



# El Rincón del Residente



Coordinadores:

J. Pérez Sanz, D. Gómez Andrés, J. Rodríguez Contreras  
Residentes de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid

*El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos clínicos, imágenes y revisión bibliográfica. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)*

## Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

N. Álvarez Álvarez\*, J. Lázaro Ramos\*\*, C. Criado Muriel\*\*\*

\*Residente R1 de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. \*\*Residente R2 de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

\*\*\*Adjunto de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

*Pediatr Integral 2014; XVIII (10): 767-773*

### Historia clínica

Varón de 17 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a urgencias por vómitos de 48 horas de evolución, asociados a dolor abdominal de tipo cólico. Se encuentra afebril y sin otra sintomatología.

En la exploración física se objetiva un aceptable estado general, sin otros hallazgos.

En urgencias se realizan las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, sistemático y sedimento de orina y ecografía abdominal. En ninguna de las pruebas se objetivan hallazgos patológicos.

Se decide su ingreso para estudio, por persistencia del dolor abdominal.

A las 12 horas del ingreso se produce empeoramiento clínico, con alteración del estado general y vómitos continuos, por lo que se solicita radiografía tóraco-abdominal (Figura 1).

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Vólvulo intestinal.
- Neumotórax izquierdo.
- Hernia diafragmática de presentación tardía.
- Derrame pleural derecho.
- Invaginación intestinal.



Figura 1

## Respuesta correcta

c. Hernia diafragmática de presentación tardía.

## Comentario

La incidencia de la hernia diafragmática congénita (HDC) es 1/3.000-4.000 recién nacidos en los países occidentales, siendo lo habitual su diagnóstico, por ecografía prenatal a partir de la semana 12 del embarazo.

Su gravedad varía en función del periodo de la fase embrionaria en que aparezca el defecto. Si se produce en la etapa prenatal, ocasionaría una alteración grave por la hipoplasia pulmonar resultante. En los casos de presentación tardía (5-20%), debido a una buena adaptación pulmonar, la clínica no aparece en las primeras horas de vida sino posteriormente.

La ocupación de la cavidad torácica por las vísceras abdominales produce: distrés respiratorio, afectación del equilibrio ácido-base y vómitos, como manifestaciones más frecuentes.

El diagnóstico se realiza por imagen. La radiografía tóraco-abdominal es la primera prueba a realizar, aunque en un 25% de los casos, su interpretación es errónea, precisándose otras pruebas. El tránsito gastrointestinal es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico.

En la figura 1 se objetiva la ocupación del hemitórax izquierdo por múltiples imágenes compatibles con asas intestinales que condicionan desplazamiento mediastínico contralateral y ausencia de visualización de hemidiafragma izquierdo. Estos hallazgos junto con la clínica de nuestro

paciente, son compatibles con una hernia diafragmática izquierda.

La clínica inespecífica de la HDC tardía sumada a la rareza de esta entidad dificulta su diagnóstico.

El abordaje es quirúrgico y debe realizarse precozmente mediante laparotomía o laparoscopia.

En nuestro caso, se realizó una laparotomía subcostal izquierda sin incidencias, con desaparición de la clínica a las 24 horas de la cirugía.

El principal factor pronóstico de la hernia diafragmática es el grado de hipoplasia pulmonar. La presentación tardía es por sí misma un factor de buen pronóstico, siempre y cuando, no asocie complicaciones intestinales (vólvulo).

## Palabras clave

*Hernia diafragmática congénita; Hernia diafragmática de presentación tardía.*

## Bibliografía

1. Raya Jiménez MA, Oltra Benaventa M, Sequí Caneta JM, Lacomba Carratalá L, López Mutb JV y Miralles Torres A. Hernia diafragmática congénita de presentación tardía. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 76(3):163-164.
2. Beltrà Picó R, Hernández Castelló C, Seraphin Gbénou A, Ahmed Mogueya S, Wardak J, Hounnou G, Uroz Tristán J. Hernia diafragmática congénita de presentación tardía. A propósito de trece casos. *Canarias pediátrica*. 2012; vol. 38 (3): 126-131.
3. Jin Kim D and Hee Chung J. Late-Presenting Congenital Diaphragmatic Hernia in Children: The Experience of Single Institution in Korea. *Yonsei Med J*. 2013 Sep; 54(5): 1143-1148.

# Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

J. Lázaro Ramos\*, N. Álvarez Álvarez\*, C. Criado Muriel\*\*

\*Residente R2 de Pediatría. \*\*Médico Adjunto de Pediatría.  
Hospital Universitario de Salamanca.

