

# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

mayo agosto 2017

volumen 47

número 2

SUMARIO

### ARTÍCULOS ESPECIALES

**Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente**  
J. Fleta Zaragoza

**Proyecto de Cooperación con el Servicio de Pediatría del Hospital Kamuzu central Hospital en Lilongwe, Malawi. Nuestra experiencia**  
C. Verástegui, L. Murillo, T. Muñoz, T. Lafuente, S. Villanueva, C. Ferrer

### SESIONES DE LA SOCIEDAD

**Resúmenes de la Sesión de Comunicaciones Libres celebrada el 15 de junio en Zaragoza**

**Erupción facial tras ingesta de papilla de frutas**  
I. Baquedano Lobera, R. Bernadó Fonz, M. Marín Andrés, C. García Vera, T. Arana Navarro, T. Cenarro Guerrero

**Cistinuria como causa de litiasis urinaria**  
E. Soro Ferrer, C. Gálvez García, M. A. Ansón Manso, F. Ramos Fuentes, J. Sierra Sirvent

**Neumomediastino y enfisema subcutáneo**  
L. Sala Fernández, C. Martín de Vicente, C. Puig García, M. Marín Andrés, I. Baquedano Lobera, Á. Navarro Rodríguez-Villanueva

**Protocolo de estudio de retraso psicomotor global. Síndrome de Morsier**  
A. L. Martínez de Morentin Navarcorena, M. C. García Jiménez, M. Arrudi Moreno, A. Fernández Gómez, I. González Viejo, A. de Arriba Muñoz

**Hipocalcemia grave en lactante de cuatro meses**  
A. M. Gutiérrez Sánchez, M. López Rojo, A. Jiménez Olmos, E. Castejón Ponce, I. Gil Hernández, Y. Romero Salas

**Masa abdominal en lactante de dos meses**  
L. Jiménez Royo, M. P. Moreno Santos, R. Escartín Villacampa, J. Elías Pollina, J. Sierra Sirvent

**Tortícolis de larga evolución**  
M. López Rojo, A. M. Gutiérrez Sánchez, M. Medrano San Ildefonso, E. Ubalde Sainz, L. Monge Galindo, Y. Aliaga Mazas

**Lesiones cutáneas neonatales como debut de enfermedad sistémica**  
S. Laliena Aznar, L. Murillo Sanjuan, C. Martínez Faci, C. Guerrero Laleona, C. Rodríguez-Vigil Iturrate, A. Muñoz Mellado

**La elongación ósea como tratamiento de la acondroplasia, un dilema ético. Beneficiencia vs. No maleficencia**  
A. Navarro Rodríguez-Villanueva, L. Sala Fernández, L. Cuadrado Piqueras, P. López Lahoz, J. Gil Albarova, A. de Arriba Muñoz







# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

Órgano de expresión fundamental  
de la Sociedad de Pediatría  
de Aragón, La Rioja y Soria

Con la colaboración de



### Edita:

Sociedad de Pediatría  
de Aragón, La Rioja y Soria

Paseo de Ruiseñores, 2  
50006 Zaragoza

### Dep. legal:

M. 21. 402-1970

### I.S.S.N.:

1.696-358-X

### Imprime:

TIPOLINEA, S.A.

Publicación autorizada por  
el Ministerio de Sanidad  
como Soporte Válido  
Ref. n.º 393

Publicación cuatrimestral  
(3 números al año)

### Fundador:

Luis Boné Sandoval

### Dirección:

Carmen Campos Calleja

### Secretaria de redacción:

M.<sup>a</sup> Gloria Bueno Lozano

Avda. Alcalde Sainz de Varanda, 26, 12-D  
50009 Zaragoza  
mgbuenol@unizar.es

### Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria

<http://www.comz.org/spars/spars.html>

### Junta directiva:

#### Presidenta:

Nuria García Sánchez

#### Vicepresidente 1.º:

Javier Sierra Sirvent

#### Vicepresidente 2.º:

José M.<sup>a</sup> Amal Alonso

#### Secretaria general:

María Pilar Lalana Josa

#### Secretario de actas:

Juan Pablo García Íñiguez

#### Tesorero:

Segundo Rite Gracia

#### Bibliotecaria

#### y directora del Boletín:

Carmen Campos Calleja

#### Vocal por Huesca:

M.<sup>a</sup> José Calvo Aguilar

#### Vocal por La Rioja:

M.<sup>a</sup> Yolanda Ruiz del Prado

#### Vocal por Soria:

Ruth Romero Gil

#### Vocal por Teruel:

Lorena Gracia Torralba

#### Vocal por Zaragoza:

César García Vera

#### Vocal de Pediatría

#### Extrahospitalaria

#### y de Atención Primaria:

M.<sup>a</sup> Ángeles Learte Álvarez

#### Vocal MIR:

Paula M.<sup>a</sup> Barberá Pérez

### Consejo de redacción:

#### Directora:

Carmen Campos Calleja

#### Secretaria de redacción:

M.<sup>a</sup> Gloria Bueno Lozano

#### Consejo de redacción:

F. de Juan Martín

J. Fleta Zaragozano

M. V. Labay Martín

A. Lacasa Arregui

A. Lázaro Almaraz

C. Loris Pablo

L. Ros Mar

F. Valle Sánchez

G. Rodríguez Martínez

M.<sup>a</sup> Pilar Samper Villagrasa

### Presidentes de honor:

E. Casado de Frías

M. A. Soláns Castro

A. Sarría Chueca

A. Baldellou Vázquez

M. Bueno Sánchez

M. Adán Pérez

A. Ferrández Longás

J. Elías Pollina

M. Domínguez Cunchillos

REVISTA INCLUIDA EN EL ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL

mayo  
agosto  
2017  
volumen 47  
número 2

## SUMARIO

# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

## ARTÍCULOS ESPECIALES

- 37 Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente**  
J. Fleta Zaragoza
- 46 Proyecto de Cooperación con el Servicio de Pediatría del Hospital Kamuzu central Hospital en Lilongwe, Malawi. Nuestra experiencia**  
C. Verástegui, L. Murillo, T. Muñoz, T. Lafuente, S. Villanueva, C. Ferrer

## SESIONES DE LA SOCIEDAD

Resúmenes de la Sesión de Comunicaciones Libres  
celebrada el 15 de junio en Zaragoza

- 51 Erupción facial tras ingesta de papilla de frutas**  
I. Baquedano Lobera, R. Bernadó Fonz, M. Marín Andrés, C. García Vera, T. Arana Navarro, T. Cenarro Guerrero
- 52 Cistinuria como causa de litiasis urinaria**  
E. Soro Ferrer, C. Gálvez García, M. A. Ansón Manso, F. Ramos Fuentes, J. Sierra Sirvent
- 53 Neumomediastino y enfisema subcutáneo**  
L. Sala Fernández, C. Martín de Vicente, C. Puig García, M. Marín Andrés, I. Baquedano Lobera, Á. Navarro Rodríguez-Villanueva
- 54 Protocolo de estudio de retraso psicomotor global. Síndrome de Morsier**  
A. L. Martínez de Morentín Navarcorena, M. C. García Jiménez, M. Arrudi Moreno, A. Fernández Gómez, I. González Viejo, A. de Arriba Muñoz
- 55 Hipocalcemia grave en lactante de cuatro meses**  
A. M. Gutiérrez Sánchez, M. López Rojo, A. Jiménez Olmos, E. Castejón Ponce, I. Gil Hernández, Y. Romero Salas
- 56 Masa abdominal en lactante de dos meses**  
L. Jiménez Royo, M. P. Moreno Santos, R. Escartín Villacampa, J. Elías Pollina, J. Sierra Sirvent
- 57 Tortícolis de larga evolución**  
M. López Rojo, A. M. Gutiérrez Sánchez, M. Medrano San Ildelfonso, E. Ubalde Sainz, L. Monge Galindo, Y. Aliaga Mazas
- 58 Lesiones cutáneas neonatales como debut de enfermedad sistémica**  
S. Laliena Aznar, L. Murillo Sanjuan, C. Martínez Faci, C. Guerrero Laleona, C. Rodríguez-Vigil Iturrate, A. Muñoz Mellado
- 59 La elongación ósea como tratamiento de la acondroplasia, un dilema ético. Beneficiencia vs. No maleficiencia**  
A. Navarro Rodríguez-Villanueva, L. Sala Fernández, L. Cuadrado Piqueras, P. López Lahoz, J. Gil Albarova, A. de Arriba Muñoz



may  
august  
2017  
volume 47  
number 2

# BOLETIN

## Sociedad de Pediatría de ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA

### CONTENTS

#### SPECIAL ARTICLE

- 37 Autolesions in adolescence: an emerging behavior

J. Fleta Zaragoza

- 46 Cooperation Project in the Pediatrics Service of the Kamuzu Central Hospital in Lilonwe, Malawi. Our experience

C. Verástegui, L. Murillo, T. Muñoz, T. Lafuente, S. Villanueva, C. Ferrer

#### SOCIETY SESSIONS





# Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente

J. Fleta Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 37-45]

## RESUMEN

Las autolesiones son todas aquellas lesiones provocadas deliberadamente en el propio cuerpo sin finalidad suicida, especialmente en la piel. Su incidencia es cada vez mayor, son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, especialmente en las adolescentes. En el presente trabajo, de revisión, se describe esta conducta, sus posibles causas, condicionantes y motivaciones, factores de riesgo, clasificación, tratamiento y prevención. La actuación conjunta del pediatra y del psiquiatra infantil deberá ser fundamental a la hora de tratar a estos pacientes.

## PALABRAS CLAVE

Autolesión, cortes en la piel, alteración del comportamiento, trastorno psiquiátrico, adolescencia.

## *Autolesions in adolescence: an emerging behavior*

## ABSTRACT

*Self-injuries are all those injuries deliberately caused in the body itself without suicidal purpose, especially in the skin. Their incidence is increasing, they are more frequent in women than in men, especially in adolescents. This review describes this behavior, its possible causes, conditions and motivations, risk factors, classification, treatment and prevention. The joint action of the pediatrician and the child psychiatrist should be fundamental when it comes to treating these patients.*

## KEY WORDS

*Self-injury, skin cuts, behavioral disturbance, psychiatric disorder, adolescence.*

Las autolesiones son todas aquellas conductas que implican la provocación deliberada de lesiones en el propio cuerpo sin finalidad suicida (NSSI: «Non-suicidal Self-Injury») como por ejemplo cortes en la piel («Self-cutting»), quemaduras, golpes, arrancarse el pelo, punciones, arañazos, pellizcos y envenenarse, entre otros comportamientos anómalos.

