

Análisis de los casos de dolor abdominal remitidos a consulta de Gastroenterología Pediátrica durante 2018

M. Kortabarría Elguero, I. García Muga, A. Ibiricu Lecumberri, S. Chica Martínez, L. López Fernández, D. Viguera Elías

Hospital San Pedro, Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 144]

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal genera una elevada demanda asistencial. Las causas orgánicas son infrecuentes siendo la anamnesis y la exploración física claves para la orientación diagnóstica.

El objetivo fue revisar los casos de abdominalgia remitidos a consulta de Gastroenterología, las PC realizadas y su necesidad o utilidad para los diagnósticos.

MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los casos durante el 2018, quedando excluidas las sospechas o diagnósticos de enfermedad celiaca e inflamatoria intestinal.

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes con una media de edad de 9,5 años, siendo un 60% niñas.

El 45% tenían una ecografía abdominal normal en todos los casos.

La mitad de los pacientes presentaba despistaje de infección por *H. Pylori*. Se encontraron 10 resultados positivos que recibieron tratamiento, con mejoría completa de la sintomatología tras comprobar su erradicación.

El 25% fueron dados de alta en la 1.ª visita sin necesidad de estudios complementarios adicionales.

El diagnóstico más frecuente (62,5%) fue el de trastorno digestivo funcional (TDF), en 30 de los pacientes (11 dolor abdominal, 11 estreñimiento, 5 dispepsia y 3 síndrome del intestino irritable).

5 pacientes fueron diagnosticados de trastorno de ansiedad/depresión con somatizaciones precisando seguimiento por Salud Mental Infantil.

CONCLUSIONES

Los nuevos criterios ROMA IV y su conocimiento evitan actuaciones costosas e innecesarias. No se recomienda la búsqueda de infección por HP en niños con dolor abdominal funcional. El componente emocional tiene una elevada relevancia en los TDF. Su detección y manejo es fundamental en estas situaciones ante un aumento progresivo de los problemas psicosociales infantiles.

Meningoencefalitis tuberculosa: a propósito de un caso

A. Ibiricu Lecumberri, I. de la Iglesia Nagore, M. Kortabarria Elguero, D. Viguera Elías,
M. Salva Arteaga, M.^a Y. Ruiz del Prado

Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro, Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 145]

INTRODUCCIÓN

La meningoencefalitis tuberculosa es una entidad poco frecuente en pediatría, aunque asocia una elevada morbimortalidad.

CASO CLÍNICO

Niño de 16 meses que ingresa en Pediatría para estudio de fiebre y vómitos aislados de 8 días de evolución.

Febril durante todo el ingreso, presenta vómitos no proyectivos, buen estado general, meníngeos negativos. Se amplía estudio de fiebre de origen desconocido con analíticas y cultivos de sangre y orina, serologías para virus y bacterias, radiografía de tórax, ecografía abdominal y ecocardiograma; sin hallazgos.

El noveno día de ingreso (17 días desde el inicio de la clínica), pendiente lectura de Mantoux, puesto 24 h antes; presenta hipertensión arterial en P99 y bradicardia de 80 lpm, por lo que, dada la persistencia de fiebre y

vómitos, se sospecha hipertensión intracraneal objetivándose en TAC cerebral una leve dilatación del sistema ventricular. Desestimada la realización de punción lumbar, se administra dosis de cefotaxima y aciclovir y se decide traslado a UCI pediátrica objetivándose Mantoux inducido a las 48 h y realizándose punción lumbar con proteinorraquia y PCR M. tuberculosa complex positiva. No precisa drenaje ventrículo-peritoneal. Se inicia cuádruple terapia antituberculosa y se realiza estudio de extensión objetivándose tuberculosis ganglionar en TC pulmonar.

COMENTARIOS

- En el estudio de fiebre de origen desconocido es importante seguir los escalones de pruebas diagnósticas necesarias, así como la clínica asociada.
- La hipertensión intracraneal y fiebre deben orientarnos a un proceso obstructivo de LCR, que puede ser secundario a una meningoencefalitis, sin olvidar la tuberculosis como causa cuando la clínica es tan larvada.

