

Viernes, 6 de junio

NUTRICIÓN

Zona Póster (Planta Baja)

P1090

FUNGEMIA POR RHODOTORULA MUCILAGINOSA ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL EN UN PACIENTE CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA

Myriam Herrero Álvarez, Elisa Giangaspro Corradi, José Manuel Moreno Villares
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Las infecciones asociadas a catéter son una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con nutrición parenteral domiciliaria (NPD) y son potencialmente graves. En nuestra serie la tasa de complicaciones infecciosas es de 3 por cada 1000 días de NPD. En los 15 años de existencia del programa sólo en tres ocasiones se trató de una fungemia.

Presentamos el caso de una paciente de 6 años diagnosticada de pseudo-obstrucción intestinal crónica idiopática (miopatía visceral) dependiente de NPD y portadora de un catéter tunelizado tipo Hickman canalizado 8 meses antes. Comenzó con fiebre moderada durante el día que llegó a 39°C durante la noche, mientras se infundía la NP. En la exploración física no presentaba focalidad para la fiebre y el orificio de salida del catéter no mostraba signos de infección. Se realizaron hemograma y bioquímica que fueron normales, PCR de 0,74 g/dl, y se recogieron hemocultivo y urocultivo. En este último creció E.Coli sensible a amoxicilina-clavulánico. A los siete días avisan de microbiología del crecimiento en el hemocultivo de un hongo levaduriforme (Rhodotorula Mucilaginosa). A pesar de estar asintomática se extrajo nuevo hemocultivo del catéter y se inició tratamiento con Anfotericina B liposomal que se mantuvo durante 12 días. En el último hemocultivo previo al tratamiento persistía crecimiento del hongo por lo que se procedió a retirada de catéter.

La Rhodotorula es un hongo de lento crecimiento que puede colonizar humanos y su hallazgo suele ser incidental. Se han descrito infecciones en pacientes vulnerables con otros factores de riesgo como pacientes inmunodeprimidos, con enfermedades linfoproliferativas o portadores de catéteres venosos centrales durante largos períodos de tiempo. No se ha descrito, sin embargo, ningún caso en pacientes con NPD. La Rhodotorula tiene bajas concentraciones inhibitorias mínimas para Anfotericina B sin haberse encontrado aún cepas resistentes a este medicamento.

Es importante realizar cultivos de larga incubación para hongos en pacientes con NPD y episodios febriles sin foco. La existencia de una fungemia documentada, además del tratamiento antifúngico específico obliga a la retirada del catéter para confirmar su erradicación.

P1091

¿PUEDEN ANTICIPARSE LAS COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES Y NUTRICIONALES DE UN GRAN PREMATURO?

Myriam Herrero Álvarez, Graciela Navarro Legarda, Belén Joyanes Abances, Carmen Gallego Herrero, José Manuel Moreno Villares

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

La enterocolitis necrosante (ECN) ocurre hasta en un 10% de los prematuros < 1.500 gr. Sus secuelas, en especial si producen un síndrome de intestino corto, pueden comprometer gravemente la situación nutricional e incluso la vida. Una anticipación de las complicaciones podría reducir la morbimortalidad en estos pacientes.

Presentamos un recién nacido gran pretérmino (23 semanas y 800 gr) que presentó una ECN a los 8 días de vida. Sufrió 3 intervenciones en las que se resecaaron yeyuno, ileon, válvula ileocecal, colon ascendente y sigmoideo, con resultado de un síndrome de intestino corto y dependencia de nutrición parenteral (NP). Durante su estancia hospitalaria presentó 5 infecciones, de las cuales sólo una por candida glabrata fue asociada a catéter que obligó a su retirada (una infección por 440 días de NP). Se canalizaron 4 accesos venosos centrales (3 por venotomía quirúrgica y 1 por radiología intervencionista). Desarrolló una trombosis de los territorios venosos profundos de hemi-cuerpo superior, así como de vena femoral derecha. Esto originó un síndrome de vena cava superior con macroglosia obstructiva que obligó a una glosectomía parcial. A los 9 meses pesaba 3.175 kg, había desarrollado una broncodisplasia pulmonar, su ingesta por vía digestiva consistía en 8 ml/h de una fórmula elemental (70 kcal/kg/d) y presentaba trombosis de 3 territorios venosos profundos. Finalmente se canalizó un catéter venoso tunelizado en vena femoral izquierda para administración de NP cíclica inicialmente hospitalaria y con un manejo agresivo las necesidades de oxígeno fueron disminuyendo hasta su retirada, no ha presentado ninguna infección asociada a catéter y ha podido avanzarse la alimentación oral (actualmente 100 kcal/kg/d de una dieta variada) y 100 kcal/kg/d a

través de NP domiciliaria desde hace 4 meses, con una ganancia ponderal de 5 g/día.

Una resección intestinal amplia en un prematuro obliga a una previsión del tratamiento nutricional basándose en: 1) Planificación de accesos venosos centrales, prefiriendo el uso precoz de catéteres tunelizados obtenidos mediante radiología intervencionista. 2) Prevención de la infección asociada a catéter. 3) Ajuste del aporte nutricional consistente en NP equilibrada + nutrición enteral trófica precoz y ciclado de la NP cuando sea posible. 4) Programar la inclusión en un programa de soporte nutricional a domicilio en espera de conseguir la adaptación intestinal.

P1092 ¿SON LAS LLAMADAS AYUDAS ENEMIGOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EXCLUSIVA EN EL PRIMER MES DE VIDA?

Itziar Iturralde Orive, Beatriz Rocandio Cilveti, Carlos Canduela Fernández, Aurora Ona Otxoa, Miguel Ángel Guiu Solano, Juan Sala Ayma
Hospital de Alto Deba, Arrasate - Mondragón (Guipúzcoa).

Es frecuente en la práctica hospitalaria el ofrecer "suplementos" de lactancia artificial al recién nacido bien como complemento de la toma de lactancia materna o bien en sustitución de la misma; a esta práctica se le suele denominar dar "ayudas".

Objetivo: Establecer si el uso de las mismas en los primeros días tras el parto condicionan el fracaso de la lactancia materna en exclusiva en el primer mes de vida.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los niños nacidos en un hospital comarcal entre el 1/10 y el 31/12 del 2007. Se establece contacto telefónico con las familias al mes de vida.

Resultados: En este periodo de tiempo nacieron 123 niños; excluyendo aquellos que ya fueron dados de alta con lactancia artificial la población a estudio es de 114 niños (56,14% varones). Se estableció contacto telefónico posterior con 109 niños (95,61%). Al mes recibían lactancia materna exclusiva 77 (72%) del resto el 50% recibían únicamente lactancia artificial. De los niños con lactancia mixta la media de duración de lactancia materna en exclusiva fue de 9,187 días y en los del grupo de lactancia artificial la media fue levemente inferior 8,56 días. Establecidos los 3 grupos analizamos la media de ayudas (cc/día) recibidas durante su estancia en el hospital (ver tabla)

	1º día	2º día	3º día	4º día	5º día
L. materna	7,27	19,77	15,97	8,05	6,17
L. artificial	16,25	47,81	67,19	56,88	31,88
L. mixta	15,63	32,94	44,69	12,19	10

Como se refleja en la tabla la existencia de ayudas puede contribuir al fracaso de la lactancia materna (sobre todo si estas son superiores a los 20 cc); además parece que si la necesidad de ayudas aumenta progresivamente en el tiempo el fracaso es aun mas probable

Conclusiones: en nuestro estudio el uso de ayudas en el parto inmediato parecen contribuir al fracaso de la lactancia materna en el primer mes de vida. Todo el personal implicado debería concienciarse de la importancia de la lactancia materna como alimento al recién nacido y contribuir por tanto a su éxito

P1093 FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA

Juan Manuel Rius Peris, Juan Ignacio Ortuño Sempere, M. Ángeles Calzado Agrasot, María Maravall Llagaria, Ana López Montes, Cristina Rivas Juesas, Vicent Modesto i Alapont

Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia, Hospital General de Requena, Valencia y Hospital San Jaime, Torrevieja (Alicante).

Antecedentes: En nuestro medio no se alcanzan los objetivos recomendados por la OMS sobre la duración de la LM. Estudiamos los factores implicados.

Método: Estudio de cohortes longitudinal. Entrevistas programadas durante el año de seguimiento. Análisis univariado y regresión logística según Cox.

Resultados y discusión: n = 265. Se presenta la regresión de Cox. Odds < 1 factor protector y odds > 1 factor de riesgo para el abandono de la LM.

Variable	Odds ratio	IC 95%	p
Nivel de estudios < 9, básicos			0,007
	Referencia		
9-12, medios	0,59	0,42 a 0,85	
≥ 13, superiores	0,57	0,38 a 0,85	
Tipo de lactancia en hijo previo			0
LM	Referencia		
No hijos previos	0,97	0,71 a 1,33	
LA	6,42	2,67 a 15,4	
Hábito tabáquico materno			0,009
No fumadora	Referencia		
Exfumadora	1,62	1,04 a 2,52	
Fumadora	1,63	1,14 a 2,33	
Predisposición materna a dar el pecho			0,001
< 6 meses	2,07	1,40 a 3,08	
Lo que pueda	1,29	0,86 a 1,95	
> 6 meses	Referencia		
Información recibida de amigos, sí	1,45	1,04 a 2,03	0,027
Tipo de gestación, asistida	6,48	3,01 a 13,91	0
Tener suficiente leche materna al alta, sí	0,67	0,47 a 0,94	0,022
Uso de pezoneras, sí	2,71	1,77 a 4,12	0
Uso de chupete en el 1º mes, sí	1,44	1,04 a 1,99	0,025

P1094 LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN POBLACIÓN INFANTIL INMIGRANTE RECIÉN LLEGADA

Beatriz Miguel Gil, Cecilia Cruz, Rosa M. Masvidal Aliberch, Dolors Riera Vidal, Elisa de Frutos Gallego, Ana Estabanell Buxo, Claudia Guzmán Molina, Juan Cabezas Oton

Instituto Catalán de la Salud, Barcelona.

Objetivo: Conocer el momento de la introducción de los diferentes alimentos en población pediátrica recientemente inmigrada.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y multicéntrico. Muestra de 106 niños procedentes de países de baja renta, con edades comprendidas entre los 6 m. y 2 a., visitados por primera vez en centros de Asistencia Primaria de Cataluña, con fecha de apertura de historia clínica entre el 1-12- 2005 y el

1-12- 2006. *Variables:* fecha de nacimiento, género, país procedencia, introducción de; cereales sin gluten, fruta, verdura, carne, cereales con gluten, pescado, huevo entero y leche de vaca, según recomendaciones de la OMS y ESPGHAN.

Resultados: 53,8% eran niñas. *Procedencia:* Magreb 19,8%; África subsahariana 4,7%; Indo pakistaní 8,5%; Otros Asia 13,2%; América Central 1,9%; Caribe 0,9%; América del Sur 25,5%; Ex URSS 8,5%; Europa del Este 15,1% y desconocido 1,9%. Hubo missings en las diferentes partes del cuestionario.

Introducción de los diferentes alimentos (ESPGHAN/OMS):

Alimentos incorrecta	Correcta	Precoz	Tardía
Cereales s/ gluten n = 39	27 (69,2%)	5 (12,82%)	7 (17,94%)
Fruta n = 64	50 (78,12%)	6 (9,37%)	8 (12,5%)
Verdura n = 63	52 (82,5%)	5 (7,93%)	6 (9,52%)
Carne n = 59	43 (72,88%)	7 (11,86%)	9 (15,25%)
Cereales c/ gluten n = 51	37 (72,54%)	10 (19,60%)	4 (7,87%)
Pescado n = 50	30 (60%)	10 (20%)	10 (20%)
Huevo entero n = 50	30 (60%)	13 (26%)	7 (14%)
Leche de vaca n = 44	26 (59%)	18 (40,9%)	

En la introducción precoz e incorrecta con relación al origen, destacan: Europa del Este 33,3% (Rumanos el 67%) y América del Sur 22,2% seguidas de otras etnias.

Conclusiones: La mayoría de la población inmigrante introduce correctamente la alimentación complementaria. Hay un relativamente alto porcentaje de introducción precoz de leche de vaca y tardía de cereales, carne y pescado, lo que indica que se ha de realizar un esfuerzo de educación sanitaria en esta población para las evitar patologías asociadas a la introducción inadecuada de alimentos.

HEMATOLOGÍA

Zona Póster (Planta Baja)

P1095

SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO VARIANTE LINFOCÍTICA. CASO CLÍNICO DIAGNOSTICADO EM IDADE PEDIÁTRICA

Luísa Neiva Araujo, Marika Bibi-Antunes, María dos Anjos Teixeira, Margarida Lima, José Barbot

Servicio de Pediatría y Servicio de Hematología del Hospital de Crianças Maria Pia, Porto (Portugal) y Servicio de Hematología del Hospital Geral de Santo António, Porto (Portugal).

O síndrome hipereosinofílico idiopático foi durante muitos anos definido na base de uma hipereosinofilia (> 1.500/uL) crónica com atingimento orgânico secundário. Estudos recentes vieram retirar a este diagnóstico inespecífico duas entidades de fisiopatologia entretanto conhecida: a mieloproliferativa e a linfocítica. Nesta última foi comprovada a proliferação aberrante de uma população de linfócitos T produtores de IL-5, citocina indutora de hipereosinofilia.

Criança do sexo masculino, 8 anos de idade, com hipereosinofilia grave (41.720/uL), rash cutâneo intermitente, pruriginoso e papuloso nos membros e angioedema das mãos e face que coincidia com exacerbação da hipereosinofilia. Sem outras lesões orgânicas secundárias. Investigação de causas de eosinofilia secundária negativa.

O aspirado e biopsia óssea revelaram uma medula hiperplásica, com todas as linhagens hematopoiéticas, sem hiato de maturação e hiperplasia eosinofílica de 64%. Cariótipo medular 46XY. A biopsia cutânea mostrou infiltração eosinofílica.

A imunofenotipagem de sangue periférico mostrou uma população T CD3-CD4+ correspondente a 1% dos leucócitos e a 10% dos linfócitos T CD4+, esclarecendo o diagnóstico. Sem evidência de monoclonalidade T.

A resposta à corticoterapia foi evidente. Presentemente procura-se uma dose mínima capaz de manter o doente assintomático com uma minimização da hipereosinofilia. A terapêutica com MoAb anti IL-5 foi protelada pelo facto de não existirem protocolos em crianças com < 12anos.

Ref.: J Allergy Clin Immunol 2006;117(6):1292-302; Clinical Immunology 2005;115: 51-60; American Journal of Hematology 2005;80:148-157; Allergy 2004; 59: 673-689; Haematologica 2004;89 (2).

P1096

EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

María Royo Gómez, Mar Junco Piñeiro, Victoria San Antonio Arce, Farah Sofia Abuabara Eljadue, Ana Malo de Molina, Tania de Miguel Serrano

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

El edema agudo hemorrágico del lactante es una vasculitis aguda leucocitoclástica de pequeños vasos, caracterizada por lesiones eritematoedematosas y purpúricas con morfología anular o en escarpela, que en su forma típica se presenta en lactantes de 4 -24 meses. En su patogenia parece que están implicadas vacunas, fármacos e infecciones respiratorias.

Las lesiones se localizan preferentemente en la cara, pabellones auriculares y extremidades y se acompañan de edema de cara y miembros. No hay afectación del estado general ni participación visceral y su evolución es benigna, con recuperación en 7-21 días, sin secuelas.

Presentamos el caso de un lactante varón de 15 meses de vida que acude a Urgencias por presentar exantema de rápida evolución caracterizado por pápulas-placas bien delimitadas, de tamaño variable (0,5-3 cm), purpúricas, algunas en diana, distribuidas en cara, pabellones auriculares y extremidades. También presentaba edema doloroso de pies y manos. No se encontró afectación de mucosas ni artritis. El paciente se encontraba afebril, con constantes estables y con buen estado general. El resto de la exploración física fue normal.

Como antecedentes, el paciente había presentado 5 días antes de la aparición de las lesiones cutáneas, cuadro de fiebre por infección de vías respiratorias altas.

Se realizó sistemático y bioquímica sanguínea, estudio de coagulación y orina en los que no se encontró alteraciones. En la ecografía de tobillos se encontró líquido subcutáneo y mínima cantidad de líquido intraarticular.

Se instauró tratamiento antiinflamatorio con ibuprofeno y progresivamente se observa aclaración de las lesiones por el centro y disminución de los edemas con resolución completa en una semana sin dejar secuelas.

El diagnóstico de esta enfermedad es fundamentalmente clínico y se debe establecer diagnóstico diferencial con la Púrpura de Schonlein-Henoch (discutido si son entidades diferentes), el

eritema multiforme, la dermatosis neutrofílica aguda, urticaria y meningococemia. No hay un tratamiento específico, es un cuadro benigno y autolimitado y se aconseja actitud expectante con tratamiento sintomático.

P1097 **SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA** **COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE** **UNA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL** **DE INICIO SISTÉMICO**

Ana Lobeiras Tuñón, Carlos Javier Lobete Prieto,
María Ángeles de Miguel Mallen, Paloma Ruiz del Árbol,
Eduardo Ramos Polo

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Paciente de tres años y diez meses que acude a urgencias de nuestro servicio por fiebre de una semana de evolución sin respuesta a tratamiento con azitromicina y posteriormente con amoxicilina por amigdalitis. Ante los hallazgos en la exploración se sospechó una mononucleosis infecciosa y se realizó serología de virus para confirmar el diagnóstico. Ingresa por permanecer con fiebre la mayor parte del día sin respuesta a antitérmicos; ante la alteración analítica se trata con amoxicilina-clavulánico intravenoso y metamizol.

Dos días después del ingreso apareció un exantema maculopapular difuso, inicialmente en tronco y cara, extendiéndose ya afectando a palmas y plantas. A las 48 horas desarrolló pericarditis (roce pericárdico y ecocardiografía que lo confirma), lo que hizo sospechar una enfermedad de Kawasaki incompleta. Se trata con gammaglobulina intravenosa y ácido acetilsalicílico con escasa respuesta, por lo que se administra una segunda dosis de gammaglobulina conjuntamente con metilprednisolona intravenosa. Mejoría lenta del estado general persistiendo fiebre menos elevada y menos horas al día.

En los días posteriores desarrolló hepatoesplenomegalia que junto con las alteraciones analíticas: bicitopenia (hemoglobina: 8,5 gr/dl, plaquetas 100.000/mm³) y ferritina superior a 100.000 ng/ml, nos hizo sospechar un síndrome hemofagocítico, probablemente secundario a un virus de Epstein-Barr, detectado en las serologías previas. Para confirmar la enfermedad se llevaron a cabo dos aspirados de médula ósea, sin confirmación histopatológica. Ante la alta sospecha clínica, la persistencia de la fiebre y la gravedad del síndrome, se instauró tratamiento con dexametasona intravenosa. Se produjo una mejoría paulatina del estado general y desaparición de la fiebre tras 28 días, sin llegar a normalizarse los parámetros analíticos y persistiendo la hepatoesplenomegalia.

A las pocas semanas del alta desarrolló una artritis de pequeñas articulaciones, por lo que creemos que el cuadro que padeció fue un síndrome de activación de macrófagos en el contexto de una artritis idiopática juvenil de inicio sistémico.

P1098 **PÚRPURA NA CRIANZA-A PROPÓSITO** **DE UM CASO CLÍNICO**

Sara Figueiredo Santos, Isabel Dias Soro, Cristina Faria,
Nuno Andrade

Hospital São Teotónio, Viseu (Portugal).

Introdução: A púrpura é, por definição, uma hemorragia cutâneo-mucosa que não desaparece à digitopressão. É um sinal

que acompanha quadros clínicos diversos, desde infeções graves como a meningococémia a distúrbios hemorrágicos como as púrpuras plaquetárias e vasculares.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um lactente do sexo masculino, de 2 meses e 16 dias, previamente saudável, que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por aparecimento de petéquias a nível da face e couro cabeludo. Sem noção de febre, irritabilidade ou prostração, queixas respiratórias ou gastrointestinais. Realizou vacinas 2 semanas antes (DTP, Polio, Hemophilus influenza tipo B, Hepatite B e Prevenar®). Aleitamento materno exclusivo. À admissão no SUP, mau estado geral, palidez cutânea, petéquias na face e couro cabeludo e sinais de má perfusão. Durante a observação agravamento do estado geral, aumento das petéquias/púrpura com progressão para os membros inferiores. Colhidas amostras de sangue e LCR e iniciada fluidoterapia e antibioterapia endovenosa. Avaliação analítica sem parâmetros de infeção com trombocitopenia grave (< 15 x 10⁹/L). Colocada a hipótese diagnóstica de púrpura trombocitopénica idiopática, pedidas serologias para vírus e administrada 1ª dose de imunoglobulina endovenosa. Agravamento clínico e transferência para Hospital Central. Alta ao 6º dia, clinicamente melhorado, com o diagnóstico de provável púrpura trombocitopénica pós-vacinal e indicação de não realizar 3ª dose da vacina hepatite B. Posteriormente conhecem-se resultados das serologias: 1ª colheita- Herpes simplex IgM positivo (restantes negativas) e 2ª colheita- Herpes simplex 1 IgG positivo/IgM negativo (HSV2 negativo).

Comentários: O caso descrito ilustra uma apresentação não muito típica de púrpura trombocitopénica. A etiologia nesta criança fica em aberto (pós-vacinal versus infeção HSV 1) e apesar da etiologia infecciosa ser bem mais frequente, têm sido descritos casos de trombocitopenia grave associada à vacina hepatite B. Independentemente da causa, o tratamento precoce e adequado da situação é essencial.

INFECTOLOGIA

Zona Póster (Planta Baja)

P1099

REVISIÓN DE LOS CASOS DE EQUINOCOCOSIS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Ainhoa Larrakoetxea Zuluaga, Inés Hernández Salvador,
Javier Fernández Aracama, Ansara Castillo Marcaláin,
Eneritz Guerra García, Itziar Pocheville Guruzeta
Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

La equinococosis o hidatidosis es la infección humana por cestodos más extendida y grave en el mundo, siendo en nuestro medio una entidad de incidencia no desdeñable (1-3 /100.000 habitantes).

Realizamos una revisión de los casos de hidatidosis (pulmonar y hepática) en los últimos 10 años en nuestro hospital a raíz del diagnóstico de un nuevo caso de hidatidosis pulmonar.

Niño de 10 años procedente de Ghana que presentaba como antecedente personal una neumonía en hemitórax derecho con derrame pleural en Junio de 2004 tratada en su país de origen con antibioterapia y drenaje pleural evolucionando favorable-

mente y permaneciendo asintomático durante 2 años. Tras un año en nuestro país, comienza con fiebre, tos productiva y esputo hemoptoico intermitente de 3 meses de evolución recibiendo hasta 3 ciclos de antibioterapia sin remisión completa de los síntomas persistiendo, además, la imagen radiológica inicial, por lo que es remitido a nuestro centro. La exploración física, salvo una ligera hipoventilación en base pulmonar derecha, fue anodina. Ingresó con tratamiento antibiótico empírico intravenoso ante la sospecha diagnóstica de absceso pulmonar.

En el TAC se observó una lesión quística multiloculada de contenido hidroaéreo que, coincidiendo con el hallazgo de una serología positiva a *Echinococcus granulosus*, confirmó el diagnóstico de Hidatidosis pulmonar. Se instauró tratamiento con Albendazol durante los 15 días previos a la cirugía (quistectomía con curetaje) manteniendo este tratamiento durante otros 3 meses. La evolución clínica y radiológica ha sido favorable en los controles sucesivos.

En los últimos 10 años en nuestro centro se han diagnosticado, con éste, 3 casos de hidatidosis (2 pulmonares y 1 hepático) en edad pediátrica, todos procedentes de África subsahariana, con una edad media de 9,4 años. El tratamiento consistió en derivados benzimidazólicos, en 2 de ellos como coadyuvantes de la cirugía.

Conclusiones: A pesar de su baja incidencia, hemos de sospechar la hidatidosis en pacientes procedentes de áreas endémicas con clínica compatible. Nuevos avances quirúrgicos permiten, hoy día, intervenciones menos agresivas e igual de eficaces.

P1100 ESPONDILODISCITIS, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Paola Navas Alonso, María Teresa Fábrega Valverde, Amparo Montero Salas, Juan F. Mesa Vázquez, Raquel Real Terrón, Elena Gil Camarero
Hospital de Mérida, Badajoz.

La espondilodiscitis es una inflamación del disco intervertebral y vértebras adyacentes. Sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, por lo que resulta difícil su diagnóstico precoz. Presentamos dos casos en niños con distintas edades, clínica y evolución.

Caso 1: Niña de 13 meses que presenta cuadro de 20 días de evolución con dolor de miembros inferiores e impotencia funcional, negándose en las últimas 24 horas a la bipedestación y a la sedestación. En la exploración presenta posición antiálgica con lordosis lumbar marcada y dolor a la palpación en columna a nivel lumbar. En las pruebas complementarias destaca una velocidad de sedimentación de 67 mm. Se realizó radiografía de columna lumbar apreciando una disminución de altura del espacio discal L3-L4, en RMN se observa alteración de la señal de los cuerpos vertebrales L3-L4 con ligera disminución de dicho espacio. Ante cuadro compatible con espondilodiscitis inicia antibioterapia intravenosa con evolución favorable.

Caso 2: Niño de 7 años que consulta por cuadro de 20 días de evolución con febrícula y dolor dorsolumbar difuso. En la exploración al ingreso destaca obesidad, rigidez troncular con rectificación de las curvaturas normales, limitación de la flexión y de los movimientos de rotación de la columna dorsolumbar. Presenta aumento de la velocidad de sedimentación de 96 mm. En la radiografía de columna se observa una disminución del

espacio intervertebral D7-D8 con discreto acunamiento del cuerpo vertebral D8. En la RMN dorsolumbar se aprecia afectación discal y colección en partes blandas en dicho nivel. Tras inyección gadolinio se identifica área de realce, que sugiere espondilodiscitis. Se instauró tratamiento con Cloxacilina y Gentamicina parenteral junto con antiinflamatorios y reposo, objetivándose lenta mejoría, persistiendo al alta discreta rigidez con escasa limitación de los movimientos de flexión. En controles posteriores presenta cifosis residual precisando tratamiento ortopédico.

La espondilodiscitis es una infección infrecuente en pediatría que suele afectar a menores de 5 años con localización preferente lumbosacra como en el caso 1. En el caso 2 ni la edad, localización ni evolución corresponden a las típicas de esta entidad.

P1101 TUBERCULOSIS EN PEDIATRÍA: ¿PODEMOS OLVIDARNOS DEL BACILO DE KOCH?

Olga Afonso Rodríguez, María Elena Colino Gil, Ana María Bello Naranjo, María Pilar Bas Suárez, Noelia Montesdeoca Araújo, Jesús Poch Paez
Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas y clínicas de la tuberculosis en la edad pediátrica en el Área de Salud de Las Palmas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se recogen los casos de infección y enfermedad tuberculosa diagnosticados en el H.U.M.I.C. desde el 1 de Enero de 2005 hasta el 30 de Noviembre de 2007.

