



El Rincón del Residente

Coordinadores: M. García Boyano*,
I. Noriega Echevarría**, E. Pérez Costa*,
D. Rodríguez Álvarez*

**Residentes de Pediatría del Hospital
Universitario Infantil La Paz. Madrid.*

***Residente de Pediatría del Hospital
Universitario Infantil Niño Jesús. 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*

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Dolor abdominal de etiología poco frecuente

P. Aparicio Ríos*, B. Mínguez Rodríguez*, H. Expósito de Mena**

*Residente de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Adjunto de Pediatría. Unidad de Gastroenterología Infantil. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Pediatr Integral 2018; XXII (4): 201–206

Historia clínica

Niña de 12 años que ingresa por un cuadro clínico de 10 días de evolución, de dolor epigástrico intenso e incapacitante, que mejora con la genuflexión. Asocia sensación nauseosa, vómitos y plenitud postprandial, que le impiden comer con normalidad. Como antecedente personal, refiere dolor abdominal recurrente desde hace 6 años y pérdida de peso significativa (aproximadamente 6 kg) en los últimos meses. En la exploración física, presenta: desnutrición crónica moderada (peso: 25 kg [p2/-2,26 DE], talla: 137,3 cm [p1/-2,54 DE], IW[p]: 75%, IW[t]: 89,5%), con palidez cutánea, dolor a la palpación de la región epigástrica, ruidos hidroaéreos aumentados y borborigmos palpables. En la analítica, pre-

senta un hemograma, gasometría y coagulación normales y la siguiente bioquímica: glucemia: 104 mg/dL, urea: 23 mg/dL, creatinina: 0,61 mg/dL, iones normales, GOT: 28 U/L, GPT: 14 U/L, amilasa: 430 U/L y lipasa: 208 U/L. Tras ello, se decide realizar ecografía abdominal.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Quiste de duplicidad intestinal.
- Síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS).
- Pancreatitis aguda.
- Páncreas anular.
- Coledocolitiasis.



Figura 1.

Respuesta correcta

b. Síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS).

Comentario

La ecografía muestra una distancia aortomesentérica de 4 mm (Fig. 1) con un ángulo entre ambas de 12° (Fig. 2). Cumpliendo criterios clínicos-radiológicos, se diagnostica de SAMS. Se lleva a cabo manejo conservador con descompresión gástrica y soporte nutricional. Inicialmente, precisa nutrición parenteral con posterior tolerancia de nutrición enteral, con fórmula hipercalórica, alimentación fraccionada y medidas posturales. Tras ello, presenta evolución favorable, encontrándose asintomática, con buena ganancia ponderal y descenso paulatino de enzimas pancreáticas.

El SAMS es una patología intestinal obstructiva infrecuente en la edad pediátrica⁽¹⁾, que se debe a una obstrucción duodenal producida por compresión de la tercera porción duodenal a su paso entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal. Es frecuente encontrar el antecedente de pérdida de peso significativa como agente desencadenante, ya que el tejido adiposo juega un papel importante en la separación entre las estructuras afectadas. **Su diagnóstico se realiza con un tránsito gastrointestinal superior o tomografía computarizada.** El uso de la ecografía en el diagnóstico de esta patología no está estandarizado y es poco común a pesar de ser una técnica barata, accesible, inocua y adecuada para medir la distancia y el ángulo aortomesentérico. En la literatura actual, existen escasas publicaciones al respecto^(2,3). Ante la sospecha recomendamos, como primera opción, realizar una ecografía abdominal por un radiólogo experto solicitando, de forma específica, estas mediciones. El tratamiento suele ser conservador, con medidas nutricionales y descompresión



Figura 2.

gástrica siendo, en pocas ocasiones, necesaria intervención quirúrgica.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con otras patologías⁽⁴⁾ que cursen con obstrucción intestinal, como el quiste de duplicidad intestinal, donde los síntomas aparecen al ir aumentando de tamaño. En la pancreatitis aguda, el dolor abdominal de localización epigástrica es el síntoma más frecuente. La elevación de la amilasa y la lipasa (más sensible y específica) no es exclusiva de la misma y en su diagnóstico la ecografía tiene baja sensibilidad, siendo el TAC la prueba de elección. Similar sintomatología puede producir el páncreas anular, en el que al producirse una falta de regresión de la porción ventral del mismo, este envuelve al duodeno en su segunda porción y provoca una estenosis de su luz. Por último, en el caso de la coledocolitiasis puede producirse una elevación de las enzimas pancreáticas, pero en nuestro caso, no existe alteración de la función hepática ni colestasis y la paciente no tiene ictericia.