La psoriasis como diagnóstico diferencial ante patologías cutáneas del área del pañal

M. Salvá Arteaga, I. Sáenz Moreno, I. de la Iglesia Nagore, A. Ibiricu Lecumberri, M. Kortabarria Elguero, L. López Fernández

Hospital San Pedro, Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 146]

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cutánea eritematoescamosa más frecuente en niños es la psoriasis, entidad inflamatoria crónica que cursa con lesiones papuloeritematosas descamativas, de extensión y gravedad variables. Puede suponer para el pediatra un importante reto diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Lactante de dos meses que presenta placa eritematosa brillante como un collarite cervical y eritema del pañal con lesiones satélites de semanas de evolución. Interpretado como intertrigo candidiásico sobreinfectado y candidiasis del pañal, se trata con miconazol tópico y cloxacilina oral, resolviéndose.

Presenta empeoramiento agudo de las lesiones al suspenderlo. Reingresa para tratamiento hospitalario. Se realiza estudio de inmunidad normal. Se pautan fluconazol oral, miconazol e hidrocortisona tópicos, pendiente de cultivos. Aparece exantema papular descamativo no confluyente en el tronco y región pretibial y eccema descamativo en cejas, cuero cabelludo y región retroauricular.

Sospechándose sobreinfección bacteriana, se reintroduce cloxacilina oral.

Inicialmente empeora. Se realiza biopsia cutánea, planteándose psoriasis y dermatitis seborreica en el contexto de candidiasis como diagnósticos diferenciales. Se añaden neomicina, triamcinolona, nistatina y queratolítico tópicos, manteniendo cloxacilina oral. La resolución es casi completa en 7 días.

En cultivo cutáneo se aisló *Streptococcus pyogenes*, siendo la biopsia cutánea compatible con psoriasis.

COMENTARIOS

La psoriasis debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial, en las afecciones eritematodescamativas de la zona genital, junto a patologías más frecuentes, como la dermatitis por cándida. Conviene puntualizar dos aspectos concretos: la presentación típica en menores de 2 años sobre la zona del pañal y la capacidad de ser desencadenada por infecciones bacterianas, típicamente por *Streptococcus pyogenes*, tal como refleja el caso descrito.

Colestasis neonatal. Síndrome de Alagille

R. Úbeda Trujillo, Y. Tormo Sempere, R. Pinillos Pisón, M. Martínez Moral, S. Torres Claveras, I. Ros Arnal, R. Fernández Atuan,

Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 147]

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Alagille se caracteriza por la asociación de colestasis por disminución de conductos biliares intrahepáticos, alteraciones cardíacas (la más frecuente, estenosis pulmonar periférica), alteraciones vertebrales («vertebras en mariposa»), oculares (embriotoxón posterior) y facies peculiar. Incidencia de 1/70.000-100.000 recién nacidos vivos. Se debe a una mutación en el gen JAG1 del cromosoma 20 (90% de los casos).

CASO CLÍNICO

Lactante de 35 SEG, PRN 2740g y Apgar 3/5, que ingresa a las 48 horas de vida con diagnóstico previo de hipoxia perinatal e hipertensión pulmonar, debutando con colestasis en la primera semana de vida. Se objetiva aumento de bilirrubina total con más de un 50% a expensas de bilirrubina directa junto con un incremento de transaminasas sin otros signos de insuficiencia hepática. Ante

colestasis persistente, se amplía estudio evidenciándose estenosis de ramas pulmonares y embriotoxón posterior. En colangio-RMN se objetivan hallazgos compatibles con atresia de vías biliares que no se confirman en laparotomía exploradora. Ante los hallazgos descritos, se confirma la sospecha de síndrome de Alagille con genética positiva para la mutación c.3003_3006dupGCTT p. (Glu1003Leufs*10) en exón 24 del gen JAG1.

COMENTARIOS

- Importancia de un correcto diagnóstico diferencial de forma precoz.
- Necesidad de un seguimiento estrecho por la posibilidad de desarrollar fibrosis portal severa o cirrosis biliar.
- No existe tratamiento específico debiendo asegurarse un adecuado soporte nutricional y manejo del síndrome colestásico.