Resultados: Se diagnosticaron 53 casos. El 83,1% proceden de la isla de Gran Canaria, y el resto de Sáhara, África subsahariana, América latina, Fuerteventura y Lanzarote. El mayor nº de casos (45,28%) se concentra en el grupo de lactantes (45,3%), seguido del grupo de escolares (32%) y prescolares (22,6%). Más de la mitad de los casos estaban asintomáticos. El resto manifestaron clínica respiratoria o fiebre. Las formas de presentación fueron: infección tuberculosa latente (49%), pulmonar (28,3%), pulmonar adenopática (15%), pleuropulmonar (3,8%), miliar (1,9%) y meníngea (1,9%). La fuente de contagio más frecuente fue intrafamiliar (69,8%). El mantoux fue positivo en 49 de los niños (92,4%) y negativo en 3 (una forma miliar, una forma meníngea y un lactante tratado por contacto con madre bacilífera). En 14 casos se obtuvo algún cultivo positivo. La radiografía mostró alteraciones en el 28,3%. Las alteraciones encontradas en el CT de tórax fueron la afectación del parénquima pulmonar con adenopatías torácicas y adenopatías aisladas, siendo normal en el 49% de los casos. Todos los casos de infección tuberculosa se trataron con isoniacida según protocolos. Los casos de enfermedad recibieron tratamiento con isoniacida-rifampicina-pirazinamida. Hubo que suspender el tratamiento en 2 casos por efectos secundarios del mismo y por resistencias.

Conclusiones: La tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública en nuestro medio, dado el nº de casos que se diagnostican anualmente y el alto porcentaje de desconocimiento de la fuente de contagio. El mayor nº de casos diagnosticados corresponde a población autóctona (no inmigrante). La infección latente es la forma más frecuente de presentación.

Tanto las resistencias de los aislados como la toxicidad de los tuberculostáticos pueden dificultar el tratamiento.

P1102 OSTEOMIELITE POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EM PEQUENO LACTENTE. DIAGNÓSTICO PRECOZE ESSENCIALMENTE CLÍNICO

Nádia Catarina Rodrigues, Marco Pereira, Ana Isabel Castro, Camais Blinque, Georgeta Oliveira
Hospital Pedro Hispano, Matosinhos (Portugal).

Antecedentes e objetivos: Osteomielite define-se como uma infecção do sistema musculoesquelético, na maioria dos casos de etiologia bacteriana. No recém-nascido e pequeno lactente esta infecção é relativamente rara, mas é uma causa importante de morbilidade, com possíveis sequelas incapacitantes a longo prazo. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo os exames laboratoriais e imagiológicos importantes co-adjuvantes. O tratamento precoce é crucial na prevenção de lesões sequelares.

Material e métodos: Consulta do processo clínico.

Resultados: Caso Clínico: Lactente do sexo masculino, com antecedentes de risco infeccioso no período neonatal associado a colonização vaginal materna por *Streptococcus agalactiae*, submetido a rastreio séptico nas primeiras 24 horas de vida, que foi negativo. Hospitalizado aos 29 dias de vida edema e rubor do pé e tornozelo esquerdos com 24 horas de evolução. Apresentava-se razoável estado geral, apirexia, edema e rubor discretos do pé e tornozelo esquerdos, associado a irritabilidade à sua mobilização e pseudoparésia do membro inferior esquerdo (em flexão e rotação externa). Sem alterações analíticas e imagiológicas (radiografia e ultrasonografia), à excepção de elevação da Velocidade de sedimentação.

Pela clínica, foi considerada a hipótese de Infecção osteoarticular, iniciando-se antibioterapia parentérica (flucloxacilina e cefotaxima). Posteriormente a hemocultura revelou *Streptococcus agalactiae* e o diagnóstico de osteomielite da tibia esquerda foi confirmado por cintigrafia óssea com ^{99m}Tc-MDP. A evolução foi favorável. Mantém vigilância médica em ambulatório, sem evidência de sequelas.

Conclusão: O diagnóstico de osteomielite é sobretudo baseado em achados clínicos, que podem inespecíficos nos primeiros meses de vida. A normalidade dos exames analíticos e imagiológicos não deve excluir por si só esta infecção osteoarticular, nomeadamente nesta faixa etária. Este caso clínico é o exemplo paradigmático disso. Nesta criança a evolução foi francamente favorável, prevendo-se um óptimo prognóstico a longo prazo, directamente correlacionado com o diagnóstico e tratamento precoces.

P1103 ABSCESO GIGANTE DEL PSOAS SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS DEL ILIACO

Josefina Hontanilla Calatayud, Beatriz Blázquez Arrabal, M^a Jesús García Mazarío, Gema Arriola Pereda, María Pangua Gómez, Begona Pérez-Moneo Agapito
Hospital General Universitario, Guadalajara y Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción: El absceso del psoas es una entidad infrecuente en nuestro medio y excepcional en la infancia. Se puede originar a partir de un foco supurativo vecino (secundario) o a partir del propio músculo (primario). Debido a su clínica ines-

pecífica el diagnóstico suele ser tardío. La ecografía y sobre todo la TAC son las pruebas de elección, y además permiten la colocación de un drenaje, que ayuda al tratamiento y a la toma de muestras para el diagnóstico etiológico.

Caso clínico: Niña de 11 años, que 10 meses antes comienza con fiebre elevada intermitente y dolor en muslo izquierdo, tanto en reposo como con actividad e impotencia funcional. Se pauta tratamiento antiinflamatorio con mejoría parcial de la sintomatología tras dos meses. Unas semanas antes de ingresar, comienza de nuevo con la misma clínica. En la exploración aparece limitación y dolor con la movilización de la cadera, así como palpación de empastamiento en la zona inguinal izquierda. Se realiza hemograma, bioquímica, serologías, mantoux, hemocultivos y marcadores reumáticos que son normales, salvo VSG: 69 y PCR: 72,8 mg/l. Las radiografías simples de pelvis, miembros y columna son normales y la ecografía abdominal muestra un quiste hepático simple. En la RNM se aprecia gran lesión, que se extiende desde la pelvis hasta la ingle izquierda, sugestiva de absceso del psoas. Se coloca drenaje bajo control ecográfico y se toman muestras en las que crece *Staphylococcus aureus*. Se realiza gammagrafía ósea objetivándose afectación del ilíaco y región acetabular. Evoluciona a la curación completa con Cloxacilina parenteral durante un mes y mantenimiento del drenaje 10 días, seguido de tratamiento oral hasta completar 6 semanas.

Conclusiones: 1) El absceso del psoas es una enfermedad infrecuente, con sintomatología inespecífica y curso prolongado. 2) La etiología tuberculosa sigue siendo la más frecuente, seguida por el *Staphylococcus aureus*. 3) La TAC constituye el procedimiento diagnóstico de elección y, junto con la ecografía, permiten realizar aspiración y colocación de drenaje percutáneo.

P1104 OSTEOMIELITE DE MÚLTIPLOS FOCOS NA CRIANÇA

Marisa Isabel Carvalho, Miguel Fonte, Ana Costa, Cristina Candido, Antonio Trindade, Fátima Dias
Serviço de Pediatría del Centro Hospitalar de Tras-os-Montes e Alto Douro (Portugal).

Osteomielite na criança geralmente ocorre nos ossos longos, tais como o fémur, tibia e úmero. A frequência é maior em recém-nascidos e lactentes, do que em crianças mais velhas. A infecção de vários ossos ocorre em menos de 10% dos casos. O diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica antibiótica adequada diminuem o risco de lesão permanente.

Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente de 11 anos, sexo masculino, com antecedente de queda com traumatismo e escoriação nos cotovelos e joelhos, cerca de 2 semanas antes do internamento. Foi observado no serviço de urgência por febre elevada, dor localizada à anca e calcâneo esquerdos e claudicação da marcha com 5 dias de evolução. O exame objectivo revelava limitação à mobilização activa e passiva da anca esquerda, dor à pressão da crista ilíaca e calcâneo esquerdos, associada a impotência funcional. Da investigação analítica efectuada salienta-se contagem total de leucócitos normal, elevação da velocidade de hemossedimentação e da proteína de fase aguda, serologias vírica e bacteriana negativas e hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus*. A RMN e a cintigrafia óssea mostraram alterações sugestivas de osteomielite na epífise distal da tibia, na vertente posterior do calcâneo,

vertente anterior da crista ilíaca e coluna posterior do acetábulo esquerdos, o último dos quais com pequeno abscesso.

Iniciou terapêutica com flucloxacilina endovenosa que manteve durante 21 dias com boa resposta. Actualmente seguido em consulta externa, mantém claudicação discreta dois meses após início da doença.

Os autores pretendem relembra que na infância, um pequeno erro de avaliação, em etapa precoce de uma situação potencialmente curável, pode ser causa de seqüelas permanentes e devastadoras, evitáveis com o início precoce da antibioterapia.

P1105

NEUMOPATÍA POR CHLAMYDIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Olga Díaz Morales, Cristina Mata Rodríguez, Rosauro Varo Cobos, José M. Rumbao Aguirre, Gabriel Vázquez León

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La neumopatía intersticial por Chlamydia trachomatis constituye una patología poco frecuente en nuestro medio, pero que debe ser sospechada durante los primeros meses de vida ante cuadros respiratorios de mala evolución. Suele transmitirse al recién nacido en el canal del parto, por lo que puede acompañarse además de conjuntivitis y/o rinitis.

Caso clínico: Lactante de 1 mes que desde las 2 semanas de vida presenta tos que ha ido progresivamente aumentando en frecuencia e intensidad hasta hacerse emetizante en todas las tomas y que se acompaña de estancamiento ponderal, rinorrea mucopurulenta y secreciones oculares amarillentas. Afebril durante todo el proceso. A la exploración física se objetivó palidez cutánea, signos de malnutrición, secreciones oculares blanquecinas y discreto tiraje subcostal. Presentaba a la auscultación cardiorrespiratoria subcrepitanes y crepitanes generalizados. Resto de exploración física normal. Se inició tratamiento con aerosolterapia, pero a pesar de esto mantenía auscultación patológica, motivo por el que se realizó radiografía de tórax (mostrando infiltrados bilaterales difusos) y hemograma (leucocitosis con eosinofilia). Ante la sospecha de infección por chlamydias se decide inicio de tratamiento con azitromicina y pruebas serológicas que posteriormente apoyaron el diagnóstico. Se obtuvo una mejora progresiva de la clínica tras 5 días de tratamiento antibiótico con exploración física normal al alta.

Comentarios: 1) La neumopatía intersticial por Chlamydia trachomatis constituye una patología poco frecuente pero a tener en cuenta en lactantes de pocos meses de vida con cuadro respiratorio de mala evolución. 2) Ante la sospecha diagnóstica se recomienda solicitar serologías específicas y PCR. 3) Es conveniente el estudio de la infección materna en caso de confirmación en el lactante.

P1106

LOBECTOMÍA PULMONAR POST DERRAME PARANEUMÓNICO COMPLICADO

M^a Carmen Rivero de la Rosa, Macarena Rus Palacios, Pedro Terol Barrero, Joaquín Romero Cachaza, Jesús Loscertales Abril, José González Hachero

Sección de Infectología Pediátrica del Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Las neumonías de la comunidad son una patología de extraordinaria prevalencia. El derrame pleural es una

complicación frecuente que precisa evacuación en ocasiones. Su complicación con un absceso, puede hacer necesario tratamientos más agresivos.

Material y métodos: Niña de 3 años que consulta por fiebre elevada de 5 días, tos, decaimiento, cefalea y dolor abdominal. Correctamente inmunizada incluyendo tres dosis de vacuna antineumocócica conjugada heptavalente. *Antecedentes personales:* hiperreactividad bronquial. *Auscultación:* hipoventilación en base derecha. Taquipnea. Resto de la exploración sin hallazgos. Radiografía de tórax: Condensación pulmonar en lóbulo inferior derecho con derrame pleural asociado. *Hemograma:* leucocitosis con neutrofilia, PCR: 304,5 mg/L, estudio etiológico de neumonía (cultivos y serología) negativos, mantoux: 0 mm. *Ecografía de tórax:* derrame de escasa entidad.

Resultados: Sospechando etiología neumocócica a pesar de la vacunación (edad y radiología) se inicia tratamiento con Amoxicilina i.v, persistiendo picos febriles aislados y abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Radiografía de control a los tres días: derrame pleural derecho masivo. El drenaje da salida a líquido serohemático con características de empiema y cultivos negativos. Radiografía posterior: reexpansión pulmonar. Presencia de derrame paraneumónico complicado e imagen cavitada intraparenquimatosa en lóbulo inferior derecho (Posible absceso pulmonar). Se inicia antibioterapia con vancomicina y fibrinolíticos a través del catéter. Evolución clínica desfavorable, con signos de dificultad respiratoria marcada. Se traslada a UCIP. Mejoría clínica sin resolución del absceso por lo que es valorada por el servicio de Cirugía torácica. Se decide lobectomía inferior derecha, con resolución completa del proceso. Actualmente asintomática y en seguimiento con evolución favorable.

Conclusión: Este caso es de interés por su desfavorable y poco frecuente evolución y la agresividad del tratamiento. La vacunación y la antibioterapia correcta no evita, en ocasiones, la presencia de neumonías complicadas. ¿Asistimos a una selección de cepas no incluidas en la vacuna? La mayoría de los derrames se resuelven con drenaje, siendo excepcional, la presencia de un absceso y la necesidad de cirugía.

P1107

TROMBOSIS DEL SENO SIGMOIDEO Y BULBO DE LA YUGULAR DERECHA; RARA COMPLICACIÓN DE LA OTOMASTOIDITIS

Laura Yepes Carmona, Óscar Manuel López Moreira, M^a Carmen Rivero de la Rosa, Pedro Terol Barrero, Joaquín Romero Cachaza, José González Hachero
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La otomastoiditis es una infección de la mastoides generalmente consecuencia de una otitis media. Con tratamiento antibiótico debidamente cumplimentado la evolución suele ser favorable siendo raras las complicaciones intracraniales.

Material y métodos: Niño de 2 años en tratamiento con cefixima por otitis media aguda que consulta por decaimiento, irritabilidad e inestabilidad en la marcha. Vómitos de pocas horas de evolución, no fiebre. *Antecedentes personales:* Bronquitis de repetición. *Exploración clínica:* buen estado general, marcha inestable con tendencia a ir a la izquierda, lateralización del cuello hacia la derecha. Pares craneales normales, pupilas iso-

córicas y normorreactivas a la luz y a la acomodación. Otoscopia oído derecho con membrana timpánica algo retraída. Resto de la exploración sin hallazgos. *Pruebas complementarias:* Hemograma, bioquímica, coagulación: normales, PCR: 23mg/l. *TAC craneal:* Ocupación completa de oído y mastoides derecha por material inflamatorio. Se diagnosticó de otomastoiditis derecha.

Resultados: Se inició tratamiento con antibióticos intravenosos durante dos semanas, siendo la evolución favorable normalizándose la marcha. En la RNM de control que se realizó a la semana tras el alta, se objetivó persistencia de ocupación de las celdas mastoideas y trombosis del seno sigmoideo y bulbo de la yugular derechas, por lo que comenzamos tratamiento con heparina de bajo peso molecular subcutánea a 1mg/kg/día. En el control que se le realizó a los tres meses, no se observó extensión de la trombosis y comparándolo con el estudio previo se objetivó una recanalización parcial de la misma, por lo que se continuó tratamiento otros 3 meses más hasta nueva revisión, en la actualidad el niño se encuentra asintomático.

Comentarios: La trombosis del seno sigmoideo es rara en la actualidad. La clínica más frecuente es la cefalea intensa, síntoma que en nuestro caso no presentó en ningún momento de la evolución. Se discute el uso de anticoagulantes orales, en especial si se trata de niños pequeños debido al riesgo de sangrado por esto se opta por la heparina subcutánea como primera opción. El tratamiento quirúrgico es controvertido, será la clínica y la evolución del paciente la que nos decante hacia una u otra posibilidad.

P1108 NEUMONÍA NECROSANTE POR NEUMOCOCO: A PROPÓSITO DE UN CASO

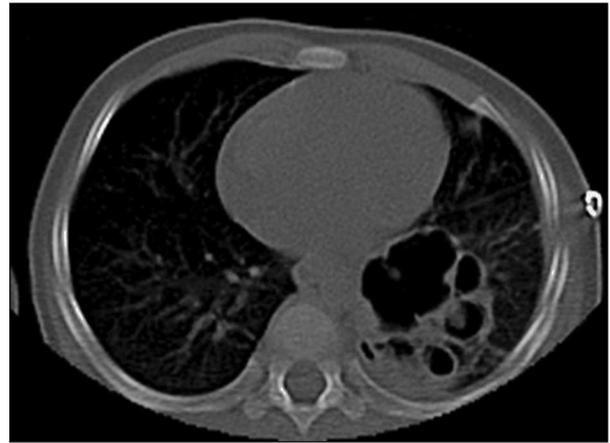
Paula Ibáñez Clemente, Celia Balaguer Yebenes,
Ana María González Fernández, Silvia Castillo Corullón,
Francisco Núñez Gómez, Joaquín Sala Franco
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Se presenta un caso de Neumonía necrosante por Neumococo serotipo 6B.

El paciente es un niño de 20 meses sin antecedentes personales de interés, correctamente vacunado, que no había sido inmunizado con la vacuna conjugada heptavalente. Había llevado tratamiento con Claritromicina durante 5 días por infección de vías respiratorias.

Al ingreso, su clínica y las pruebas complementarias apuntaban al diagnóstico de neumonía de lóbulo inferior izquierdo con derrame pleural asociado, siendo tratado empíricamente con penicilina G sódica iv y drenaje del derrame pleural. Tanto el Mantoux como el cultivo de líquido pleural resultaron negativos, aislándose en el hemocultivo *Streptococo pneumoniae* serotipo 6B sensible a penicilina, cefotaxima y levofloxacino.

La evolución fue tórpida, persistiendo febrícula e incluso picos febriles durante más de 10 días, lo que junto con la aparición de imágenes radiológicas de hiperclaridad a nivel de hemitórax izquierdo, compatibles con bullas-necrosis, se decide cambio del tratamiento a ceftriaxona im y solicitud de TAC torácico, confirmando el diagnóstico de neumatoceles en el contexto de una Neumonía necrosante.



El paciente queda apirético a los dos días del cambio de antibiótico, mejorando clínica y radiológicamente. En la última radiografía de tórax de control, sólo persiste una pequeña imagen de neumatocele retrocardiaco residual, sin pérdida de volumen pulmonar, siendo la auscultación pulmonar normal.

La evolución hacia la necrosis de una neumonía es infrecuente, aunque posible. Ante este caso nos preguntamos: ¿Qué hubiera pasado si el calendario oficial de vacunaciones incluyera la vacuna conjugada heptavalente?

P1109 PRESENTACIÓN DE 2 HERMANOS CON SÍNDROME DE PFAPA

María del Pilar Antón Martín, Roberto Ortiz Movilla,
María Teresa Cuesta Rubio, Fernanda López Fernández,
Bárbara Rubio Gribble, José Tomás Ramos Amador
Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Introducción: La presencia de fiebre recurrente es un motivo de gran incertidumbre etiológica.

El Síndrome PFAPA (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis), tiene una etiopatogenia desconocida sin relación genética demostrada y con una mínima incidencia en nuestro medio. Sin embargo, existen algunas series que demuestran presentación intrafamiliar. Presentamos 2 casos identificados en nuestro hospital, que son hermanos.

Casos clínicos: *Caso 1:* Niño de 8 años, en estudio por episodios febriles de hasta 39.5°C desde los 6 años, a intervalos de 3-4 semanas. En los mismos presentaba faringitis sin exudados y adenopatías cervicales bilaterales sin aftas bucales. Buena evolución clínica, con desaparición de la fiebre y sintomatología tras dosis única de prednisona a 1 mg/kg/día. *Caso 2:* Niño de 14 meses (hermano del anterior), enviado a estudio por episodios febriles de hasta 40.5°C de 4 días de duración, a intervalos de 3 semanas, desde los 10 meses de edad. Nunca ha presentado aftas orales ni exudados faringeos, pero sí adenopatías. Buena evolución clínica con desaparición casi inmediata de la fiebre y síntomas tras dosis única de prednisona a 1 mg/kg/día. En ambos casos, se realizó estudio analítico donde se observó leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda, siendo los cultivos de sangre y orina, y los estudios serológicos e inmunológicos (incluido IgD) normales.

Comentarios: En nuestra experiencia, y revisando la literatura existente, no existe relación genética concluyente en este síndrome, sin embargo, se han comunicado casos de familiares que presentan el síndrome. Dada la baja incidencia que presenta, es poco probable pensar en coincidencia de varios casos intrafamiliares, quizás nos encontremos ante una patología con una base genética. Son necesarios estudios genéticos para dilucidar su origen y etiopatogenia.

P1110 ECTIMA GANGRENOSO: MANIFESTACIÓN INICIAL DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

Marta Dapena Archilés, Laura Gil Juanmiquel, Francisco Coll Usandizaga, Marc Tobeña Rue, Pere Soler Palacín, Fernando Alfonso Moraga-Llop

Unidad de Pediatría General, Unidad de Infecciosas e Inmunología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: El ectima gangrenoso es una manifestación cutánea característica de la enfermedad invasiva por *Pseudomonas aeruginosa*, que se presenta generalmente en pacientes inmunodeprimidos.

Métodos: Presentamos 2 casos clínicos de una inmunodeficiencia primaria cuya primera manifestación clínica fue un ectima gangrenoso.

Caso 1: Niño de 10 meses que consulta por síndrome febril prolongado y ectima gangrenoso perianal. Al ingreso presenta neutropenia grave. Evoluciona en pocas horas a shock séptico, ingresando en UCI. Requiere asistencia ventilatoria, soporte cardiocirculatorio y medidas de depuración extrarrenal. Permanece ingresado durante 34 días, se recupera con secuelas debido a amputación de extremidad inferior derecha por necrosis isquémica. El hemocultivo y el cultivo de la lesión cutánea son positivos a *P. aeruginosa*. El inmunofenotipo demuestra ausencia de linfocitos B, determinándose la expresión de la Bruton tirosin quinasa que es ausente, diagnosticándose de agammaglobulinemia ligada al cromosoma X. Actualmente el paciente recibe gammaglobulina IV periódica.

Caso 2: Neonato de 23 días de vida que consulta por síndrome febril y varias lesiones compatibles con ectima gangrenoso en zona dorsal. Al ingreso presenta neutropenia grave. Se inicia antibioticoterapia de amplio espectro con buena respuesta. El cultivo de las lesiones cutáneas resulta positivo a *P. aeruginosa*, siendo el hemocultivo y el cultivo de LCR negativos. Se realiza una evaluación inmunológica en la que se objetiva una neutropenia persistente compatible con neutropenia congénita grave, tras descartarse otras posibilidades diagnósticas. El paciente recibe tratamiento diario con G-CSF a dosis altas con respuesta parcial, por lo que se valora trasplante de médula ósea.

Conclusiones: El ectima gangrenoso puede ser la primera manifestación clínica de una inmunodeficiencia primaria subyacente. Ante la sospecha de estas lesiones, debe iniciarse un tratamiento antibiótico de amplio espectro de forma precoz. El pronóstico a largo plazo depende tanto de la enfermedad de base como del diagnóstico y manejo inicial adecuado.

P1111 EXANTEMA PETEQUIAL COMO MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME MONONUCLEÓSCICO

María Cerdá Medina, Ana Bayo Pérez, Eladio Ruiz González, Verónica Hortelano Platero, Miguel Ángel Fuentes Castelló, Fernando Vargas Torcal

Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

Introducción: El síndrome mononucleósico (SMN) es producido en un 80-90% de los casos por el VEB. Hay otros agentes causales, siendo el más frecuente, en el 75% de los casos, el CMV.

Caso clínico: Paciente mujer de 2 años de edad que consulta por fiebre (máximo 39 °C), y tos, asociado a dolor abdominal intenso y decaimiento de aproximadamente 24 horas de evolución. A la exploración física destaca un regular estado general, respiración quejumbrosa y una esplenomegalia de 2 cm. Ante sospecha de SMN se realiza analítica sanguínea con leucocitosis sin linfocitosis y leve aumento de enzimas hepáticas. Se cursa serología para virus y se obtiene Paul-Bunell negativo. A las 6 horas presenta exantema maculopapular eritematoso en región distal de extremidades inferiores, con tendencia a la confluencia, y petequias en región posterior de muslos y cuello, con dudosos signos meníngeos. Ante la sospecha de sepsis se decide realizar punción lumbar, extraer hemocultivo y realizar hemograma, bioquímica y coagulación, e iniciar antibioterapia i.v. A pesar de resultar la bioquímica de LCR normal, se mantienen antibióticos i.v. hasta resultado del cultivo de LCR. En las siguientes 12 horas mejora el aspecto general de la niña, sin aparición de nuevas petequias, desapareciendo las iniciales en aproximadamente 24 horas. Se recibe cultivo de LCR y hemocultivo negativos por lo que se suspende la antibioterapia. Posteriormente se recibe la serología vírica positiva (IgM e IgG) para CMV (resto negativo). Al mes la esplenomegalia está resuelta y la paciente se encuentra asintomática.

Conclusión: La importancia del diagnóstico diferencial ante un exantema petequeal radica en que el pronóstico varía en función de la etiología. La sepsis es un acontecimiento grave que depara una mortalidad entre 30-50%. Sin embargo el pronóstico del SMN es bueno con escasa morbimortalidad (salvo complicaciones, con una mortalidad por rotura de bazo, complicación más grave, menor de 0,15%).

P1112 HERPES ZOSTER EN PACIENTE VACUNADO FRENTE A VARICELA

Teresa Raga Póveda, Sara Castrillo Bustamante, Carlos Santana Rodríguez, María Laura Casado Sánchez, Eva Domínguez Bernal, Cristina Ortega Casanueva

Hospital General, Segovia.

Introducción: Actualmente se recomienda la vacunación frente al virus de la varicela a toda la población pediátrica, esperándose una disminución de la incidencia tanto de varicela como de herpes zoster (HZ). Sin embargo, también se ha apuntado en sentido contrario, sobre la posibilidad del incremento de HZ tras la vacunación. Presentamos un caso de HZ en niño vacunado frente a varicela.

Caso clínico: Paciente de 3 años y 5 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, vacunado correctamente (incluida

vacuna frente a la varicela a los 13 meses de edad) y con antecedente familiar de un hermano de 5 años, que presentó cuadro de varicela modificada tras haber sido vacunado frente a la misma. Consulta por haber comenzado hace 4 días con prurito y disestesias en región mandibular izquierda, con aparición posterior de lesiones vesiculosas a ese nivel de apariencia típicamente herpética. Cuadro catarral 15 días antes. No otra sintomatología. Evolución favorable con tratamiento sintomático, con mínima cicatriz residual. **Diagnóstico:** Herpes zoster en paciente inmunizado de varicela, sin evidencia de haber padecido la enfermedad.

Discusión: El HZ se consideraba un proceso infrecuente en pacientes pediátricos sanos. Además, tras la vacunación, los estudios de seguimiento han registrado tasas de HZ menores que tras la enfermedad natural. En otros países se ha descrito una incidencia de HZ en niños vacunados muy baja (14 /100.000 personas). En los casos de HZ en pacientes vacunados se especula con varias posibilidades: que la cepa responsable no sea la Oka (presente en la vacuna), que se trate de un fallo primario de la vacuna, o bien que haya existido una varicela subclínica prevacunación. Sería interesante poder determinar la cepa responsable en los pacientes vacunados que presenten lesiones de HZ, para conocer si este proceso es ocasionado por virus salvajes o por el virus vacunal.

Nos parece conveniente comunicar este tipo de casos, para poder estimar cual está siendo realmente el impacto de la vacuna en la incidencia de HZ en nuestro medio.