Las conductas autolesivas constituyen un importante problema de salud pública. Desde mediados de 1960 se ha

observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan, en algunos casos, durante el padecimiento de cuadros psiquiátricos bien definidos, como por ejemplo en síndromes depresivos o trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, son muy escasos los estudios sobre conductas autolesivas en el ámbito de la pediatría y adolescencia en nuestro medio, hasta tiempo muy reciente.

En el presente trabajo, de revisión, se describe esta conducta que se presenta cada vez con más frecuencia,

**Correspondencia:** Facultad de Ciencias de la Salud  
Domingo Miral s/n. 50009 Zaragoza  
jfleta@unizar.es  
Recibido: febrero 2017. Aceptado: marzo 2017

sus posibles causas, condicionantes y motivaciones, prevalencia, factores de riesgo, clasificación, tratamiento y prevención. Indudablemente, la actuación conjunta del pediatra y del psiquiatra infantil deberá ser fundamental a la hora de tratar a estos pacientes.

## INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Muchos de los datos sobre la incidencia se han obtenido en los servicios de urgencias de diversos hospitales, pero se cree que estos no son buenos estimadores del número real de adolescentes que realiza este tipo de conductas, ya que muchos de ellos no acuden a un servicio de urgencias. Además, los datos obtenidos de esta forma dependen en gran medida de los registros hospitalarios, y la validez de los mismos es cuestionable<sup>(1)</sup>.

La falta de estudios rigurosos adecuados para registrar el número de comportamientos autolesivos en este grupo de edad puede explicar la escasa información obtenida hasta el momento. En Europa, Estados Unidos y Australia, se observó un incremento en estas conductas en la década de los 60. La incidencia pareció estabilizarse en los años 80, aunque desde los 90 se ha observado un nuevo aumento<sup>(2,3)</sup>.

En Inglaterra y Escocia se han llevado a cabo varios estudios en los que se estima que hasta 1 de cada 130 adolescentes puede autolesionarse. Se recogieron datos en un estudio de monitorización de conductas autolesivas en Oxford entre los años 1985 y 1995; la población diana incluía todos aquellos pacientes menores de 20 años que acudían al Hospital General de Oxford con autolesiones. Durante el tiempo que duró el estudio, 1.840 individuos acudieron al servicio de urgencias con autolesiones. Se observó que la incidencia aumentaba con la edad y que eran más frecuentes en mujeres que en hombres. Además las mujeres acudían con más frecuencia que los hombres debido a ingestas medicamentosas: 91,2% de mujeres frente a 82,5% de hombres<sup>(2,4,5)</sup>.

En el año 2001 se realizó una encuesta sobre la salud mental de niños y adolescentes en el Reino Unido que proporcionó información en lo que respecta a trastornos emocionales y conductuales. La información se obtuvo de 10.438 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Tanto los jóvenes como sus padres fueron entrevistados, lo que permitió obtener datos diferenciales. En total, 4.249 jóvenes de entre 11 y 15 años fueron entrevistados, de los cuales 248 reconocieron haberse autolesionado, pero solo 78 de los padres entrevistados informaron de que sus hijos se habían autolesionado en algún momento. Un análisis detallado de los datos informó asimismo de que un 6,5% de mujeres y un 5,0% de hombres se habían autolesionado previamente al estudio<sup>(6)</sup>.

La incidencia de autolesiones era más alta entre aquellos jóvenes diagnosticados de patología psiquiátrica, comparados con el grupo sin patología. La prevalencia era mayor entre aquellos jóvenes que padecían depresión, trastorno de conducta y trastorno de ansiedad. Asimismo, otros datos mostraron cómo las autolesiones eran más frecuentes en niños adoptados, niños que vivían con uno solo de sus padres y en aquellos que convivían con más de cinco hermanos. Se dan en un 4% de la población general, especialmente en la época de la adolescencia, llegando al 14-15%. Las tasas son más elevadas si se ha hecho alguna vez anteriormente y si nos referimos a la población psiquiátrica<sup>(7-9)</sup>.

Las mujeres se autolesionan más con cortes, los hombres con quemaduras. La frecuencia observada según el tipo de lesión es la siguiente: cortes en la piel (85%), quemaduras (30%), golpes (32%), arrancarse el pelo (7%), punciones, arañazos, pellizcos y envenenarse<sup>(10)</sup> (figuras 1 y 2).

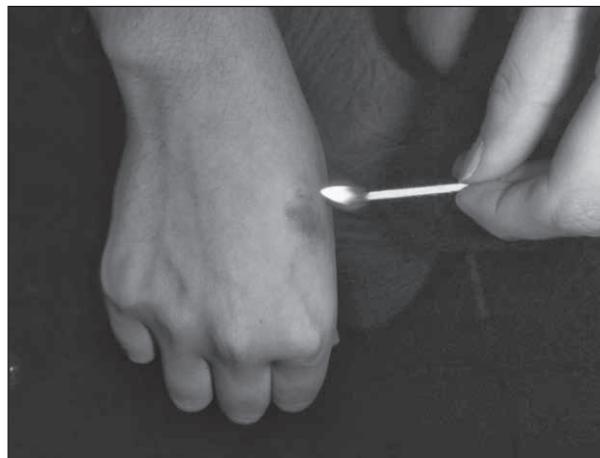


Figura 1. Autolesión por quemadura.



Figura 2. Autolesiones múltiples en extremidades inferiores.

## CAUSAS Y MOTIVACIONES

Gran parte de las ocasiones se deben a una finalidad psicológica. La autodestrucción, que se manifiesta en cortes, quemaduras, rasguños, arañazos, tirones del pelo, golpes (sobre todo en la cabeza), cualquier forma de producción de dolor es una forma de expresar el sufrimiento, una forma no verbal de comunicación donde los sentimientos se transmiten visualmente a través del cuerpo. Generalmente se usa para liberarse de sentimientos de rabia, ira, tristeza, soledad, rencor y dolor emocional. Se efectúa para liberar las emociones que el autoagredido no puede expresar. A veces, ante el sentimiento de no estar vivo, los autoflageladores se cortan para cerciorarse de que siguen vivos<sup>(11)</sup>.

Este comportamiento se utiliza a veces para aliviar dolores emocionales fuertes, ya que es más fácil controlar el dolor físico que el emocional. La sensación de dolor produce una cierta liberación de ansiedad. Algunos adolescentes se realizan heridas (cortes o quemaduras, o hasta beber su propia sangre) en momentos de crisis o de sufrimiento, porque el dolor físico les ayuda a soportar su sufrimiento psicológico. En otras circunstancias la autoagresión se utiliza para sentir poder sobre uno mismo. La autoagresión está muy relacionada con las adicciones y trastornos de alimentación como bulimia y anorexia<sup>(12)</sup>.

También puede utilizarse la autoagresión como forma de demostrar públicamente el sufrimiento interno, de forma similar a la costumbre judía de «rasgarse las vestiduras» y «echarse ceniza sobre la cabeza». En este caso el objetivo último es la búsqueda de ayuda o comprensión.

Se debe tener en cuenta que si bien las autolesiones son una conducta parasuicida, no son una conducta suicida en sí. El suicidio suele intentar acabar con el sufrimiento, acabar con la vida (suelen preferir métodos indolores o no violentos), mientras que la autolesión provoca un dolor o una distracción.

Podemos describir seis grupos de motivos para que alguien se autolesione<sup>(13)</sup>:

- Para llamar la atención: las autolesiones son muy llamativas y hacen que los demás sientan la necesidad de estar pendientes de la persona por miedo a que lo vuelva a hacer, en algunos casos buscan atención, afecto, que se les escuche y que se haga lo que ellos quieren. Muchas veces se utiliza la lesión como amenaza («si me dejas me autolesionaré»...) o para culpar a la otra persona y hacer que se sienta mal.
- Para castigarse: una baja autoestima, sentimientos de culpabilidad, de no ser merecedor de algo, de ser responsable por algo negativo, pueden llevar a la

persona a pensar que son «malos» y que merecen un castigo. Muchas veces representan sentimientos de odio, rechazo o disgusto hacia uno mismo.

- Para evadir un malestar emocional: el malestar físico (el dolor) tiene prioridad sobre cualquier otra sensación, detiene el proceso del pensamiento, interrumpe los sentimientos. Cuando sentimos dolor no pensamos en nada más, y esto es lo que se busca en estos casos de una autolesión. Cuando hay pensamientos negativos constantes, ansiedad, depresión, la persona puede lesionarse por el propio malestar que estos producen, pero también porque la autolesión bloqueará temporalmente esos pensamientos. Es una forma de controlar las emociones. Es como una válvula que libera esa tensión emocional.
- Como conducta parasuicida: muchos suicidas habían llevado a cabo tentativas previamente. Por ejemplo, cortes en las muñecas previos al corte más profundo. A veces es para ver si son capaces, para saber qué van a sentir en el momento. A veces demuestra inseguridad y en el momento frenan la conducta antes de que sea letal. Se calcula que un 15% de las personas que se autolesionan tienen tendencias suicidas.
- Para asumir un control sobre situaciones que sobrepasan a la persona: esto sería similar a lo que ocurre con la anorexia; en este tipo de conductas dañinas para uno mismo pueden influir sentimientos o necesidad de control, aun cuando uno no puede controlar a los demás o lo que le rodea, sí puede controlar su propio cuerpo. Esta necesidad de sentir control sobre uno mismo puede asociarse junto con los otros factores que hemos comentado e influir en la conducta autolesiva.
- Por sentimientos de vacío crónico: muchas veces estos sentimientos de vacío, de que falta algo o de que no se puede sentir nada pueden ser muy frustrantes y llevar a la persona a desear sentir algo, por malo que sea. La autolesión causa dolor y sentimientos que pueden hacer que la persona los utilice para suplir esos episodios de vacío existencial, para hacerles sentir «vivos».

## TRASTORNOS ASOCIADOS A LAS AUTOLESIONES

Como hemos referido anteriormente las autolesiones pueden aparecer por sí solas, pero pueden representar un problema más complejo de fondo: se estima que el 50% de las autolesiones están asociadas a un trastorno mental.

Toda autolesión debe ser considerada y no ignorada, al menos hasta que se descarte algún peligro o que esto forme parte del tratamiento<sup>(14)</sup>.