Mi niña ha pescado una bacteria

N. M. Dadlani Dadlani, D. C. Pestana Gallardo, L. Belenguer Pola, E. Borque Navarro, F. J. Castillo García, S. Duce Camacho, J. M. Mengual Gil

Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 148]

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis aguda supone una causa frecuente de consulta en Atención Primaria. Dado que, en su mayoría son causadas por virus, su investigación microbiológica se hace excepcional, siendo las bacterias más frecuentes el *Campylobacter* y la *Salmonella*, que rara vez precisan tratamiento. El objetivo del estudio microbiológico en nuestro caso era descartar, dada la edad de la paciente, que el origen de dicho microorganismo proviniera de la leche de fórmula y estuviéramos, por tanto, ante una intoxicación alimentaria y un posible brote epidémico.

CASO CLÍNICO

Presentamos a una lactante de 5 meses que acude a su pediatra de Atención Primaria por deposiciones diarreicas de varios días de evolución, de aspecto amarillento y con contenido mucoso. Afebril. No presenta otra clínica asociada. Ambiente epidémico familiar negativo. A la exploración presenta TEP estable con constantes norma-

les, adecuada ganancia ponderal y exploración abdominal dentro de la normalidad. Se solicita coprocultivo, en el que se aísla *Aeromonas caviae* y, dado que su reservorio son los animales acuáticos y las sanguijuelas, se reinterroga a la familia quien afirma tener una pecera en la que se han muerto tres peces. Se pauta tratamiento antibiótico con azitromicina según antibiograma y se solicita una muestra del agua de la pecera para su estudio, siendo el resultado positivo para el aislamiento de aeromonas, descartando su presencia en la leche de fórmula.

COMENTARIOS

El género *Aeromonas spp.* comprende un grupo de bacilo gramnegativos autóctonos de ambiente de agua salada y dulce. Su reservorio son los animales acuáticos y las sanguijuelas y se puede aislar en grifos de agua corriente, dando lugar a brotes epidémicos. El conocimiento epidemiológico es fundamental, así como realizar una anamnesis dirigida de posibles fuentes de contagio para limitar la exposición y controlar el brote.

¿Hasta dónde llega la autoinmunidad?

A. Revuelta Cabello, M. P. Collado Hernández, A. Escribano García, L. González Gayán, C. Laliena Oliva

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 149]

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una paciente con trombopenia inmune primaria crónica de tórpida evolución, con antecedentes de vitíligo, celiaquía e hipotiroidismo autoinmune.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente mujer de 13 años con antecedentes de vitíligo, celiaquía e hipotiroidismo autoinmune desde los 7 años. A la complejidad de la patología autoinmune que presenta se añade una problemática social importante con muy mala adherencia terapéutica y absentismo en las consultas externas. En 2018 comenzó a presentar episodios de trombopenia inmune primaria (PTI) desarrollando finalmente una PTI crónica. Ha requerido múltiples ingresos y tratamientos de primera, segunda y tercera línea sin conseguir una estabilidad clínica y analítica. Actualmente está en tratamiento con los nuevos

agonistas del receptor de trombopoyetina (romiplostim) y micofenolato.

Parece razonable pensar que entre todas sus patologías de índole autoinmune pueda existir un nexo de unión. El síndrome poliglandular autoinmune se caracteriza por la asociación de enfermedades del sistema endocrino y otras de origen autoinmune. Concretamente, en el caso de nuestra paciente se trata de un síndrome poliglandular tipo el 3, que incluye las patologías nombradas anteriormente.

COMENTARIOS

Se trata de un síndrome complejo con una gran carga de autoinmunidad. Es fundamental un control estrecho de la paciente tanto para controlar la estabilidad clínica como para anticiparnos a las posibles complicaciones que pueda desarrollar.

Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2: a propósito de un caso

L. López Fernández, M. Salvá Arteaga, M. Kortabarria Elguero, M. de Pablo de las Heras, I. Sáenz Moreno, M.Y. Ruiz del Prado

Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 150]

INTRODUCCIÓN

Los datos actuales sobre la infección por SARS-CoV-2 en pediatría reflejan que cursa mayoritariamente con sintomatología leve. Recientemente ha sido descrito el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS), cuadro grave que constituye un reto diagnóstico y terapéutico.

CASO CLÍNICO

Varón 9 años, previamente sano. Presenta vómitos, diarreas, dolor abdominal y fiebre de 72 horas de evolución. Padres con infección por SARS-CoV-2 un mes antes. Estado general afectado, dudosa defensa abdominal, constantes y analítica normales, salvo PCR 142 mg/L, SARS-CoV-2 negativo, Rx tórax-abdomen normales, ecografía abdominal que muestra adenopatías y edema de asas.

Tras 48 horas, empeoramiento clínico: mayor defensa abdominal, Blumberg positivo, trombopenia, leucopenia, PCR 247 mg/L, procalcitonina 23,22 ng/mL. Se pautan cefotaxima y metronidazol. En TC toraco-abdominal infiltrados pulmonares bilaterales compatibles con neumonía SARS-CoV-2, derrame pleural y dilatación ventricular

derecha. Nueva PCR SARS-CoV-2 positiva. Inicia disnea, opresión centro-torácica, signos de *shock* con hipotensión, taquicardia e hipoxemia progresivas. Se administra fluido-terapia precisando dopamina en perfusión. Se sustituye antibioterapia: piperacilina-tazobactam y clindamicina. Se añaden hidroxiclороquina, tocilizumab y azitromicina.

En analítica proBNP 20404 pg/mL, LDH 502 U/L, dímero-D 6016 μ g/L, fibrinógeno 578 mg/dL. Empeoran distrés respiratorio y necesidades de oxígeno, decidiéndose intubación orotraqueal y traslado a UCI pediátrica. Permanece 14 días intubado y con soporte inotrópico, con disfunción biventricular. Normalidad de la función cardíaca al alta (ecocardiografía y cardi resonancia) y neumopatía restrictiva persistente.

COMENTARIOS

El SIM-PedS vinculado a SARS-CoV-2 presenta menos síntomas respiratorios y más afección digestiva y hemodinámica que la COVID-19. Puede simular *shock* tóxico, miocarditis aguda o enfermedad de Kawasaki. Es importante reconocerlo, dada su grave y rápida evolución, precisando en más de la mitad de ocasiones soporte vasoactivo e ingreso en las UCI pediátricas.

Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico post-COVID

R. Romero Gil, S. Kanaan Leis, A. Peña Busto, S. Ortiz Madinaveitia, I. Cartagena Rodríguez, M. L. Serrano Madrid

Servicio Pediatría. Hospital Santa Bárbara, Soria

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2020; 50: 151]

Hasta el momento actual, las publicaciones nacionales e internacionales avalan que las manifestaciones clínicas de la infección por SARS-CoV-2 parecen ser menos frecuentes y graves en niños que en adultos; sin embargo, se ha descrito un cuadro clínico inflamatorio, de intensidad variable (con algunos casos muy severos), secundario a la infección por este coronavirus en pacientes pediátricos, denominado síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-PedS), de aparición generalmente posinfecciosa, cuyas características son fiebre mantenida, afección de múltiples órganos y sistemas, elevación de marcadores inflamatorios, junto a evidencia o alta sospecha de infección reciente o concurrente por SARS-CoV-2.

Debemos mantener un alto nivel de alerta para poder diagnosticarlo precozmente, conociendo la definición de caso sospechoso, participación multidisciplinaria en su tratamiento e iniciar una estrategia terapéutica rápida.

Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad con dicha entidad, de inicio un mes después de ser

diagnosticada de infección por SARS-COV-2. Presentó clínica compatible con SIM-PedS forma *Kawasaki like*, con datos sugestivos de mal pronóstico, junto a alteraciones analíticas que demostraban afección cardiológica moderada, sin afección ecocardiográfica aparente. La evolución final fue favorable tras instauración de tratamiento con gammaglobulina, corticoide endovenoso y ácido acetilsalicílico de forma precoz, complementándose posteriormente con heparina de bajo peso molecular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consenso nacional sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS) - AEP-SEIP-SEUP-SECIP-SEPHO-SERPE-SECARDIOPED.
2. Documento de manejo clínico del paciente pediátrico con infección por SARS-CoV-2. Actualización 7/10/2020 - AEP-SEIP-SEUP-SECIP.