P1113 NEUTROPENIA EN NIÑOS INMUNOCOMPETENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL DOS DURANTE EL PERÍODO 2003-2007

Álvaro Rando Diego, Luisa García-Cuenllas Álvarez,
Sergio José Quevedo Teruel, Cristina Calvo Rey,
Beatriz García Cuartero
Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Antecedentes y objetivos: La neutropenia es una alteración analítica que aparece con relativa frecuencia en las infecciones virales, sobre todo en los lactantes. Se considera en general un proceso banal que en la gran mayoría de los casos no produce complicaciones, sin embargo se encuentra muy poca literatura al respecto.

Métodos: Revisión de historias clínicas de los niños ingresados con el diagnóstico de neutropenia (< 1.500 neutrófilos totales) en la planta de hospitalización de nuestro centro entre octubre/2002 y enero/2008. Se recogen variables demográficas (edad y sexo), las cifras de neutrófilos y leucocitos al ingreso, al alta y mínimas, la existencia de factores de riesgo de mayor gravedad de la neutropenia, la aparición de otras alteraciones hematológicas como anemia y trombopenia y los diagnósticos al alta.

Resultados: Se incluyen 54 ingresos, de los cuales el 68,5% son varones, con una edad media de 26 meses (mediana 8,5 meses). Un 72% tuvo fiebre en algún momento de la evolución. La cifra mediana de neutrófilos al ingreso fue de 810 (4.310 leucocitos totales), al alta de 755 (6.205 leucocitos) y como valor mínimo 475 (4.525 leucocitos). En un 18,5% se acompañan de trombopenia leve (cifra media de plaquetas de 123.100) y en un 70,4% de anemia (hemoglobina media 10,2 g/dL y hematocrito medio 29%). Tan sólo en un 24% se puede identificar algún factor de riesgo, no encontrándose diferencias significativas en los días de estancia respecto a los que no lo presentaban (estancia me-

dia global de 4,5 días, con un rango entre 1 y 15 días). Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron la viriemia (29,6%) y la gastroenteritis aguda (24,1%). En ningún caso se objetivaron complicaciones infecciosas secundarias a la neutropenia.

Conclusiones: Aunque la neutropenia relacionada con ciertas patologías de base o la que se observa en los pacientes oncológicos supone un riesgo comprobado de infecciones potencialmente graves, aquella que se da como producto de procesos banales no parece comprometer los mecanismos inmunológicos del paciente. Sin embargo, ante la carencia de estudios al respecto, estos niños son habitualmente hospitalizados durante días. Nuestro trabajo no apoya la necesidad de ingreso en estos pacientes.

P1114 ABSCESO CIGOMÁTICO EN LACTANTE: RARA FORMA DE PRESENTACIÓN DE MASTOIDITIS AGUDA

Lucía Ruiz Tudela, Itziar García Escobar, M. Oña,
Francisco Giménez Sánchez, Cristóbal Ruiz Gómez,
Manuel Martín González

Servicio de Otorrinolaringología y Servicio de Pediatría-Lactantes
del Hospital Torrecárdenas del SAS, Almería.

Introducción: Tras la disminución del número de casos de mastoiditis por la llegada de los antibióticos, se esta viendo un repunte en los últimos años, por las resistencias antibióticas. El diagnóstico es especialmente difícil en niños pequeños.

Observación clínica: Lactante de 6 meses, acude por irritabilidad, tos y dificultad respiratoria, y por aparición de tumefacción en región preauricular; fiebre-40°, de 24 horas de evolución. En tratamiento con broncodilatadores y amoxicilina. BEG, buena coloración. No distres respiratorio, ni taquipnea. Tumefacción temporocigomática de consistencia blanda sin signos inflamatorios. AR: ruidos transmitidos y subcrepitantes en ambos hemitórax. ORL: hiperemia timpánica y de CAE. Amígdalas ligeramente hiperémicas. Resto normal. Pruebas complementarias: hemograma: leucocitos 18.000 (N 80,7% L 12,7% M 3,5% E 0,1%) Serie roja: normal; Coagulación: normal; Bioquímica sanguínea normal. PCR: 22,08 mg/dL Inmunoglobulinas: IgM 153,6 mg/dL, resto normales. Serología respiratoria negativa. TAC craneal: no lesiones intracraneales. Colección hipodensa situada entre el músculo temporal y la calota craneal. No destrucción ni erosión ósea. A las 24 h de su ingreso, otorrea purulenta. Cultivo secreción ótica: flora regional. Se pautó antibioterapia iv.: cefotaxima y vancomicina, y corticoterapia. Ante la mala evolución se decidió intervención quirúrgica. Encuentran una mastoiditis con un trayecto fistuloso que a través de antro comunicaba con las celdillas del hueso cigomático. Se realizó mastoidectomía, miringotomía y drenaje del absceso subperióstico.

Discusión: La mastoiditis es la complicación mas frecuente de la OMA en la infancia, más prevalente en niños menores de 2 años. Si una mastoiditis consolidada no se trata tiende a exteriorizarse, y la forma mas común es la absceso retroauricular, aunque pueden aparecer otras que se presentan en muy raras ocasiones como puede ser la exteriorización temporocigomática. Para ello es necesario que aparezcan celdas en la rama del hueso zigomático y debe unirse la presencia de un trayecto fistulosos que conecta con las celdas de la rama del cigoma, como el caso presentado, que lo común es encontrarlo en edades mas avanzadas. La aparición de formas evolucionadas y en edades tan precoces, hace que el diagnóstico se retrase, y que la necesidad de la intervención quirúrgica sea imprescindible.

P1115 BOTULISMO INFANTIL; UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA ANTE UN LACTANTE HIPOTÓNICO

Belén Jiménez Crespo, David Mora Navarro, Adrián García Ron, María Luisa Domínguez Quintero, Concepción González Fuentes, M^a Teresa Ferrer Castillo

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: El botulismo es un trastorno neurológico con aparición de una parálisis flácida descendente. El agente causal es el *C.botulinum*, bacilo gram positivo anaerobio que forma esporas. Según el mecanismo patogénico existen 3 formas clínicas: infantil, alimentaria y botulismo de las heridas.

Discusión: El botulismo infantil se ha descrito solo en menores de 1 año (90% de los casos entre 2 y 6 meses). El bacilo libera una potente neurotoxina que bloquea la transmisión neuromuscular. Existen 7 tipos de toxinas (A-G). En niños, la mayoría de los casos están ocasionados por A y B. La ingestión de miel se ha implicado como causal pero en la mayoría de los casos no se identifica la fuente. Son factores de riesgo habitar en zonas rurales y próximas a lugares en construcción. La clínica comienza tras 3-30d de incubación y el síntoma más precoz es el estreñimiento que puede preceder al resto de los síntomas en semanas. Lo más llamativo es la hipotonía, succión y llantos débiles, escasa actividad espontánea, ptosis palpebral y midriasis arreactiva así como alteración de esfínteres. El diagnóstico de confirmación es la detección de la toxina o del clostridium en heces del paciente o en el alimento sospechoso. El tratamiento requiere sostén respiratorio y nutricional. En ensayo un tratamiento específico con inmunoglobulina antitoxinica humana endovenosa ha mostrado disminuir tiempo de hospitalización y de ventilación mecánica.

Caso clínico: Lactante mujer de 2 meses que ingresa por presentar desde 48 horas previas mala succión, atragantamiento y estridor inspiratorio. AP sin interés. Lactancia artificial. Exp.: MEG. Hipotonía global. Llanto débil y disfónico. Ptosis palpebral. Midriasis arreactiva. Succión débil. Estridor inspiratorio intermitente. PC: Hemograma, hemocultivo, LCR, BQ, tóxicos en orina, TAC y RMN craneal, EEG: Normales. Investigación de clostridium en heces positivo. Se instauró tratamiento con gammaglobulina antitoxinica iv al 5º día con evolución favorable. Al alta solo persistió leve hipotonía global que fue recuperándose después.

Conclusiones: 1) El botulismo infantil es una enfermedad potencialmente mortal que muchas ocasiones requiere ingreso en UCI y ventilación mecánica. 2) Un nuevo tratamiento con Ig específica humana se está ensayando con buenos resultados.

P1116 MENINGITIS RECURRENTE POR ENTEROCOCO

Soraya Cuadrado Martín, Rubén Moreno Sánchez, María Jesús Cuscó Fernández, Silvia Cotrina Fernández, Adriana Navas Carretero, Gloria M. Escudero Bueno
Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: Durante la edad pediátrica numerosos microorganismos pueden desencadenar meningitis, de los que no hay que olvidar los menos comunes como los Enterococos, de éstos *E. faecium* y *faecalis* son los principales. La peculiaridad de estos patógenos es la resistencia intrínseca a la mayoría de los antibió-

ticos indicados, haciendo difícil su manejo en ocasiones. Presentamos el caso de una lactante con meningitis de repetición y antecedente de intervención quirúrgica craneal de reconstrucción.

Caso clínico: Paciente de 11 meses con síndrome de Crouzon intervenido en otro centro de craneotomía coronal 2 meses antes y posterior meningitis por Enterococo, que acude por irritabilidad alternante con somnolencia, vómitos y fiebre elevada. En el LCR se detecta Enterococo, no precisando en un primer momento la especie. Debido a la alta resistencia de *E. faecalis* a Vancomicina, comenzamos a tratar con Linezolid en consenso con Sº de Microbiología. Mantenemos el tratamiento durante 3 semanas, con evolución favorable y ausencia de efectos secundarios. Un mes más tarde acude con similar sintomatología. Se realiza estudio de LCR, positivo para Enterococo, por lo que se vuelve a administrar Linezolid. Al persistir irritabilidad se añade Rifampicina, sinérgica con el anterior. Mantenemos tratamiento 4 semanas. Antes de finalizarlo, inicia mismo cuadro, ante esta 4ª meningitis por el mismo microorganismo asociamos Linezolid, Rifampicina, Ampicilina y Vancomicina, con buen resultado. Sospechando región donde quedara acantonada la bacteria, se realiza RMN, compatible con absceso parietal izquierdo. Se decide que durante la segunda cirugía correctora se extirpe dicha lesión, y, aunque el estudio microscópico no muestra signos inflamatorios, la paciente no vuelve a presentar meningitis en el último año.

Conclusiones: La meningitis por Enterococo es un cuadro infrecuente, y la probabilidad de presentar 4 episodios en 5 meses por el mismo agente causal es mínima, salvo que exista una condición previa como una intervención quirúrgica craneal. No obstante, en esta niña, a pesar de haber sido curativa por el momento la extirpación de la lesión, la Anatomía Patológica no revela la inflamación esperable. Además, este caso nos muestra la evolución tórpida que presentan las meningitis cuyo agente causal es el Enterococo.

P1117 STREPTOCOCCUS DO GRUPO A: UMA AMEAÇA CRESCENTE

Teresa Almeida Campos, Joana Rebelo, Carla Sofia Dias, Fernanda Carvalho, Ana Maia Ferreira, Júlia Eça Guimaraes
Hospital de São João, Porto (Portugal) y Hospital de São João de Deus, Vila Nova de Famalicão (Portugal).

A incidência de doença invasiva por *Streptococcus* do grupo A tem aumentado nos últimos anos. Esta entidade inclui três síndromes que se sobrepõem clinicamente: síndrome do choque tóxico, fascíte necrotizante e doença invasiva não relacionada com os anteriores (bacteriemia, osteomielite, artrite séptica e pneumonia). Os autores apresentam o caso de uma criança com doença invasiva por *Streptococcus* do grupo A, com manifestação cutânea exuberante, que evoluiu para fascíte necrotizante com síndrome de compartimento dos membros direitos.

Criança do sexo masculino, 7 anos de idade, com antecedentes de fenda palatina operada e amigdalectomia, transferido do hospital da área de residência por doença invasiva estreptocócica. Apresentava febre com quatro dias de evolução, exantema maculopapular generalizado e múltiplas cáries dentárias. As extremidades dos membros direitos estavam edemaciadas, com flictenas de conteúdo transparente. Estudo analítico mostrou leucocitose com neutrofilia, proteína C reactiva e TASO aumentados; antígeno da orofaringe e hemocultura positivas para *Streptococcus pyogenes*. Medicado com penicilina, clindamicina

e vancomicina; realizada perfusão de imunoglobulina durante cinco días, com aparente melhoria clínica. O reaparecimento da febre e de novas flictenas, agravamento dos sinais inflamatórios locais e dor muito intensa em repouso, com necessidade de perfusão de morfina, levou à suspeita de fascíte necrotizante/síndrome do compartimento, confirmadas por ecografía e RMN da perna e pé direitos. Submetido a extração dentária e fasciotomia das extremidades dos membros direitos. No pós-operatório imediato verificou-se alívio da dor e melhoria dos sinais inflamatórios locais e sistémicos.

A fascíte necrotizante é uma infecção grave, rara na infância, principalmente em crianças imunocompetentes. Neste caso, as múltiplas cáries com abscesso podem ter sido o foco infeccioso inicial. A evolução é rápida, progressiva e potencialmente fatal, pelo que é fundamental um alto índice de suspeição para um diagnóstico e tratamento precoces, essenciais a um bom prognóstico.

P1117,1 INFECCIÓN NEONATAL POR VHS I. PARTICULARIDADES DE UNA OBSERVACIÓN CON MECANISMO DE CONTAGIO INCIERTO

Pedro Juan Jiménez Parrilla, María Carmen Cuadrado Caballero, Carlos A. Marcos Córdoba, Leonor Bardallo Cruzado, Mercedes Granero Asencio, José González Hachero
Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Antecedentes y objetivo: Infección neonatal por VHS I de origen incierto. El diagnóstico de infección diseminada exige un alto índice de sospecha ante la clínica inespecífica.

Material y método: RN varón, 3.216 grs, embarazo controlado de 40 semanas, EGB, VIH, Ag hepatitis y serología TORCH negativa; ingresa en neonatología por fiebre a las 60 horas de vida. *Exploración:* Buen estado, fontanela normotensa, exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos. *Juicio clínico:* Síndrome febril sin foco. *Exámenes complementarios:* Hemograma, bioquímica, PCR, orina: normales. Hemocultivo negativo. LCR: normal. Tórax: normal. Comenzamos antibioterapia empírica con ampicilina y gentamicina iv. *Evolución:* persiste hipertermia (39,5°). Al noveno día, aparecen en miembro inferior y en labio superior vesículas compatibles con lesiones herpéticas. Diagnóstico diferencial de lesiones vesiculosas, y se añade aciclovir iv. *Solicitamos:* Hemograma: normal. PCR: 90 mg/L. Punción Lumbar: Bioquímica y celularidad normales; reacción en cadena de la polimerasa positiva en LCR. Serología de VHB, VHC, TORCH, Lues: Negativos. Hemocultivo: Negativo. Serología: IgG e IgM positivas a VHS tipo 1. *Diagnóstico:* Infección neonatal por VHS I, con manifestaciones cutáneas y presencia viral a nivel del SNC, sin manifestaciones clínicas concomitantes.

Resultados: Las vesículas se extendieron a tórax. Tratamiento con Aciclovir i.v. 20 días. Evolución favorable, desaparece fiebre y vesículas, sin clínica de encefalitis. RNM; Normal. Historia familiar, padre herpes labial 6 días antes del parto, y la madre fiebre con aparición de vesículas en muslo izquierdo, 2 días después del parto.

Conclusiones: Caso de infección por VHS I; vía de transmisión, sospechamos, por más frecuente, infección paterna directamente al RN inoculado por saliva al besarlo, con periodo de incubación mínimo de 2 días. Otra opción, infección padre a madre previa al parto, y ésta vía placentaria al RN, pues no se

aprecian lesiones en genitales, esto justificaría la presencia de IgG en serología. Curiosidad es la infección del LCR, tras la viremia, sin clínica de encefalitis y RMN normal. Recordar sospechar etiología viral si cultivos negativos a las 72 h y no existe mejoría pese a antibioterapia. ¿Y, deben controlarse las visitas a los recién nacidos?

P1117, 2 12:35 MIOSITIS POR GRIPE EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

Eva Fernández Díaz, Pablo Bello Gutiérrez,
Cristina Cordero Castro, Jaime Cruz Rojo, Milagros Marín Ferrer,
Dolores Folgueira López
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Describir una serie de casos de pacientes que presentaron infección por virus influenza B con miositis asociada.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron los pacientes que presentaron clínica de gripe en la estación epidémica correspondiente a los meses de diciembre 2007 y enero 2008 en el servicio de urgencias con clínica asociada de impotencia funcional de miembros inferiores, por existencia de mialgias a nivel de tríceps sural.

Resultados: Se recogieron 7 pacientes, de los que el 100% eran varones con una mediana de edad de 5 años y 4 meses. En 5 de ellos se determinó mediante estudio antigénico en aspirado nasal virus influenza B, y en los 2 restantes el resultado fue indeterminado por errores técnicos en la recogida de la muestra. La media del recuento leucocitario que presentaron fue de 4.830 ± 1.683 ; con un $40,7\% \pm 14,9$ de neutrófilos, un $48,9 \pm 12,7$ de linfocitos (linfomonocitosis de $58\% \pm 14,3$). En todos ellos la PCR fue menor de 2. La mediana para el valor de CPK fue de 799 U/l con un rango intercuartílico de 775 U/l. La mediana de la recuperación clínica completa de las mialgias fue de 24 horas, con un rango intercuartílico de 48 horas.

Conclusiones: La miositis asociada a la gripe causada por virus influenza B es una entidad bien conocida aunque infrecuente en la práctica clínica. La miositis puede llegar a ser incapacitante y suele resolverse espontáneamente en pocas horas. La determinación rápida de antígeno del virus influenza B en el servicio de urgencias ha permitido filiar la etiología de un cuadro tan ansioso como es la imposibilidad para la deambulación en los niños, e identificar al virus influenza B como causante de miositis en tríceps sural. Con este diagnóstico se ha evitado la realización de otras pruebas complementarias.

INMUNOLOGÍA Y ALERGIA

Zona Póster (Planta Baja)

P1118 URTICARIA A FRIGORE. A PROPÓSITO DE UN CASO

María José Sala Langa, M. Julia Pérez Verdú, Ana Miralles Torres, Marta Artés Figueres, Marta Revert Gomar, Amparo Mir Gisbert
Servicio de Pediatría y Servicio de Alergología del Hospital de Gandía y Centro Especialidades Francesc de Borja, Gandía (Valencia).

La urticaria por frío se engloba dentro del conjunto de las urticarias físicas. Clínicamente se caracteriza por la aparición de eri-

tema, edema y prurito desencadenado en respuesta a diferentes estímulos fríos como bajas temperaturas, vientos fríos o manipulación de objetos fríos.

Caso clínico: niño de 5 años de edad que acude a urgencias por episodio de pérdida de conciencia. Refiere que mientras se bañaba en la playa inicia mal estar general. Presenta escalofríos, prurito generalizado, debilidad en las piernas con incapacidad para deambular y posterior pérdida de conciencia de unos segundos de duración. *Exploración clínica:* normal. Presión arterial: 96/60, glucemia capilar 112 mg/dl. Electrocardiograma: normal. Se diagnostica de síncope vaso-vagal.

Una semana más tarde reaccide acudir por presentar habones en cara, angioedema y prurito generalizado tras permanecer 10-15 minutos en el agua del mar. La clínica tarda dos horas en ceder. Entre los dos episodios no se había bañado en el mar. *Antecedentes personales:* edema de labios al comer alimentos fríos, edema facial tras la exposición al frío. *Exploración clínica:* sin hallazgos patológicos. Con la sospecha clínica de urticaria por frío se remite a consultas externas de alergia infantil donde se realiza: 1) Analítica: Eosinófilos: 2,9%. Inmunoglobulina E: 26 UI/ml. 2) Prueba de cubito de hielo: positiva en menos de 3 minutos (fig. 1).

Con el resultado de las exploraciones complementarias se diagnostica de urticaria por frío. Se explica a los padres en que consiste y se les instruye en las medidas necesarias de actuación en caso necesario.

Conclusiones: La urticaria por frío representa el 2-3% de las urticarias. La forma más frecuente es la urticaria a frígore adquirida idiopática. La anamnesis debe ir encaminada a identificar signos de gravedad como afectación de mucosa bucofaringea, cefalea, dolor abdominal, artralgias o repercusión hemodinámica. Cuando el test del cubito de hielo resulta positivo en menos de tres minutos se considera como factor de riesgo para exposiciones masivas al frío por lo que se debería restringir los deportes acuáticos y es recomendable proporcionar adrenalina y corticoides para la autoadministración en caso necesario.

P1119

PRESENTACIONES CLÍNICAS DE VASCULITIS

Agnès Huguet Feixa, Ana Maria Borrull Senra, Gloria M. Fraga Rodríguez, Montserrat Torrent Español, Isabel Badell Serra, Juan Nadal Amat

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Se desconocen la incidencia y prevalencia de las vasculitis en niños pero se estima que entre el 1-6% de los pacientes de las unidades de reumatología pediátrica las presentan. Recogemos 4 casos de vasculitis del 2004 al 2007: Una vasculitis de pequeño vaso limitada al riñón, una poliangeitis microscópica y dos panarteritis nodosas cutáneas.

Caso 1: Niña de 12 años que presenta cuadro de astenia y artromialgias desde hace 2 meses. *En la analítica destaca:* anemia, insuficiencia renal y hipoalbuminemia. Se detecta anticuerpo antineutrófilo perinuclear y antimieloperoxidasa positivos, hematuria dismórfica y proteinuria. *Se realiza biopsia renal:* glomerulonefritis extracapilar, depósitos inespecíficos de IgM en mesangio. Sospecha de vasculitis de pequeño vaso y se inicia tratamiento con corticoides y micofenolato mofetil v.o.

Caso 2: Niña de 12 años con astenia, disnea de esfuerzo y artromialgias de un mes de evolución. En la última semana se

añaden esputos hemoptoicos y alguna micción colúrica. *Análítica:* anemia con función renal normal. Radiografía de tórax: infiltrados pulmonares bilaterales. *Serologías:* negativas. Ac anti neutrófilo perinuclear y antimieloperoxidasa positivos. Sospecha de poliangeitis microscópica y se administra metilprednisolona y ciclofosfamida.

Caso 3: Paciente de 3 años que presenta síndrome febril de 3 días de evolución con lesiones cutáneas violáceas, dolorosas y palpables en hipocondrio izquierdo y espalda. *Análítica:* leucocitosis y PCR alta. ASLO positivos. *Estudio renal:* normal. *Biopsia cutánea:* panniculitis con vasculitis leucocitoclástica. Ig M en la unión dermoepidérmica i anti-C3 en dermis reticular i hipodermis. Ante la sospecha de PAN cutánea se inicia corticoterapia v.o.

Caso 4: Niña de 2 años en seguimiento en consultas por anemia microcítica. Se detectan lesiones cutáneas violáceas y nódulos palpables en extremidades y tronco de distribución reticular. *Análítica:* anemia. *Serologías:* negativas. *Estudio renal:* normal. *Biopsia cutánea:* arteritis aguda con necrosis en arteria hipodérmica de mediano calibre. Sospecha de PAN cutánea, de momento sin tratamiento.

Conclusión: La variabilidad de formas de presentación, la sintomatología inespecífica y el bajo índice de sospecha, hacen que el diagnóstico de vasculitis sea muy dificultoso.

P1120

ENTEROCOLITIS Y ESTADO CONFUSIONAL TRANSITORIO POR INGESTA DE PESCADO

Javier Perona Hernández, Vanessa Botella López, María del Carmen Vicent Castelló, Jorge Frontela Losa, María Sánchez Carbonell, Purificación González Delgado
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La pérdida transitoria de la conciencia es un acontecimiento que ocurre con frecuencia en la edad pediátrica. Suele ser un episodio breve y de escasa gravedad, en general debido a síncope vasovagal o por hipotensión ortostática. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras causas, en ocasiones de vital importancia para el niño como síncope cardíacos, epilepsia, hipertensión intracraneal, alteraciones metabólicas, ACVA, intoxicaciones, invaginación.

Caso clínico: Mujer de 10 meses con vómitos y diarrea de pocas horas de evolución, presenta cuadro de desconexión del medio, con palidez y cianosis perioral, mal estado general y escasa respuesta a estímulos. No otra sintomatología. *AF:* Abuela materna alergia al pescado. *AP:* 35 sg/2.280 g. Periodo neonatal sin incidencias. Desarrollo normal. Introducción pescado un mes previo. Cuadro similar previo coincidiendo con vómitos, de menor duración. GEA 1 mes antes. *EF:* MEG, palidez con cianosis perioral. Hipotonía generalizada, desconexión del medio, escasa respuesta a estímulos, no fijación de la mirada. Resto normal. *Pruebas complementarias:* hemograma, bioquímica, eco abdominal, TAC craneal, punción lumbar, EEG, tóxicos en orina, estudio metabólico: normal. Gasometría: leve acidosis respiratoria. Coprocultivo: positivo a rotavirus.

Se inicia fluidoterapia, resolviéndose el cuadro. Alta con diagnóstico de GEA y estado confusional transitorio, siendo seguido ambulatoriamente por neuropediatría.

Presenta cuadro similar 9 días después. 1 hora antes había comido papilla de verduras y pescadilla. Prick-prick, IgE especifi-

ca al pescado, parches cutáneos con lectura a las 24 h: negativo. Test de provocación: positivo.

Discusión: La enterocolitis inducida por el alimento se presenta con vómitos y diarrea, pudiéndose acompañar de aspecto séptico, apatía y letargia. Típicamente causada por proteínas de la leche de vaca o soja en el lactante, siendo más raro para sólidos. Mediado probablemente por un mecanismo celular, siendo las pruebas cutáneas e in vitro negativas. El test de provocación es el gold standard para el diagnóstico. La tolerancia se puede conseguir tras un período de eliminación del pescado en la dieta.

P1121 PRIMOINFECCIÓN HERPÉTICA EN LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Saturnino Ortiz Madinaveitia, M^a Teresa Pérez Roche, María Josefa López-Moreno, Joaquina Gil Tomas, Margarita Navarro Lucia, Mercedes Gracia Casanova

Unidad de Infecciosos del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: VHS-1 es responsable en un 80-90% de las infecciones en el niño. La puerta de entrada habitual son las mucosas bucal, faríngea, conjuntival y más raramente la piel. Las lesiones primitivas suelen permanecer localizadas, pero en algunas ocasiones pueden extenderse en superficie o diseminarse vía hemática.

Caso clínico: Lactante de 13 meses que acude a urgencias por un cuadro de 3 días de evolución de fiebre elevada, malestar general y una erupción a nivel de área del pañal consistente en: gran placa eritematosa que se extiende por zona escrotal, perianal y gluteos formada por la confluencia de múltiples vesículas de contenido seroso, que por disrupción de alguna de ellas dan lugar a la formación de úlceras en sacabocado de hasta 1,5 cm diámetro. Asimismo se observan algunas costras melicéricas en superficie. En espalda y mejillas se aprecian pequeñas papulas eritematosas de centro sobrelevado que clínicamente se objetivan como el inicio de una posible vesiculación. *Antecedentes familiares:* ambos progenitores presentan herpes labial recidivante. *Pruebas complementarias:* hemograma: leucocitos 16,9 mil/mm³, neutrofilos 49,9%, linfocitos 10,7%; PCR VHS-1 en lesión: positiva; cultivo hongos piel: Candida albicans; cultivo aerobios piel: enterococcus faecium; serología sangre: VHS zona gris, CMV, VEB, Varicela Zoster negativo; CD4: 45% (3.065 mm³) CC8: 19% (1.294 mm³); inmunoglobulinas: IgE 587 UI/ML; PCR 6,82 MG/DL; VSG 54 mm; complemento: normal. *Evolución y tratamiento:* Se instaura tratamiento con Aclovir y antibiotico vía sistémica, y nistatina tópica, con evolución favorable.

