



Universidad Nacional Autónoma de México

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"DR. FEDERICO GOMEZ"

Estrabismos
Esofagitis Cáustica
Derrame Pleural

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER SU

DIPLOMA

DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA PRESENTA EL:

Dr. Victor Jesús Haro Camacho

*Asesor: Dr. Josué Pérez Valenzuela
Dr. Cecilio Bebio Castillo*





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



“Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los
Estados Unidos Mexicanos”

3100/ 0294/17

Ciudad de México, 27 de julio de 2017

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES FERNÁNDEZ ALTUNA
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM
P R E S E N T E

At'n: Lic. Sara Morales Vega
Jefe de la Unidad Departamental de Servicios
Escolares de Posgrado Facultad de Medicina UNAM

Me permito poner a su amable consideración el caso del médico: VÍCTOR JESÚS HARO CAMACHO con número de cuenta 067309887, quién realizó la Especialidad de Pediatría Médica en este Instituto, y actualmente reinicia el trámite de graduación, presenta en el oficio de liberación de tesis sólo mi firma, debido a que el Dr. Josué Pérez Valenzuela, asesor del trabajo final de tesis ya no labora en este nosocomio.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

DR. AARÓN PACHECO RÍOS
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA

APR */ lob.





“Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los
Estados Unidos Mexicanos”

México, Cd. Mx. a 27 de julio de 2017

DR. JOSÉ HALABE CHEREM
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM
Presente

LIBERACIÓN DE TESIS

Por medio del presente, me permito certificar que la tesis del (la) Dr. (a): _____
_____ **VÍCTOR JESÚS HARO CAMACHO** _____ que lleva como título:

ESTRABISMO ESOFAGITIS CÁUSTICA DERRAME PLEURAL

cumple con los requisitos establecidos para poder presentar el Examen Final de
Especialización en: **PEDIATRÍA MÉDICA**

De resultar aprobado (a), podrá efectuar el trámite para la obtención del Grado de
Especialista.

Atentamente:

DR. JOSUÉ PÉREZ VALENZUELA
Asesor de Tesis

DR. AARÓN RACHECO RÍOS
Subdirector de Enseñanza



Sello de la institución



Estrabismo.

Definición: es la manifestación objetiva de la pérdida del paralelismo de los ejes oculares y de la visión binocular que trae como consecuencia la ausencia de fusión.

La incidencia en los niños es del 3-5%, se puede observar desde el nacimiento hasta los 2-3 años de edad, rara vez aparece después.

Manifestaciones clínicas: el diagnóstico se hace frecuentemente por inspección, si los ojos están desviados considerablemente el diagnóstico está hecho.

Es conveniente hacer énfasis en los antecedentes familiares, ya que es común la herencia dominante autosómica. La edad de aparición es el factor más importante en el pronóstico, entre más temprano sea su aparición peor pronóstico. La forma de aparición puede ser gradual, brusca o intermitente y puede presentarse monosintomática o asociada a enfermedad sistémica.

El estrabismo se puede dividir en paralítico o incoordinado y no paralítico o concomitante. En el primer caso se caracteriza por la falta total o parcial de inervación del ojo en el campo de acción del músculo paralizado y hay diplopía si el estrabismo no es muy antiguo. En el estrabismo concomitante se observan movimientos monoculares normales en ambos ojos por lo que es necesario señalar la dirección de la desviación, y si se manifiesta o no en el mismo ojo (alterna).

Las causas que impide se verifique la visión binocular y producen estrabismo son:

- 1.- Sensoriales
- 2.- Motoras
- 3.- Psíquicas

Por lo tanto las causas en sí del estrabismo, pueden ser numerosas por ejemplo: debilidad visual monocular congénita o adquirida, intenso defecto de refracción unilateral o bilateral, situación anatómo-mecánica desfavorable del globo ocular en la órbita, inserción anómala de los músculos oculares, trastornos del sistema nervioso central.

Laboratorio y Gabinete: se debe valorar en todos la agudeza visual observar el fondo de ojo y si el paciente es tributario de cirugía deberá solicitarsele biometría hemática y pruebas de coagulación.

Complicaciones: depende del diagnóstico y tratamiento temprano. La complicación más frecuente es el deterioro permanente de la visión (ambliopía).

Tratamiento: deberá ser dirigido al desarrollo de la agudeza visual normal en cada ojo, consiste en alinear los ojos, propiciar el desarrollo de la fusión y estabilizarla, se puede dividir en dos tipos:

1.- tratamiento no quirúrgico, que va a comprender el tratamiento médico y óptico (farmacológico, corrección de la refracción, prismas y adyuvante general).

2.- tratamiento quirúrgico, tiene por objeto eliminar los factores mecánicos que dan lugar a una mala colocación por medio de diferentes tipos de operaciones. La cirugía está indicada como primera medida cuando los efectos anatómicos o mecánicos intervienen en forma importante en la mala posición de los ojos, pero aun así se hacen a veces necesarias las otras medidas de tratamiento no quirúrgico que disminuyen los esfuerzos para ver y ayudan a fusionar las imágenes recibidas en los dos ojos.

Los métodos de tratamiento no quirúrgicos y quirúrgicos son medidas terapéuticas completamente diferentes, que no se excluyen y -

por el contrario pueden sucederse y complementarse.

Procedimientos administrativos: todo paciente que se detecte en la consulta de urgencias deberá ser canalizado a la consulta de medicinas para que de ahí se solicite valoración y tratamiento oftalmológico.

Referencias.

- 1.- Murillo R.: Manejo del estrabismo en los niños. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx., 1970; 27: 599-610
- 2.- Vaughn D., Asbury T.: Oftalmología General, 5a ed. México, D.F. El Manual Moderno, 1980:213-214.

Esofagitis Caustica.

Definición: es la quemadura del esófago por sustancias químicas ya sean ácidos o alcalis.

En nuestro medios es generalmente por ingesta de sosa caustica en forma accidental dentro del domicilio del paciente.

La extensión y la severidad del daño químico va a depender de la interacción de tres factores:

- 1.- la naturaleza corrosiva de la sustancia ingerida
- 2.- la cantidad y concentración de la sustancia ingerida
- 3.- la duracion del contacto con el tejido.

Generalmente en la esofagitis caustica va a ocurrir necrosis con saponificación, lo cual ocurre en la fase aguda, inmediatamente posterior a la ingesta del caustico.

Manifestaciones Clinicas: varía de acuerdo a la naturaleza y la cantidad de lo ingerido.

Vamos encontrar quemadura de la mucosa labial y bucal con enrojecimiento y edema lo que va a ocasionar dolor y sialorrea, vamos encontrar disfagia y odinofagia, frecuentemente apreciamos vomitos con moco y sangre, puede haber fiebre, taauipnea, taquicardia y estado de choque.

La edad en que se aprecia mas frecuentemente este problema es -- entre los 2-6 años (65.9%) y los tipos de causticos mas frecuentes son la sosa caustica y el cloro.

Laboratorio y Gabinete: la radiografia de torax nos sirve observar neumonia o perforacion de viscera hueca, la biometria hematica nos sirve de parametro inicial ya que estos pacientes pueden ser tri-

butarios de procedimientos bajo anestesia general.

Se debe practicar esofagoscofia temprana (primeras 12 a 24 hs) y posteriormente (de 7 a 10 dias despues de la ingestión) y en presencia de disfagia, debe practicarsele esofagograma.

Complicaciones: lo que mas frecuentemente se observa es la este--
nosis esofágica, seguida de perforación esofágica.

Tratamiento: no debera tratarse de inducir vomito.

En la primera semana se deberá de hospitalizar, manejarse con -
ayuno, soluciones parenterales, administración de antibioticos
y corticosteroides con el fin de modificar el mecanismo de cica-
trización y que las estenosis sean menos severas, un esquema prac-
tico sería usar ampicilina a 200 mgs kg dia IV, dexametazona a -
razon de 0.5 mg kg dia IV.

En la fase cronica de estenosis se usará gastrostomía y dilatacio-
nes si lo amerita con hilo guía cada 8-15 dias.

En algunos casos no responden a las dilataciones y llegan a requere-
rir sustitución de esófago.

No debera olvidarse el tratamiento psicologico y social, para dar
apoyo psiquico al paciente y al nucleo familiar ya que en el niño
que ha sufrido este tipo de accidentes se puede apreciar transtornos
en la conducta y en nucleo familiar ocurre generalmente ansiedad -
y depresión, en lo que se refiere al tratamiento social es acerca
de la educación hacia la familia para la conveniencia de colocar -
las sustancias peligrosas en lugares seguros.

Procedimientos Administrativos: cuando se detecta un paciente con
esofagitis caustica en la consulta de urgencias se deberá notificar
al servicio de cirugía de torax y endoscopia.

Referencias.

- 1.- B. Philip Citron: Chemical Trauma of the esophagus and stomach
Surg Clin of North Am 1968; 48:1303-1311.
- 2.- Smoler B., Jimenez D.: Esofagitis caustica. Bol. Méd. Hosp. Infant
Méx. 1973; 30:733-739
- 3.- Belío C., Cuevas V., Hernandez R.: Esofagitis caustica un pro-
blema medico social. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 1982;
39:57-63.

Derrame Pleural

Definición: Acumulo anormal de liquido en la cavidad pleural; puede ser exudado o transudado. Empiema significa pus en cavidad pleural.

Manifestaciones Clinicas: la edad de presentación mas frecuente es entre 1 y 3 años.

La causa mas frecuente es secundaria a un foco neumonico.

Se presenta con dolor de inicio brusco, difuso, localizado - en tórax, puede haber disnea, se acompaña de fiebre elevada - tos que al inicio puede ser seca y si esta comunicado a bronquios la tos es con expectoración abundante.

A la exploración fisica encontramos signos de insuficiencia - respiratoria, cianosis, el hemitórax afectado esta abombado - con hipomovilidad e hipoventilación, las vibraciones vocales estan abolidas, hay matidez a la percusión, soplo pleural a - la auscultación; en la parte baja del derrame hay silencio absoluto.

Laboratorio y Gabinete: biometria hematica completa la cual - generalmente muestra leucocitosis entre 20 y 35 000 con neutrofilia del 75-85%.

La tele de tórax muestra una opacidad homogénea que ocupa parcialmente o a veces totalmente el hemitórax afectado, borrando el hemidiafragma y el seno costodiafragmatico, se aprecia aumento en los espacios intercostales y desviación del mediastino hacia el lado sano.

La tpracosentesis se hace con fin diagnostica y se debe hacer del liquido extraido tinción de gram, cultivo, citología y BAAR.

Diagnostico Diferencial: se deberá hacer la exclusión con las siguientes entidades clinicas; atelectasia, neumonía y tumoración intratoraccica.

Complicaciones: las principales son; la paauipleuritis, colapso pulmonar o fistula broncopleural persistente, estas tres se observan hasta en el 40% de los casos.

Otras complicaciones pueden ser invasión a pericardio, invasión a mediastino, osteomielitis costal, absceso cerebral y septicemia.

Tratamiento: en la mayoría de los pacientes esta indicada la toracosentesis. En los casos de derrame seroso la punción puede ser evacuadora y resolver el problema.

En los pacientes con empiema es necesario dejar sonda pleural para drenaje a sistema de succión y aplicar antibioticos sistemicos en base a rsultados de tinciones de gram y cultivos; en caso de no contar con estos ultimos se puede iniciar con prosta-filina a razon de 400 mg kg dia IV.

Procedimientos Administrativos: a todo paciente que se detecte derrame pleural deberá hospitalizarse y posteriormente avisar al departamento de cirugia de torax para su manejo integral.

Referencias.

- 1.- Kempe C., Silver K.: Diagnostico y tratamiento pediatrico
4 ed. México, D.F.: El Manual Moderno, 1981:300-301
- 2.- Belío C., Cuevas V.: Urgencias en Pediatría. 3 ed. México
D.F.: Ediciones Medicas Hospital Infantil de México, 1982
211-214.