



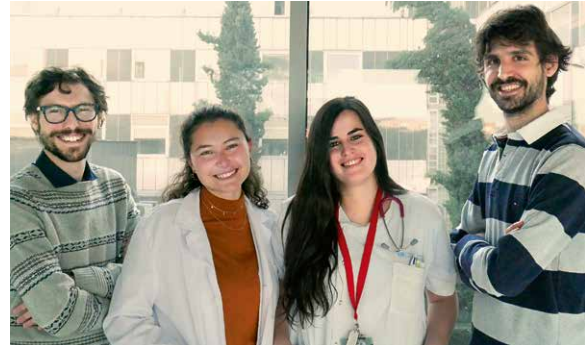
El Rincón del Residente



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Coordinadores:

J.A. Soler Simón*, L. García Espinosa**,
M. García Boyano**, S. Criado Camargo**,
*Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.
**Hospital Universitario Infantil 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

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

Rechazo a andar de una lactante

I. Aldana Villamañán*, M. Aldana Villamañán**, J. Aldana Gómez***

*Médico Interno Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

**Médico Interno Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz. Madrid.

***Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Recoletas Salud Segovia. Segovia

Historia clínica

Niña de 15 meses, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por rechazo a apoyar la pierna derecha y deambular desde hace 18 horas. Sin otra sintomatología. No refiere ningún traumatismo, cuadro infeccioso previo ni toma de medicación.

Presenta buen estado, la exploración general es normal y la de la extremidad inferior derecha no muestra puntos dolorosos, deformidades ni signos inflamatorios locales. La movilidad de la cadera, rodilla y tobillo es normal e indolora. Gatea con normalidad. Mantiene la posición neutra en reposo sentada, pero en bipedestación rechaza el apoyo del pie derecho y la deambulación, tirándose al suelo.

La analítica de sangre no presenta leucocitosis y la velocidad de sedimentación globular, la proteína C reactiva y la creatinfosfoquinasa muestran valores normales. Se realizan radiografías en dos proyecciones, cuyas imágenes se muestran en las figuras 1 y 2.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Miositis viral aguda.
- Artritis séptica del tobillo.
- Fractura de *toddler*.
- Sinovitis transitoria de la cadera.
- Maltrato físico infantil.



Figura 1.



Figura 2.

Respuesta correcta

c. Fractura de *toddler*.

Comentario

El diagnóstico correcto es fractura de *toddler*. Se trató con yeso suropédico (desde debajo del cuello del peroné hasta las cabezas de los metatarsianos, manteniendo el tobillo en 90°) durante cuatro semanas. Al retirarlo, deambulaba sin dolor.

La fractura de *toddler* es propia de menores de tres años. Generalmente, sin traumatismo previo, aparece rechazo al apoyo y a la deambulación. La exploración es normal y solo ocasionalmente existe un punto doloroso^(1,2). El diagnóstico se confirma radiológicamente en menos de la mitad de los casos, como una línea de fractura oblicua, espiriforme y fina, sobre todo en la tibia distal (Figs. 1 y 2), producida por fuerzas de torsión⁽¹⁻³⁾. Cuando la radiografía es normal, el diagnóstico puede retrasarse hasta 2-3 semanas, cuando, ante la persistencia de los síntomas, se realiza una nueva radiografía o una gammagrafía ósea, visualizándose entonces el callo de fractura^(2,3). El tratamiento es conservador con yeso suropédico durante 4 semanas⁽¹⁻⁵⁾. El seguimiento radiográfico es innecesario⁽⁴⁾. La evolución es buena y no deja secuelas^(4,5).

Los otros cuatro cuadros clínicos presentan todos ellos cojera, rechazo o dificultad a la deambulación.

La miositis viral aguda ocurre después de una infección vírica (generalmente gripe). Presenta mialgias en ambas piernas. La palpación es dolorosa. La necrosis muscular incrementa la creatinfosfoquinasa, con creatinina plasmática normal. Se trata con reposo y analgésicos. Desaparece en una semana sin secuelas⁽⁶⁾.

La artritis séptica del tobillo es una infección bacteriana, más frecuente en menores de cinco años. Es unilateral y presenta dolor localizado. En menores de dos años, los síntomas pueden ser inespecíficos y no presentar fiebre. Suele asociar leucocitosis y elevación de los reactantes de fase aguda. La radiografía inicial es normal. La ecografía muestra derrame articular. El estudio del líquido sinovial, junto al hemocultivo, permite conocer el agente causal. El tratamiento es antibioterapia intravenosa y artrocentesis⁽⁷⁾.