Como conclusión, recalcar el papel potencial de la ecografía en el diagnóstico de esta patología.

Palabras clave

Dolor abdominal; Síndrome arteria mesentérica superior; Obstrucción intestinal; Abdominal pain; Upper mesenteric artery syndrome; Intestinal obstruction.

Bibliografía

1. Baltazar U, Dunn J, Floresguerra C, Schmidt L, Browder W. Superior mesenteric artery syndrome: an uncommon cause of intestinal obstruction. *South Med J.* 2000; 93: 606-8.
2. Neri S, Signorelli S, Mondati E, Pulvirenti D, Campanile E, Di Pino L, et al. Ultrasound imaging in diagnosis of superior mesenteric artery syndrome. *Journal of Internal Medicine.* 2005; 257: 346-51.
3. Mauceri B, Misseri M, Tsami A, Vecchio C, Di Pino A, Galati D, et al. Ultrasound in diagnosis of superior mesenteric artery syndrome. *Clin Ter.* 2010; 161: 35-7.
4. Lara-Gómez RE. Dolor abdominal agudo en la infancia. *Pediatr Integral.* 2014; XVIII(4): 219-28.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Imagen radiológica en adolescente con fiebre y tumefacción mentoniana

C. Luna Parera Pinilla*, Aroa Arraiz Ramírez**, Eva Escribano Ceruelo***

*Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús. **Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Hospital de La Princesa. ***Médica adjunta. Servicio de Pediatría Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús.

Historia clínica

Adolescente de 13 años que acude al servicio de urgencias por eritema y tumefacción en mentón de 15 días de evolución, que ha aumentado progresivamente de tamaño. Fiebre máximo: 38,9°C. Tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico oral durante dos días sin mejoría. Sin traumatismo previo. A la exploración física, presenta: eritema, tumefacción y dolor a la palpación del mentón, con placa melicérica y supuración activa acompañante de 3 x 3 cm. No se visualiza punto de entrada cutáneo. Presenta dificultad para apertura bucal. Se realiza análisis de sangre con hemograma y bioquímica, con

hallazgo de 17.000 leucocitos (80% neutrófilos, 5% de cayados) serie roja y plaquetas normales y PCR de 20,7 mg/dl. Ingresa realizándose una Resonancia Magnética (RM) para filiación del diagnóstico.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Quiste folicular dentígero.
- Osteomielitis mandibular.
- Osteosarcoma mandibular.
- Granuloma central de células gigantes.
- Osteoma mandibular.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

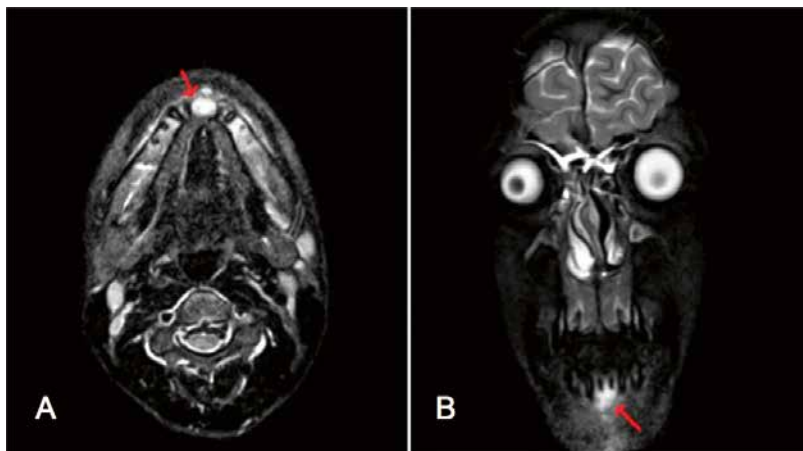


Figura 1.

