y mínimos traumatismos, por lo que ante sospecha de epidermolísis ampollosa se contacta con Servicio de Dermatología del Hospital Infantil

Miguel Servet para realización de biopsia cutánea y se solicita estudio genético. Resto de pruebas complementarias normales. El resultado de la biopsia cutánea evidencia la presencia de una dermatitis ampollar subepidérmica con rasgos histológicos e inmunohistoquímicos de Epidermolísis Ampollosa Distrófica, confirmándose en el estudio genético dos mutaciones en el exón 80 y 60 del gen COL7A1 que confirman en diagnóstico de Epidermolísis ampollosa Distrófica Recesiva. Se realiza cura de las lesiones por parte de la asociación DEBRA y el servicio de Dermatología del Hospital universitario Miguel Servet y tratamiento de las complicaciones derivadas de la enfermedad a lo largo de su ingreso. Tras mejoría del cuadro clínico con disminución de lesiones cutáneas se decide alta domicilio y control posterior en hospital de origen.

COMENTARIOS

La epidermolísis ampollosa distrófica recesiva es una enfermedad muy poco frecuente que ocasiona manifestaciones clínicas potencialmente graves. Es fundamental un diagnóstico precoz y un manejo adecuado para la prevención de complicaciones, así como hacer especial hincapié en una educación sanitaria adecuada y apoyo psicológico a los familiares.

Dolor abdominal de causa poco frecuente

B. Floriano Ramos, S. Feo Ortega, E. Ubalde

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2015; 45: 62]

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda alitiásica se define como la inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos. Su origen es multifactorial. La colecistitis en niños es una entidad muy infrecuente y de éstas el 30-50% son alitiásicas. La mayoría de los casos descritos en niños están asociados a infecciones sistémicas (fiebre tifoidea, escarlatina, sarampión o VIH, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr). También se ha descrito asociada al uso de nutrición parenteral, posquirúrgicos, quemaduras extensas y tras traumatismos. En pacientes sanos, esta forma de colecistitis es aún menos frecuente.

CASO CLÍNICO

Niño de 7 años remitido por su pediatra por dolor abdominal de 24 horas de evolución, localizado en hipocondrio derecho. Fiebre de hasta 40 °C. A la exploración hepatoesplenomegalia de 2 traveses, Murphy dudoso, resto normal. En analítica san-

guínea PCR 27,49, PCT 5,81. Se realiza ecografía abdominal donde se objetiva dilatación y engrosamiento de pared de vesícula biliar. Ingres en planta donde se inicia antibioterapia y analgesia endovenosa. Se recogen cultivos, objetivándose IgM positiva para Citomegalovirus. Dado de alta con seguimiento en consultas externas, pendiente de colangiografía

COMENTARIOS

La colecistitis aguda alitiásica es una causa poco frecuente de dolor abdominal en niños. Esto conlleva un bajo índice de sospecha, pero debe ser considerada siempre como una causa de dolor abdominal, principalmente en niños críticamente enfermos. Debemos sospecharla ante clínica de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, fiebre, leucocitosis y elevación de marcadores de infección. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía abdominal. El tratamiento agudo es fundamentalmente médico, mediante antibioterapia y reposo intestinal, reservando el tratamiento quirúrgico para tratar complicaciones.

Guía terapéutica de antibióticos y analgésicos de primera necesidad en el servicio de pediatría del Kamuzu Central Hospital (Lilongwe, Malawi)

A. Montaner Ramón, C. Martínez Faci, M. López Úbeda

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 45: 63-64]

INTRODUCCIÓN

Malawi es uno de los países menos desarrollados y más densamente poblados del mundo. Dada la escasez de materias primas y el escaso desarrollo del país, su economía depende en gran parte de la ayuda internacional.

La situación sanitaria de Malawi es propia de uno de los países menos desarrollados del África subsahariana, con alta incidencia de enfermedades infecciosas como malaria, tuberculosis, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. La situación de Malawi es acorde con su pobreza, con una red sanitaria ínfima clasificada en 3 niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, sin llegar a estar éstas totalmente diferenciadas. En lo que se refiere a la salud materno-infantil, Malawi se encuentra entre los países con peores indicadores en morbilidad y mortalidad.

