

Sábado, 9 de junio (17:15 - 18:45)

INFECTOLOGÍA

Sala 118 (Planta 1)

857

17:15

ESTADO DE SENSIBILIDAD A ANTIMICROBIANOS DE MICOBACTERIAS ATÍPICAS

Patricia García Soler, David Moreno Pérez, Francisco Jesús García Martín, Pilar Bermúdez Ruiz, Antonio Jurado Ortiz
Hospital Universitario Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga.

Antecedentes: El tratamiento de infecciones por micobacterias no tuberculosas (MNT) se basa en la administración de antibióticos (ATB) y, según la afección, cirugía. Sin embargo, la respuesta al tratamiento es, en ocasiones, desalentadora. El objetivo es analizar el estado actual de resistencia a ATB en nuestro medio.

Métodos: Revisión de los casos de aislamiento de MNT y sus antibiogramas entre los años 1997 y 2006 en pacientes < 14 años de edad.

Resultados: En el período estudiado hubo un total de 12 aislamientos a partir de 11 muestras ganglionares y una de jugo gástrico en ayunas, correspondientes a 11 pacientes que presentaban linfadenitis cervicofacial. En 11 de las muestras se aisló *M. Avium* y en una *M. Scrofulaceum*. Se realizó antibiograma en 10 de los especímenes. Sus resultados se muestran en la tabla 1. Los ATB más frecuentemente utilizados para el tratamiento de estas infecciones encontraron bajos índices de sensibilidad: etambutol (ETB) 50%, claritromicina (CTM) 50%, ciprofloxacino (CFO) 40%, amikacina (AMK) 50%. Los fármacos testados con mayor sensibilidad fueron la rifabutina (RFB) (80%) y rifapentina (RFP) (86%).

Tabla 1: Antibiogramas.							
	ETB	CTM	CFO	Ofloxacino	AMK	RFB	RFP
1	S	S	S	S	S	S	S
2	S		R	R	R	S	S
3	R		R	R	R	S	S
4	S		S	S	S	S	S
5	S		S	R	R	S	
6	R	S	R	R	S	S	R
7	R	S	R	R	S	R	
8	R	R	R	R	R	S	
9	R	R	R	R	R	S	
10	S	R	S	S	S	R	S

S: sensible; R: resistente.

Conclusiones: Existe un alto índice de resistencia en MNT a ATB empleados usualmente para el tratamiento de este tipo de infecciones. Cabe considerar la rifabutina en el régimen de tratamiento empírico inicial aunque actualmente se considera fármaco de uso compasivo en niños y sólo disponemos de cápsulas como única forma farmacéutica.

858

17:25

PRUEBA DE TUBERCULINA Y DETERMINACIÓN IN VITRO DE INTERFERÓN-GAMMA POR EL MÉTODO T-SPOT-TB EN CONTACTOS DE TUBERCULOSIS

M. Neus Altet Gómez, María Luisa de Souza Galvao, Irene Latorre, Celia Milá Augé, María Ángeles Jiménez Fuentes, Concepción Mata Perelló, Matilde Barrios Gutiérrez, Elisa Lara, Vicenç Ausina, José Domínguez

Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis del CAP Drassanes, Barcelona, Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) y Universidad Autónoma de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: El objetivo de éste estudio es evaluar la utilidad de la determinación de la respuesta de IFN- γ por las células específicas sensibilizadas tras la infección con *Mycobacterium tuberculosis* por medio de la determinación de interferón-gamma en sangre y comparar con los resultados de la prueba de tuberculina (PT).

Métodos: A los niños investigados dentro de los Estudios Convencionales de Contactos de casos nuevos de tuberculosis (TB) pulmonar bacilífera se les practicó prueba de tuberculina mediante técnica de Mantoux según directrices de la OMS; el dintel de positividad se estableció en 5 mm de induración. Se realizó extracción sanguínea y se concentraron las células mononucleares de sangre periférica, se estimularon con los antígenos específicos de *Mycobacterium tuberculosis* ESAT-6 y CFP10 (que no se hallan en *Mycobacterium Bovis BCG*) mediante ELISPOT por la técnica T-SPOT-TB[®]. Se comparan los resultados de ambas pruebas.

Resultados: Se incluyó a 87 niños, de los que 60 estaban vacunados con BCG. 21 niños con prueba de tuberculina negativa tuvieron T-SPOT-TB[®] negativo. En los que presentaron PT \geq 5 mm, el T-SPOT-TB[®] fue positivo en 37 (61,6%). En 18 niños no vacunados con BCG y PT \geq 5 mm el T-SPOT-TB fue positivo en todos ellos. De 48 niños vacunados con BCG y PT \geq 5 mm sólo la mitad (24 niños) presentó T-SPOT-TB[®] positivo.

Conclusiones: En los contactos no vacunados con BCG la especificidad de la prueba es del 100%. En los contactos vacunados con BCG T-SPOT-TB[®] detectaría los infectados que se beneficiarían del tratamiento de la infección TB y en el 50% de los

contactos vacunados con BCG la RT positiva lo sería por reacciones postvacunales no tributarias de este tratamiento.

Trabajo financiado parcialmente por una Beca SEPAR 2006.

859

17:35

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. SEROGRUPOS MÁS PREVALENTES EN NUESTRO MEDIO

Milagrosa Santana Hernández, Ione Aguiar Santana, Ana Bordes Benítez, María Elena Colino Gil, Ana Todorovic, Idaira Alonso Santana, Raquel Aguiar Santana

Servicio de Urgencias de Pediatría y Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas y Servicio de Microbiología del Hospital Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Antecedentes y objetivos: Conocer la incidencia de enfermedad invasiva por neumococo y los serogrupos implicados en la población infantil de nuestro medio

Métodos: Estudio retrospectivo desde septiembre de 2000 a diciembre de 2004 de los casos de enfermedad invasiva que requirieron ingreso hospitalario y diagnosticados en sangre, líquido cefalorraquídeo u otros lugares usualmente estériles de infección por *S. pneumoniae*.

Resultados: En el período de estudio se notificó un total de 61 casos (el 65,5% en menores de 2 años): 4 en el 2000 (16,1%), 18 en el 2001 (29,1%), 11 en el 2002 (18%), 13 en el 2003 (21,3%), y 15 en el 2004 (24,5%). La mayoría de los procesos se presentó como bacteriemia (70,4%). La incidencia de meningitis fue del 11,4%, la relación hombre/mujer fue de 28/33. De los 24 serotipos estudiados, los más prevalentes fueron el 19A (4), 19 (3), 14 (4), 6A (3), 9V (2), 6B (2), 18C (2) y, además, el 3, 4, 6 y 23 con una cepa de cada uno de ellos. El 45,8% de los serotipos estaba incluido en la vacuna heptavalente, cifra que se eleva al 95,8% si se añaden los serotipos similares. En este periodo tuvimos dos exitus (meningitis serotipos 14 y 18 C) y un niño con secuelas importantes (meningitis serotipo 23), no estando ninguno de ellos inmunizado frente a neumococo.