La sinovitis transitoria de la cadera es una causa frecuente de cojera en mayores de 4 años. Es unilateral. Puede haber

limitación de la abducción. La analítica y la radiografía son normales, y la ecografía muestra escaso derrame ocasionalmente. Se trata con reposo, desaparece en pocos días, pero puede recidivar⁽⁸⁾.

El maltrato físico infantil es más frecuente en niños de 2 a 4 años. Suele ocurrir en el ámbito familiar. Son frecuentes las fracturas múltiples no accidentales y suele asociar otros indicadores, como: magulladuras, hematomas, quemaduras, mordeduras o cortes, que no estaban presentes en nuestro caso. El diagnóstico es por exclusión y exige un alto índice de sospecha. El pediatra debe notificarlo mediante el parte de lesiones⁽⁹⁾.

Palabras clave

Fractura tibial; Fractura de *toddler*; Niño preescolar.
Tibial fracture; Toddler fracture; Preschool child.

Bibliografía

- López J. Fracturas infantiles más frecuentes. Esguinces y epifisiolisis. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII: 221.e1-e14. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/fracturas-infantiles-mas-frecuentes-esguinces-y-epifisiolisis/>.
- Rodríguez A, el Kadaoui M, Alcobendas RM. Cojera de inicio brusco en un lactante. *Pediatr Integral*. 2015; XIX: 573.e1-e6. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-10/cojera-de-inicio-brusco-en-un-lactante/>.
- Bauer JF, Lovejoy SA. Toddler's fractures: time to weight-bear with regard to immobilization type and radiographic monitoring. *J Pediatr Orthop*. 2019; 39: 314-7.
- Alqarni N, Goldman RD. Management of toddler's fractures. *Can Fam Physician*. 2018; 64: 740-1.
- Fox J, Enriquez B, Bompadre V, Carlin K, Dales M. Observation versus cast treatment of Toddler's fractures. *J Pediatr Orthop*. 2022; 42: e480-e485.
- García M, Núñez A, Delgado E. Miositis viral aguda: a propósito de ocho casos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017; 19: 363-5.
- Rubio A, Rojo P. Osteomielitis y artritis séptica. *Pediatr Integral*. 2018; XXII: 316-22. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-10/osteomielitis-y-artritis-septica/>.
- González P, Alonso M. Evaluación del niño y adolescente con cojera. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII: 212-20. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/evaluacion-del-nino-y-adolescente-con-cojera/>.
- Martín L. El maltrato en la infancia: clínica y pautas de intervención. *Jano: Medicina y humanidades*. 2001; 61: 30-5.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



Escroto agudo neonatal: ¿en qué debo pensar?

R. Mora Ibáñez*, M. Torres del Pino**

*Médico Interno Residente de Pediatría. **Médico Adjunto de Pediatría
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Historia clínica

Neonato de 24 días de vida que acude a Urgencias por irritabilidad de 24 horas de evolución. Afebril, sin otra clínica acompañante. Además de la irritabilidad inconsolable, en la exploración se objetiva el testículo izquierdo con tumefacción, aumento de temperatura local, coloración eritemato-violácea, dolor a la palpación y un reflejo cremastérico ausente con transluminación positiva (Figs. 1 y 2).

Se realiza una analítica sanguínea, destacando en ella la presencia de 36.720 leucocitos/ μL , con neutrofilia, una PCR de 38,6 mg/L y una PCT de 0,18 ng/mL. En la tira reactiva de orina recogida por sondaje, los leucocitos y nitritos son positivos. Finalmente, se solicita una ecografía Doppler

testicular, visualizándose en ella un incremento en la vascularización de testículo y epidídimo izquierdos, así como engrosamiento de planos blandos escrotales e hidrocele con detritus probablemente reactivo (Fig. 3).

¿Cuál es el diagnóstico?

- Torsión testicular.
- Hernia inguinal incarcerada.
- Orquiepididimitis.
- Edema escrotal idiopático.
- Tumor testicular.



Figura 1.



Figura 2.

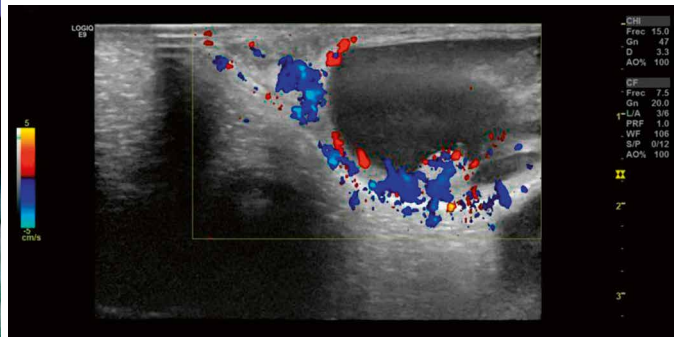


Figura 3.