Hay muchos trastornos en los que aparecen las autolesiones, el más común y el único que se considera como criterio de diagnóstico es el denominado trastorno límite de la personalidad. En este trastorno las autolesiones aparecen en un 70% de los pacientes y entre el 8 y 10% consuman el suicidio.

En el trastorno de personalidad histriónica pueden aparecer autolesiones, aunque en este caso, es más probable que se asocien a una llamada de atención. También pueden aparecer en otros trastornos de personalidad (como el antisocial), en la depresión o en el trastorno bipolar; los sentimientos de malestar, en general, pueden acabar llevando a la persona a autolesionarse.

Este fenómeno también puede verse en patología comparada. Tal es así que, en algunas especies animales, como en el perro o en las aves, también existen casos de autolesiones, en casos de zoocosis, como en procesos depresivos, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad y estrés. En estos casos se pueden observar mordeduras de las patas y de la cola, arrancarse el pelo, picotearse, golpearse la cabeza hasta producirse mutilaciones, morder los barrotes de la jaula y lesiones en los genitales.

Las autolesiones pueden ocurrir en momentos o episodios de despersonalización en los que la persona no es consciente de lo que está haciendo. Así mismo, en ocasiones, en episodios psicóticos las voces pueden inducir a las autolesiones. Se asocia también con los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias. Las autolesiones también pueden aparecer en el trastorno por estrés postraumático.

Por último, añadir que en una serie de enfermedades mentales, como la demencia y la esquizofrenia, así como en otros trastornos, como la discapacidad intelectual y el autismo, los afectados se producen a sí mismos daños sin ningún objetivo, sino a consecuencia de su enfermedad, y esta conducta también se considera autoagresión.

Un caso paradigmático de autolesión es el paciente con el síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno del metabolismo de las purinas producido por una deficiencia completa de hipoxantina-guanina-fosforibosil-transferasa. Esta deficiencia es una alteración congénita de herencia recesiva ligada al sexo, con una prevalencia de un caso por cada cien mil recién nacidos vivos. En este caso los niños presentan una autoagresión compulsiva con pérdida tisular: empiezan a morderse los labios o sus dedos desde muy corta edad<sup>(15)</sup>.

## FACTORES PREDICTORES DE LAS AUTOLESIONES

Ninguno de estos factores enumerados predice por sí solo las autolesiones. Destacaremos los siguientes<sup>(16-18)</sup>.

Factores de riesgo: ser mujer, tener entre 15 y 25 años, vivir en una institución o centro y ser persona dependiente de alcohol o drogas.

Factores precipitantes: «bullying», embarazo no deseado, enfermedad física grave, divorcio de los padres o problemas familiares, abuso sexual, violencia doméstica, duelo, depresión, problemas económicos o en el trabajo, ansiedad, problemas en las relaciones sociales, suicidio o autolesiones de alguien cercano (este factor afecta más a los adolescentes), entre otros. El alcohol está presente en muchos de los períodos autolesivos, desinhibe y fomenta la conducta impulsiva por lo que es una nefasta combinación.

Factores inherentes a la persona: baja autoestima, imagen corporal pobre o distorsionada, sentimientos de rechazo por parte de los demás o de ser diferente, ser una persona aislada, bajas habilidades sociales, diferencias culturales o raciales, mala adaptación al entorno, alto neuroticismo (como rasgo de personalidad) y presentar algún trastorno psicológico (tablas I y II).

## CLASIFICACIÓN, CRITERIOS Y OTRAS CARACTERÍSTICAS, SEGÚN DSM-5

Las autolesiones no suicidas están contempladas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5ª edición, actualizada y editada por la Asociación Americana de Psiquiatría y publicada en español en 2014<sup>(19)</sup>.

El tema se inscribe en la Sección III, que contiene «Medidas y modelos emergentes», con el título de «Afecciones que necesitan más estudio». En este apartado se incluyen afecciones que conviene seguir investigando en el futuro, con el fin de tomar decisiones acerca de su posible inclusión en las subsiguientes versiones del DSM.

Así pues, los criterios que se aportan de esta afección no son definitivos ni oficiales en la actualidad por lo que se recomienda utilizarlos con cierta precaución ante propósitos clínicos. Los criterios propuestos para definir esta afección son los siguientes:

1. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal que suelen producir sangrado, hematoma

- o dolor, como por ejemplo cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso, etc., con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, sin intención suicida).
2. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
    - 2.1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
    - 2.2. Para resolver una dificultad interpersonal.
    - 2.3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.
  3. Las autolesiones intencionadas se asocian con, al menos, una de las siguientes:
    - 3.1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
      - 3.2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
      - 3.3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúa.
    4. El comportamiento no está aceptado socialmente, como por ejemplo «piercings», tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural, y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
    5. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
    6. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón

Tabla 1. Factores de riesgo de conducta autolesiva en la adolescencia

#### A. Características personales

1. Capacidad de solución de problemas: si es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas.
2. Impulsividad: la mayoría de conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo.
3. Desesperanza: síntoma relacionado directamente con ideación y comportamiento suicida.
4. Ira y hostilidad: diversos estudios han mostrado que estas dos características aparecen con más frecuencia en adolescentes que se autolesionan.

#### B. Trastornos psiquiátricos

1. Trastornos depresivos: directamente relacionados con conductas autolesivas. El 67% de adolescentes que realizan una ingesta tóxica padecen un trastorno depresivo.
2. Abuso de sustancias: el consumo de alcohol se relaciona directamente con la posibilidad de autolesionarse.
3. Trastorno de conducta: adolescentes que se autolesionan muestran mayor tasa de trastornos de conducta y comportamiento antisocial.

#### C. Características familiares

1. El 50% de los adolescentes que se autolesionan viven solo con uno de sus padres.
2. Los problemas de convivencia entre los padres están claramente asociados con intentos de suicidio en adolescentes.
3. La falta de calidez en las relaciones familiares y los problemas específicos de relación entre adolescentes menores de 16 años y sus madres han mostrado ser factores importantes en aquellos que realizan un intento de suicidio.

#### D. Los medios de comunicación

1. Un estudio mostró que cuanto más publicidad se le dé a un caso de suicidio, más serán los casos de suicidio en el período posterior al primero.
2. La publicación en diversos periódicos de un caso de suicidio está directamente relacionada con el aumento de estos actos en el período posterior a la publicación.
3. La emisión de una serie de televisión basada en un caso de suicidio («Muerte de un estudiante») en Estados Unidos en 1983 se relacionó directamente con el incremento en el número de jóvenes que intentaban cometer suicidio por primera vez tras la visualización de la misma.
4. La influencia de programas de televisión en adolescentes de 14 años sanos: realizaban más conductas de riesgo, era más probable que consumieran drogas, puntuaban más alto en las escalas de depresión y cometían mayor número de autolesiones.

Tomado de AEPNYA (1), modificado

Tabla II. Protocolo diagnóstico de autolesiones

### A. Recogida de historia clínica

#### 1. Acontecimiento que ha provocado este comportamiento

- ¿Qué acontecimientos han precipitado esta conducta?
- ¿Qué motivos tenía el paciente para autolesionarse?
- ¿En qué circunstancias se ha producido esta conducta?
- ¿Ha existido una preparación específica de la conducta autolesiva (ej. carta de despedida)?
- ¿Qué grado de violencia ha tenido este comportamiento?
- En caso de ingesta de sustancias: ¿qué grado de letalidad tenían las mismas?
- ¿Existen síntomas de depresión previos a la conducta autolesiva?
- ¿Existe algún signo que indique uso/abuso de alcohol?

#### 2. Historia médica y psiquiátrica

- ¿Ha existido alguna conducta autolesiva previa?
- ¿Ha padecido el paciente algún trastorno psiquiátrico previamente? ¿De qué tipo?
- ¿Cómo fue tratado?
- ¿Existen antecedentes familiares de depresión u otro trastorno psiquiátrico, suicidio o alcoholismo?
- ¿Hay evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa a dicha conducta?

#### 3. Circunstancias sociales

- ¿El paciente vive solo?
- ¿El paciente está trabajando en la actualidad?
- ¿Cómo han reaccionado la familia y amigos cercanos al paciente ante los hechos?
- ¿Quién se hará cargo de llevar al paciente a su domicilio y acompañarlo en las horas posteriores a la conducta autolesiva?
- ¿Hay alguna evidencia de abuso físico, psíquico o sexual?
- ¿Es posible que las circunstancias sociales que rodean al paciente empeoren después del comportamiento autolesivo?

### B. Examen del estado final

Considerar la apariencia física del paciente, especialmente si muestra signos de agitación, inquietud psicomotora, depresión o descuido en el cuidado personal.

Explorar específicamente si el paciente está deprimido o si existen variaciones en el estado de ánimo durante el día.

- ¿Existen alteraciones en el patrón normal de sueño?
- ¿Existen alteraciones en el apetito o pérdida de peso?
- ¿Existen ideas nihilistas? ¿Hay alguna otra persona que forme parte de las mismas?

Explorar específicamente ideación/intencionalidad suicida.

- ¿Es el paciente pesimista respecto a su capacidad para afrontar situaciones cotidianas?
- ¿Existe algún otro trastorno o síntoma psiquiátrico presente?

### C. Formulación diagnóstica

¿Qué motivos explican el comportamiento autolesivo?

Diagnóstico psiquiátrico (si existe)

Evaluación de riesgo suicida o de repetición de la conducta autolesiva, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes en el momento de la valoración del paciente.

Áreas problemáticas en la esfera personal/social en las que el paciente necesita ayuda.

Objetivos terapéuticos

Tomado de AEPNYA (1), modificado

de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica, como por ejemplo trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad

intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía y trastorno de excoriación en piel.

En este Manual se describen algunas características clínicas y métodos empleados para producir las lesiones. Lo más frecuente es que la lesión se realice con un cuchillo, aguja, cuchilla u otro objeto afilado. Las zonas más lesionadas son la parte anterior de los muslos y la cara dorsal de los antebrazos; los cortes son superficiales y suelen ser paralelos, separados 1 o 2 cm. A menudo las lesiones sangran y dejan cicatriz. Las quemaduras se producen con frecuencia con colillas encendidas o frotando la piel con una goma de borrar repetidamente. Es característico que los individuos que se producen autolesiones no suicidas no buscan asistencia médica. Hay que tener en cuenta que el acto de cortarse se puede realizar con instrumentos compartidos, lo cual incrementa la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea.

Se estima que la relación de esta afección entre mujeres y hombres es de 2/1, aproximadamente, es decir, una relación muy diferente al trastorno del comportamiento suicida, que se estima en 3/1 o 4/1.

