

## Reunión Científica Vitoria. Febrero de 2005

### METAHEMOGLOBINEMIA ASOCIADA A LA APLICACIÓN DE EMLA EN UNA NIÑA DE 4 AÑOS

Astobiza Beobide E, Mintegi Raso S,  
Mora González E, Fernández Landaluze A,  
Trebolazabala Quirante N, Benito Fernández J

*Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces.  
Barakaldo. Bizkaia*

#### Introducción

El alivio y la prevención del dolor son aspectos prioritarios en la pediatría de urgencias. El EMLA es un gel anestésico de amplio uso en los Servicios de Urgencias Pediátricos cuyo objeto es prevenir la aparición de molestias y dolor en procedimientos superficiales potencialmente dolorosos realizados a los niños. El EMLA está compuesto por lidocaína al 2,5% y prilocaína al 2,5% y se aplica sobre piel íntegra, manteniéndose tapado con cura oclusiva durante al menos 60 minutos.

#### Caso clínico

Niña de 4 años con una dermatitis atópica que presenta una afectación extensa de *Molluscum contagiosum* (hemitórax izquierdo anterior, axila y raíz de brazo izquierdo). Una hora antes de proceder a la exéresis de los *Molluscum* su dermatólogo aplica a la niña 30 gramos de EMLA en la zona afecta, cubriéndola con un apósito.

Cincuenta minutos tras la aplicación del EMLA, la niña comienza con cefalea, inestabilidad en la marcha y visión borrosa, por lo que acuden a Urgencias.

A su llegada a Urgencias la niña está irritable, muestra una cierta inestabilidad al caminar, cianosis labial franca y lesiones sangrantes en hemitórax izquierdo. A su llegada a Urgencias, se retira la ropa, se retiran restos de EMLA, se lava la piel, se administra O<sub>2</sub> al 100% y se practica determinación de metahemoglobina (19,0%). La adminis-

tración de una dosis de 1 mg/kg IV azul de metileno se acompaña de la desaparición de la sintomatología y normalización de los niveles de metahemoglobina.

#### Comentarios

El EMLA es un anestésico tópico de aplicación segura en la infancia. De todas formas, una dosis inadecuada y la presencia de una barrera cutánea no íntegra puede provocar efectos no deseados de gran severidad.

### SEPSIS NEONATAL RECURRENTE POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B, CON PRIMER EPISODIO DE CELULITIS-ADENITIS

Vera de Pedro E, Díez López I, Montiano Jorge  
JI, Martínez Ayucar M, Ortuzar Yandiola S

*Servicio de Pediatría. Hospital de Txagorritxu.  
Vitoria-Álava*

La infección perinatal por estreptococo del grupo B (SGB) puede presentarse con un primer episodio de sepsis tardía, sin demostrarse eficaz la quimioprofilaxis intraparto como medida preventiva. Esta sepsis tardía puede cursar como bacteriemia con foco de la infección localizado en piel, tejidos blandos y ganglios linfáticos regionales (síndrome celulitis-adenitis).

Presentamos un caso clínico, que debutó con un primer episodio séptico a los 28 días de vida, en forma de celulitis-adenitis, con hemocultivo positivo a SGB, que fue tratado, vía intravenosa, con ampicilina y cefotaxima. Tras un periodo asintomático, el paciente presenta un segundo episodio séptico a los dos meses y medio de edad con hemocultivo nuevamente positivo a SGB, tratado con ampicilina y cefotaxima. Tras el tratamiento intravenoso, se pautó un ciclo de rifampicina oral (20 mg/kg/día cada 12 horas) durante 4-5 días, en intento de erradicación del posible acantonamiento del germen en las mucosas del paciente.

Este caso clínico nos ha permitido revisar algunas de las características patológicas y clínicas de la sepsis tardía por SGB, así como su tratamiento específico.