Conclusiones: El 70,4% de los procesos se presentó como bacteriemias. El 65,5% de los niños con enfermedad invasiva eran menores de 2 años. La incidencia de meningitis fue del 11,4%. De los 24 serotipos estudiados, los más prevalentes fueron el 19A (4), 19 (3), 14 (4), 6A (3), 9V (2), 6B (2), 18C (2). El 45,8% de los serotipos estaba incluido en la vacuna heptavalente frente a neumococo, cifra que se eleva al 95,8% si se tienen en cuenta los similares. Tuvimos dos exitus (meningitis serotipos 14 y 18C) y otro niño con meningitis serotipo 23 quedó con graves secuelas. Ninguno de ellos estaba inmunizado frente al neumococo.

860

17:45

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA CONJUGADA ANTINEUMOCÓCICA HEPTAVALENTE

Cristina Menéndez Arias, María Fernández Díaz, Eva María Fernández Fernández, María Morán Poladura, Guillermo Viejo de la Guerra, Carlos Pérez Méndez, Gonzalo Solís Sánchez

Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología del Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias).

Antecedentes y objetivos: Un estudio previo en nuestro área sanitaria demostró una elevada incidencia de enfermedad neu-

mocócica invasora (ENI). El objetivo de este estudio es analizar los cambios epidemiológicos observados tras la comercialización en el año 2001 de la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente (VCN7) en un área sanitaria con una cobertura vacunal estimada entre el 17 y el 20%, la más baja de España.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de ENI (cultivo de *Streptococcus pneumoniae* en un medio habitualmente estéril) entre los años 1997 y 2006 en un hospital que atiende a una población de 3.820 niños menores de 2 años. Se compararon los períodos 1997-2000 (período prevacunal), 2001-2002 (período de transición) y 2003-2006 (período postvacunal).

Resultados: En el tiempo de estudio se observaron 107 casos de ENI, 65 de ellos en menores de 2 años. La incidencia de ENI en niños menores de 2 años (casos/100.000 niños/año) fue 183,2 en el período prevacunal, 235,6 en el período de transición y 124,3 en el período postvacunal (disminución del 47,2% respecto al período anterior). Se diagnosticaron 6 casos de meningitis neumocócica antes de la introducción de VCN7 y sólo un caso tras la misma (un niño de 8 años con síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Los diagnósticos más frecuentes fueron bacteriemia oculta (62,6%), neumonía (23,3%), meningitis (6,5%), celulitis (4,7%) y sepsis (2,3%). Sólo dos de los casos habían recibido VCN7: el niño de 8 años con sida, con meningitis por serotipo 14 y un niño de 1 año que presentó una neumonía por neumococo no serotipado. Disponemos del serotipado de 15 casos del período postvacunal: 9 casos están incluidos en VCN7, dos casos son serotipos relacionados (19A) y cuatro casos (dos del serotipo 7 y un caso cada uno de los serotipos 1 y 3) no están incluidos en la vacuna.

Conclusiones: Pese a la escasa cobertura vacunal, hemos observado una disminución importante de la incidencia de ENI y de meningitis neumocócica. La aparición de casos producidos por serotipos no vacunales obliga a una vigilancia estrecha de la evolución de la ENI en los próximos años.

861

17:55

RETRASO DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS BACILÍFERA DEL ADULTO: SU INFLUENCIA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN Y EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO

M. Neus Altet Gómez, María Luisa de Souza Galvao, Celia Milá Augé, María Ángeles Jiménez Fuentes, Jordi Solsona Peiró, Carles Valero, Matilde Barrios Gutiérrez, Concepción Mata Perelló, María Jayas

Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis, CAP Drassanes, ICS, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Durante el tiempo que un enfermo de tuberculosis no es diagnosticado ni tratado puede seguir transmitiendo la infección a la comunidad. Se denomina retraso diagnóstico (RD) al intervalo entre la aparición de síntomas clínicos de TB y el inicio de la quimioterapia. Investigamos la influencia del RD de casos de TB bacilífera de los adultos sobre la transmisión de la infección y el desarrollo de enfermedad en los niños.

Métodos: Entrevista estructurada a los casos nuevos de TB bacilífera, Declaración Nominal Obligatoria y Estudio Convencional de Contactos. Se utilizó una base de datos mediante el programa EPIINFO2002. Las variables significativas en el análisis bivariante se analizaron mediante Regresión Logística no condicional.

Resultados: Se diagnosticaron 287 enfermos y se investigaron 2.898 contactos relacionados con 123 casos secundarios en 707

niños y 77 brotes (22 con más de un caso relacionado). La tabla 1 muestra la PI en función de la intensidad del contacto (diario < 6 horas, diario > 6 horas y esporádico: al menos 1 vez por semana) y del tiempo de exposición (TE) durante el RD del CI. Factores predictivos de enfermedad: CI alcohólico (O.Ra: 2,4; 1,5-3,9) y ser bacilífero (O.Ra: 6,8; 2,8-16,4), ser contacto familiar (O.Ra: 2,9; 1,8-4,8) y TE > 30 días (O.Ra: 8,9; 4,2-19,0).

Tiempo de exposición	N	P. infección (%)	Riesgo relativo
1 a 30 días	445	10,1 (7,6-13,2)	1
31 a 60	109	39,4 (30,6-48,8)	3,9 (2,7-5,6)
61 a 90	57	42,1 (29,8-55,1)	4,2 (2,7-6,3)
Más de 90	96	68,7 (58,9-77,4)	6,8 (5,0-9,2)

Conclusiones: El RD, no sólo incrementa la proporción de infectados sino además la de enfermedad. Estar expuesto al contagio durante más de 30 días incrementa en 9 veces el riesgo de enfermar.

Trabajo financiado parcialmente por el F.I.S.P.I 041710.

862

CARACTERÍSTICAS DEL PALUDISMO EN NUESTRO MEDIO

Laura Blanquer Fagoaga, Katie Aguilar Torres, José Juan Alcón Sáez, Empar Lurbe Ferrer

Servicio de Pediatría del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

El paludismo es una enfermedad parasitaria ausente en nuestro medio, debido a las características de su transmisión. Sin embargo, el número de niños con paludismo ha aumentado debido a un incremento de niños inmigrantes infectados procedentes de zonas endémicas.