Respuesta correcta

- Esta lesión es asintomática y no se corresponde con la evolución clínica y la elevación de los reactantes de fase aguda.
- Correcta.** La osteomielitis mandibular es un proceso inflamatorio que, clínica y radiológicamente, concuerda con el caso clínico.
- Los tumores óseos suelen cursar con dolor, pero es menos habitual que asocien fiebre, siendo más probable, la presencia de un proceso infeccioso.
- Se trata de una lesión benigna que no asociaría clínica inflamatoria o alteración de los reactantes de fase aguda.
- La evolución de este tipo de lesiones suele ser más lenta y, únicamente, suelen presentar clínica local.

Comentario

La resonancia magnética (Fig. 1) muestra una imagen focal en la línea media mandibular, inferior a los incisivos centrales inferiores, redondeada, hiperintensa en T2, con realce periférico tras contraste i.v. con solución de continuidad de la cortical anterior, compatible con osteomielitis mandibular.

La osteomielitis aguda es un proceso infeccioso localizado en los huesos⁽¹⁾. Suele afectar a la fisis de huesos largos y se suele presentar con dolor, impotencia funcional y fiebre. Los microorganismos más frecuentemente implicados varían con la edad, siendo el más frecuente el *Staphylococcus aureus*. En su diagnóstico, es recomendable la valoración de los reactantes de fase aguda y la realización de una prueba de imagen, siendo de elección la resonancia magnética. Su tratamiento pasa por antibioterapia empírica intravenosa precoz que cubra los gérmenes más prevalentes en cada edad⁽²⁾, ajustándose en función de las pruebas microbiológicas y la evolución clínica. Se puede cambiar a vía oral tras mejoría clínica y descenso de los reactantes de fase aguda. El drenaje quirúrgico se reserva para aquellos casos que evolucionen desfavorablemente o en caso de absceso. La localización mandibular es infrecuente y suele asociarse a patología odontogénica⁽³⁾. Su diagnóstico diferencial debe incluir el de las otras lesiones mandibulares y las de osteomielitis.

El paciente ingresó, iniciándose tratamiento empírico con cefotaxima intravenosa. Se realizó resonancia magnética con hallazgos compatibles con osteomielitis abscesificada, por lo que se drenó quirúrgicamente. En el cultivo de la lesión, se aisló *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible. Clínicamente, presentó mejoría lenta, precisando antibioterapia intravenosa durante 3 semanas, con disminución del tamaño y negativización progresiva de los reactantes de fase aguda, pudiendo darse de alta con amoxicilina-clavulánico oral, que mantuvo una semana más con buena evolución posterior.

El quiste dentígero⁽³⁾ es una lesión proliferativa del esmalte dentario en torno a la corona no erupcionada de contenido líquido, siendo asintomático. El osteosarcoma es un tumor maligno con capacidad de producir osteoide. Se presenta como una masa dolorosa y se diagnostica anatomopatológicamente^(4,5). El granuloma central de células gigantes es una lesión reactiva de la línea media. Es más frecuente en mujeres y, en las pruebas de imagen, se presenta como una masa expansiva radiolúcida con tabicaciones en ángulo recto. El osteoma es una neoplasia benigna, formada por hueso compacto productor de osteoide, que cursa con dolor sin fiebre. En las pruebas de imagen, se presenta como una masa esclerótica bien delimitada, unida a la superficie mandibular por una base ancha.

El quiste dentígero⁽³⁾ es una lesión proliferativa del esmalte dentario en torno a la corona no erupcionada de contenido líquido, siendo asintomático. El osteosarcoma es un tumor maligno con capacidad de producir osteoide. Se presenta como una masa dolorosa y se diagnostica anatomopatológicamente^(4,5). El granuloma central de células gigantes es una lesión reactiva de la línea media. Es más frecuente en mujeres y, en las pruebas de imagen, se presenta como una masa expansiva radiolúcida con tabicaciones en ángulo recto. El osteoma es una neoplasia benigna, formada por hueso compacto productor de osteoide, que cursa con dolor sin fiebre. En las pruebas de imagen, se presenta como una masa esclerótica bien delimitada, unida a la superficie mandibular por una base ancha.

