



## El Rincón del Residente

**Coordinadores:** S. Criado Camargo\*,  
R. Vila de Frutos\*\*, L. García Espinosa\*,  
M. García Boyano\*

\*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 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

### Apneas a estudio, no todo es lo que parece

M. Rodríguez Martínez\*, A. Molina Cambra\*\*

\*Residente de Pediatría. \*\*Adjunto de Pediatría.  
Hospital Universitario y Politécnico la Fe



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

#### Historia clínica

Lactante de 7 semanas que consulta en urgencias pediátricas por episodios de apnea y estancamiento ponderal. La madre refiere que se producen desde que comenzó con bronquiolitis (dos semanas previas), acompañado de un progresivo rechazo de las tomas, tanto al pecho como con biberón, con escasa tolerancia a las mismas (regurgitación/vómitos...) y de una progresiva pérdida generalizada de tono muscular.

#### Antecedentes personales

Embarazo, parto y perinatal sin incidencias, vacunación correcta. Ingreso previo durante 3 días por bronquiolitis, dado de alta hace 10 días con diagnóstico de bronquiolitis, sin otros antecedentes de interés.

#### Antecedentes familiares

Padres sanos, hermana de 3 años exprematura ingresó en UCI neonatal por bronquiolitis.

#### Exploración física

Peso: 3,660 kg. Tª: 36,9°C. SatO2: 100%. FC: 168 lpm. FR: 32 rpm.  
Triángulo de evaluación pediátrica: estable. Regular estado general, normocoloración de piel y mucosas. Mucosa labial seca. Disminución del pániculo adiposo con pliegue cutáneo positivo. Hemodinámicamente estable con buena perfusión periférica. Pulsos periféricos presentes y simétricos. No exantemas ni petequias. No adenopatías. No edemas. No distrés.

ORL: discreta hiperemia faríngea, no exudados. Otoscopia normal.  
ACP: buena ventilación pulmonar bilateral sin ruidos sobreañadidos ni soplos. Abdomen: blando y depresible. No puntos dolorosos. Peristaltismo normal. No masas ni megalias. No hernias.

Neurológico: conciencia, tono muscular y reactividad postural normales; mirada alerta y orientada. No asimetrías aparentes de pares craneales. F.A.: normotensa. Signos meníngeos negativos.

#### Pruebas complementarias

- Bioquímica: Cr: 0,18. GOT y GPT: normales. PCR de 1,7 mg/L. No alteraciones iónicas.
- Hemograma: hemoglobina: 11 g/dl; hematocrito: 32%; leucocitos: 13.680/mm<sup>3</sup> (5.230 neutrófilos, 6.760 linfocitos, 1.490 monocitos), plaquetas 67.200/mm<sup>3</sup>.
- Sedimento urinario: normal.
- PCR virus respiratorios en frotis naso-faríngeo: PCR positiva de adenovirus.
- Radiografía de tórax: discreta prominencia perihiliar sin alteraciones en campos pulmonares.

#### ¿Cuál es el diagnóstico?

- a. Bronquiolitis.
- b. Apnea de causa obstructiva.
- c. Faringoamigdalitis aguda.
- d. Gastroenteritis aguda.
- e. Tosferina.



Figura 1.



Figura 2.

### Respuesta correcta

- La bronquiolitis<sup>(1)</sup> se define como el primer episodio agudo de sibilancias, en el contexto de una enfermedad respiratoria viral que afecta a lactantes <24 meses; aunque es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante y la apnea puede ser un síntoma de dicha enfermedad, en este caso, la auscultación del paciente es normal (es una enfermedad de diagnóstico clínico).
- Correcta.**
- La faringoamigdalitis aguda<sup>(2)</sup> es un proceso agudo febril con inflamación de mucosas del área faringoamigdal, pudiendo presentar: eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas.
- La gastroenteritis<sup>(3)</sup> aguda es la inflamación de la mucosa gástrica e intestinal, habitualmente de causa infecciosa, que cursa habitualmente con deposiciones líquidas en número aumentado y suele acompañarse de: vómitos, fiebre y dolor abdominal, clínica no presentada por nuestra paciente.
- Por último, la tosferina<sup>(4)</sup> es una infección respiratoria aguda causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. La apnea ocurre casi exclusivamente en lactantes, principalmente en los menores de seis meses y generalmente se asocia con un paroxismo de tos. Los síntomas más frecuentes son: tos (paroxística o no), rinorrea, cianosis, vómitos o escaso aumento ponderal, leucocitosis con linfocitosis y fiebre escasa. Nuestro paciente presenta solo la clínica de apnea y escaso aumento ponderal, por lo que no sería la primera opción diagnóstica en la que pensaríamos.

### Comentario

En la imagen de la fibrobroncoscopia (Fig. 1), podemos observar una tumoración de aspecto quístico en la base de la lengua, que compromete de manera importante la luz de la vía aérea.

La imagen de la ecografía cervical (Fig. 2) evidencia una lesión quística de 1,2 cm de diámetro en línea media, discretamente lateralizada en la base base de la lengua/vallécula.

