

Antoni Martínez Roig

HEMANGIOMAS EN LA INFANCIA

Son los tumores benignos más frecuentes de la infancia, con una prevalencia del 4-10% en niños de 1 año de edad. Existe una mayor incidencia en prematuros y recién nacidos de bajo peso. Se trata de proliferaciones benignas del tejido endotelial. Se desconoce con exactitud por qué aparecen, su causa e incluso el motivo de su desaparición.

Suelen evidenciarse entre la primera y la segunda semana de vida con 3 fases evolutivas. Una primera de crecimiento acelerado, una segunda de estabilidad y una tercera involutiva. La duración de cada una de las mismas depende del tipo, y alrededor del 90% han involucionado a los 10 años. La involución no presupone que la piel afectada quede perfectamente lisa y se comenta que los que hacia los 5 años son muy apurados suelen dejar más residuos. La involución les diferencia de las malformaciones vasculares, que se mantienen siempre estables.

La clasificación de los hemangiomas es importante a la hora de orientar el pronóstico, tratamiento y posibles complicaciones. En la actualidad y según el consenso español del hemangioma infantil se clasifican según la profundidad de los vasos afectados (superficiales, profundos y mixtos) y según el patrón forma-distribución (focales, segmentarios, indeterminados o multifocales).

Sintomatología

Pueden aparecer en cualquier localización, si bien la cabeza y el cuello son las más frecuentes. La mayoría no están presentes al nacimiento, pero sí puede existir lo que se conoce como lesiones precursoras o preangiomas en 30-50% de los casos. Se trata de máculas rosadas, equimóticas o telangiectasias con halo blanquecino.

Los superficiales son pápulas rojas con una superficie ligeramente lobulada y una consistencia gomosa a la palpación, con localización en la dermis superficial (Fig. 71.1). Los de localización profunda se tratan de tumoraciones del mismo color de la piel, superficies en forma de telangiectasias o ligeramente azuladas. Este tipo profundo suele ser de aparición más tardía que las superficiales, a la vez que su periodo de proliferación suele ser más largo con localización en la dermis profunda y subcutis. Se debe mencionar la existencia de lesiones mixtas, con componente doble, el superficial, que aporta el color rojo y el profundo que aporta el volumen.

Las más habituales son los focales (redondos u ovalados), pero existen también los segmentarios, con bordes geográficos y que siguen la disposición de las unidades de desarrollo embrión-

rio; los indeterminados o formas intermedias entre los citados anteriormente y los multifocales.

La localización en cabeza, cuello y región labio-maxilar puede conllevar asociación a alteraciones subyacentes como distrofia espinal, alteraciones anorrectales o urogenitales en las localizaciones labio-maxilares. En los faciales grandes y segmentarios se debe pensar en el síndrome conocido con el acrónimo PHACES: malformaciones en la fosa posterior, hemangioma, alteraciones estructurales de la carótida, coartación de aorta, alteraciones oculares y defectos esternos.

La realización de pruebas complementarias como ecografía simple o Doppler ayudarían a diferenciar de lesiones grasas, quísticas o malformaciones venosas de bajo flujo. La realización de resonancia magnética puede ayudar a determinar la profundidad.

Complicaciones

Pueden presentarse por: a) su localización alrededor de los orificios faciales; b) su tamaño que comprima o desplace zonas vecinas, en especial la vía aérea y c) ulceración y sangrado (Fig. 71.2). No debe olvidarse el compromiso estético



FIGURA 71.1. Hemangioma característico de tipo protuberante de coloración roja.

Anexo 2. Dosificación de los fármacos más utilizados en pediatría de atención primaria*

Josep Bras i Marquillas, Josep de la Flor i Brú, Marisa Rídao Redondo, Mariona Roger Azemar

TABLA A2.1. Analgésicos (antiférmicos).

Nombre genérico	Dosis	Intervalo	Vía	Observaciones
Ácido acetilsalicílico	10-15 mg/kg/dosis 65-100 mg/kg/día	4-6 h 6-8 h	vo vo	Antitérmico Antirreumático
Codéina	0,5-1 mg/kg/dosis	4 h	vo o vt	
Diclofenaco	0,5-3 mg/kg/día	12-24 h	vo o vt	
Ibuprofeno	5-7 mg/kg/dosis 10 mg/kg/dosis	6-8 h 6-8 h	vo vo	Antipirético-antitérmico (no en < 6-12 meses) Antiinflamatorio
Morfina	0,1 mg/kg/dosis	4 h	Im	
Náproleso	10-15 mg/kg/día	12 h	vo o vt	
Paracetamol	10-15 mg/kg/dosis 20 mg/kg/dosis	4-6 h	vo vt	< 6 meses: cada 6 h

TABLA A2.2. Anticonvulsivantes.

Nombre genérico	Dosis	Intervalo	Vía	Observaciones
Carbamazepina	10-20 mg/kg/día	8-12 h	vo	
Clonazepam	0,5-2 mg/kg/día	8 h	vo	
Dianepam	0,2-0,5 mg/kg	Dosis única	vt o iv	< 3 años: 5 mg; > 3 años: 10 mg
Fencobital	3-5 mg/kg/día	12-24 h	vo	
Primidona	15-20 mg/kg/día	6-12 h	vo	
Valproato	10-60 mg/kg/día	12-24 h	vo	

*Resumen de la práctica (N. del Editor)

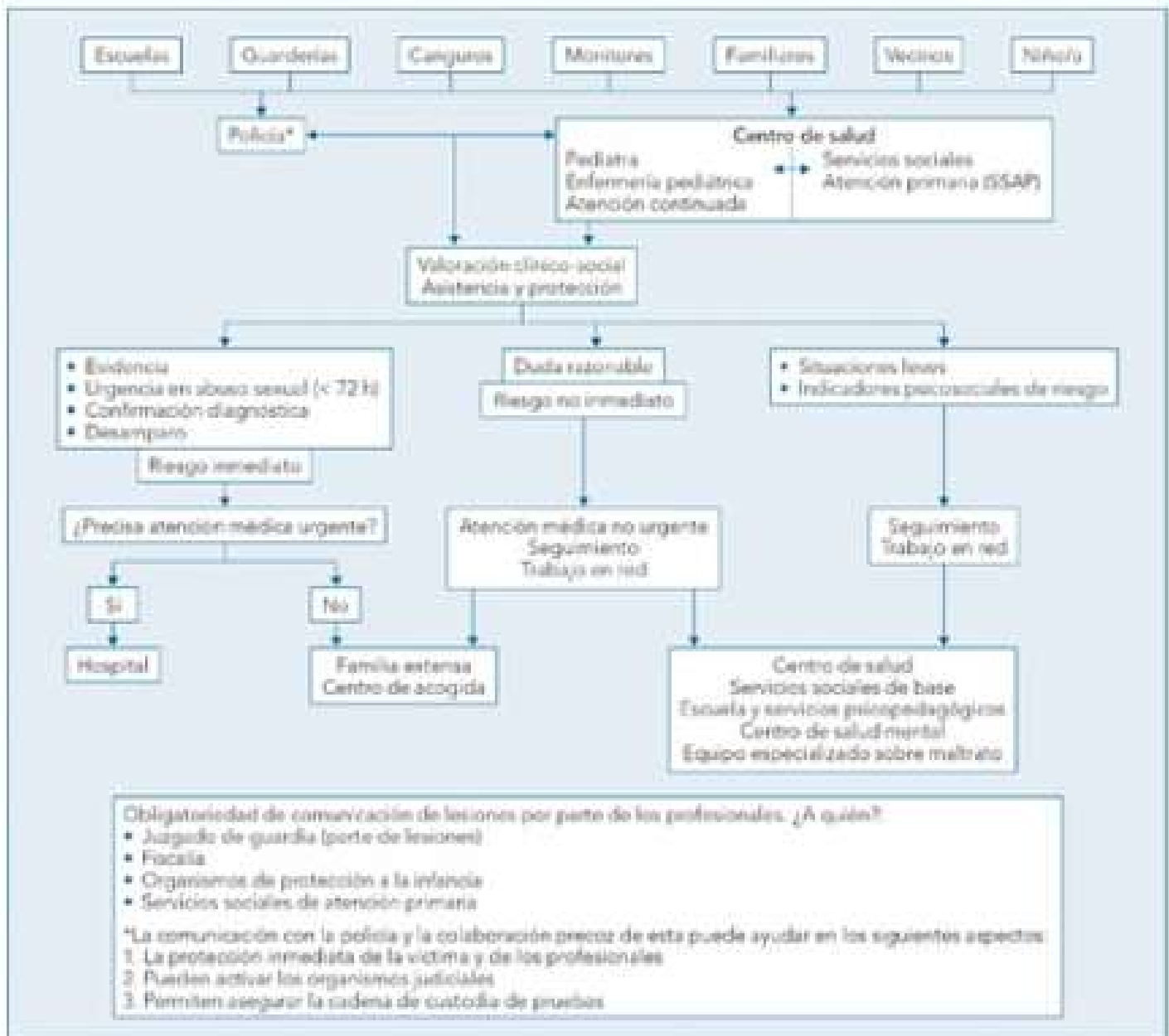


FIGURA 75.2. Algoritmo: abordaje del maltrato infantil en atención primaria de salud.

profesional. Ante un caso de maltrato infantil, la actuación médica no debe limitarse a la curación de las lesiones; se debe recurrir al trabajo interdisciplinario para intentar resolver los problemas que existen en el origen de la agresión y prevenir así la aparición de recidivas. La coordinación y la colaboración son imprescindibles en estos casos, en los que un profesional no debería actuar en solitario; es útil comentar el caso con el asistente social, dado que se trata a menudo de familias desestructuradas ya conocidas; informar a los profesionales del organismo de protección de la infancia correspondiente y facilitar un informe, que debe completarse con toda la documentación existente, con vistas a una posible intervención judicial posterior. No debe omitirse la realización del obligado parte de lesiones para el juzgado, que debe acompañarse de la correspondiente denuncia si existe confirmación diagnóstica. En los casos de abuso sexual se debería asegurar siempre apoyo psicológico, ayuda familiar y denuncia a las autoridades judiciales.

Criterios de derivación al hospital

Cuando el pediatra se encuentra solo ante un niño con signos evidentes o sospechosos de maltrato y no puede abordar correctamente la situación, debe derivar al niño al hospital de referencia con comunicación previa de la sospecha al pediatra que lo va a recibir. Es preciso tener con los padres del pequeño una actitud de respeto e información que permita la continuación del tratamiento. Las actitudes viscerales y/o de condena pueden hipotecar la aplicación de las siguientes fases terapéuticas. Esto no impide que se les manifiesten las dudas sobre su verción y que insista siempre en que lo que todos buscamos es lo mejor para el niño.

La hospitalización, además de asegurar la protección del niño durante el periodo de evaluación y tratamiento, constituye un buen método de observación del pequeño y de la relación con sus padres. Si el diagnóstico es probable, además de ingresar al niño en el hospital, se debe denunciar el hecho.