Objetivo: Describir las características de los casos de paludismo atendidos en nuestro servicio, así como los diferentes tipos de presentación clínica.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Pediatría de nuestro centro, por paludismo en el período 2002-2006. Se analizaron los datos clínicos y analíticos, edad, sexo, origen, tratamiento, especie, patología asociada, complicaciones durante el tratamiento y parasitemia post-tratamiento.

Resultados: Se obtienen 23 pacientes (17 varones) con edad media de 7 años (3-12 años). Todos los casos fueron de origen africano (22 de Guinea Ecuatorial y 1 de Camerún). Presentaron visceromegalia 87% de los pacientes, 69% alteraciones analíticas iniciales (74% anemia, 43% trombopenia), 6 de los 23 pacientes no presentaron fiebre ni otros síntomas asociados. La especie más frecuentemente aislada fue *Plasmodium Falciparum* 78% (4 *vivax*, 1 *ovale*, 1 *malariae*). Se hallaron 3 casos de coinfección (*vivax* + *falciparum*, *vivax* + *malariae* y *ovale* + *falciparum*). Se encontraron 3 casos con hepatitis (2 HVB y 1 HVC) y 10 casos de parasitosis intestinal. En 3 de los pacientes el diagnóstico se realizó mediante PCR del parásito dada la negatividad de la gota gruesa. El tratamiento de todos ellos se realizó con sulfato de quinina + doxiciclina o clindamicina. En todos los casos se produjo la negativización de la parasitemia a la finalización del tratamiento. No se produjeron complicaciones secundarias al tratamiento.

Conclusiones: En casos con alto grado de sospecha, la negatividad de la gota gruesa no descarta la infección y es necesario

la realización de PCR. El tratamiento actual es eficaz y con un mínimo porcentaje de complicaciones. Dada la presencia de patología asociada en estos pacientes, es importante investigarla.

863

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PALUDISMO IMPORTADO Y PALUDISMO DEL VIAJERO EN NIÑOS

Leticia Albert de la Torre, Miguel Ángel Roa Francia, Juan Arnáez Solís, Diego Hernández Martín, Nuria Gutiérrez Cruz, Carmen Troyano Rivas, María Arriaga Redondo, Rebeca Villares Alonso, Pedro José Pujol Buil

Hospital de Móstoles, Madrid.

Objetivo: Conocer si existen diferencias entre el paludismo del viajero y el paludismo importado, ya que supone una patología cada vez más frecuente en nuestro medio.

Material y método: Estudio retrospectivo de 55 casos de paludismo, 39 de ellos importados y 16 de paludismo del viajero. Se analizan las variables: edad, tiempo en España, días de ingreso, cifra de hemoglobina, plaquetas, % de parasitación, duración tratamiento, lugar de nacimiento, sexo, lugar de diagnóstico, fiebre como motivo de consulta, % de *P. falciparum*, coincidencia gota gruesa-PCR de paludismo, otras parasitaciones, presencia en revisiones.

Resultados: El estudio muestra cómo el paludismo del niño viajero presenta: parasitaciones más elevadas (0,73 vs 2,52%) ($p = 0,033$); menos plaquetas (217.256 vs 121.933) ($p = 0,003$) y más plaquetopenias (< 150.000) (16,6 vs 40%) ($p < 0,005$); mayor % con fiebre al diagnóstico (64,1 vs 93,8%) ($p < 0,026$); menos % de parasitaciones intestinales concomitantes (71,7 vs 18,7%) ($p < 0,005$) y acuden menos a revisión (57,8 vs 31%) ($p = 0,042$). No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en el resto de valores estudiados, algunos en relación con el pequeño número de casos, aunque sí destacan un mayor número de diagnósticos en urgencias; mayor % de paludismos por *P. falciparum*; mayor número de parasitemias superiores al 1% y mayor número de pacientes con Hb menor de 8 g/dl, entre otros.

Conclusiones: 1) El paludismo del niño viajero se presenta como un cuadro de mayor gravedad que el paludismo importado, con parasitaciones más elevadas, y más casos con fiebre, anemia y plaquetopenia al diagnóstico, siendo además de difícil control al alta puesto que acuden con menor frecuencia a las revisiones. 2) El paludismo del viajero constituye en nuestro estudio un gran reto, ya que presenta formas más graves debido a la ausencia de inmunidad y de profilaxis adecuada (25% en nuestro estudio).

864

RECuento LEUCOCITARIO Y NÚMERO ABSOLUTO DE NEUTRÓFILOS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL LACTANTE FEBRIL CON MAYOR RIESGO DE BACTERIEMIA OCULTA NEUMOCÓCICA

Leire Dopazo Fernández, Itziar Iturralde Orive, Ana Fernández Landaluze, María González Balenciaga, Eider Astobiza Beobide, Susana Capapé Zache, Silvia García González, Jesús Sánchez Exaniz, Santiago Mintegi Raso, Javier Benito Fernández Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Clásicamente, la incidencia de BON en los lactantes con FSF > 39 °C oscila alrededor del 6% en pacientes con recuento leuco-

18:15

18:05

18:25

citario (RL) > 15.000/mm³ y el 8% con un número absoluto de neutrófilos (NAN) > 10.000/mm³. La vacunación conjugada neumocócica (VCN) heptavalente ha variado la incidencia de BON y la distribución de los serotipos. Por lo que el rendimiento de los test para identificar a los lactantes con mayor riesgo de tener una BON podría haberse modificado.

Objetivo: Analizar rendimiento del RL y NAN para identificar el paciente con mayor riesgo de tener una BON en la valoración del lactante con buen aspecto y fiebre elevada en la era de la VCN.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo incluyendo los 1.586 lactantes de 3-36 meses con FSF > 39 °C y buen aspecto a los que se solicitó un hemocultivo (HC) para descartar una BO en un servicio de urgencia pediátrico entre octubre 2004 y septiembre 2006. Se excluyó a los pacientes con tira reactiva de orina alterada.