Discusión: El eczema hepético se ha considerado como una forma especial de primoinfección herpética en pacientes afectados por una dermatitis previa (dermatitis atópica, aunque también se ha observado en otros procesos cutáneos u dermatitis inflamatorias). El origen de la infección es a menudo un progenitor con un herpes facial-oral recurrente clínico o subclínico. El brote vesículo-pustuloso en ocasiones puede desbordar las áreas de lesiones y diseminarse (habitualmente por autoinoculación) simulando una varicela. La sobreinfección bacteriana es frecuente; existiendo riesgo de diseminación viral multiorgánica, especialmente en pacientes inmunodeprimidos.

P1122 INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo Ruiz Ocaña, Carmen Rodríguez López, Vanessa Moreno Arce, M. del Carmen Olivera Avezuela, Juan Navarro Morón, Antonio Atienza Contreras

Unidad de Gestión Clínica del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La Inmunodeficiencia Combinada Severa es una forma de inmunodeficiencia primaria poco común en la que se combinan la ausencia de funciones de linfocitos T, B o de linfocitos NK, causada por diversos factores genéticos que conducen hacia una susceptibilidad extrema a las infecciones.

Caso clínico: Paciente varón de 2 meses derivado por presentar desde el primer mes de vida lesiones aftosas en cavidad oral que han ido aumentando en número y frecuencia, acompañado de fiebre intermitente y deposiciones semilíquidas amarillo-grumosas. Úlceras perianales profundas. Curva de peso alterada con poca ganancia ponderal. Desarrollo psicomotor estancado. Ambiente higiénico-social deficitario. Padres consanguíneos de segundo grado. Un hermano fallecido a los cinco meses de edad por deshidratación como complicación de gastroenteritis aguda. Tres tíos paternos fallecidos a los cinco meses de edad por causa desconocida. *Exámenes complementarios:* Hemograma: leucopenia con deplección linfocítica (870/mmc, B < 1%, T0%, NK 6%), Bioquímica: enzimas hepáticas elevadas, inmunoglobulinas séricas disminuidas, Coprocultivo, urocultivo, baciloscopia de aspirado gástrico, exudado de úlcera perianal, parásitos en heces: negativo. Radiografía de tórax: alteraciones condrocostoesternales y de cuerpos vertebrales. *Evolución:* La presentación clínica nos orienta hacia una inmunodeficiencia, confirmada mediante los estudios hematológicos e inmunológicos, que evidencian una Inmunodeficiencia Combinada Severa fenotipo T-B-NK-/+ por déficit de adenosin de aminasa (ADA). Se somete a profilaxis de infecciones oportunistas y se deriva para tratamiento curativo mediante trasplante de médula ósea, realizado con éxito.

Conclusión: La Inmunodeficiencia Combinada Severa se considera como la más grave de las inmunodeficiencias primarias. Sin terapia exitosa el paciente se encuentra en peligro constante de una infección grave o mortal. La atención a los signos de alarma de inmunodeficiencia, y la confirmación de ésta mediante el estudio de la serie blanca, nos ha de permitir un diagnóstico lo más precoz posible a fin de poder realizar un tratamiento en muchos casos curativo.

P1123 DERMATITIS ATÓPICA SEVERA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. ¿DEBEMOS IR MÁS ALLÁ?

Mario Ferrer Vázquez, Gloria Gil Grangel, Antonio Michavila Gómez, José Manuel Martín Arenós

Unidad de Alergia Infantil del Servicio de Pediatría del Hospital General, Castellón.

Introducción: De todos es sabido que la lactancia materna (LM) es un factor protector frente a la dermatitis atópica (DA), sobre todo en los primeros 4 meses de vida, y que existen factores desencadenantes o exacerbantes de la misma, entre ellos la sensibilidad a ciertos alimentos. También el hecho probado del paso vía leche materna de proteínas con poder antigénico, como las de leche de vaca, las del huevo y del cacahuete, en-

tre otras. Presentamos el caso de un lactante alimentado con LM exclusiva en donde se suman la conjunción de todos esos factores.

Caso clínico: Lactante de 4 meses de edad que ingresa por un primer episodio de bronquiolitis VRS+ y un brote de DA severa sobreinfectada. Tras el tratamiento de la fase aguda se cita para estudio a la consulta de alergia. LM exclusiva con madre sin restricciones dietéticas y DA severa desde el primer mes de vida. Prick Test positivo a clara de huevo 4+ (5 mm), yema 2+ (2 mm) y cacahuete > 4+ (8 mm) con Histamina de 4 mm. IgE específica (RAST) a ovoalbúmina 48,2, clara 41,7 y yema 9,8 UI/ml, con una IgE total de 78,87 UI/ml. Se elimina de la dieta materna el huevo y el cacahuete, que la madre tomaba con asiduidad, obteniéndose una mejoría evidente objetiva y subjetiva del cuadro.

Comentarios: Las diversas hipótesis etiopatogénicas de la DA tratan de dar explicación a la cronificación y aparición de los síntomas de la patología cutánea crónica más frecuente de la infancia. Dentro de las mismas juegan un papel significativo los alérgenos, entre ellos los alimentarios. Pese a ser un reconocido factor protector no es menos cierta la sensibilización alimentaria en sujetos predispuestos a través de la leche materna. Si esta sensibilización se produce en un paciente con DA lo suficientemente predispuesto puede llegar a producir o exacerbar sus síntomas. Al retirar dichos estímulos antigénicos de la dieta materna se produce una mejoría en los síntomas, lo que repercute en un sueño más reparador y en menor ansiedad paterna. En suma, debemos investigar factores alérgicos desencadenantes y exacerbantes en las DA moderadas y severas en los niños menores de 2 años. Aunque bien es cierto que una sensibilización no siempre se corresponde a manifestaciones clínicas, cuando lo hacen y mejoran, es ciertamente gratificante.

P1124 ANOMALÍAS OCULARES EN CÁMARA ANTERIOR COMO MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE RIEGER

Loreto Lidia Pérez Fernández, Esther González García,
Jerónimo Pardo Vázquez, Francisco Suárez García,
Gerardo Rodríguez Valcárcel

Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

Introducción: El Síndrome de Axenfeld Rieger es una enfermedad congénita con HAD, que afecta al segmento anterior del ojo y asocia manifestaciones extraoculares. La principal anomalía es ocular, y consiste en un anillo de Schwalbe prominente (anomalía de Axenfeld) con múltiples tractos iridianos adheridos al mismo. Otras estructuras de la cámara anterior pueden afectarse, siendo la principal complicación el desarrollo de glaucoma (50% de los casos).

Caso: Varón de 2 años con los antecedentes de Onfalocele Invertido. Durante un control rutinario de salud, a los 4 meses, se detecta deformidad de la pupila del ojo izquierdo. Es remitido a consultas de oftalmología encontrándose los siguientes hallazgos: corectopia (localización anormal de la pupila) y un engrosamiento marcado en la zona temporal de la línea de Schwalbe; iris grisáceo de aspecto apollillado; OI: pupila desviada hacia lado temporal (2h), iridotomía a las 2h, PIO normal sin otras anomalías, siendo diagnosticado de Anomalía de Rieger. *A la exploración física:* talla baja, hipoplasia maxilar, hipertelorismo, hipodondia y retraso psicomotor leve, solicitándose

las siguientes *pruebas complementarias:* Rx cráneo prognatismo e hipoplasia maxilar superior clase III. TAC encefálico hipoplasia vermex cerebeloso. Rx de miembro superior izquierdo: sin alteraciones. Estudio Cardiológico: normal. Potenciales Evocados Auditivos normales. Cariotipo 46 XY. Ante la sospecha diagnóstica de un Síndrome de Anxenfild-Rieger se solicita estudio de genética molecular del paciente y sus progenitores, evidenciándose mutación en el gen PITX2, que confirma el diagnóstico clínico de Síndrome de Anxenfild-Rieger, y que en ausencia de mutaciones maternas y paternas se concluye que se trata de una mutación de novo.

Conclusión: Es necesario investigar o descartar alteraciones sistémicas asociadas cuando se detectan alteraciones oculares de cámara anterior compatibles. La principal complicación evolutiva es el desarrollo de Glaucoma por lo que es necesario realizar Control Oftalmológico, 1 vez al año, para medición de la presión intraocular. Actualmente está disponible el análisis genético, siendo los 2 genes más frecuentemente asociados: PITX2 (común en pacientes con anomalías oculares y sistémicas); FOXC1 (en alteraciones oculares aisladas). Consejo genético.

P1125 PITIRIASIS LIQUENOIDE AGUDA Ó ENFERMEDAD DE MUNCHA-HABERMAN: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Isabel Pérez Pérez, María Aurora Mesas Arostegui,
Rosa Briones Pascual, Eduardo Ortega Páez

Hospital Materno Infantil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves,
Granada.

Dermatosis de causa desconocida, secundaria a reacción inmune o de hipersensibilidad frente a infecciones previas virales o bacterianas entre ellas el *Streptococcus pyogenes*. Existen dos formas clínicas: aguda, y crónica, entre ambas diferentes formas de transición. Infrecuente en niños.

Caso clínico: Varón de 6 años que presenta desde hace una semana erupción en región ventral del hombro derecho, que posteriormente se disemina a tronco, miembros y parte de la cabeza, respetando palmas y plantas, con lesiones de aspecto maculo-eritematoso, que coexisten con formas papulares descamativas. Se acompaña de prurito leve ocasional, sin otra sintomatología asociada. *AP:* Síndrome Nefrótico cortico-dependiente desde hace 3 años (actualmente en tto. con prednisona) y urticaria por cambios de temperatura. Hace dos semanas faringoamigdalitis pultácea que requirió antibioterapia. A la exploración múltiples pápulas liquenoides en tronco y miembros de 0,5-1 cm de diámetro, confluentes, algunas cubiertas por escamas adherentes en collarite descamativo, acompañadas de hipopigmentación. En menor número vesículas, lesiones exco-riadas y necróticas. Dermografismo negativo. El resto de la exploración por órganos y aparatos sin alteraciones significativas. Se realizó hemograma y bioquímica, con resultado dentro de la normalidad. *Histológicamente* presentaba necrosis epidérmica y hemorragias acompañadas de un denso infiltrado linfocitario perivascular a nivel de la dermis superficial. Continuó su tratamiento habitual con prednisona oral, añadiéndose esteroides tópicos y antihistamínicos orales, con mejoría de las lesiones en las últimas semanas.

Conclusiones: El diagnóstico de las dermatosis eritemato-esca-mosas, entre las que se encuentra la Enfermedad de Mucha-Habermann no es fácil, ya que por su escasa frecuencia no suele sospecharse. Requiere plantearse un diagnóstico diferencial con

otras entidades como la pitiriasis rosada, la psoriasis en gotas, los exantemas virales (fundamentalmente con la varicela debido al aspecto polimorfo de las lesiones), las reacciones medicamentosas y otras dermatosis eczematosas. Dado su evolución frecuente en brotes y a la cronicidad es necesario un correcto enfoque diagnóstico y terapéutico, apoyado por estudios histológicos.

P1126

ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN UN NEONATO DE 8 DÍAS

María Teresa Fábrega Valverde, Raquel Real Teccón, Elena Gil Camarero, Amparo Montero Salas, Paola Navas Alonso, Manuel Portillo Márquez

Servicio de Pediatría del Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: La alergia a proteínas de leche de vaca es la más frecuente en el primer año de vida, en España la edad media de inicio de la clínica es a los 3 meses y medio. La clínica es muy variable, las manifestaciones cutáneas son las más frecuentes y en segundo lugar las digestivas, pudiendo aparecer también sintomatología respiratoria así como anafilaxia.

Caso clínico: Neonato de 8 días con rechazo de las tomas y decaimiento de 24 horas de evolución, los padres refieren además deposiciones líquidas muy numerosas. Afebril, no vómitos. Entre los antecedentes personales destaca alimentación con leche de fórmula desde el nacimiento, resto sin interés. A la exploración presenta mal estado general, decaída e irritable, con mucosas secas, signo del pliegue +++ y perfusión periférica enlentecida. Fontanela deprimida, ojos hundidos. Se palpa hepatomegalia. A su ingreso presenta acidosis metabólica, Urea 110 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, iones normales, LDH 1756 UI/l, GOT 98 UI/l, GPT 218 UI/l. PCR y procalcitonina normales. Hemograma con leucocitosis, con fórmula normal. A su ingreso se inicia reposición hidroelectrolítica y antibioterapia empírica con lenta mejoría. Entre los estudios realizados presenta cultivos y detección de Rotavirus negativos, ecografía abdominal con hepatomegalia homogénea, estudio metabólico normal. A las 48 horas realiza una deposición oscura con estudio de sangre oculta en heces positivo. Ante la normalidad del resto de estudios y la sospecha de cuadro alérgico se realiza IgE específica a proteínas de leche de vaca con positividad para betalactoglobulina y alfa lactoalbúmina por lo que se inicia dieta con hidrolizado de proteínas siendo la evolución favorable con desaparición de la clínica. En controles posteriores previos al alta se objetivó además eosinofilia.

Conclusiones: Dada la variedad clínica de esta entidad se debe sospechar ante un cuadro de afectación gastrointestinal con acidosis metabólica y eosinofilia a pesar de una temprana edad de aparición, como ocurre en nuestro caso.

P1127

ERITEMA DEL PAÑAL COMO PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Esther González García, Loreto Lidia Pérez Fernández, Jerónimo Pardo Vázquez, Francisco Suárez García, Gerardo Rodríguez Valcárcel

Servicio de Lactantes del Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

Introducción: La Enfermedad de Kawasaki (EK), es una de las vasculitis más frecuentes en la infancia, que afecta a arterias de mediano calibre. Es una entidad autolimitada, pero sin trata-

miento puede tener una significativa morbi-mortalidad asociada (complicaciones cardíacas). Cursa con fiebre y manifestaciones de inflamación aguda. El diagnóstico es clínico (cuadro). Un 10% de casos, sobre todo lactantes, no cumplen todos los criterios diagnósticos, "Kawasaki Atípico", y en ellos la probabilidad de desarrollar aneurismas coronarios es mayor.

Caso Clínico: Varón de un año de edad, con eritema en región del pañal de 4 días de evolución, que ha ido aumentando en intensidad y extensión. Al día siguiente de aparecer el eritema, inicia fiebre elevada y vómitos. En la exploración física destaca, una placa extensa e intensamente eritematosa en área del pañal, bien delimitada, caliente, con descamación, sin bullas, ni vesículas, ni exudación. Presenta además, eritema y edema palpebral bilateral con leve hiperemia conjuntival no exudativa, microadenopatías cervicales, intenso eritema labial con labios secos y fisurados y lengua aframbuesada, siendo normal el resto de la exploración (*fotos*). Pruebas Complementarias (PC). Hemograma: leucocitosis y neutrofilia. PCR: 8,54mg/dl. Hemograma control: trombocitosis. Proteínas: IgG 1.410mg/dl (↑). ASLO: 25 UI/L (Normal). Resto de PC normales, destacando dos estudios cardiológicos: sin alteraciones. Al ingreso se pauta empíricamente Ceftriaxona iv. y Teicoplanina iv. Al cuarto día, (7º día de fiebre), se administra Inmunoglobulina iv. (Ig IV) (2 g/Kg) y se comienza con Ácido Salicílico (AAS) a dosis antiinflamatoria (80 mg/kg/6h), con defervescencia de la fiebre y rápida mejoría de la clínica asociada. Al quinto día, aparece descamación periungueal, que se extendió a dedos de manos y pies, a palmas y plantas. Tras cuatro días de apirexia se disminuye la dosis de AAS a dosis antiagregante (5 mg/kg/día) y se decide alta con diagnóstico de EK.

Conclusiones: 1) La presencia en un lactante, de eritema del pañal y fiebre, debe hacernos sospechar como posibilidad diagnóstica la EK. 2) Diagnóstico Diferencial: con otras causas de eritema del pañal, de ojo rojo y de síndrome febril con erupción cutánea (tabla1). 3) Diagnóstico y tratamiento precoces: si el diagnóstico se realiza antes del 10º día de fiebre está indicado administrar Ig IV, pues mejora el pronóstico a largo plazo de secuelas coronarias y disminuye la duración de la clínica.

MEDICINA DEL ADOLESCENTE

Zona Póster (Planta Baja)

P1128

TUMOR OVÁRICO NA ADOLESCÊNCIA - É PRECISO PENSAR NELE

Jorge Miguel França Santos, Soraia Amorim Oliveira, Manuel Almeida e Silva, Jorge Nunes da Costa, José Carlos Portela Pastrana, Maria José Perez del Rio

Hospital de Chaves del Centro Hospitalar de Tras-os-Montes e Alto Douro (Portugal).

Introdução: Em Pediatria os tumores ováricos correspondem a aproximadamente 1% das neoplasias. Destes, 15% são tumores mucinosos, sendo o cistoadenoma mucinoso a variante benigna deste tipo de tumor. Na maioria dos casos são unilaterais e normalmente não malignizam.

Caso clínico: Jovem do sexo feminino, 16 anos, observada no Serviço de Urgência, por estar sub-febril ($T = 37,3^{\circ}\text{C}$), com náuseas/vômitos e dor abdominal com evolução inferior a 24 horas. Ao exame físico realça-se o facto do abdómen ser mole, depressível, mas doloroso à palpação profunda do flanco e fossa ilíaca direita, com empastamento nessa região.

Efectuou exames imagiológicos (Ecografia e TAC abdomino-pélvicas) que revelaram massa volumosa abdomino-pélvica direita, de origem provavelmente anexial. O agravamento clínico com aumento da intensidade da dor, febre ($39,3^{\circ}\text{C}$) e defesa (suspeita de torção) determinou a realização de laparotomia exploradora. Procedeu-se a exérese completa da massa quística e ooforectomia direita, cujo diagnóstico anátomo-patológico foi o de cistoadenoma mucinoso.

Discussão e Conclusão: Dado o cistoadenoma mucinoso ser raro na adolescência, os autores consideram importante noticiar este caso, para alertar os clínicos para a possibilidade desta patologia ser uma causa de ventre agudo. Realçam igualmente a necessidade de efectuar marcadores tumorais prévios ao acto cirúrgico.

400 mg/dL, leucocitos 75 cel/ μyL , >100 hemáties/campo ($> 90\%$ isomórficos). Balance renal en orina de 24 h: normal. VSG, ASLO, C3, C4; IgA, G y M normales. Urocultivo: negativo. Ecografía abdominal: normal. *Evolución:* durante el ingreso se realizan análisis de orina periódicos, normalizándose tras 7 días, y la paciente finaliza el tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Debido a la hematuria prolongada de origen no-glomerular, se sospecha cistitis hemorrágica por adenovirus y se solicita cultivo específico para virus en orina, confirmándose la infección.

Conclusiones: A pesar de ser la infección urinaria de origen bacteriano la causa más frecuente, el adenovirus es un agente etiológico reconocido de hematuria macroscópica en la infancia. La cistitis hemorrágica por adenovirus es un diagnóstico fácil, no tan infrecuente y con buen pronóstico que, de no sospecharse, puede pasar desapercibido y llevarnos a realizar pruebas diagnósticas costosas e innecesarias.

P1130 RETENCIÓN AGUDA DE ORINA RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

María José Salmerón Fernández, David Barajas de Frutos, Luis Carlos Ortiz González, María Vega Almazán Fernández de Bobadilla, Rosa Briones Pascual, Manuel Díaz Molina
Hospital Materno Infantil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Ante la presencia de episodios repetidos de retención urinaria aguda en la infancia hay que descartar una infección del tracto urinario. Si el urocultivo es negativo, puede deberse a una obstrucción, orgánica o funcional.

Caso clínico: Paciente varón de 13 meses de edad que acude a urgencias derivado por su pediatra por sospecha de invaginación intestinal por llanto intenso y flexión de miembros inferiores. En Urgencias se realiza ecografía abdominal donde se constata un globo vesical con ectasia úreteropielocalicial bilateral secundaria, grado III. Se realiza sondaje vesical extrayéndose 500 ml de orina con resolución del globo pero reaparece éste a las pocas horas, por lo que se ingresa. A las 24 horas realiza micciones espontáneas y el sedimento de orina y la ecografía de control son normales. Tras 5 meses con varias retenciones transitorias, sin acudir a Urgencias, reingresa con igual clínica. El hemograma, bioquímica, coagulación y orina son normales y el urocultivo, negativo. En ecografía renal realizada por nefrólogo infantil se aprecia imagen vesical sólida, próxima al trigono; se practica un TAC vesical que resulta dudoso. En uretroscopia no se observan masas ni ureterocele. Al resolverse el cuadro agudo se procede al alta hospitalaria reingresando quince días después por globo vesical. El estudio urodinámico sugiere obstrucción infravesical. En RMN se aprecia una formación polipoidea sólida de vejiga que protuye hacia uretra. Se realiza vesicostomía y se extirpa una formación pediculada de 1,5 x 1,5 cms con base en uretra, identificada por Anatomía Patológica como pólipo fibroepitelial uretral. El postoperatorio transcurre sin incidencias. La evolución ha sido favorable, no presentando más retenciones urinarias tras 4 meses de evolución.

Conclusión: El pólipo fibroepitelial de uretra es una lesión rara, más frecuente en la infancia, que se debe sospechar ante un paciente con alteraciones miccionales (retención de orina) sin infección urinaria, siendo difícil en ocasiones su identificación en técnicas de imagen.

NEFROLOGÍA

Zona Póster (Planta Baja)

P1129

HEMATURIA MACROSCÓPICA DE ETIOLOGÍA INUSUAL: CISTITIS HEMORRÁGICA POR ADENOVIRUS

María del Carmen Suárez Arrabal, Marta Ursueguía Sánchez, Ignacio García Muga, Yolanda Ruiz del Prado, Isabel Saenz Moreno

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro, Logroño (La Rioja)

Antecedentes: La visualización de orinas de color rojo (hematuria macroscópica) en el niño supone un signo de alarma para los padres y el punto de partida de estudio para el pediatra. Presenta una incidencia baja en pediatría, y en la mayoría de los casos la causa se obtiene tras realizar una historia clínica detallada y exámenes complementarios sencillos. Presentamos un caso de hematuria macroscópica de etiología inusual y con tendencia al infradiagnóstico.

Caso clínico: Niña de 5 años de edad que ingresa por hematuria macroscópica, fiebre de hasta 38°C y síndrome miccional de 72 h de evolución. Diagnosticada ambulatoriamente 48 h antes de infección del tracto urinario (ITU) y en tratamiento con amoxicilina-clavulánico vía oral, previa recogida de urocultivo, refiere aumento progresivo de sangre en la orina. *Antecedentes personales:* no infección respiratoria ni cutánea reciente, traumatismos abdominales ni ejercicio intenso. No ITUs previas. *Antecedentes familiares:* hermana de 3 años con reflujo vesicoureteral. No hematuria, insuficiencia renal crónica, litiasis, HTA ni sordera. *Exploración física:* peso 15,8 kg, talla 110 cm, TA 92/60. Resto normal. *Pruebas complementarias:* Orina hematurica de color rojo brillante. Sistemático y sedimento de orina: proteínas

P1131 ESTUDIOS DE IMAGEN EN PRIMER EPISODIO DE ITU EN LACTANTES. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

Manuel Navarro Martínez, Lorea Ruiz Pérez,
Javier Perona Hernández, Amelia Herrero Galiana,
Vanessa Botella López
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: El manejo de infección del tracto urinario (ITU) incluye la realización de pruebas de imagen para buscar anomalías del mismo, que puedan predisponer a la aparición de nuevas infecciones o a complicaciones. Las pruebas de imagen se emplean para valorar la estructura renal o la presencia de dilatación de vías urinarias (ecografía) y para detectar reflujo vesicoureteral (cistourografía miccional seriada (CUMS)). Sin embargo, en el momento actual está surgiendo un debate que cuestiona la realización de estas pruebas.

Objetivo: Valorar la utilidad de la ecografía renal y de la CUMS como métodos diagnósticos de patología renal en pacientes con un primer episodio de ITU.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de niños ingresados en la Unidad de Lactantes en los últimos 3 años. En todos los pacientes diagnosticados de ITU se les realizó Ecografía renal y CUMS.

Resultados: Se estudiaron 123 lactantes (66 varones y 57 mujeres), con una edad media de 3,2 meses. En cuanto a la etiología, el germen predominante fue E. Coli (88%). Otros gérmenes encontrados fueron Enterobacter cloacae (6%), Klebsiella pneumoniae (6%), Citrobacter Freundii (3%), Pseudomona Aeruginosa (2%). Se realizó una Ecografía renal y CUMS en la fase aguda de la patología:

	CUMS normal	CUMS alterada	
Ecografía normal	56 (45%)	17 (15%)	73 (60%)
Ecografía alterada	25 (20%)	25 (20%)	50 (40%)
	81 (65%)	42 (35%)	

Conclusiones: La ecografía debe realizarse en todos los casos pues, con frecuencia, se objetiva dilatación de vías urinarias (40%). La CUMS debe realizarse siempre que ecografía renal sea patológica, ya que se objetiva reflujo en un número importante de casos (20%). En casos de ecografía normal, la CUMS puede ser patológica (15%), por lo que se debería recomendar su realización en todo primer episodio de ITU, independientemente del resultado de la ecografía. Serían necesarios estudios para ver las repercusiones terapéuticas de las anomalías encontradas por las pruebas de imagen.

P1132 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Pamela Zafra Rodríguez, Virginia Roldán Cano,
Ana Collantes González, Francisco Javier Merino López,
Raluca Enne
Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una infección caracterizada por lesiones necrosantes y abscesificadas con presencia de gas en el parénquima renal, en el sistema colector o en el tejido perirrenal.

Caso clínico: Niña de 5 años con fiebre alta (41°C) de 2 semanas de evolución. Sin respuesta a 7 días de tratamiento antibiótico previo con amoxicilina-clavulánico. El día antes de su ingreso se instaura tratamiento con cefixima por ITU (tira reactiva positiva) sin presentar mejoría. AP: lipomeningocele. Espina bífida intervenida. Medula anclada. ITUs repetidas. **Exploración:** REG con palidez de piel y mucosas. Resto normal. **Exploraciones complementarias:** Hemograma 19.390 leucocitos. bioquímica: PCR 21,7 mg/dl. Sistemático de orina (sondaje): 500 leucocitos, nitritos negativos, 150 hematíes. Coagulación normal. Urocultivo (tras antibioterapia): negativo. Hemocultivo negativo. Función renal normal. Eco doppler renal: RD (riñón derecho) normal. RI (riñón izquierdo) con edema en pirámides medulares, presencia de gas en el interior de la vía excretora y dilatación de la pelvis y cálices con contenido ecogénico y gas en su interior. CUMS: vejiga neurogena, reflujo vesico-ureteral izquierdo grado II-III. Gammagrafía renal: RD normal. RI discretamente aumentado de tamaño con disminución de la captación que sugiere afectación pielonefrítica aguda y leve ectasia pielocalicial y ureteral, defecto en polo superior por pielonefritis antigua. **Evolución:** Durante su ingreso se instaura tratamiento con ceftazidima y gentamicina. Mejora paulatinamente cediendo la fiebre y continuando con antibioterapia oral (amoxicilina-clavulánico). Es dada de alta tras 2 semanas de hospitalización con excelente estado general, ausencia de síntomas y ecografía sin hallazgos patológicos. Se mantiene antibioterapia oral domiciliar durante una semana y posteriormente a dosis profiláctica.

