

Reto evaluatorio. Conclusiones

Reto evaluatorio una sección de Información continua de “Tu Consultorio Digital” en donde incluimos preguntas de situaciones clínicas, algunas de las cuales no son encontradas con frecuencia por la mayoría de los médicos que permiten poner a prueba ciertos conocimientos .

Reto nro. 1:

En un paciente pediátrico que presenta un inicio repentino de tos o sibilancias en ausencia de una infección de las vías respiratorias superiores y sin antecedentes patológicos pulmonares es preciso descartar

1.-Asma bronquial

2.-Tos postinfecciosa

3.-Discinesia ciliar primaria

4.-Cuerpo extraño retenido

La respuesta correcta es la Nro 4.

Un paciente pediátrico que presenta un inicio repentino de tos o sibilancias en ausencia de una infección de las vías respiratorias superiores puede tener un **cuerpo extraño retenido**. Esta tos puede confundirse con bronquiolitis, asma, crup y otras afecciones infecciosas, especialmente porque una obstrucción parcial puede hacer que el diagnóstico sea confuso o difícil. Además del desafío, la mayoría de los cuerpos extraños serán radiotransparentes. Una radiografía de tórax en decúbito podría ser útil, pero la broncoscopia es necesaria para el diagnóstico. El Dr. Bhatia jefe de División de Neumología en el Phoenix Children's Hospital en Phoenix, Estados Unidos. destacó que es

fácil pasar por alto un cuerpo extraño en pacientes más pequeños y que las sibilancias pueden ser más prominentes en un lado o en el otro.

La tos causada por un asma mal controlado tiende a ser improductiva y empeora por la noche o temprano por la mañana. Suele ir acompañada de sibilancias, disnea y opresión en el pecho.

La tos posinfecciosa, dura más de tres semanas pero presenta antes una infección aguda de las vías respiratorias superiores, habitualmente de etiología viral, como un rinovirus o virus respiratorio sincitial. Las radiografías de tórax suelen ser normales en estos pacientes y la tos suele resolverse por sí sola.

Los pacientes pediátricos con discinesia ciliar primaria presentan tos productiva crónica y neumonías recurrentes, y casi todos tendrán rinosinusitis. Alrededor de 60 % desarrollará síntomas respiratorios como malestar leve o tos en el primer mes; la otitis media recurrente es común en estos pacientes.

Fuente: Dr. Rajeev Bhatia, jefe de División de Neumología en el Phoenix Children's Hospital en Phoenix, Estados Unidos.

El Dr. Bhatia revisó tanto las principales causas de tos crónica como las raras cebras a las que hay que prestar atención en una presentación en el Congreso Nacional de la American Academy of Pediatrics (AAP) de 2024.

Reto nro. 2:

Cuál de estos es el tratamiento de primera línea recomendado para la rinitis alérgica

1.-Antihistamínico oral de primera generación

2.-Antihistamínico oral de segunda generación

3.-Antagonista del receptor de leucotrienos

4.-Aerosol intranasal de corticosteroides

La respuesta correcta es la Nro 4.

Los aerosoles intranasales con corticosteroides se recomiendan específicamente en la Declaración de consenso internacional sobre alergia y rinología (ICSAR) como tratamiento de primera línea para la rinitis. Se ha comprobado que son más eficaces que los antagonistas de los receptores de leucotrienos y los antihistamínicos orales

Reto nro. 3:

Sospecha de pubertad precoz en un niña. Luego de una anamnesis y examen físico detallado se solicita una edad ósea. En la radiografía anteroposterior de mano y muñeca izquierda comparándola con el atlas de Greulich y Pyle) se observa una edad ósea adelantada más de 1 año. Cuál es el procedimiento a seguir

1.-Seguimiento clínico y repetir la edad ósea en 6 meses

2.-Descartar hipotiroidismo primario

3.-Estudio hormonal basal: FSH, LH, TSH, T4 y estradiol mas Ecografía abdomino-pélvica

4.-No actuar ya que es una posible variante de la normalidad

La respuesta correcta es la Nro 3.

La Hormona luteinizante (LH) y hormona estimulante del folículo (FSH). Tienen escasa sensibilidad. El aumento de ambas con predominio LH sobre FSH orientan a inicio de pubertad. Los valores normales son entre 1-5 U/L.

Tirotropina (TSH) y tiroxina (T4). En ocasiones el aumento de TSH estimula la producción de prolactina, favoreciendo la aparición del botón mamario y galactorrea en las niñas.

El Estradiol es útil en la pubertad precoz en niñas. Tiene escasa sensibilidad y sus valores normales no descartan una pubertad precoz. Se encuentra aumentado en quistes ováricos, tumores de ovario y tumores suprarrenales.

Testosterona. Sus niveles son útiles para diagnosticar de pubertad precoz a un niño. Valores > 0.5 ng/ml se consideran en rango puberal.

Sulfato dehidroepiandrosterona (DHEAS) y 17-hidroxi-progesterona (17-OHP). Niveles anormales sugieren patología suprarrenal. Útiles en el niño con sospecha de pubertad precoz y también son útiles en niñas que presentan adrenarquia precoz junto con aumento de la velocidad de crecimiento y adelanto óseo para valorar la presencia de hiperplasia suprarrenal.

Gonadotropina coriónica humana B (BHCG): marcador tumoral en casos de pubertad precoz periférica. Es de utilidad en tumores germinales testiculares productores de BHCG y en tumores germinales extragonadales (hígado, mediastino, cerebro)¹⁴.

Ecografía pélvica: se realiza siempre que se sospeche pubertad precoz en niñas ya que nos permite valorar el tamaño ovárico y uterino. Son criterios ecográficos de pubertad: tamaño ovárico mayor de 1.5 ml con más de 6 quistes foliculares de 5-8 mm. Útero con volumen mayor de 1.8 ml, longitud mayor de 35 mm y relación cuerpo/cuello mayor de 115.

En las otras tres opciones, la edad ósea no se encuentra adelantada en el momento del examen.

Reto nro. 4:

Cuál es la patología más frecuente de caída de cabello generalizada
1.- La Tinea capitis
2.- El Síndrome de pérdida anágena de cuero cabelludo (TE)
3.- Alopecia areata
4.- La alopecia androgénica

La respuesta correcta es la Nro 2.

El Síndrome de pérdida anágena de cuero cabelludo (TE) relacionada se cree, con un cambio en el ciclo de crecimiento del cabello.

Normalmente, el cabello crece en tres fases:

Anágena (fase de crecimiento activo): dura de 2 a 6 años.

Catágena (fase de transición): dura de 2 a 3 semanas.

Telógena (fase de reposo): dura de 3 a 4 meses.

En el TE, un mayor número de cabellos entran en la fase telógena y luego se caen, lo que provoca una pérdida de cabello generalizada.

Los factores desencadenantes pueden ser 1.-Estrés emocional
2.cambios hormonales durante el embarazo, el parto o la menopausia.3.-Enfermedades: como la anemia, la diabetes, la tiroides, etc.4.-Medicamentos: algunos medicamentos, como los utilizados para tratar el cáncer, la depresión, la hipertensión, etc.5.-Dietas: una dieta baja en proteínas, vitaminas y minerales esenciales.

La pérdida de cabello generalizada: en todo el cuero cabelludo. El cabello se cae en mechones: especialmente después de lavarlo o peinarlo.

La alopecia androgénica es más frecuente de caída de cabello peros de los 10 años vida. Es también conocida como calie masculina o calvicie femenina. La caída es gradual en la parte más alta y posterior de la cabeza cerca del vértice del cráneo.

El la Tiña y en la alopecia areata el cabello se cae en parches ovalados y no en mechones en forma generalizada.

Reto nro. 5:

La muerte súbita inesperada es muy frecuente en pacientes con :

1.- Epilepsias

2.- Parálisis cerebral

3.-Meningitis herpética

4.-Síndrome de Asperger

La respuesta correcta es la Nro 1.

La muerte súbita (SUDEP) se refiere a la muerte súbita e inesperada con o sin testigos, no traumática, y no por ahogamientos en un paciente epiléptico, con o sin evidencia de que haya sufrido una crisis epiléptica al morir, en el que se haya descartado un estado convulsivo como causa de muerte y en el que la autopsia no proporcione evidencia alguna de una causa anatómica o tóxica de la muerte.

Depende de la severidad de la epilepsia y el riesgo de muerte súbita es de 20 veces mayor que el de la población en general.