## Historia clínica

Niña de siete meses que es derivada a la consulta de nefrología pediátrica para valoración por agenesia renal izquierda. El mes previo a la consulta ingresa por pielonefritis aguda por E.Coli, con buena respuesta clínica al tratamiento empírico intravenoso.

## Antecedentes personales

En la ecografía de las 20 semanas, se diagnostica de agenesia renal izquierda, arteria umbilical única y escoliosis. Al nacimiento, se objetiva una malformación anorrectal (atresia anal y fístula recto-vestibular). Se confirma ecográficamente la ausencia de riñón izquierdo en fosa renal.

## Exploración física

En la exploración física, solo llama la atención: orificio fistuloso a nivel del vestíbulo vaginal, orificio de colostomía y escoliosis.

## Pruebas complementarias

Se solicita cistouretrografía miccional seriada (CUMS) (Figura 1) y a los 9 meses de la pielonefritis aguda una gammagrafía (Figura 2) con DMSA (ácido dimercapto-succínico).

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Agenesia renal izquierda.
- Reflujo vésico-ureteral (RVU) de grado IV a riñón derecho.
- Hemivértebras y escoliosis.
- Ausencia de cicatrices en riñón derecho.
- Todas son correctas.



Figura 1. Cistouretrografía miccional seriada.

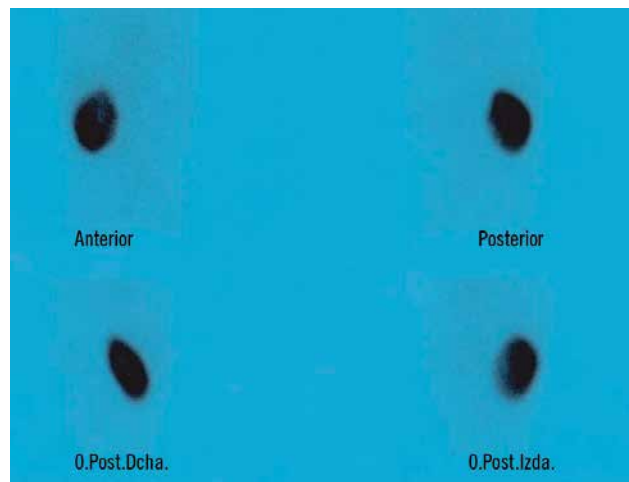


Figura 2. Gammagrafía renal con DMSA.

## Respuesta correcta

e. Todas son correctas. Síndrome de VACTERL.

## Discusión

El síndrome de VACTERL corresponde al acrónimo de: defectos Vertebrales (60-80%), malformaciones Anales (55-90%), anomalías Cardiacas congénitas (40-80%), alteraciones Tráqueo-Esofágicas (50-80%), malformaciones Renales (50-80%) y alteraciones en las extremidades, "Limbs" (40-50%)<sup>(1)</sup>. Para su diagnóstico, se requiere la presencia de al menos 3 de las 7 malformaciones enumeradas<sup>(2)</sup>. Su incidencia es de 1,6 por cada 10.000 recién nacidos, con predominio masculino (2,6/1). En la etiopatogenia, intervienen múltiples factores genéticos y ambientales no bien conocidos. Recientemente, algunos autores postulan un aumento de susceptibilidad desencadenado por posibles disfunciones mitocondriales<sup>(3,4)</sup>.

Nuestra paciente presentaba defectos vertebrales (hemivértebras en D12-L1-L2-L3 y L4, con escoliosis importante), malformaciones anales (atresia anal y fístula recto-vestibular) y malformaciones renales (agenesia renal izquierda).

En estos niños, las anomalías renales pueden ser muy variadas y de diversa gravedad: agenesias renales, riñones quísticos o displásicos, junto con anomalías en el sistema genito-urinario. Todo esto implica un aumento de la morbilidad, por lo que es importante su diagnóstico precoz<sup>(1)</sup>.

En nuestro caso, era obligado estudiar un posible reflujo vesicoureteral (RVU) por el antecedente de pielonefritis, por lo que se solicitó la CUMS. En la figura 1, se objetiva un RVU cruzado de grado IV a riñón derecho (dilatación importante del uréter y de más del 50% de los grupos caliciales). En la columna vertebral, se aprecia la

escoliosis y hemivértebras. Se decide corrección endoscópica del RVU.

