

Comunicaciones-posters

De todas las comunicaciones presentadas en el Curso, tres de ellas fueron premiadas, las cuales se expusieron de forma oral. El resto de las comunicaciones se presentaron en forma de posters.

A continuación se pueden ver la tres comunicaciones premiadas y los posters.



1^{er} Premio

TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA EDAD ADULTA



Molina García A, Rivas Paterna M.A, Rosich Del Cacho B, Tesouro Rodríguez L, García López M.T, Salmerón Ruiz M.A.
Unidad de Adolescentes. Hospital Universitario LaPaz.

INTRODUCCIÓN:

La adolescencia es una de las transiciones más complejas de la vida, en la que los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, adoptando nuevas responsabilidades como es el manejo de su salud.

Cada vez más adolescentes con enfermedades crónicas y requerimientos médicos alcanzan la vida adulta. Muchos pasan a la atención de adultos de forma abrupta sin planificación previa perdiéndose en el sistema. Los adolescentes crónicos tienen factores de riesgo específicos que pueden provocar complicaciones potencialmente severas de su enfermedad.

CASO CLÍNICO:

VARÓN 5 AÑOS

- Coeficiente intelectual límite
- Retraso psicomotor
- TDAH



Control en unidades pediátricas: Neurología y Salud Mental, en tratamiento con metilfenidato con evolución favorable.



Dado de alta a los 14 años para seguimiento por parte de medicina general de adultos.



Durante 3 años

- Derivación a distintas unidades sin lograr manejo adecuado.
- **Abandono del tratamiento.**
- Empeoramiento clínico con **maladaptación social.**
- Aparición de **nueva sintomatología**: insomnio, rituales obsesivos.



UNIDAD DE ADOLESCENTES



17 años

Adecuación de su tratamiento: ajuste de dosis metilfenidato, introducción de melatonina y sertralina, con evolución favorable mejorando sintomatología, relaciones sociales y adaptación a la vida de adulto.



CONCLUSIONES:

- 1.La adolescencia es uno de los periodos más importantes de la vida por los cambios físicos y psíquicos que conlleva.
- 2.La transición a la edad adulta requiere ser introducida en pediatría a través de protocolos estandarizados.
- 3.El trabajo en equipo entre el pediatra, el especialista de adultos, la familia y el adolescente le permitirá asumir el rol de adulto, disminuir el riesgo de complicaciones y conseguir su bienestar.

2º Premio



Amenorrea y falsa hiperprolactinemia



Sanz Fernández, María; Remedios Muro, Javier; Gregorio Hernández, Rebeca; Pazo Román, Jesús; Muñoz Calvo, Mª Teresa; Argente Oliver, Jesús. **Servicio de Endocrinología HIUNJ, Madrid. Departamento de Pediatría, UAM.**

Caso clínico

Motivo de consulta

Adolescente 15 años y 6 meses
 ↓
 Anorexia nerviosa restrictiva
 ↓
 Amenorrea secundaria de 6 meses de evolución

Antecedentes familiares

Madre: 40 años, sana. Menarquia a los 14 años. Talla 146,6 cm.
Padre: 42 años, sano. Desconoce edad de inicio puberal. Talla 172 cm.
Talla diana: 152,8 (p7, -1,48 SDS).

Caso clínico

Antecedentes personales

- Embarazo controlado. Parto a término instrumental por no progresión. PRN: 3100g (p32, -0,48 SDS), LRN: 49 cm (p32, -0,49 SDS).
- Anorexia nerviosa restrictiva** desde los 13 años. Ingreso hospitalario a los 15 años: **Peso** 25,5 kg (p<1, -2,75 SDS), **Talla** 151,1 cm (p 21, -0,81 SDS), **IMC** 11,17 (p<1, -3,12 SDS).
- Menarquia** a los 14 años y 6 meses. Menstruaciones irregulares durante los primeros 7 meses, posteriormente amenorrea.
- Lorazepam: 500 mg/8 h.

Caso clínico

Exploración física

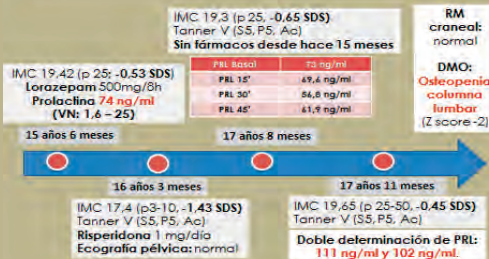
Edad: 15 años 6 meses

Peso 44,7 kg (p15, -1 SDS), Talla 151,3 cm (p9, -1,4 SDS), **IMC 19,53 (p29; -0,5 SDS)**
Estado de Tanner IV: Ac P4 S4. Sin galactorrea.

Pruebas complementarias

- Hemograma:** normal.
- Bioquímica:** Fósforo **4,9 mg/dl** (VN: 2,5-4,5), Fosfatasa alcalina **49 U/l** (VN: 54-214), **Triglicéridos 33 mg/dl** (VN: 35-135).
- TSH, T4 libre y T3** normales.
- FSH** 11,6 mU/ml (VN: 2-22), **LH** 12,9 mU/ml (VN: 0,2-15)
- Estradiol** 7,7 pg/ml (VN: 10-400).
- IGF1** 359 ng/ml (VN: 237-996), **Insulina** 5,8 uU/ml (VN: 4-11).
- Prolactina 74 ng/ml** (VN: 1,6 - 25).

Evolución



Evolución

Estudio de Macroprolactina en suero

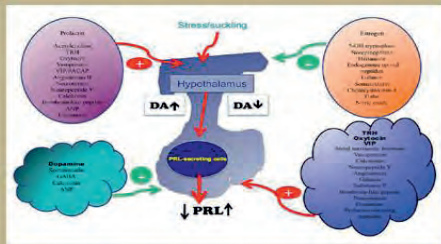
- Prolactina inicial **12,8 ng/ml**
- Prolactina tras precipitación con PEG **4 ng/ml**.

$$\frac{\text{Prolactina tras PEG}}{\text{Prolactina inicial}} = 31,3\%$$

Presencia mayoritaria de macroprolactina

Valores de referencia:
 <40% presencia mayoritaria de macroprolactina.
 40-60% presencia de forma monomérica y de macroprolactina.
 >60% presencia mayoritaria de forma monomérica.

Regulación secreción de prolactina



Hiperprolactinemia

Monomérica (28 kDa)

Dimérica (56 kDa)

Polimérica (>100 kDa)

Complejo PRL monomérica e IgG

Escasa actividad biológica

Macroprolactina

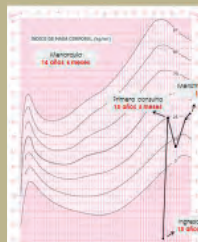
- *No atraviesa los capilares
- *Solo existe intravascular
- *No interacciona con su receptor
- *No tiene bioactividad in vivo

Macroprolactinemia

- Acúmulo en sangre de grandes cantidades de macroprolactina.
- Por su gran tamaño la depuración de macroprolactina se retarda, por lo que se detectan concentraciones elevadas en suero.
- Prevalencia 15-45%.

Técnica de precipitación con polietilenglicol

- Sensible, reproducible, fácil y barato.
- Se agrega al suero solución de PEG 6000 al 25% (partes iguales).
- Se mide PRL en el sobrenadante y se calcula el % de recuperación:
 - < 40% indica macroprolactinemia.
 - 40-60% indica forma mixta. Actuar según la clínica.
 - >60% indica predominio de prolactina monomérica.



CONCLUSIONES

- En pacientes con ANR, la **amenorrea** y la **hiperprolactinemia** (secundaria a tratamiento farmacológico) son relativamente frecuentes, lo que condujo al retraso diagnóstico.
- La presencia de **macroprolactinemia** debe sospecharse especialmente en caso de **hiperprolactinemias oligosintomáticas**.
- Dado el carácter **benigno** de esta entidad, su identificación evitará exploraciones y tratamientos innecesarios.

3er Premio

DOLOR PELVICO CRÓNICO EN ADOLESCENTES. UNA CLÍNICA SIMILAR PARA DIFERENTES ETIOLOGÍAS

Dra. Perla Rey S, Basilio Ferry F, Suarez Barrio A, Egido Cacho G, Mendiguchena Colera S, Basilio Reyes F
 (Hos. Santa Catalina I.A.S. -Girona-Servicio de Pediatría)

El **dolor pélvico crónico** es aquel que tiene una duración **mayor a 6 meses**, se localiza en pelvis y abdomen inferior y altera las actividades escolares y sociales de la adolescente, representando el **1%** de las consultas. Tiene más de 100 causas entre **ginecológicas** y **extraginecológicas**. De acuerdo a su **periodicidad** de aparición puede ser:
Continuo: correspondería más a una **patología orgánica intrapélvica**.
Cíclico: sigue los ritmos del ciclo menstrual (ovulación, pre e intramenstruo). Está más vinculado a la **dismenorrea** y la **endometriosis**.
Recurrente: Dolor más errático e imprevisible, que aparece y desaparece sin aviso previo.

ETIOLOGÍA CAUSAS EXTRAGINECOLÓGICAS

- Urológicas:**
- Infección urinaria
 - Litiasis renal
- Osteomusculares:**
- Escoliosis, cifosis, lordosis
 - Espina bifida
 - Espondilolisis, espondilolistesis
- Gastroenterológicas:**
- Estreñimiento
 - Parasitosis (Giardias)
 - Colon irritable
 - Enf. de Crohn (el 7% sólo tiene dolor)
- Psicógenas**



CAUSAS GINECOLÓGICAS

- **Enfermedad pélvica inflamatoria**
- **Malformaciones congénitas**
- **Quistes de ovario**
- **Endometriosis**
- **Dismenorrea primaria**
- **Tumores anexiales**

CASOS CLÍNICOS

Tres adolescentes **postmenárquicas** que consultan Servicio de Urgencias por dolor pélvico intenso.
Antecedentes:
Caso 1: 3 episodios de ITU aislados. Escoliosis dorsolumbar en seguimiento. Baila funky de competición.
Casos 2 y 3: sin interés.

EDAD	TIPO DE DOLOR	ES	EXAMENES COMPLEMENTARIOS	TRATAMIENTO	EVOLUCIÓN
16 años	Continuo	Escoliosis	RMN de columna lumbar: imagen de espondilolisis en L5	Analgesia, fisioterapia y reposo deportivo.	Satisfactoria en los 3 casos.
17 años	Cíclico	Escoliosis	Ecografía Doppler: sospecha de torsión de ovario derecha	Cirugía laparoscópica: extirpación del quiste y anexectomía derecha.	Satisfactoria en los 3 casos.
17 años	Recurrente	Escoliosis	RMN pélvica: confirma el Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (agenesia renal + útero doble + tabique vaginal con hemivagina no comunicada)	Resección del tabique vaginal longitudinal + drenaje del hematocolpos/metra	Satisfactoria en los 3 casos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DIAGNÓSTICO

Caso 1:
 Analítica sanguínea y urinaria: normales
 Ecografía abdominal y ginecológica: normales
 TAC abdominal: normal
 RMN cerebral: normal
 Colonoscopia: normal
 Laparoscopia: pequeño foco de endometriosis en Douglas
RX columna lumbosacra lateral: imagen de **espondilolisis en L5**
 RMN de columna lumbar (tardía): sin lesión aparente

Caso 2:
 Analítica sanguínea y urinaria: normales
 Ecografía abdominal y ginecológica: **masa quística de 15-18 cm** sin poder visualizarse los genitales
 Ecografía Doppler: sospecha de **torsión de ovario derecha**.
RMN abdominal: **masa quística anexial derecha**

Caso 3:
 Analítica sanguínea y urinaria: normales
 Ecografía abdominopélvica: **agenesia renal derecha. Útero didelfo (doble) + vagina doble + hidrometrocolpos en la cavidad derecha**.
RMN pélvica: confirma el **Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (agenesia renal + útero doble + tabique vaginal con hemivagina no comunicada)**

TRATAMIENTO

Caso 1: Fisioterapia y reposo deportivo.
Caso 2: Cirugía laparoscópica: extirpación del quiste y anexectomía derecha.
Caso 3: Resección del tabique vaginal y drenaje del hematocolpos.