El SARS-CoV-2 y sus efectos a medio y largo plazo en la población pediátrica: no todo es el síndrome inflamatorio multisistémico

Á. Navarro Rodríguez-Villanueva, B. Romera Santa Bárbara, J.A. Parra Formento, C. Martínez Andaluz, S. Gallego Vela

Hospital Ernest Lluch Martin, Calatayud. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 153]

INTRODUCCIÓN

A finales de 2019, se describió por primera vez en Wuhan (Hubei, China) un tipo de coronavirus (SARS-CoV-2), generando una pandemia que a finales de 2020 ha ocasionado cerca de millón y medio de muertes oficiales en todo el mundo. La enfermedad por COVID-19 puede, en casos graves, producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis, *shock* y, finalmente, la muerte. En la población pediátrica hay una escasa incidencia (0,9%), con cuadros clínicos más leves, representando los menores de 15 años un 0,4% de los hospitalizados, un 0,7% de los ingresos en UCI y un 0,15‰ de los fallecidos.

Con el paso de los meses, se han ido describiendo signos y síntomas adicionales propios de esta enfermedad, además de posibles secuelas o efectos a largo plazo, habiendo algunos claramente definidos, mientras que otros aún están por esclarecer. A continuación, se explican dos cuadros clínicos poco descritos en la bibliografía, que podrían tener su relación con el SARS-CoV-2.

CASOS CLÍNICOS

El primero es un paciente de 10 años que ingresa por cuadro de mialgias y artralgias migratorias independientes de movilización y astenia de 10 días de evolución. No presenta antecedentes familiares ni personales de interés, salvo infección por SARS-CoV-2 dos meses antes, que pasó de forma asintomática.

Los estudios realizados muestran una elevación de todos los parámetros inflamatorios con valores máximos: PCR 21,7 mg/dl (VN <0,5 mg/dl), VSG 82 mm (VN <15 mm), ferritina 1.090 ng/ml (VN 14-124 ng/ml) y fibrinógeno >700 mg/dl (VN 200-400 mg/dl). Presentaba también anemia normocítica y normocrómica, con Hb 9,5 g/dl (VN 13-17 g/dl), sin alteración de las otras series, descartando origen carencial, hemolítico y hemoglobinopatías. Se detectó una elevación de LDH hasta 584 U/l (VN 120-

300 U/l) e hipoalbuminemia de hasta 2,6 g/dl (VN 3,8-5,4 g/dl), sin proteinuria, siendo el resto del estudio de iones, perfil lipídico, hepático, función renal, enzimas cardíacas sin alteraciones.

Ante la persistencia y focalización del dolor en zona inguinal izquierda, se realizaron radiografías de tórax, pelvis y fémur izquierdo con resultado normal, ecografía abdominal con ligera esplenomegalia, TC abdomino-pélvico-femoral sin alteraciones, gammagrafía ósea con semiología normal y una RMN abdomino-pélvico-femoral que mostró imágenes compatibles con periostitis y fasciitis en ilion y fémur bilateral, con alguna imagen sugestiva de microinfartos óseos, predominantemente en el lado izquierdo.

Orientados por las imágenes, se lleva a cabo estudio de inmunoglobulinas con aumento de IgA de hasta 451 mg/dl (VN 53-204 mg/dl), con valores normales de IgG e IgM. El estudio serológico y de autoinmunidad no mostró resultados relevantes.

Ante la sospecha de cuadro vasculítico posinfeccioso, se inició tratamiento empírico con metilprednisolona a 1 mg/kg/día, además de tratamiento antiagregante con AAS 150 mg/día, con lo que hubo mejoría clínica y analítica. Actualmente, está asintomático, pendiente de repetición de RMN y ver comportamiento clínico tras retirada de la corticoterapia.

