



# El Rincón del Residente

**Coordinadores:** F. Campillo i López,  
E. Pérez Costa, D. Rodríguez Álvarez,  
E. Ballesteros Moya  
*Residentes de Pediatría del Hospital  
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 e imágenes clínicas entre otras.  
¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)*

## Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico Un parásito infrecuente



imagen clínica interactiva  
[www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es)

C. Rojo Villaescusa\*, M.T. Morales San José\*\*

\*Residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Gregorio Marañón (Madrid); Centro de Salud Arroyo de la Media Legua (Madrid). \*\*Centro de Salud La Paz (Rivas Vaciamadrid, Madrid).

### Caso clínico

Niña de 2 años y 10 meses, natural de Senegal, sin otros antecedentes personales de interés. Hace 9 días presentó cuadro consistente en: hiporexia, meteorismo y tres vómitos aislados.

Acude de nuevo hoy a nuestra consulta por dolor abdominal difuso, prurito anal y expulsión de parásito por región anal, que es traído por sus padres en un recipiente de plástico (Fig. 1).

El resto de la familia se ha encontrado asintomática en todo momento.

A la exploración: dolor abdominal leve, difuso, de manera más acentuada en mesogastrio. Inspección anal y resto de exploración por aparatos: normal.

¿Cuál es el parásito más probable para esta infestación intestinal?

- Trichuris trichiuria.*
- Taenia solium.*
- Ascaris lumbricoides.*
- Ancylostoma duodenale.*
- Strongyloides stercoralis.*



Figura 1.

## Respuesta correcta

a. *Ascaris lumbricoides*.

## Comentario

En la imagen, se observa una hembra adulta, alargada, cilíndrica, de color cremoso, de aproximadamente 30 cm de longitud y 5 mm de diámetro. En este caso, se trata de una parasitosis intestinal por *Ascaris lumbricoides*, es decir, una ascariasis.

La mayoría de las ascariasis son asintomáticas. Cuando existe clínica suele ser digestiva, pero de características totalmente inespecíficas.

En la práctica clínica, el diagnóstico se establece mediante la visualización directa de gusanos adultos en las heces (como en nuestro caso), de los huevos en muestras fecales o de las larvas en esputo o jugos gástricos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el resto de parásitos helmintos, principalmente con los gusanos cilíndricos o nemátodos (*Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiuria*, *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus* y *Strongyloides stercoralis*).

El parásito efectúa una migración que podría finalizar con la expulsión del gusano al exterior a través del ano, la boca o la nariz. Durante la migración, junto con la oclusión de los conductos, el áscaris puede transportar consigo bacterias intestinales capaces de producir abscesos de los órganos obstruidos. Otras complicaciones pueden ser: respiratorias (desde sintomatología inespecífica, hasta síndrome de Löeffler), pseudo-obstrucciones intestinales (ascariosis masiva) y obstrucción de las vías biliares o pancreáticas.

Esta patología se asocia a deficiente saneamiento básico y la consecuente contaminación fecal del suelo, pero también a la cultura higiénica de las personas. Presenta distribución mundial, especialmente en zonas tropicales y subtropicales; es prevalente y endémico en áreas desprovistas o con infraestructura sanitaria deficiente.

Aunque la infestación se puede presentar a cualquier edad, la tasa más alta sucede en niños en edad preescolar o escolar temprana.

El diagnóstico de este tipo de microorganismos supone un reto para el pediatra de Atención Primaria, que se

enfrenta a una patología casi excepcional en nuestro medio hasta hace relativamente poco tiempo.

En nuestro caso, se realizó el examen microscópico de la muestra, que en 5 días confirmó nuestro diagnóstico de sospecha, obteniéndose como resultado: *Ascaris lumbricoides* (hembra).

El tratamiento debe incluir medidas de soporte (sintomáticas) y fármacos anti-helmínticos, siendo de elección el Mebendazol (dosis de 100 mg dos veces al día durante tres días o dosis única de 500 mg vía oral) o Albendazol (una sola dosis de 400 mg). El Pamoato de Pirantel se encuentra en una segunda línea de tratamiento.