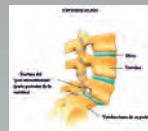
EVOLUCIÓN

Satisfactoria en los 3 casos.

DISCUSIÓN

ESPONDILOLISIS

Es la fractura por sobrecarga de la pars interarticular de las facetas vertebrales. Generalmente es bilateral y se localiza con mayor frecuencia en **L5 (67%)**. Puede asociarse posteriormente al desplazamiento anterior (**espondilolistesis**) de L5 sobre S1 y comprimir raíces nerviosas. Su incidencia es del **36%** y es más frecuente en adolescentes y en deportistas, por microtraumatismos repetitivos y condiciones anatómicas favorecedoras como la escoliosis lumbar y el acortamiento de isquiotibiales. El diagnóstico precoz se realiza con la **RX simple en proyección oblicua** y con la **gammagrafía con SPECT**. El TAC es más concluyente que la RMN, la cual puede ser negativa al terminar el proceso reparativo.



QUISTES DE OVARIO

Los quistes de ovario pueden presentarse en cualquier momento del desarrollo desde el nacimiento hasta la adolescencia, siendo más prevalentes en la edad reproductiva.
Quistes foliculares normales: pueden medir **hasta 2 cm** de diámetro de acuerdo al desarrollo hormonal concordante.

Adolescencia:

Quistes funcionales: son parte normal del desarrollo folicular durante el ciclo menstrual.
Quistes patológicos: aspecto **simple**.
 Origen: foliculo que no ovuló ni involucionó
 cuerpo lúteo: funcionales; sangran con facilidad y pueden medir hasta 6-8 cm.

Motivo de consulta: dolor y/o tumoración.

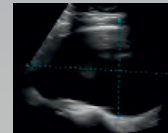
Complicaciones: Torsión de ovario.

Tratamiento: el 90% se resuelve espontáneamente

Asintomática: observación durante 3 ciclos.

Sintomática c/sin sospecha de torsión ovárica: cirugía laparoscópica.

Sospecha de malignidad o tamaño > 20cc: cirugía por laparotomía.



SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH

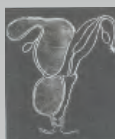
Dentro de las malformaciones genitales obstructivas se encuentran las de origen Mülleriano que consisten en anomalías uterinas secundarias a alteraciones en el desarrollo, fusión o canalización de los conductos de Müller. El S. de H.W.Wunderlich es una malformación compleja que asocia también anomalías del tracto urinario: **Duplicación uterovaginal + obstrucción total o parcial de una hemivagina + agenesia renal ipsilateral**.

Prevalencia: 1: 6.000 mujeres. **Lado derecho.**

Clínica: **Dismenorrea intensa desde la menarquía**

Tumoración abdominal por hematocolpos, hematometra y hematosalpinx unilateral

Tratamiento: **Resección del tabique vaginal longitudinal + drenaje del hematocolpos/metra**



CONCLUSIONES

El **dolor pélvico crónico** es una causa relativamente frecuente de consulta en las adolescentes y sus etiologías tanto **ginecológicas** como **extraginecológicas** también tienen una alta prevalencia a estas edades.

Sólo un **interrogatorio** y **exploración física completos** pueden darnos las llaves diagnósticas que luego se confirmarán con las pruebas complementarias pertinentes.

CONSECUENCIAS DE LA TRANSGRESIÓN DIETÉTICA EN EL ADOLESCENTE CON ALERGIYA ALIMENTARIA



Urbaneja Rodríguez Elena, Garrote Molpeceres Rebeca, Fernández García-Abril María del Carmen, Andión Dapena Ramón. Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN: La anafilaxia es una urgencia vital. Puede aparecer accidentalmente en pacientes alérgicos conocidos, siendo la transgresión dietética un grave problema de salud.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1	Caso 2
Mujer, 9 años.	Varón, 13 años.
Alergia alimentaria múltiple (huevo, gluten, leche de vaca y soja, carne de vaca, pavo y pollo, frutas y frutos secos).	Alergia a leche de vaca.
Múltiples ingresos por broncoespasmo.	Exantema tras corticoterapia previa.
Consulta por vómitos, edema labial, exantema y dificultad respiratoria progresiva tras ingesta accidental de leche de vaca.	Múltiples ingresos por broncoespasmo.
No tratamiento domiciliario.	Trasladado a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por shock anafiláctico tras ingesta de mazapán y croquetas con leche de avena. Picor faríngeo como único síntoma inicial.
A su llegada a Urgencias presenta hipotensión, habones generalizados, dificultad respiratoria y cianosis con angioedema.	Adrenalina intramuscular domiciliaria.
Se administran oxigenoterapia, adrenalina intramuscular, corticoide y antihistamínico intravenosos y broncodilatadores.	En Centro de Salud, se administran corticoterapia intravenosa y broncodilatadores. Pérdida de conocimiento brusca, con parada cardio-respiratoria, precisando RCP avanzada.
Observación durante 48 horas, con mejoría progresiva. Antes del alta, se explican medidas preventivas y pauta de actuación urgente (adrenalina autoinyectable).	Se inician ventilación mecánica, fármacos vasoactivos e hipotermia.
	Mal estado general, Glasgow 3 y pupilas midriáticas areactivas. Empeoramiento progresivo, exitus a los 4 días de hospitalización.



DISCUSIÓN: Es importante establecer medidas preventivas que eviten transgresiones dietéticas accidentales en pacientes con alergia alimentaria, así como la instrucción del adolescente y familiares en la identificación de síntomas de alarma y autoadministración de medicación de rescate frente a la sospecha de anafilaxia.

elenaurbanejarodriguez@gmail.com

EVOLUCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS OCULAR EN LA ADOLESCENCIA. TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

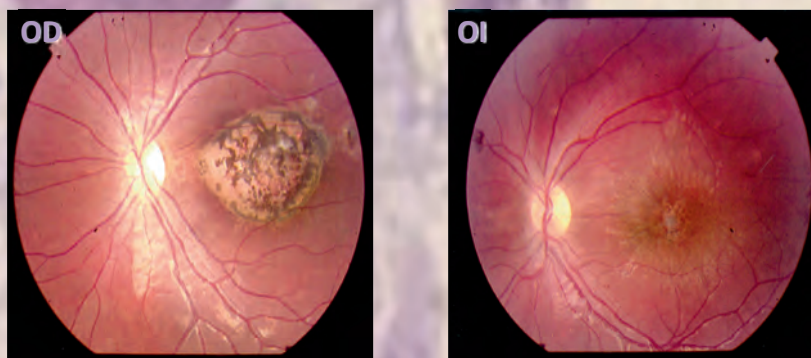
Martínez Gómez M., Mora Palma C., Molina García A., Perea Gutiérrez A., Baquero Artigao F., Salmerón-Ruiz M.A
Hospital Universitario La Paz

Introducción

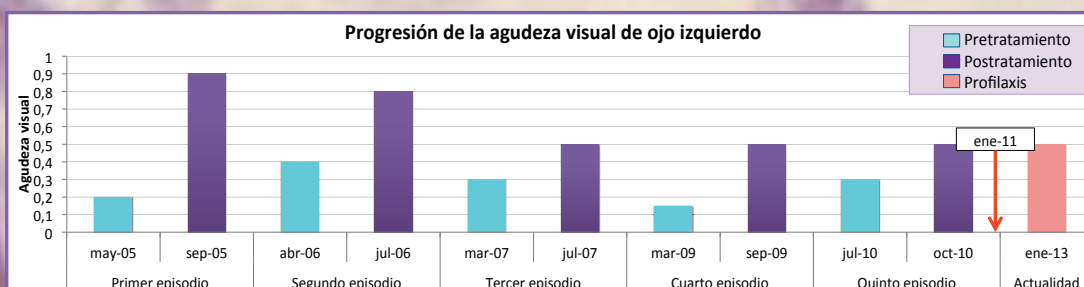
La toxoplasmosis congénita es asintomática en la mayoría de los casos, pero hasta el 80% de los niños no tratados desarrolla coriorretinitis durante su infancia y adolescencia. La inflamación ocular suele afectar a la mácula y con frecuencia es bilateral. Las lesiones tienen tendencia a recidivar, ocasionando cicatrices retinianas que pueden conducir a una ceguera permanente.

Caso Clínico

Adolescente ecuatoriana de 16 años que consulta a los 8 años por visión borrosa y empeoramiento de estrabismo presente desde el nacimiento. Presenta cicatriz macular por toxoplasma con pérdida de visión completa en un ojo y coriorretinitis activa en el otro, con una agudeza visual (AV) de 0,2/1.



Se inicia tratamiento con pirimetamina, sulfadiacina, ácido fólico y corticoides, con mejoría de la AV (0,9/1). Posteriormente presenta cuatro episodios de reactivación ocular con disminución progresiva de la AV (0,5/1). Se inicia tratamiento profiláctico con trimetoprim-sulfametoxazol (800/160 mg tres veces por semana) sin aparecer nuevos focos activos y con estabilidad de la AV tras dos años de seguimiento.



Conclusiones

- La adolescencia es un periodo de riesgo para la reactivación de la coriorretinitis por toxoplasma.
- El tratamiento profiláctico con cotrimoxazol permite la prevención de nuevos episodios mejorando el pronóstico visual.



INFARTO MIGRAÑOSO, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA MIGRAÑA EN PEDIATRÍA

*Garrote Molpeceres Rebeca¹, Urbaneja Rodríguez Elena¹, Vázquez Martín Selma², Pino Vázquez Asunción³.
Servicios de Pediatría¹, Neuropediatría² y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)³.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

INTRODUCCIÓN: El infarto migrañoso (IM) es una complicación infrecuente de la migraña con aura en pediatría, con una incidencia del 0.5-1.7%. Su diagnóstico requiere el cumplimiento de los criterios de la ICDH-II: perpetuación de uno o más síntomas de la migraña con aura más de una semana o alteraciones de la neuroimagen que expliquen los síntomas; excluyendo otras causas.

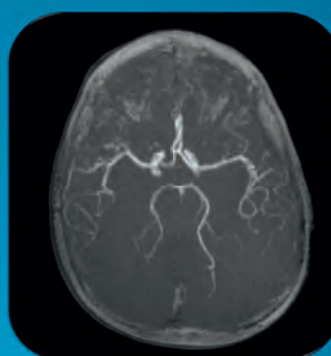
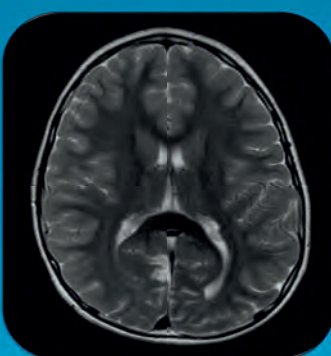
CASO CLÍNICO: Niño de 11 años con cefalea esporádica inespecífica desde los 4 años, en seguimiento en consulta de neuropediatría. Estando en reposo en domicilio presenta un episodio de cefalea occipital brusca e intensa, con respuesta parcial a analgesia con paracetamol. Tras el sueño nocturno, despierta con cefalea, sono y fotofobia, asociando disminución de agudeza visual ocular izquierda, visión de colores en "arco iris" y escotoma posterior, con recuperación parcial en varias horas y persistencia de cefalea residual, motivo por el que deciden acudir a Urgencias.

• **Exploración física:** Buen estado general. Ausencia de focalidad neurológica, oftalmoscopia bilateral y tensión arterial normales.

• **Exploraciones complementarias y diagnóstico:**

- **RMN cerebral:** ACV isquémico occipital derecho.
- **Angio-RMN cerebral:** menor grosor en ramas distales de arteria cerebral posterior derecha.
- **PEV:** afectación desmielinizante bilateral en vía visual retrobulbar.
- **EEG, estudios de coagulación y cardiológico:** normales.

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO: Tras el estudio efectuado el paciente fue diagnosticado de ictus migrañoso occipital derecho. Actualmente se encuentra asintomático y permanece en tratamiento preventivo de migraña con flunarizina, con buena respuesta.