El texto incluye un comentario sobre algunos trastornos que pueden simular esta afección, algunos ya enumerados anteriormente. En primer lugar hay que tener en cuenta el trastorno de la personalidad límite; en este caso los individuos presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles. En el trastorno del comportamiento suicida el objetivo es un deseo de morir; en este sentido hay que advertir que los individuos con autolesión no suicida tienen una probabilidad significativamente mayor de suicidarse. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con el uso previo de varios métodos para autolesionarse.

La tricotilomanía consiste en arrancarse el pelo. Es un comportamiento dañino limitado a zonas del cabello de la cabeza, las cejas o las pestañas. La denominada autolesión estereotipada implica golpearse la cabeza o morderse y se asocia habitualmente con una concentración intensa; puede asociarse a retraso en el desarrollo. La dermatilomanía, o trastorno de excoiación, consiste en excoiarse la piel en zonas en donde considera que hay una mancha o lesión antiestética, habitualmente en la cara o en el cuero cabelludo; es un trastorno casi exclusivo de las mujeres.

## TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS AUTOLESIONES. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Las autolesiones son un problema importante que requiere ayuda profesional. Es probable que la persona no lo haya contado por vergüenza, culpa o miedo a lo que pensarán los demás. A veces temen que se les ingrese en el hospital. Debemos mostrarnos comprensivos y dejar que la persona nos pueda hablar de su problema. Si lo ha estado ocultando está claro que no era para llamar

la atención. Deben percibir la gravedad de la situación pero desde el apoyo. Debemos saber que el hablar de ello no va a empeorar el caso, es más, le va a permitir a la persona utilizar una vía de expresión o liberación diferente a la habitual (las lesiones). Debemos decirle que queremos ayudarlo, que cuenta con apoyo y que ir a hablar con un psicólogo o psiquiatra no implica que se le vaya a ingresar, esto solo se realiza en casos graves o cuando hay un peligro para la persona<sup>(20)</sup>.

Las personas que se autolesionan no suponen un peligro para los demás, no son agresivos (por regla general) hacia los demás ni van a hacernos daño. Es cierto que puede que acaben autolesionándose en nuestra presencia, pero lo más probable es que lo hagan de todas maneras, con lo que nuestra presencia, en todo caso, puede ayudar.

En algunas ocasiones se indicarán ISRS (antidepresivos) por su función reguladora de la serotonina y del estado de ánimo (alteración asociada a estos episodios). Los niveles de serotonina bajos se asocian a las autolesiones, impulsividad y agresividad. También pueden estar indicados los antipsicóticos. El tratamiento de los procesos desencadenantes puede ser fundamental, como en el caso del autismo, depresión, esquizofrenia, tendencias suicidas, trastornos alimentarios, trastorno bipolar, trastorno del control de impulsos y trastorno límite de la personalidad<sup>(4,21)</sup>.

La terapia psicológica deberá ser imprescindible. Desde ella se abordarán técnicas conductuales y cognitivas que modificarán la conducta y los pensamientos asociados a ella y nos permitirán entender por qué la persona empezó a autolesionarse. Solo el 10% de personas que se autolesionan pide ayuda, el resto sufren en silencio (tabla III).

## PREVENCIÓN

En la última década se ha prestado mayor atención a la identificación de adolescentes con alto riesgo de autolesionarse o cometer suicidio, dado que esta es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10-18 años. Uno de los mejores predictores de suicidio es un intento previo de suicidio. Entre un 10-40% de adolescentes que cometen suicidio lo han intentado. Cuando evaluamos la gravedad de una conducta autolesiva debemos tener en cuenta la letalidad, los antecedentes y la motivación. Los adolescentes con este tipo de comportamiento a menudo se resisten a dar información personal a un adulto, que es visto como una figura de autoridad. Las iniciativas para la prevención de conductas autolesivas y suicidio en los colegios, centradas en la identificación de poblaciones en riesgo, sería la mejor en términos de coste-beneficio<sup>(16,18,22-24)</sup>.

A continuación se exponen algunas estrategias que pueden servir en el momento de necesidad para evitar autolesionarse. Algunas permitirán canalizar la ira, otras,

Tabla III. Tratamiento de las autolesiones

**A. Terapia basada en solución de problemas**

Estrategia basada en que el individuo tiene un déficit en su capacidad para resolver problemas de otra manera.

**Primera fase:** el terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir los problemas y los factores que contribuyen al mismo.

**Segunda fase:** el terapeuta ayuda al paciente a generar soluciones al problema identificado («brainstorming»).

**Tercera fase:** el terapeuta apoya al paciente en decidir cuál es la mejor solución desde un punto de vista cognitivo y conductual.

**B. Terapia Cognitivo Conductual**

Abordaje similar al llevado a cabo en casos de depresión. Se basa en la idea de que la forma en que el individuo interpreta acontecimientos está relacionada con el ánimo y el comportamiento.

El objetivo es cambiar el contenido cognitivo del comportamiento suicida y el afecto asociado al mismo.

**C. Entrenamiento en habilidades sociales**

**Objetivo:** conseguir que el adolescente se comunique de una forma más efectiva con aquellas personas con las que se encuentra en desacuerdo.

A menudo se utilizan técnicas de role-play.

Objetivos secundarios: mejorar la asertividad y la confianza en uno mismo, sobre todo en situaciones sociales.

**D. Reconocimiento y control de la ira**

**Objetivo:** reconocer y controlar los sentimientos de ira antes de que la conducta se agrave y se provoquen autolesiones.

Se emplean técnicas como «termómetro de sentimientos» y «distracción» tras identificar sentimientos que están llegando al punto de «sin retorno».

**E. Terapia de Familia**

A menudo se emplea un enfoque educacional, cuyo objetivo es la solución de conflicto intrafamiliar y la mejora en las habilidades de comunicación.

Un estudio casos control aleatorizado muestra cómo las terapias familiares breves en el domicilio de los pacientes NO son más efectivas que un número reglado de sesiones en un entorno clínico.

Tomado de AEPNYA (1), modificado

sentir la sensación de una lesión sin llevarla a cabo realmente: pintar con un bolígrafo rojo la piel en lugar de cortarla, cubrir con vendajes el lugar donde le gustaría cortarse, crear una herida con maquillaje, golpear una almohada o saco de boxeo, hacer ejercicio físico, gritar o hacer mucho ruido, hablar con un amigo (no necesariamente de la autolesión), pintar o hacer algo artístico que represente nuestros sentimientos en ese momento, coger cubitos de hielo con la mano, romper algo que no sea valioso (sin hacernos daño), por ejemplo una revista, una caja de cartón, una sábana vieja; pinchar globos, dibujar en las caras de la gente en las revistas, chutar fuerte un balón contra una pared, dar palmadas hasta que pique la mano, masajear en lugar de lesionar la zona, morder algo muy picante o amargo (limón, guindilla), depilarse con cera, pintarse las uñas, ordenar el armario por colores, contar hasta 100 o 500, contar las baldosas, luces, etc, disfrazarse, jugar a un videojuego, aprender palabrotas en otro idioma, entre otras muchas posibilidades<sup>(4,13)</sup>.

Podemos proponer una lista con palabras o frases motivadoras o incluso una carta diciendo por qué nos queremos, nuestras cualidades positivas o palabras que den fuerza y motivación: «tú puedes», «vales mucho»... Existe una alternativa virtual que permite realizar «cortes» en una pantalla, pero esta técnica no es aplicable para todos, ya que en algunos puede desencadenar una mayor necesidad de llevar el acto a cabo (visualizar con precaución).

**ASOCIACIONES DE AYUDA**

Las más destacadas son las siguientes:

- International Society for the Study of Self injury (Sociedad Internacional para el Estudio de la Autolesión). Se compone de investigadores, médicos y estudiantes que están interesados en una mejor comprensión de las autolesiones<sup>(25)</sup>.
- ASeFo: Autolesión Selfinjury Foro. Red social de habla hispana sobre autolesión no suicida. Gratuita y

liderada por sus usuarios para acercar a la sociedad hispanoparlante información y un foro de expresión. Un punto de unión de pacientes, familiares y profesionales. Desde 2009 dispone de recursos para personas que se autolesionan, familiares y allegados, así como profesionales de la salud y de la educación<sup>(26-28)</sup>.

–LifeSign. Asociación dirigida por sus usuarios acerca de la comprensión de la autolesión. Fundada en 2002, su fin es guiar a las personas que se hacen daño a sí mismos hacia nuevas formas de afrontamiento. Es dirigido por personas con experiencia personal en autolesión, están libres de prejuicios y son respetuosos con sus miembros y visitantes, sus experiencias de vida y percepciones<sup>(29)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AEPNYA. Autolesiones. Protocolo. 2008. Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>
2. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale B, Bond, A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc* 2000; 23: 47-55.
3. Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention. *Crisis* 2001; 22: 137-140.
4. Hawton K, Van Heeringen K. (eds). *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: Wiley. 2000.
5. Mental Health Foundation. *Self-Harm Factsheet*. 2000. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en [www.mentalhealth.org.uk](http://www.mentalhealth.org.uk)
6. Meltzer H, Harrington R, Goodman R, Jenkins, R. *Children and Adolescents who try to Harm, Hurt or Kill Themselves*. Newport, UK: Office for National Statistics. 2001.
7. Garrison C, Addy C, Jackson K, McKeown R, Waller J. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 597-603.
8. Sadowsky C, Kelly M. Social Problem solving in suicidal adolescents. *J Cons Clin Psychology* 1993; 61: 121-127.
9. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743-800.
10. Javierre E, Amiguet M, Mengual JM, Fuertes A, Ruiz PM, García N. Lo último entre adolescentes. Los cortes en la piel. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor* 2016; 46: 35.
11. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychology Rev* 2007; 27: 226-239.
12. Klonsky ED. Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction. *J Clin Psychology* 2007; 63: 1039-1043.
13. Autolesiones ¿por qué se hacen? Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.omicrono.com/2013/10/autolesiones-porque-lo-hacen-todo-lo-que-necesitas-saber-y-como-enfrentarte-a-ellas-trigger/>
14. Farber K, Jackson C, Tabin K, Bachar E. Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. *Psychoanal Psychology* 2007;24: 289-305-366.
15. Vitoria I, Dalmau J. Trastornos del metabolismo de las purinas y pirimidinas. En M. Cruz. *Tratado de Pediatría*. Vol I. 10 ed. Ergón. Madrid. 2011. p. 809-810.
16. Brent D, Perper J, Goldstein C, Kolko D, Allan M, Allman CI, Zelenak J. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 27: 362-366.
17. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Deliberate self-harm*. *Effective Health Care*. December. 1998.
18. Fox C, Hawton K. *Deliberate Self-Harm in Adolescence*. *Child and Adolescent Mental Health Series*. Jessica Kingsley Publishers. 2004.
19. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-5. Panamericana. Madrid. 2014. p. 803-806.
20. Royal College of Psychiatrist. *Managing Deliberate Self-Harm in Young People*. Council Report CR64. London: Royal College of Psychiatrists. Gaskell Publications. 1998.
21. Hawton K, Bancroft J, Catalán J, Kingston B, Stedeford A, and Welch N. Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. *Psychol Med* 1981; 11: 169-177.
22. Marttunen M, Aro H, Lonnqvist J. Precipitant stressors in adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1178-1183.
23. Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 675-687.
24. Velting D, Rathus J, Asnis G. Asking adolescents to explain discrepancies in self-reported suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 1998; 28: 187-196.
25. ISSS. *International Society for the Study of Self injury*. Acceso 20 de enero de 2017. Disponible en <http://itriples.org>
26. ASeFo: Autolesión Self injury Foro. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.autolesion.com>
27. Quienes somos. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.autolesion.com/nosotros/recursos>
28. Autores, Colaboradores. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.autolesion.com/nosotros/autores-colaboradores/>
29. LifeSings | user-led self-harm small charity. Acceso el 20 de enero de 2017. Disponible en <http://www.lifesings.org.uk/>

# Proyecto de Cooperación con el Servicio de Pediatría del Hospital Kamuzu central Hospital en Lilongwe, Malawi. Nuestra experiencia

C. Verástegui<sup>(1)</sup>, L. Murillo<sup>(2)</sup>, T. Muñoz<sup>(3)</sup>, T. Lafuente<sup>(4)</sup>, S. Villanueva<sup>(5)</sup>, C. Ferrer<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup> Pediatra Servicio de Pediatría Hospital Barbastro, Huesca  
<sup>(2)</sup> Pediatra Servicio de Oncopediatría Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>(3)</sup> D.U.E. Consultas Externas Hospital Alcañiz, Teruel  
<sup>(4)</sup> D.U.E Servicio de Urgencias Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife  
<sup>(5)</sup> D.U.E Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza  
<sup>(6)</sup> Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 46-50]

## RESUMEN

Los autores analizan la situación sociosanitaria actual de Malawi y hacen un repaso sobre el proyecto de cooperación que se está llevando a cabo en el hospital principal de la capital del país desde 2009 por parte de personal sanitario aragonés, centrándose en su experiencia personal durante los meses de febrero y marzo de 2015.

## PALABRAS CLAVE

Cooperación, Malawi, residentes, Ceftriaxona, malaria.

## *Cooperation Project in the Pediatrics Service of the Kamuzu Central Hospital in Lilongwe, Malawi. Our experience*

## ABSTRACT

*The authors analyze the current socio-sanitary situation in Malawi, and make an overview of the cooperation Project that is having place at the capital's main hospital since 2009 by Aragonese health workers, focusing on their personal experience during February and March 2015.*

## KEY WORDS

*Cooperation, Malawi, interns, Ceftriaxone, malaria.*

«Todo es posible en Malawi», con esta frase te reciben los habitantes de un pequeño país situado en el medio este de África. Aquí se vive con el sol, no hay alumbrado eléctrico en las principales carreteras del país, ni en las calles de su capital. No tienen médicos como los conocemos nosotros, los del primer mundo, sino figuras paramédicas para que no se escapen en busca de un futuro mejor, y los profesores lidian con clases de más de 100 alumnos sin lápices ni cuadernos.

Malawi es uno de los países menos desarrollados y más densamente poblados del mundo. La posición de Malawi en el Índice de Desarrollo Humano (0,414 en 2014) es la número 174 sobre los 187 países para los que existen datos comparables. Dada la escasez de materias primas y el escaso desarrollo del país, le economía de Malawi depende en gran parte de la ayuda internacional, calculando que esta constituye aproximadamente un 50% de su P.I.B.

---

**Correspondencia:** Cayetana Verastegui Martínez  
Servicio de Pediatría. Hospital de Barbastro  
Carretera Nacional 240, s/n. 22300 Barbastro (Huesca)  
Recibido: Junio 2016. Aceptado: Octubre 2016

---



Figura 1. Localización de Malawi en el mapa.

Los condicionantes políticos y económicos actuales han ocasionado una reducción muy importante de esta ayuda en los últimos años, produciendo un drástico empeoramiento de la situación económica de Malawi y un grave desabastecimiento de productos básicos, como fuel, fertilizantes, medicamentos, etc. Esta situación extrema conlleva la fuga de profesionales de la salud, propia de los países no desarrollados. Esta «fuga de cerebros», convierte a Malawi en uno de los 3 países con menos médicos por habitante del mundo.

La situación sanitaria de Malawi es la propia de uno de los países menos desarrollados del África subsahariana, con una alta incidencia de enfermedades infecciosas como malaria, tuberculosis, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, y las estadísticas de que se dispone son poco fiables debido a los precarios sistemas de obtención de datos. 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 estas totalmente diferenciadas.

El bajo nivel de desarrollo general conlleva elevadas tasas de mortalidad materno-infantil, alta incidencia de las enfermedades infecciosas previamente citadas, baja esperanza de vida y un elevado índice de natalidad. Malawi continúa situado entre los países con peores indicadores en lo referente a mortalidad materno-infantil. Además, el 20% de las mujeres que dan a luz en el Kamuzu Central Hospital son seropositivas. A todo esto hay que sumarle la altísima mortalidad infantil dentro y fuera de los hospitales. Según Unicef, en 1990 la tasa de mortalidad hasta los cinco años era de 244 por cada mil nacimientos. En 2012, esa cifra se redujo hasta 71. Según un informe de Unicef de 2009 esta ligera mejoría está muy condicionada a la ayuda internacional.



Figura 2. Grupo de niños en el lago Malawi.



Figura 3. Niño transportando leña a la manera tradicional.



Figura 4. Sala de hospitalización pediátrica del Hospital KCH.

El KCH es el hospital público de la región central de Malawi. El único de la capital, el de referencia (hay 2 grandes hospitales en todo el país. El otro, muy superior en todo, es el «Queen Elisabeth», en la segunda ciudad principal del país, Blantire, que está sustentado económica-

mente por Madona, y tiene la única máquina de resonancia magnética del país). A pesar de su pequeño tamaño y la escasez de su infraestructura (solo tiene una máquina de rayos X), da cobertura a cerca de cinco millones de personas. En 2005 el SALUD (Servicio Aragonés de Salud) comenzó un proyecto de ayuda internacional a Malawi, centrándose en 2009 en el Kamuzu Central Hospital. En 2011 en plena crisis económica, el servicio sanitario dejó de financiar proyectos como este. Gracias a la ayuda de diversas organizaciones –Wawitai entre ellas–, y diversas becas, como las del Colegio de Médicos y del Jerónimo Soriano entre otras, a la venta de calendarios solidarios, y los donativos y tiempo personales, el proyecto siguió adelante sin inversión pública. También, por supuesto, gracias al apoyo de todas las compañeras, enfermeras y residentes de pediatría y de medicina de familia que se han unido durante estos años al equipo, (no podemos olvidar a las voluntarias de Zaragoza que, de forma individual o formando parte de un proyecto de terapia ocupacional, tejen los gorritos de lana que llegan hasta el departamento de maternidad, donde se benefician muchos de los prematuros que, gracias a ellos y al método canguro, salen adelante, ya que no hay incubadoras).

Queríamos mencionar especialmente al proyecto Jerónimo Soriano porque fue un excelente apoyo en el año 2014, ya que supuso una ayuda complementaria para dar un soporte al envío de fármacos esenciales para las patologías presentadas por los niños que ingresan en el Servicio de Urgencias donde se desarrolla el proyecto (aproximadamente 10.000 gramos de Ceftriaxona, único antibiótico de amplio espectro del que se dispone actualmente en el KCH, y de la que este proyecto es el único proveedor).

El proyecto de la Asociación Malawi Salud, desde 2016, además de enviar el material médico habitual, mandó 2 equipos de pediatras y enfermeras durante los meses de enero a abril, dando así cobertura al período de malaria que es cuando se duplican y hasta triplican la demanda de atención médica. En 2017 y 2018 hay 3 equipos cubriendo la demanda entre enero y junio. Y en los próximos años se tiene previsto seguir en esta línea, incluso, si hay recursos humanos suficientes, ampliar hasta 12 meses con 6 equipos.

Durante los meses de febrero y marzo de 2015 tuvimos la suerte de participar, con el apoyo del Servicio de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza, 2 residentes de tercer año y 3 enfermeras que renunciaron de forma desinteresada a sus contratos para poder ir, con una pequeña compensación económica que se asume con el dinero recaudado anualmente. El proyecto en el

que participamos se enmarca dentro del objetivo de mejora de la atención sanitaria en Malawi, y se desarrolla cada año en el Kamuzu Central Hospital, centro que con parámetros europeos sería considerado terciario, pero que la situación del sistema sanitario del país hace que en este hospital se desarrollen actividades de carácter primario, secundario y terciario, además de ser sede de las actividades formativas en materia de salud de todo el país.

Tras dos meses sobre el terreno y en base a las principales patologías atendidas en el servicio, nuestro objetivo primordial tras la evaluación de las necesidades, fue facilitar la selección de fármacos y sus cantidades, que serán enviados en años posteriores dada la escasez de recursos y la necesidad de priorizar, centrándonos en las necesidades de antibióticos (especialmente de Ceftriaxona) y ampliando esta investigación a las necesidades de analgésicos y fuidoterapia, determinando sus prioridades, ya que por el momento no existe una determinación precisa de los consumos anuales ni de la previsión de necesidades, por lo que los fármacos se solicitan al agotarse su stock y el servicio de farmacia responde de forma aleatoria aceptando o denegando la petición en función de condicionantes económicos y presupuestarios. Por tanto, en base a lo anteriormente descrito, consideramos necesario continuar con el envío de Ceftriaxona iv, paracetamol rectal en las cantidades enviadas en años anteriores. Dejar de enviar glucosados al 5%, debido al cambio de tratamiento antimalárico que ya no provoca hipoglucemias. Enviar suero salino fisiológico en envases de 250 ml en lugar de 1 litro, para prevenir la sobrecarga hídrica iatrogénica. Continuar con el envío de personal sanitario en epidemia de malaria, momento en el cual, como ya hemos mencionado, se duplica y hasta triplica la demanda de asistencia hospitalaria, sobre todo los meses entre noviembre y abril.