En el caso de nuestra paciente, se prescribió Mebendazol de manera empírica y se explicaron detalladamente las medidas profilácticas para evitar la reinfección.

## Palabras clave

*Ascaris lumbricoides*; Parasitosis intestinales; Enfermedades transmisibles.

## Bibliografía

- Robertson LJ, Hanevik K, Escobedo AA, Mørch K, Langeland N. Giardiasis – why do the symptoms sometimes never stop? Trends Parasitol. 2010; 26: 75-82.
- Chacín-Bonilla L. The intestinal parasitic diseases as a global health problem. Invest Clin. 2013; 54(1): 1-4.
- Basualdo JA, Córdoba MA, De Luca MM, Ciarmela ML, Pezzani BC, Grenovero MS, Minvielle MC. Intestinal parasitoses and environmental factors in a rural population of Argentina, 2002-2003. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2007; 49: 251-5.
- Morales GJL, Arpón GF, Bravo CC. Obstrucción intestinal por *Ascaris lumbricoides*. Rev Chil Cir. 2009; 61: 13-4.
- Gamboa MI, Kozubsky LE, Costas ME, et al. Associations between geohelminths and socioenvironmental conditions among different human populations in Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26: 1-8.
- Magill AJ, Ryan ET, Maguire JH, Strickland GT, Solomon T, Hill DR. Hunter's tropical medicine and emerging infectious diseases. Londres, Nueva York, Oxford, St. Louis, Sidney, Toronto, Saunders, 2012.

# Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva  
www.pediatriaintegral.es

## Alteración clavicular en un recién nacido

M. Eunide Gourdet\*, P. Sánchez Ruiz\*, I. Raya Pérez\*\*

\*Médico Residente de Pediatría. \*\*Médico Adjunto de Pediatría.  
Hospital General Universitario de Ciudad Real.

### Caso clínico

Recién nacido de menos de 24 horas de vida que, en la exploración física en maternidad, se le palpa un apéndice cartilaginoso en tercio medio de ambas clavículas, más pronunciado en el lado derecho.

### Antecedentes personales

Madre de 37 años, G5/A3/V2, sin antecedentes de hipertensión arterial, no diabetes gestacional ni otra patología. Serologías negativas. SGB rectal y vaginal negativo. Ecografías prenatales normales. Nace de un parto eutócico a las 39 semanas + 2 días de edad gestacional. No antecedente de trauma obstétrico. No precisa de reanimación. APGAR: 9/10. Peso al nacer: 4.060 g. Longitud: 52 cm. Perímetro cefálico: 34,5 cm

### Exploración física

No presenta dolor a la palpación, movilidad de los miembros normal, reflejo de Moro presente y simétrico. Sin alteración en otros huesos. Piel normal. Sin fenotipo peculiar. Resto de la exploración normal.

### Pruebas complementarias

Ante el hallazgo a la palpación de las clavículas, se realiza la radiografía de tórax (Figura 1):



Figura 1.

### ¿Cuál es el diagnóstico?

- Fractura de clavícula bilateral.
- Pseudoartrosis traumática de clavícula derecha.
- Pseudoartrosis congénita de clavícula bilateral.
- Disostosis cleidocraneal.
- Pseudoartrosis de clavícula derecha relacionada con neurofibromatosis.

## Respuesta correcta

c. Pseudoartrosis congénita de clavícula bilateral.

## Comentario

Se trata de una pseudoartrosis congénita de clavícula bilateral. La pseudoartrosis de clavícula es una malformación congénita de la cintura escapular que suele localizarse en el tercio medio de la clavícula<sup>(1)</sup>. Generalmente, es unilateral afectando predominantemente al lado derecho. La afectación bilateral es muy rara, correspondiendo solo al 10% de los casos publicados<sup>(2,3)</sup>.

Fue descrita por primera vez como entidad, por Fitzwilliams en 1910<sup>(4)</sup>. Hasta el momento, hay pocos casos descritos en la literatura.

Su etiología no está bien definida. Se han propuesto diversas teorías como causantes de este trastorno de la osteogénesis: defecto en la fusión de los centros primitivos de osificación, defecto anatómico vascular causado por la presión de la arteria subclavia sobre la clavícula en desarrollo y posible transmisión genética por el hallazgo ocasional de formas familiares, aunque no se ha llegado a precisar la modalidad de herencia<sup>(3,5)</sup>.