Imágenes de la RMN Cerebral, cortes coronal (imagen izquierda) y transversal (imagen central), potenciados en T2;

Encefalomalacia y gliosis occipital parasagital derecha, área de la cisura calcarina de origen isquémico crónico.

Angio-RMN del Polígono de Willis;

Menor grosor de las ramas distales de arteria cerebral posterior derecha, comparado con la izquierda.

DISCUSIÓN: La migraña es la primera causa de consulta en neuropediatría, con desarrollo frecuente en época adolescente y pre-adolescente, y que ocasiona numerosas visitas a la consulta de atención primaria y los servicios de urgencias hospitalarias. Es difícil e importante hacer un buen diagnóstico del Infarto migrañoso y reconocer con prontitud la aparición de complicaciones migrañosas para establecer un tratamiento profiláctico preventivo adecuado.

rebecagm22@gmail.com

FRACASO TERAPÉUTICO MULTIFACTORIAL EN ADOLESCENTE VIH

Manuel Carretero Matas, Ana Garach Gómez, Aixa Gómez Velasco, José Casas Rivero, Rocío Martos, Alberto Ruiz Hernández (C.S. Cartuja. Granada)



Introducción

El VIH-SIDA es poco frecuente en la adolescencia, y casi exclusivamente de transmisión vertical. A las características sociosanitarias de la enfermedad, se añaden otros puntos conflictivos, como la red social, el apoyo sanitario, la supervisión correcta y la propia identidad del adolescente para con su enfermedad.

Caso Clínico

Chica con infección vertical por VIH con manifestación clínica precoz, con ambos padres portadores VIH+. A pesar del cambio progresivo de antirretrovirales, la paciente presenta durante la infancia y hasta el comienzo de la adolescencia una progresión poco habitual de la enfermedad, requiriendo a partir de los 11 años frecuentes ingresos para monitorización de tratamiento y carga viral. Ante la mala evolución clínica y la sospecha de rechazo voluntario del tratamiento por parte de la adolescente, decidimos reunirnos con familiares y resto de agentes implicados (colegio, trabajadora social, pediatra especialista en infecciosos), trazando un plan estratégico que nos asegurara la cumplimentación terapéutica. A pesar de esta movilización, la enfermedad evoluciona de forma implacable, y nuestra paciente fallece a los 14 años.



Discusión

Importancia del abordaje multidisciplinar y biopsicosocial en la adolescencia. Peso de la atención primaria en seguimientos longitudinales de enfermedad. Evaluación precoz de la capacidad de los tutores legales en determinadas enfermedades.

¿ EPSTEIN-BARR, CANNABIS O ANTIINFLAMATORIOS?



Fernandes Alexandra*, Dias Ângela**, Fraga José**, Amil Jorge**, Sousa Ângela*, Figueiredo Sara*
 *Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Médio Ave, Portugal
 ** Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Porto, Portugal



INTRODUCCIÓN

La hepatitis con ictericia en un adolescente de riesgo puede ser multifactorial, de ahí la importancia de pesquisar todas las etiologías. El impacto de los comportamientos de riesgo en la evolución y pronóstico de las enfermedades infecciosas con afectación hepática permanece desconocido.

CASO CLÍNICO

ANAMNESIS

Adolescente, sexo femenino, 15 años de edad.
 Servicio de Urgencia -> Ictericia de las escleróticas
 Coluria
 Acolia
 Pérdida de apetito
 Pérdida de peso (5.2 Kg)
 Ha estado con gripe hace unas semanas

H: Vive con su madre y dos hermanos; su padre ha fallecido de suicidio y era tóxico dependiente.
E: Frecuenta un curso de fotografía; mala alumna
A: Ha terminado la relación con su novio recientemente.
D: Consume gran cantidad de Nimesulida e Ibuprofeno; niega consumo de sustancias adelgazantes, alcohol u otras drogas. Fuma 6-7 cigarrillos al día.
S: Vida sexual iniciada hace un año con uso de condón, siempre con el mismo parceiro.

PRUEBAS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

ANALITICAMENTE
 Bilirrubina total 9.74 mg/dl, Bilirrubina directa 5.71 mg/dl, Fosfatasa alcalina 119 U/L, Deshidrogenasa láctica 352 U/L, GGT 100 U/L, TGO 1036 U/L, TGP 1970 U/L
 Hemograma; Ionograma; Función renal; PCR: Normal
SEROLOGIAS
 VEB IgM, IgG, EBNA1: POSITIVO
 CMV; VIH; VHB; VHC; VHA; Reacción de Paul Bunnel: Negativo

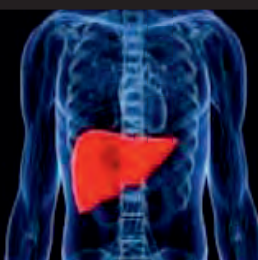
PESQUISA DE DROGAS EN LA ORINA
 Cannabinoides: POSITIVO

ECOGRAFIA CERVICAL
 "... algunos ganglios a lo largo del trayecto de los vasos yugulo-carotídeos, mayores y numerosos a la izquierda de diámetros hasta 18x8 mm de aspecto reactivo..."

ECOGRAFIA ABDOMINAL
 "...hígado en su límite superior de normalidad (más o menos 16 cm) ... bazo en su límite superior de normalidad..."

EXPLORACIÓN FÍSICA

Ictericia de las escleróticas.
 Ganglios cervicales aumentados.
 Hígado y bazo palpables en el borde costal.



DIAGNÓSTICO

Hepatitis por VEB.

TRATAMIENTO

Conservador de soporte.

EVOLUCIÓN

Buena evolución clínica.
ANALITICAMENTE: TGO 24 U/L, TGP 23 U/L
ECOGRAFIA ABDOMINAL: Normal

DISCUSIÓN

El VEB acomete el sistema linfoproliferativo siendo que en esta infección la hepatitis cursando con ictericia es rara. Así siendo y atendiendo a que la adolescencia es una fase de experimentación el consumo de drogas o fármacos debe ser considerado en el diagnóstico diferencial y/o como factor de agravamiento. El potencial hepatotóxico de la Nimesulida está presente aún cuando el riesgo parece ser bajo y estar ligado a la duración del tratamiento. La administración concomitante con otras drogas hepatotóxicas puede aumentar el riesgo de reacciones hepáticas. El abordaje global de un adolescente con enfermedad aguda es importante en la evaluación clínica y diagnóstica del enfermo, siendo la orientación de comportamientos de riesgo de primordial importancia.

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, João M. Videira (2008). *Tratado de Clínica Pediátrica*. Copyright, volume III, p.1493-1496.
 Carvalho, Luíza Helena Falleros. *Mononucleose infecciosa*. *Jornal de Pediatria*.1999. 0021-7557/99/75-Supl.1/5 115
 Nimesulida – Conclusão da revisão da relação benefício-risco dos medicamentos contendo nimesulida. Restrição do uso ao tratamento da dor aguda ou da dismenoreia primária. Disponível em: <http://www.infarmed.pt>



SÍNDROME GRIPAL E ENZIMAS MUSCULARES



Rita Moinho, Teresa Painho, Leonor Sasseti
 Unidade de Adolescentes - Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central

INTRODUÇÃO

As infeções virais acompanham-se frequentemente de dores musculares. Neste contexto, o envolvimento muscular varia entre mialgias ligeiras e benignas, sem repercussão analítica, passando por miosite benigna aguda da infância (com elevação sérica das enzimas musculares) até rhabdomiólise, com possíveis complicações de insuficiência renal aguda, desequilíbrios hidro-eletrolíticos e arritmia cardíaca.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 10 anos, sexo ♀

- Desenvolvimento psico-motor adequado
Sem antecedentes patológicos de relevo
- Antecedentes familiares irrelevantes

Urgência – 15/01 (D3 de doença)

- Febre + Rinorreia + Tosse + Torcalgia + Cefaleias
- EO: TT 39°C. TA = Normal. Prostrada. Queixosa. Abdómen difusamente doloroso, sem irritação peritoneal. Restante normal.



Infiltrado intersticial difuso

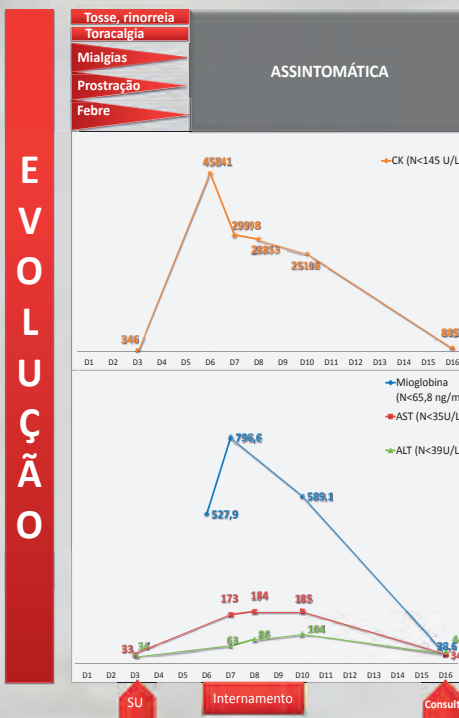
- Leucócitos = 8600 mCL
- Neutrófilos 80,7 %
- Linfócitos 9,4 %
- Ureia = 24 mg/dL
- Creatinina = 0,91 mg/dL
- AST/ALT = 33/18 U/L
- CK = 346 U/L
- pCr -
- Urina N e urocultura -

Consulta de reavaliação – 18/01 (D6 de doença)

- Apirética > 24 horas, assintomática
- EO: sem alterações

- Leucócitos = 4200 mCL
- Neutrófilos 30%
- Linfócitos = 2530 mCL (60%)
- Plaquetas = 133000 mCL
- Creatinina = 0,6 mg/dL
- Ureia = 19 mg/dL
- Mioglobina = 527,6 ng/mL
- CK = 45841 U/L
- pCr -
- Urina N

Internamento – Boa evolução



Normalização do hemograma
 Função renal e urina sempre normais

Vírus/bactérias (sérico)	IgM	IgG
Influenza A	-	+
EBV	-	+
CMV	-	+
Adenovírus	-	+
Parvovírus B19	-	+
Mycoplasma pn.	-	+
Chlamydia pn.	-	-

DISCUSSÃO

As infeções virais em idade pediátrica são comuns, embora, raramente se constatem valores tão elevados de CK a traduzir destruição muscular marcada. O tratamento faz-se com reforço da hidratação e a evolução das miosites virais é geralmente benigna, mas a possível ocorrência de complicações deve estar presente em todos os profissionais.

Este caso traduziu uma miosite benigna aguda, sem repercussão na função renal. Como apresentava antecedentes pessoais inocentes, sem história de fraqueza muscular recorrente nem atraso do desenvolvimento motor, não se justificou pesquisa de patologia neuromuscular.

IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA EN EL ESTUDIO DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE

García-Navas Núñez, Deyanira. Vera Torres, Mónica. Barros García, Patricia. Hernández Martín, Raquel. Tort i Cartró, Cèlia. López Rodríguez, María José.

Introducción.

La hepatitis autoinmune (HA) es un proceso inflamatorio hepático crónico y fluctuante, de inicio mal definido con destrucción progresiva de hepatocitos. La incidencia en Europa es de 1.9/100.000 habitantes, siendo mayor en mujeres.

Cursa con hipertransaminasemia, hipergammaglobulinemia y autoanticuerpos circulantes.

Según su perfil serológico distinguimos la HAI tipo I (ANA y/o ASMA positivos) y HAI tipo II (anti-LKM positivos). Con frecuencia se asocia a otras enfermedades autoinmunes.

Caso clínico.

Motivo de consulta: adolescente de 13 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por dolor de dedos de manos y pies de dos semanas de evolución e hipertransaminasemia. Afebril. No traumatismos previos. No otra clínica asociada. Desde hace 2 meses episodios de gonalgia derecha con inflamación, siendo diagnosticada de síndrome femoropatelar por traumatología.

Exploración física: normal, excepto inflamación de dedos de manos y pies.

Diagnóstico diferencial.