El segundo cuadro clínico es un compendio de tres pacientes de 3, 5 y 5 años, respectivamente, cuyo motivo de consulta es la polaquiuria, sin disuria ni poliuria, concomitante a la infección asintomática o paucisintomática por SARS-CoV-2. Uno de ellos está controlado por síndrome nefrótico con corticoterapia en pauta descendente estando estable en ese momento. Los otros dos pacientes no presentaban antecedentes de interés. En todos los pacientes se lleva a cabo un estudio de orina que descarta leucocituria, hematuria, proteinuria e hipercalcituria, presentando una osmolaridad urinaria en el rango de nor-

malidad. El resultado del urocultivo fue negativo en todos ellos. En dos de los niños se realizaron análisis de sangre sin resultados relevantes. En dos de los pacientes se resolvió espontáneamente la clínica a los 12 y 30 días de su inicio. En el otro, persiste la polaquiuria tras siete semanas de evolución.

COMENTARIOS

La enfermedad por SARS-CoV-2 es un diagnóstico reciente, y de la que vamos aprendiendo conforme pasan los meses y aparecen estudios de las manifestaciones clínicas y de la evolución.

La vasculitis postinfecciosa tiene una fisiopatología poco comprendida; sin embargo, se sabe que están implicados mecanismos que incluyen lesiones vasculares re-

sultantes de una reacción por inmunocomplejos que asocian inmunoglobulina y un antígeno vírico. Se han descrito lesiones vasculíticas secundarias a infección por SARS-CoV-2, aunque ninguna con clínica de periostitis, como la de nuestro paciente. Las periostitis extensas también han sido descritas en la bibliografía como consecuencia de vasculitis IgA.

Se ha descrito la polaquiuria como síntoma de infección por SARS-CoV-2, causando una posible cistitis vírica que dura de media unos 5-30 días y que, en ocasiones, se acompaña de nicturia. En el estudio de estos pacientes se describe en ocasiones microhematuria, sin leucocituria ni germen aislado en el urocultivo. Los cuadros clínicos y el tiempo nos dirán si la polaquiuria puede ser útil como herramienta de cribado en la anamnesis para sospechar infección por SARS-CoV-2.

Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico

N. Ferrer Aliaga, I. Romagosa Sánchez-Monge, R. Subirón Ortego, D. Viguera Elías, M. M. Domínguez Cajal, D. Palanca Arias

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 152]

INTRODUCCIÓN

El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado al SARS-CoV-2 (SIM-PedS) muestra rasgos similares a la enfermedad de Kawasaki y puede evolucionar hacia miocarditis y *shock* cardiogénico. Al diagnóstico suele asociar serología IgG positiva y aumento de marcadores de inflamación, sugestivo de disregulación inmunitaria por el virus.

CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por miocarditis. Antecedente de PCR positiva para SARS-CoV-2 cuatro semanas antes. Cuadro de fiebre de 6 días de evolución, dolor abdominal y vómitos. A la exploración muestra conjuntivitis bilateral no exudativa, exantema macular en palmas de manos y adenopatía laterocervical derecha. Analítica inicial con elevación de reactantes sin daño miocárdico asociado.

En planta, ante dolor abdominal persistente realizan ecografía abdominal sugestiva de ileocolitis, valorada por Cirugía Pediátrica, descartando abdomen agudo. Presenta inestabilidad hemodinámica con taquicardia refractaria a fluidoterapia, con nuevo control analítico mostrando daño miocárdico.

En UCIP, ante cuadro compatible con SIM-PedS tipo Kawasaki-like, se inicia tratamiento con inmunoglobulinas, corticoides, aspirina a dosis antiinflamatoria y heparina. PCR negativa y serologías IgG e IgM positivas a SARS-CoV-2.

En cuanto a la evolución, presentó disfunción miocárdica y derrame pleuropericárdico, precisando soporte inotrópico y diuréticos. La función cardíaca se normalizó de forma precoz, a las 72 horas de inicio del tratamiento, y se dio de alta con potenciales auditivos normales.

