

Síndrome del nervio auriculotemporal en niños secundario a un parto instrumentado con fórceps

El síndrome del nervio auriculotemporal se caracteriza por episodios recurrentes de eritema facial con sensación de calor local, a veces sudoración y dolor localizados en el área de distribución cutánea del nervio auriculotemporal, como respuesta a estímulos gustatorios y menos frecuentemente táctiles.

En adultos suele ser secundario al daño en las fibras parasimpáticas del nervio auriculotemporal, por traumatismo, lesión quirúrgica o infección en la glándula parotídea. En niños es menos frecuente y suele ponerse en manifiesto con la introducción de los alimentos sólidos en el primer año de vida, por lo que a veces se confunde con una alergia alimentaria [1].

Se presentan dos niños con síndrome auriculotemporal que se remitieron por sospecha de alergia alimentaria, por lo que seguían una dieta de exclusión de varios alimentos. En ambos destacaba el antecedente de un parto instrumentado con fórceps.

Caso 1. Varón de 2 años de edad con antecedente de parto instrumentado con fórceps, que fue remitido a la consulta de alergia infantil por presentar desde los 5 meses de edad episodios recurrentes de eritema lineal en región maxilar superior desde la comisura bucal hasta la región preauricular a los pocos minutos de la ingesta de varios alimentos: frutas ácidas, pan, tomate, galletas y chocolate, y desaparecía 20-30 minutos después de ingerir el alimento implicado. Por este motivo el niño recibía una dieta exenta de estos alimentos. Se realizó el *prick test* con extractos comerciales y el *prick-prick* con algunos de estos alimentos, y las pruebas cutáneas fueron negativas. Se llevó a cabo una prueba de provocación abierta con un trozo de pan y se reprodujeron los síntomas a los pocos minutos de su ingesta (Fig. 1).

Caso 2. Lactante de 6 meses de edad remitido por episodios de eritema en la región maxilar derecha desde la comisura bucal hasta el antihélix en relación con determinados alimentos: manzana, pera, naranja y cereales sin gluten, que desaparecían al cabo de 1-2 horas. Ante la sospecha de alergia alimentaria se realizó una dieta de exclusión de estos alimentos. Se realizó un *prick test* con estratos comerciales de los diferentes alimentos, *prick by prick* a manzana, pera, naranja y la determinación de inmunoglobulina E específica mediante el CAP-System, y todo el estudio fue negativo. Se practicó una provocación oral con naranja y se reprodujeron los síntomas descritos. Entre los antecedentes personales destacaba un parto traumático con alivio del expulsivo con fórceps, que causó un hematoma bilateral en la zona periorbitaria de varios días de evolución.

El síndrome auriculotemporal o síndrome de Frey fue descrito por primera vez por Duphenix en 1757 y posteriormente por Frey en 1923 [2]. Se caracteriza por la aparición unilateral o



Figura. Eritema en la región preauricular tras una provocación oral con pan.

bilateral de un eritema cutáneo con calor local y a veces sudoración y dolor en el área de distribución cutánea del nervio auriculotemporal. Este nervio es una rama del trigémino que contiene varios tipos de fibras: aferentes sensitivas, que provienen de la piel; eferentes simpáticas, que inervan los vasos sanguíneos subcutáneos y las glándulas écrinas sudoríparas; y parasimpáticas, que inervan la glándula parotídea y son responsables de la secreción salivar. Tras producirse un traumatismo o lesión en esa zona, las fibras parasimpáticas se regeneran en una dirección inadecuada y quedan unidas a las fibras simpáticas. El resultado es que ante el estímulo gustatorio o la masticación de diferentes alimentos, en lugar de la respuesta adecuada de secreción salivar, mediada por el sistema nervioso parasimpático, se produce un efecto de estimulación simpática y aparece un eritema secundario a la vasodilatación de la piel y sudoración local [3].

Este síndrome en niños es infrecuente, la mayoría de los casos publicados son unilaterales y secundarios a un traumatismo que lesiona las fibras del nervio auriculotemporal durante el parto asistido por fórceps [3,4]. A veces no existe un antecedente traumático ni infeccioso, y se han descrito algunos casos asociados a epilepsia, un caso al síndrome de Klippel-Trenaunay y o formas congénitas en las que podría existir una alteración en la formación de las fibras nerviosas [4,5].

En la bibliografía se recogen numerosas complicaciones asociadas a fórceps como hematomas, erosiones locales, parálisis del nervio facial, lesiones del plexo braquial, etc. [6,7], pero no se suele hacer referencia al síndrome de Frey, que tiene importancia porque puede implicar un diagnóstico erróneo de alergia alimentaria y una dieta inadecuada de exclusión en un período de la vida en el que la alimentación es muy importante para el crecimiento y desarrollo del niño.

En la infancia se considera un proceso benigno y no requiere ningún tratamiento [8]. Es importante conocer esta entidad porque un diagnóstico clínico correcto evitará llevar a cabo exploraciones complementarias innecesarias y dietas de exclusión inadecuadas.

M.C. Escudero-Cantó, I. Cuartero-del Pozo,
R. Ruiz-Cano, E. Balmaseda-Serrano,
E. Gil-Pons, I. Onsurbe

Acceptedo tras revisión externa: 21.11.06.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario General de Albacete. Albacete, España

Correspondencia: Dra. M.^a Carmen Escudero Cantó. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario General de Albacete. Hermanos Falco, 37. E-02006 Albacete. E-mail: mcescudero@secam.jccm.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Dizon MV, Fischer G, Jopp-McKay A, Treadwell PW, Paller AS. Localized facial flushing in infancy. Auriculotemporal nerve (Frey) syndrome. Arch Dermatol 1997; 133: 1143-5.
2. Frey L. Le syndrome du nerf auriculotemporal. Rev Neurol (Paris) 1923; 2: 97-9.
3. Labarta N, Olaguibel M, Gómez B, Lizaso MT, García BE, Echechípía S, et al. Síndrome del nervio auriculotemporal. Diagnóstico diferencial con alergia alimentaria. Allergol Immunol Clin 2002; 17: 223-6.
4. Reche-Frutos M, García-Ara MC, Boyano T, Díaz-Peña J. Síndrome auriculotemporal. Allergol Immunopathol 2001; 29: 33-4.
5. Sicherer SH, Sampson HA. Auriculotemporal syndrome: a masquerade of food allergy. J Allergy Clin Immunol 1996; 97: 851-2.
6. Schullinger JN. Birth trauma. Pediatr Clin North Am 1993; 40: 1351.
7. Mangurten HH. Birth injuries. In Fanaroff AA, Martin RJ, eds. Neonatal-perinatal medicine diseases of the fetus and infant. 8 ed. Philadelphia: Mosby; 2006.
8. Burks W. Skin manifestation of food allergy. Pediatrics 2003; 111: 1617-24.

Tomografía computarizada craneal defensiva

La medicina defensiva se puede definir como el empleo de procedimientos diagnósticoterapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica [1]. En la práctica médica profesional existe el riesgo de demandas judiciales interpuestas por los pacientes contra los médicos, lo cual genera un estado de intranquilidad y preocupación que conduce a la práctica de una medicina defensiva [2]. Obviamente la medicina defensiva no sólo altera el aspecto médico esencial sino que, además, genera un incremento notable del coste económico para el sistema [3,4].

Las demandas han estado siempre presentes en el ejercicio de la medicina y han obedecido principalmente a negligencias médicas [5]. Sin embargo, la medicina defensiva, mediante la cual se intenta evitar cualquier tipo de responsabilidad, tiene tres aspectos que se han de considerar. Uno de ellos es que la medicina no es una ciencia exacta y, por tanto, no se pueden sacar reglas generales que se cumplan siempre y en todos los casos. Por otra parte, la medicina se encuentra en un continuo cambio y avance que exige al personal sanitario una permanente renovación. Por último, hay que hacer referencia a los cambios legislativos que rigen la actuación sanitaria.

Es conocido que un 69% de médicos en España ejerce la medicina defensiva habitualmente por el temor a ser denunciado, el miedo

a una demanda condiciona el trabajo de casi el 70% de los facultativos; el 17,7% asegura haber experimentado un problema de este estilo y un 60% dice conocer compañeros cercanos que han padecido alguno [6].

Ciertamente, la mayor parte de los profesionales solicitan el máximo de exploraciones, muchas de ellas innecesarias, con el fin de descargarse la responsabilidad de posibles errores. De este modo se suplantán las verdaderas coordenadas del acto médico y se sustituye el juicio clínico para evitar una demanda judicial. Por otra parte, esto es lógico dado que son verdaderamente admirables los avances que se han producido en la tecnología del diagnóstico por imagen. Así, la tomografía multicorte y la resonancia magnética permiten hacer una auténtica disección *in vivo* de un paciente, mediante imágenes transversales, coronales o sagitales de una manera no invasiva. No cabe ninguna duda de que los beneficios que estas técnicas suponen para el paciente son muy importantes, no sólo para efectuar el diagnóstico de numerosos procesos patológicos, sino también para el tratamiento de muchos de ellos. Sin embargo, no hay que olvidar que, según algunos estudios, más de la mitad de las peticiones de pruebas de diagnóstico por imagen no son necesarias, y más del 80% del total obtiene resultados negativos. En un estudio realizado en un hospital universitario de tercer nivel sobre 500 tomografías computarizadas (TC) craneales de urgencias, se consideraron resultados patológicos las TC que demostraron alguna lesión compatible con la clínica del paciente, y se excluyeron del análisis los hallazgos que no justificaban la clínica actual del paciente. Sólo 36 fueron positivos, los cuales representaban un 22,2% del total, con lo que se concluyó que la sensibilidad global fue del 7,2%. Lógicamente, la curva de aprendizaje propia de un centro hospitalario universitario, la presión asistencial y el hecho de que pacientes con clínica de ictus pueden presentar una TC normal en las primeras 24 horas del inicio de la sintomatología, lo que puede ser un dato fundamental en el manejo de estos pacientes, influyeron en la baja sensibilidad obtenida. Sin embargo, la medicina defensiva era la razón principal de este dato [7].

Respecto a las urgencias médicas, se realizan unas indicaciones para practicar una TC que no son claramente clínicas, sino que vienen precedidas por una situación o circunstancia que da lugar a singulares denominaciones utilizadas en el argot médico. En realidad, en estos casos, la TC es una petición en la que se ejerce de alguna manera la medicina defensiva. Se puede hablar de la psicotomografía, que sería la realización de una TC principalmente cerebral, cuyo objetivo fundamental consiste en producir un efecto ansiolítico al propio paciente. Por ejemplo, en aproximadamente 8 de cada 10 pacientes el diagnóstico de cefalea primaria (migraña o cefalea de tensión) puede hacerse después de la historia clínica y la exploración física. Sin embargo, aunque la mayoría de los pacientes tendrá una TC de cráneo normal, actualmente es difícil disuadir a muchos de los pacientes con cefaleas primarias de la necesidad de tal estudio [8]. Se puede hablar de la TC social, en la que el con-

texto familiar en que se sitúa un paciente puede tener un papel importante a la hora de indicar este tipo de exploración. Hay veces que la presión de la familia de enfermos terminales, sin que exista una indicación médicamente razonable, exige una TC craneal ante la presentación de una sintomatología neurológica determinada, la cual podría obviarse dado el estado del paciente. Lógicamente, en esta situación existe la angustia de los familiares que puede disminuir al comprobar a su juicio que el médico hace todo lo que puede por el enfermo. Por último se puede incluir en este argot la 'necrotomografía'. En muchas ocasiones, la muerte de un paciente implica la necesidad de saber su causa, sobre todo si ha estado precedida de una pérdida de consciencia o coma generalmente súbitos. Esto significa realizar el examen neurorradiológico en estado *pre mortem* o incluso de muerte clínica.

En conclusión, ciertamente actuar con temor y preocupación exagerada va en detrimento del paciente y degrada el ejercicio de la medicina [9]. Sin embargo, las alternativas no son sencillas. Por una parte, es verdad que el médico debe poner en práctica sus conocimientos, habilidades y actitudes que ocasionen el respeto del paciente y su familia aun frente a un mal resultado, ya que ésta es la mejor protección ante las actitudes defensivas y las demandas. Cuando los pacientes y sus familiares reciben un trato médico satisfactorio normalmente no acuden a un gabinete jurídico. Por otra parte, algunas prácticas defensivas son adecuadas y no hay manera de eludir las aunque ello suponga un incremento de los costos. Sería el caso de la práctica de la TC que pudiera ser beneficiosa para la atención del paciente cuando el médico es consciente de sus limitaciones y riesgos e intenta corregirlos mediante el uso adecuado de la alta tecnología.

A. Muntané-Sánchez^a, C. Valencia-Calderón^b, M.L. Moro-Esteban^d, A. Calderón-Valdiviezo^c

Aceptado tras revisión externa: 12.09.06.

^a Sección de Neurorradiología. ^b Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari de Bellvitge. ^c Centro SARDOMUS. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ^d Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Les Corts, Barcelona, España.

Correspondencia: Dr. Amadeo Muntané Sánchez. Sección de Neurorradiología. Hospital Universitari de Bellvitge. Feixa Llarga, s/n. E-08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). E-mail: amuntane@csub.scs.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Trancredi LR. The problem of defensive medicine. *Science* 1978; 200: 879-82.
2. Brilla R, Evers S, Deutschlander A, Wartenberg KE. Are Neurology residents in the United States being taught defensive medicine? *Clin Neurol Neurosurg* 2006; 108: 374-7.
3. Rodríguez CB. Medicina defensiva: a la caza del médico. *Rev Esp Econ Salud* 2003; 2: 198-202.
4. Tanimoto M. Simposio VI. Medicina defensiva. *Gac Med Mex* 2002; 138: 344-6.
5. Gustavo-Rencoret S. Auditoría médica: demandas y responsabilidad por negligencias

médicas. Gestión de calidad: riesgos y conflictos. *Rev Chil Radiol* 2003; 9: 157-60.

6. Salazar I. El 69% de los médicos hace medicina defensiva. URL: http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario_medico/cmp/viewDocument.jsp. [14.08.2006].
7. Muntané-Sánchez A, Valencia-Calderón C, Martínez-Carnicero L. Sensibilidad de la tomografía computarizada craneal en el servicio de urgencias de un hospital universitario de tercer nivel. *Neurología* 2005; 20: 501.
8. Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. Recomendaciones 2001 del GECSSEN. Cefalea. URL: <http://www.sen.es/...upos/cefaleas/profesionales/enlaces.htm>. Fecha última consulta: 14.08.2006.
9. Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM. Assertive medicine: a proposal against defensive medicine. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73: 553-9.

Síndrome de Charles Bonnet

El síndrome de Charles Bonnet es un cuadro clínico caracterizado por alucinaciones visuales en pacientes generalmente invidentes totales o parciales, de avanzada edad y totalmente conscientes de que dichas alucinaciones no son reales. El diagnóstico diferencial es complejo, pues hay una lógica tendencia a enmarcar los síntomas que sufre el paciente en cuadros confusionales, demenciales o psicóticos.

Presentamos el caso de una mujer de 79 años, diabética tratada con antidiabéticos orales e invidente como consecuencia de un glaucoma, que acudió al Servicio de Urgencias porque llevaba dos días 'viendo' escenarios campestres de paisajes, con pilas de troncos cortados apilados y ríos. Estas visiones eran de carácter intermitente y duraban tres o cuatro horas. La paciente era totalmente consciente de que lo que veía no era real, pero lo describía como si realmente lo viera. Pidió que la llevaran al hospital porque pensaba que le estaba pasando algo en la cabeza y esas alucinaciones la molestaban a la hora de moverse. Nunca antes había tenido alucinaciones visuales.

El examen cognitivo fue normal para la edad de la paciente, teniendo en cuenta la pérdida visual. El resto de la exploración neurológica fue normal. No se encontraron alteraciones en los análisis de sangre, salvo una glucemia de 145 mg/dL. La hormona tiroestimulante y los niveles de folatos y cobalamina fueron normales. Se realizó una tomografía axial computarizada y una resonancia magnética, que resultaron normales, salvo una leve atrofia corticosubcortical. Durante el ingreso, la frecuencia y la duración de las alucinaciones disminuyeron, y se procedió al alta hospitalaria con el diagnóstico de síndrome de Charles Bonnet, ante la ausencia de otras evidencias.

Definimos las alucinaciones visuales como las percepciones de objetos externos que no están presentes cuando el paciente tiene conciencia de que lo que percibe no es real, lo que las diferencia de las ilusiones. Las alucinaciones pueden ser simples (destellos, fopsias, colo-