Conclusiones: La pielonefritis enfisematosa es una infección grave altamente mortal por complicaciones sépticas. Su presentación es muy poco frecuente en niños. Los microorganismos asociados son Escherichia coli (58%) y Klebsiella pneumoniae (24%). Tratamiento debe iniciarse precozmente y en ocasiones debe ser agresivo recurriendo a la nefrostomía /necrectomía. En nuestro caso la evolución fue favorable con tratamiento médico exclusivamente.

P1133 DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA. A PROPÓSITO DE UN NUEVO CASO

Ansara Castillo Marcaláin, Ainhoa Larrakoetxea Zuluaga,
Pablo Oliver Goicolea, Andere Egireun Rodríguez,
Amaia Sojo Aguirre, Gema Ariceta Iraola
Servicio de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: La diabetes insípida nefrogénica congénita tiene una prevalencia de 4 a 8,8 casos por millón de varones. Es debida a la resistencia renal a la hormona antidiurética (ADH), producida en el 90% de los casos por mutación del gen AVPR2.

Caso clínico: Varón de 5 meses que ingresa por deshidratación hipernatremia grave y fallo de medro. **Exploración física:** Peso: 4,890g (< P3), talla: 63 cm (P10), PC: 41 cm (< P3), PB/PC < 0,29%, P/T: 75%, T³rectal: 38,7°C, FC: 190 lpm, TA: 117/64 mm, Desnutrido, palidez cutánea, ojeroso, mucosas pastosas con resto de exploración anodina. Los hallazgos analíticos revelan hipernatremia (162 mEq/L), hipercloremia (121 mEq/L), osmolaridad plasmática de 347 mOsm/L, urea 34 y creatinina 0,4 mg /dl, hipostenuria (49 mOsm/Kg) y Na urinario < 20 mEq/L, gasometría venosa: pH 7,55, pCO₂: 17, AB: 15, EB: -3,9. Se realizan ecografía renal y cerebral que resultan normales. Con estos datos se realiza una anamnesis dirigida: polihidramnios, recién nacido a término con

peso adecuado para la gestación (3,180g). Lactancia materna durante 3 meses y posteriormente fórmula. Diuresis abundante, avidez por el agua, ausencia de sudoración y lágrimas. Antecedentes familiares: hijo de padres no consanguíneos, madre y abuela materna con poliuria y polidipsia. Se objetiva durante el ingreso una diuresis de 8,16 ml/kg/h. Ante la sospecha de diabetes insípida nefrogénica y tras corrección hidroelectrolítica se realiza prueba de sed que tiene que suspenderse por pérdida de peso, no presentando tampoco respuesta a la ADH, confirmándose la sospecha diagnóstica. Se inicia tratamiento con hidroclorotiacida. Llegan posteriormente los resultados de ADH (75,6 pg/mL) y estudio genético (mutación del gen AVPR2 cromosoma Xq 28 en el niño, madre y abuela). El paciente en la actualidad, a los 17 meses de vida presenta una evolución ponderoestatural y neurológica satisfactorias.

Comentarios: Ante una deshidratación hipernatémica sin causa justificada aparente, es fundamental realizar una anamnesis detallada y dirigida y una analítica basal inicial con bioquímica y estudio de orina. Es importante el diagnóstico precoz para evitar, entre otros hechos, las secuelas neurológicas.

P1134

RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO VITAMINA D-RESISTENTE EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE SOLOMON

Filipa Balona Rola, Graça Ferreira, António Augusto Vinhas da Silva, Rui Candido, Mafalda Santos, Antonio Cândido Santos Vilarinho Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Portugal).

Introdução: O Síndrome de Solomon é uma entidade rara, caracterizada por um nevo epidérmico linear congénito, que segue as linhas de Blaschko, associado a anomalias neurológicas, esqueléticas, oculares e, menos frequentemente, cardiovasculares e genitourinárias. A síndrome ocorre esporadicamente e provavelmente como resultado de uma mutação autossómica dominante letal, que sobrevive por mosaicismo. A associação com raquitismo hipofosfatémico vitamina D-resistente é rara e deve-se a um defeito na reabsorção tubular renal de fosfato, segundo alguns autores, como resultado da produção de um factor fosfatúrico pelo nevo.

Caso Clínico: Criança do sexo feminino, de 22 meses de idade, com nevo epidérmico extenso, envolvendo o hemicorpo direito, que recorreu ao serviço de urgência por alteração da marcha. Ao exame objectivo apresentava uma marcha claudicante, de base alargada, com joelho direito flectido e limitação da sua extensão, e deformidade do terço distal da perna direita. Realizou radiografia da bacia, que revelou uma imagem de rarefacção óssea no terço proximal do fémur direito. Na consulta de Ortopedia realizou ressonância magnética do fémur direito, que demonstrou fractura patológica na diáfise proximal do fémur e radiografia do esqueleto, que evidenciou alteração da estrutura óssea do fémur, tibia e úmero direitos, do cúbito esquerdo e fractura tibial direita. *Analicamente apresentava fosfatase alcalina:* 1.192 U/L (N: 54-280), fósforo sérico: 1,7 mg/dL (N: 3,0-6,5) e taxa de reabsorção tubular de fósforo: 73,4% (N: 80-97), com níveis séricos de cálcio, paratormona e 25-OH-vitamina D normais, compatível com raquitismo hipofosfatémico. Iniciou tratamento oral com calcitriol (0,75 µg/día) e fósforo (100 mg/Kg/día), que mantém há um ano, actualmente com melhoria da marcha e níveis séricos de fósforo e cálcio normais.

Conclusão: O raquitismo hipofosfatémico vitamina D-resistente deve ser considerado em crianças com um nevo epidérmico

extenso, na presença ou não de sintomatologia músculo-esquelética, de forma a iniciar precocemente o tratamento e assim evitar deformidades ósseas graves no futuro.

P1135

LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN EL ANÁLISIS DE ORINA EN INFECCIONES URINARIAS ES MENOR CUANDO LA FORMA DE PRESENTACIÓN ES ESCASA GANANCIA PONDERAL SIN FIEBRE

Alejandro Suwezda, Ariel Melamud, Rodrigo Matamoros, Fabián González, Adrián Maggio, Analía Romano, Sonia Moreno, Mariana Yacachury, Marta Castelli, Lucio Ringuet

Grupo de Estudio Multicéntrico Argentino en Diagnóstico de Infección Urinaria en Pediatría, Argentina.

Objetivo: Valorar si la reacción inflamatoria en el análisis de orina varía de acuerdo al signo-síntoma que originó la sospecha de infección urinaria en menores de 2 años.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico realizado en Argentina entre 2005 y 2007. Se recolectaron datos clínicos en los sospechosos de infección urinaria y se tomaron dos muestras de orina al acecho, una para el sedimento al microscopio óptico y otra para el urocultivo.

Resultados: De 428 casos recolectados, 211 tuvieron urocultivo positivo, en los cuales los signo-síntomas de sospecha fueron 68% fiebre, 21% escasa ganancia ponderal (EGP) y 11% otros. La diferencia en el recuento de leucocitos en el sedimento urinario fue significativamente mayor en fiebre comparada con EGP (mediana 15 contra 10; $p < 0,001$), la sensibilidad y especificidad para un recuento mayor o igual a 5 leucocitos por campo de alto poder fue 90% y 36% en pacientes con fiebre, y 68% y 70% en pacientes con EGP sin fiebre.

Conclusiones: 1) 1/3 de las infecciones urinarias no presentó fiebre, y en este grupo EGP fue el signo de presentación más frecuente. 2) La respuesta inflamatoria en el análisis de orina es significativamente menor en las infecciones urinarias que tuvieron EGP. 3) Los algoritmos de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento para infección urinaria en lactantes no contemplan que la forma de presentación pueda ser sin fiebre, y que puedan ser diagnosticadas más allá del período agudo. Tampoco existen investigaciones que hayan estudiado este sesgo de espectro clínico, por lo tanto no existe ninguna evidencia de la manera en que deben ser diagnosticadas, ni tratadas, ni seguidas 1 de cada 3 infecciones urinarias en nuestro medio.

NEONATOLOGÍA

Zona Póster (Planta Baja)

P1136

TUMORACIÓN BILATERAL CERVICAL EN UN RECIÉN NACIDO

Mercedes Gómez Manchón, José Ángel Gómez Carrasco, Francisco Guillén Lanuza, María Pilar González Santiago, María Penín Antón, Enrique Gracia Frías

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

Motivo de ingreso: Varón 27 días de edad que presenta, desde hace una semana, tumoraciones laterocervicales bilaterales, no dolorosas. Tos y mucosidad leve en los dos últimos días. No

fiebre. Buena ingesta y ganancia ponderal. No ambiente infeccioso familiar. *Antecedentes personales y familiares:* embarazo controlado. A término. Parto eutócico espontáneo sin incidencias. Lactancia materna. Vacunación correcta. Pruebas metabólicas normales. No enfermedades. Padres y hermano de 5 años sanos. *Exploración física:* buen estado general, bien hidratado y nutrido y profundado. No exantemas. Tumoraciones palpables en ambas regiones laterocervicales medias de 2,5 x 1,5 cm. en lado derecho y 2 x 1 cm. en el izquierdo. Faringe hiperemica. No masas abdominales ni megalias. No se palpan otras masas ni adenopatías regionales. Resto de exploración normal. *Pruebas complementarias:* Hemograma: 6.900 leucocitos (27N, 57L, 10M, 4Eo) Hb 9,4, Hto 27,7%, Pla_q 234.000. Frotis: algún linfocito activado y neutrófilos con punteado reforzado. Bioquímica normal. PCR: 5,9 mg/l. GPT 28 U/L Rx Tórax. Normal. VRS nasofaringe: positivo. ELISA faríngeo y Mantoux negativo. Hemocultivo estéril. Ecografía cervical: en lado derecho se observa masa sólida de 24 x 15mm, adyacente otra de 10 mm. En lado izquierdo algunas imágenes sugestivas de adenopatías. Serologías: VHB, VIH, VHC, Sífilis, CMV: negativo. Ig G rubéola y varicela positivo (IgM negativo). CMV, virus herpes tipo 6,7 y 8 en orina negativo. *Tras 15 días:* la ecografía cervical muestra la existencia de dos nódulos bilaterales en la región inferior del cuello (3 cm. el derecho y 2 cm. el izquierdo). No se individualizan del esternocleidomastoideo (ECM), pudiendo tratarse de un hematoma vs conglomerado adenopático. PAAF de ambos nódulos cervicales: sugestivo de *hematoma bilateral del ECM*.

Diagnóstico: Hematoma bilateral del ECM.

Comentario: Tras el diagnóstico se inició tratamiento rehabilitador. Al mes del alta las tumoraciones cervicales han regresado y el paciente presenta una movilidad del cuello normal. El hematoma bilateral del ECM aunque es infrecuente debe tenerse en cuenta como diagnóstico probable en un paciente con edad y exploración compatible, en ausencia de datos añadidos que sugieran otras patologías, para así evitar pruebas complementarias innecesarias.

P1137 HIPONATREMIA SECUNDARIA A ASPIRACIÓN CONTÍNUA DE SALIVA EN RECIÉN NACIDOS CON ATRESIA DE ESÓFAGO LONG-GAP

Irene Ruiz Alcántara, Jordi Ortola Puig, Blanca Gascó La Calle
Servicio de Neonatología del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La atresia esofágica (AE) es la anomalía congénita más frecuente del esófago. Las llamadas formas long-gap (separación entre cabos superior a 3 cm) requieren de técnicas quirúrgicas reconstructoras complejas y generalmente diferidas en el tiempo. La colocación de una sonda Replogle en el bolsón proximal conectada a un sistema de aspiración continuo es una práctica habitual en estos niños. No obstante, se desconocían hasta ahora las alteraciones hidroelectrolíticas que este sistema podía ocasionar. Presentamos dos casos clínicos de recién nacidos con AE tipo long-gap con hiponatremia severa.

Caso 1: Recién nacido de 34 SEG con leve distrés al nacimiento e imposibilidad de pasar la sonda nasogástrica a estómago. La radiografía de tórax confirma AE sin fístula con bolsón proximal en D4. El 3º día de vida se realiza gastrostomía y se coloca sonda de aspiración. A los 2 meses de vida se produce un episodio de descompensación clínica con fallo multiorgánico y valores de sodio en ese momento de 120 mEq/L. Tras revisar la

historia clínica, se constata una tendencia a la hiponatremia desde el mes y medio de vida.

Caso 2: Recién nacido de 36 SEG con antecedente de polihipodramnios y sialorrea al nacimiento. La radiografía de tórax muestra AE sin fístula sin posibilidad de anastomosis término-terminal. En espera de la intervención definitiva (tubulización gástrica) se practica gastrostomía. A los 2 meses de vida, la analítica muestra un Na de 110 mEq/L asociado a irritabilidad y mala ganancia ponderal. Tras descartar alteraciones en la función renal, se sospecha que las pérdidas continuas de saliva a través de la sonda de Replogle es el mecanismo que puede justificar la hiponatremia en este paciente, cuantificándose unas pérdidas diarias de saliva a través de este sistema que oscilaron entre 80-150 ml/día, con una concentración de sodio en las muestras entre 25-45 mEq/L, lo que supone unas pérdidas diarias de 1-2 mEq/Kg/día.

Conclusión: Necesidad de suplementos orales de sodio en pacientes con apiración continua de saliva de forma prolongada.

P1138 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN JAÉN EN EL PERIODO 2004-2007

Isabel María Sánchez Sánchez, Tomás del Campo Muñoz,
Carmen Martínez Colmenero, Victoria Esteban Marfil,
Juan Alonso Cozar Olmo, Jesús de la Cruz Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Unidad de Neonatología Infantil del Complejo Hospitalario de Jaén.

Objetivos: Conocer los patrones normales de distribución de las Malformaciones Congénitas en nuestra Maternidad con el fin de detectar posibles variaciones en la misma, que puedan darnos pautas acerca de agentes causales.

Material y métodos: Análisis y revisión retrospectiva de la información recogida en los protocolos del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC) en el periodo que va desde el 01/04/2004 al 31/12/2007.

Resultados: La incidencia de malformaciones congénitas frente al total de recién nacidos en nuestra maternidad en el periodo estudiado fue del 1,8% (182 malformados) frente al 1,15% a nivel nacional. La presentación clínica de las anomalías fue de forma aislada en el 64,8% de los casos, asociadas en el 12,2% y el 23% restante como síndromes polimarfomatosos, en los cuales se demostró una cromosomopatía subyacente en 13 recién nacidos y enfermedades de otra etiología génica en 10. El 45,1% eran hembras frente al 54,9% de varones. El 69,2% pesaron entre 2.500 y 4.000 g, el 22% entre 1.500 y 2.500 g y el 1,6%, el 4,4% y el 2,7% pesaron < 1.000 g, entre 1.000 y 1.500 g y > 4.000 g respectivamente. Solamente en un 14,3% había antecedentes de abortos previos y en un 12,2% se realizaron estudios de fertilidad, siendo la ICSI el tratamiento de fertilidad más usado (en 6 ocasiones). En un 35,9% había otro malformado en la familia y en un 4,5% existía consanguinidad. Las malformaciones por aparatos más frecuentes fueron las craneofaciales (23,3%), seguidas de las musculoesqueléticas (20,2%), las urogenitales (12,8%), cutáneas (11,2%), cardíacas (7,6%), gastrointestinales (5,2%) y del SNC (4,2%) entre otras. **Conclusiones:** 1) Nuestra distribución de Malformaciones es paralela a los datos publicados a nivel nacional, con un discreto aumento de la incidencia en nuestro Centro, en parte atribuible a los fallos de recogida a nivel nacional. 2) Realizar este estudio epidemiológico descriptivo nos ha llevado a una mejor comprensión de los factores implicados en las Malformaciones

detectadas en nuestra práctica habitual. 3) Es preciso realizar este tipo de estudios a nivel local, en base a la detección de posibles factores desencadenantes de malformaciones y su estudio pormenorizado y lo más precoz posible.

P1139 HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA; DATOS CLAVE DEL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y EVOLUCIÓN

Cristina Villar Vera, Silvia Castillo Corullón, Francisco Javier Estañ Capell, Laura Martínez Rodríguez, Jaime Fons Moreno, Juan Brines Solanes
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: La hernia diafragmática congénita (HDC) presenta una incidencia de entre 1/2.000-1/5.000 recién nacidos. La fisiopatología se basa en un defecto de cierre de los conductos pleuropéritoneales posteriores alrededor de la octava semana de gestación. La magnitud del defecto, con el correspondiente grado de hipoplasia pulmonar, y las frecuentes malformaciones asociadas, son la clave de la evolución peri y postnatal. Los avances de la neonatología en los últimos años han permitido un mejor manejo de la HDC, aunque en los casos más graves el tratamiento sigue siendo complejo.

Caso clínico 1: Embarazo controlado sin complicaciones, salvo diabetes gestacional materna tratada con insulina, con ecografías prenatales normales.

Cesárea electiva por macrosomía a las 40 semanas. Nace un niño con cianosis central, distrés respiratorio y desplazamiento del latido de punta. Se realiza Rx de tórax, sospechando neumotórax a tensión y posible HDC. Tras drenaje del neumotórax y aplicación del protocolo de manejo de la HDC, se realiza cirugía programada tras estabilización clínica (4º día), con reconstrucción diafragmática y resección de 2 secuestros pulmonares. Evolución posterior tórpida, con desarrollo de neumotórax recidivantes bilaterales, a pesar de colocación de drenajes pleurales múltiples, falleciendo a los 23 días de vida.

Caso clínico 2: Embarazo controlado sin complicaciones; parto vaginal a las 39 semanas, con distrés respiratorio inmediato, por lo que ingresa para observación. En Rx de control se sospecha hernia diafragmática congénita, por lo que se programa protocolo de HDC y se interviene quirúrgicamente (5º día) con buena evolución, extubación a los 10 días de vida y alta a los 26 días.

Conclusiones: 1) La dificultad del diagnóstico prenatal en la HDC es un problema vigente. 2) El grado de hipoplasia pulmonar, difícilmente inferible prenatalmente, es un factor determinante en la evolución posterior. 3) El debut de la HDC con neumotórax asociado aumenta en gran medida la morbimortalidad.

P1140 ESTUDIO SOBRE LA INCIDENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA POBLACIÓN DETERMINADA

María Teresa Cerdán Vera, Eva Suárez Vicent, M. Ana Esparza Sánchez, Inés Sanz Romero, M^a Carmen Viciano Bellmunt, Ramón Aguilera Olmos
Hospital General, Castellón.

Introducción y objetivos: La nomenclatura recomendada por la OMS para definir los tipos de lactancia materna resulta compleja y de difícil aplicación en la práctica diaria, por lo que consideramos

que debiera simplificarse. Nuestro objetivo es estudiar la incidencia del tipo de lactancia de los recién nacidos de un hospital.

Material y métodos: Análisis descriptivo de una muestra de 173 niños nacidos durante el mes de mayo de 2007 y de los niños nacidos en un período de 4 meses del mismo año en un hospital. Como test estadístico para contrastar diferencias se ha usado el χ^2 con un valor de significación del 5%. Posteriormente se ha analizado el tipo de lactancia recibida por el neonato tanto al nacimiento como al alta. Para simplificar el estudio se ha clasificado la lactancia en dos tipos: natural y artificial.

Resultados: El mes de mayo de 2007 puede considerarse representativo en cuanto al tipo de lactancia recibida por el neonato; la mayoría de los recién nacidos recibe lactancia materna tanto al nacimiento (83%) como en el momento del alta (81%). Si se analiza el cambio de lactancia producido en el momento del alta, el 98% de los casos mantiene el tipo de lactancia elegida al inicio (materna).

Comentarios: Con el fin de simplificar el estudio sobre la incidencia de la lactancia materna hemos comprobado que el análisis durante el período de un mes puede ser representativo de otros períodos más largos. No hemos podido usar la clasificación de la OMS pues en nuestro hospital ha sido prácticamente imposible evitar que los niños no lleven ninguna toma adicional de agua, suero o complemento.

P1141 INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO TRATADO CON VALGANCICLOVIR

Cristina Ortega Casanueva, Alfonso Urbón Artero, Miriam Hortelano López, Teresa Raga Póveda, Santiago David Calleja López, Celia Reig del Moral
Hospital General, Segovia.

Antecedentes y objetivos: La infección por citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección viral congénita. El tratamiento con valganciclovir busca mejorar el pronóstico de la función auditiva.

Métodos: Recién nacido a término de embarazo y parto normales en el que en la exploración al nacimiento se objetivan hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 5 cm con petequias en cara y espalda. En el Hemograma presenta trombopenia. Ecografía craneal con calcificaciones periventriculares y aumento de la ecogenicidad craneal de la sustancia blanca. Fondo de ojo normal. Otoemisiones acústicas negativo. Tras confirmación diagnóstica con estudio DNA para CMV por PCR en sangre, anticuerpos IgM antiCMV en suero y líquido cefalorraquídeo positivos, a los cinco días de vida se inicia tratamiento intravenoso con valganciclovir.

Resultados: En los controles analíticos se objetivó neutropenia severa por lo que se instauró tratamiento con factor estimulante de granulocitos (GRF). El tratamiento se mantuvo durante 5 semanas de forma intravenosa y 6 meses por vía oral. El estudio de potenciales evocados auditivos en tronco cerebral (PEATC) fue negativo a los dieciséis días y a los cinco meses. A los 9 meses el tratamiento con audífonos sólo mostraba una mínima señal a los 80 decibelios, realizándose implante coclear a los 13 meses, obteniéndose respuesta auditiva a sonidos fuertes en pocas semanas y a los 23 meses el niño oye bien y pronuncia más de 6 palabras. El desarrollo psicomotor evaluado progresivamente es normal a los 28 meses de vida.

Conclusiones: En nuestro caso el tratamiento con valgangliclovir no mejoró el pronóstico auditivo. Las complicaciones secundarias fueron transitorias y desaparecieron al retirar la medicación.

P1142

INCONTINENCIA PIGMENTARIA.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Raquel Díaz-Aldagalan González, Eva Gembero Esarte, Eva Rupérez García, Carmen Mendivil Dacal, María Eugenia Yoldi Petri, Teodoro Durá Travé

Servicio de Pediatría del Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

Introducción: La Incontinencia pigmentaria (IP) ó Enfermedad de Bloch-Sulzberger, es una dermatosis infrecuente, de herencia dominante ligada al cromosoma X, que afecta principalmente a mujeres, ya que en los varones suele ser letal. Aunque las lesiones cutáneas pueden ser la única manifestación, el 80% de los niños presentan otras malformaciones asociadas: alteraciones dentarias (retraso en la dentición, anodontia, dientes cónicos), oculares (estrabismo, catarata, microftalmos, nistagmus, atrofia nervio óptico, fibroplasia retrolental, desprendimiento de retina), sistema nervioso central (retraso del desarrollo motor y cognitivo, convulsiones, microcefalia, espasticidad, parálisis), anejos (alopecia cicatricial, distrofia ungueal), óseos (paladar ojival, espina bífida, enanismo)

Caso clínico: Neonato, mujer, que ingresa en Unidad de Neonatología para estudio por presentar lesiones cutáneas y malformaciones óseas. *Antecedentes:* embarazo y parto sin interés. A la exploración, paladar ojival, lesiones cutáneas con base macular hiperpigmentadas lineales y sobre ellas vesículas, flictenas y en algunas zonas pápulas verrucosas de distribución en región axilar derecha, tronco, perianal y ambas extremidades inferiores. A nivel óseo, implantación baja de 5º dedo de mano derecha y pie izquierdo. Resto de exploración física era normal. Se realizó analítica sanguínea con serologías para Toxoplasma, Rubéola, CMV, Herpes simple I y II que resultaron negativas. Cultivos (sangre, orina, heces, faríngeo, vermix, cutáneo) negativos. Cariotipo: 46 XX. Pruebas de imagen (serie ósea, ecografía cerebral, resonancia magnética craneal) normales. Biopsia cutánea: compatible con Incontinencia pigmentaria. La paciente sigue controles en consulta de Neuropediatría, continua con desarrollo psicomotor adecuado a su edad y en la actualidad (3 años) se encuentra asintomática sin manifestaciones a otros niveles.

Comentarios: 1) Ante un neonato con lesiones hiperpigmentadas cutáneas debemos descartar Incontinencia pigmentaria. 2) La alta incidencia de anomalías graves asociadas a esta enfermedad justifica el consejo genético.

P1143

HIPOTONÍA NEONATAL, A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD PEROXISOMAL

Gisela Cristina Muñoz García, Lorena Rodeño Fernández, M. Girós, Alberto Pérez Legorburu, María Ángeles Fernández Cuesta, Íñigo Echániz Urcelay

Unidad Neonatal y Sección de Neurología Infantil del Servicio de Pediatría del Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya) y Instituto Bioquímica Clínica, Barcelona.

Introducción: La hipotonía es la alteración motora más frecuente en el neonato y sin embargo sigue constituyendo un

gran reto diagnóstico. Descartadas causas secundarias, la siguiente aproximación debe dirigirse a la distinción entre hipotonía central o periférica. Esta diferenciación no siempre es fácil en el RN, de ahí la importancia de la historia familiar y perinatal y los hallazgos clínicos y analíticos.

Caso clínico: RNT que ingresa a las 5 h de vida procedente de clínica por hipotonía e hipoglucemia. AF y AP: abuelo y tío rama materna hipotonía en la primera infancia. Madre 31 años. 1ª gestación, pliegue nuchal, amniocentesis 46 XX. Serologías y EGB negativos. Parto 38 + 2, cesárea, podálica, RABA intraparto, líquido normal. Apgar 7/9. *Exploración:* mujer. PN 3,100 g (P50). L 51 cm (P75). PC 35,5 cm (P75). Llanto débil. Hipotonía de predominio axial, postura en libro abierto. Fontanela anterior amplia. Facies inexpressiva. Arreflexia osteotendinosa. Reflejo de succión presente, sin el resto de reflejos arcaicos. Barlow y Ortolani (+). A las 48 h sepsis neonatal de buena evolución. A los 11 días de vida inicia episodios convulsivos. Al mes de vida colestasis y hemossiderosis, hepatoesplenomegalia e ictericia progresiva. *Entre las pruebas realizadas:* aminoácidos en sangre, orina y LCR normales, láctico, pirúvico, amonio, Ac. Grasos libres y Alfa-1 antitripsina normales. Ecografía y RMN cerebral, PEV-PEA, fondo de ojo, EMG (padres y RN), ecografía abdominal y serie ósea normales. El estudio de ácidos orgánicos en orina y AGCML en suero orienta a una alteración de la biogénesis peroxisomal (con ac.fitánico normal y descenso del plasmalógenos) que se confirma con el estudio en fibroblastos, estando en curso el estudio genético. El tratamiento con ácido docosahexaenoico mejora la colestasis y la coordinación succión-deglución. Desarrolla un Sd. West, que responde parcialmente a dosis altas de Vigabatrina.