COMENTARIOS

El SIM-PedS es un síndrome emergente actual con unos criterios definidos. En nuestro hospital han ingresado por este cuadro 5 pacientes hasta la fecha.

Es importante su sospecha ante paciente en edad escolar con fiebre persistente y sintomatología digestiva y mucocutánea, sobre todo si existe antecedente de infección por SARS-CoV-2.

Destaca como característica la linfopenia, afección cardíaca en forma de miocarditis y, habitualmente un buen pronóstico.

A lo largo de este año, los tratamientos han ido modificándose existiendo actualmente un protocolo nacional con la experiencia acumulada.

Pediatricas sanjose@gmail.com en tiempos de pandemia

R. Hernández Abadía⁽¹⁾, L. Hernáiz Calvo⁽²⁾, E. Galindo Lalana⁽³⁾, V. Fernández Ventureira⁽¹⁾, R. Refusta Ainaga⁽⁴⁾, M. P. Lalana Josa⁽⁵⁾

⁽¹⁾ MIR Pediatría HUMS, ⁽²⁾ MIR Medicina Familiar y Comunitaria HUMS, ⁽³⁾ MIR Pediatría HCU, ⁽⁴⁾ Enfermera CS San José Norte, ⁽⁵⁾ Pediatra CS San José Centro

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 155]

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha supuesto el impulso de la atención telemática, con los beneficios y riesgos que conlleva. Se presenta la implantación del correo electrónico como herramienta de comunicación con las familias de los pacientes pediátricos de un Centro de Salud.

OBJETIVOS

- Valorar las ventajas e inconvenientes del uso del correo electrónico para las familias y los pediatras.
- Evaluar el nivel de satisfacción de las familias.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Se recogieron datos de una encuesta enviada a los familiares que habían utilizado esta herramienta.

El reclutamiento duró 2 semanas, enviando 2 correos separados en el tiempo que incluían la descripción del trabajo y la encuesta. De 229 personas, contestaron 118.

Además, se entrevistó a los pediatras sobre su utilización.

RESULTADOS

Las familias destacan la facilidad de acceso (70,2%), poder enviar imágenes y la resolución rápida de consultas que no requieren presencialidad (73,3%).

En cuanto al nivel de satisfacción:

- El 80,3% considera que su consulta se resolvió.
- El 87% se encuentra satisfecho o muy satisfecho.
- El 86% lo recomendaría y el 82,9% lo mantendría.

Sin embargo, recalcan que se trata solo de una herramienta complementaria a la presencialidad.

Los pediatras destacan poder resolver consultas no presenciales y, como inconvenientes, la falta de confidencialidad y el interrogante sobre la custodia de imágenes.

CONCLUSIONES

El correo electrónico en la consulta ha permitido facilitar el acceso al pediatra, la rápida resolución de consultas no presenciales y posibilidad de enviar imágenes. Su buena acogida permite la convivencia de la consulta presencial y telemática.

Hospitalizaciones pediátricas por SARS-CoV-2 en La Rioja. Estudio descriptivo

I. de la Iglesia Nagore, S. Pasamón García, A. Ibiricu Lecumberri, D. Viguera Elías, C. García Muro, Y. Ruiz del Prado

Hospital San Pedro. Logroño

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 156]

INTRODUCCIÓN

El nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) se ha extendido de forma muy rápida por nuestro país, presentando mayor incidencia en La Rioja respecto de otros territorios y afectando en menor medida al paciente pediátrico con respecto al adulto. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-19) son muy variadas, con un porcentaje no despreciable de casos asintomáticos.

OBJETIVOS

Describir las características de los niños ingresados en nuestro hospital con infección por SARS-CoV-2.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los niños ingresados con PCR positiva para SARS-CoV-2 en el servicio de Pediatría del Hospital San Pedro (Logroño) desde el inicio de la pandemia.

RESULTADOS

El total de ingresos fue de 19 niños, agrupados en dos periodos de tiempo (marzo-abril y septiembre-noviembre). La media de edad fue de 4,94 años y la distribución por sexos de 53% mujeres y 47% varones.