Esta situación extrema, conlleva la fuga de profesionales de la salud, de forma que las personas con medios para estudiar medicina son disuadidas por los bajos salarios y emigran a Sudáfrica, Kenia o Reino Unido, convirtiendo a Malawi en uno de los 3 países con menos médicos por habitante del mundo (1,6 por cada 100.000 habitantes).

En el año 2005 se inició el proyecto de cooperación Malawi Salud, financiado por el Servicio Aragonés de Salud, que se desarrolla en el Kamuzu Central Hospital de la capital de Malawi (Lilongwe), centro que con parámetros europeos sería considerado terciario. El objetivo de este proyecto es la realización de actividades formativo-asistenciales y la provisión de equipamiento y suministros a dicho centro.

La suspensión hace unos años de la financiación de las actividades de cooperación por parte del Servicio

Aragonés de Salud, ha hecho que este proyecto sea el único que se mantiene en funcionamiento gracias al esfuerzo personal de sus integrantes y a la venta anual de calendarios.

OBJETIVO

Nuestro proyecto se plantea intentando mantener la continuidad y seguir avanzando en la labor asistencial y formativa en el Kamuzu Central Hospital de Lilongwe (Malawi).

El objetivo principal es la mejora de la atención sanitaria de la población pediátrica de Malawi, mediante la colaboración con el sistema sanitario público del país.

En base a las principales patologías atendidas en el servicio, el objetivo primordial tras la evaluación de las necesidades, es facilitar la selección de fármacos y sus cantidades, que serán enviados en años posteriores dada la escasez de recursos y la necesidad de priorizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto se lleva a cabo en el Servicio de Pediatría del Kamuzu Central Hospital de Lilongwe. Su población diana son los niños (0-16 años) que acuden a urgencias o ingresados. La actividad desarrollada incluye labor asistencial, formativa y la detección de carencias notorias para su suministro.

RESULTADOS

Durante 2015, el proyecto Malawi Salud ha llevado a cabo una nueva misión en el Kamuzu Central Hospital, con el desplazamiento a Malawi de 2 pediatras y 3 enfer-

Correspondencia: Alicia Montaner Ramón
Gutiérrez Mellado, 9, 1º E. 50009 Zaragoza
alicia87mr@hotmail.com

meros/as durante un periodo de 2 meses (febrero y marzo de 2015), donde se han realizado actividades asistenciales en el departamento de Pediatría de dicho hospital y actividades formativo-docentes del personal sanitario de dicho centro, con el objetivo de intentar mantener una mejora en la asistencia de la población pediátrica en dicho país durante el resto del año, que no solo se refleje durante el periodo de estancia de las personas participantes en el proyecto.

Asimismo, se ha realizado el suministro de material para la administración de oxigenoterapia (mascarillas, tubos endotraqueales), fluidoterapia (jeringas, agujas, sets de infusión), inmovilización traumatológica y para la asistencia a partos (principalmente kiwis), así como la remisión de medicaciones, principalmente ceftriaxona y analgésicos intravenosos.

DISCUSIÓN

La asociación Malawi-Salud es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo general promover el des-

arrollo de las instituciones socio-sanitarias y educativas en Malawi.

El proyecto supone la remisión de profesionales y suministros al hospital público principal de la región central de Malawi, que abarca una población de unos 5 millones de habitantes. La misión principal consiste en trabajar ayudando y mejorando la formación de los profesionales sanitarios conjuntamente con las Escuelas de formación universitaria de Malawi.

El compromiso con el hospital es remitir el consumo anual de ceftriaxona, de la que de otra manera no dispondrían y que cambia radicalmente el pronóstico de los niños que ingresan por meningitis, neumonía o sepsis, apoyando una mejora en la atención y una reducción de la mortalidad infantil.

Gracias a la beca Jerónimo Soriano, el proyecto ha conseguido mantener un año más el suministro de medicación y la continuidad de las estancias en Malawi, para seguir avanzando en la labor asistencial y formativa que allí se lleva a cabo.