

Reunión Científica SVN. Febrero de 2004. Pamplona

CALCIFICACIÓN DE DISCOS
INTERVERTEBRALES COMO CAUSA DE
DOLOR CERVICALGallinas F, Garatea M, Solís B, Duarte J,
Molina FJ*Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona*

Introducción

Los casos de calcificaciones intervertebrales en la infancia, asociados o no a sintomatología, descritos en la literatura son escasos. Presentamos un paciente con clínica de dolor cervical mantenido y calcificaciones intervertebrales múltiples.

Caso clínico

Paciente de 4 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor cervical de 24 horas de evolución, de aparición brusca, en actitud antiálgica y sin otra sintomatología acompañante. No se refiere antecedente traumático conocido.

Antecedentes: familiares y personales sin interés. Exploración física: afebril. Movilidad cervical conservada con dolor a la flexión e hiperextensión. ORL: normal. Resultado de exploración por aparatos normal. Exámenes complementarios: serie roja y plaquetar normales. Leucocitos: 9.500/mm³ (42,6% N, 42,5% L, 6,3% M). PCR: 1,2 mg/dl. Sodio: 138. Urea: 34 mg/dl. Creatinina: 0,4 mg/dl. Ca: 10 mg/dl. P: 5,9 mg/dl. GST: 13 U/L. GOT: 27 U/L. CK: 75 U/L. Ferritina: 36,4 ng/ml. PTH: 19,2 pg/ml. ANA: negativo. FR: negativo. Radiografía de columna cervical: calcificación en discos intervertebrales C2-C3 y C5-C6, sin disminución de su altura, con herniación anterior. Evolución y tratamiento: se inicia tratamiento conservador con collarín cervical y antiinflamatorios no esteroideos obteniéndose una desaparición progresiva de los síntomas. Pendiente de estudio mediante RMN.

Discusión

Las calcificaciones de discos intervertebrales en la edad adulta son frecuentes a partir de la quinta década de la vida, de causa degenerativa, afectando a núcleo pulposo y anillo fibroso, y con carácter permanente. Sin embargo, en la edad pediátrica son una entidad rara y generalmente un hallazgo casual, de etiología desconocida, afectando principalmente a núcleo pulposo y desapareciendo espontáneamente. Se acepta que las calcificaciones existen previamente a su manifestación clínica, y que cuando producen síntomas está próxima su desaparición. Estos son, principalmente, el dolor espontáneo y los derivados de la herniación del disco (disfagia, alteraciones radiculares). El diagnóstico es siempre radiológico. Las principales complicaciones son la herniación y la deformidad del cuerpo. El tratamiento es generalmente conservador. Si hay calcificación de todo el disco, es conveniente inmovilizar el raquis. Si la calcificación es asintomática, bastará con su seguimiento.

CEFALEAS AGUDAS RECURRENTES
EN LA INFANCIA

Durá T, Yoldi ME, Gallinas F, González M

Unidad de Neuropediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción

La cefalea infantil constituye actualmente uno de los motivos más frecuentes de la consulta neuropediátrica, representando un problema sanitario de relativa trascendencia.

El objetivo del presente trabajo consiste en analizar las características epidemiológicas y clínicas de las cefaleas agudas recurrentes en la edad pediátrica en orden a facilitar su diagnóstico diferencial en la práctica clínica diaria.

Pacientes y métodos

Se han revisado 225 historias clínicas de pacientes con cefaleas agudas recurrentes; recogiendo características epidemiológicas y clínicas junto a una exploración física y, en su caso, exámenes complementarios. Los criterios diagnósticos aplicados fueron los de la *International Headache Society* (IHS).

Resultados

El 98,2% de los casos eran cefaleas primarias; migraña (48,9%), cefalea tensional (48,4%) y mixta (0,9%). El 30% de las migrañas tenían aura. La edad de inicio de la migraña era de $8,6 \pm 2,9$ años, y de la cefalea tensional $9,7 \pm 2,5$ años ($p < 0,05$), sin diferencias entre sexos. En la cefalea tensional existía mayor prevalencia ($p < 0,05$) de sexo femenino, procedencia urbana y rendimiento escolar excelente; y en la migraña existía mayor prevalencia ($p < 0,05$) de antecedentes familiares. En la migraña el dolor era uni (44,1%) o bilateral (55,9%), pulsátil (77,1%), interrumpía la actividad diaria (65,3%), empeoraba con el ejercicio (68,8%) y se acompañaba de vómitos (71,0%) y fotofobia/sonofobia (67,0%); en la cefalea tensional era bilateral (81,8%), opresivo (85,3%), apenas interrumpía la actividad diaria (11,8%) o empeoraba con ejercicio (25,3%) y ocasionalmente se acompañaba de vómitos (7,3%) o fotofobia/sonofobia (21,8%). Se realizaron EEG y TC craneal en el 21,8% y 39,1% de los pacientes, respectivamente; sin que modificaran el diagnóstico.