Dolor articular:

1. Infeccioso
2. Inflamatorio
 - AIJ
 - Conectivopatías
 - EII
 - Sd. autoinflamatorio
 - Vasculitis.
 - Neoplasias

Hipertransaminasemia:

1. Hepatitis:
 - Virica aguda
 - Tóxica/Medicamentosa.
 - Isquémica
 - Autoinmune
2. Enf. De Wilson
3. Obstrucción biliar
4. Sd. Budd Chiari
5. Ligadura art. hepática

Pruebas complementarias.

Hemograma: anemia normocítica normocromática.

Coagulación: TTPA: 47.5 seg. AP: 67%. TP: 15.4 seg. Fibrinógeno: 2.67 mg/dl.

Bioquímica: bilirrubina total: 1.46 mg/dl, bilirrubina directa: 1.26 mg/dl, GOT: 1391 UI/L, GPT: 1.510 UI/L, LDH: 603 UI/L, amilasa: 100 UI/L. Metabolismo del cobre normal. Nivel α 1-antitripsina normal.

Proteinograma: albúmina: 3.7 g/dl, proteínas totales: 10.1 gr/dl, IgG: 4100 mg/dl.

VSG: 120 mm/hora.

C1 inhibidor: normal.

Serologías virus hepatotropas: negativos.

Líquido articular de tipo inflamatorio. Tinción y cultivo negativos.

Ecografía abdominal: Hepatoesplenomegalia homogénea.

Exploración oftalmológica: normal.

Autoinmunidad:

- ANCA: 1/320
- Ac. Antiactina positivos.
- Factor reumatoide: 3 UI/ml.

Haplotipo:

- HLA DR3.

Biopsia hepática:

Arquitectura alterada de forma difusa por intenso infiltrado linfoplasmocitario. Hepatitis de interfase, con necrosis hepatocitaria periportal y lobulillar.

Hallazgos determinantes en el diagnóstico:

- Hipertransaminasemia
- Hiper gammaglobulinemia
- Ac. Antiactina positivos
- Hepatitis de interfase

Diagnóstico: Hepatitis autoinmune tipo I.

Tratamiento:

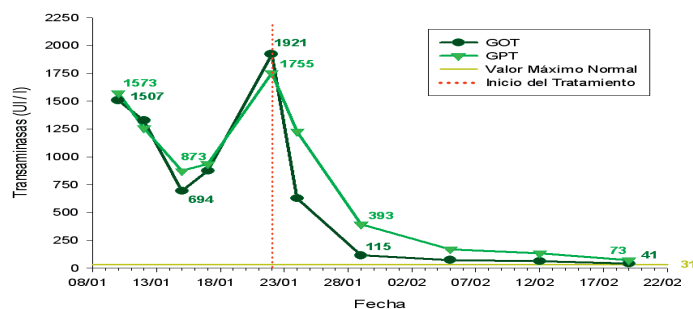
Se inicia tratamiento con:

- Prednisona (1 mg/kg/día)
- Vitamina D (800 UI/día)
- Calcio (1 gr/día)
- Omeprazol (20 mg/día)

Asociando posteriormente:

- Azatioprina (1.5 mg/kg/día)

Evolución:



Conclusiones:

1. La clínica inespecífica y el inicio insidioso de la HAI dificultan su diagnóstico y tratamiento precoz, favoreciendo la evolución a enfermedad hepática grave.
2. Ante la sospecha de enfermedad autoinmune, es importante descartar afectación hepática.
3. La determinación de enzimas hepáticas de rutina tanto en el ámbito hospitalario como desde Atención Primaria, ha aumentado la detección de alteraciones hepáticas en fase asintomática.

Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 3 ed. Madrid: Ergón; 2012. Bader-Meunier B. Rheumatic diseases in children. Soins Pédiatr Pueric. 2012 Nov-Dic; (269): 14-6. Espinosa M, Gottlieb BS. Juvenile idiopathic arthritis. Pediatr Rev. 2012 Jul; 33 (7): 303-13. A. Cuadrado y J. Crespo. Hipertransaminasemia en pacientes con marcadores virales negativos. Rev. esp. enferm. dig. v.96 n.7 Madrid jul. 2004 Jul; 96(7): 484-500.



Psiquiátrico, aditivo ou orgânico: um desafio nos adolescentes

Maria Inês Monteiro¹, Hans Peter Grebe², Augusto C Ferreira², Lúcia Gomes¹, Miguel Costa¹

¹ Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Entre O Douro E Vouga, Hospital S. Sebastião
² Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de Entre O Douro E Vouga, Hospital S. Sebastião

INTRODUÇÃO:

Adolescentes com alterações do comportamento são um problema crescente na Pediatria. Intoxicação, drogas e outros comportamentos aditivos estão no topo de lista do diagnóstico diferencial nesta faixa etária.

Poderá isto bloquear um pensamento clínico completo?

O diagnóstico diferencial é o grande desafio, devendo manter-se o alerta para todas as hipóteses.

CASO CLÍNICO:

- Adolescente, sexo masculino, 16 anos, saudável.
- À Admissão: quadro de poucas horas de evolução de apatia, desorientação, parestesias no membro inferior direito, trémulo dos membros superiores, noção de alteração da personalidade, desajuste comportamental e défice de concentração.
- Sem história de trauma, consumos de drogas/álcool ou intoxicação medicamentosa, referencia apenas infecção respiratória ligeira e auto-limitada das vias aéreas superiores, na semana anterior.
- Exame neurológico: doente vigil, confuso, com aparente afasia sensitiva, que iniciou quadro alucinatório, com desadequação comportamental, verborreia e agressividade, semelhante a episódio psicótico, tendo sido necessária a administração de diazepam e haloperidol.
- Exame motor e sensorial normal, sem sinais meníngeos, apirético, TA e glicemia normal.

EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

- Rx tórax: normal
- TAC-CE e RMN cerebral normais.
- EEG na admissão: disfunção do hemisfério esquerdo, região temporo-frontal esquerda com ondas lentas, arritmicas e polimórficas.

Excluiu-se etiologia psiquiátrica, pesquisa de tóxicos na urina negativa.

- LCR: Pleocitose (198 células/ul), predomínio mononuclear, sem consumo de glicose, com aumento da proteinorraquia.

Quadro muito agudo (poucas horas de evolução), não se exclui causa bacteriana:

Iniciou terapêutica empírica com aciclovir e ceftriaxone

O líquido revelou-se amicrobiano, antígenos capsulares e virulogia negativos, PCR para *Mycoplasma pneumoniae* positiva.

O doente melhorou e o estado confusional teve total regressão. EEG de controlo com características normais.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO:

- O *Mycoplasma pneumoniae* é um patógeno respiratório, com complicações extra-pulmonares raras, sendo as centrais as mais frequentes. A patogénese destas manifestações é desconhecida.
- Este caso realça a dificuldade de avaliação/observação e de vigilância de adolescentes com desajustes comportamentais, semelhantes aos adultos, na unidade de OBS/SU - Pediatria. Como gerir estas unidades, no sentido de evitar o choque de gerações agora existente na Pediatria, o contraste de patologias, e tão simplesmente a quebra da tranquilidade nestes locais, é um novo desafio.

BIBLIOGRAFIA:

- Christie LJ, Honarmand S, Talkington DF, et al. Pediatric encephalitis: what is the role of *Mycoplasma pneumoniae*? *Pediatrics*. 2007;120:305-313
- C. Domenech, N. Leveque, B. Lina, F. Najjoulah, D. Floret. Role of *Mycoplasma pneumoniae* in pediatric encephalitis, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2009 28:91-94
- Guleria R, Nisar N, Chawla TC, Biswas NR (2005) *Mycoplasma pneumoniae* and central nervous system infections: a review. *J Lab Clin Med* 146:55-63

RETRASO PUBERAL EN UN VARÓN

Marta Esther Vázquez Fernández*, Cristina Crespo Soto**, M^º José Martínez Sapena***, M^º Jesús Vázquez Fernández****, Verónica Zurdo de Pedro*, Sara del Amo Ramos*

*Centro de Salud Arturo Eyrías, Valladolid; **Hospital Universitario Río Hortega***Hospital Clínico Universitario Valladolid, ****Centro de Salud Pates, Madrid

Introducción

La edad en que se inicia la pubertad es muy variable. Se considera retrasada cuando el varón no inicia aumento del volumen testicular a los 14 años. Las causas son múltiples, aunque se pueden simplificar en tres categorías: "retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad" (variante fisiológica), hipogonadismo hipogonadotrofo (hipotalámico o hipofisario) e hipogonadismo hipergonadotrofo (testículos u ovarios).

Caso clínico

Paciente de 14 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por sobrepeso y valoración del crecimiento (figuras 1 y 2). Exploración física: ausencia de desarrollo de caracteres sexuales secundarios y estacionamiento de la talla en el último año. Edad ósea: 13 años (figura 3). FSH y LH bajas. GH basal 0,1(0.1-3) con test de estimulación de GH (hipoglucemia insulínica):1-1,6-0,7-0,2. PRL:75,7(2-18). RMN: masa hipofisaria en forma de reloj de arena que impronta el quiasma óptico (figura 4). Es intervenido en dos ocasiones vía trasfenoidal (figura 5) e interóptica carotídea derecha (figura 6). Anatomía patológica: adenoma hipofisario con expresión inmunohistoquímica de Prolactina y GH. En la última RMN persiste resto tumoral de 8mm (figura 6). Ha recibido 3 inyecciones de testosterona. Está bajo control estricto de endocrinología y neurocirugía.

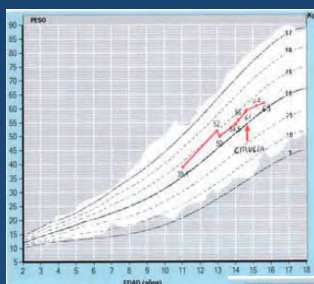


Figura 1: Gráfica de datos. Percentil de peso (Kg)

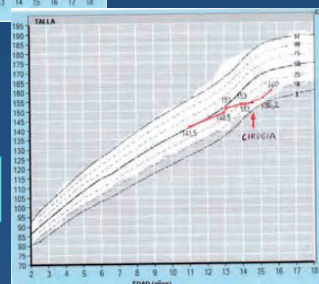


Figura 2: Gráfica datos clínicos. Percentil de talla (cm)

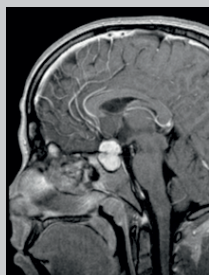


Figura 4: RMN al diagnóstico: tumor en silla turca con crecimiento supraselar (reloj de arena)

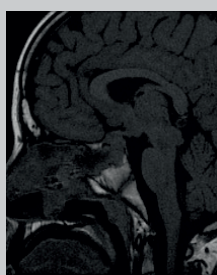


Figura 5: RMN tras cirugía trasfenoidal: alteraciones óseas y persistencia del componente supraselar

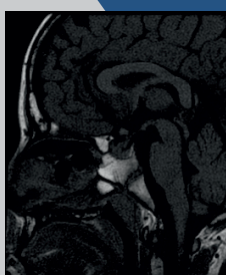


Figura 6: Radiografía tras resección supraselar del tumor (craniotomía supraorbitaria lateral): resto tumoral de 8 mm



Figura 3: Edad ósea 13 años

Conclusiones

La primera impresión diagnóstica fue retraso constitucional del crecimiento y pubertad. Los desequilibrios hormonales nos llevan a pensar en hipogonadismo hipogonadotrópico (Hh), que confirma la RMN. El diagnóstico de Hh antes de la pubertad es difícil, lo que lleva a diagnosticarlos en fase de macroadenoma. El objetivo de conseguir una pubertad similar a la fisiológica tras la cirugía es difícil. El resto tumoral junto a la necesidad de concluir el desarrollo puberal nos limitan las opciones terapéuticas. Dada la rareza de estos tumores pituitarios en niños los estudios prospectivos son escasos

Bibliografía

- Schroeder JW, Vezina LG. Pediatric sellar and suprasellar lesions. *Pediatr Radiol* 2011; 41:287-298.
- Steele CA, MacFarlane IA, Blair J, et al. Pituitary adenomas in childhood, adolescence and young adulthood: presentation, management, endocrine and metabolic outcomes. *Eur J Endocrinol* 2010; 163:515-522.
- Rohrer T, Langer T, Grabenbauer G, et al. Growth hormone therapy and the risk of tumor recurrence after brain tumor treatment in children. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2010; 23:935-942.