Para descartar la presencia de cicatrices corticales tras el episodio de pielonefritis, se solicitó gammagrafía con DMSA diferida. En la figura 2, se objetiva una ausencia de captación de radiotrazador en fosa renal izquierda, que confirma la agenesia renal. En el riñón derecho, existe una distribución homogénea del trazador a nivel cortical, sin evidencias de cicatrices retráctiles.

En el seguimiento de nuestra paciente se ha comprobado la resolución del RVU, no ha presentado nuevos episodios de infección de orina y mantiene una función renal adecuada.

El manejo de los pacientes con síndrome de VACTERL es multidisciplinar y complejo. El primer paso es la corrección quirúrgica precoz de las malformaciones que ponen en peligro la vida del paciente (atresia anal, fístulas traqueo-esofágicas y malformaciones cardiacas). En segundo lugar, se deben tratar aquellas anomalías que aumenten la morbi-mortalidad, como son las anomalías genitourinarias<sup>(1,2)</sup>.

## Palabras clave

*Asociación - Síndrome VACTERL/VATER/VATERS/VACTERL-DF, Anomalías congénitas.*

## Bibliografía

1. Solomom BD. VACTERL/VATER Association. Orphanet J of Rare Dis. 2011; 16; 6: 56.
2. Caro F, Gómez Farpón A, Arias Llorente RP. Cuadro polimalformativo en un recién nacido. Asociación VACTERL con bazo supernumerario. An Pediatr (Barc). 2008; 69 (6): 577-92.
3. Siebel S, Salomon BD. Mitochondrial Factors and VACTERL Association-Related Congenital Malformations. Mol Syndromol 2013; 4: 63-73.
4. Reutter H, Ludwig M. VACTER/VACTERL Association: Evidence for the Role of Genetic Factors. Mol Syndromol 2013; 4 (1-2): 16-19.

# A Hombros de Gigantes

*Las revisiones de pediatría que te pueden interesar publicadas en las revistas internacionales más importantes.*

## D. Gómez Andrés

F.E. Pediatría. Hospital Universitario Infanta Sofía.  
Médico Asistente en Neurología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.  
Estudiante de Doctorado en el Departamento de Anatomía, Histología y Neurociencia  
(Universidad Autónoma de Madrid)



### Pediatría General y Extrahospitalaria

★★★★ European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 59(1): 132–52. PMID: 24739189

Guía actualizada sobre un problema con el que todos los pediatras tenemos contacto. La guía se organiza en forma de preguntas y respuestas sobre la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de la gastroenteritis. Ofrece 2 métodos de lectura: intensa (todo el texto donde se justifican las recomendaciones) o rápida (leyendo el resumen de recomendaciones en los cuadros de texto).

★★★★ Allergic rhinitis in children. *BMJ.* 2014; 349: g4153. PMID: 24986886

Artículo corto y directo sobre un problema muy prevalente cuyo diagnóstico y tratamiento deben tenerse en cuenta en Pediatría.

★★★★ Improving quality of life in hospitalized children. *Pediatr Clin North Am.* 2014; 61(4): 749–60. PMID: 25084722

Artículo muy interesante de una serie de *Pediatric Clinics of North America*, dedicada a Cuidados Paliativos Hospitalarios. Los autores reflexionan sobre las múltiples medidas que se pueden tomar para mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con enfermedades graves y de las distintas barreras que aparecen en el sistema de cuidados hospitalarios, para que los pacientes accedan a un sistema de Cuidados Paliativos adecuados.

★★★★ Literacy promotion: an essential component of primary care pediatric practice. *Pediatrics.* 2014; 134(2): 404–9. PMID: 24962987

En los últimos años, el cribado de alteraciones del neurodesarrollo ha recibido mucha atención. Sin embargo, las actuaciones médicas destinadas a producir cambios importantes en la evolución de los pacientes han sido poco promocionadas. La Academia Americana de Pediatría presenta los datos de variabilidad y la discriminación existente en las habilidades de lectoescritura de los niños americanos. En España, carecemos de datos tan exhaustivos, pero la situación es similar o algo peor. En esa situación, la AAP propone unas recomendaciones políticas y a pediatras, basadas en datos científicos contundentes que incluyen: la promoción del contacto precoz con libros durante la lactancia, mediante el consejo universal de que los padres lean a los niños, y la provisión de medios adecuados para acceso a libros adecuados en la comunidad.

★★★★ Euthanasia: 10 myths. *Arch Dis Child.* 2014; 99(9): 798–9. PMID: 25016612

Artículo sobre un tema espinoso. Merece la pena su lectura porque está lejos de la polémica y cerca de los hechos, aunque se pueda no compartir la visión y opinión última del autor.