Figura 5. Nuestro equipo en 2015.



Figura 6. Método canguro con gemelos prematuros.



Figura 7. Madre alimentando a su recién nacido con leche materna en vasito.

A partir de aquí viene nuestra visión más personal, lo más duro, no voy a contar las partes bonitas del proyecto, voy a intentar justificarlo, pero puede que sea doloroso el baño de realidad.

Al entrar en el Kamuzu Central Hospital, el hospital infantil de referencia, donde pasamos toda nuestra estancia, sientes una fuerza invisible que te envuelve y paraliza. Hay tantísima gente enferma, tanto descontrol, condiciones precarias, falta de higiene y de materiales básicos... que quieres huir, la primera pregunta que te haces es «¿qué hago aquí? No puedo hacer nada. No sirvo para esto». La situación te sobrepasa, nadie habla inglés, sino Chichewa, que por supuesto no lo hablábamos, y el personal sanitario que es bilingüe tiene suficiente con lo que tiene como para poder ayudarte con el idioma. Horror... de nuevo. ¿Qué hago aquí?, y entras en la primera sala con 20 camas, y 100 pacientes, sí 100 pacientes, 5 niños por cama, muchos con bajísimo nivel de conciencia por la malaria cerebral, otros con una ascitis inmensa por una cardiopatía reumática, otros con crisis drepanocíticas con exoftalmos bilateral, algún que otro debut diabético, síndromes nefróticos en anuria (*desahuciados*), otros con

tuberculosis compartiendo cama con otro que tiene leucemia, y de todos ellos el 10% afectados de VIH. Haces de tripas corazón, te apoyas en tus compañeros y cambias de actitud, menos es nada, te dices a ti mismo, aquí hemos venido a aportar aunque sea un granito de arena, y te repites una y otra vez que sabes más de lo que piensas, que estar ahí es parte de un sueño más grande, y que vas a hacer todo lo que puedas. Y viene la segunda parte, donde descubres que en ese hospital de referencia, donde durante nuestros meses de estancia el TAC estuvo averiado, solo hay una máquina de Rayos X para todo el hospital, no hay un desfibrilador, no hay esfigmomanómetros para niños, ni glucómetros, ni mucho menos ventiladores mecánicos, sí hay mascarillas de ventilación de las que reutilizas una y otra vez hasta que se rompen, pasando de uno de los 4 niños que se te mueren al día a otro. Quizá, sin saber muy bien por qué, ves intubar a un niño, y conectarlo a una bolsa de plástico que bombean sus exhaustas madres 24 o 48 horas sin dormir ni ir al baño, hasta que el niño se muere o mejora lo suficiente para quitarle el tubo. Igual con las punciones lumbares, se realizan con agujas de cargar medicación, sin ningún tipo



Figura 8. 3 niños compartiendo cama de hospitalización.

de sedación o analgesia, sin guantes estériles, en medio de la cama con los otros 4 niños dándote patadas, en medio de esa camilla sucia, llena de tierra y pis, que nunca se lava, y el líquido que se obtiene se analiza con una tira de orina, casi nunca se cultivan, no hay medios. No tiene sentido, el tratamiento con Ceftriaxona ya lo llevan haciendo o sin hacer la punción lumbar. Solo sirve la tinta china, si sabes que el niño es VIH. Y ni siquiera te la hacen siempre. Cuando pides sangre urgente, inminente más bien, pues tienes un niño muriéndose en shock hemodinámico por una malaria cabrona que le ha dejado una hemoglobina de 3, tienes que ir personalmente, y quizá te encuentres que no hay nadie, o si lo hay te dice que está ocupado, que ya te lo llevará mañana. Y madres agotadas, con 9 hijos, el mayor pesando lo mismo que el pequeño al que amamanta, que observan impotentes cómo se les apagan entre los brazos, desnutridos, por diarrea. Aún llevo clavada la mirada de ojos tristes de la última niña que se murió antes de nuestra partida.

Y a pesar de la frustración, de llegar a casa cada día envuelta en una mezcla de rabia, pena, compasión y lágrimas (y un poco de humor negro para sobrevivir), te encuentras con que cada día eres más útil, te manejas en chichewa básico, te buscan a ti porque te tienen confianza, enseñas y aprendes de los estudiantes para conseguir una medicina mejor (para ellos y para ti también, más humana, más centrada en lo que realmente es importante), te apañas, te has buscado la manera de seguir adelante, de no quererte ir, no te has muerto, te has adaptado, te han agarrado el dedo y te han atrapado para siempre. Te has hecho «mayor». Hay mucho que cambiar, de raíz. Pero no podemos pretender cambiarlos, no se puede hacer una cooperación paternalista del tipo yo



Figura 9. Orgullosas madres con sus hijos ya curados al alta.

vengo y te impongo «cómo se tienen que hacer las cosas», pero no se les puede dejar a la deriva, solos, los niños se merecen un futuro mejor. Solo somos una tiritita en una herida abierta, pero toda ayuda es poca y algo se contiene, a la espera de que algún organismo más grande que nosotros pueda coser esa herida y ofrecer al país, y al resto del mundo, la IGUALDAD a la que todos tenemos derecho.

Como reflexión final no podíamos dejar de decir que todos los números y las estadísticas de morbilidad, tienen historias particulares detrás, nombres y apellidos, y es eso lo que hace que la gente encargada de este proyecto siga tirando de este carro tan pesado, año tras año, sin mayor aliciente que el de pensar que se contribuye a mejorar la vida de esa persona, de esas familias con nombre y apellidos, intentando llevar a cada rincón un proverbio africano que dice «Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo pequeñas cosas, puede cambiar el mundo».

A todos los que apoyaron en su momento el proyecto, lo hacen actualmente y los que lo harán en el futuro, en nombre de todos los niños malawitas ZIKOMO KUAMBIRI.

PD: Todos los años la Dra. Carmen Ferrer diseña calendarios con fotos preciosas de Malawi realizadas por los cooperantes, para seguir sustentando el proyecto. Se ponen en venta desde el mes de noviembre hasta enero incluidos. Cuestan tan solo 5 euros, que aquí no suponen casi nada, pero allí se traducen en Ceftriaxona que lo es todo (no dudéis en poneros en contacto conmigo si queréis colaborar de cualquier forma).

# Erupción facial tras ingesta de papilla de frutas

I. Baquedano Lobera, R. Bernadó Fonz, M. Marín Andrés, C. García Vera, T. Arana Navarro, T. Cenarro Guerrero

Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández (Sagasta), Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 51]

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Frey o síndrome auriculotemporal es un cuadro poco frecuente en Pediatría, posiblemente debido a su infradiagnóstico y/o a la escasa bibliografía publicada al respecto. El diagnóstico es clínico, consistiendo en episodios recurrentes de eritema facial en el área inervada por el nervio auriculotemporal desencadenados por estímulos gustativos. Se trata de un cuadro benigno y autolimitado, que no precisa tratamiento ni retirada de alimentos de la dieta.

## CASO CLÍNICO

Lactante varón de 5 meses y medio de edad, alimentado con lactancia materna exclusiva hasta los cinco meses. Al iniciar administración de alimentación complementaria, consulta por aparición de erupción facial coincidiendo con la ingesta de papilla de frutas. Dicha erupción consis-

tía en eritema y calor en hemicara izquierda, coincidiendo con el área inervada por el nervio auriculotemporal. No asociaba clínica respiratoria, afectación perioral, ni clínica gastrointestinal. La erupción desaparecía espontáneamente en menos de una hora.

## COMENTARIOS

La aparición de eritema cutáneo coincidiendo con la ingesta de alimentos supone un importante estrés para los padres o cuidadores por la inmediata sospecha de alergia alimentaria. Por ello, a pesar de que debe realizarse un diagnóstico diferencial con patología alérgica, es importante tranquilizar y transmitir el buen pronóstico de la entidad. Para ello es necesario su conocimiento, así como una adecuada información a los padres para evitar pruebas y tratamientos innecesarios.

# Cistinuria como causa de litiasis urinaria

E. Soro Ferrer, C. Gálvez García, M. A. Ansón Manso, F. Ramos Fuentes, J. Sierra Sirvent

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa», Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 52]

## INTRODUCCIÓN

La litiasis urinaria es una entidad infrecuente en la infancia. Se trata de un proceso multifactorial, estando asociada a una alteración metabólica en un 40-50% de los casos. Consideramos factores de riesgo metabólico la hipercalciuria, hiperuricosuria, hipomagnesuria, hiperoxaluria, hipocitraturia y la elevación de cistina en orina.

La cistinuria se caracteriza por el defecto del transporte de la cistina y de los aminoácidos dibásicos a nivel del túbulo renal proximal y del tracto gastrointestinal. Tiene carácter genético y se transmite con herencia autosómica recesiva. La prevalencia global estimada es de 1/7.000 recién nacidos. La aparición de nefrolitiasis y sus complicaciones representan la única manifestación clínica de esta enfermedad. El diagnóstico se basa en la demostración de la existencia de un cálculo de cistina y/o un incremento de la excreción urinaria de cistina y/o la identificación de mutación en ambos alelos en uno de los dos genes implicados (gen SLC7A9, gen SLC3A1). Actualmente se clasifica desde el punto de vista genético, de acuerdo a los hallazgos obtenidos en el análisis molecular.

## CASO CLÍNICO

Niña de 9 años de afecta de litiasis urinaria en la que el sedimento de orina pone de manifiesto cristales hexago-

nales, planos y transparentes que se corresponden con cristales de cistina.

Se procedió a cuantificar cistina y aminoácidos dibásicos (lisina, arginina, ornitina) en orina presentando cifras que indican una cistinuria homocigota. El análisis molecular demuestra una delección completa del gen SLC7A9 en homocigosis, resultados obtenidos por MLPA (aportamos iconografía) permitiéndonos con todo confirmar la enfermedad.

Dado el tamaño de los cálculos, se decidió la eliminación de los mismos mediante cirugía renal endoscópica retrógrada por vía transuretral (RIRS). El cálculo fue informado como cálculos urinarios de aspecto redondeado y de color ambarino con estructura cristalina observando en superficie cristalización en prismas hexagonales característico de los cálculos de cistina.