ENFERMEDAD DE OLLIER (EO) Y PUBERTAD PRECOZ PERIFÉRICA (PPP)



Gregorio Hernández, R.; Sanz Fernández, M.; Andina Martínez, D.; Muñoz Calvo, MT.; Pozo Román J.; Argente Oliver J. Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma de Madrid

Introducción: La EO es una displasia ósea infrecuente (1:100.000) caracterizada por la presencia de múltiples áreas de tejido cartilaginoso (encondromas) en la proximidad de los cartílagos de crecimiento. Los tumores de las células de la granulosa (TCG) tienen una incidencia aproximada de 0,4–1,7: 100.000 mujeres y pertenecen a la categoría de tumores ováricos de los cordones sexuales, siendo el más frecuente en este grupo (90%) y suponiendo un 5% de los tumores malignos de ovario. Está descrita la relación entre ambos; de manera que, tanto el EO como el síndrome de Maffucci están descritos como factores de riesgo para esta enfermedad.



Caso clínico: Niña de 10 años y 10 meses que consulta por: dolor abdominal, vómitos y fiebre de cuatro días de evolución

Antecedentes personales: diagnosticada de EO. Refieren menarquia en el último mes.

Exploración física: Deformidades en extremidades asociadas a su displasia ósea. Abdomen distendido con masa en hemiabdomen inferior. Desarrollo puberal en estadio IV de Tanner (T4, P3, Ab).

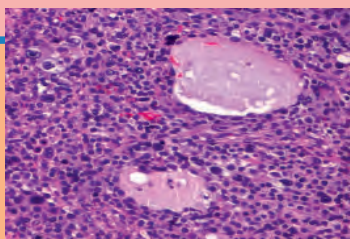
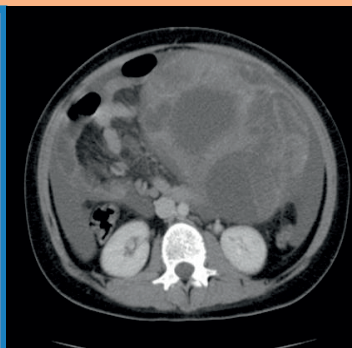
Pruebas complementarias:

Serie ósea: Múltiples lesiones en relación con encondromatosis múltiple.

Edad ósea: Corresponde a Edad cronológica.

Ecografía y TAC abdominal: Gran masa sólido-quística de origen anexial (21x16x13 cm) con abundante ascitis.

Estudios hormonales: Niveles séricos de LH (< 0,07 UI/mL) y FSH (0,3 mUI/mL) muy disminuidos para su grado de desarrollo puberal y estradiol: 196 pg/ml, todo ello sugerente de pseudopubertad por hipersecreción autónoma de estradiol en la masa e inhibición del eje hipotálamo-hipofisario.



Tratamiento: Exéresis quirúrgica de la masa con diagnóstico anatomopatológico de TCGJ juvenil (TCGJ) con infiltración de líquido ascítico (ver en la imagen estructuras de Carl-Exner).

Quimioterapia postquirúrgica con Carboplatino, Etopósido y Bleomicina.

Discusión: La aparición de la pubertad en una paciente con EO debe hacer pensar en la posibilidad de aparición de TCGJ. Estos tumores son capaces de secretar estrógenos y condicionar en niñas una pseudopubertad isosexual. La realización periódica de ecografías abdominales, especialmente cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios, podría permitir un diagnóstico más precoz y condicionar un mejor pronóstico; ya que, el desarrollo de estos tumores es silente, lo que hace que el diagnóstico se suela realizar en fases avanzadas de evolución.



PUBERTAD PRECOZ TERCIARIA Y ADENOMA SUPRARRENAL

Remedios Muro, Javier; Gregorio Hernández, Rebeca; Sanz Fernández, María; Muñoz Calvo, M^a Teresa; Pozo Román, Jesús; Argente Oliver, Jesús. Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid). Departamento de Pediatría, Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

INTRODUCCIÓN:

Los tumores suprarrenales productores de andrógenos son entidades clínicas infrecuentes que pueden manifestarse como una pubertad precoz (PP) periférica, isosexual en niños y heterosexual en niñas.

CASO CLÍNICO:

-Motivo de consulta:

Varón de 6 años de edad, con aparición y progresión, durante los 6 meses previos a la consulta, de vello en región púbica, acompañado de incremento del tamaño del pene en longitud y grosor, así como de aumento de la velocidad de crecimiento.

-Antecedentes familiares y personales:

Padres sanos, no consanguíneos. Hermano de 3 meses de edad, sano. Sin antecedentes familiares de maduración temprana. Gestación controlada y sin incidencias. Parto a término (40 semanas) con peso y longitud al nacimiento normales (3500 g [+0,3 SDS] y 49 cm [-0,8 SDS]).

-Exploración física:

Peso 24,8 kg (P90). Talla 124,6 cm (P97); Talla genética (166 ± 5 cm; P3-10)
Hábito atlético, con desarrollo de masas musculares del torso y olor apocrino intenso, sin acné ni incremento del vello corporal. Desarrollo puberal en estadio puberal III de Tanner (G3, P3, Ab) sin incremento del volumen (3 cc) ni presencia de masas testiculares. El pene mostraba un incremento en longitud y anchura de 7x 3 cm (+1 SDS). Resto: normal.

-Pruebas complementarias:

Edad ósea: 10 años (para EC de 6 años).

Andrógenos: niveles séricos elevados de 17-OH-progesterona (3,4 ng/mL; VN:0,13-0,67), Δ 4-androstendiona (5,1 ng/mL; VN:0,07-0,35), DHEA-S (14300 ng/mL; VN:12-350) y testosterona (1,34 ng/mL; VN:0,05-0,2).

Cortisol: normal.

Test LHRH: FSH: basal 0,16 mU/ml, pico 0,24 mU/ml; LH: basal 0,15 mU/ml, pico 0,28 mU/ml.

RM abdominal: tumoración localizada en el área suprarrenal izquierda, con unos diámetros estimados de 7 x 6 x 5 cm (Figura 1).

El estudio de extensión (TAC torácico y RM abdominal) no reveló la existencia de metástasis a distancia.

-Tratamiento:

Tratamiento neoadyuvante con Mitotano, durante 2 meses, realizándose posteriormente la extirpación de la masa.

Estudio anatomopatológico: integridad de la cápsula y ausencia de invasión microscópica de la misma, de los tejidos circundantes y vasos (Figuras 2 y 3).

El estudio microscópico reveló la existencia de una proliferación difusa de células epiteliales, con citoplasmas amplios, granulados, eosinófilos formando "nidos"; si bien, se podían identificar áreas de necrosis, algunas mitosis atípicas y cierto grado de anaplasia nuclear (Figura 4).

-Evolución:

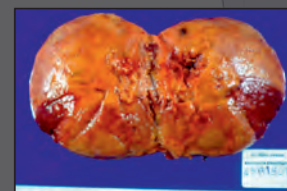
A los 6 años y 9 meses, 7 meses tras suprarrenalectomía, aumento del volumen testicular (8 ml) sin aumento de andrógenos suprarrenales. TAC suprarrenal, sin signos de recidiva. El test de LHRH objetivó la existencia de un pico de LH tras estímulo de 13,4 mU/mL sugerente de activación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (pubertad precoz central).

El paciente se trató con triptorelina IM (100 microgramos/kg cada 25 a 28 días), lográndose frenación del eje gonadotropo, y se mantuvo hasta que el paciente alcanzó una edad ósea de 13 años (9 años y 3 meses de EC).

El desarrollo puberal se completó sin incidencias a la edad de 11 años y 9 meses, alcanzando una talla definitiva de 164 cm, acorde con su contexto familiar (talla genética de 166 ± 5 cm) y manteniéndose libre de recidiva tumoral tras 9 años desde su diagnóstico (Figura 5).



Figura 1



Figuras 2 y 3

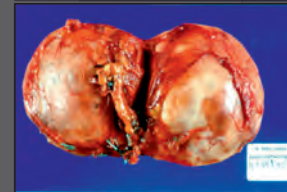


Figura 4

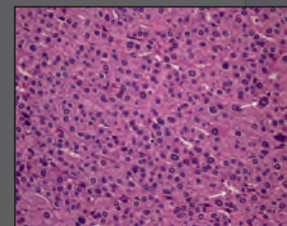


Figura 5

DISCUSIÓN:

La supresión de la producción androgénica en casos de PP periférica puede activar el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y desencadenar una PP central (PP terciaria).



Disúria: verdade ou consequência?

Maria Inês Monteiro, Miguel Costa, Lúcia Gomes
Centro Hospitalar Entre-Douro-e-Vouga
PORTUGAL



Introdução:

O aumento do limite da idade de atendimento em serviços de urgência (SU) pediátricos confrontou os profissionais com situações peculiares da adolescência.
As infeções sexualmente transmissíveis (IST) são um destes novos desafios.
A idade de início da vida sexual está em mudança assim como as taxas de IST.
A pouca procura pelos cuidados médicos e falta de tratamento favorece a disseminação de IST.



Caso Clínico:

C. P. M.
Sexo masculino
17 anos
Recorreu ao SU por disúria.
Tratamento em curso: aciclovir tópico e brivudina, por lesão herpética genital.
Sintomas: Mantém dor. Sem outras queixas.
Restantes antecedentes: Irrelevantes.

No SU:

Exame objetivo: revelou várias lesões ulcerosas penianas. Sem exsudados/ corrimento uretral.
Sem outras lesões visíveis, nomeadamente na região anal e oral.

Na anamnese referiu múltiplos parceiros sexuais, de ambos os sexos, incluindo relações sexuais em grupo.

Colheu serologias.

Foi medicado com Penicilina G benzatínica, azitromicina, ceftriaxone, aciclovir oral e metronidazol.
Efetuado reforço para a necessidade de aderir e concluir o tratamento e explicadas medidas de educação sexual.
Foi encorajado a comunicar aos parceiros sexuais do último mês.

Resultados analíticos:

AgHBs, HCV, HIV, VDRL, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* negativos.
Herpes 1 IgM+, VDRL positivo 1/4.

Atualmente sem complicações de IST.

Em seguimento em Consulta de Adolescentes e Psicologia.

H – Vive com os pais

E – A frequentar curso profissional de secretariado

A – Frequentador habitual de bares/discotecas, onde conhecia os parceiros.

D – Nega consumos de álcool ou drogas, tabaco ocasionalmente.

S – Coitarca aos 13 anos. Atualmente com relação mais estável com adolescente sexo feminino da mesma faixa etária.

S – Baixa auto-estima, imaturidade extrema e desconhecimento de noção de risco e das consequências graves de relações sexuais desprotegidas. Atualmente mais consciente sobre comportamentos de risco.

Discussão/ Conclusão:

Os adolescentes são um grupo de alto risco para as IST e é imperativo fazer o seu diagnóstico precoce.

Há que saber ouvir e encaminhar os apelos que se escondem atrás do motivo evidente que trás o adolescente a um SU.

Neste caso a disúria, tão frequente na idade pediátrica, levou a abordagem completamente distinta no adolescente.

Chamamos a atenção para a necessidade de exame físico completo, incluindo região genital, que se torna ainda mais complexo nesta faixa etária.

O atendimento de jovens exige princípios fundamentais: o sigilo profissional, uma atitude não crítica com avaliação psicossocial importante e reconhecimento e orientação das necessidades com máxima intervenção a cada oportunidade.

Casos como o apresentado representam apenas a ponta do iceberg das IST em Portugal, sendo que a verdadeira taxa de incidência é desconhecida.

Bibliografia

Belvestri C, Giomi B, Colli L, Bertl A, Volter F, Cipriani F, Zuccati G. "Social and behavioral determinants as risk of sexually transmitted diseases. Report by a sample from the Sexually Transmitted Disease Unit in Florence, Italy." *G Ital Dermatol Venereol.* 2012 Aug;147(4):341-8; Koerner J, Shiono S, Ichikawa S, Kaneko N, Tsuji H, Machi T, Goto D, Onitsuka T. "Factors associated with unprotected anal intercourse and age among men who have sex with men who are gay bar customers in Osaka, Japan." *Sex Health.* 2012 Sep;9(4):328-33. doi: 10.1071/SH11081; Eaton DT, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins L, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Whittle L, et al. Wechsler H. "Protecting adolescent sexual health: 2012 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) MMWR Surveill Summ. 2012 Jun 8;61(4):1-183; Goodwin RJ, Taylor MM, Brown EC, Wincott M, Scanlon NK, Hodge IG, et al. McKinley T. England B. "Protecting adolescents' right to seek treatment for sexually transmitted disease without parental consent: the Arizona experience with Senate Bill 1309." *Public Health Rep.* 2012 May Jun;127(3):253-8; Thornberry L. English JC 3rd. "Evidence-based treatment and prevention of external genital warts in female pediatric and adolescent patients." *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012 Apr;25(2):150-4.



"RELACIONES SEXUALES COMPLETAS EN NIÑA PREPUBER, UN MOTIVO DE CONSULTA EN PEDIATRIA"
Minguez Verdejo R. Centro de Salud de Algemesí.



INTRODUCCION

- Las relaciones sexuales entre adolescentes pueden ser motivo de consulta.
- Es importante diferenciar el abuso sexual de los juegos sexuales.
- En la mayoría de los casos el conocimiento del hecho es casual por parte de los padres. A ellos les preocupan sobre todo las consecuencias físicas en sus hijos, la posibilidad de embarazo, y las consecuencias psicológicas. En la descripción de este caso se explican las dificultades que pueden entrañar estos casos.

CASO CLINICO

Niña de 11 años, consultan sus padres que su hija ha tenido relaciones sexuales completas con un menor.

ANAMNESIS

- Se hace entrevista motivacional, con preguntas abiertas ("tú dirás", ¿hay algo que te preocupa?, ¿quieres contarme algo?).
- Refiere relaciones sexuales completas, consentidas, sin preservativo, con niño de 14 años. La relación sexual fue única, hacía 21 días.
- Fecha última regla hacía 24 días.
- También se interroga sobre objetivos vitales y se intenta conocer la madurez de la niña. Las relaciones con los padres y la hermana es tensa. Está castigada "la niña refiere no tener vida social. Acoso de compañeros.

EXPLORACIÓN

No signos de agresión. Telarquia y pubarquia grados V de Tanner.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Test embarazo, análisis, serologías y cultivos normales.

ACTUACIONES

- Precisar la edad del niño, según ésta podría haber consecuencias penales. La edad del niño es de 14 años. Deberían informar al padre del niño de lo sucedido, para que realicen intervención con el menor.
- Aumentar la comunicación de los padres con la niña.
- Explicar a los padres el tema de la historia clínica informatizada, si prefieren que se refleje de momento como comentario confidencial (lo decidieron así).
- Se trata de adolescente de gran riesgo de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual. Se realiza educación sexual impartida por la matrona del centro de salud, conseguir "gestión prudente y responsable de la sexualidad"; se programa para ello una entrevista de una hora (se acordó con los padres los conocimientos que se impartirían a la menor). También en esta consulta se realiza la recogida de exudado cervical.
- Si la relación sexual hubiera sido en las 72 horas previas se podría haber utilizado tratamiento hormonal (no fue el caso).
- Consulta con salud mental infantil, parece detectarse carencia por parte de la niña en relación a la vida familiar, consecuencias importantes en la unidad familiar, rotura de relaciones con hermana y madre. Falta de conciencia por parte de la niña de la gravedad de situaciones de riesgo "excesivamente confiada con extraños". Tratar el acoso por parte de iguales.
- Terapia familiar (padres deprimidos ...).

DISCUSION

- Las relaciones sexuales entre menores son frecuentes.
- La edad de cada menor es importante y tiene implicaciones de orden legal, se considera abusos sexuales aunque haya consentimiento cuando son menores de 13 años (Artículo 181 del Código Civil : en el apartado 2).
- Los padres confían en los pediatras y solicitan su ayuda en estos casos. Hay que buscar el tiempo necesario para atender estos problemas, que pueden tener consecuencias importantes en la vida del menor (pueden terminar en centros de menores, fracaso escolar, acoso escolar, roturas familiares, embarazos no deseados, enfermedades venéreas...).

La continuidad asistencial, la confidencialidad, el consentimiento informado y la capacidad son los ejes principales de abordaje de la ética de la relación clínica con el adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

- Relación médico-adolescente. Técnicas de la entrevista. Aspectos legales. J. Gaspa Martí, S. García-Tornel Florensa. *Pediatr Integral* 2005;1X(1):13-19.
- Aspectos bíblicos de la relación entre profesional de la salud y adolescente. Muñoz Génie T. http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=72&id_doc=226
- Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro. B. Ogando Díaz, C. García Pérez*. *Pediatr Integral* 2007;XI(10):877-883.
- La sexualidad en adolescentes y jóvenes. Editorial. García Mañas A. *Evid. Pediatr.* 2011;7:27.
- Entrevista con adolescentes. Hidalgo Vicario MJ, Castellano Barca G. *Entrevista con adolescentes. ¿Cómo afrontar con seguridad la entrevista clínica con adolescentes? En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. 1.ª Ed. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003: p. 261-267.*

AÚN NO QUIERO TENER HIJOS

Prevención del embarazo en adolescente de una zona de transformación social

Martos Guardañó, Rocío; Garach Gómez, Ana; Quesada Carrasco, Pilar; Pérez Luna, Teresa; Rodríguez Martínez, Juan María; Casas Rivero, José.

¿QUIÉN ES ELLA?

Es una joven de **13 años, rumana de etnia gitana**, que acompaña a su hermana a consulta. Vive en un **poblado**, dentro de un área de transformación social.

Llegó a España hace un par de meses. No sabe español, no está escolarizada, no tiene un NUSA asignado y, por tanto, no hay ningún registro sanitario sobre su persona.

En el último momento de la consulta, comenta que...

¿QUÉ LE PASA?

Tiene **"escozor" en la zona genital.**

No recuerda cuanto tiempo viene padeciéndolo, pero sabe que comenzó al iniciar las relaciones sexuales.

¿QUÉ HACEMOS?

*Exploración:

flujo verdoso y mal oliente.

*Diálogo:

Se indaga sobre el deseo de descendencia y sobre el conocimiento en métodos anticonceptivos y la existencia de ETS.

La paciente comenta que **no le importa tener hijos**, porque está reconocido culturalmente, **pero no los desea**. Sólo **conoce el preservativo**, y **no lo usa** porque su pareja no lo permite.

*Acto médico:

Se informa de un método **anticonceptivo**, consistente en una única dosis **i.m.** Aceptan ella y la madre. **Se le administra la dosis y pasa a AP en Adultos**



DISCUSIÓN:

Es necesario indagar en los deseos de los adolescentes, ya que poseen poder de decisión sobre sí mismos.

Se deben ofertar las posibilidades del sistema sanitario.

Y es imprescindible realizar una correcta educación sanitaria.

ADOLESCENTE: ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y CONFIDENCIALIDAD

Blanco Sánchez T¹, Astiz Blanco MI².
¹Residente de Pediatría Hospital Infantil Niño Jesús. ²Pediatra CS Ciudad San Pablo, Coslada (Madrid).

Introducción

La atención a pacientes adolescentes puede generar situaciones que conlleven **conflictos ético-legales** al Pediatra.

Caso clínico

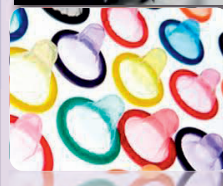
Mujer de 14 años de edad con antecedente de interrupción voluntaria del embarazo a los 13 años que acude a consulta de Atención Primaria solicitando **anticoncepción hormonal**. Manifestando además, su deseo que **no sea puesto en conocimiento de sus progenitores**.

Presenta TA y exploración normales. Se solicita estudio de coagulación, con resultado de normalidad. No se detecta ninguna contraindicación, pautándose tratamiento hormonal oral combinado con drospirenona/etinilestradiol:3mg/0.02mg

En esta situación **se considera a la paciente “menor madura”, absteniéndose de informar a los padres.**

Discusión

- Previo al inicio de anticoncepción hormonal, no es necesario solicitar un cribado de hipercoagulabilidad si no existen antecedentes familiares o un episodio previo de tromboembolismo. En este caso, hubiese sido suficiente con la anamnesis dirigida y la exploración física con TA e IMC.
- La mayoría de edad sanitaria se alcanza a los 16 años, edad a partir de la cual “no cabe prestar el consentimiento por representación”, según dicta La Ley de Autonomía del Paciente. Siendo necesario, en los menores entre los 12 y 16 años, establecer el grado de madurez para cada situación concreta



VALORACIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE SANO CON HERMANA/O CON ENFERMEDAD CRÓNICA



CLAUDIA ESTELA CIPRIAN ADAMS (Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barañain, Navarra)

RAIMON PÉLACH PÁNIKER (Pediatra. Centro de Salud de Barañain, Navarra)

► Introducción

Investigamos el desarrollo psicosocial del adolescente sano en su entorno según su propio criterio, mediante entrevista clínica con consentimiento previo por su parte.

Para evaluar si presentan culpabilidad, celos, miedo, vergüenza, y responsabilidad ante la enfermedad de su hermana/o. Y si esto tiene alguna repercusión psicosomática y/o en su comportamiento.

► Casos Clínicos

1. Paciente sano (11 años) con hermano mayor diagnosticado de S. de Gilles de la Tourette.
2. Paciente sana (14 años) con hermano menor diagnosticado de S. de Warg
3. Paciente sano (16 años) con hermana menor diagnosticada de S. de Down
4. Paciente sana (10 años) con hermano mayor diagnosticado de S. de Asperger
5. Paciente sana (17 años) con hermana mayor fallecida por un tumor cerebral.

Que responden a las siguientes preguntas :

Culpabilidad : ¿te sientes culpable por la enfermedad de tu hermano?

Celos : ¿tienes celos del trato que le dan a tu hermano?

Miedo : ¿te preocupa algo de la enfermedad de tu hermano ?

Vergüenza: ¿sientes vergüenza de la enfermedad de tu hermano?

Responsabilidad : ¿sientes responsabilidad en el cuidado de tu hermano?

Impacto vital : ¿sientes que tu vida se limita por la enfermedad de tu hermano?

¿ crees que te ha hecho madurar más que a tus iguales la enfermedad de tu hermano?

¿ notas alguna diferencia con tus iguales?

¿te sientes incomprendido/a?

Aspectos psicosomáticos : ¿te suele doler alguna parte de tu cuerpo?

► Resultados

- 1ª- Cuatro de los cinco encuestados no se siente culpable y uno, a veces.
- 2ª- Cuatro de los cinco encuestados no siente celos y uno, a veces.
- 3ª- A tres de los cinco encuestados les preocupa algo de la enfermedad de su hermano, a uno no y a uno, a veces.
- 4ª- Cuatro de los cinco encuestados no sienten vergüenza y uno, sí.
- 5ª- Tres no se sienten responsables del cuidado de su hermano y dos, sí.
- 6ª- Tres no sienten limitaciones en su vida por la enfermedad de su hermano, uno sí las siente y uno, a veces.
- 7ª- Los cinco se sienten más maduros en comparación a sus iguales.
- 8ª- Cuatro no se sienten diferentes a sus iguales y uno, sí.
- 9ª- Tres no se sienten incomprendidos, uno sí y uno, a veces.
- 10ª- Tres de los encuestados presentan cefalea de forma frecuente y dos, nada.

► Conclusión

Postulamos que los adolescentes entrevistados no presentan alteración psicosocial de interés médico, ni somatizaciones significativas tal y como se aprecia en su historia clínica de Atención Primaria.

CEFALEA: ORIGEN O SÍNTOMA

Manuel Carretero Matas, Ana Garach Gómez, Aixa Gómez Velasco, José Casas Rivero, Rocío Martos, Alberto Ruiz Hernández. (C.S Cartuja. Granada)

Introducción

La cefalea supone un motivo de consulta muy frecuente (hasta 1-2% en urgencias).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y es muy importante una orientación diagnóstica inicial rigurosa, diferenciando si la cefalea es primaria o secundaria, y descartando procesos de mayor entidad.