Este trastorno puede detectarse en el periodo neonatal, como en nuestro caso, representando solo un 2% de todos los casos descritos. Pero al tratarse de un proceso asintomático o con síntomas leves, lo más frecuente es el diagnóstico durante la lactancia o la primera infancia, al perderse el tejido adiposo propio de las primeras edades<sup>(5)</sup>. Clínicamente, se caracteriza por una prominencia en el tercio medio de la clavícula o la palpación de una discontinuidad de la clavícula con movilidad anormal entre el segmento medial y el lateral, que se acentúa conforme va creciendo el niño. No suele producir dolor ni limitación funcional<sup>(6)</sup>. Puede observarse una mayor capacidad de ante-flexión de la cintura escapular. A veces, el paciente puede referir ciertas molestias que se acentúan con el ejercicio y, con el tiempo, puede desarrollar una asimetría del hombro, presentando descenso del lado afecto en ausencia de una pérdida funcional importante.

El diagnóstico se hace con los hallazgos clínicos y radiológicos.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la fractura clavicular, la disostosis cleidocraneal, la pseudoartrosis postraumática y la pseudoartrosis relacionada con la neurofibromatosis.

En el diagnóstico neonatal, es importante descartar la fractura de clavícula de origen obstétrico. En este caso,

existe: crepitación a la exploración, dolor a la palpación y cierta limitación funcional. En la radiografía, se aprecia una interrupción de la cortical ósea y en la evolución se objetiva callo de fractura que, posteriormente, desaparece de forma espontánea.

En la displasia cleidocraneal, el defecto suele ser bilateral y suele asociarse a otras afectaciones óseas y de estructuras de línea media, como: cráneo balonado, cara pequeña y defectos pélvicos, de la columna o de las extremidades. Además, existe carga familiar, ya que es de transmisión autosómica dominante.

En la pseudoartrosis clavicular relacionada con la neurofibromatosis tipo 1, se encuentran datos específicos de dicha enfermedad como: manchas café con leche, nódulos de Lish, etc.

El tratamiento de la pseudoartrosis de clavícula sigue siendo un tema controvertido<sup>(5)</sup>. La habitual falta de síntomas y las posibles complicaciones postoperatorias hacen que la mayoría de los autores coincidan en mantener una actitud expectante, dejando la cirugía para casos de defecto estético ostensible, así como cuando se produzca compresión vasculonerviosa o limitación funcional, hallazgos que son poco frecuentes<sup>(7)</sup>. Según algunos autores, también se pueden considerar como posibles indicaciones: las molestias funcionales y la demanda imperativa de los padres.

En cualquier caso, es necesario comentar a los padres o familiares los riesgos y beneficios de la cirugía.

## Bibliografía

1. Youde P, Man EMW, Lee WK. Congenital pseudarthrosis of the clavicle: a rare and challenging diagnosis. *Hong Kong Med J*. 2013; 19: 265-7.
2. Padua R, Romanini E, Conti C, Padua L, Serra F. Bilateral congenital pseudarthrosis of the clavicle report of a case with clinical, radiological and neurophysiological evaluation. *Acta Orthopaedica Belgica*. 1999; 65(3).
3. Akman YE, Dogan A, Uzumcugil O, Azar N, Dalyaman E, Kabukoglu YS. Congenital pseudarthrosis of the clavicle in two siblings. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2008; 42(5): 377-81.
4. Fitzwilliams DC. Hereditary cranio-cleido-dysostosis. *Lancet*. 1910; 2: 1466-75.
5. Guerrero Vázquez J. Pseudoartrosis congénita de clavícula. *Revista Web PEDIátrica.com*. Dic. 2009.
6. Ullot Font R, Cepero Campa S, Gargantilla Vázquez A, Hernández Bou S. Pseudoartrosis congénita de clavícula. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64(3): 273-6.
7. Ettl V, Wild A, Krauspe R, Raab P. Surgical treatment of congenital pseudarthrosis of the clavicle: a report of three cases and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg*. 2005; 15(1): 56-60.