## COMENTARIOS

Destacar que la urolitiasis está asociada a una alteración metabólica en aproximadamente un 40-50% de los niños.

Nos encontramos ante uno de los muy pocos casos conocidos de cistinuria con mutación poco frecuente (delección completa) y en homocigosis del gen SLC7A9.

# Neumomediastino y enfisema subcutáneo

L. Sala Fernández<sup>(1)</sup>, C. Martín de Vicente<sup>(1)</sup>, C. Puig García<sup>(2)</sup>, M. Marín Andrés<sup>(1)</sup>,  
I. Baquedano Lobera<sup>(1)</sup>, Á. Navarro Rodríguez-Villanueva<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>(2)</sup> Centro de Salud Actur Norte

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 53]

## INTRODUCCIÓN

El neumomediastino es una patología rara en pediatría, siendo responsable del 0,06% de los ingresos hospitalarios. Las causas más frecuentes son las reagudizaciones asmáticas. Se suele manifestar como dolor torácico, disnea, disfagia y disfonía. Hasta en un 90% de las ocasiones se acompaña de enfisema subcutáneo. El diagnóstico se basa en la clínica y en la radiografía de tórax. El tratamiento es conservador.

## CASO CLÍNICO

Niño de 6 años que acude a consulta porque desde esa mañana sus padres le notan cambios en la voz y el cuello más hinchado. Seguido en consultas de Neumología por sibilantes y laringitis recurrentes, con diagnóstico clínico de laringotraqueomalacia, sin otros AP de interés. A la exploración no signos de distrés respiratorio, ACP normal, objetivándose crepitación cervical a la palpación. Es derivado a urgencias de HI, donde se realiza RX cervical y de tórax, hallándose neumomediastino y enfisema subcutáneo. Se decide ingreso y se extrae analítica sanguínea, con leucocitosis y neutrofilia, ANF para virus (negativo) y es valorado por el servicio de ORL, descartándose patología a nivel de oídos y orofaringe. Se pauta

tratamiento con Oxígeno en gafas nasales, salbutamol y estilsona. A los 4 días de repite RX de tórax, donde se ve resolución del neumomediastino. Se decide el alta hospitalaria con control en consultas de Neumología. Revisando su historia averiguamos que en un ingreso por bronquitis a los 18 meses de vida ya se produjo otro episodio de enfisema subcutáneo. Por este motivo se decide realizar broncoscopia, en la cual se objetiva protrusión de la pared posterior de la laringe durante la inspiración, confirmando nuestra sospecha clínica de traqueomalacia.

## COMENTARIOS

Estamos ante un caso raro de neumomediastino y enfisema subcutáneo recurrente. Nuestra hipótesis es que la traqueomalacia (factor predisponente) junto con la tos producida a causa de la laringitis (factor desencadenante) ha favorecido la salida del aire fuera de la vía aérea produciendo el neumomediastino y el enfisema subcutáneo. En la revisión bibliográfica que hemos hecho solamente hemos encontrado un caso similar, en el que sugerían la traqueomalacia como causa del neumomediastino, por lo que no podemos tener total seguridad en que esta sea la etiología del cuadro.

# Protocolo de estudio de retraso psicomotor global. Síndrome de Morsier

---

A. L. Martínez de Morentin Navarcorena, M. C. García Jiménez, M. Arrudi Moreno, A. Fernández Gómez, I. González Viejo, A. de Arriba Muñoz

---

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 54]

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neurometabólicas hereditarias (ENMH) son una causa rara de retraso psicomotor global/discapacidad intelectual (RPG/DI). El efecto de identificar estas enfermedades en el pronóstico del paciente puede ser sustancial. La posibilidad de instaurar un tratamiento efectivo debe tener influencia en la práctica clínica, por encima de exclusivamente la rentabilidad diagnóstica.

## CASO CLÍNICO

Lactante de 3 meses con ausencia de seguimiento visual, nistagmus, hipertonía en extremidades e ictericia. Primer hijo de padres no consanguíneos. Dos abortos previos en el primer trimestre. Parto eutócico a las 39 SEG. Apgar 9/10. Hipoglucemias sintomáticas en período neonatal e ictericia prolongada. Exploración física: peso en P50; talla en P6; PC en P39; tinte icterico. Activo y reactivo. Hipertonía axial y de extremidades. Reflejos exaltados, con aumento del área reflexógena en extremidades inferiores; no clonus. Reflejo plantar extensor bilateral. No fijación ni seguimiento. Nistagmus horizontal. Tendencia a extroforia

bilateral. No sonrisa social. Irritable. No hepatoesplenomegalia. Testes en bolsas. Escroto normal. Pene filiforme. Se aplica protocolo de estudio de retraso psicomotor. La valoración oftalmológica muestra hipoplasia-aplasia de ambos nervios ópticos, por lo que ante sospecha de síndrome de Morsier, se solicita estudio eje hipotálamo hipofisario evidenciándose déficit de hormona tiroidea, cortisol e hipogonadismo hipogonadotropo; la RM craneal confirma la ausencia de nervios ópticos. Se solicita exoma dirigido. Se inicia tratamiento sustitutivo con tiroxina e hidrocortisona, objetivándose mejoría desde el punto de vista neurológico y hepático.

## COMENTARIOS

1. Dados la inespecificidad de los signos y síntomas clínicos de muchas ENMH, para establecer un diagnóstico precoz es necesaria una estrategia de estudio del RPG.
2. La valoración oftalmológica es muy importante en la orientación diagnóstica.
3. El tratamiento del hipopituitarismo, es una «urgencia» médica para evitar el deterioro neurológico.

# Hipocalcemia grave en lactante de cuatro meses

A. M. Gutiérrez Sánchez, M. López Rojo, A. Jiménez Olmos, E. Castejón Ponce, I. Gil Hernández, Y. Romero Salas

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 55]

## INTRODUCCIÓN

El raquitismo es una enfermedad frecuente en la infancia en países en vías de desarrollo, aunque en los últimos años parece haber un resurgimiento del raquitismo por deficiencia de vitamina D en los países desarrollados, especialmente en determinados grupos de riesgo, como inmigrantes de piel oscura, neonatos prematuros, lactantes exclusivamente amamantados e hijos de madres con déficit de vitamina D.

## CASO CLÍNICO

Lactante de 4 meses varón que acude en el mes de febrero a la consulta de su pediatra de Atención Primaria para revisión de cuadro de bronquitis. Durante la exploración realiza un espasmo del sollozo, con cianosis generalizada, ausencia de movimientos respiratorios y sin respuesta a estímulos, que precisa ventilación con bolsa autoinflable. Es trasladado al Hospital, donde presenta estatus convulsivo con importante hipertensión generalizada. Se inicia tratamiento anticonvulsivo con mejoría parcial y ante resultado de cifras de Ca iónico de 2,6 mg/dl se decide administrar bolo de calcio intravenoso.

Cuarto hijo de padres sanos consanguíneos de origen marroquí. Antecedentes de embarazo, parto y período neonatal sin incidencias. Lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Cribado neonatal normal. No suplemento de vitamina D. En la exploración física realizada en hospitalización destaca craneotabes, sin presentar ensanchamiento de muñecas ni rosario costal. Ante episodio de hipocalcemia grave con tetania, se inicia estudio con los siguientes resultados en analítica sanguínea: calcio 6,2 mg/dl (8,8-10,8 mg/dl), fósforo 4,7 mg/dl (4-7mg/dl),

magnesio 1,9 mg/dl (1,9-2,5 mg/dl), PTH 267 pg/mL (15-65 pg/ml), fosfatasa alcalina 848 UI/L (82-383 UI/L), Vitamina D3 indetectable < 17,5 nmol/L. En la radiografía de mano y muñeca las metáfisis no aparecen desflecadas aunque sí ligeramente ensanchadas, con acopamiento de metáfisis distal de radio. Todo ello es compatible con un raquitismo carencial, por lo que se pauta tratamiento con dosis altas de vitamina D3 (colecálciferol) y suplementos de calcio. Se realiza también estudio a la madre que presenta unos niveles de calcio normales y una vitamina D3 indetectable, por lo que recibe tratamiento con colecálciferol y se recomienda exposición solar, dieta rica en lácteos y continuar con la lactancia materna.

## COMENTARIOS

El raquitismo carencial es una enfermedad emergente en las últimas décadas en nuestro medio. Afecta con más frecuencia a lactantes inmigrantes de piel oscura alimentados con lactancia materna exclusiva sin suplementación con vitamina D3 y a niños con una dieta deficitaria y escasa exposición solar. Los casos de raquitismo severo se observan durante los meses invernales, especialmente a finales de invierno o principios de primavera. El diagnóstico se establece con una clínica compatible junto con los hallazgos analíticos y radiográficos. El craneotabes es un signo muy frecuente en el raquitismo y aparece de forma precoz. Es importante no retrasar el diagnóstico e iniciar cuanto antes el tratamiento para minimizar la morbilidad. La prevención consiste en una adecuada exposición solar y la administración de vitamina D3, especialmente en lactantes en situaciones de riesgo como inmigración o lactancia materna exclusiva.

# Masa abdominal en lactante de dos meses

L. Jiménez Royo<sup>(1)</sup>, M. P. Moreno Santos<sup>(1)</sup>, R. Escartín Villacampa<sup>(2)</sup>, J. Elías Pollina<sup>(2)</sup>, J. Sierra Sirvent<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». <sup>(2)</sup> Servicio de Cirugía Pediátrica HUMS

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 56]

## INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas son los tumores hepáticos más frecuentes en los niños: la gran mayoría de ellos son asintomáticos y son descubiertos de forma incidental al realizar diferentes pruebas de imagen por otras circunstancias. Tienen carácter benigno, estando formados por un grupo de cavidades sanguíneas rodeadas de células epiteliales, nutridas mediante la arteria hepática. Típicamente los hemangiomas son focales y de pequeño o mediano tamaño (de hasta 10 cm) y precisan únicamente el seguimiento periódico. No obstante, aquellos de mayor tamaño y carácter difuso, en lactantes pequeños y neonatos (hemangiomas hepáticos «críticos»), pueden asociar con mayor frecuencia síntomas o complicaciones como hemorragia, Síndrome de Kasabach Merritt, insuficiencia cardíaca o hipotiroidismo que requieren intervención quirúrgica u otras intervenciones terapéuticas: como por ejemplo tratamiento con betabloqueantes o, llegado el caso, trasplante hepático.