### PROBLEMAS EN LA CATALOGACIÓN ANTROPOMÉTRICA DE LA POBLACIÓN INFANTIL:

TABLAS DE REFERENCIA LONGITUDINALES  
ORBEGOZO AIZAGUIRRE 1985/2004

Díez López I, Montiano Jorge JI, Rodríguez Pérez B, Matilla Fernández A, Martínez de la Hoidalga G, Salcedo I, Rodríguez Estebe A

*Servicio de Pediatría del Hospital Txagorritxu.  
Vitoria. Álava*

#### Resumen

La elaboración de tablas antropométricas de población infantil en las distintas regiones y CC.AA. permite realizar estudios comparativos respecto a estándares habitualmente utilizados en la práctica clínica. Sin embargo, los valores de referencia utilizados para realizar estas catalogaciones también sufren modificaciones, ya que son obtenidos sobre estudios de base poblacional, donde los "valores normales" tienden a ser cada vez mayores.

#### Objetivo

Comparar las nuevas medidas antropométricas de la población escolar de referencia Estudio de Orbegozo Aizaguirre en población infantil de Bilbao del año 2004 frente a los valores de referencia habitualmente utilizados de la misma fundación del año 1985.

#### Material y métodos

Se dispone de una muestra de población infante-juvenil constituida por 600 niños (300 niños y 300 niñas) seguidos entre los 0 y los 18 años, y diseñado como estudio longitudinal para el análisis y seguimiento de las

variables antropométricas de un niño, realizado por la Fundación Faustino Orbegozo, y publicados en 2004.

Para este trabajo se seleccionó las variables peso, talla e IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Para cada una de las variables se realizó el cálculo de la Z score tomando como referencia los P50 de cada variable y los valores normales de las tablas de M. Hernández (1985) y su desviación estándar (DS).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables a través del programa estadístico SPSS, estableciendo como significativo  $p < 0,05$ .

## Resultados

Al comparar los nuevos datos antropométricos de referencia del grupo Orbegozo (año 2004) con los datos de referencia del grupo de Orbegozo (año 1985), para cada uno de los grupos de edad y variables se evidencian los siguientes resultados: la variable peso ha sufrido un incremento importante tanto en niños (de hasta 0,39 DS) como en niñas (de hasta 0,65 DS) a partir de la pubertad, siendo este incremento significativo ( $p < 0,05$ ) (promedio para todas las edades y ambos sexos de 0,10 DS).

La variable talla en los niños presenta variaciones muy dispares para cada grupo de edad sin variación en el cálculo promedio, mientras en niñas se ha experimentado un incremento significativo ( $p < 0,05$ ) en casi todos los grupos de edad de hasta 0,28 DS (promedio para todas las edades de 0,10 DS).

La variable IMC experimenta a partir de la pubertad incremento tanto en niños (de hasta 0,34 DS) como en niñas (de hasta 0,28 DS), siendo significativo ( $p < 0,05$ ) (promedio para todas las edades y ambos sexos de 0,10 DS).

## Conclusiones

El incremento de peso, talla e IMC experimentado en la población infantil lleva

a que se vean modificados los parámetros de normalidad o estándar de referencia. Esto supone que individuos catalogados con sobrepeso previamente, en la actualidad podrían catalogarse con peso adecuado; o que individuos catalogados de talla normal, serían catalogados de talla baja.

Este hecho lleva a una reflexión sobre la adaptación de los nuevos estándares de normalidad basados en estudios de base poblacional y valoración de la frecuencia de reciclaje de las tablas de referencia según cambios socio-económicos experimentados en nuestra población infantil.

---

### HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA: APORTACIÓN DE UN CASO

Díaz S, García M\*, Aguirre A, Landa M,  
Lorenzo H, Martín Bejarano E

*Sección de Gastroenterología Infantil. Servicio de Pediatría. \*Departamento de Genética. Hospital de Basurto. Bilbao*

## Introducción

La hemocromatosis hereditaria es una enfermedad autosómica recesiva que cursa con sobrecarga férrica progresiva en células parenquimatosas del organismo, lo que en último término resulta en insuficiencia funcional. En la gran mayoría de los casos es producida por mutación en el gen HFE, localizado en el brazo corto del cromosoma 6.