Conclusiones

Los tipos más frecuentes de cefalea aguda recurrente en la infancia y adolescencia son la migraña y la cefalea tensional, de inicio preferentemente en la edad escolar; siendo excepcional su relación con patología orgánica grave. Los criterios de la IHS permiten, en gran medida, su diagnóstico diferencial; aunque el control evolutivo sería la prueba de referencia para validar los criterios diagnósticos.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD PERIANAL ESTREPTOCÓCICA

Mazón A, Gil-Setas A, Goñi A, Álvarez MJ

Pediatría Centro de Salud de Mendillorri y Laboratorio de Microbiología de Ambulatorio General Solchaga. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea.

Introducción

La enfermedad perianal estreptocócica es una patología propia de la edad infantil descrita por Amren y cols. en 1966. Clínicamente no debiera ofrecer dificultades diagnósticas, siendo además sencillo el diagnóstico etiológico a partir del aislamiento de *Streptococcus pyogenes* (SGA) en el exudado perianal.

Es, no obstante, una entidad poco frecuente en la práctica clínica, que produce lesiones muy dolorosas en los paciente y cuyos síntomas remiten rápidamente con la instauración de tratamiento^(1,2). El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad perianal estreptocócica.

Material y métodos

Se estudió la incidencia media anual en menores de 11 años. Se revisan retrospectivamente la distribución estacional de los aislamientos de SGA, el sexo y la edad de 122 pacientes a los que se les aisló SGA en los exudados perianales de pacientes extrahospitalarios desde 1997 a 2002. Se estudió la colonización nasal y faríngea por SGA de 26 pacientes con dermatitis perianal estreptocócica.

Resultados

Se aislaron 122 SGA en exudados perianales durante los 6 años del estudio. La distribución estacional fue: 45 aislamientos en primavera (36,9%), 16 (13,1%) en verano, 28 (23%) en otoño y 33 (27%) en invierno. Se

aisló SGA en 84 varones (68,9%) y en 38 mujeres (31,1%). La distribución de los aislamientos por edades fue la siguiente: menores de 2 años en el 9,8%, de 2 a 4 años en el 68%, de 5 a 14 años en el 18,9% y mayores de 14 en el 3,3%. Se aisló SGA en el 73% (19/26) de frotis faríngeo y en el 50% (6/12) de los que también se hizo frotis nasal. Se serotiparon las cepas de 12 pacientes y en 11 de ellos los SGA perianales fueron idénticos a los de las otras localizaciones.

Conclusiones

La mayor incidencia de los 122 casos de enfermedad perianal estreptocócica se produjo en primavera (36,9%); en varones (68,9%) y en niños de 2 a 4 años de edad (68%). Un 73 % de los 26 niños estudiados presentaba colonización de SGA en mucosa respiratoria y el 91% estaba colonizado por una cepa idéntica a la aislada en el exudado perianal.

Bibliografía

1. Mogielnicki N, Schwartzman J, Elliott J. "Perineal Group A Streptococcal Disease in a Pediatric Practice". *Pediatrics* 2000; **106** (2): 276-81.
2. Petersen J, Margit S, Kaltoft M, Misfeldt J et al. "Community outbreak of perianal group A streptococcal infection in Denmark". *Pediatr Infect Dis J* 2003; **22**: 105-9.

GRANULOMA ANULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Garatea M, Solís B, Duarte J, Vives R,
Beloqui R, Molina FJ

Servicio de Pediatría, Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción caso clínico

Niña de 30 meses que consulta por lesión en planta del pie derecho de 8 meses

de evolución y que en los últimos 2 meses ha aumentado de tamaño

A la exploración se objetiva lesión papulosa, eritomarróncea, de 2x3 cm, no pruriginosa ni dolorosa, en planta del pie derecho y otras lesiones de similares características en mano y en tórax.

Se realiza analítica sanguínea en la que no se encuentran alteraciones destacables salvo ligera ferropenia.

Ante estas lesiones nos planteamos una serie de diagnósticos diferenciales como tinea corporis, pitiriasis rosada, granuloma anular, sarcoidosis, lesiones cutáneas de lupus eritematoso subagudo o eritema central centrífugo.

Se muestran fotografías de cada uno de ellos en la que se comprueba la similitud.

Se realiza interconsulta a dermatología para realizar biopsia cutánea para tener un diagnóstico definitivo y la anatomía patológica demuestra lesiones de granuloma anular.