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 70 % 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".

Respuesta correcta

c. Orquiepididimitis.

Comentario

El escroto agudo consiste en un cuadro clínico caracterizado por dolor testicular asociado a signos inflamatorios locales. Lo primero que debemos descartar, por su frecuencia y gravedad, ante un neonato con esta patología es la torsión testicular, siendo preciso distinguirla de la orquiepididimitis, muy poco frecuente en este periodo de la vida⁽¹⁾.

En nuestro caso, el paciente presentaba una orquiepididimitis, caracterizada por una inflamación aguda del testículo y del epidídimo. Su etiología no está claramente definida, siendo la diseminación hematogena el mecanismo etiológico más común y *Escherichia coli* el germen más frecuentemente aislado en neonatos. La mayoría de los casos suelen presentar fiebre y elevación de reactantes de fase aguda⁽²⁾. La ecografía Doppler resulta de gran utilidad en el diagnóstico diferencial por su elevada sensibilidad y especificidad, siendo clave para diferenciar de la torsión testicular, cuyo diagnóstico se basa en la ausencia de flujo^(1,5). En la etapa neonatal, el diagnóstico precoz y el tratamiento antibiótico empírico precoz son esenciales para evitar complicaciones locales, como abscesos, infertilidad o, incluso, la pérdida del testículo afecto⁽²⁾ en caso de sospecha de causa bacteriana o posible asociación con ITU.

Además de la torsión testicular, se debe hacer diagnóstico diferencial con el tumor testicular, siendo la forma de presentación más frecuente una masa testicular indolora con flujo presente e identificable en la ecografía testicular⁽³⁾. El edema escrotal idiopático es una inflamación escrotal de corta evo-

lución, con tumefacción de los tejidos blandos y eritema local que, a nivel ecográfico, se caracteriza por hipervascularización y engrosamiento hipoeoico del saco escrotal, con el testículo normal⁽¹⁾. En la hernia inguinal incarcerada, además de la masa inguinal, se puede palpar una masa escrotal cuando el contenido herniario intestinal alcanza el escroto y puede asociar dolor abdominal o vómitos⁽⁴⁾.

Nuestro paciente ingresó y fue tratado de forma empírica con ampicilina y gentamicina, previa recogida de cultivos, presentando descenso de tumefacción escrotal en las primeras 24 horas (Fig. 4). Se realizó una ecografía renal, destacando una dilatación de la pelvis renal izquierda de 6 mm. Se aisló *E. coli* en el cultivo de orina, con hemocultivo negativo. Se cambió la pauta antibiótica por resistencia del mismo a la ampicilina, completándose 7 días de tratamiento con cefotaxima y 3 más con cefixima. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta a domicilio con seguimiento en consultas externas de Nefrología.

Actualmente, no existe un manejo protocolizado de la orquiepididimitis en neonatos. En cualquier caso, junto al estudio ecográfico, dado el alto riesgo de bacteriemia asociada, resulta fundamental optimizar el diagnóstico con un estudio completo de sepsis e iniciar de forma precoz antibioterapia empírica^(5,6).

Palabras clave

Epididimitis; Recién nacido; Escroto.

Epididymitis; Newborn; Scrotum.

Bibliografía

1. Luis AL, Barrera S. Escroto agudo. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII: 283-91. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-09/escroto-agudo/>.
2. Melero P, Domingo E, Muñoz A, Oujo E, Escobar M, Ferrero C. Escroto agudo en el lactante. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2023; 25: 281-3.
3. García Maset L. Recién nacido con tumoración escrotal. En: *Imagen de la semana*. Continuum 2016. Disponible en: <https://continuum.aeped.es/screens/play/462>.
4. Cebrían C, Molnár A, Pontón B. Hernia inguinal y torsión testicular neonatal. En: *Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología*. Protocolos de la Sociedad Española de Neonatología 2023. Madrid: Grupo Pacífico. 2023.
5. Chiang MC, Chen HW, Fu RH, Lien R, Wang TM, Hsu JF. Clinical features of testicular torsion and epididymo-orchitis in infants younger than 3 months. *J Pediatr Surg*. 2007; 42: 1574-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2007.04.020>.
6. Mushtaq I, Fung M, Glasson MJ. Retrospective review of paediatric patients with acute scrotum. *ANZ J Surg*. 2003; 73: 55-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1445-2197.2003.02612.x>.



Figura 4.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria