

SNS-O: Fase de oposición: Pediatría EAP-SUE.

Segunda prueba: Casos clínicos prácticos. (B)

1º Caso clínico:

Lactante de 13 meses que acude al Centro de Salud por inicio brusco de edema labial y distrés respiratorio tras la toma de helado de merengue por primera vez hace 20 minutos. Se toman constantes al paciente en la sala de urgencias constatando frecuencia cardiaca de 120 l.p.m, frecuencia respiratoria de 35 r.p.m. TAS de 100 y TAD de 60 mm de Hg, Sat de O2 de 88%. En la exploración física destaca edema labial, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal. ACP: Sibilantes en bases e hipoventilación en ambos campos pulmonares, el niño está consciente pero agitado.

Tras estabilizarlo en el Centro de Salud se deriva a centro hospitalario de referencia y se realiza anamnesis a los padres. Refieren introducción alimentaria hasta la fecha de la siguiente manera: lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses, posteriormente toma de lactancia artificial con leche 1 y 2 de fórmula sin que le haya producido síntoma alguno, la introducción de cereales, frutas, verduras, carne y pescado se realizó sin incidencias, el huevo se introdujo los 11 meses primero la yema y hasta el día de hoy le ha dado huevo cocido sin presentar clínica alguna. Tiene como antecedentes personales dermatitis atópica desde los 2 meses de edad y ningún otro antecedente de interés. AF: Padre dermatitis atópica e intolerancia a la lactosa.

1.- ¿Ante la llegada al Centro de Salud de dicho paciente que actuación inicial tomaría?

A.- Estabilización del paciente, asegurando vía aérea + O2. Canalizar vía y administrar adrenalina intravenosa

B.- Estabilización del paciente, asegurando vía aérea + O2+ salbutamol inhalado

C.- Estabilización del paciente, asegurando vía aérea + O2 + Adrenalina intramuscular

D.-Estabilización del paciente, asegurando vía aérea + O2 + Antihistamínico intravenoso.

2.- ¿Cuál es el principal diagnóstico de sospecha del caso?

- A.- Anafilaxia por APLV IgE mediada (alergia proteína de leche de vaca).
- B.- Anafilaxia por alergia al huevo IgE mediada (ovoalbúmina).
- C.- FPIES a proteína de huevo. (Food protein-induced enterocolitis syndrome).
- D.- Angioedema hereditario.

3.- Respecto a los criterios diagnósticos de anafilaxia, indica la opción falsa.

A.- Inicio agudo (minutos o horas) de un síndrome que afecta a la piel o mucosas (urticaria generalizada, prurito o flushing –sofoco-, edema de labios, úvula o lengua), y al menos uno de los siguientes:

- Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF -pico flujo espiratorio-, hipoxemia).
- Disminución de la Presión Arterial (PA) o síntomas asociados de disfunción orgánica (síncope, hipotonía, incontinencia...).

B.- Dos o más de los siguientes signos que aparecen rápidamente (minutos o algunas horas) tras la exposición a un alérgeno potencial para el niño:

- Afectación de piel o mucosas.
- Compromiso respiratorio.
- Disminución de la PA o síntomas asociados de disfunción orgánica.
- Síntomas gastrointestinales persistentes.

C.- Disminución de la PA tras la exposición a un alérgeno conocido para ese niño (minutos o algunas horas).

D.- Inicio de cuadro de vómitos entre 1-4 h tras la ingesta del alimento más 3 de los siguientes criterios

- Hipotensión.
- Letargia.
- Palidez marcada.
- Hipotermia.
- Vómitos repetidos.
- Necesidad de soporte de líquidos intravenosos para controlar la reacción adversa.

4.- Respecto a la anafilaxia en pediatría, indique la opción falsa

- A.- La alergia alimentaria es la causa más frecuente de anafilaxia en niños.
- B.- En preescolares la causa de anafilaxia más frecuente es por frutos secos.
- C.- La anafilaxia por picadura de himenópteros en pediatría es excepcional.
- D.- Los niños con malformaciones genitourinarias o espina bífida son pacientes con riesgo de sensibilización y posterior desarrollo de alergia y anafilaxia al látex.

5.- ¿Cuál de las siguientes opciones no es indicación para la prescripción de autoinyector de adrenalina:

- A.- Síndrome Alergia oral alimentaria.
- B.- Anafilaxia inducida por el ejercicio.
- C.- Alergia alimentaria y asma grave coexistente.
- D.- Anafilaxia previa idiopática.

2º Caso clínico:

Niña de 2 años, correctamente vacunada, que acude por un cuadro de tos húmeda tras una infección respiratoria. La tos es productiva, aumenta por la noche, por la mañana tras levantarse, y empeora con los cambios posturales. La madre asegura que lleva así más de 4 semanas y que le recuerda “a la tos de un fumador”. No refieren episodios de atragantamiento.

Exploración física: Tª 36,8º, peso 11,5 kg (p50), talla 90 cm (p85), SpO2 99%, Frecuencia respiratoria 25 respiraciones/minuto. Buen estado general. Piel: eccema en flexuras y lesiones de rascado sugestivas de dermatitis atópica. Auscultación cardiopulmonar: estertores y roncus en ambos campos pulmonares que se movilizan con la tos. ORL normal. Buen desarrollo psicomotor.

6.- En este momento, ¿cuál sería la actitud más adecuada?

- A.- Radiografía de tórax.
- B.- PCR COVID-19 y PCR Bordetella.
- C.- Tratamiento empírico con corticoide inhalado durante 2-4 semanas y reevaluación.
- D.- Todas son ciertas.

7.- En el estudio de primer nivel NO incluiría:

- A.- Hemograma, Inmunoglobulinas totales, Ig E y Phadiatop.
- B.- Revisión del cribado neonatal y solicitud de test del sudor según resultados.
- C.- Broncoscopia.
- D.- Mantoux.

8.- Por sus características, NO es una causa de tos húmeda crónica en pediatría:

- A.- Bronquiectasias.
- B.- Fístula traqueoesofágica.
- C.- Aspiración pulmonar por alteraciones de la deglución.
- D.- Bronquitis bacteriana persistente.

9.- Si no presenta mejoría y dada la causa más frecuente de tos húmeda en niño preescolar, usted:

- A.- Aumentaría el tratamiento de base añadiendo montelukast o un B2-adrenérgico de larga duración (salmeterol).
- B.- Iniciaría tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico 80 mg/kg/d, al menos durante 2 semanas.
- C.- Realizaría un ensayo terapéutico con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) durante 2 meses.
- D.- Todas son correctas.

10.- En el cultivo de secreciones bronquiales, señale qué microorganismo sería más IMPROBABLE encontrar:

- A.- *Streptococcus pneumoniae*.
- B.- *Moraxella catarrhalis*.
- C.- *Haemophilus influenzae* no tipable.
- D.- *Bordetella pertussis*.

3º Caso clínico:

Niño de 2 años y 6 meses con estreñimiento de 2 meses de evolución. Refieren tratamiento con medidas higiénico dietéticas y algún microenema esporádico. Acuden a consulta por empeoramiento desde hace 5 días. Ahora realiza deposiciones tipo 3 según la escala Bristol, cada 4-5 días, la última hace 3 días. En ocasiones asocia dolor y sangrado al final de la defecación. No presenta encopresis ni diarrea. Asocia de forma ocasional dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal. Ha realizado tratamiento con polietilenglicol por vía oral de forma intermitente sin clara mejoría. Apetito disminuido, aunque nunca ha sido un buen comedor.

Antecedentes personales: meconiorrexis en las primeras 24 horas. Bien vacunado. No ha necesitado ingresos.

Peso: 10.5 kg (p3-15). Talla: 87 cm (p3-15). EF: Palpación abdominal, ocupación del marco cólico en fosa iliaca izquierda. Ano normoposicionado, de apariencia normal, sin fisuras aparentes. Tacto rectal: esfínter anal con tono normal, se palpan heces en ampolla rectal. Resto de exploración física normal.

11.- Según su sospecha diagnóstica, cual es la actitud terapéutica inicial más CORRECTA:

- A.- Tiene una impactación fecal. Iniciaría pauta de desimpactación con polietilenglicol vía oral a 0.5-1,5 gr/kg/día, intensificaría las medidas higiénico-dietéticas, entre ellas dieta baja en fibra y aumento de ingesta de agua.
- B.- Tiene una impactación fecal. Iniciaría pauta de desimpactación mediante enema de suero fisiológico a 5 cc/kg/dosis y polietilenglicol vía oral a dosis de 0.2-0.8 gr/kg/día, intensificaría medidas higiénico-dietéticas, entre ellas el aumento de ingesta de fibra en la dieta e ingesta de agua.
- C.- Sospecho una impactación fecal, solicitaría radiografía simple de abdomen para confirmar el diagnóstico y según resultados, decidiría tratamiento oral o rectal.
- D.- Todas con correctas

Tras iniciar tratamiento adecuado y con un buen cumplimiento terapéutico por parte de la familia, acude a consulta 2 semanas después. Sigue con poco apetito, creen que ha perdido peso y continúa con dolor abdominal intermitente. Las deposiciones no son dolorosas ni presenta sangrado con las mismas y realiza deposición de similares características cada 2 días. No asocia vómitos ni ha tramitado cuadros infecciosos intercurrentes. En la EF, aprecia un adecuado estado general con TEP estable, discreta palidez de piel y abdomen distendido, con palpación abdominal normal, siendo el resto de exploración normal. Hay una pérdida de peso de 300 gramos respecto a la consulta previa. Realiza una glucemia capilar que es de 86 mg/dl.

12.- ¿Cuál le parece un signo de alarma en este paciente que le haga sospechar organicidad?:

- A.- Distensión abdominal.
- B.- Presencia de heces en ampolla rectal detectadas en la exploración mediante tacto rectal.
- C.- Deposiciones tipo 3 según la escala de Bristol a pesar de buen cumplimiento terapéutico.
- D.- Debut después de los 2 años de vida.

13.- Que actitud le parece más CORRECTA:

- A.- Realizaría una analítica sanguínea programada con hemograma, bioquímica general, Inmunoglobulinas totales, IgA antitransglutaminasa, metabolismo férrico, hormonas tiroideas y función hepática.
- B.- Derivaría a cirugía infantil para descartar una enfermedad de Hirschsprung.
- C.- Derivaría a urgencias para realizar una ecografía abdominal urgente.
- D.- 1 y 3 son correctas.

Vuelve a valorar al paciente una semana después con los siguientes resultados: Hemograma normal. Bioquímica: glucemia y ionograma normal, hormonas tiroideas, perfil hepático, lipídico y renal normal. Inmunoglobulina A suero: 88 mg/dl. Anticuerpos anti transglutaminasa tisular IgA >180 U/ml.

14.-Cuál sería la actitud más CORRECTA y como informaría a la familia:

A.- Puede tener una Enfermedad celiaca. Informo a la familia que según los nuevos criterios de enfermedad celiaca del 2020, habrá que realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico y derivar al especialista de Gastroenterología y Nutrición.

B.- Puede tener una Enfermedad celiaca. Informo a la familia que hay que realizar una analítica más completa y derivar al especialista en Gastroenterología y Nutrición, aunque según los nuevos criterios diagnósticos de enfermedad celiaca del 2020, quizá no necesite biopsia para confirmar el diagnóstico.

C.- Es poco probable que tenga una enfermedad celiaca. Probablemente sea un falso positivo en Acs antitransglutaminasa. Realizaría nueva analítica para repetir Acs antitransglutaminasa y medir Acs antigliadina.

D.- Como con esos resultados es probable que sea una Enfermedad Celiaca potencial, le indicaría retirada de gluten en la dieta y derivaría al especialista de Gastroenterología y Nutrición.

15.- Respecto a la dieta sin gluten indicada en este paciente es INCORRECTO:

A.- Los cereales que contienen de forma natural gluten son: trigo, centeno, cebada y maíz.

B.- Los frutos secos naturales no contienen gluten, pero si están tostados o fritos pueden contenerlo.

C.- Los yogures naturales y la leche no contienen gluten.

D.- El arroz, la soja y la quinoa no contienen gluten.

4º Caso clínico:

Paciente mujer de 13 años que presenta un proceso febril de 48 horas de evolución, con adenopatías laterocervicales derechas y una lesión cutánea submentoniana con reacción celulítica. A la exploración destaca la presencia de conglomerado adenopático laterocervical derecho, con elementos empastados y adheridos a planos profundos. En la palpación abdominal se aprecia esplenomegalia.

Se solicitan pruebas complementarias: analítica de sangre, orina, radiografía de tórax, ecografía de partes blandas y ecografía abdominal. Los resultados muestran hemograma normal, con reactantes de fase aguda normales. Como únicos hallazgos significativos destacan la presencia de bilirrubina total de 5,3 mg/dl (con Bilirrubina directa de 0,5 mg/dl) y la elevación de lactatodeshidrogenasa LDH 1.505 U/l. La orina es colúrica, con discreta hematuria y bilirrubinuria, y presencia en sedimento de orina de un pigmento amarillento. La radiografía de tórax es normal.

La ecografía cervical muestra la presencia de adenopatías laterocervicales derechas, indicativas de proceso reactivo, mientras que la ecografía abdominal muestra esplenomegalia (16 cm) con parénquima homogéneo, sin apreciar alteraciones en otras vísceras abdominales, los riñones también eran normales ecográficamente.

La paciente presenta picos febriles durante 3 días, con persistencia de adenopatías y orinas colúricas, por lo que se realiza un nuevo control analítico y se solicitó una Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de la adenopatía cervical.

Se solicitaron serologías (para varios virus y bacterias)

La analítica de sangre muestra disminución de la hemoglobina (10,2 g/dl, previa 12,5g/dl), con volumen corpuscular medio de 102 fl, y reticulocitosis intensa (14,4%), así como discreta trombopenia (124.000 plaquetas/ μ l), elevación de la lactatodeshidrogenasa y haptoglobina indetectable. Se realizó una Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF), de las adenopatías cervicales. La citología de la PAAF mostró imágenes de linfadenitis granulomatosa abscesificante,

compatible con enfermedad por arañazo de gato, por lo que se añade al tratamiento un antibiótico oral, con buena evolución y resolución del proceso febril.

Las serologías infecciosas fueron negativas a excepción de una serología para una bacteria, que resultó positiva.

Dada la sospecha de anemia, se inicia estudio etiológico. Se realiza frotis periférico, que no muestra anomalías destacables. La ferritina y el índice de saturación de transferrina fueron normales. La prueba del Coombs directa fue negativa y las crioaglutininas resultaron negativas. Las pruebas de resistencia globular osmótica y la determinación de la Glucosa-6-Fosfato Deshidrogenasa y piruvato quinasa, fueron normales. La electroforesis de la hemoglobina mostraba únicamente un discreto aumento de la banda A2 (6,3%). La paciente presentaba coluria persistente, que los padres refieren que la paciente tenía «de siempre».

16.- La enfermedad por arañazo de gato está producida por un microorganismo, indique cuál:

- A.- *Rickettsia conorii*.
- B.- *Leishmania donovani*.
- C.- *Bartonella henselae*.
- D.- *Salmonella typhi*.

17.- ¿Cuál es el antibiótico de primera elección, en pacientes pediátricos, para el tratamiento de la enfermedad por arañazo de gato?

- A.- Azitromicina.
- B.- Cefotaxima.
- C.- Amoxicilina.
- D.- Ciprofloxacino.

18.- A lo largo de su evolución clínica, la paciente presentó una anemia. ¿De qué tipo fue la anemia que presentó la paciente?

- A.- Anemia ferropénica.
- B.- Anemia hemolítica.
- C.- Anemia aplásica.
- D.- Anemia microcítica.

19.- Esta paciente presentaba valores normales de ferritina y del índice de saturación de la transferrina, así como un valor de haptoglobina indetectable. Señale la respuesta verdadera:

- A.- Esos valores son habituales en las anemias ferropénicas.
- B.- Esos valores se pueden dar en las anemias hemolíticas.
- C.- Esos valores son propios de una anemia microcítica.
- D.- Con esos valores se debería administrar suplementos de hierro oral a la paciente.

20.- Cual de las siguientes respuestas es verdadera, en este caso clínico:

A.- El presentar una prueba de Coombs directa negativa, así como una lactatodeshidrogenasa elevada, y cifras de haptoglobina indetectable, descartan una anemia hemolítica.

B.- En esta paciente la orina era colúrica, con discreta hematuria y bilirrubinuria. Además tenía presencia en el sedimento de orina de un pigmento amarillento, lo que puede suceder en casos de hemoglobinopatías por hemoglobinas inestables.

C.- La electroforesis de la hemoglobina mostraba únicamente un discreto aumento de la banda A2 (6,3%), lo que confirma el diagnóstico de hallarnos frente a una talasemia menor.

D.- Las pruebas de resistencia globular osmótica fueron normales, la determinación de la Glucosa-6-Fosfato Deshidrogenasa y Piruvato quinasa, fueron normales. Todo ello demuestra un déficit enzimático que afectaba a la estabilidad de la membrana eritrocitaria.