Discusión

1. Síntomas inespecíficos en la adolescencia = dificultad diagnóstica. Clave: anamnesis.
2. Importancia del abordaje multidisciplinar (padres, profesores, orientadores, etc.) en la adolescencia.
3. Posible ganancia secundaria: cefalea como estrategia evasiva del conflicto de base.

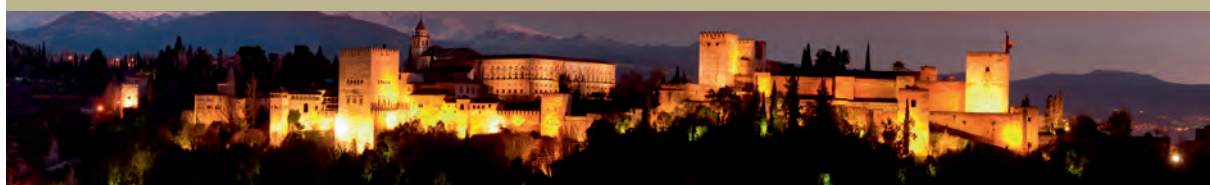
Caso clínico

Alejandro de 12 años, es un estudiante responsable, sin AP de interés. AF de migraña (madre).

Cuadro de 3 meses con cefalea mixta, que respeta el descanso, sin predominio horario, con pocos días libres de sintomatología. Posteriormente se añade ánimo deprimido, disminución del rendimiento escolar, y fracaso del tratamiento (AINEs, metamizol, paracetamol, triptanes, flunarizina); se deriva a SM y Neurología, con análisis y escáner normales.

Nos reunimos con padres y profesores, y se concluye que el posible desencadenante es un alto nivel de autoexigencia escolar y un mal manejo del estrés, con mala tolerancia al fracaso.

Actualmente en proceso de abordaje multidisciplinar, con pauta de objetivos a corto plazo, evaluación periódica y apoyo desde los familiares y el colegio.



LA AGENDA OCULTA DEL ADOLESCENTE: UN GRAN RETO PARA EL DIAGNÓSTICO

Autores: Herrera Castillo L , Lecina Monge L , Garcia Nardiz C, Lázaro de Lucas C,
Garcia-Mauriño Alcázar C, Salmerón Ruiz M.A.
Unidad de Adolescentes. Hospital Materno-Infantil Universitario La Paz, Madrid

Introducción

El motivo de consulta del adolescente no se relaciona con la enfermedad real del paciente, frecuentemente, ocasionando realización de pruebas diagnósticas innecesarias, participación de múltiples especialistas, retraso en el diagnóstico y un elevado coste.



Caso Clínico

URGENCIAS

- Niña de 13 años
- Sensación de giro de objetos desde hace 10 días.

Anamnesis

Exploración física normal

Diagnóstico

Mareo sin signos de organicidad

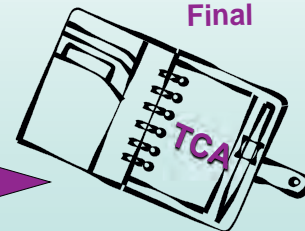


Entrevista por personal entrenado

- Distorsión de imagen corporal
- Conducta alimentaria restrictiva

Unidad de medicina del adolescente

Diagnóstico Final



Discusión

Como se pone de manifiesto en este caso, la “agenda oculta” del adolescente puede suponer una gran dificultad para el diagnóstico, siendo la anamnesis la herramienta fundamental. Según los protocolos actuales de urgencias por la anamnesis inicial se hubiera realizado una exploración oftalmológica, valoración de TAC craneal y derivación al servicio de neurología con el consiguiente aumento del gasto y retraso diagnóstico.

TRASTORNO SOMATOMORFO EN ADOLESCENTES. RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO ERRÁTICO

Autores: Delgado Díez B, García Camiño E, Campillo i López F, Casas Rivero J, Cortés Méndez C, Salmerón Ruiz M.A.
Unidad de Adolescencia Hospital Universitario La Paz. Madrid.



Introducción

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por presentar síntomas físicos sugerentes de causa orgánica, suponiendo un reto diagnóstico y de manejo, en especial en pacientes adolescentes.

Caso clínico



♀ 11 años
 ■ Mareos y caídas al suelo, con sensación de giro de objetos.
 ■ Mayor frecuencia durante el periodo escolar.
 ■ AP: cefalea tensional a los 8 años

■ Exploración física: normal



Conclusiones

Los pacientes adolescentes con trastorno somatomorfo, por su carácter psiquiátrico-orgánico, son difíciles de etiquetar con el consiguiente:

- Retraso diagnóstico.
- Uso inadecuado de pruebas complementarias.
- Aumento del gasto sanitario.
- Peregrinaje entre varios servicios.

La intervención de un especialista en adolescentes facilita:

- El diagnóstico precoz.
- El tratamiento adecuado.
- El ahorro en costes.
- Disminución de ansiedad en el paciente

DERMATITIS ARTEFACTA EN ADOLESCENTES. UN RETO DIAGNÓSTICO

Autoras: Pérez Gutiérrez M¹, Ballarín Maya E¹, Colla Sáncas A¹, De Lucas Laguna B², Fajó Rodríguez M³, Casas Rivero J³.

¹Residentes de pediatría de primer año del Hospital Universitario La Paz. Madrid

²Médico Adjunto. Unidad de Dermatología infantil del Hospital Universitario La Paz. Madrid

³Médico Adjunto. Unidad de Adolescentes del Hospital Universitario La Paz. Madrid

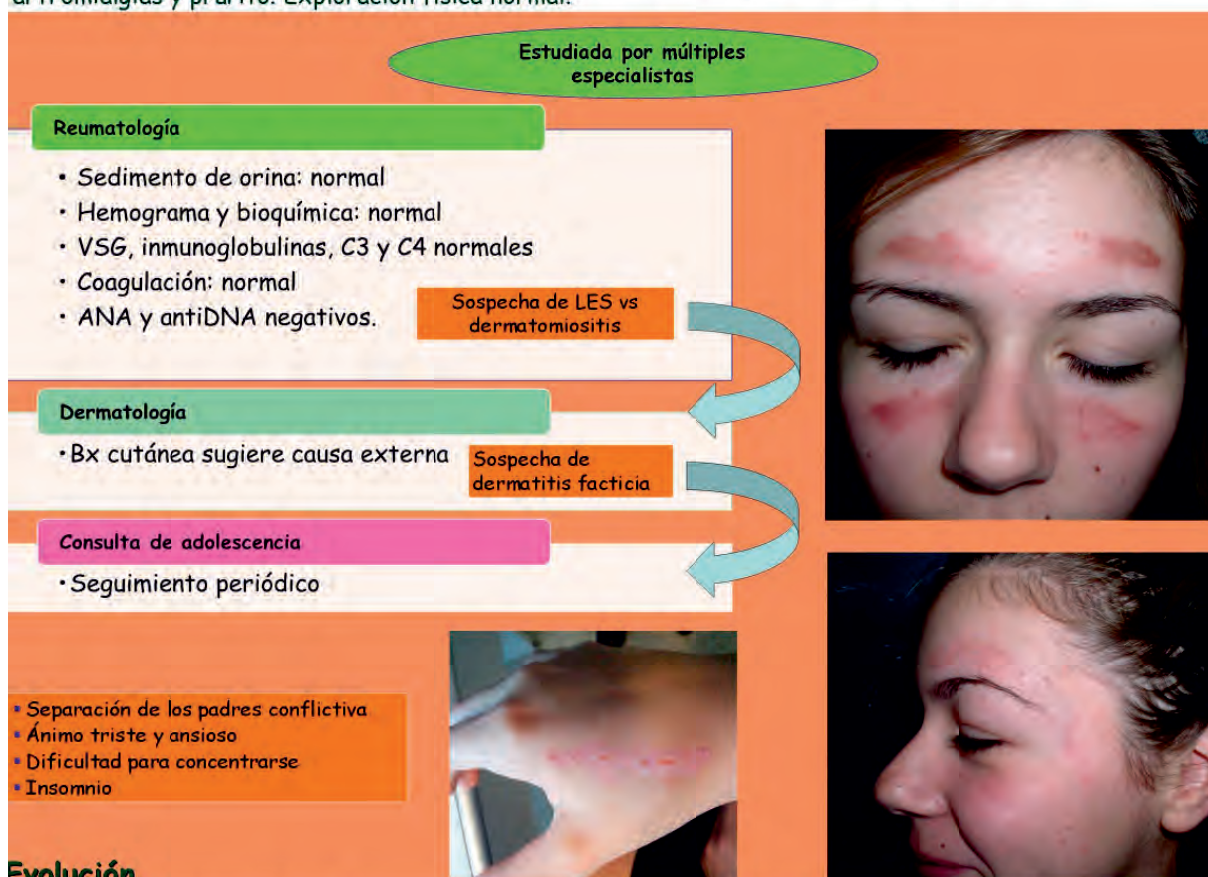


Introducción

La dermatitis artefacta es cualquier lesión dermatológica autoinflingida, negando el paciente su implicación en ella. La incidencia de esta enfermedad varía entre el 0,05 y el 0,5% de los pacientes dermatológicos. Predomina en mujeres sobre todo en la etapa adolescente.

Caso clínico

Adolescente mujer de 14 años remitida a Consulta Adolescentes desde dermatología por 6 episodios de eritema facial (4 malaras, 2 periorbitarios) de duración variable, precedidos de cefalea, astenia, artromialgias y prurito. Exploración física normal.



Evolución

Se realiza tratamiento con amitriptilina, melatonina, clorazepato dipotásico, fluoxetina y psicoterapia que permite la identificación de estresantes, disminución de la intensidad y número de brotes, desaparición de la cefalea y el insomnio. Último brote lesiones en primer espacio interdental, afirmando la paciente su autoprovocación, sin afectación facial.

Conclusiones

- El diagnóstico de dermatitis artefacta es por exclusión, precisando la participación de distintos especialistas y realización de múltiples pruebas que conlleva retraso diagnóstico y un elevado coste.
- La historia es la base diagnóstica, siendo la mayor dificultad el entendimiento del paciente y familia de origen psicossomático de la enfermedad.
- El tratamiento debe ser multidisciplinar.

NUEVO ENFOQUE TERAPEUTICO EN LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENCIA

Autores: Rodríguez Martínez, Juan María; López Herrera, Manuel; Martos Guardado, Rocío; Casas Rivero, José.

Introducción

En los adolescentes las somatizaciones, cambios del estado de ánimo y de conducta tienen que ver con problemas psicosociales, es decir con alteraciones en la relación y comunicación entre los sistemas parental y fraternal.

Caso clínico

Ana P.J. 15 años, consulta porque esta triste, pérdida de apetito, cefaleas, agresividad, y absentismo escolar.

Exploración normal.

Genograma: f. nuclear, Etapa II-B, AVE: utilismo padre, escasa red social. Relaciones unidas y conflictivas con la madre, distante con el padre.

Lista de problemas: conflicto permanente con su madre, dificultad de tiene para conectar con el padre, fracaso escolar que atribuye a que se siente sola por la falta de conexión con las compañera/os.

Diagnóstico: problema psicosocial por crisis de desarrollo.

Tratamiento: intervención basada en la solución de problemas, centrada en cambios para mejorar la autonomía/independencia creando un nuevo espacio de relación y puesta en marcha nuevo modelo de relación.

Evaluación: clínicamente mejor. Mejoría significativa en las relaciones.



Discusión

Las manifestaciones psíquicas y somáticas en los adolescentes en muchas ocasiones se deben a factores estresores en conexión con conflictos con los padres basado en la tensión dependencia-independencia, circunstancia que requiere un nuevo enfoque terapéutico centrado en la intervención familiar basado en la solución de problemas.

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTE ESQUIZOFRÉNICO

Manuel Carretero Matas, Aixa Gómez Velasco, Ana Garach Gómez, José Casas Rivero, Rocío Martos, Alberto Ruiz Hernández. (C.S. Cartuja. Granada)

Introducción

Las características propias de la adolescencia, y los cambios profundos que aparecen en la estructura mental del individuo, conllevan aspectos particulares en el diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica. Además, será importante el diagnóstico precoz de determinadas entidades, como los trastornos psicóticos.

Caso clínico

Paciente de 14 años, acompañado de su madre, que acude por primera vez a consulta de AP por apatía, mal control de los impulsos, ingesta compulsiva de comida, sedentarismo, consumo de alcohol y hachís, entre otros.

Ante el mal control inicial y la aparición de ideación suicida, se deriva a Salud Mental. Se termina diagnosticando una Esquizofrenia Paranoide, con mala respuesta posterior al tratamiento farmacológico, predominado síntomas negativos.

Se decide la intervención familiar: clara disfunción familiar, con familia nuclear reconstituida, y una carencia de red social de apoyo. Se pautan visitas seriadas con pacto de objetivos.

Mejoría progresiva, hasta que a los 17 años el paciente consigue una nueva red de apoyo, con su pareja y nuevos amigos, emancipándose, y mejorando de manera notable toda la sintomatología negativa y los hábitos de vida.



Discusión:

Diagnóstico precoz clave en los trastornos psiquiátricos en la adolescencia. Necesidad de abordaje multifactorial, enfatizando la intervención psicosocial.
- Importancia de herramientas en materia de Atención Familiar.

MANEJO INTEGRAL DEL INTENTO AUTOLÍTICO EN EL ADOLESCENTE: ACTITUD EN URGENCIAS Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO



Urbaneja Rodríguez Elena, Garrote Molpeceres Rebeca, Fernández García-Abril María del Carmen, González García Hermenegildo. Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se está produciendo un aumento en la tasa de intentos de suicidio en jóvenes, siendo estos más frecuentes en adolescentes de sexo femenino y relacionándose con la impulsividad, característica muy ligada a este rango de edad.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 13 años, trasladada por amiga al Servicio de Urgencias, al ser encontrada en estado semi-inconsciente.

Antecedentes: Origen latinoamericano. Padres separados. Madre joven, con horario laboral prolongado fuera de casa. Se desconoce el paradero del padre. Mal rendimiento escolar.

Exploración física: Glasgow 13, pupilas isocóricas normorreactivas, no responde a órdenes, emite palabras sin sentido. Fuerza, tono y sensibilidad normales. Palidez cutánea. Pulsos palpables.

Pruebas complementarias: Orina por sondaje positiva a Benzodiazepinas.

Tratamiento: Se inicia perfusión glucoelectrolítica y se realiza lavado gástrico con posterior administración de carbón activado. Se traslada a UCI Pediátrica para vigilancia y monitorización.

Evolución: Estable durante las 20 horas que permanece ingresada. Cuando comienza a conectar con el exterior, refiere haber ingerido fármacos que tenía en casa porque “quería acabar con todo”, tras discusión intensa con la madre, quién la deja encerrada en domicilio. Fármacos ingeridos: 3,5g Claritromicina, 1g Paracetamol, 4,5mg Bromazepam, 10 comprimidos de Senósidos A y B. Se solicita valoración por Psiquiatría Infantil, quién la controla desde entonces. En tratamiento actual con terapia conductual y apoyo familiar.

Diagnóstico: Reacción de estrés aguda. Intento autolítico con ingesta de medicamentos y fin manipulador.

Impulsividad

+ Factores de riesgo:

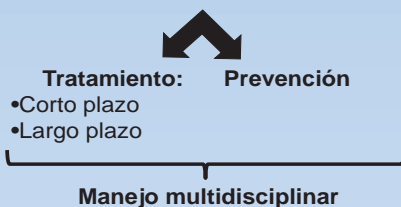
- Depresión mayor
- Intento previo de suicidio
- Trastornos afectivos, abuso de sustancias, conducta antisocial
- Factores psicológicos
- Factores genéticos y biológicos
- Factores sociales
- Nivel educativo
- Antecedentes psiquiátricos padres
- Desestructuración familiar
- Maltrato físico, abuso sexual, acoso

+ Factores precipitantes:

- Acontecimiento vital estresante
- Conflictos familiares
- Dificultades escolares
- Problemas con grupo de iguales
- Factores psicológicos y personales



Intento autolítico



DISCUSIÓN: La impulsividad en el adolescente puede acarrear conductas graves que pongan en peligro su vida, como los intentos de suicidio. Los tres pilares básicos para su correcto abordaje son conocer factores de riesgo y precipitantes, manejar de forma adecuada los aspectos básicos de su tratamiento y prevenir nuevos episodios similares; a través de una actuación que incluya a distintos profesionales médicos implicados en la salud integral del adolescente.

elenaurbanejarodriguez@gmail.com



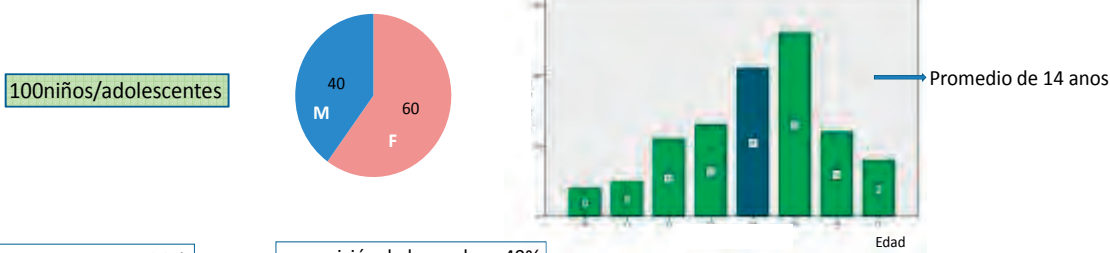
INTERNET ... ¿CUÁL ES SU DIMENSIÓN EN LA VIDA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES?
 Ana Isabel Azevedo¹ Joana Rodrigues¹ Fátima Nunes¹ Maria Inês Monteiro¹ Arménia Oliveira¹
¹ Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Entre O Douro E Vouga, Hospital S. Sebastião
 Diretor de Serviço: Professor Dr MRG Carrapato



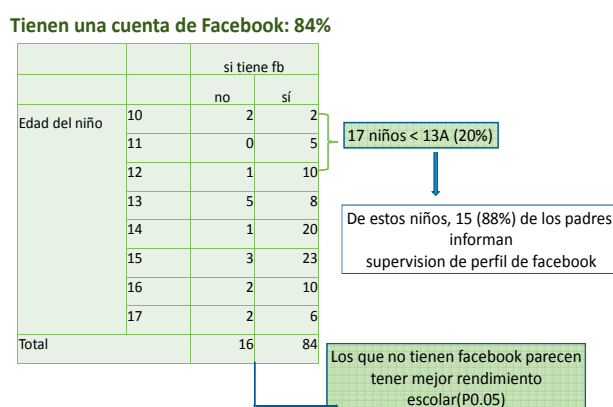
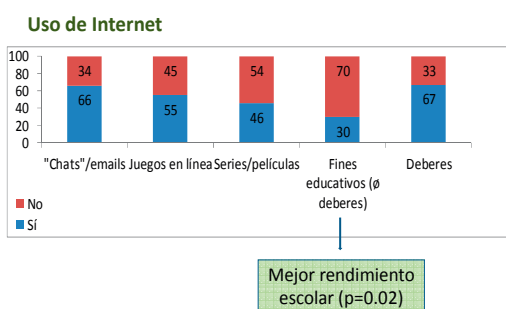
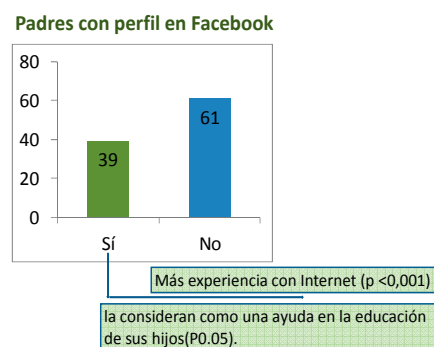
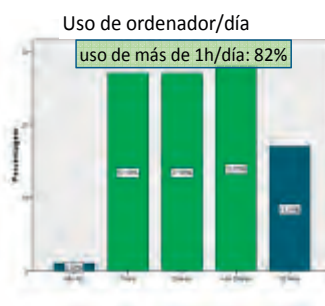
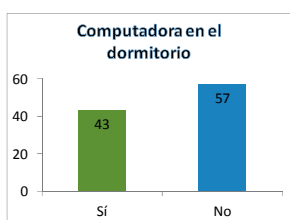
Introducción:
 En la sociedad actual, el acceso indiscriminado a Internet puede convertirse en un oponente en el proceso educativo.
Objetivo: Caracterización de la utilización de los niños/adolescentes de Internet y su impacto en el rendimiento escolar.

Material/métodos:
 Un cuestionario para los padres de niños/adolescentes.

Resultados:



Aceso a Internet: 96% → supervisión de los padres: 49%



Conclusión:
 Es importante destacar el uso masivo de las redes sociales con permiso de sus padres, incluso las redes no autorizadas a menores de 13 años, como Facebook.
 La Internet es una herramienta de gran alcance de hoy en día, pero es necesario educar las personas a los peligros y crear conciencia sobre beneficios potenciales.



USO DE REDES SOCIALES EN PROYECTOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES

Maroto Martín, S; De La Rosa Estévez, MD; López Colao, C; Martínez González, G; Herrero, B; Bártulos Sastre, I.
 Centro de Salud - Dr Ramón Castroviejo - Madrid (Febrero 2013)

Presentamos la ejecución de un proyecto de educación para la salud con ámbito comunitario para alumnos de 4º de ESO sobre prevención de ITS, utilizando como herramienta de apoyo las redes sociales.

El uso de redes sociales por parte de adolescentes es una realidad ampliamente extendida que ha ido creciendo exponencialmente a lo largo de los últimos 10 años. Entre los 16 y 24 años encontramos al grupo con mayor porcentaje de internautas (98%).

A propósito de una intervención sobre uso del preservativo en centros escolares, y sabedores de la alta frecuencia de utilización de las nuevas tecnologías en el grupo de personas a las que iba dirigida, se plantea en el apartado de material y métodos la utilización de redes sociales como vía de difundir contenidos de salud de calidad.

La información ofrecida debía de ser diaria, alternando contenido escrito con audiovisual, así como enlaces a páginas de interés contrastadas y revisadas por nuestro equipo. Se pretendía conseguir la participación de los usuarios y una mayor interacción, para hacer de la página un espacio más dinámico.



RESULTADOS

- La utilización de la plataforma digital al mes de su puesta en marcha parece que se va extendiendo entre nuestros jóvenes del barrio y pacientes.
- Se ha ido generando un banco de preguntas y respuestas, junto con información sobre temas relacionados con la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo un video editado por nuestro grupo.
- Es necesario reunir más datos de utilización y frecuentación para determinar información cuantitativa del impacto generado con este nuevo recurso, aunque por el momento la respuesta es muy satisfactoria.
- Nuestro objetivo ahora es mantener la plataforma durante un tiempo que permita explotar datos y evaluar nuestra tarea.

El equipo docente conformado por miembros de medicina y enfermería de nuestro centro de salud, ha colaborado para la elaboración de los contenidos y el diseño del entramado digital.

CONCLUSIONES

- Las redes sociales parecen un buen medio para transmitir información sobre salud a la población joven
- El anonimato en internet a la hora de realizar consultas por parte de los adolescentes puede facilitar la participación.
- Pese a nuestra corta andadura, los primeros resultados son prometedores. Nos parece un proyecto con mucho futuro en las distintas actividades asistenciales, de que va a permitir integrar la labor de los distintos ámbitos asistenciales de nuestro centro.
- A pesar de que el perfil de manejo informático de los creadores no es de alto nivel, no ha supuesto gran dificultad ni en tiempo ni en formación para su creación.
- El objetivo inmediato ahora es consolidar la plataforma creada y darle mayor difusión, para que sirva de apoyo en nuestra labor asistencial individual y comunitaria.
- Están en marcha nuevos proyectos de salud que tendrán sustento en nuestra herramienta.
- Aun es pronto para obtener datos cuantitativos que evalúen este proyecto.