Comentarios

El granuloma anular es una enfermedad crónica benigna de la piel, por lo general autolimitada, caracterizada por tumores rojizos dispuestos en anillo.

Normalmente es asintomático aunque puede producir ligero prurito.

El diagnóstico definitivo se realiza por biopsia cutánea ya que se puede confundir con una serie de lesiones cutáneas sobre todo con micosis cutáneas.

El granuloma anular se clasifica en localizado o generalizado, subcutáneo o perforante. Generalmente las formas generalizadas suelen ser perforantes y se asocian a HLA-B35 o HLA-A21 y se pueden asociar así mismo a diabetes mellitus.

Se han ensayado diversos tratamientos, aunque ninguno ha demostrado buen resultado, entre ellos la corticoterapia tópica y la fototerapia.

La enfermedad tiene buen pronóstico y tiende a desaparecer espontáneamente.

TOS CRÓNICA ESPASMÓDICA INFRECUEnte EN LA INFANCIA

Romero Ibarra C, Martínez Olorón P,
Bernaola Iturbe E, Ruperez García E,
Gembero Esarte E

Hospital Infantil Virgen del Camino de Pamplona

Introducción

La tos crónica constituye un síntoma y signo muy habitual en la asistencia pediátrica. Es común que esté asociada a episodios catarrales agudos, a procesos infecciosos respiratorios y también a problemas obstructivos bronquiales.

Descripción del caso clínico

Presentamos una niña de 5 años y medio que ya en la lactancia tuvo estridor laríngeo congénito y desde los seis meses de edad tos crónica espasmódica, sibilancias y disnea. Había ingresado por signos obstructivos bronquiales en doce ocasiones. Desde los tres años se había diagnosticado de asma bronquial episódica modera-grave con sensibilización a alternaria y llevaba de modo continuado medicación broncodilatadora y antiinflamatoria. La fibrolaringoscopia fue normal. Acudió a consulta de cardiología porque en un estudio radiológico se había apreciado una desviación del arco aórtico.

Exploración física

Presentaba la niña una tos húmeda sin signos de dificultad respiratoria ni cardíaca. La coloración era normal y la auscultación cardíaca también lo era. La auscultación pulmonar mostraba una rudeza generalizada. La presión arterial y pulsos eran normales en las cuatro extremidades.

Estudios y exámenes realizados

El electrocardiograma fue normal y en la radiografía anteroposterior de tórax se apreciaba un arco aórtico predominantemente derecho con morfología y tamaño cardíaco normales. Las costillas horizontalizadas, la tráquea central, los bronquios principales de dirección normal y el parénquima pulmonar sin signos inflamatorios.

Se completó el estudio con una ecocardiografía-Doppler que mostraba una desviación en la salida de aorta ascendente a la derecha, y la morfología y función intramiocárdica eran normales. Se solicitó un esofagograma que ya mostró compresión en ambos laterales en la posición frontal. En este momento nos refieren que la niña prefiere los líquidos y suele evitar los alimentos sólidos en su dieta.

Con la sospecha de un anillo vascular se realizó resonancia magnética nuclear que puso en evidencia un doble arco aórtico que abrazaba y comprimía la tráquea y el esófago. El caso se ha presentado ya para cirugía cardíaca donde está prevista la intervención en las próximas semanas.

Discusión

Los anillos vasculares constituyen una patología infrecuente en la infancia, cuyos signos más característicos son por un lado respiratorios: estridor, tos y dificultad respiratoria y por otro digestivos: disfagia y dificultades deglutorias. En los casos más graves ya desde las primeras semanas de vida pueden presentar severos signos de insuficiencia respiratoria que pueden confundirse con las sibilancias de la bronquiolitis en lactantes o las del asma infantil.

Los anillos vasculares que pueden diagnosticarse son esencialmente tres: la arteria subclavia derecha retroesofágica, el doble arco aórtico y la arteria pulmonar izquierda retrotraqueal.

Además de los síntomas y signos descritos, el diagnóstico se apoyará en el examen radiológico y en la posición del arco aórtico y de la aorta descendente, en la palpación de los pulsos y en la realización de un esofagograma. La resonancia magnética confirmará la anatomía de la lesión característica.

Conclusión

Un anillo vascular compresivo debe sospecharse ya en el lactante que presenta estridor, dificultad respiratoria y/o disfagia y que no ha respondido a los métodos terapéuticos habituales. También puede sospecharse cuando se observe una mala alineación del arco aórtico en un estudio radiológico. El pronóstico una vez llegado al diagnóstico y corregido quirúrgicamente es muy bueno.