## CASO CLÍNICO

Lactante mujer de 2 meses de edad. En exploración rutinaria por parte de su pediatra de Atención Primaria se encuentra una masa tumoral en hipocondrio izquierdo, que alcanza 2 traveses de dedo bajo reborde costal. Dura, no dolorosa y aparentemente adherida a planos profundos. No presenta ningún otro signo o síntoma

acompañante. En analítica de sangre destaca hemoglobina en el límite bajo, con un hematocrito disminuido, una linfocitosis y trombocitosis reactivas: Hemoglobina 9 g/dL, HTO: 26,1%, VCM: 80, Plaquetas: 590 mill/mm<sup>3</sup>. Marcadores tumorales negativos. En la ecografía doppler se informa como una masa muy vascularizada. En la resonancia magnética con contraste se plantea diagnóstico de hemangioma sin descartar angiosarcoma. Se remite a Cirugía Infantil donde se opta por realizar intervención quirúrgica: hepatectomía de lóbulo hepático izquierdo. La microscopía demuestra la presencia de un hemangioma hepático cavernoso, sin signos de atipia o malignidad celular y bordes quirúrgicos libres.

## COMENTARIOS

Se presenta el caso de un hemangioma hepático de diagnóstico, como en la mayoría de los casos, incidental. Se muestra el estudio por imagen realizado: ecografía TAC y RMN con contraste, muy sugestivo pero no determinante de hemangioma. La mayoría de los hemangiomas son asintomáticos, por lo que no es necesario tratamiento. En la actualidad, en aquellos que pueden precisar, está en auge el tratamiento con Propranolol, que en varios estudios ha demostrado la eficacia en cuanto a la disminución de la lesión con escasos efectos secundarios, al igual que los hemangiomas localizados en piel. En este caso se optó por la resección quirúrgica.

# Tortícolis de larga evolución

M. López Rojo, A. M. Gutiérrez Sánchez, M. Medrano San Ildefonso, E. Ubalde Sainz, L. Monge Galindo, Y. Aliaga Mazas

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 57]

## INTRODUCCIÓN

Se define tortícolis a la inclinación lateral de la cabeza hacia un lado con rotación y desviación del mentón hacia el lado contrario. Se han descrito más de 80 posibles causas de tortícolis, tanto congénitas como adquiridas, la mayoría procesos banales y autolimitados, pero a veces expresan cuadros tan graves como tumores del SNC. En el caso que se presenta, se describe una de las posibles causas a tener en cuenta ante la presencia de dicho signo.

## CASO CLÍNICO

Niño de 7 años que acude para estudio por tortícolis con desviación de cabeza hacia la derecha de 4 meses de evolución. No refiere antecedentes personales de interés. En la familia destaca la presencia de una tía paterna afectada de artritis reumatoide. Hace cuatro meses comenzó con tortícolis, persistiendo al ingreso aunque con cierta mejoría tras tratamiento rehabilitador. El comienzo de la clínica fue repentino, sin traumatismo previo y sin otra sintomatología sobreañadida. En hospital de origen se realizó TAC y RMN cervical, así como gammagrafía de columna vertebral, sin hallazgos significativos que orientaran el diagnóstico. Tras dos meses desde el inicio, comenzó a presentar episodios de fiebre durante 1-2 semanas, generalmente por la tarde. Se objetiva además, pérdida de peso de unos 2 kg. Acude porque además de la clínica descrita, inicia inflamación de rodilla izquierda, sin claro antecedente de traumatismo.

Mantiene buen estado general y a la exploración articular, movilidad activa y pasiva del cuello limitada, con tendencia a la desviación de la cabeza a la derecha. Presenta rigidez de columna cervical sin palpar zona de contractura en esternocleidomastoideo. No refiere dolor a la palpación de apófisis espinosas. Se objetiva derrame articular en ambas rodillas y tobillo izquierdo, siendo la rodilla izquierda la articulación más afectada. Presenta marcha con tendencia al apoyo de puntillas y flexión de rodillas.

Se extraen analíticas en las que se objetiva anemia de 10,4 gr/dl, así como trombocitosis de 634.000/mm<sup>3</sup> manteniendo resto de series en rango de normalidad. Presenta aumento de reactantes de fase aguda PCR 5,29 mg/dl y VSG 81 mm/h, además de aumento de los siguientes parámetros: hipergammaglobulinemia IgG de

2020 mg/dl, hipercomplementemia C3 234 mg/dl y C4 44,1 mg/dl y Ac. antinucleares positivo débil, antimitocondriales, anti-DNA y anti-ENA negativos. Se solicita estudio HLA con resultado HLA B27 negativo.

Se objetiva factor reumatoide y Ac antipéptido citrulinado negativo. Se solicita Quantiferón-M. tuberculosis y serologías de Brucella, Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y Parvovirus que son negativas.

Se realiza ecografía de ambas rodillas que evidencia la presencia de abundante derrame articular con múltiples ecos internos (detritus), de predominio en receso suprarrotuliano. No se aprecian alteraciones en las partes blandas ni quiste de Baker. En estudio gammagráfico se informa de aumento de vascularización en rodilla izquierda y tobillo izquierdo compatible con artritis.

Dada la clínica y ante la sospecha de artritis idiopática juvenil, se completa estudio con radiografía de tórax y ecocardiografía que es normal.

Se diagnostica de Artritis Idiopática Juvenil oligoarticular persistente, ANA +, HLA B27-, FR-, sin uveítis y con afectación cervical. Se inicia tratamiento analgésico-antiinflamatorio oral e infiltración articular y al alta con metotrexato, corticoide y complementos de ácido fólico y vitamínicos.

En controles posteriores en consultas de reumatología se objetiva mejoría de los signos inflamatorios de rodillas y tobillo izquierdo, aunque persiste la afectación cervical, motivo por el cual se añade al tratamiento iniciado previamente, Adalimumab.

## COMENTARIOS

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es un grupo heterogéneo de entidades caracterizadas por una artritis de origen desconocido de comienzo antes de los 16 años y con diferentes formas de presentación, síntomas clínicos y, probablemente, base genética. Es la enfermedad reumática crónica más frecuente en niños. Las causas y la patogenia se conocen aún mal, a pesar de los importantes avances en inflamación, inmunidad y genética. No hay ninguna prueba patognomónica, ni de imagen, ni de laboratorio; por lo que el diagnóstico se basa únicamente en datos clínicos. Lo insólito de este caso radica en la aparición de afectación cervical previa a la aparición de afectación oligoarticular, motivo que condicionó el retraso del diagnóstico.

# Lesiones cutáneas como debut de enfermedad sistémica

S. Laliena Aznar, L. Murillo Sanjuan, C. Martínez Faci, C. Guerrero Laleona, C. Rodríguez-Vigil Iturrate, A. Muñoz Mellado

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 58

## INTRODUCCIÓN

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es un trastorno proliferativo clonal de estas células, anómalas, que aparece al nacimiento o en período neonatal. La afectación cutánea es la más frecuente, aunque pueden verse afectados otros órganos.

## CASO CLÍNICO

Lactante de 42 días de vida que consulta por lesiones cutáneas polimorfas de distribución generalizada, afta bucal y úlceras en pliegues inguinales, de 20 días de evolución, sin otra sintomatología. Análisis sanguíneo y cultivo de los exudados descartan origen infeccioso. La biopsia cutánea confirma HCL. Inicialmente se realiza ecografía abdominal y serie ósea que son normales. Dada la afectación cutánea aislada se mantiene conducta expectante.

Dos meses después consulta por aparición de bultomas en cráneo. Se realiza nuevamente serie ósea, objetivándose lesiones líticas en húmero izquierdo, fémur derecho, región occipital y ambos huesos parietales, que se con-

firman mediante TAC craneal. Se inicia tratamiento con Vinblastina y Prednisona según protocolo LCH-III, con buena evolución y desaparición de las lesiones líticas a las 6 semanas.

## COMENTARIOS

El diagnóstico de HCL se realiza mediante biopsia de la lesión, donde aparece proliferación de histiocitosis en dermis papilar e inmunohistoquímica positiva para S100, CD1 alfa y langerina.

La afectación cutánea exclusiva tiene buen pronóstico, con resolución de las lesiones en semanas.

Se debe sospechar esta patología ante lesiones cutáneas persistentes o de evolución tórpida que aparezcan en período neonatal. Al diagnóstico es preciso realizar ecografía abdominal y estudio con serie ósea para descartar afectación multisistémica. Se recomienda realizar controles seriados dada la posibilidad de evolución hacia la afectación de otros órganos.

# La elongación ósea como tratamiento de la acondroplasia, un dilema ético. «Beneficiencia vs. No maleficiencia»

A. Navarro Rodríguez-Villanueva<sup>(1)</sup>, L. Sala Fernández<sup>(1)</sup>, L. Cuadrado Piqueras<sup>(1)</sup>, P. López Lahoz<sup>(2)</sup>, J. Gil Albarova<sup>(1)</sup>, A. de Arriba Muñoz<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Hospital Infantil Universitario Miguel Servet Zaragoza. <sup>(2)</sup> Centro de Salud Actur Sur

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 59]

## INTRODUCCIÓN

La elongación ósea es un tratamiento que en las enfermedades que cursan con talla baja, como la acondroplasia, puede aportar grandes beneficios funcionales, psicológicos y sociales. No obstante, se trata de un proceso largo y doloroso que requiere un seguimiento cercano y multidisciplinar, por lo que es necesaria la plena comprensión, convencimiento y colaboración por parte del paciente y su familia. La pregunta es la siguiente: ¿realmente compensa pasar por ese calvario para lograr unos centímetros de más?

## CASO CLÍNICO

Paciente afecta de acondroplasia con sospecha prenatal que se confirma mediante estudio genético. En el momento actual, tiene 12 años, con una talla de 114 cm

(-5,82 DS) y peso de 34 kg (-1,16 DS). Se interviene para realizar una elongación ósea simultánea de fémures, tibias y peronés, mediante la instauración de fijadores externos que separan ambos focos de fractura 1mm/día hasta alcanzar la talla deseada. Hasta la fecha, ha presentado algunas complicaciones como infecciones cutáneas e intensos dolores, que han requerido tratamiento antibiótico y un buen manejo de la analgesia.

## COMENTARIOS

La acondroplasia es una entidad que cursa con talla baja severa desproporcionada, cuya única posibilidad de tratamiento es el quirúrgico, con todo lo que conlleva. Se utiliza el caso clínico como preámbulo para resumir brevemente esta entidad y explicar superficialmente la técnica quirúrgica, sus beneficios, posibles riesgos y complicaciones a vigilar.





