129. L'edat del pacient i el tipus d'erupció en forma d'eritema marginat distribuït irregularment, que s'esborra i retorna, podria fer pensar en un reumatisme poliarticular. Però l'enunciat no fa esment d'artràlgies. Si n'hi hagués hagut, sí que hi hauria referent. La informació sí que descriu febre alta en agulles, VSG molt alta i una gran leucocitosi. Aquestes dades interpretades en conjunt (febre en agulles + VSG altíssima + leucòcits dues vegades i mitja per sobre la xifra normal en aquesta edat + eritema anular propi de la patologia reumàtica) ens fa orientar el diagnòstic cap a la forma sistèmica de la poliartritis crònica juvenil.

Bibliografia suggerida:

- Martínez-Roig A, Carvajal JA. Exantemes morbiliformes. A: Enfermedades exantémicas infantiles, Llorens-Terol coordinador. Med Integral, Madrid Idepsa 1988; 12.5: 208-220.
- Jones JF, Ray CC, Minnic LL and al. Evidence for active Epstein-Barr virus infection in patients with persistent unexplained illnesses: Elevated anti-early antigen-antibodies. Ann Intern Med 1985; 102-111.
- Llorens J, Figueras G, Picañol J. Mononucleosis infecciosa. A: Pediatria Clínica, Vol. 2. Barcelona, Edit JIMS 1976; 747-149.

130. L'edat del nen, el tipus d'elements eruptius que presenta i la diarrea incoercible poden decantar el diagnòstic, però no pas assegurar-lo. Nogensmenys, la dada del dèficit de zinc aclareix el diagnòstic. La bona evolució donant un suplement de zinc el referma: Acrodermatitis enteropàtica.

Bibliografia suggerida:

- Wara DW, Emery HM. Mucocutaneous lymph node syndrome. A: Rudolph's Pediatrics 19ª edició. Prentice-Hall International Inc. 1991; 491-492.
- Lobato A, Mur A, Vega E. Exantemas polimorfos en la infancia. Med Integral, Madrid Idepsa 1988; 12.9: 459-468.

131. Tot inclina a pensar en la síndrome de la pell escaldada d'etiologia estafilocòccica. El bon curs clínic ho reforça. Abans se'n deia síndrome o malaltia de Ritter.

Bibliografia suggerida:

- Weintrub PS. Parvovirus infections. A: Rudolph's Pediatrics 19ª edició. Prentice Hall International Inc. Connecticut 1991; 683-684.
- Plata Rueda G. Diagnóstico diferencial de los exantemas. A: Meneghello J, Pediatría 4ª edició, Santiago de Chile. Public Técnicas Mediterráneo 1991; 705-710.
- Morens DM, Bryan JA. Eritema infeccioso. A: Wedgwood RJ, Davis SD, Ray CG, Kelley VC eds. Patología Infecciosa Pediátrica (traducció castellana) Vol. 2. Barcelona, Doyma 1984; 990-998.

132. A) L'ACJ d'inici sistèmic pot presentar-se com una síndrome febril, amb poques manifestacions articulars i amb predomini de l'afectació general, amb HEM, limfoadenopaties, anèmia i plaquetopènia. La seva evolució posterior pot ser cap a una forma poliarticular i cursar a brots i també presentar una pericarditis clínica. Les dades de laboratori poden ser d'ajuda en el diagnòstic, però aquest es basa en criteris clínics i en l'exclusió d'altres causes d'artritis crònica. B) El LES amb uns criteris diagnòstics definits pot presentar-se amb febre, plaquetopènia i poliartritis. La presència d'ANA i disminució del complement és constant. L'anorèxia, la pèrdua de pes i la debilitat són comunes. L'HEM, la limfoadenopatia i l'alteració renal són freqüents. C) Algunes infeccions víriques i altres de bacterianes poden condicionar artritis reactives. L'antecedent clínic i la determinació serològica en la majoria de casos confirmen la sospita. Marcadors HLA s'associen amb artritis reactives i infeccions bacterianes. Un 10% de la malaltia inflamatòria intestinal s'associa a l'artritis. Normalment no condicionen una deformació permanent articular. La febre reumàtica s'inicia amb un quadre febril i poliartritis simètriques migratòries. Existeix antecedent d'infecció estreptocòccica, que, juntament amb els criteris de Jones, permeten fer el diagnòstic. L'afectació cardíaca en forma de carditis és un criteri major i la que marca el pronòstic de la malaltia. D) La leucèmia limfoblàstica aguda pot presentar-se com una síndrome viral, amb anorèxia, irritabilitat i letàrgia un mes abans d'iniciar les manifestacions majors que porten al diagnòstic. Un 25% es presenten com una síndrome febril, acompanyades d'HEM i limfoadenopatia. Els dolors ossis poden ser la primera manifestació, com a conseqüència de la infiltració medul·lar. L'anèmia, la trombocitopènia i la neutropènia són la seva conseqüència. A més de la gota, altres entitats, que cursen amb un accelerat metabolisme cel·lular o tractaments antineoplàsics, poden cursar amb hiperuricèmia. La resposta és doncs E.

Bibliografia suggerida:

- Corretger JM. Exantemas por chlamidias y rickettsias. A: Cruz Hernández M. Tratado de Pediatría, 7ª edició. Barcelona, Espaxs 1994; 504-508.
- Domingo Salvany F, Martínez-Roig A. Exantemas nodulares. Med Integral, Madrid Idepsa 1988; 12.5: 229-237.

133. A) No es va realitzar per presentar una plaquetopènia, però la seva observació és d'utilitat per al diagnòstic diferencial. Permet realitzar cultius, estudis serològics, visualitzar cristalls d'àcid úric, estudis de mediadors de la reacció inflamatòria i/o autoimmune. Un simple estudi citològic i bioquímic és molt orientador. B) L'afectació cardíaca és freqüent en diverses de les entitats. La carditis, la prolongació de segments PR i QT en la febre reumàtica, la pericarditis en l'ACJ i formant part de les poliserositis de les col·lagenosis, han de ser tingudes en compte. Aquestes exploracions van ser normals en el nostre pacient. L'evidència d'infecció esteroptocòccica és imprescindible per al diagnòstic de febre reumàtica. Un cultiu positiu, la presència d'una erupció escarlatiniforme o l'elevació dels anticossos (antiestreptolisina O (ASO)) són necessaris. El títol d'ASO va ser inferior a 1/166, essent també negatius els anticossos antiDNasa i antihialuronidasa. La presència d'un sol valor ASO> de 500 indica infecció recent. C) La presència d'ANA és constant en el LES i el C3 està disminuint especialment si la nefritis és activa. La presència d'autoanticossos en l'ACJ és més infreqüent que en l'adult, depenent de la forma clínica de presentació (Poliarticular: 40-50%, Oligoarticular: 75-85%, Sistèmica: 10%). La seva absència no descarta la malaltia. El factor reumatoide és una IgM anti IgG, i es troba en el 10% de les formes poliarticulars definint-les com seropositives. En aquest cas els resultats van ser negatius. L'afectació ocular i articular succeeix en diverses malalties (malaltia de Kawasaki, artritis psoriàsica, artropatia de la malaltia inflamatòria intestinal, síndrome de Reiter, Sarcoïdosi, síndrome Behçet). L'afectació ocular és una de les més sorprenents complicacions de l'ACJ, i la ceguesa un eventual resultat en alguns casos. La uveïtis crònica es presenta amb més freqüència en nenes petites amb ACJ de forma oligoarticular ANA positives. Una pauta de seguiment és necessària. Tot i així el pronòstic de la uveïtits és d'un 15-30% de ceguesa en les nenes afectades. L'exploració oftalmològica va ser normal. D) L'aspiració de medul·la òssia va establir el diagnòstic de leucèmia aguda. L'aspirat va mostrar: 60% de limfoblastos, 20% de precursors eritroides i un 20% de mieloides normals. Els megacariòcits estaven una mica disminuïts. La leucèmia limfoblàstica aguda constitueix el 75% de les leucèmies amb un pic incidental als 4 anys. Els nens tenen una major incidència així com els pacients amb immunodeficiències, cromosomopaties, o síndrome d'atàxia-telangiectàsia entre d'altres. L'examen físic mostra pal·lidesa, petèquies i sagnat de mucoses en el 50% dels pacients; un 25% tenen febre.Són freqüents les limfoadenopaties i l'esplenomegàlia i també, tot i que menys, l'hepatomegàlia. El meningisme i la cefalea en cas d'afectació del SNC poden estar presents. El pronòstic dependrà del tipus cel·lular, essent guaribles entre el 50-75% (remissió completa als 5 anys) excepte les de tipus B i les no tipificables, majoritàriament en nens menors d'1 any que tenen pitjor pronòstic.

Bibliografia suggerida:

- Dillon HC Jr. Infecciones causadas por estreptococos del grupo A. A: Wedgwood RJ, Davis SD, Ray CG, Kelley VC eds. Patología Infecciosa Pediátrica (traducció castellana). Vol. 1. Barcelona, Doyma 1984; 396-409.

- Turà A, Tauler E. Exantemas eritematosos. Med Integral, Madrid, Idepsa 1988; 12.5: 199-207.

134. És característic de la SMSL que la necròpsia minuciosa no presenti troballes importants. Amb referència a la mort sobtada de l'infant, la necròpsia permet trobar una causa de la mort en la tercera part dels casos, en un 50% es troben dades que no són suficientment importants per justificar la mort i solament en un 20% l'autòpsia és "blanca".

Bibliografia suggerida:

- Llorens-Terol J, Lobato de Blas A, Martínez-Roy A. Enfermedades exantémicas en el niño. Barcelona, Ed. Trebol, 1982.
- Salleras Sanmartí L, Vidal Tort J, Llorens Terol J, et al. Guia per a l'eliminació del xarampió a Catalunya. Públic de la Generalitat de Catalunya 1991.

135. L'alletament matern es considera un factor preventiu pel que fa a la SMSL, juntament amb el decúbit supí o de costat per dormir, l'evitar el tabaquisme dels pares, mantenir la seva cambra a una temperatura no superior a 18°C i no abrigar-lo excessivament. D'altra banda es consideren factors de risc ésser germà successiu d'una víctima d'aquesta síndrome, haver patit prèviament un episodi «aparentment letal» (mort sobtada ressuscitada), l'antecedent de premuritat i/o displàsia broncopulmonar i ser bessó o trigemin d'una víctima. No ho és en canvi ésser vomitador habitual.

Bibliografia suggerida:

- Singoen BH, Kornreich HK, Koster-King, et al. Mixed connective tissue disease in children. Arthritis Reum 1977; 20: 355-359.
- Llorens-Terol J, Tauler E. Exantemas urticariados. Med Integral, Madrid, Idepsa 1988; 12.5: 221-228.

136. Quan ens consulta un pacient per cefalea, una anamnesi detallada ens donarà l'orientació diagnòstica la major part de vegades. Després, l'examen físic general i l'exploració neurològica acurada complementaran l'estudi. En aquest cas la cefalea, que sol durar tot el dia, de presentació pràcticament diària durant més de 4 mesos, que no dificulta l'activitat normal del nen i sense cap altre símptoma acompanyant, exclou pràcticament una causa orgànica d'origen tumoral. Per altra banda és rar que nens de menys de 10 anys tinguin una cefalea recurrent secundària a una sinusitis i és un mite que cal replantejar-se. Els defectes de refracció rarament són responsables de les cefalees recurrents. Si bé és correcte completar l'exploració amb una agudesa visual, el dèficit visual de refracció no és la principal hipòtesi diagnòstica, sinó la cefalea psicògena.

Bibliografia suggerida:

- Busquets RM, Bonastre M. Exantemas vesiculosos. Med Integral. Madrid, Idepsa 1988; 12.5: 248-260.
- Meneghini CL, Bonifazi E. Dermatología pediátrica práctica. Madrid, Egraf 1985; 40-41.

137. En el curs d'una cefalea, l'aparició de simptomatologia neurològica és generalment un signe d'alarma. En el nostre cas, però, aquesta alteració neurològica es normalitza al poc temps de cedir la cefalea, el que és típic d'una migranya acompanyada o complexa.

Bibliografia suggerida:

- Elias PM, Fritisch P, Epstein EH. Staphylococcal scalded skin syndrome. Clinical features, pathogenesis and recent microbiological and biochemical developments. Arch Dermatol 1977; 113: 207-219.
- Ley G. Errores en el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de las enfermedades eruptivas. A: Llorens J. Errores en Patología Infecciosa Infantil. Barcelona, Edit JIMS 1976; 118-119.
- Cruz M, Ferrando J, Corretger JM. Dermatología pediátrica. A: Tratado de Pediatría, Vol. 2, 7ª edició. M Cruz Hernández. Barcelona, Ed. Espaxs 1994; 2090-3106.

138. La descripció correspon típicament a la cefalea per hipertensió endocranial, independentment de la seva etiologia. Una cefalea d'aparició matutina, en aixecar-se i que posteriorment millora i desapareix durant el dia o que desperta el nen mentre dorm és suggestiva d'hipertensió endocranial. Si bé en un principi es poden produir períodes lliures de símptomes, la cefalea que al començament és lleu i poc inquietant, cada cop es va fent més freqüent i intensa. L'aparició de vòmits, sovint al matí i acompanyant la cefalea, la qual millora, és ja un signe d'alarma i d'alt grau de sospita.

Bibliografia suggerida:

- Elser JM. Cefaleas en la infancia. Contemp Pediatr (ed esp), 1992; 2: 237-244.
- Honig PJ, Charney EB. Children with brain tumor headaches. Am J Dis Child, 1982; 136: 121-124.
- Rothner AD. Las cefaleas en los adolescentes: un enfoque práctico. MTA-Pediatria, 1991; 12: 597-610.

139. Una cefalea de començament recent, intensa i progressiva en el decurs de 2 o 3 setmanes, és preocupant. Si a més és de localització occipital i va acompanyada de rigidesa de nuca i torticoli és altament suggestiva d'un tumor de fossa posterior. Aquesta torticoli pot traduir una herniació de les amígdales cerebel·loses i s'ha d'evitar la reflexió forçada del coll, ja que pot causar una aturada respiratòria per compressió del bulb raquidi. De vegades –aquest no és el nostre cas– la torticoli no cursa amb rigidesa i és deguda a un intent del nen d'adoptar una posició del cap que alleugereixi el malestar que dóna una visió diplòpica (per paràlisi VI parell cranial).

Bibliografia suggerida:

- Elser JM. Cefaleas en la infancia. Contemp Pediatr (ed esp), 1992; 2: 237-244.
- Honig PJ, Charney EB. Children with brain tumor headaches. Am J Dis Child, 1982; 136: 121-124.
- Rothner AD. Las cefaleas en los adolescentes: un enfoque práctico. MTA-Pediatria, 1991; 12: 597-610.

140. L'anamnesi i la radiologia de tòrax objectivaran la hiperinsuflació del pulmó afecte d'obstrucció per cos estrany. Una auscultació bilateral amb sibilàncies i hipoventilació generalitzada pot també correspondre a l'aspiració d'un(s) cos(sos) estrany(s) especialment si es tracta de llavors o fruits secs. La rinitis purulenta pot estar associada a un quadre víric o de rinitis al·lèrgica sobreinfectada. Les altres situacions (A, D, E) seran sospitoses d'asma bronquial. La resposta és doncs C.

Bibliografia suggerida:

- Nuñez R, Blesa E. Cuerpos extraños en vías respiratorias. An Esp Pediatr, 1987; 27: 308-312.
- Bosch JM, Tusell J, Macià J, Carol J, Bosch J, Soler C, Moraga F. Cuerpos extraños laringo-traqueo-bronquiales. Un estudio de 143 casos. Rev Esp Pediatr, 1975; 31: 281-298.