La mayoría fueron casos leves y solo uno de los pacientes precisó ingreso en UCI-P. La fiebre fue el síntoma más frecuente (84%), seguida de las manifestaciones respiratorias (53%) y digestivas (37%). La estancia media hospitalaria fue de 5,74 días (mediana 4). En cuanto al tratamiento, un 21% precisó oxigenoterapia y hasta en el 59% de los pacientes se prescribió antibioterapia empírica. En el 26% de los casos no encontramos evidencia científica que relacionase el motivo del ingreso con la infección por SARS-CoV-2.

CONCLUSIONES:

La fiebre fue la manifestación más descrita en nuestra muestra. El diagnóstico más frecuente fue el de infección respiratoria leve. Se dieron hospitalizaciones en las que la COVID-19 no se relacionó con la causa del ingreso.

Dificultades en la atención sanitaria en la época COVID-19

P. Morte Coscolín, A. Sancho Mensat, M. Lafuente Hidalgo, M. Bustillo Alonso, R. I. Pérez Ajami, J. A. Castillo Laita

Servicio de Pediatría. Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 157]

RESUMEN

El aislamiento y las medidas de protección del personal sanitario necesarias durante la evaluación de un paciente COVID positivo pueden dificultar la óptima atención para valorar su evolución clínica. Se ha revisado una serie de pacientes ingresados con aislamiento donde pudo darse esta situación.

INTRODUCCIÓN

La situación actual de pandemia por el SARS-CoV-2 ha obligado a tomar una serie de medidas para reducir la transmisión intrahospitalaria. Entre ellas se encuentra el aislamiento de pacientes positivos o pendientes de PCR, cuyo resultado se demora entre unas 5-6 horas. Estos pacientes son visitados por el mínimo personal imprescindible, el menor número de veces posibles y utilizando equipos de protección individual.

CASO CLÍNICO

A continuación, se exponen las dificultades detectadas en la atención de los pacientes pediátricos en situación de aislamiento por COVID positivo o PCR pendiente.

1. Lactante de 2 meses ingresada por rechazo de tomas y PCR positiva para COVID-19. El aislamiento dificultó el control seriado de las tomas, la valoración de la técnica de lactancia y la capacidad de succión. Hasta que no negativizó la PCR, no se pudo realizar tránsito esofagógico ni una adecuada valoración por Logopedia y Gastroenterología.

2. Niño de 6 años con síndrome hemolítico urémico en tratamiento con eculizumab, con el consecuente riesgo de sepsis por gérmenes encapsulados. Ingresó por fiebre y exantema macular eritematoso, pendiente de resultado de PCR. A pesar del aislamiento, al ser un paciente de riesgo, se decidió realizar una segunda valoración, en la que se detectó la presencia de petequias, clave en la sospecha de sepsis meningocócica, cuyo retraso diagnóstico podría haber supuesto una situación de extrema gravedad. Probablemente, en un niño aislado sin factores de riesgo la reexploración se habría demorado, lo que habría dificultado el diagnóstico precoz.

3. Niño de 14 años ingresado por cefalea y vómitos, con PCR positiva para COVID-19. Pese a presentar IgG positiva, se mantuvo aislamiento por clínica compatible con infección activa. Fue difícil la distinción entre síntomas asociados a COVID-19 o de carácter funcional. A consecuencia del aislamiento, no se podía objetivar las características de los vómitos ni si el número real era el referido por el paciente. Finalmente, los síntomas se atribuyeron a trastorno de ansiedad/de comportamiento, pudiendo retirar el aislamiento y realizar TAC craneal, que fue normal.

4. Paciente de 8 años con antecedente de trasplante de progenitores hematopoyéticos por inmunodeficiencia combinada severa que ingresa por neutropenia severa e infección respiratoria por SARS-CoV-2. Requiere abordaje multidisciplinar con Oncohematología de nuestro hospital y del Hospital La Paz. Con el objetivo de minimizar el riesgo de contagio, la visita y exploración era realizada por un único profesional, con posterior toma conjunta de decisiones por parte del equipo.