Conclusiones: La presencia de una hipotonía neonatal mixta debe alertarnos de la posibilidad de una enfermedad peroxisomal. La gran variabilidad clínica impide el diagnóstico sindrómico de certeza, precisándose estudios genéticos y moleculares complementarios. Su identificación no conlleva un tratamiento curativo, pero evita el aumento de su incidencia por medio del consejo genético y diagnóstico prenatal.

P1144

HIDROPS NEONATAL DE CAUSA NO INMUNE: ACTUALIZACIÓN E INCIDENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Alicia Lizondo Escuder, Soraya Borraz Gracia, Agustín Molina Merino, Tania Sempere Serrano, Isabel Gascón Casaredi, Lourdes Escrivá Cholvi

Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Se presenta una revisión de cinco casos de hidropesía fetal diagnosticados en nuestra Unidad Neonatal en los últimos cuatro años, incluyéndose todos aquellos con edema generalizado en la exploración al nacimiento.

Resultados: El diagnóstico fue prenatal con ecografía en cuatro de ellos, siendo en tres de los casos un hallazgo casual. Dos de las embarazadas presentaban un aumento excesivo de peso y edemas sin otra sintomatología. En nuestra muestra la etiología fue multifactorial. Se objetivaron causas pulmonares (un quilotórax congénito y una hipoplásia pulmonar), un síndrome de transfusión feto-fetal, una anemia grave no filiada y en un caso no se obtuvo un diagnóstico definitivo catalogándose el hidrops como idiopático. Se descartó la etiología infecciosa y

la patología materna en todos ellos. Las comorbilidades encontradas fueron en cuatro de ellos cardíacas, por malformaciones de distinta gravedad, pulmonares en dos de ellos en relación con el grado de anasarca y en cinco de los casos, en relación con su prematuridad. Sin embargo, no pudieron identificarse como la causa principal del hidrops aunque estuvieron directamente relacionadas con el pronóstico de los pacientes. La autopsia realizada en uno de los dos fallecidos tampoco aclaró la etiología y no se encontraron hallazgos relevantes en los cariotipos.

El tratamiento administrado fue sintomático. Se requirieron transfusiones de albúmina y de concentrado de hematíes según el grado de hipoproteinemia y anemia respectivamente. Una de las bases más importantes del tratamiento fue la fluidoterapia. En todos ellos se instauró una terapia de restricción de líquidos para obtener un balance negativo y diuresis forzada con diuréticos. Sólo en un caso fue necesaria una expansión de volumen agresiva a pesar de los edemas por la instauración de un shock hipovolémico.

Conclusiones: La etiología del hidrops continúa siendo multifactorial. Es fundamental el diagnóstico prenatal para mejorar el pronóstico gracias a la cesárea electiva y la preparación del pediatra en la sala de partos, ya que todos necesitaron reanimación e intubación. La mortalidad viene directamente relacionada con la comorbilidad del hidrops, fundamentalmente la prematuridad y las posibles malformaciones asociadas.

P1145 ABSCESO HEPÁTICO COMPLICANDO CANALIZACIÓN UMBILICAL

Margarita Escudero Lirio, Verónica Rodas Arellano, Vanessa Sánchez Valverde, Antonio Pavón Delgado
Servicio de Neonatología del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El absceso hepático aislado es una patología excepcional, de potencial gravedad, y que en el periodo neonatal puede asociarse con la canalización umbilical. Aunque las pruebas de imagen facilitan su detección, se requiere un alto grado de sospecha clínica para su diagnóstico.

Caso clínico: Neonato de 34 semanas de gestación que cursa con polihidramnios. Parto por vía vaginal eutócico, Apgar 5 al minuto, que requiere intubación en paritorio por esfuerzo respiratorio ineficaz. Ingresa en la UCI-Neonatal por distrés respiratorio e hidrops fetal. Presenta asociado al edema generalizado, derrame pleural bilateral masivo, que obliga a su drenaje mediante colocación de sendos tubos torácicos y aspiración continua. A su ingreso se conecta a ventilación mecánica y se procede a canalización de la vena umbilical, que se mantendrá durante 5 días. El paciente es finalmente diagnosticado de Hidrops fetal no inmunológico, no cardiogénico, ni asociado a otra patología conocida, teniendo el líquido pleural características de quilotórax. Al 5º día de vida comienza con clínica sugestiva de sepsis, aislándose en hemocultivo staphylococcus epidermidis. Se observa mejoría clínica tras iniciar tratamiento con imipenem y vancomicina. Al 11º día se objetiva hepatomegalia, por lo que se realiza ecografía que pone de manifiesto imagen redondeada lobulada de unos 3 cm de diámetro en lóbulo hepático derecho y halo hipocogénico alrededor, que realiza en el TC con contraste practicado el mismo día, y que

son altamente sugestivo de absceso. Se mantiene antibioterapia con vancomicina un total de 38 días, asociada a gentamicina desde el diagnóstico. Un TC un mes más tarde, demuestra una reducción llamativa de su tamaño, y calcificación en el centro de la lesión. Permanece asintomático a los 3 meses de vida.

Conclusiones: El caso de absceso hepático que presentamos parece guardar una relación estrecha con la canalización umbilical, tanto por su localización, como por el hecho de ser único. Esta complicación, como lo es el cavernoma de la porta, es bien conocida y debe considerarse en todo recién nacido que haya requerido canalización de la vena umbilical. En este contexto, pensamos debería realizarse siempre un control ecográfico.

P1146 HIPOTONÍA NEONATAL: CASO CLÍNICO

Marta Carrasco Hidalgo-Barquero, María Luisa Moreno Tejero, Ana Romero García, María Concepción Ortiz Barquero, Enrique Galán Gómez, Cristina Cáceres Marzal
Hospital Materno Infantil del Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: La hipotonía neonatal puede ser de origen central (no asociado a debilidad muscular) o periférico (asociado a debilidad muscular). Nuestro objetivo es examinar un caso de hipotonía neonatal de origen central.

Método y resultado: Niña de 9 días de vida con hipotonía cervico-axial marcada desde el nacimiento. *Antecedentes personales:* recién nacida a término de 41 semanas de edad gestacional con escasos movimientos fetales y crecimiento intrauterino retardado detectado en 2º trimestre de gestación. Antecedentes familiares sin interés. Al ingreso presenta postura en libro abierto, con palidez cutánea muy marcada, fontanelas anterior y posterior muy amplias, labio superior en V invertida, ojos de color claro y cabello muy rubio, escasos movimientos de extremidades y los existentes de predominio distal, sin debilidad muscular asociada, discreta artrogrípisis, no ptosis, ni oftalmoplejía o fasciculaciones. Moro incompleto. No dificultad respiratoria. Reflejo de succión débil por lo que necesita ser alimentada por sonda nasogástrica durante el primer mes de vida, siendo completa la succión a partir del 42 día de vida. Resto exploración normal. *Estudios realizados:* ecografía cerebral, abdominal, hormonas tiroideas, ácidos grasos de cadena muy larga, pruebas metabólicas, punción lumbar, Cpk, y ferritina normales. Electroencefalograma al ingreso normal, en el de control se observa una afectación cerebral difusa sin que sobre ella se observen anomalías focales, en la evolución han aparecido ondas delta hipervoltadas. Cariotipo: microdelección 15q11q13, prueba de metilación: portadora de la ausencia del alelo materno y estudio paternofamiliar: normal.

Conclusiones: Es importante una clasificación clínica y diagnóstico precoz en los pacientes con hipotonía. La delección del cromosoma 15 es una de las formas más frecuentes de hipotonía neonatal no neuromuscular, aunque generalmente como Síndrome de Prader Willi y no como Síndrome de angelman que es nuestro caso. Es aconsejable realizar estudio genético al paciente y sus familiares más directos para dar un consejo genético adecuado.

P1147**CASUÍSTICA DE LA MORBILIDAD PERINATAL DEL HIJO DE MADRE CON DIABETES (GESTACIONAL Y PREGESTACIONAL)**

Marta de Toro Codes, Noemí Martínez Espinosa, Isabel Leiva Gea, Felipe González Rivera, Victoria Esteban Marfil, Jesús de la Cruz Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del Complejo Hospitalario de Jaén.

Antecedentes y objetivos: Determinar las características y tipo de morbilidad en una serie de recién nacidos RN hijos de madre con diabetes gestacional (DG) o pregestacional (DPG) ingresados en nuestra Unidad Neonatal durante un periodo de 4 años.

Métodos: Estudio descriptivo de serie de casos, en el que se incluyeron todos los recién nacidos hijos de madres con DG o DPG ingresados en nuestra Unidad Neonatal desde 1-1-2003 hasta 31-12-2006. Las variables del estudio fueron definidas a priori y los datos recogidos de forma prospectiva incluyendo EG, somatometría, malformaciones, Apgar, y control metabólico en todos los pacientes: glucemia a la 1, 3, 6, 12 y 24 horas, y Hcto, Bilirrubina total y Ca. Se recoge también el valor de hemoglobina glicosilada de la madre. Los RN se dividen en dos grupos en función del tipo de diabetes materno y del tratamiento.

Conclusiones: Un adecuado control de la gestante diabética ha permitido disminuir la frecuencia de complicaciones en el neonato, no obstante la incidencia de hipoglucemia en las primeras horas de vida sigue siendo relativamente frecuente en nuestro medio. No así otras complicaciones metabólicas o generales.

P1148**PSEUDIHIPOPARATIROIDISMO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

Tania de Miguel Serrano, Ana Malo de Molina, María José Olmos, Olga Pérez, M. Isabel Armadá Maresca, Erika Jiménez González Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Paciente varón de 7 días de vida que consulta por episodios convulsivos (movimientos clónicos de EESS con sacudidas leves y rítmicas. Movimientos bucales de chupeteo) de 3 días de evolución. *Antecedentes personales:* RNPT de 36 semanas. *Antecedentes familiares:* madre con hipocalcemia (8 mg/dL) en el 3º trimestre del embarazo. Se detecta hipocalcemia de 4,2 al ingreso (resto de iones y bioquímica normales) que precisa corrección con Gluconato Cálcico i.v. y posteriormente v.o. Se realizan pruebas de imagen (ECO cerebral, RMN cerebral) y EEG que fueron normales. Ante la sospecha de pseudohipoparatiroidismo se solicita Calcio en orina (disminuído), PTH y fósforo en sangre (aumentados). Por lo que se inicia tratamiento con Vitamina D. Evolución posterior favorable.

Como conclusiones destacamos: 1) Ante una convulsión neonatal siempre debe entrar la hipocalcemia como diagnóstico diferencial, sin olvidar por supuesto otras patologías de origen metabólico o neurológico. 2) El tratamiento precoz con vitamina D es importante para evitar posibles manifestaciones tardías del pseudohipoparatiroidismo, como son las manifestaciones óseas o la tetania. 3) Es importante valorar la patología materna como posible causa de los trastornos metabólicos del recién nacido en los primeros momentos de vida.

P1149**TRATAMIENTO INTRAUTERINO DEL BOCIO FETAL**

Marta Nicolás López, María Dolores Martínez Jiménez, Paula Garzón Lorenzo, M. Ángeles Albisu Aparicio, María Clemente León, Carmen Ribes Bautista

Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona y Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

El bocio fetal es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave. Suele detectarse en el 2º trimestre de la gestación. Generalmente se acompaña de alteraciones funcionales, más frecuentemente hipotiroidismo y es causa de distocia, asfixia e incluso muerte fetal, secundarias a hiperextensión cervical y compresión.

Responde a diversas causas siendo, la mayoría por patología tiroidea materna: tratamiento antitiroideo materno, autoanticuerpos maternos (Enfermedad de Graves o Enfermedad de Hashimoto), así como déficit de yodo en la dieta, ingesta excesiva de sustancias bociógenas, ingesta de yoduros durante la gestación o dishormonogénesis.

Presentamos el caso de una niña pretermino de 33 semanas de gestación y peso al nacimiento de 2,420 gramos, hija de madre sana eutiroidea, diagnosticada de bocio fetal por ecografía en la semana 20 de gestación. Se confirmó hipotiroidismo fetal mediante determinación de TSH (1,72 mUI/L) y T4l (0,16 ng/dL) por cordocentesis. Se inicia tratamiento con levotiroxina intraamniótica en 11 ocasiones, presentando una buena respuesta con disminución del bocio, no visualizándose en la ecografía de la semana 32. Ante sospecha de corioamnionitis se realiza cesárea. Nace asintomática, con exploración física normal, sin bocio palpable y hormonas tiroideas T4 (2,75 mcg/dL) y TSH (63,8 mUI/L). En gammagrafía y ecografía tiroidea se evidencia tiroides aumentado de tamaño e hipercaptante. Ha recibido desde el nacimiento tratamiento con levotiroxina, manteniendo cifras de T4 dentro de la normalidad y disminución progresiva de TSH. Es necesario una detección precoz y un correcto tratamiento del bocio e hipotiroidismo fetal para evitar complicaciones secundarias al tamaño glandular, así como trastornos funcionales que pueden conllevar importantes déficits en el neurodesarrollo.

**P1150****SEPSIS NEONATAL PRECOZ FULMINANTE POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA**

Alba Costa Ramírez, Ignacio García Muga, Marta Ursueguía Sánchez, Inés Esteban Díez

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro, Logroño (La Rioja).

Introducción: La sepsis neonatal temprana está producida habitualmente por estreptococos del grupo B, seguido de E. Coli, H. in-

fluenciae, Enterococo, Listeria y otros. La incidencia de Pseudomonas es del 4% en recién nacido (RN) > 1500, con una mortalidad asociada del 30%, tratándose generalmente de sepsis de inicio tardío.

Caso clínico: RNT de PAEG que ingresa en la Unidad Neonatal tras Cesárea urgente por registro patológico y reanimación profunda. Apgar 3/5/7. Secreciones amarillentas y acidosis en la gasometría de cordón. *Antecedentes perinatales:* Gestación controlada. Serologías: Rubeola inmune, resto negativo. Cultivo recto-vaginal: *S. agalactiae* y *Cándida*. Ecografías normales. Febrícula materna al ingreso con taquicardia fetal. Rotura artificial de membranas 2 horas antes con líquido amniótico claro. *Evolución clínica:* Estable a nivel clínico las primeras 29 horas de ingreso, iniciando a partir de entonces brusco empeoramiento general. En control analítico signos de sepsis severa, pautándose de forma empírica Ampicilina y Gentamicina. A partir de las 36 horas de vida se objetivan lesiones pustulosas en la piel y aftosas blanquecinas en la mucosa lingual sugestivas de micosis, añadiéndose al tratamiento Anfotericina B lipídica. Aparición rápidamente progresiva de signos clínicos y analíticos de fracaso multiorgánico que no responde al tratamiento médico siendo éxitus a las 59 horas de vida. Post-mortem los resultados de todos los cultivos recogidos (sangre, orina, heces y secreciones aspiradas justo al nacer) en el RN y exudado de la laparotomía de la madre fueron positivos a *Pseudomona aeruginosa* (sensible a Gentamicina). La autopsia concluyó fallo multiorgánico por sepsis fulminante con formación de microabscesos múltiples de predominio en cerebro, pulmón y colon.

Conclusiones: Aunque la sepsis fulminante por Pseudomonas suele ser de inicio tardío, en nuestro caso se manifestó de manera temprana al haber sido transmitido de forma vertical, causando un fallo multiorgánico irremediable a pesar del correcto tratamiento con antibióticos (sensible a Gentamicina). Quizás el futuro esté en el tratamiento con globulinas hiperinmunes asociado al tratamiento antibiótico.

P1151 TROMBOCITOPENIA NEONATAL ALOINMUNE

Ana Gloria Andrés Andrés, Montserrat López Franco, Patricia Lago Mandado, Manuel Silveira Cancela, Mercedes Rodicio García, Assad Abadi Abadi
Hospital da Costa, Burela (Lugo).

Antecedentes y objetivos: La púrpura trombocitopénica neonatal aloinmune es la causa más común de trombopenia en el recién nacido, sin embargo es todavía una entidad infradiagnosticada en nuestro medio y por ello pretendemos presentar un caso clínico que nos haga pensar en ella.

Métodos: Presentación de caso clínico y revisión bibliográfica.

Resultados: *Exponemos el siguiente caso clínico:* Recién nacida, hija de madre sana no trombocitopénica, procedente de gestación controlada de 39 semanas que nace por parto eutócico. A las 4 horas de vida presenta exantema petequial en cuero cabelludo, cara, tronco y extremidades y equimosis palpebrales. Resto de exploración física en límites normales. Destaca en la analítica realizada trombocitopenia moderada (25.000 plaquetas), sin otros datos de interés. Con el diagnóstico inicial de trombopenia de causa no filiada ingresa en el S. de Neonatología para estudio, iniciándose el siguiente tratamiento empírico: cobertura antibiótica (ampicilina y cefotaxima), gammaglobuli-

na i.v. (1 g/kg/día) y prednisona i.v. (3mg/kg/día). La evolución fue favorable no apareciendo nuevos elementos petequiales y remontando progresivamente la cifra de plaquetas, siendo ésta al alta de 211.000 (11º día de vida). Se descartaron posibles causas de trombopenia neonatal, hallándose únicamente la presencia de Ac contra Ags HPA plaquetarios existentes en la recién nacida y ausentes en el tipaje materno (antígeno HPA-1a); por lo que se etiquetó el cuadro de trombopenia neonatal aloinmune. Se indicó a la madre consulta prenatal en hematología en caso de próximos embarazos.

Conclusiones: Ante un caso de trombopenia neonatal hay que pensar en la aloinmune (producida por la acción de un aloanticuerpo plaquetario específico materno que reacciona con un Ag de las plaquetas fetales, que, heredado del padre, conduce a la destrucción de éstas). A pesar de ser la más frecuente, sigue estando infradiagnosticada. Las potenciales complicaciones, como hemorragia cerebral, daño neurológico e incluso la muerte pueden aparecer ya en el periodo prenatal, por ello es importante descubrir el Ag responsable y actuar de forma profiláctica (transfusión de plaquetas o inmunoglobulinas intrauterino) en futuras gestaciones.

P1152 FILHOS DE MÃES PORTADORAS DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE. A REALIDADE DE UMA UNIDADE

María José Cáliz Augusto, Márcia Vides Gonçalves, Anabela João
Unidad de Neonatología del Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Portugal).

Com a implementação da profilaxia antibiótica intra-parto recomendada pelas *guidelines* actuais, a infecção neonatal precoce por *Streptococcus agalactiae* (SGB) diminuiu significativamente, em particular nos recém-nascidos (RN) de termo. Contudo, a profilaxia materna inadequada ou incompleta associada a sinais clínicos ou analíticos de infecção obriga muitas vezes ao internamento destes RN.

Com o objectivo de melhor conhecer a realidade nomeadamente o motivo de internamento de filhos de mães SGB positivas, foi feita uma análise retrospectiva dos processos clínicos dos RN admitidos até aos 7 dias de vida na UCIN do nosso Hospital, de Jan/06 a Dez/07, tendo sido analisados os seguintes parâmetros: profilaxia antibiótica intra-parto, outros factores de risco associados e tipo de parto. Nos RN foi analisado o sexo, o apgar, a somatometria, o motivo de internamento, sinais clínicos de infecção e alterações analíticas.

Dos 995 RN admitidos, 116 (11,7%) eram filhos de mãe com SGB, 389 (39,1%) tinham rastreio negativo e em 490 era desconhecido. Nas portadoras de SGB 66 (56,9%) efectuaram profilaxia antibiótica adequada, sendo que em 30 (25,9%) foi incompleta e 13 (11,2%) não fizeram qualquer profilaxia. A% de mães portadoras de SGB não tratadas adequadamente foi de 37,1%.

Dentro dos RN filhos de mães portadoras 73 (62,9%) não apresentavam outros factores de risco; 26,7% eram prematuros. O motivo de internamento foi em 1,7% por risco infeccioso associado a marcadores de infecção positivos e 0,9% teve alta com o diagnóstico de sépsis clínica. Em nenhum caso se identificou uma cultura de sangue ou LCR positiva para SGB. Comparando os dois anos verificou-se um aumento da detecção de portadoras de SGB (8,3% em 2006 vs 15,6% em 2007), uma diminuição dos casos desconhecidos (59,5% em 2006 vs 37,4% em 2007) e um maior cumprimento da profilaxia.

Como se esperava a percentagem de internamento é superior à taxa de incidência já que muitos RN são internados por risco infeccioso associado a alterações analíticas.

Em dois anos verificou-se uma maior consciencialização para o problema traduzido pelo maior número de mães rastreadas e com profilaxia adequada.

P1153

ALTERAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO POSICIONAL DOS ÓRGÃOS – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Andreia Martins Oliva Teles, Maria Jose Pinheiro Dinis, Lourdes Ferreira, Pinho Sousa, Anabela João

Unidad de Neonatología del Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Portugal).

O termo *Situs* significa posição ou localização. *Situs Solitus* é a designação da organização habitual dos órgãos viscerais.

Situs Inversus Totalis refere-se à inversão em espelho da localização habitual dos órgãos torácicos e abdominais.

Qualquer alteração na organização dos órgãos entre estes dois extremos denomina-se Heterotaxia ou *Situs Ambiguus*.

As alterações do *Situs* são raras e complexas e podem ser um diagnóstico isolado ou fazer parte de síndromes mais complexas com repercussões importantes na morbidade e mortalidade dos pacientes. Doença cardíaca congénita; malrotação intestinal, discinésia ciliar primária e síndromes de asplenia/poliesplenia são algumas das associações mais frequentes com as alterações da localização visceral.

A mudança da posição dos órgãos leva também a uma alteração do local de apresentação de sinais e sintomas de patologias como apendicite ou colecistite com os riscos inerentes ao atraso no seu diagnóstico e ao seu tratamento cirúrgico no caso de não reconhecimento da anatomia invertida.

As anomalias do *Situs* são um desafio diagnóstico dado o seu largo espectro de alterações, sendo que o principal objectivo do seu estudo é a detecção de complicações e respectivas patologias associadas.

Apresentam-se dois casos clínicos de recém-nascidos de termo nos quais foi detectada alteração na organização visceral: *caso 1: Situs Inversus Totalis* em que o diagnóstico foi feito durante internamento no período neonatal por dificuldade respiratória, tendo sido detectados ainda 2 baços acessórios; *caso 2: Heterotaxia* em que as ecografias pré-natais mostraram discordância entre a câmara gástrica e a silhueta cardíaca e interrupção da veia cava inferior com continuidade veia ázigos-veia cava superior. Em estudo posterior observou-se a presença de 1 baço acessório.

Com a apresentação destes casos os autores pretendem alertar para a importância do diagnóstico precoce e discutir a metodologia de estudo destas anomalias que não são consensuais no seio da comunidade científica.

P1154

TRATAMIENTO DE LA ISOINMUNIZACIÓN ANTI ABO. NUESTRA EXPERIENCIA (AÑO 2000-2006)

Ana Barrios Tascón, Félix Omeñaca Teres, Malaika Cordeiro Alcaine, Luis Salamanca Fresno, Eva Valverde Núñez, Laura Sánchez García, Lucía Deiros Bronte, José Quero Jiménez Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El comportamiento de la isoinmunización ABO es ampliamente conocido pero destaca la falta de

estudios en la actualidad referentes a su manejo. El objetivo de este trabajo es analizar el porcentaje de tratamiento más agresivo que el convencional en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo comparativo de pacientes de la Unidad de Neonatología de nuestro Hospital diagnosticados de isoinmunización ABO entre enero del año 2000 y diciembre del 2006.

Resultados: Se analizaron un total de 303 pacientes con diagnóstico de isoinmunización ABO. 252 casos (83,1%) debutaron con ictericia, el 43% antes de los 2 días de vida. 259 pacientes (85,4%) recibieron tratamiento con fototerapia, 18 (6%) precisaron exanguinotransfusión, 15 (5%) inmunoglobulina y 18 (6%) transfusión simple de hemáties. En 8 pacientes (2,6%) aparecieron signos de enfermedad hemolítica recibiendo tratamiento con exanguinotransfusión 3/8 (37,5%), transfusiones simples 2/8 (25%) y terapia con inmunoglobulina intravenosa 1/8 (12,5%). No se encontraron diferencias en el tratamiento en el grupo anti-A con respecto al anti-B. Los prematuros (≤ 37 semanas), 27,6%, recibieron más fototerapia que los término (92,9% vs 82,6%) ($p < 0,05$), pero no tratamientos más agresivos. Aquellos con bilirrubina máxima ≥ 20 mg/dl (14,2%), debutaban en su mayoría con ictericia de aparición tras el 2º día de vida (86,1% vs 58,3%) ($p < 0,05$) y contaban con mayor porcentaje de fototerapia (100% vs 87%) y de exanguinotransfusión (16,3% vs 4,5%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: La necesidad de tratamiento agresivo es independiente de la condición anti-A o anti-B. Los pacientes con isoinmunización ABO que reciben tratamiento más agresivo que la fototerapia son los que presentan signos de enfermedad hemolítica y aquellos con cifras de bilirrubina ≥ 20 mg/dl. Los prematuros reciben más porcentaje de fototerapia. La aparición de la ictericia así como la instauración de la fototerapia es más tardía en aquellos con cifras máximas de bilirrubina ≥ 20 mg/dl, precisando muchos de ellos reingreso tras abandonar la maternidad, lo que obliga al control posterior al alta en los niños de riesgo.

NEUMOLOGÍA

Zona Póster (Planta Baja)

P1155

ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEUMONÍAS POR MYCOPLASMA Y ADENOVIRUS EN UN HOSPITAL GENERAL DE BARCELONA

Sandra Ortigosa Gómez, Antonio Martínez Roig, Laia Ymbert Pellejá, Montserrat Álvaro Lozano, Jaime Lozano Blasco, Rosa M. Busquets Monge
Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica del Hospital del Mar, Barcelona y Universidad Autónoma, Barcelona.

Objetivos: Estudiar los casos de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* y adenovirus en un hospital general en menores de 15 años, para describir las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas y analíticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, revisando las historias clínicas de los menores de 15 años que entre el año 2000 y 2007 fueron atendidos en nuestro hospital y

cuya IgM para Mycoplasma o adenovirus o el cultivo para adenovirus fue positivo. Realizándose posteriormente un análisis estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados: Se diagnosticaron 50 (7,7%) neumonías por Mycoplasma, 57 (8,7%) por adenovirus y 23 casos (3,5%) de coinfección de un total de 652 neumonías detectadas. Existiendo en 18 de ellas coinfección con Chlamydia pneumoniae y en varios casos con otros microorganismos. La media de edad fue de 5,7 años siendo el 46,6% menor de 5 años en las infecciones por Mycoplasma y de 3,5 años en las infecciones por adenovirus, siendo en este caso el 71,3%, menores de dicha edad. Mycoplasma predominó durante los años 2002 y 2004 y adenovirus durante el 2004 y 2005. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre y tos en un 90% de los casos y faringitis en un 20-30%, seguido de dificultad respiratoria en adenovirus y de vómitos en Mycoplasma. La auscultación pulmonar fue patológica en el 90% en ambos casos, siendo los crepitantes los más frecuentes. La alteración radiológica predominante fue la unilateral. Si comparamos ambas infecciones se observan diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: auscultación, número de neutrófilos, dificultad respiratoria y fiebre. En cuanto a la comparación por edades entre menores y mayores de 5 años, hubo diferencias estadísticamente significativas en la PCR, la auscultación, el número de neutrófilos y de las coinfecciones.

Conclusiones: Mycoplasma y adenovirus deben ser considerados como agentes causales de neumonía en la infancia, incluyendo a los niños en edad preescolar, por lo que sería útil intentar siempre realizar el diagnóstico etiológico de las neumonías detectadas. No existiendo diferencias entre menores y mayores de 5 años y encontrándose un importante porcentaje de coinfecciones.

P1156 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SÚBITA EN UNA NIÑA DE 7 AÑOS

M^a José Bravo Sayago, Manuel José Vicente Martín,
Mónica Tirado Pascual, Antonio Jurado Ortiz
Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar un caso de hernia diafragmática en una niña de 7,10/12 años que hemos podido estudiar sobre el terreno.

Material y método: Revisamos la historia clínica y las pruebas complementarias de una niña de 7 años ingresada desde urgencias por presentar dificultad respiratoria.

Resultados: Niña de 7,10/12 años que consulta en urgencias por presentar desde hace 2 semanas dificultad respiratoria que no mejora a pesar de tratamiento broncodilatador y corticoideo. En las últimas 72 horas aparece fiebre de hasta 40°C aumento de la mucosidad y tos productiva. A la exploración se objetiva un mediano estado general y polipnea. A la auscultación se aprecia hipoventilación marcada de hemitorax derecho. Se realiza en urgencias: Rx de tórax que es informada como aumento de condensación en base derecha que borra silueta cardíaca con imágenes aéreas en su interior sugerentes de neumatocele y hemograma normal con una PCR de 59 mg/l. Se decide instaurar tratamiento antibiótico intravenoso a tenor de la imagen y la clínica. Presenta una aceptable mejoría en las siguientes 48 horas con desaparición de la fiebre pero con persistencia de la hipoventilación por lo que se le realiza una rx control que muestra una imagen similar. Se decide realizar un TAC en donde encon-

tramos una lobulación diafragmática anteromedial derecha con herniación de intestino grueso y grasa mesentérica hasta en área supracarinal que se confirma mediante enema opaco. Es derivada a cirugía pediátrica que le da el alta como hernia diafragmática tipo Morgagni en espera de reducción laparoscópica.

Conclusión: Imágenes de condensación sugerentes de proceso neumónico con imágenes aéreas no deben ser calificadas de forma taxativa como neumatoceles, sino que debería hacerse un TAC para comprobar la etiología de dichas imágenes que en nuestro caso correspondían con aústras colónicas. A tenor de dicho caso clínico creemos que es necesario realizar estudios que ayuden a crear un protocolo de sospecha y actuación ante dichos casos que a pesar de ser poco frecuentes pueden llegar a ser entidades importantes con perforaciones intestinales y problemas respiratorios graves.

P1157 HIPO PERSISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Andrea Táboas Pereira, Javiere Francisca Hurtado Díaz,
Ariana Pellitero Marañá, María Paz Vior Álvarez,
Mónica Mantecón Ruiz, Susana Rey García

Departamento de Pediatría del Complejo Hospitalario, Ourense.

Introducción: El hipo consiste en una serie de contracciones espasmódicas, súbitas e involuntarias de la musculatura inspiratoria, seguida de un cierre brusco de la glotis, siendo el hipo persistente aquel que se presenta en forma de un ataque prolongado o ataques recurrentes durante más de 48 horas.

Caso clínico: Escolar mujer de 13 años que 36 horas antes de su ingreso comienza con un episodio de hipo, al inicio intermitente, haciéndose posteriormente persistente que dificulta su actividad cotidiana. Como antecedentes personales destacar un ingreso a los 11 años por reacción adversa tras ingesta medicamentosa accidental y que se encuentra a seguimiento en la Unidad de Salud mental Infanto-Juvenil por baja autoestima y rasgos depresivos. Exploración física normal salvo dolor a la palpación en epigastrio. *Pruebas complementarias:* Hemograma: serias roja, blanca y plaquetaria: normales. Coagulación: normal. Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, iones, transas: normales. FA: 667 UI/L, CK: 1700 UI/l, Troponina I: < 0,02 ng/ml, CK 2: 9,6 ng/ml. Rx tórax: normal. Rx abdomen: normal. Ecografía abdominal: sin alteraciones. Estudio esófago-gastro-duodenal: sin alteraciones. RMN cerebral: sin alteraciones. EEG: en límites normales. Test de aliento con urea: negativo. Gasometría capilar: normal. Orina: normal. Tóxicos en orina: negativo. Interconsulta a Unidad de Salud Mental: a seguimiento. *Tratamiento administrado:* omeprazol, domperidona, baclofeno, gabapentina, olanzapina, clorpromacina, y haloperidol. Evolución lentamente favorable (duración del hipo 23 días), con disminución de la intensidad y frecuencia del hipo, no presentándolo en ningún momento durante el sueño. Refiere molestias en epigastrio de modo esporádico. Presenta fases aisladas de sensación de tristeza y angustia en los que se exacerba. Es seguida en unidad de salud mental: al mes del alta solo presenta el hipo en situaciones de tensión y nerviosismo.

Conclusión: El hipo es un motivo de consulta a urgencias poco frecuente, y aunque generalmente es un problema benigno y transitorio, su importancia radica en que puede ser debido a una enfermedad subyacente grave y que puede llegar a invalidar al paciente.

P1158**INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS EN EL DIGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CRISIS DE ASMA**

Eva Domínguez Bernal, Sara Castrillo Bustamante, María Laura Casado Sánchez, Carlos Santana Rodríguez, Teresa Raga Póveda, Santiago David Calleja López
Complejo Asistencial de Segovia.

Introducción: La intoxicación por plaguicidas o pesticidas suponen un 3,5%-4% de todas las intoxicaciones, y de ellas el 56% son en niños < 6 años. Los organofosforados son los insecticidas más usados actualmente. Su mecanismo de acción es inhibir la acetilcolinesterasa y aumentar los niveles de acetilcolina dando un exceso de actividad simpaticolítica: diaforesis, broncorrea, miosis, diarrea, depresión del nivel de conciencia. Se presenta un caso de intoxicación por organofosforados, que se manifestó inicialmente con aumento de secreciones y dificultad respiratorias.

Caso clínico: Niña de 2 años con antecedentes de bronquiolitis a los 5 meses y madre asmática, que ingresa por episodio de dificultad respiratoria de horas de evolución. No desencadena aparente. Afebril. Asocia tos productiva, y decaimiento. Había recibido Salbutamol y Bromuro de Ipratropio nebulizados con mejoría parcial del trabajo respiratorio. En la exploración destacan disminución del nivel de conciencia con tendencia al sueño, Glasgow 12, piel pálida, fría y sudorosa, salivación abundante, dificultad respiratoria leve, taquipnea, roncus y abundantes ruidos de secreciones bilaterales. Abdomen normal. Miosis arreactiva. No meningismo ni otra focalidad neurológica. Se solicita hemograma, bioquímica, gasometría, PCR, coagulación, radiografía de tórax, sistemático de orina y tóxicos en orina sin hallazgos significativos. Prueba terapéutica con Naloxona y Flumazenilo negativa.

Se reinterroga a la familia en repetidas ocasiones sobre la posible ingesta de tóxicos sin resultado. En las horas posteriores, ante la persistencia de síntomas sugerentes de intoxicación colinérgica, se investiga directamente sobre esta posibilidad reconociendo el uso de insecticida (Diazinón) a una concentración aproximada de 100 veces la recomendada por el fabricante. Se administra Atropina intravenosa, revirtiendo de forma llamativa la sintomatología, hasta su resolución completa.

Discusión: Destaca de este caso el alto índice de sospecha requerido. El cortejo sintomático muscarínico (miosis, hipersecreción, y alteración del sensorio) llevaron a la sospecha diagnóstica en una niña con síntomas inicialmente de predominio respiratorio. Ante procesos con clínica discordante o evolución desfavorable, se debe sospechar otras etiologías más infrecuentes, como la metabólica o la tóxica.

P1159**SARCOIDOSIS PEDIÁTRICA: UN RETO DIAGNÓSTICO**

Raquel Hladun Álvaro, Marc Tobeña, Francisco Coll Usandizaga, Antonio Moreno, Claudia Marhuenda Irastorza, Pilar García Peña
Unidad de Pediatría General. Servicio de Cirugía Pediátrica y Servicios de Radiología, Neumología, Oftalmología, Reumatología, AP e Inmunología Pediátrica del Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de causa desconocida, excepcional en la edad pediátrica. Clásicamente se han descrito dos patrones clínicos: en menores de 4 años se manifiesta con la tríada: erupción cutánea, artritis y uveitis;

por encima de los 9 años la clínica se asemeja a la descrita en adultos, con una afectación principalmente visceral. Su diagnóstico se basa en hallazgos clínico-radiológicos, la evidencia histológica de granulomas epiteloideos no caseificantes y la exclusión de otras posibles etiologías. Presentamos un caso clínico.

Caso: Paciente varón de 4 años de edad sin antecedentes de interés que consulta por tumefacción parotídea bilateral de 3 días de evolución así como astenia y pérdida de peso durante el último mes. A la exploración física destaca únicamente tumefacción parotídea y hepatosplenomegalia. *Exploraciones complementarias:* Hemograma con bioquímica, PCR y VSG normales. Extensión de sangre periférica, inmunidad humoral y celular normales. Cultivos y serologías negativas. Rx tórax con patrón intersticial difuso e infiltrados perihiliares. El TAC torácico muestra afectaciones nodulares de "ground glass" y múltiples septos intersticiales engrosados. Se realiza lavado broncoalveolar que muestra un predominio de linfocitos (índice CD4/CD8: 1.4), sin células malignas y con cultivos negativos. El TAC toracoabdominal con contraste evidencia múltiples adenopatías mediastínicas y mesentéricas. Niveles de ECA (máx. 350 U/l; VN < 40 U/L). En la exploración oftalmológica se aprecia uveitis anterior bilateral. Se realiza mediante toracoscopia biopsia pulmonar y de adenopatías mediastínicas, que muestra abundantes granulomas no caseificantes. Tras la exclusión de enfermedades infecciosas y procesos linfoproliferativos se llega al diagnóstico de sarcoidosis. Se inicia tratamiento con corticoesteroides (15 mg/día) a dosis decrecientes, con lo que el paciente experimenta una progresiva mejoría clínico-radiológica así como una normalización de los parámetros analíticos.

Conclusión: La sarcoidosis es una enfermedad rara, difícil de diagnosticar y probablemente infradiagnosticada en niños. Presentamos un caso de un niño de 4 años con una afectación multisistémica poco frecuente para su edad y que presentó una excelente respuesta al tratamiento convencional con corticoesteroides.

P1160**VALORACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS QUE HAN NECESITADO TRATAMIENTO NEBULIZADO**

Sonia López Gutiérrez, Alicia Jou Benito, Montse Pastor, Judith Sánchez Cruells, Imma Pascual Hernández, Sonia Martínez Soria, Silvana Gabotto Verti
Hospital de Nens, Barcelona.

Objetivo: Implantación del control de calidad en los registros de enfermería en un servicio de urgencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de niños que necesitaron tratamiento con nebulizadores en el segundo semestre del 2007. Analizamos los siguientes registros: constantes al inicio del tratamiento y al alta, valoración de dificultad respiratoria, número de nebulizaciones y tiempo de estancia.

Resultados: Se han revisado 483 hojas de enfermería. El registro de constantes se realizó en un 89,2% al inicio del tratamiento y un 45,4% al alta. Se registró la dificultad respiratoria en un 24,43% siendo el parámetro más apuntado el tiraje 12,61%, seguido de la coloración con 4,96% y quejido con 3,51%. No se registra la ausencia de dificultad respiratoria. *Nebulizaciones administradas:* el 44,5% precisaron una, el 32,5% dos y el 23% tres o más. Tasa de ingreso de 6,6%. La estancia fue el 35,6% entre 30-60 minutos, el 35,4% entre 1-2 horas y de 28,9% más de dos horas.

Conclusiones: Es necesario una mejora en el registro efectuado en las hojas de enfermería para implantar un control de calidad asistencial adecuado a los indicadores pediátricos de calidad de la Sociedad Española Urgencias Pediátrica.

P1161

TOS PAROXÍSTICA EN EL LACTANTE

Ana María González Fernández, Ana María Fortea Palacios, María José López García, Celia Balaguer Yebenes, María Teresa Romero Rubio, Soraya Borraz Gracia
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Anamnesis: Neonato niña de 21 días, que tos pertusoide y crisis de cianosis. Inicio 5 días antes con tos seca, a veces con "gallo" inspiratorio final. En las últimas 24 horas, aumento de la tos con crisis de sofocación y cianosis facial. Rechazo alimentario parcial. Afebril. Rinorrea blanquecina.

Antecedentes Personales: RNT 41 semanas. AEG (peso al nacimiento 3,5 Kg). Alimentación: Lactancia mixta hasta 15 días. Posteriormente lactancia artificial. Ganancia ponderal escasa. Evacuación lenta de meconio. Exploración clínica normal. **Exploraciones complementarias:** en el Hemograma destaca una discreta linfocitosis, con serie roja normal, PCR 1 mg/l, procalcitonina 0,5 ng/ml. El pH es de 7,39, y en la gasometría capilar se observa una pCO₂ 50,2, con bicarbonato y exceso de bases normales. Rx tórax: normal. Cultivo y serología de Bordetella: pendiente. **Evolución:** ante la sospecha de tos ferina se inicia tratamiento antibiótico con eritromicina. Al quinto día de tratamiento, no se evidencia mejoría. Crisis de tos y cianosis en número de 12-13/día de predominio nocturno, que aumentan con la movilización de la niña. Secreciones orales muy densas e hipotonía tras la crisis. Edema palpebral bilateral. No atragantamiento con tomas. Buena tolerancia oral. Inter-crisis normales. **Diagnóstico diferencial:** Ante la evolución no favorable, se plantean otras causas de tos paroxística asociada o no a cianosis en el lactante. Se descarta patología infecciosa (Estudio virológico en secreciones nasofaríngeas, cultivo chlamydiae exudado conjuntival y faríngeo, cultivo y serología de bordetella: IgM negativa, IgG positiva); Fibrosis quística (Cloruros en sudor: 36 mEq/L, y 30 mEq/L; heces normales); se inicia tratamiento antirreflujo (postural, farmacológico con domperidona y ranitidina, y nutricional: alimentación por débito continuo con sonda nasogástrica). Tras iniciar tratamiento antirreflujo se observa una disminución progresiva en el número e intensidad de las crisis, y un aumento progresivo de peso, por lo que el reflujo gastroesofágico resulta la hipótesis más probable. Ante la sospecha se realiza pHmetría: patológica, con puntuación DeMeester 130 (p > 97).

Conclusión: La tos paroxística asociada o no a crisis de cianosis puede ser la manifestación de un reflujo gastroesofágico en el lactante.

P1162

OBSTRUCCIÓN AGUDA GRAVE DE VÍA RESPIRATORIA DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

Goizalde López Santamaría, Amaia Goñi Yarnoz, Javier Fernández Aracama, María Aurora Navajas Gutiérrez, Fco. Javier Pilar Orive, Mikel Santiago Burrutxaga
Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Mujer de 14 años sin antecedentes de broncoespasmo que presenta cuadro de 15 días de sibilantes sin estridor, diagnosticada

de asma en su centro de salud en tratamiento con broncodilatador y corticoide oral. Valorada en el servicio de urgencias se objetiva hipoventilación en hemitórax derecho por lo que se realiza radiografía de tórax interpretada como normal dada de alta sin modificaciones en el tratamiento.

Reconsulta en urgencias por cuadro de insuficiencia respiratoria de pocas horas de evolución con tiraje supraclavicular y subcostal cutis moteada y disnea en reposo que no responde al tratamiento médico de urgencias y tras comprobarse la existencia de atelectasia completa del hemitórax derecho se procede a intubación orotraqueal.

Tras estabilización cardiorrespiratoria ingresa en UCIP donde se realiza pruebas complementarias: gasometría venosa pH 7,17, pCO₂ 62 mm Hg, pO₂ 70 mmHg y saturación 88%, Fibrobroncoscopia de urgencia donde se observa neoformaciones en traquea, bronquio principal derecho y deestructuración y ausencia de visualización del bronquio principal izquierdo, durante el procedimiento se obtienen biopsias para estudio anatomopatológico que fue informada como infiltración linfoide reactiva. La TC torácica posterior objetiva gran masa mediastínica que afecta predominantemente al mediastino medio y anterior con dimensiones de 7,5 X 5 X 3 cm. con obliteración completa de bronquio principal izquierdo y atelectasia de dicho pulmón, compresión de arteria pulmonar derecha y reducción focal de la luz del bronquio derecho, sugiriendo como primera posibilidad diagnóstica linfoma.

Se realiza mediastinoscopia para la obtención de muestras para estudio anatomopatológico ante la ausencias de adenopatías periféricas. Comienza con tratamiento quimioterápico de urgencias con mejoría progresiva de la auscultación y de los controles radiográficos en 72 horas. Dada la buena evolución clínica se repite la fibroncscopia el 7º día de ingreso constantandose una repermabilización del bronquio izquierdo que permite la extubación. La paciente continúa en la planta de oncología infantil el tratamiento con buena respuesta.

Conclusiones: ante obstrucción completa de vía respiratoria se debe sospechar de masa mediastínica además de las otras causas como cuerpo extraño, crisis aguda de asma o tapón de secreciones.

PEDIATRÍA SOCIAL

Zona Póster (Planta Baja)

P1163

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER EN NIÑOS QUE HABITAN ECOSISTEMAS RIBEREÑOS DEL MAR DE CORTÉS

Aida Treviño Moore, Jorge Carlos Herrera Silva, Gabriela Cruz Mondragón

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, México D.F. (México).

Introducción: Los cambios en la educación médica, ameritan de estrategias igualmente novedosas, tanto en sus métodos de enseñanza-aprendizaje, como en su forma de evaluación.

Objetivos: Conocer el nivel de competencia para abordar urgencias oncológicas por un grupo de médicos en período de especialización en pediatría.

Material y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico con residentes de pediatría. Construimos y validamos un instrumento para explorar, a través de seis situaciones clínicas reales, la competencia clínica en procesos onco-hematológicos de urgencia, empleando 12 indicadores. El análisis fue con estadística no paramétrica.

Resultados: Participaron 50 residentes, 6 (12%) mostraron una puntuación esperada por el efecto del azar, 33 (66%) un nivel de aptitud muy burdo. Existió diferencia significativa ($p < 0,05$) en 6 de los 12 indicadores de acuerdo al tiempo de experiencia clínica de los participantes, con mayor tendencia a las conductas iatrogénicas por residentes de segundo año y variable de acuerdo a la sede.

Conclusiones: El nivel de competencia para abordar las urgencias oncológicas en residentes de pediatría de las unidades participantes es muy pobre. Deben establecerse estrategias educativas para el desarrollo de la aptitud en el manejo de pacientes pediátricos con cáncer.

P1164 IMÁGENES Y SONIDOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES

Jesús Vicente Falcón Delgado, Marta Falcón Barroso
Clínica FB Medinad, La Laguna (Santa Cruz de Tenerife)
y Centro de Salud de Añaza, (Santa Cruz de Tenerife).

Antecedentes y objetivos: Desde septiembre de 2000 hemos ido adjuntando imágenes digitalizadas y pequeños videoclips a nuestra historia clínica informatizada (HCI). El objetivo no ha sido otro que facilitar el trabajo cotidiano aprovechando la riqueza expresiva de la imagen y el sonido, mediante medios digitales de uso habitual y aportar así mayor solidez al documento clínico.

Material y método: Así, en febrero de 2008, ya gestionábamos 11.094 imágenes y sonidos de 1.698 pacientes. Un ordenador portátil de gama media y una cámara digital, con memoria suficiente para realizar videoclips de pocos segundos, son las dos únicas herramientas de las que hacemos uso para captar y presentar la información que necesitamos. Con ellas la HCI se implementa, y no sólo gana en accesibilidad a los datos y su representación gráfica, sino también incorpora a la misma información multimedia, que no debe ser ajena a la historia de nuestros pacientes.

Para ello, archivamos imágenes y sonido en directorios paralelos, independientes de las bases de datos que constituyen la HCI. Establecemos el nexo con el paciente a través de dos pasos: nominamos los archivos multimedia, en su inicio, con el código/clave del paciente y creamos una rutina de lenguaje informático (MS Visual FoxPro®) con capacidad para reconocerlos y presentarlos con rapidez mediante aplicaciones externas de Windows® (Photoed®) o programas de distribución libre, como IrfanView®.

Resultados: El código del paciente es la llave que da paso, en pantalla única, a toda su información, permitiéndonos reconocer además de los datos de texto y numéricos de la HCI, sus patologías externas fotografiadas, sus informes hospitalarios, analíticas e interconsultas digitalizados, y sus estudios por la imagen, al mismo tiempo que los videoclips receptores de los movimientos y sonidos archivados.

Conclusiones: En esta línea, innovarnos proporciona, con un pequeño esfuerzo de adaptación, agilidad y solidez a nuestro trabajo y mejora la calidad de la asistencia a nuestros pacientes.

P1165 PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN AP

Josep Malo Guillén, Rou Sanchez Collado, Eulalia Farrés Sirera,
Joan Carrera Clota, M^a Montserrat Guillaumon Gifre
ABS La Vall del Ges y ABS Manlleu del Institut Català de la Salut.

Hemos desarrollado un programa para la prevención de la mutilación genital femenina (MGF).

Creemos que el trabajo multidisciplinario puede ser la clave del éxito de la prevención de la MGF. Para llegar a conseguirlo es necesario que las niñas originarias de los países de alto riesgo sigan el programa de prevención (PANS) para todos los niños y que las familias de estas niñas tengan al mismo tiempo información jurídica y sanitaria relacionada con esta práctica. Pretendemos también difundir una educación sexual basada en los derechos humanos y la salud, i al mismo tiempo conocer mejor a estas comunidades.

Diseño y método: El Programa esta basado en tres fases: investigadora, educadora e informadora. La responsabilidad de las dos primeras fases todos los equipos sanitarios de la ABS (pediatras, MF, enfermeras, comadronas) conjuntamente a trabajadoras sociales y personal administrativo. La fase informadora se reserva exclusivamente a los pediatras.

En la fase investigadora aplicamos un facil y escueto cuestionario y podemos saber que piensan las familias respecto a la MGF y ubicarlas en una fase de la Rueda de Prochaska i Di Clemente que hemos adaptado y que nos ayuda en la evolución de la educación.

Resultados: Se demuestra que el trabajo realizado hasta ahora ofrece el el resultado que todas las niñas que tenemos siguen el PANS. Que todos los padres de estas niñas han recibido información legal y sanitaria de la MGF. Ninguna niña ha sufrido una MGF (en nuestra ABS hay seis). Hay onze adultos que se encuentran dentro del programa y cuatro de ellos se encuentran en la última fase de educación (incluida una adulta que fue sometida a MGF en su niñez)

Conclusiones: Creemos que este modelo basado en el respeto y la educación dentro del contexto de las actividades preventivas en Atención Primaria para la atención del inmigrante puede ser útil en la prevención de la MGF. Creemos que es modelo es aplicable en otras ABSS. Hasta ahora tenemos pocas niñas y el Programa no es evaluable, pero gracias a su aplicación nos ha proporcionado como profesionales, tranquilidad.

P1166 SOSPECHA DE SEPSIS CON DESENLACE FATAL. UN CASO DE MALOS TRATOS

Ana Jiménez Asín, Marta Betés Mendicute, Cristina Ardura García,
Rocío Mosqueda Peña, Jesús Ruiz Contreras

Departamento de Pediatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Fundamento: El TCE por maltrato infantil es la causa más frecuente de muerte traumática en menores de 1 año. Inicialmente más del 30% pasan desapercibidos.

Objetivo: Revisión de la literatura de las características de los TCE, que permiten la orientación diagnóstica del origen accidental o intencionado del mismo, para su aplicación práctica a un caso clínico.

Caso clínico: Neonato de 26 días de vida ingresado por síndrome febril sin foco e irritabilidad con parámetros analíticos

normales y cultivos estériles. AF: padres consanguíneos, de 18 y 20 años de edad. Durante su estancia mantiene leve irritabilidad y febrícula, presentando al 6º día de ingreso, previo al alta, deterioro neurológico grave y crisis convulsivas requiriendo traslado a UCI con medidas de estabilización e intubación. Se realiza TC craneal objetivándose: línea de fractura temporal izquierda, hematoma subdural en tercio posterior de hoz y tentorio, higroma en la convexidad hemisférica izquierda, hemorragia subaracnoidea en surcos y cisterna y colapso ventricular. Fondo de ojo: edema de papila; hemorragias retinianas y prerretinianas en la arcada inferior, así como papilares y peripapilares agudas bilaterales. Se retiran medidas de soporte vital a las 24 horas tras confirmar muerte cerebral.

Discusión: Las pruebas diagnósticas de mayor utilidad para orientar el posible origen accidental o intencionado de los TCE son: TC craneal, fondo de ojo y serie ósea. Según la literatura revisada, la presencia de hemorragias cerebrales extraaxiales y múltiples junto con datos de daño antiguo (atrofia, higroma) apoyan el origen intencional del TCE, al igual que la existencia de hemorragias retinianas múltiples, bilaterales y que afecten a las capas retinianas y prerretinianas, con extensión tanto a la zona premacular como periférica de la retina. La realización de una serie ósea con objetivación de otras fracturas en distintos estadios evolutivos y en localizaciones poco usuales apoyarían la sospecha diagnóstica.

Conclusión: Al contrastar los hallazgos del caso clínico presentado con los datos expuestos de la literatura, está justificada la sospecha del origen intencionado del TCE que conllevó la muerte del paciente.

P1167 EL DOLOR, LA ANALGESIA, LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Mª Elena Porta Dapena, Celia M. Rodríguez Rodríguez, Patricia Pernas Gómez, Ana Villares Porto-Dominguez, Ariana Pellitero Maraña, Pablo Fariña Guerrero, Federico Martín Sánchez
Complejo Hospitalario, Ourense.

Objetivos: Conocer la formación y conducta de los profesionales sanitarios ante el síntoma de dolor.

Material y métodos: Se realiza una encuesta sobre el manejo del dolor a profesionales sanitarios seleccionados al azar del personal que atiende a los niños de 2 a 14 años hospitalizados en nuestro centro.

Resultados: De un total 40 encuestados, 20% (8 del total) correspondía a médicos adjuntos, 17,5% (7) MIR, 32,5% (13) personal de enfermería y 30% (12) auxiliares. El 70% (28) identifica el dolor porque el paciente lo refiere, mientras que el 47,5% (19) porque otros lo comunican y el 42,5% (17) porque lo detecta por signos indirectos. El 69,3% de enfermería decide valorar al paciente antes de avisar al médico. Utilizan escalas de valoración universales el 81,5% de médicos y el 81% de enfermeras. La mayoría utiliza medidas de distracción, siendo este porcentaje mayor entre los profesionales de enfermería y auxiliares (65%). El placebo lo utilizan el 40,7% de los encuestados, el colectivo que más lo emplea es la enfermería (46%). El 61% no permite la presencia de los padres en procedimientos dolorosos y el 50% consideran que esta sería beneficiosa. La adecuada designación de al menos un fármaco según la intensidad del dolor la realiza el

87,5% de médicos adjuntos, el 71,5% de MIR, y el 15% de enfermería. Contesta de forma adecuada la dosis efectiva, dosis máxima, efectos adversos más comunes e interacciones el 25% de médicos adjuntos, el 71,5% MIR y el 23% de enfermería.