Presentamos el caso clínico de una niña de 9 años que acude a consultas externas de gastroenterología infantil por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, periumbilical, prácticamente diario, de largo tiempo de evolución que se ha incrementado en los últimos 2 meses. Aporta una analítica realizada en su ambulatorio con un hierro de 158  $\text{mcg}/\text{dL}$ , ferritina 193  $\text{ng}/\text{mL}$  y transferrina 186  $\text{mg}/\text{dL}$ .

## Exploración

Peso: 24,600 kg (P10-25), talla: 122,5 cm (P3-10). Resto sin hallazgos significativos.

## Entre los exámenes complementarios realizados

- Metabolismo férrico: hierro 147  $\text{mcg}/\text{dL}$ , ferritina 122  $\text{ng}/\text{mL}$ , transferrina 200  $\text{mg}/\text{dL}$ , índice de saturación de transferrina 58%.
- Estudio molecular genético: homocigoto mutado para la posición C282Y del gen HFE compatible con hemocromatosis hereditaria.

## Evolución

Se sigue una actitud conservadora realizándose controles periódicos clínicos y analíticos de las constantes del metabolismo férrico y función hepática.

## Discusión

La hemocromatosis hereditaria se desarrolla en la mayor parte de los casos en la vida adulta, siendo poco frecuente su presentación en la infancia. Se diagnostica cada vez más como hallazgo incidental, ante una elevada saturación de transferrina o ferritina elevada y menos en base a criterios clínicos. La determinación de las mutaciones del gen HFE está indicada en todo individuo con evidencia de sobrecarga férrica.

---

### FIEBRE PERIÓDICA. SÍNDROME PFAPA. CASO CLÍNICO

Solís Gómez B, Labarta N, Rupérez E, Molina  
Garicano J

*Hospital Virgen del Camino. Pamplona*

## Introducción

La fiebre periódica constituye una patología en pediatría de difícil manejo, amplio diagnóstico diferencial y que genera gran angustia en la familia. El síndrome

PFAPA es una de las patologías que pueden originar este cuadro, y su diagnóstico constituye el fin de múltiples exámenes complementarios y tratamientos antibióticos ineficaces. A propósito de esta patología, presentamos un caso clínico que tuvimos en nuestro Hospital recientemente.

### Caso clínico

Niña de 2 años y 10 meses, sin antecedentes personales de interés que, desde hace un año y medio presenta episodios recurrentes de fiebre elevada, adenopatías cervicales y faringitis cada 1 ó 2 meses.

Como antecedentes familiares, la madre y una tía de la niña fueron intervenidas de reflujo vesíco-ureteral en la infancia.

Durante los episodios la fiebre es elevada (39-40 °C) y se mantiene durante 5-6 días. Se acompañan de leucocitosis con neutrofilia y elevación importante de los reactantes de fase aguda. La niña se mantiene asintomática interepisodios, con un desarrollo normal para su edad.

Durante este tiempo, ha sido ingresada para estudio y antibioterapia endovenosa en tres ocasiones. Los distintos estudios microbiológicos (hemocultivo, urocultivo, coprocultivo, cultivo de LCR y frotis faríngeo, serologías para CMV, VEB, toxoplasma, Brucella, Salmonella, VHB, AS-LO, Mantoux) e inmunológicos (Ig, FR, ANAs, Ac. anti-músculo liso) fueron todos negativos, así como los títulos de IgD, que se incluyeron para el diagnóstico diferencial de fiebre periódica. En las pruebas de imagen: cistografía, ecografías abdominal y cervical, no se apreciaron alteraciones significativas salvo las adenopatías cervicales ya mencionadas.

Tras múltiples tratamientos antibióticos, a los que la niña respondió parcialmente, y coincidiendo con un nuevo pico febril, se inició corticoterapia oral, con la que se acortó la duración del episodio. Dicha respuesta se pudo comprobar en episodios poste-

riores, lo que sugiere un síndrome PFAPA como posibilidad diagnóstica.

### Conclusiones

1. La fiebre periódica implica un amplio diagnóstico diferencial.
2. El síndrome PFAPA es un cuadro banal, a tener en cuenta una vez descartadas otras patologías.
3. Los corticoides orales acortan la duración de los episodios febriles en dicho síndrome.

### UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE INFLUENZA EN EL ESTUDIO DE LA FIEBRE SIN FOCO EN MENORES DE 36 MESES

Mortueruel Arizkuren E, Bárcena Fernández E, García Ojeda E, Sánchez Etxaniz J, Benito Fernández J, Vázquez Ronco M

Hospital de Cruces. Baracaldo. Bizkaia

### Objetivo

Determinar la utilidad de un test de detección rápido del antígeno de influenza mediante enzimoanálisis, en la toma de decisiones en el lactante (0-36 meses) con fiebre sin focalidad.

### Pacientes y método

Estudio prospectivo de los niños a los que se realizó el test de influenza (BD Directigen Flu A+B®), entre los meses de noviembre y diciembre de 2003. El test se realizó en niños con edades entre 0 y 36 meses con fiebre sin focalidad, en los que previamente se decidió la realización de exámenes complementarios. Se recogió información epidemiológica, pruebas complementarias realizadas y evolución del proceso (hospitalización, antibioterapia, reconsulta, etc.).

### Resultados

Se realizó el test a un total de 72 niños. Edad media: 7,22 ± 8 meses (8 días-36 meses).

El test fue positivo para influenza A en 28 niños (38,8%). Se compararon las variables entre los niños con resultado del test (+) y (-):

Tabla 1.

|                             | Test + (28)       | Test - (44)      | p       |
|-----------------------------|-------------------|------------------|---------|
| Edad (meses)                | 8,46±10<br>(0-36) | 6,43±6<br>(0-32) | NS      |
| Epidemiología familiar      | 16 (57,1%)        | 13 (29,5%)       | 0,02    |
| Temperatura                 | 39,2 ± 0,75       | 39,32 ± 0,8      | NS      |
| Analítica                   | 12 (42,92%)       | 44 (100%)        | < 0,001 |
| Rx tórax                    | 3 (10,7%)         | 16 (36,4%)       | 0,01    |
| Punción lumbar              | 2 (7,1%)          | 10 (22,7%)       | 0,07    |
| Alta/Evolución-Ingreso      | 27/1              | 18/26(2-6)       | < 0,001 |
| Antibiótico al alta-ingreso | 0                 | 17 (38,6%)       |         |
| Reconsultas                 | 2 (7,1%)          | 7 (11,7%)        | NS      |

Se siguió telefónicamente a 27 niños con resultado del test +, no produciéndose cambio en el diagnóstico, salvo en 3 ocasiones en que se prescribió antibiótico, por presencia de otitis media como complicación. El mayor porcentaje de tests positivos se objetivó cuando la tasa de incidencia de la gripe en la población general fue ≥ 200/100.000 habitantes.

### Conclusiones

Durante la epidemia gripal, conocer el resultado positivo del test de influenza condiciona un menor número de pruebas complementarias, un menor porcentaje de ingresos y permanencia en observación y una menor administración de antibióticos en los niños entre 0-36 meses que consultan por fiebre sin focalidad.

### COMPLICACIÓN ATÍPICA EN NEUMONÍA NEUMOCÓCICA

Rodríguez Pérez B, Ocio Ocio I, Vera E, Ortuzar S, Salcedo I, Tato Eguren E

Departamento de Pediatría. Txagorritu Ospitalea. Gasteiz.

## Introducción

La complicación más frecuente de la neumonía neumocócica es la aparición de derrame pleural simple o no complicado siendo menos frecuentes el derrame complicado o empiema, el absceso pulmonar y, excepcionalmente, la aparición de bullas o neumatoceles. Presentamos el caso de una preescolar de 2 años y medio ingresada en nuestro Hospital por neumonía neumocócica complicada con derrame pleural simple que, en su evolución, presentó bullas como complicación atípica.

## Caso clínico

Niña de 2 años y medio que consulta en urgencias por cuadro de fiebre alta (39,5° C Ax) de 4 días de evolución, con síntomas catarrales y que asocia en las últimas horas dolor abdominal difuso y algún vómito alimentario.

**Sin antecedentes familiares ni personales** de interés. Vacunación correcta según calendario vacunal. No se le administra una vacuna antineumocócica.

- **A la exploración física:** Tª 38,7° C Ax. Estado general conservado. Palidez cutánea. Taquipneica sin otros signos externos de dificultad respiratoria. ACP: hipoventilación en base pulmonar izquierda. Dolor abdominal de manera difusa a la palpación profunda. Resto sin hallazgos patológicos.
- **Exploraciones complementarias:** leucocitosis con neutrofilia (21.800 leucocitos con 67 % neutrófilos y 9% cayados) PCR: 375,9 mg/L. Rx tórax. Imagen de condensación en todo el lóbulo inferior izquierdo con pequeño derrame paraneumónico. Se ingresa con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), complicada. Se instauro tratamiento intravenoso con cefotaxima a 200 mg/kg/día. Ag neu-

mococo en orina: positivo. Hemocultivo: negativo.

- **Evolución:** control de la fiebre en 48 horas, con febrícula mantenida hasta el 5º día; ese mismo día inicia expectoración hemoptoica. Se realiza Rx de control: persistencia del derrame similar, y presencia de 2 pequeñas bullas en el interior de la condensación. Se realiza toracocentesis para estudio bioquímico y microbiológico. L. Pleural: Ph: 7,366, células: 19 (10% neutrófilos, 8% linfocitos, 15 monocitos), glucosa: 89, colesterol: 118, amilasa: 32, LDH: 437, ADA: 27 UI/L. Tinción auramina y cultivo negativo. Detección en líquido pleural de Ag neumococo. Se asocia cloxacilina a 200 mg/kg/día. Buena evolución. Es dada de alta al 10º día con amoxicilina-clavulánico oral hasta completar 21 días. Control radiológico al mes: normal.

## Discusión

Por la vacunación sistemática frente a Hib y la disminución de las infecciones estafilocócicas en la actualidad, la presencia de derrame pleural debe hacernos pensar en una neumonía neumocócica.

La presencia de bullas o neumatoceles clásicamente asociadas al *Staphylococcus aureus*, puede observarse con otros patógenos, entre ellos, el neumococo. A pesar de que en la actualidad la incidencia de NAC por *Staphylococcus* ha disminuido, afectando principalmente a lactantes pequeños, en nuestra paciente asociamos cloxacilina en espera de cultivos.

La resolución de las bullas está parcialmente influenciada por la terapia y la actitud a seguir es conservadora y sólo cuando, por su tamaño, crean un compromiso respiratorio, está indicado el drenaje intracavitario. En nuestro caso la resolución fue paralela a la curación de la condensación y fue completa.

## HIPERAMONÉMIA EN UN LACTANTE: CASO CLÍNICO

De las Heras JA, Rodríguez A, Uría C, Martínez N, Labayru M, Sojo A

Hospital de Cruces. Baracaldo. Bizkaia

Lactante varón de 6 meses que ingresa en la Unidad de Lactantes por vómitos desde hacía 1 mes en aumento, rechazo de las tomas y pérdida ponderal de 400 g (7,5%). Había tomado lactancia materna exclusiva hasta el 2º mes, mixta hasta el 6º mes, con una fórmula de continuación desde el 5º mes. De los antecedentes personales, señalar un desarrollo psicomotor algo lento, por poca actividad y sin sostén cefálico. A la exploración presenta un peso de 6,810 kg (P3), hipotonía axial generalizada, sin sedestación, y no sostiene adecuadamente la cabeza. El niño presenta movimientos estereotipados de chupeteo, sonríe, conecta y sigue con la mirada. El resto de la exploración física por aparatos es normal. Se realiza una analítica en la que se evidencia un amonio elevado con alcalosis metabólica y neutropenia. Se inicia el estudio con la sospecha de enfermedad del ciclo de la urea y el tratamiento con restricción proteica. Desde su ingreso no vuelve a vomitar y las cifras de amonio descenden. Al 4º día de ingreso vuelven a aumentar las cifras de amonio, por lo que se añade fenilbutirato y arginina orales. Llegan los resultados del estudio metabólico en los que el ácido orótico en orina y los niveles de glutamina, arginina y citrulina en plasma son normales, hay un incremento en los niveles plasmáticos de glicina y en orina aparece el 3-metil-cítrico, todos estos hallazgos son compatibles con el diagnóstico de acidemia propiónica. Se realiza un nuevo control analítico en el que, no sólo ha desaparecido la alcalosis, sino que aparece una acidosis, persistiendo los recuentos bajos de neutrófilos. Se suspende la arginina y se inicia

tratamiento con carnitina oral, biotina i.m. y una fórmula especial exenta de metionina, treonina, valina e isoleucina (XMTVI), con controles bioquímicos adecuados. Al alta recibe una alimentación con 3 tipos de leche: una fórmula de inicio, otra sin proteínas (PFD) y, por último, una exenta de valina, isoleucina, treonina y metionina (XMTVI); además, recibe suplementos dietéticos (carnitina y biotina orales) y metronidazol oral.

### Comentarios

En un niño pequeño con vómitos, retraso del crecimiento ponderoestatural, repercusión en el desarrollo psicomotor, debemos pensar en enfermedades metabólicas. La clínica y el tratamiento pueden variar dependiendo de si la presentación es aguda o crónica. El pH puede estar influido por otros factores, como los vómitos, y hay que tenerlo en cuenta. En la fase aguda, se debe empezar por un tratamiento sintomático, y posteriormente se instaurará el tratamiento específico.

---

#### PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE LA AORTA

Esparza P, Apilánz M, Izquierdo MA,  
Nogués A\*

*Sección de Cardiología Infantil, Servicio de  
Pediatría, Hospital Donostia. San Sebastián*  
\*Sección de Radiología Infantil, Servicio de  
Radiodiagnóstico, Hospital Donostia.  
San Sebastián

### Caso clínico

- **Motivo de consulta:** varón de 13 años de edad, de origen ruso, que consulta por haber presentado, 30 minutos antes, dolor torácico de unos 15 minutos de duración que cede espontáneamente. Se encontraba en reposo y no refiere traumatismo ni otra sintomatología.

- **Antecedentes familiares:** sin interés.
- **Antecedentes personales:** nacido en Rusia. Accidente de tráfico hace 3 años con contusión torácica severa y afectación (no aporta informes).
- **Exploración física:**  
Tª 36,7 °C (axilar). FC: 82 lat/min. FR: 24/min. TA 110/70. StcO<sub>2</sub>: 98% (a FiO<sub>2</sub>: 0,21). Buen estado general. Normocoloreado. Auscultación cardíaca: soplo sistólico 2/6, suave, en BEI superior. Pulsos periféricos normales. Abdomen: no se palpan megalias.
- **Orientación diagnóstica:** se realizan las siguientes exploraciones: ECG (normal) y Rx tórax (véase imagen).

### Comentario

El hallazgo radiográfico corresponde a una imagen dilatada en istmo aórtico con una línea calcificada. Teniendo en cuenta el antecedente traumático, la orientación diagnóstica es de pseudoaneurisma torácico que se confirma en la angioRM).

La dilatación localizada o el aumento del diámetro vascular en 1,5 veces constituye un aneurisma. Hay que distinguirlo del pseudo o falso aneurisma, en cuya pared está ausente una, dos o las tres capas de la pared vascular.

Aproximadamente el 90% de las lesiones no penetrantes de aorta torácica son causados por mecanismos de desaceleración, asociados a accidentes automovilísticos. La desaceleración horizontal crea grandes fuerzas de tensión a nivel del istmo aórtico, próximo al origen de la arteria subclavia izqda. Ésta es una zona de transición entre el cayado aórtico relativamente móvil, y la aorta descendente "anclada" en una posición más fija.

En los casos de sección y ruptura completa la mortalidad inmediata es muy alta. En los casos de ruptura parcial, la adventicia puede preservar la continuidad del flujo vascular. Sólo el 2% de los pacientes

sobreviven más de 3 meses formando un falso aneurisma crónico.

El diagnóstico generalmente es un hallazgo casual en la radiografía de tórax años después del traumatismo. El TC helicoidal y, principalmente, la angioRM confirman el diagnóstico. El tratamiento está siempre indicado considerando el riesgo de ruptura del pseudoaneurisma crónico post-traumático de la aorta torácica descendente. El momento y la estrategia terapéutica deben evaluarse en función de las características del paciente y del aneurisma.

En los últimos años, el tratamiento endovascular es la alternativa a la cirugía clásica. La técnica endoluminal es mínimamente invasiva, con bajo índice de complicaciones y muerte a corto plazo.

En nuestro caso, el paciente ha iniciado tratamiento médico con betabloqueantes orales a la espera de la colocación de un *stent*.

---

#### PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DOS MASAS MEDIAS TÍNICAS EN UNA MISMA SEMANA

Fernández Respaldiza I, Andrés Olaizola A,  
Quintero Calcaño V, Fdez-Teijeiro Álvarez A,  
Astigarraga Aguirre I, Navajas Gutiérrez A

*Hospital de Cruces. Baracaldo. Bizkaia*

Ante la coincidencia de dos ingresos en enero de 2005 de dos niños que presentaban en la radiografía de tórax una masa mediastínica y dados los síntomas no frecuentes de presentación, se revisan ambos casos para su discusión.

### Caso 1

Varón de 12 años con tos, vómitos y disfagia progresiva de dos meses de evolución. Pérdida de peso en este período de 8 kg. Asma de base en tratamiento con terbasmin y flixotide. Acude al Hospital de Mendar por empeoramiento, documen-

tan ortopnea y se realiza radiografía de tórax, comprobando masa mediastínica y se refiere al Hospital de Cruces. Ante la sospecha de linfoma se realiza TAC, que comprueba masa lobulada en mediastino anterior de 16x14x22 cm, que desplaza vía aérea con derrame pleural y pericárdico. Se realiza biopsia y se completa estadio tumoral. Diagnóstico Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular, estadio 2B. Se inicia quimioterapia con disminución importante de la masa en control de radiografía de tórax a los 10 días.

## Caso 2

Varón de 6 años asmático conocido, que acude a Urgencias por tos disnea y

fiebre de 24 horas de evolución. Anorexia de una semana. En radiografía de tórax se documenta ensanchamiento mediastínico. El hemograma presenta: hematocrito 39%, leucocitos 11.300 con 5% de células inmaduras y plaquetas 84.000. La TAC evidencia masa mediastínica anterior de 15 x 13 x 7 cm. Derrame pericárdico en Ecocardiograma y Esplenomegalia en ecografía abdominal. El aspirado medular presenta un 84% de células blásticas FAB L2, e inmunofenotipo de estirpe T. LCR sin blastos. Se diagnostica de leucemia linfoblástica aguda. Con inicio de quimioterapia la desaparición de la masa se documenta en control de Rx a los 6 días.

## Conclusiones

1. El retraso diagnóstico de las masas mediastínicas infantiles es debido: al comienzo de los síntomas locales de forma aguda o subaguda, o bien a ser atribuidos a otros procesos más frecuentes en los niños.
2. La presencia de un síndrome constitucional debe alertar a la realización de hemograma y radiografía de tórax según los síntomas acompañantes.
3. El diagnóstico adecuado con rápida instauración del tratamiento quimioterápico evidencia la pronta resolución de los síntomas y datos de imagen en los niños con procesos linfoproliferativos.