★★★★ The science of anthropogenic climate change: what every doctor should know. *BMJ.* 2014; 349: g5178–8. PMID: 25205584

No parece un problema sanitario, pero lo es y nos afecta. Conocer los mecanismos y el pronóstico de esta enfermedad que afecta a nuestro planeta es muy interesante y en los próximos años será una parte importante de nuestra formación y un origen de parte de nuestros nuevos problemas.

★★★★ The diagnosis and management of common sleep disorders in adolescents. *Curr Opin Pediatr.* 2014; 26(4): 407–12. PMID: 24932653

Los problemas de sueño son muy prevalentes en la pubertad, aunque siguen siendo poco conocidos y escasamente



tratados. Repercuten en la calidad de la vida y tienen consecuencias cognitivas muy negativas. Muy recomendable.

★★★★☆ **Postnatal depression.** *BMJ.* 2014; 349: g4500–0. PMID: 25125284

Es un problema que afecta a nuestros pacientes, aunque no son ellos quienes la sufren directamente. También altera nuestra relación padre-pediatra de una manera crítica y cuyo diagnóstico, a veces, depende de nuestro criterio.

## Cardiología

★★★★☆ **Heart failure in children: etiology and treatment.** *The Journal of Pediatrics.* 2014; 165(2): 228–33. PMID: 24928699

Interesante resumen sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en Pediatría. Aunque está orientada a las miocardiopatías, los autores repasan la sintomatología, los distintos signos clínicos que aparecen en la exploración y los tratamientos adecuados para cada fase de la historia natural, con especial hincapié al soporte circulatorio mecánico.

## Dermatología

★★★★☆ **Nail disorders in infants and children.** *Curr Opin Pediatr.* 2014; Aug; 26(4): 440–5. PMID: 24886951

Aunque la patología ungueal es relativamente infrecuente en nuestra especialidad, es cierto que todos nos hemos enfrentado a una alteración de este tipo alguna vez y, generalmente, no nos habremos sentido muy seguros al respecto. En este artículo, que combina sencillez con una detallada colección gráfica, se repasan las lesiones congénitas y adquiridas de los niños.

★★★★☆ **Prevention of diaper dermatitis in infants—a literature review.** *Pediatric Dermatology.* 2014; Jul; 31(4): 413–29. PMID: 24890321

Interesante revisión sistemática sobre la prevención de la dermatitis del pañal. La mayoría de información disponible en esta área es de baja calidad y orientada más al tratamiento que a la prevención. Los autores encuentran publicaciones que hablan de 3 tipos de intervenciones: métodos de limpieza (parece que las toallitas reducen la incidencia de dermatitis, pero existen grados muy variables de composición), métodos de baño (donde la evidencia es muy contradictoria) y productos tópicos (donde los productos con óxido de zinc podrían tener un papel en contraste con las pocas pruebas a favor de los productos con vitamina A o con aceite de *Primula vulgaris*).

## Endocrinología

★★★★☆ **Investigation and management of tall stature.** *Arch Dis Child.* 2014; 99(8): 772–7. PMID: 24833789

Revisión que analiza un problema que recibe menos atención que la talla baja. Los autores de una forma con-

cisa analizan el proceso diagnóstico del paciente con talla excesiva y las distintas opciones causales que existen en el diagnóstico diferencial.

## Genética y Dismorfología

★★★★☆ **Charge syndrome: a review.** *J Paediatr Child Health.* 2014; Jul; 50(7): 504–11. PMID: 24548020

Este síndrome, relacionado con mutaciones en *CHD7*, se asocia a problemas en múltiples órganos. Los autores repasan con bastante claridad el proceso diagnóstico en este síndrome y analizan los distintos problemas que aparecen en la infancia en estos pacientes, describiendo el abordaje terapéutico y la observación que requieren los pacientes en cada caso.

## Hematología

★★★★☆ **Management of sickle cell disease: summary of the 2014 evidence-based report by expert panel members.** *JAMA.* 2014; 312(10): 1033–48. PMID: 25203083

Comunicación especial que pretende resumir el informe de expertos sobre anemia drepanocítica del NIH. Aunque el texto es de fácil lectura, son especialmente interesantes las tablas resumen que establecen grados de evidencias y recomendaciones para las medidas de salud, el manejo de las distintas complicaciones agudas y crónicas y el tratamiento con hidroxiurea en estos pacientes.