El quiste epitelial de vallécula<sup>(5)</sup> es una causa poco frecuente de anomalía congénita de la vía aérea superior (incidencia exacta desconocida, se estima alrededor de 1 por 300.000 nacimientos al año), asintomático en adultos; en general, en la infancia se presenta con: estridor inspiratorio, dificultad en la alimentación, fallo de medro y/o distrés respiratorio; en raras ocasiones, puede debutar con un episodio aparentemente letal o incluso la muerte por obstrucción de la vía aérea superior. La laringomalacia suele ser un hallazgo asociado. Los quistes de vallécula se deben

diferenciar del tiroides lingual ectópico, de aspecto más hemorrágico y sólido. Por esta razón<sup>(6)</sup>, aunque el diagnóstico se confirma con endoscopia de hipofaringe, se debe completar el estudio endoscópico con una ecografía cervical antes de llegar al diagnóstico definitivo.

Se completa estudio con ecografía de cuello, con informe de quiste de 1,2 cm de diámetro en línea media, discretamente lateralizado a la izquierda en topografía de base de lengua/vallécula.

Las opciones terapéuticas<sup>(7)</sup> son: resección quirúrgica abierta, resección endoscópica asistida por láser o marsupialización.

Finalmente, se realizó exéresis-marsupialización del quiste sin incidencias, permitiéndose el destete posterior de la ventilación mecánica con desaparición de apnea, adquiriendo buena tolerancia oral, adecuada ganancia ponderal y franca mejoría de la hipotonía, por lo que es dado de alta con seguimiento posterior en consulta externa de otorrino infantil y pediatría general.

### Palabras clave

Lactante; Apneas; *Breastfeeding baby*; Apnea.

### Bibliografía

- Cansino Campuzano A. Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatría Integral* [Internet]. 2012. Número 1, curso V. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2012-01/bronquitis-y-bronquiolitis/>.
- Álviz González F, Sánchez Lastres J. Faringoamigdalitis aguda. *Asociación Española de Pediatría* [Internet]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/faringoamigdalitis.pdf>.
- Mosqueda Peña R, Rojo Conejo P. Gastroenteritis aguda. *Asociación Española de Pediatría* [Internet]; Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/gea.pdf>.
- UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2019 [citado el 14 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pertussis-infection-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis>.
- Remón García C, Delgado Pecellín I, Castillo Reguera Y, Hurtado Mingo A, Obando Santaella I, González Valencia J. Quiste de vallécula como causa infrecuente de episodio aparentemente letal. *Anales de Pediatría*. 2011; 74: 278-80.
- Pearrocha Terés J, Hernández-Gancedo C. Malformaciones congénitas de la vía aérea superior. *Pediatría Integral* [Internet]. 2013. Número 5, curso V. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2013-06/malformaciones-congenitas-de-la-via-aerea-superior/>.
- UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2019 [citado el 14 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/congenital-anomalies-of-the-larynx>.

## 10 Cosas que deberías saber sobre... ...sangrado menstrual excesivo en adolescentes



R. Vila de Frutos, S. Criado Camargo,  
L. García Espinosa, M. García Boyano

Es uno de los trastornos menstruales más frecuentes tras la amenorrea

Se define como aquel sangrado menstrual que dura más de 7 días o supera una cantidad de > 80 ml/ciclo y que interfiere en la vida de la paciente a nivel físico, emocional o social

En la adolescencia, las causas más frecuentes son las funcionales (75%), entre las cuales destacan los ciclos anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario

Aunque son etiologías menos frecuentes, es importante descartar enfermedades hematológicas (20%), de las cuales la enfermedad de von Willebrand es la más habitual; así como la posibilidad de embarazo, problemas tiroideos y de infecciones de transmisión sexual

Es necesario cuantificar el sangrado, realizar una adecuada historia ginecológica e identificar síntomas de anemia o asociados a enfermedad hematológica (petequias, equimosis, sangrados previos abundantes)

Es muy importante valorar la estabilidad hemodinámica de estas pacientes, mediante la toma de tensión arterial y frecuencia cardíaca

El hemograma, el estudio de coagulación básico, la determinación de ferritina y el test de embarazo, son las pruebas complementarias de primer nivel empleadas para valorar el grado de repercusión de la hemorragia y orientar su manejo

Como pruebas complementarias de segundo y tercer nivel, se encuentran: la detección de infecciones de transmisión sexual, los estudios hormonales con TSH y hormonas sexuales, y los estudios de coagulación específicos

La realización de ecografía pélvica de urgencia no se recomienda de rutina, aunque sí como parte del estudio etiológico del sangrado

El tratamiento depende de la etiología, de la intensidad del sangrado, de la repercusión hemodinámica y del grado de anemia que presente la paciente. Los anticonceptivos orales combinados monofásicos son el tratamiento de elección, cuando se trate de un sangrado moderado o grave debido a ciclos anovulatorios

### Para saber aún más...

- Lafuente P, de la Iglesia E. Trastornos menstruales de la adolescente. En: Guerrero-Fernández J, González I. Manual de diagnóstico y terapéutica en Endocrinología Pediátrica. Ed. Ergon; 2018. p. 583-613.
- Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2017; 30: 335-40.
- Mullins TL, Miller RJ, Mullins ES. Evaluation and Management of Adolescents with Abnormal Uterine Bleeding. Pediatric Ann. 2015; 44: 218-22.
- Curell N. Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes. Pediatr Integral. 2013; 17(3): 161-70.