Resultados: De los 1.586, el HC fue positivo en 16 (1,0% –neumococo 11, 0,7%, meningococo B 2, streptococo β-hemolítico 1, enterococo *faecium* 1, salmonella enteritidis 1–). El estado vacunal neumocócico fue: no vacunado 933 (58,7%), 1 dosis 157 (9,9%), 2 dosis 208 (13,1%), 3 dosis 161 (10,1%), 4 dosis 60 (3,8%), desconocido 67 (4,2%). Del total, 1.040 (65,6%) tenían menos de 15.000 leucocitos (2 BON, 0,19%). De los 546 que tenían más de 15.000, 9 tuvieron una BON (VPP 1,64%, VPN 99,8%). De los 1.586, 1.177 (74,2%) tenían menos de 10.000 neutrófilos (3 BON, 0,25%). De los 409 con más de 10.000 neutrófilos, 8 tuvieron una BON (VPP = 1,95, VPN = 99,7). De los 11 lactantes con BON, 2 (18,1%) tuvieron menos de 15.000 leucocitos y menos de 10.000 neutrófilos. De 1.090 niños no vacunados o con 1 dosis de VCN, 9 tuvieron BON (0,82 vs 0,23% en niños con al menos 2 dosis). El VPP para BON de un RL > 15.000 fue de 1,8% en niños no vacunados o con 1 dosis de VCN (vs 0,6% en niños con al menos 2 dosis). El VPP para BON de un NAN > 10.000 en niños no vacunados o con 1 dosis de VCN fue de 2,0% (vs 0,9% en los niños con al menos 2 dosis).

Conclusión: En la era de la VCN el rendimiento del RL y el NAN es inferior al referido en la literatura. La toma de decisiones en función de los resultados analíticos debe ser reconsiderada, especialmente en niños con al menos 2 dosis de VCN.

865

PALUDISMO INFANTIL: ANÁLISIS DE 61 CASOS EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (1995-2006)

Cecilia Herbozo Nory, Jesús González de Buitrago Amigo, María Penín Antón, Inés Merino Villeneuve, Enrique García Frías
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

Introducción: El paludismo es una enfermedad emergente en nuestro medio debido al aumento de la inmigración y de los viajes a países endémicos. Los niños son especialmente vulnerables puesto que la inmunidad se va desarrollando con la edad, siendo más frecuente la malaria complicada que en adultos.

Objetivo: Nos proponemos revisar todos los casos de paludismo infantil ingresados en nuestro hospital en los últimos 11 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los 61 casos de paludismo ingresados en nuestro hospital entre julio de 1995 hasta diciembre de 2006. Las variables estudiadas fueron: edad, procedencia, presentación clínica, datos de labo-

ratorio, especie, grado de parasitación, tratamiento y complicaciones. El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS.

Resultados: En total se analizaron 61 casos, 10 (16,4%) lactantes (menores de 2 años), 25 (41%) preescolares (2 a 5 años) y 26 (42,6%) escolares, siendo mayor la incidencia en el sexo femenino (57,4%). El 57,4% de los pacientes eran originarios de Guinea Ecuatorial. 32 niños (52,4%) residían en España y todos se contagiaron tras un viaje a su país de origen; de éstos, tan sólo 4 niños realizaron profilaxis correctamente. La fiebre fue el motivo de consulta más frecuente (95,1%). La hepato y esplenomegalia fueron los signos más frecuentes en la exploración física tras la fiebre (60,7 y 63,9%, respectivamente). El 78,7% presentó anemia y un 44,3% presentó trombopenia. La mayoría de los casos (82%) fueron causados por *P. falciparum*, un 4,9% por *P. malariae* y un 4,9% por *P. ovale*. El grado de parasitemia se determinó en 46 pacientes (75,4%), de los cuales un 47,8% tuvo un grado de parasitemia leve, moderada en un 21,7% y severa en un 30,4% (considerando parasitemia leve < 1%, moderada 1-5% y severa > 5%). El tratamiento de primera elección en el 77% fue sulfato de quinina + sulfadoxina-pirimetamina siendo resistente el 10,6% de los casos. La anemia tuvo lugar en 10 pacientes (16,4%), precisando transfusión 5 de ellos. Un paciente presentó coagulación intravascular diseminada. Tan sólo un caso requirió ingreso en cuidados intensivos.

Conclusiones: 1) La baja frecuencia de la clínica clásica en niños hace necesaria una mayor sospecha y una adecuada anamnesis y exploración física. 2) Se requiere un mayor hincapié en las medidas de profilaxis en población de riesgo.

866

MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO (2004-2006)

María del Mar Reyné Vergeli, Carme Alexandre Galobardes, Francisco Coll Usandizaga, Marc Tobeña Rue, Nieves Larrosa Escorpí, Rosa María Bartolomé Comas, Fernando Alfonso Moraga-Llop, Antonio Carrascosa Lezcano

Unidad de Pediatría General y Unidad de Infecciosas del Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La enfermedad neumocócica invasiva, aunque poco frecuente, es una importante causa de morbimortalidad en niños menores de un año.

Objetivos: Describir las meningitis por neumococo en niños menores de un año y revisar los serotipos responsables.

Material y métodos: Revisión de historias clínicas de pacientes menores de un año ingresados por meningitis neumocócica durante el período 2004-2006.

Resultados: Se incluyeron 8 casos (6 varones) con edad media de 5 meses (1-11 m). Ninguno había recibido la vacuna anti-neumocócica. La clínica inicial fue: fiebre (7), vómitos (3), rechazo del alimento (4). En la exploración física destacó: fontanela abombada (5), hipoactividad (5), convulsiones focales (2). Citoquímica de LCR: leucocitos 1.150 mm³ (382-3.240), glucosa 16,2 mg/dl (1-72), proteínas 203 mg/dl (51-450). El hemocultivo fue positivo en 6 de los casos y el cultivo de LCR en todos. Se realizó identificación de serotipos detectándose 8 distintos: 3, 4, 5, 6A, 7F, 18C, 19A, 24. Antibiógramas:

18:45

	Penicilina	Cefotaxima
Sensible	6	7
Intermedio	1 (CMI 0,2)	1 (CMI 1)*
Resistente	1 (CMI 2)*	-
*Cepa 19A		

El tratamiento antibiótico inicial incluyó cefotaxima y vancomicina en todos los pacientes excepto en un neonato que se trató inicialmente con ampicilina y cefotaxima. La duración media del tratamiento fue de 20 días (11-34). Recibieron tratamiento anticómicico 6 casos. Seis pacientes ingresaron en UCI: ventilación mecánica (1) y ninguno soporte hemodinámico. Secuelas en 3/8 casos: epilepsia (1), hipertensión endocraneal que requirió válvula de DVP (1), trombosis de los senos (1), infartos corticales (2), hipoacusia neurosensorial y ceguera cortical (1). No hubo fallecimientos.

Conclusiones: Ningún paciente había recibido la vacuna anti-neumocócica. Sólo 2 de los 8 serotipos (18C, 4) son vacunales. Se detectó una sola cepa (serotipo 19A) con sensibilidad intermedia a cefotaxima y resistente a la penicilina.

ENDOCRINOLOGÍA

Sala 120 (Planta 1)

867

17:15

¿LA VITAMINA D TIENE ALGÚN PAPEL EN EL DESARROLLO DE LA DIABETES DE LOS ENFERMOS MUCOVISCIDÓTICOS?

Marta Costa Romero, Carlos Bousoño García, Francisco Rivas Crespo

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y Universidad de Oviedo (Asturias).

Introducción: La vitamina D participa en la regulación funcional insular β y en la sensibilidad orgánica a la insulina. Los niños mucoviscidóticos insuficientes pancreáticos tienden a la hipovitaminosis D, a veces a pesar de los suplementos orales, apreciándose que la 25 OH-vitamina D (25OHD) sérica disminuye al avanzar la edad de los pacientes. La diabetes mellitus debida a mucoviscidosis, sería complicación que deteriora su evolución, también tiene incidencia creciente con la edad, a partir de la segunda década de la vida.

Objetivo: Determinar, en mucoviscidóticos, la posible relación entre la 25OHD sérica y la tolerancia a la glucosa y, en tal caso, la connotación patogénica de ésta.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo en 19 pacientes (74% mujeres) de 4,5-18,5 años de edad, que aceptaron participar en el estudio, de la respuesta a la sobrecarga oral de glucosa y marcadores de actividad insular β y sensibilidad insulínica, en relación a la 25OHD sérica.

Resultados: La SOG calificó de intolerancia glucídica a 4 (23%) (grupo I) y al resto (77%) como normotolerantes (grupo N); ninguno entró en el rango de diabético. La glucemia basal era normal en todos. La tasa sérica de 25OHD, en todo el grupo, expresada como valor medio (desviación estándar), fue 20,95 (10,08) ng/ml. En cuatro (22%) el valor fue menor de 20 ng/ml.

La 25OHD sérica del grupo I es significativamente inferior a la del grupo N (11,4 [3,1] vs. 23,56 [9,77] ng/ml; $p = 0,005$). Se aprecia una apreciable correlación positiva entre la 25OHD sérica y los índices de sensibilidad insulínica de Katz (Quicki) y Matsuda (r de Pearson: 0,521; p : 0,32 y r : 0,61; p : 0,009, respectivamente). En el mismo sentido patogénico, se relaciona negativamente con las áreas bajo la curva de glucosa, glucemia a los 120 minutos de la SOG y el índice HOMA-IR (Matthews), aunque, por escaso margen, no alcanza significación matemática.

Conclusiones: 1) La 25OHD sérica de los niños con intolerancia glucídica es más baja que la de los normotolerantes. 2) Dicha tasa se relaciona positiva y apreciablemente con los índices de sensibilidad insulínica. 3) La relación negativa entre los índices de insulino-resistencia y la glucemia en la SOG no tiene significado, por escaso margen, sugiriendo la necesidad de una muestra mayor para alcanzar la potencia diagnóstica necesaria, dada la magnitud de la oscilación de estos valores.

868

17:25

MUTACIÓN DE *KCNJ11*. NUEVO SÍNDROME CLÍNICO Y NUEVAS TERAPIAS

Laura Martínez Marín, Aranzazu Sebastián Ochoa, Juan Manuel Abril Molina, Ana Fernández García

Servicio de Pediatría y Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La diabetes neonatal es una entidad poco frecuente que afecta a 1/400.000 recién nacidos. Se define como la aparición de hiperglucemia antes del tercer mes de vida. Existen dos formas: una transitoria con resolución en los primeros 18 meses de vida asociada a una anomalía en el cromosoma 6 y que precisa tratamiento insulínico al menos durante 2 semanas, y una forma permanente que requiere tratamiento con insulina de por vida de etiología desconocida hasta hace relativamente poco. En la actualidad se sabe que la mutación en el gen *KCNJ11* es la responsable de más de la mitad de los casos de diabetes neonatal permanente. Este gen codifica una subunidad del canal de potasio Kir6.2 que interviene en la secreción de insulina por las células beta-pancreáticas.

Caso clínico: Lactante de 2 meses de edad con un peso de 3.990 g ($< p3$) que ingresa por cuadro de cetoacidosis diabética severa: glucemia capilar de 800 mg/dl, pH: 6,92, bicarbonato: 5,8, pCO_2 : 27,7 y cetonuria que precisa pauta de rehidratación y tratamiento intravenoso con insulina a dosis iniciales de hasta 0,3 UI/Kg/día para revertir el cuadro de cetoacidosis. Posteriormente inicia lactancia materna y tratamiento con insulina subcutánea después de cada toma manteniendo un adecuado control glucémico hasta la actualidad. *Exploraciones complementarias:* HbA1C al ingreso: 9,4% a los 4 meses: 5,8%. Anticuerpos anti IA2, GAD, ICA negativos. En el estudio genético se detecta la mutación R201C en *KCNJ11*, de la que ninguno de los progenitores es portador.

Conclusiones: Dentro de las mutaciones en el gen que codifica el canal de potasio, la R201C no es de las más frecuentes, existiendo otras que asocian afectación neurológica severa (V59M). Todas las mutaciones detectadas producen en última instancia una disminución en el cierre del canal de potasio impidiendo la secreción de insulina. Existen estudios recientes que sustituyen la terapia insulínica por sulfonilureas obteniendo un control glucémico adecuado aunque su uso aun es controvertido debido a la escasa experiencia y las altas dosis necesarias en niños.

869

17:35

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL NUTRICIONAL DE YODO EN UNA POBLACIÓN INFANTIL CON ALTERACIÓN TIROIDEA DEMOSTRADA

Marta Taida García Ascaso, Susana Ares Segura, Julio Guerrero Fernández, Mireya Orío Hernández, Luis Salamanca Fresno, Carolina Bezanilla López, María Antonia Molina Rodríguez, Ricardo Gracia Bouthelier

Servicio de Endocrinología Pediátrica y Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Evaluar la cantidad de yodo excretada por la orina en niños que presenten alteraciones de la función tiroidea. Evaluar si existe relación entre la cantidad de yodo excretada y los parámetros de función tiroidea.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 95 pacientes (edades entre 2 meses y 14 años) en los que se objetivó una alteración de las concentraciones de hormona estimulante del tiroides (TSH) superior a 5 ng/dL con niveles de T4 libre normales. Se recogieron los datos de filiación, embarazo, parto, peso y talla, la patología asociada y medicación recibida. Se determinaron niveles de TSH, T4 libre, anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa. Se determinó la cantidad de yodo en orina por el método de Benotti-Benotti.

Resultados: El principal motivo de consulta fue haber presentado una TSH superior a 5,0 en algún estudio hecho desde otro servicio, lo cual se observó en 61 pacientes, 16 consultaron por desaceleración del crecimiento, 11 por ganancia de peso exagerada, etc. Con respecto a la sintomatología referida cuando se les interrogó, el síntoma más frecuente fue el hipocrecimiento (30 pacientes), seguido de la ganancia de peso excesiva (28), el estreñimiento (17), la hiporexia (15), el peor rendimiento académico (13), somnolencia (11) y la intolerancia al frío (9). En la exploración física se constató bocio en 11 pacientes, en todos estos casos los niveles de yoduria estaban alterados, 9 niños se encontraban en situación de déficit y 2 en situación de exceso. Se estudió la yoduria en todos los pacientes con resultados variables. El 48% de los pacientes presentaba un déficit de yodo (esto es inferior a 150 U/L), siendo severo en 8 de los 46 pacientes (niveles de yoduria < 50 U/L). En situación de exceso o intoxicación por yodo (yoduria > 300 U/L) se encontraron 22 pacientes y 27 en rango de normalidad. No se ha demostrado relación estadística entre la función tiroidea y los niveles de yodo en orina. El 15,6% de los pacientes presentó niveles de ATG y APO superiores a 60 UI/mL.

Discusión: Resulta sorprendente comprobar la frecuencia de niños (que presentan alteraciones tiroideas demostradas) tanto en situación de déficit como de exceso de yodo. Queda abierta la pregunta de si la distribución patológica de este nutriente sucede también en población infantil normotiroidea.

870

17:45

¿ES NECESARIA LA TIROIDECTOMÍA PROFILÁCTICA INMEDIATA EN EL CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES FAMILIAR?

Alberto Parente Hernández, Agustín del Cañizo López, María Fanjul Gómez, Ana Laín Fernández, Noela Carrera Guermeur, Julio Cerdá Berrocal, María Desamparados Rodríguez Sánchez, Esther Molina Hernando, Juan Vázquez Estévez

Servicio de Cirugía Pediátrica y Servicio de Pediatría del Hospital Infantil Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El carcinoma medular de tiroides se asocia a alteraciones genéticas del oncogén RET que pueden heredarse de

forma autosómica dominante dando lugar a lesiones tiroideas malignas en edades muy precoces. Nuestro objetivo es demostrar la importancia de la realización de estudios genéticos y la tiroidectomía profiláctica precoz en el manejo del carcinoma medular de tiroides familiar.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y realización de árbol genealógico de 7 familias afectadas de carcinoma medular de tiroides familiar tratadas en nuestro hospital en los últimos años. Tras la detección del caso índice se realizó un estudio genético de sangre periférica para detectar mutaciones en el oncogén RET a un total de 40 familiares. En los casos en los que se halló la mutación se realizó tiroidectomía total asociada a resección ganglionar radical de manera profiláctica e inmediata.

Resultados: En todas las familias estudiadas el caso índice fue un paciente con carcinoma medular de tiroides con una edad media de 37,25 años (rango 23-42). Todos los casos índice presentaban mutación del exón 11, codón 634 del oncogén RET (MEN 2 A). La mutación fue positiva en 14 de los familiares estudiados con una edad media de 20 años (rango 7-37), 11 de los cuales presentaban ya carcinoma medular de tiroides en el momento de la tiroidectomía. Cinco de los familiares con la mutación positiva pertenecían a la edad pediátrica (edad media 11 años, 7-16), 4 de ellos presentaron áreas de microcarcinoma en la pieza quirúrgica de la tiroidectomía profiláctica y uno de ellos carcinoma manifiesto con metástasis a distancia. Ningún paciente pediátrico asoció feocromocitoma o hiperparatiroidismo. Los 4 pacientes se encuentran libres de enfermedad en la actualidad, con unos niveles de calcitonina menores de 2 pg/ml. La paciente que presentaba carcinoma medular avanzado se encuentra pendiente de reintervención por persistencia de la enfermedad.

Conclusiones: Ante la aparición de un caso índice con un carcinoma medular de tiroides es imprescindible el estudio genético de los familiares. La mutación más frecuente se halla en el exón 11, codón 634. La tiroidectomía profiláctica es el único tratamiento curativo. Debe realizarse de forma precoz debido a la presencia de lesiones malignas incluso a edades muy tempranas.

871

17:55

ESTUDIO DEL EFECTO DE LA DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS PREPUBERALES GRANADINOS SOBRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL: COMPARACIÓN CON LOS DATOS DE 2006 DE LA OMS

Miguel Martín Matillas, Elena Martín Bautista, José Antonio Martín Lagos, Gema López Belmonte, Estrella Ruiz Requena, Alberto Sánchez Calderón, Inés Uribe, Manuel Pérez Expósito, Juan Antonio Molina Font, Cristina Campoy Folgoso

Departamento de Pediatría y Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

Objetivo: Estudio de la influencia de la dieta y la actividad física (AF) sobre el índice de masa corporal (IMC) de 71 niños granadinos prepuberles sanos (42 niños/29 niñas; Edad: 9,46 ± 1,47 años; peso: 37,11 ± 9,05 kg, altura: 140,33 ± 9,38 cm, IMC: 18,74 ± 3,26). Comparación con los datos de prevalencia de la obesidad en España publicados por la OMS (2006).

Métodos: Evaluación de la dieta, antropometría (IMC, pliegues, perímetros), pruebas de AF (cuestionarios de frecuencia, flexibilidad, fuerza). Confirmación del estado prepuberal mediante el test del estadio de Tanner (estadio 1/2).

Estadística: Estadística descriptiva, análisis de frecuencias, correlaciones de Spearman y Pearson (SPSS 13.0).

Resultados: La frecuencia de sobrepeso y obesidad en los niños estudiados que se observó fue: *Niños ≤ 9 años*: sobrepeso: 20%, obesidad: 5%. *Niñas ≤ 9 años*: sobrepeso: 31,6%, obesidad: 15,8%. *Niños > 9 años*: sobrepeso: 31,8%, obesidad: 9,1%. *Niñas > 9 años*: sobrepeso: 11,1%. Sólo el 43% de los niños tenía un consumo correcto de energía (< 2.450 kcal/día). El 100% mostraba un exceso de ingesta grasa total (> 80 g/día > 30%), grasas saturadas (> 8 g) y el 80% tenía altas de colesterol (> 300 mg/día). Todos consumían adecuadas ingestas de ácido fólico (> 100 ug), vitamina B12 (> 1,5 ug), vitamina C (> 55 mg), vitamina A (> 400 ug), vitamina E (> 5 mg), hierro (> 9 mg) y magnesio (> 250 mg) pero el 35% presentaba deficiencias en su dieta de vitamina D (< 5 ug), 90% de calcio (< 800 mg), 76% de yodo (< 90 ug) y 12% de fósforo (< 1.200 mg), 14% de zinc (< 10 mg). El 30% de los niños no practicaba AF, el 43% una o 2 veces a la semana y sólo el 27% lo hacía frecuentemente.

Discusión: Los datos en estos niños son similares a los dados por la OMS en 2006 acerca de la prevalencia de obesidad en España (*Niños ≤ 9 años*: sobrepeso: 30,2%, obesidad: 10,3%. *Niñas ≤ 9 años*: sobrepeso: 32,4%, obesidad: 10,5%. *Niños > 9 años*: sobrepeso: 31,7%, obesidad: 8,5%. *Niñas > 9 años*: sobrepeso: 16,5%); al igual que los datos dados para la ingesta de grasa en niños españoles (> 37%).

Conclusión: Un alto porcentaje de los niños estudiados presentó sobrepeso y obesidad, que, unido a un exceso en el consumo de grasas y energía, una inadecuada ingesta de vitaminas y minerales y una baja AF, pueden predisponerlos a una obesidad crónica futura y a otras enfermedades metabólicas. Estos datos demuestran una necesidad urgente de la implantación de programas específicos para la prevención y el tratamiento de la obesidad en España.

872 INSULINOTERAPIA ACTUAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO1

Paula Higuera Sanjuán, Itziar Carceller Beltrán, Miguel Lafuente Hidalgo, Beatriz Navarra Vicente, Roberto Alijarde Lorente, Raquel Pinillos Pisón, Mercedes Rodríguez Rigualt
Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivo: Describir la insulinoterapia actual de la diabetes tipo1(DM-1) tras aparición de pautas basal-bolus con análogos de insulina lenta y bombas de infusión continua de insulina(BICI), y analizar su repercusión en el control metabólico. Determinar la influencia del nº de bolus al día con análogos de insulina rápida sobre el control metabólico.

Material y método: Analizamos pautas de 131 pacientes. 73 varones (55,7%), 58 mujeres (44,3%),37 prepúberes(28,2%) y 94 púberes(71,8%). Edad media±DE:13,07±3,48 (rango3-19). Años de evolución 6,15±3,73 (rango1-17). El control metabólico se valoró con HbA1c media de 3 controles pre y post-cambio. Método: comparación de medias.

Resultados:

1. Pautas:

Lenta/basal	n (% total ptes)	+ I. lispro	+ I. aspártica	+Análogo/R. clásica
NPH	35 (26,7%)	11 (31,4%)	5 (14,3%)	14 (54,3%)
Glargina	49 (37,0%)	34 (69,4%)	15 (30,6%)	
Detemir	41 (31,3%)	36 (87,8%)	5 (12,2%)	
BICI	6 (4,6%)		6 (100%)	

2. Control metabólico: HbA1c media ± DE

Insulina	HbA1c precambio	HbA1c postcambio	Diferencia (p)
NPH	7,53 ± 1,27%		
Glargina	8,06 ± 0,88%	7,83 ± 0,86%	0,22 ± 0,75 (p = ns)
Detemir	8,19 ± 0,99%	7,78 ± 1,10%	0,07 ± 0,70 (p = ns)
BICI	8,46 ± 0,29%	7,95 ± 0,58%	0,51 ± 0,74 (p = ns)

3. HbA1c según nº bolus/día con análogos de insulina rápida en las comidas: la mayoría de los pacientes llevan 3 bolus (n: 60) o 4 bolus (n: 65), siendo la HbA1c mejor en el grupo de 4 bolus con respecto al de 3 (p < 0,001).

Conclusiones: Actualmente mantienen tratamiento con NPH: 26,7% de los pacientes. Hemos encontrado mejoría metabólica tras la pauta de basal/bolus, no siendo las diferencias significativas. HbA1c es significativamente mejor en el grupo de 4 bolus que en el de 3.

873 HOMEOSTASE ALTERADA DA GLICOSE E SÍNDROME METABÓLICO NUMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES OBESOS

Sandra Rodrigues, Isabel Valente, Maria Elena Ferreira, Lourenço Gomes

Hospital Central e Especializado de Crianças Maria Pia, Porto (Portugal).

Introdução: O aumento global da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes é acompanhado pelo risco de resistência à insulina. Esta parece desempenhar um papel central no desenvolvimento da diabetes tipo 2 e do síndrome metabólico. Objectivos: (1) determinar a prevalência de alterações do metabolismo da glicose num grupo de 104 adolescentes obesos e (2) avaliar a presença de alterações metabólicas relacionadas com o síndrome metabólico.

Métodos: Os autores analisaram retrospectivamente os registos clínicos de 104 adolescentes obesos (62 do sexo feminino, idade mediana de 12,1 anos, Zscore IMC médio de 3,7 ± 1,5). Os parâmetros estudados foram: dados antropométricos, pressão arterial, glicose e insulina basais, peptídeo C e perfil lipídico. Um subgrupo de 36 adolescentes (20 do sexo feminino, idade mediana 12,2 anos, Zscore IMC médio 4,1 ± 2,2) foi seleccionado de acordo com os critérios de rastreio de diabetes recomendados pela *American Diabetes Association* (ADA) e foi submetido a uma prova de tolerância oral à glicose (PTOG). Foram calculados os índices HOMA-IR (*homeostasis model assessment of insulin resistance index*) e QUICKI (*quantitative insulin sensitivity check index*) para determinação

da resistência à insulina. O síndrome metabólico foi definido pela presença mínima de três dos seguintes critérios: obesidade, HDL-colesterol baixo, hipertrigliceridemia, hipertensão e tolerância à glicose diminuída.

Resultados: A população estudada (n = 104) revelou glicose em jejum alterada em 1,9% dos casos e hiperinsulinismo em 11,5%. Resistência à insulina foi encontrada em 75%. No subgrupo de alto risco (n = 36) foi identificada homeostase alterada da glicose em 25%. Resistência à insulina foi identificada em 83,3%. Os critérios de síndrome metabólico foram preenchidos por 50% dos adolescentes. O síndrome metabólico correlacionou-se positivamente com HOMA-IR (r = 0,517, p = 0,001) e negativamente com QUICKI (r = -0,546 p = 0,001). Utilizando o algoritmo de rastreio de diabetes preconizado pela ADA, 66% dos adolescentes com tolerância diminuída à glicose não teriam sido identificados.

Conclusões: A população de adolescentes obesos estudada revelou uma elevada prevalência de complicações metabólicas, nomeadamente a resistência à insulina. Corroborando outros autores, o uso da glicose em jejum como principal instrumento de rastreio de alterações da homeostase da glicose, como recomendado pela ADA, parece-nos ser insuficiente, permitindo o seu subdiagnóstico.

874

¿EXISTEN FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE DIABETES MELLITUS EN LA FIBROSIS QUÍSTICA?

Marta Costa Romero, Carlos Bousoño García, Francisco Rivas Crespo

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y Universidad de Oviedo, Asturias.

Introducción: La diabetes producida por la fibrosis quística (DFQ) es una complicación frecuente y perjudicial en la evolución de la enfermedad. Domina entre pacientes con insuficiencia pancreática exocrina, con especial frecuencia en el sexo femenino, apareciendo, generalmente a partir de la segunda década de la vida.

Objetivos: Estudiar el posible papel favorecedor de distintos factores como el sexo, genotipo, déficit pancreático exocrino y edad sobre la alteración glucémica.

Material y método: Estudio prospectivo con recogida de datos clínicos y realización de sobrecarga oral de glucosa (SOG) en 15 enfermos de FQ con edades comprendidas entre los 7 y 18 años.

Resultados: La SOG, con los criterios OMS/ADA, calificó a 11 (73%) como normotolerantes (grupo N) y diagnosticó a los 4 (27%) restantes de intolerancia glucídica (grupo D). La proporción de mujeres en el grupo I es significativamente superior al grupo N (100 vs. 72,7%; p = 0,02). Todos nuestros pacientes, excepto uno, son portadores de la mutación $\delta F508$. La respuesta a la SOG es superponible en homo y heterocigotos de tal mutación: 115 (36) y 105 (40) mg/dl de glucemia respectivamente (p = 0,63). La prevalencia de insuficiencia pancreática exocrina es similar en ambos grupos: (100% en el I vs. 93,3% en el N; p = 0,53). No hay diferencias en la edad (media [DS]) entre ambos grupos (12,0 años (3,95) vs. 14,25 (2,99); p = 0,32). Destaca la precocidad de una niña intolerante, menor de 8 años de edad; es decir, mucho menor de lo habitual en el inicio de la alteración y más joven que el 64% de los integrantes del grupo N.

Conclusiones: 1) Todos los pacientes con intolerancia son mujeres, lo que sugiere que el sexo femenino es un factor de riesgo para esta complicación. 2) En este grupo de enfermos, ni el genotipo, ni la insuficiencia pancreática ni la edad demuestran ser factores influyentes sobre la tolerancia glucídica. La detección de un caso de intolerancia glucídica antes de los 8 años de edad, muy inferior a lo habitual y menor que la mayoría de los normotolerantes, sugiere que el proceso diabetogénico depende de otros factores, además del etario. 3) Es necesario un estudio semejante en una cohorte mucho mayor, a fin de confirmar el carácter determinante del sexo y ponderar adecuadamente la influencia de la edad en la diabetogénesis de los mucoviscidóticos.

875

ESTUDIO DE LA TALLA BAJA IDIOPÁTICA: ETIOPATOGENIA (ALTERACIONES GENÉTICAS EN EL EJE GH-IGF) Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO (AGNRH Y/O HORMONA DE CRECIMIENTO)

Lidia Castro Feijoo, Celsa Quintero García, Jesús Barreiro Conde, Paloma Cabanas Rodríguez, Lourdes Loidi Fernández de Trocóniz, Manuel Pombo Arias

Unidad de Endocrinología Pediátrica, Crecimiento y Adolescencia del Departamento de Pediatría de la Universidad de Santiago de Compostela (A Coruña) y Unidad de Medicina Molecular de la Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

En los últimos años existe una gran controversia en relación al tratamiento de la talla baja idiopática (TBI). En este sentido, las líneas de estudio están orientadas a utilizar tratamientos que actúan modificando el crecimiento, ya sea directamente, como es el caso de la hormona de crecimiento (GH), o indirectamente alterando el tempo de la pubertad y el cierre de las epífisis. Además, actualmente, es aún muy poco lo que sabemos sobre los posibles factores implicados en su etiopatogenia, entre los que destaca el estudio de alteraciones en el eje GH-IGF. La posibilidad de un tratamiento para la TBI nos llevó al diseño de un estudio con grupo control en el que se evaluara la eficacia de dos modalidades de tratamiento, uno con análogos GnRH (aGnRH), el otro un tratamiento combinado con aGnRH y GH. Nos fijamos tres objetivos principales de investigación: 1. Determinar la opción terapéutica que consiga el mejor SDS de talla. 2. Establecer los parámetros de predicción de respuesta al tratamiento. 3. Describir alteraciones moleculares a nivel del eje GH-IGF. El análisis de la evolución del SDS de talla, el pronóstico de talla final y la ganancia de talla con respecto a la talla diana, muestran que el grupo que recibe tratamiento con GH+aGnRH se perfila como la mejor opción terapéutica, ya que evolutivamente, tanto el SDS de la talla como el pronóstico de talla final son mejores que los observados en el grupo control y en el tratado con aGnRH. En el estudio genético hemos encontrado en el gen RGH dos mutaciones en heterocigosis, la R161C y la R368C, el polimorfismo G168 en todos los pacientes y en el 48% de ellos, el exón 3 deletado. En el gen GH1 encontramos el polimorfismo P1 del intrón 4, que ha sido asociado con una menor secreción de GH y, además, los cambios T3A, c. 10+52 A>G, c.10+56 A>T, c.11-100C>T, c.11-52T>C y T149T. Los resultados hasta ahora obtenidos confirman nuestra presunción inicial acerca del tratamiento combinado (aGnRH+GH) y sus posibles beneficios en el tratamiento de la TBI. De tal manera que estos pacientes, de encontrarse al inicio del ensayo clínico con

18:35

tallas inferiores a -2SDS se acercan actualmente a la media poblacional. Consideramos, sin embargo, que lo más importante continuará siendo la identificación de elementos predictores de respuesta terapéutica, aunado al estudio de las implicaciones

que puedan tener los hallazgos genéticos que hemos encontrado en los genes GH1 y R GH, no sólo por su implicación en la etiopatogenia de la talla baja idiopática sino por sus posibles interrelaciones con la respuesta al tratamiento.