## Neonatología

★★★★☆ **Use of ultrasound in the haemodynamic assessment of the sick neonate.** *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2014; 99(4): F332–7. PMID: 24736479

Aunque el tema último de la revisión es sin duda muy interesante, yo creo que la virtud oculta de este artículo es la explicación de las distintas situaciones hemodinámicas, que pueden estar detrás de situaciones clínicas frecuentes como: el prematuro hemodinámicamente inestable, el prematuro con *ductus arterioso*, el neonato con altas necesidades de oxígeno, el neonato con oligoamnios, el neonato con EHI o el neonato con sepsis.

★★★★☆ **The aetiology of meconium-stained amniotic fluid: pathologic hypoxia or physiologic foetal ripening?** *Early Hum Dev.* 2014; Jul; 90(7): 325–8. PMID: 24794302

Artículo donde se discute la etiopatogenia del líquido teñido con meconio. Los autores revisan la literatura al respecto y proponen tres grandes causas para el meconio intraútero: hipoxia, maduración (predominio en términos tardíos y postérminos) e infección. La hipoxia explica su asociación a peores evoluciones neonatales, pero los autores señalan que las alteraciones son más frecuentes en los líquidos con tinción secundaria (la que aparece durante el trabajo de parto) que serían representaciones de hipoxias agudas.

## Neurología

### ★★★★★ **Managing common symptoms of cerebral palsy in children.** *BMJ.* 2014; 349: g5474. PMID: 25255910

Buen artículo que resume parte del cuidado del paciente con parálisis cerebral infantil, con la intención de explicarlo a un pediatra general.

### ★★★★☆ **Actual insights into the clinical management of febrile seizures.** *Eur J Pediatr.* 2014; 30; 173(8): 977–82. PMID: 24477659

Buena revisión cuya principal contribución es resumir y explicar claramente la información acumulada en las últimas décadas sobre crisis febriles. Especialmente interesante es el resumen sobre un área conflictiva como es el estatus febril.

### ★★★★☆ **Behavioral assessment of language brain processing in the first year of life.** *Eur J Paediatr Neurol.* 2014; 18(5): 551–7. PMID: 25022340

Aunque el objetivo del artículo es discutir los métodos para analizar la comprensión del lenguaje en el lactante, este artículo es muy interesante porque explica el proceso por el que aparece el lenguaje. Los autores dividen las etapas de comprensión–adquisición lingüística en 2 etapas: discriminativa y perceptiva. En la etapa discriminativa, aparecen propiedades que permiten comprender al sistema nervioso, que los ruidos emitidos por otros seres humanos tienen un componente y una codificación especial en cada lengua. En la etapa perceptiva, se unen los fonemas a un significativo.

### ★★★★☆ **Exercise reduces the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and improves social behaviour, motor skills, strength and neuropsychological parameters.** *Acta Paediatr.* 2014; 103(7): 709–14. PMID: 24612421

Buena revisión sistemática sobre una opción no farmacológica y complementaria muy interesante para el tratamiento del TDAH. Sin embargo, los estudios que analizan sus potenciales beneficios, lamentablemente, son escasos.

## +Pediatrí@

*Esta nueva sección pretende dar a conocer aquellas tecnologías nuevas para la difícil (o imposible) tarea de enfrentarse a un ordenador para obtener información útil (es decir, de alta calidad, actualizada y completa pero no excesiva).*

## D. Gómez Andrés

F.E. Pediatría. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Médico Asistente en Neurología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.

Estudiante de Doctorado en el Departamento de Anatomía, Histología y Neurociencia (Universidad Autónoma de Madrid)

## RSS

RSS son las siglas de *Really Simple Syndication*. Es un tipo de formato que busca difundir nueva información entre usuarios que previamente se han incluido a un contenido.

Los RSS funcionan a través de unos programas que se llaman agregadores. Existen programas que funcionan específicamente como agregadores, pero la mayoría de los navegadores web tienen esta opción.

¿Para qué nos sirven los RSS en Pediatría? Su utilidad principal es para recoger información actualizada de forma automática. Por ejemplo, se pueden transformar búsquedas de *Pubmed* en RSS y recibir cada vez que se incluya un artículo nuevo en esa búsqueda, una alerta. También podemos suscribirnos al RSS de una revista en la que estemos muy interesados.

Desde mi punto de vista, suponen una alternativa interesante a las clásicas suscripciones a contenidos que pueden inundar el correo electrónico y que, en general, son menos personalizables.

Si te interesa esta forma de trabajar, busca este signo o uno similar en la página web a la que quieres seguir:

