

Resolución del examen único del 14/9/21

Parte 2

Primeras 10 preguntas de Pediatría

Resolución con explicación y fundamentación bibliográfica

Nota: Las preguntas surgen de los archivos que circularon en redes sociales y en algunos casos parecieran estar con enunciados incompletos. En caso de que el enunciado de las preguntas originales fuese distinto, existiría la posibilidad de que la respuesta correcta varíe.

1. 4 años traída por sus padres porque la nota agitada y con ruido al respirar. Hace 5 días presenta rinorrea y hace 24 horas tos no productiva. Tuvo **registros subfebriles** aislados. Al examen físico constata **estridor inspiratorio** y marcado tirajes supraesternal y supraclavicular. Accesos de tos no productiva frecuentes, buena entrada de aire bilateral ¿cuál es la conducta indicada?
 - A. Indica nebulización con adrenalina y observación
 - B. Indica nebulización con budesonida de en el hogar
 - C. Indica dosis de carga intramuscular de corticoides
 - D. Indica corticoides por vía oral y valora la respuesta**

Dx: Laringitis subglótica de probable etiología viral

Nelson cap 412, pag 2205

“La epinefrina racémica nebulizada es el tratamiento establecido para el crup moderado a grave. Se conoce bien la eficacia de los corticoides orales en el crup vírico. Cuando se administran por vía oral son beneficiosos, incluso en el crup leve”

La más correcta es la D. En Arg es infrecuente el uso de nebulización con adrenalina.

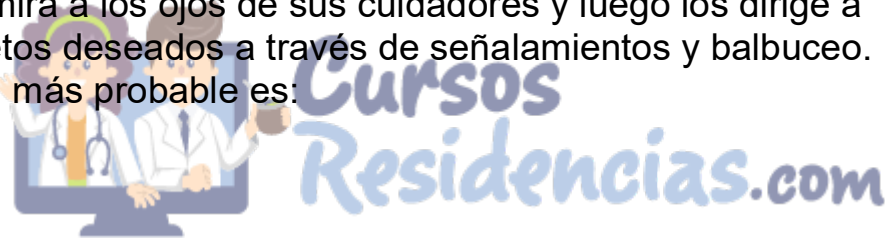
2. **9 años** de edad, es traído a la guardia. Hace 5 días se le **diagnosticó OMA** en el oído izquierdo. Se le indicó amoxicilina 80 mg/kg/d VO. En el día de hoy consulta por **fiebre y dolor retroauricular** izquierdo. Al examen físico presenta **edema y eritema retroauricular** izquierdo, con despegamiento y **antepulsión de pabellón auricular homolateral**. ¿Qué estudio complementario solicita según sospecha diagnóstica?
 - A. ecografía de partes blandas
 - B. radiografía de craneo con foco en mastoides
 - C. TAC cerebral con contraste EV**
 - D. ecografía de región parotídea

Dx: Mastoiditis

Nelson cap 659, pag 3432

“La mastoiditis aguda suele diagnosticarse a partir de los hallazgos de la anamnesis y de la exploración física. La tomografía computarizada (TC) del hueso temporal puede confirmar el diagnóstico, mientras que la TC craneal puede identificar las complicaciones intracraneales. Se requiere la administración de contraste como parte de la TC para permitir la evaluación de una trombosis del seno sigmoideo y de la formación de un absceso.”

3. usted se encuentra evaluando un niño en el centro de salud. Es un RN de término de peso adecuado. El niño camina desde hace 3 meses, puede beber desde una taza, de agua cuando tiene sed, mama y papa, señala cuando desea un objeto, mira a los ojos de sus cuidadores y luego los dirige a sus objetos deseados a través de señalamientos y balbuceo. Su edad más probable es:
- A. 12 m
 - B. 15 m**
 - C. 18 m
 - D. 24 m



15 MESES

Motor: Camina solo; gatea para subir escaleras

Adaptativo: Construye torres de 3 cubos; pinta una línea con una tiza; mete pasas en frascos

Lenguaje: Jerga; obedece órdenes simples; puede nombrar un objeto familiar (pelota)

Social: Indica algunos deseos o necesidades señalando; abraza a los padres

18 MESES

Motor: Corre rígido; se sienta en sillas pequeñas; sube escaleras andando, sujeto por una mano; explora cajones y papeleras

Adaptativo: Construye una torre de cuatro cubos; imita garabateo; imita trazo vertical; saca pasas del frasco

Lenguaje: 10 palabras (media); nombra figuras; identifica una o más partes del cuerpo

Social: Come solo; pide ayuda en caso de necesitarla; puede quejarse cuando está mojado o sucio; besa a los padres frunciendo los labios

4. 8 años, previamente sano con vacunas completas, cursando varicela en el 6to día de evolución. En el examen físico se observan lesiones vesículo costrosas, algunas con costra melicérica en pierna derecha, presenta lesión indurada eritematosa caliente y dolorosa de 6cm de diámetro y un exantema generalizado. Está afebril, con parámetros vitales normales estables. Señale conducta a seguir:

- A. indica tms y aciclovir vo, tto sintomático local y cita a control en 72hs
- B. deriva a centro de mayor complejidad
- C. indica cefalexina y aciclovir vo, mupirocina en las lesiones y antihistaminicos para el exantema
- D. solicita laboratorio, hemocultivo e internación para atb parenteral**

Dx: Varicela impetiginizada más celulitis

El tener varicela aumenta el riesgo de complicaciones por lo cual debe internarse para atb ev.

Nelson pag 1712:

“La varicela es un factor de riesgo bien descrito para las infecciones invasivas graves por estreptococos del grupo A, que pueden culminar en el fallecimiento”

5 Ud recibe en la guardia a Tobías, de **24 días de vida**. Presenta vómitos hace 1 semana que se intensificaron en las últimas 48 horas. Al examen físico, se encuentra irritable, con abdomen blando, depresible, sin dolor. Catarsis negativa hace 48 horas. Presenta **vómitos "en proyectil" cada vez que se alimenta**. ¿Qué estudio complementario solicita según su sospecha diagnóstica?

- a) Ecografía abdominal.**
- b) Phmetría de 24 horas.
- c) Video endoscopia digestiva alta.
- d) Radiografía abdominal.

Dx: Estenosis hipertrófica del píloro

Nelson pag 1947

Hay dos pruebas de imagen que suelen utilizarse para establecer el diagnóstico. La ecografía confirma el diagnóstico en la mayoría de los casos. Entre los criterios diagnósticos se incluyen un grosor del píloro de 3-4 mm, una longitud pilórica global de 15-19 mm y un diámetro pilórico de 10-14 mm. La ecografía tiene una sensibilidad de alrededor del 95%. Cuando se efectúan estudios con contraste, se demuestra la existencia de un conducto pilórico elongado (signo del cordón), una protuberancia del músculo pilórico hacia el antro (signo del hombro)

- 6. recibe en la guardia a niña de 4 años por claudicación en la marcha y registro febril 39 cada 6hs desde hace 24hs. Al EF presenta impotencia funcional de la cadera derecha con dolor a la movilización activa y pasiva. Solicita eco de la

región donde visualiza derrame articular con ecos interna.

Conducta inicial:

- A. indica exploración qx
- B. indica artrocentesis
- C. indica atb intraarticular
- D. indica RM para valorar extensión

Dx: artritis séptica de cadera

Nelson pag 3678

Tratamiento quirúrgico

La infección de la cadera se considera una emergencia quirúrgica por la vulnerabilidad de la vascularización de la cabeza femoral. En otras articulaciones diferentes de la cadera puede ser conveniente la artrocentesis diaria del líquido sinovial; generalmente, es suficiente con una o dos. Si continúa acumulándose líquido después de 4-5 días, es necesario realizar una artrotomía o una artroscopia

7. 7 años, desde anoche **con dolor precordial persistente.**

Su mamá lo nota desde hace 2 días decaído, no quiere jugar, no se alimenta bien. Es asmático, en tto con beta2 y corticoides inhalatorios, y está bien inmunizado. Al EF está lúcido y bien conectado, afebril, palidez piel mucosas, FC 136 con ritmo irregular, TA percentil 5. Leve tiraje subcostal, sin foco pulmonar a la auscultación, relleno capilar enlentecido, pulsos débiles, **hepatomegalia** marcada y resto s/p. ¿Cual de los sig es el dg presuntivo y manejo inicial?

- A. sospecha sepsis con foco pulmonar, indica o2, pide rx tx, hc, lo medica con carbamacepina EV bajo internación
- B. sospecha miocarditis infecciosa o post infecciosa viral o por mycoplasma, solicita ecg y ecocardiograma, serológicas y pcr virales, interna para control y monitoreo estricto
- C. considera que es una sepsis de la comunidad, descarta patología cardíaca por la edad y antecedentes, lo interna y expande con suero fisiológico
- D. considera que es un agravamiento de su patología pulmonar, por lo cual indica o2, corticoides sistémicos y beta2 cada 4 hs

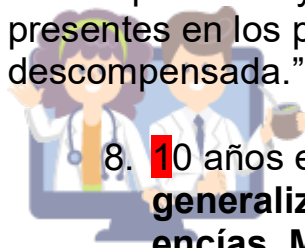
Dx: miocarditis aguda

Nelson pag 2472

“Las manifestaciones de la miocarditis van desde la ausencia de síntomas o una enfermedad generalizada inespecífica hasta un shock cardiogénico agudo y muerte súbita. Los lactantes y los niños pequeños suelen debutar con un cuadro fulminante con fiebre,

dificultad respiratoria, taquicardia, hipotensión, ritmo de galope y soplo cardiaco. Otros signos asociados son exantema o evidencia de afectación orgánica terminal, como hepatitis o meningitis aséptica.

Los pacientes con miocarditis aguda o crónica pueden debutar con molestias torácicas, fiebre, palpitaciones, fatiga fácil o síncope o presíncope. Los hallazgos cardiacos consisten en un impulso precordial hiperactivo, ritmo de galope y soplo sistólico apical de insuficiencia mitral. Puede apreciarse un roce pericárdico en los pacientes con afectación de dicha capa. La hepatomegalia, el edema periférico y las sibilancias o los crepitantes pueden estar presentes en los pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada.”



8. **10 años** es traído a la guardia por **hematomas generalizados, hipertrofia gingival y sangrado de encías. Marcado cansancio**. Comenzó hace unas horas con síndrome confusional. En el laboratorio: GB 10000, **Hto 25, Hb 8, plaquetas 15000**, coagulograma TP 45% KPTT 30 seg. ¿Cual es su principal sospecha dg?

- A. LMC
- B. LLA
- C. tumor de snc
- D. LMA**

Clínica y lab de bicitopenia. LLA es la más frecuente en pediatría Nelson pag 2649

Las leucemias son las neoplasias malignas más frecuentes en la infancia y suponen el 31% de todos los cánceres en niños menores de 15 años. En Estados Unidos, cada año se diagnostica leucemia a 3.100 niños y adolescentes


menores de 15 años, lo que supone una incidencia anual de 4,5 casos por 100.000 niños. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) representa el 77% de los casos de leucemia infantil, la leucemia mieloide aguda (LMA) el 11%, la leucemia mieloide crónica (LMC) el 2-3% y la leucemia mielomonocítica juvenil (LMMJ) un 1-2%. Los casos restantes son una variedad de leucemias agudas y crónicas que no se ajustan a las definiciones clásicas de LLA, LMA, LMC o LMMJ.



Leucemias

LLA representa el 80 % de las leucemias

- Tips para el choice:
 - Dolor óseo
 - Pancitopenia
 - Febrícula de larga evolución
 - Baja celularidad en la PAMO
 - Rx:
Bandas radiolúcidas, finas, transversales, ubicación metafisiaria



De todas formas el dato de hipertrofia gingival nos orienta más hacia LMA. Nódulos subcutáneos en lactantes, infiltraciones en encías y CID nos hacen pensar en LMA.

9. paciente de 2 días de vida, RN pretérmino de 33 semanas, PAEG , 2120 gr. Aún no recibió bcg, ¿qué parámetro considera para indicarla?
- A. edad corregida
 - B. edad cronológica**
 - C. peso mayor a 2500
 - D. luego del alta en la maternidad

Para dar vacunas nos basamos en edad cronológica, no en edad corregida.

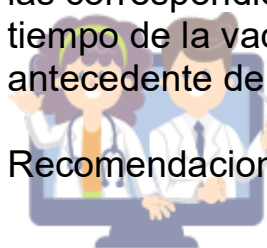
TRAPS vacunas 2018 pag 13

“Debe aplicarse en el recién nacido antes de que le den el alta en la maternidad o, en su defecto, durante la primera semana de vida, tomando precaución en prematuros que pesen menos de 2000 gramos, en los que se debe esperar alcancen dicho peso”

Recomendaciones vacunas 2012 pag 26

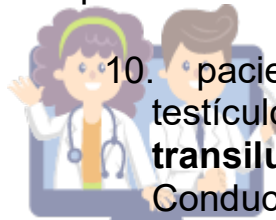
Como ya se mencionó, aunque en los niños prematuros la respuesta inmune a las vacunas es variable, se deben aplicar todas las correspondientes a la edad cronológica —no la gestacional— al tiempo de la vacunación, sin realizar ajustes de edad por el antecedente de su prematuridad.

Recomendaciones vacunas 2012 pag 42



Precauciones

Si bien no hay contraindicaciones en cuanto a su seguridad para aplicarla en neonatos menores de dos kilos de peso, debe tenerse en cuenta que la práctica de la técnica intradérmica puede verse dificultada por las características de la piel de estos niños. El vacunador, según su experiencia profesional, deberá sopesar riesgos y beneficios frente a estos casos, considerando para esta evaluación, además, la pérdida de oportunidad de protección.



10. paciente de 8 meses, evaluado en control. EF ambos testículos en bolsa y **presencia de líquido bilateral - transiluminación +**. Esto se observa desde el nacimiento. Conducta más adecuada:

- A. ecografía con doppler testicular y citar para nuevo control
- B. iniciar tto con GCH
- C. solicitar interconsulta con el servicio de cx pediátrica
- D. tranquilizar a la flia y mantener conducta expectante**

Dx: Hidrocele congénito

Nelson pag 2832

“Tratamiento

La mayoría de los hidroceles congénitos se resuelve hacia los 12 meses de edad tras la reabsorción del líquido”



Cursos
Residencias.com