Palabras clave

Osteomielitis; Enfermedades de la mandíbula; Absceso; Osteomyelitis; Jaw Diseases; Abscess.

Bibliografía

- Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Obando I, et al. Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre etiopatogenia y diagnóstico de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *An Pediatr*. 2015; 83: 216.e1-216.e10.
- Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Obando I, et al. Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre el tratamiento de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *An Pediatr*. 2015; 82: 273.e1-273.e10.
- Suei Y, Taguchi A, Tanimoto K. Diagnosis and classification of mandibular osteomyelitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 100: 207-14.
- Liberato DP, Pérez A. Diagnóstico diferencial de las lesiones mandibulares. Congreso SERAM 2014. Presentación Electrónica Educativa. Texto disponible en: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0273>. Texto accedido el 31 de Agosto de 2018.
- Chow A. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections. UpToDate. Acceso: el 28 de febrero del 2017. Actualizado: el 4 de mayo de 2017.
- Krogstad P. Hematogenous osteomyelitis in children: Clinical features and complications. UpToDate. Acceso el 10 de febrero del 2017. Actualizado: el 12 de septiembre de 2016.
- Albi G. Diagnóstico por la imagen en oncología pediátrica. *Pediatr Integr*. 2016; XX (6): 418.e1-418.e7.

10 Cosas que deberías saber sobre... ...la enuresis



I. Noriega Echevarría, E. Pérez Costa,
D. Rodríguez Álvarez, M. García Boyano

1 La enuresis se ha definido como: la eliminación nocturna, involuntaria y funcionalmente normal de orina a una edad, generalmente los 5 años, en la que cabe esperar un control voluntario de la micción

2 Se trata de un problema de salud frecuente que afecta hasta a un 15% de los niños a los 5 años de edad

3 Si presenta síntomas relacionados con la disfunción vesical (incontinencia urinaria diurna, frecuencia miccional diurna aumentada, urgencia, etc.), se define como no monosintomática y el enfoque debe orientarse a resolver la causa de la misma

4 La enuresis secundaria es aquella que aparece tras un periodo mínimo de 6 meses de continencia nocturna sin ayuda y se ha relacionado, entre otras causas, con eventos estresantes

5 Otras entidades que justifican la presencia de enuresis y que conviene abordar de entrada en el tratamiento serían: el estreñimiento, el SAHS (síndrome de Apnea hipopnea del sueño), la diabetes, la enfermedad renal crónica, los oxiuros, la infección de orina, el disrafismo espinal, la polidipsia psicógena, crisis convulsivas, la drepanocitosis, o el hipertiroidismo

6 Una correcta anamnesis y exploración física, complementada con la realización de un diario y calendario miccionales, bastan para llevar a cabo el diagnóstico de enuresis monosintomática. En general, no es necesario realizar exámenes complementarios, un sistemático-sedimento de orina en primera micción puede realizarse por su inocuidad

7 La edad a la que se debe iniciar el tratamiento depende de la motivación del paciente y de sus cuidadores

8 Resulta fundamental la educación a las familias y la terapia motivacional, situándose ambas en el escalón primero del tratamiento

9 Las alarmas requieren un alto nivel de motivación y varios meses de duración, pero han demostrado ser la medida más efectiva a largo plazo para resolver la enuresis

10 La desmopresina oral se recomienda en caso de buscar una mejoría a corto plazo o si existe un rechazo o han fracasado las alarmas

Para saber aún más...

1. Taborga Díaz E, García Nieto VM. Guía de manejo y diagnóstico terapéutico de la Enuresis Infantil. Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria; 2014.
2. Tu ND, Baskin LS, Arnheim AM. Nocturnal enuresis in children: Etiology and evaluation. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [acceso: 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
3. Tu ND, Baskin LS. Nocturnal enuresis in children: Management. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [acceso: 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>