Entre el personal médico el 46,6% refiere tener unos conocimientos suficientes, y entre el personal de enfermería el 61,5%

Conclusiones: A pesar de que el uso de la analgesia es una práctica diaria, un amplio porcentaje de los profesionales refieren no poseer conocimientos suficientes. Destaca el adecuado conocimiento de la farmacología por parte de los médicos residentes. Los esfuerzos por mejorar el tratamiento del dolor en los pacientes pediátricos hospitalizados deben ser multidisciplinarios y deben implicar el empleo combinado de planteamientos farmacológicos y no farmacológicos.

P1168 CÓMO ENSEÑAMOS A NUESTROS RESIDENTES

Rosario Dago Elorza, Ana Carvajal de la Torre, Rosario Serrano
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Tras la realización de un proyecto para enseñar habilidades en comunicación a los residentes de todas las especialidades de un gran hospital, llegamos a las siguientes conclusiones: 1) Nunca antes se había hecho nada parecido en dicho hospital. 2) Los médicos del servicio ya habían hecho muchas entrevistas en su vida y tenían una forma definida de comunicar. 3) Estos facultativos carecían de toda formación en esta materia. 4) Estas mismas personas habían estado enseñando a los residentes durante años, cada una en su especialidad.

Por ello, antes de proyectar el taller de acuerdo con las guías actuales, decidimos hacer una encuesta al personal facultativo para conocer su opinión. Una vez tengamos los resultados (basándonos en las guías actuales sobre cómo hacer una entrevista adecuada), nos servirán de base para establecer el programa mas adecuado para cada servicio, teniendo en cuenta los elementos esenciales en comunicación clínica.

Básicamente el objeto de la investigación será conocer el modo en que este personal facultativo comienza la entrevista, reúne la información, comprende la perspectiva del paciente, comparte la información, llega a acuerdos, cierra la entrevista, responde a emociones profundas, promueve cambios conductuales, explora las creencias religiosas y espirituales, da malas noticias, asume un error médico, etc.

El estudio se hace en dos grandes hospitales de La Coruña y Madrid y los resultados se expondrán en formato póster en el Congreso. A partir de estos resultados comenzaremos el proyecto docente.

P1169 LA FAMILIA DE ALGUNOS NIÑOS INMIGRANTES: UN RETO PSICOSOCIAL

Dolors Riera Vidal, M. Carmen Baraza Mendoza, Rosa M. Masvidal Aliberch, Beatriz Miguel Gil, Cecilia Cruz, Ana Estabanell Buxo, Claudia Guzmán Molina, Elisa de Frutos Gallego, Juan Cabezos Oton
Estudio Multicéntrico, Barcelona.

Antecedentes: La familia es especialmente importante para el desarrollo físico, psíquico y social del niño.

Objetivo: Conocer las características de la familia nuclear, en nuestro entorno, de los niños inmigrados.

Tipo de estudio: Descriptivo, transversal y multicéntrico. *Muestra:* individuos de 6 m a 15 a., inmigrantes de países de baja renta, con tiempo de llegada a España no superior a un año, que fueron visitados por primera vez en un Centro de Atención Primaria del 1-12-2005 al 1-12-2006. *Variables:* edad, sexo, país de origen, familia completa (S/N), falta el padre /S/N), falta la madre (S/N), falta algún hermano no emancipado (S/N). Los datos fueron conseguidos mediante una encuesta realizada por miembros del equipo pediátrico.

Resultados: Durante el periodo del estudio fueron visitados 1.226 pacientes, el 53,5% eran varones, la edad media fue de 7,3 años. Se excluyeron los adoptados. Se administró la encuesta a 1.142, en el 29,2% no tenían la familia completa. En la tabla se plasman los resultados según el origen.

	Falta padre	Falta madre	Falta algún hermano
Magreb (n = 283)	25 (8,8%)	8 (2,8%)	42 (14,8%)
África subsahariana (n = 33)	4 (12,1%)	5 (15,5%)	9 (27,3%)
Indo-Paquistán (n = 183)	3 (1,6%)	6 (3,3%)	14 (7,6%)
Otros Países de Asia (n = 50)	1 (2%)	3 (6%)	7 (14%)
América Central (n = 57)	26 (45,6%)	3 (5,3%)	11 (19,3%)
América del Sur (n = 329)	102 (31%)	7 (2,1%)	43 (13%)
Caribe (n = 43)	16 (37,2%)	5 (11,6%)	6 (13,9%)
Ex URSS (n = 32)	15 (46,9%)	0	0
Otros Europa del Este (n = 132)	14 (10,6%)	3 (2,3%)	5 (3,8%)
Total (n = 1142)	206 (18%)	40 (3,5%)	137 (12%)

Conclusiones: La población pediátrica inmigrante tiene un alto porcentaje de familia incompleta en nuestro país lo que puede repercutir en su salud psicofísica por el estrés y el duelo que representa.

P1170 DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS ANTE UN INTENTO DE AUTOLISIS

María José Carbonero de Celis, Macarena Rus Palacios, Andrea Campo Barasoain, Francisco Freire Domínguez, Mercedes Losana Ruiz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La intoxicación por psicotropos con fines autolíticos en adolescentes es un importante reto para el pediatra de urgencias. *Observaciones clínicas:* Adolescente de 13 años que consulta en Urgencias por inestabilidad de la marcha, mareos y tendencia al sueño. Niega ingesta de fármacos. Había consultado 72 horas antes en otro servicio de urgencias por febrícula, mareos y vómitos, siendo dado de alta con el diagnóstico de Sd. emético. AAPP: Buen rendimiento escolar. Bien integrado en su entorno. Hijo único. AAFP: Padre con depresión mayor, actualmente de baja laboral. Madre con trastorno de ansiedad; ambos en seguimiento psiquiátrico y bajo tratamiento farmacológico. Ambos niegan posibilidad de ingesta de su medicación por parte de su hijo. Nivel socioeconómico medio-alto. *Exploración física:* afectación del estado general. TA: 100/70 mmHg, FC 150 lpm. Afebril. Despierto y colaborador, con disminución leve del nivel de consciencia. Signos meníngeos negativos. Pupilas reactivas a la luz y a la acomodación. Marcha atáxica. ROT exaltados. Bien hidratado y profundido.

ACR: normal. Abdomen: normal. *Pruebas complementarias:* Hemograma, bioquímica, EAB, ácido láctico, y PCR: normales. TAC craneal: normal. Se inicia tratamiento con aciclovir i.v. y se realiza lavado gástrico en el que se observan restos de comprimidos. Se administran 3 dosis de flumacenoil con escasa respuesta. *Estudio de tóxicos en sangre:* Benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos: valor superior al nivel tóxico. El padre refiere haber constatado la falta de 10 comprimidos de 25 mg de amitriptilina y 10 mg de medazepam y 6 cápsulas de 1,5 mg de bromazepam. El niño confirma la ingesta de dichos comprimidos en los últimos 3 días. Evolución favorable. Fue remitido a la unidad de salud mental infantil para su seguimiento.

Comentarios: La evolución subaguda, junto con la negación de la familia de la posibilidad de esta ingesta, fueron las principales dificultades diagnósticas. Este caso a pesar de tratarse de una familia normalizada y bien insertada en su entorno, existía una alteración de la dinámica familiar, que pudo favorecer el intento de autolisis. Es importante sospechar precozmente la ingesta farmacológica en todo adolescente con afectación del nivel de consciencia, sin olvidar valorar los factores de riesgo social.

P1171 CURSO DE PEDIATRÍA SOCIAL: PARA RESIDENTES

Andrea Campo Barasoain, Virginia Carranza Parejo, Mercedes Rivera Cuello, José Antonio Díaz Huertas

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Antecedentes y objetivos: La Sociedad de Pediatría Social organiza un curso sobre temas relevantes en el campo de la Pediatría Social. Los objetivos son acercar al médico residente en Pediatría a estos asuntos de una forma rigurosa pero a la vez sencilla y práctica, ofrecer herramientas para el manejo de estos problemas en la práctica diaria y formar a formadores en este campo.

Métodos: Los temas serán presentados por médicos residentes de Pediatría y supervisados por un médico de reconocido prestigio en esas áreas. Cada tema incluirá teoría y casos prácticos y se desarrollará en 2 horas. Los 10 temas tratados serán los siguientes: 1) Pediatría Social. 2) Maltrato físico. 3) Abuso sexual. 4) Sistema de protección y problemas de salud de los niños. 5) Problemas de salud en niños de origen extranjero y su atención. 6) Enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes en niños de origen extranjero. 7) Enfermedades prevalentes en los países en vías de desarrollo, estrategia AIEPI y cooperación internacional. 8) Adolescentes: Problemas relacionados con adicciones, sexualidad y menor maduro. 9) Infancia y discapacidad, atención temprana, enfermedades raras, síndrome de Down y dismorfología. 10) Promoción de la salud; escuela de padres.

Se pretende de los asistentes al curso una participación activa. Se realizará una valoración inicial y final del grado de conocimiento y el curso concluirá con la elaboración de propuestas y conclusiones.

Conclusiones: La pediatría social se considera una de las áreas básicas en la formación del médico especialista en Pediatría, pero en la práctica, estos aspectos son abordados de forma insuficiente. Por esto, consideramos imprescindible el desarrollo de iniciativas dirigidas a los médicos residentes y a los Pediatras

tanto hospitalarios como de atención primaria, encaminadas a la formación en estas temáticas.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Zona Póster (Planta Baja)

P1172

AVULSIÓN DE LA CRESTA ILÍACA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mercedes Maneiro Freire, Natalia García Sánchez, José Ángel Porto Arceo, Santiago Almeida Agudín, Samer Amhaz Escanlar, Adela Alonso Martín

Departamento de Pediatría del Servicio de Urgencias, Servicio de Traumatología y Servicio de Radiología Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

Introducción: La fractura-avulsión de la cresta ilíaca es una lesión traumática que se ve sobre todo en pacientes atletas de alta competición, debido generalmente a una tracción brusca que ejercen los músculos insertados en el cartílago de crecimiento cuando hacen una contracción muy intensa.

Se han evidenciado lesiones traumáticas a nivel pélvico en un 16% de los atletas de élite sometidos a estudios radiológicos por molestias en esa localización, siendo la avulsión de la cresta ilíaca la menos frecuente de ellas.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 14 años de edad que, mientras practicaba carrera libre de modo rutinario en clase de educación física, notó un "chasquido" seguido de intenso dolor a nivel de cadera izquierda al realizar un movimiento de rotación del tronco dando una curva. Acudió a nuestro Servicio de Urgencias observándose en la exploración física cojera llamativa, impotencia funcional con imposibilidad para el apoyo del miembro inferior izquierdo y dolor a la palpación a nivel de la cresta ilíaca. Se realizó Rx de pelvis evidenciándose arrancamiento de la cresta ilíaca izquierda. Se contactó con el Servicio de Traumatología, que pautó tratamiento sintomático con reposo absoluto durante 10 días y antiinflamatorios durante 3 semanas, recomendándose a partir de entonces la reanudación progresiva de su actividad física habitual. Presentó una evolución favorable, iniciando paulatinamente la deambulación a los 10 días y volviendo a realizar ejercicio físico a los 2 meses de producirse la lesión.

Conclusión: Para el diagnóstico de estas lesiones es necesario tener buen conocimiento de la anatomía musculotendinosa de la región, correlacionar la clínica descrita con el mecanismo de producción de la lesión y apoyar el diagnóstico con los estudios radiológicos pertinentes. La avulsión de la cresta ilíaca es una lesión a tener en cuenta en pacientes con dolor a nivel de la cadera, después de haber realizado ejercicio intenso y sobre todo cuando se trata de deportistas de élite.

El tratamiento es sintomático con reposo absoluto inicial, movilización progresiva y rehabilitación, siendo excepcional la necesidad de tratamiento quirúrgico.

P1173

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS PRECOCES EN EL CURSO DE UNA DISCITIS

Ignacio García Muga, Eduard Bastida Ratera, Alba Costa Ramírez, Carolina López Martínez

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro, Logroño (La Rioja).

Introducción: La discitis es una entidad poco común en la edad pediátrica siendo más frecuente en niños por debajo de los 5 años. Consiste en una inflamación aguda del disco intervertebral generalmente a nivel lumbar. Cursa con irritabilidad, rechazo para gatear, andar y permanecer sentado en lactantes, mientras que niños mayores presentan fundamentalmente dolor lumbar. Su diagnóstico se basa en una clínica compatible con un estudio radiológico alterado. En la radiología simple de columna podemos encontrar una disminución del espacio intervertebral del disco afectado con erosión irregular de las superficies vertebrales adyacentes. El tratamiento principal son los antiinflamatorios y la inmovilización, evolucionando satisfactoriamente tras 6-8 semanas del inicio del proceso.

Caso clínico: Niño de 17 meses que ingresa por cuadro de debilidad de las extremidades inferiores con incapacidad para andar y permanecer sentado de 4 días de evolución. Refiere proceso catarral acompañante con fiebre de hasta 39°C. En la exploración física no se objetivan puntos dolorosos, signos inflamatorios ni limitación en los movimientos de las articulaciones de las extremidades inferiores y caderas. Presenta incapacidad para la sedestación, bipedestación y marcha. Los resultados analíticos demuestran una leucocitosis con un aumento de los reactantes de fase aguda. La radiografía de caderas es normal, presentando un estrechamiento del espacio intervertebral L2-L3 y una erosión irregular de las superficies vertebrales adyacentes en la radiografía lumbo-sacra. La RMN de columna lumbar muestra una imagen compatible con la sospecha clínica de espondilodiscitis L2-L3.

Conclusiones: El diagnóstico de discitis se apoya en los hallazgos radiológicos anómalos. En fases iniciales la radiografía simple puede ser normal. Por tanto si no se tiene la sospecha clínica su diagnóstico puede demorarse, no viéndose afectado su pronóstico pero sí aumentando el grado de ansiedad en los padres. Por ello en su estudio es necesaria la realización de otras pruebas complementarias como son la RMN o la gammagrafía para su confirmación y descartar otros procesos.

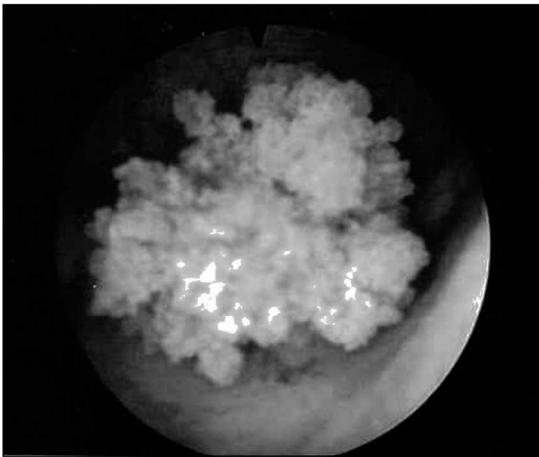
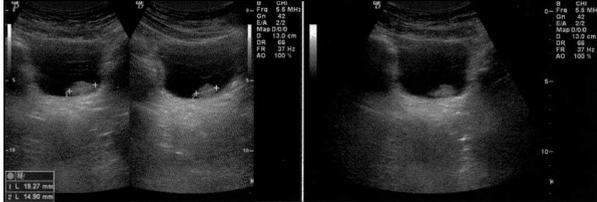
P1174

TUMOR VESICAL EN UNA NIÑA DE 8 AÑOS. CASO POCO FRECUENTE IMPORTANTE DE DIAGNOSTICAR

Lia Mata Ramos, Sergio Luiz Haddad, Jacek Stefan Libiszewski Clipovoa Póvoa de Varzim (Portugal).

Se trata de paciente escolar, femenina de 8 años de edad quien es traída a la consulta de urgencia por presentar hematuria macroscópica abundante como primer episodio. Sin antecedentes de importancia, sin antecedente de traumatismo renal, se pide análisis de orina y ecografía reno-vesical. Se evidencia hematuria franca macroscópica que deja coágulos en el fondo del vaso. El análisis revela presencia de hematíes y coágulos en abundancia sin otros hallazgos. En la ecografía, se nota dentro de vejiga imagen irregular de aprox., 21 x 9 x 15 mm, cuya base se

continúa en el tejido vesical por lo que se piensa alarmantemente en un proceso tumoral. Se procede a realizar cistoscopia bajo anestesia general, visualizándose imagen de aspecto de coliflor, peri ureteral, pediculada aprox. de 4 mm de diámetro. Es extirpada totalmente y enviada a anatomía patológica. La Bx revelo carcinoma papilar de células uroteliales (Tumor urotelial) de bajo grado, limitado al urotelio sin evidencia de invasión al corion. El estadiaje de la lesión se consideró estadio pTa. El seguimiento de la paciente ha sido favorable.



La Discusión clínica de este caso, revisa la incidencia de tumores uroteliales en niños, poco frecuentes y aun con mucho por estudiar. En nuestro caso, sin ningún antecedente de importancia, solo recogimos de la historia clínica, dos padres que fuman gran cantidad por día. Hemos enfocado el caso para alertar a los pediatras a pensar en este diagnóstico que aunque poco frecuente, se han venido reportando cada vez mas casos en la literatura, de igual forma los médicos radiólogos juegan un papel importante para ayudarnos a esclarecer el Dx.

Hacemos una breve revisión bibliográfica de la patología, su frecuencia, tratamiento.

Vigilancia y pronóstico según los pocos casos reportados.

P1175 PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA DE CLAVÍCULA

Isabel Ruiz Tapia, María del Carmen Suárez Arrabal, Cristina de las Heras Díaz-Varela, Isabel Saenz Moreno
Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro, Logroño (La Rioja).

Introducción: La *Pseudoartrosis congénita de la clavícula* es una malformación infrecuente de la cintura escapular, de la que sólo hay unos 200 casos publicados. Su etiología es desconocida. Suele ser unilateral, más frecuente en la clavícula derecha y en el sexo femenino. Consiste en la falta de unión de los extremos claviculares. Se presenta como una tumoración local, palpándose la discontinuidad en el tercio medio de la clavícula.

Generalmente es asintomático, y no produce limitación de la movilidad de la extremidad. Se suele diagnosticar como hallazgo casual en una radiografía de tórax. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con la fractura clavicular, la disostosis cleidocraneal y la neurofibromatosis. El tratamiento es quirúrgico y está indicado en casos sintomáticos o por defecto estético.

Caso clínico: Recién nacido varón, sin antecedentes obstétricos de interés, que presenta a la exploración de la clavícula derecha una discontinuidad en el tercio medio de la misma. No presenta dolor a la palpación, ni limitación a la movilidad de la extremidad afecta, siendo el reflejo de Moro simétrico. Se aprecia signo de la tecla, sin sensación de crepitación. Se realiza estudio radiológico, donde se observa una falta de unión entre los extremos de la clavícula con separación entre los mismos; dichos extremos son lisos. A los 4 meses se reexplora al paciente presentando la misma clínica. Se repite radiografía, no identificándose callo de fractura ni acercamiento entre los extremos.

Conclusión: La *Pseudoartrosis congénita de clavícula*, a pesar de ser una entidad poco frecuente, debe entrar dentro del diagnóstico diferencial de las afecciones de la clavícula, sobre todo en recién nacidos diagnosticados de fractura clavicular que no ha consolidado después de 3 semanas. Nuestro caso se diagnosticó en período neonatal precoz, pero generalmente pasa desapercibida hasta la edad preescolar y escolar donde, bien los padres, bien el pediatra, observan una anomalía estética en la cintura escapular, que en algunas ocasiones resulta dolorosa.

P1176 ARTERITIS DE TAKAYASU: UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES

Francesca Perin, M. del Mar Rodríguez Vázquez del Rey, Rosa Maestro Fernández, María Vega Almazán Fernández de Bobadilla, Helena Navarro González, Beatriz Bravo Mancheño
Hospital Materno Infantil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de muy baja incidencia y excepcional en pediatría. Las técnicas de imagen más utilizadas en el diagnóstico de la AT son angiografía, RMN y TAC. Recientemente se ha empezado a utilizar la tomografía con emisión de positrones (PET), técnica de diagnóstico que permite evaluar, mediante un radiotrazador (18Fluorodesoxiglucosa), zonas con alto contenido metabólico secundarias a procesos infecciosos o inflamatorios.

Caso clínico: Niña de 3 años que ingresó por síndrome febril y cefalea. A. personales: pioderma gangrenoso a la edad de 7 meses. *Exploración física:* palidez, lesiones cicatriciales y activas de pioderma gangrenoso y soplo sistólico en base, irradiado a cuello, pulsos radiales débiles y femorales saltones. Análiticamente: an. ferropénica, elevación de VSG, PCR, FR y ASLO. Anticuerpos antinucleares negativos. Al realizar ecocardiografía por soplo, se sospechó una arteritis de Takayasu por: engrosamiento de la pared de la aorta ascendente y obstrucción severa de troncos supraaórticos. Se empezó corticoterapia (2 mg/kg/día) y al reducir la dosis después de un mes y medio de tratamiento, se asoció metotrexato. Los reactantes de fase

aguda se normalizaron. Estando la paciente asintomática, a los 6 meses del diagnóstico se realizó control rutinario de reactantes de fase aguda que resultaron elevados por lo que se aumentó nuevamente la dosis de corticoides y se solicitó PET. Esta técnica no demostró actividad inflamatoria a nivel de la aorta sino un aumento de captación a nivel de un lóbulo de parénquima pulmonar. La paciente seguía afebril, A.Resp: normal pero había empezado a presentar tos. Se realizó Rx tórax que confirmó el infiltrado, se bajaron los corticoides a la dosis previa y se empezó antibioterapia con buena evolución del cuadro infeccioso.

Conclusión: No existe consenso sobre el mejor parámetro para medir la actividad en AT. Los reactantes de fase aguda son inespecíficos. En los pacientes con tratamiento inmunosupresor los síntomas de infección pueden ser muy sutiles, como en el caso presentado. Algunos estudios de imagen como el PET pueden ser de gran valor en el seguimiento de una enfermedad tan compleja como la A.de Takayasu.

P1177

MIOFIBROMATOSIS INFANTIL MÚLTIPLE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CON AFECTACIÓN CUTÁNEA Y ÓSEA

Rosa María Romarís Barca, Ángel Varela Iglesias, Elvira León Muiños, Alba Corrales Santos, Susana Castro Aguiar, Ramón Fernández Prieto

Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol (A Coruña).

Introducción: La miofibromatosis infantil es la forma de fibromatosis más frecuente en la infancia. Su etiología no está clara, suelen ser esporádicas, aunque se han descrito casos familiares con herencia autonómica dominante. Es una entidad rara que se caracteriza por la presencia de uno o múltiples tumores mesenquimales en piel, tejido celular subcutáneo, músculos, huesos y/o vísceras.

Caso clínico: Lactante de 6 meses de edad, 2º gemelo, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta desde el nacimiento una lesión nodular única de superficie eritemato-violácea, localizada a nivel occipito-parietal izquierdo. Los estudios de imagen realizados evidencian múltiples lesiones quísticas en miembros inferiores, caderas y cráneo. No se observan lesiones viscerales. En el estudio anatómico-patológico de la lesión cutánea se observa una proliferación fibrosa, positiva con vimentina y actina y negativa para desmina y S-100, compatible con el diagnóstico de miofibromatosis infantil.



Conclusiones: La miofibromatosis infantil se considera una proliferación neoplásica benigna de miofibroblastos. Es más común entre el nacimiento y los dos años de edad. Las manifestaciones clínicas y el curso de la enfermedad dependen de la localización y del número de lesiones. Los pacientes con lesiones solitarias en general no precisan tratamiento, permanecen estables e incluso regresan; en el caso de lesiones múltiples sin afectación visceral, el pronóstico suele ser bueno aunque con mayores posibilidades de complicaciones locales. Los niños con afectación visceral tienen mal pronóstico, la mayoría fallecen en los primeros años de vida; el tratamiento es quirúrgico y suele combinarse con radioterapia y quimioterapia.

P1178

SIGNO DE LA VÉRTEBRA DE MARFIL

Neus Rius Gordillo, Marta García Bernal, Roger García Puig, Cristina Molera Busoms, Anna Piza Oliveras, Jaume Margarit Mallol

Hospital Mútua de Terrassa, Barcelona.

Fundamentos: El hallazgo radiológico de una hiperdensidad a nivel de un único cuerpo vertebral, sin desestructuración del contorno ni tamaño, se denomina signo de la vértebra blanca o de marfil. Esta imagen, más frecuente a nivel lumbar, puede observarse en diversas patologías, siendo nuestro objetivo llegar al diagnóstico etiológico.

Caso clínico: Niño 4 años de edad con dolor lumbar moderado de tres meses de evolución, sin otra sintomatología acompañante. No antecedentes personales de interés, no traumatismos. A la exploración presenta leve dolor a la palpación columna lumbar baja. Se realiza radiografía lumbar observándose una imagen hiperdensa a nivel de S1 y se ingresa para estudio. Para el despistaje de las posibles etiologías se realizan una serie de exploraciones complementarias (analítica de sangre, Mantoux, gammagrafía ósea, ecografía abdominal, radiografía tórax, resonancia magnética lumbar), que son normales. Dado el buen estado del paciente y la normalidad de las pruebas realizadas se da de alta con la orientación diagnóstica de vértebra blanca idiopática.

Comentarios: La presencia de un aumento de densidad en un cuerpo vertebral (vértebra blanca) es un hallazgo más frecuente en la edad adulta. Su aparición en la edad pediátrica nos obliga a descartar diversas patologías: tumores como linfoma Hodgkin, osteosarcoma, meduloblastoma, osteoblastoma, sarcoma Ewing, metástasis de neuroblastoma, sin olvidar otras patologías como tuberculosis u osteomielitis.

El algoritmo diagnóstico se inicia con la anamnesis y exploración física completa, seguidas de una serie de exploraciones complementarias: analítica, radiografía tórax y gammagrafía con tecnecio y/o galio. Según el resultado de éstas y el estado clínico del paciente continuaremos nuestro estudio.

Aunque muchas patologías pueden producir el signo de la vértebra blanca, si ninguna de éstas es identificada después de una serie de exploraciones complementarias y el paciente se mantiene asintomático, se orientará como vértebra blanca idiopática o de marfil. El seguimiento de estos pacientes requiere un control clínico-radiológico anual.

P1179 DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE LA ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO

María Teresa Garzón Guiteria, José María Garrido Pedraz,
Pilar Garzón Guiteria, Manuel Vázquez Rodríguez,
Guadalupe Palacios Martín, Federico Martinón Sánchez
Servicio de Radiodiagnóstico y Servicio de Pediatría del Complejo
Hospitalario, Ourense.

Objetivo: Presentar los hallazgos radiológicos más habituales en la estenosis hipertrófica de píloro.

Material y métodos: Revisamos 60 pacientes pediátricos, diagnosticados de estenosis hipertrófica de píloro en nuestro hospital, durante los últimos 14 años. Las pruebas de imagen que se les realizaron fueron radiografía simple de abdomen, ecografía abdominal y estudio esofagogastroduodenal (EGD).

Resultados: La estenosis hipertrófica de píloro es una causa frecuente de vómitos, de etiología desconocida, en la que se produce hipertrofia e hiperplasia de la capa muscular del píloro, con alargamiento y engrosamiento del mismo. Es más frecuente en varones y suele ocurrir entre la segunda y la sexta semana de vida.

Los signos radiológicos más habituales en las diferentes técnicas de imagen son: 1) *Radiografía simple de abdomen:* Distensión gástrica masiva; Escasez de aire intestinal. 2) *Ecografía abdominal: de elección:* Píloro elongado (≥ 18 mm); Músculo pilórico engrosado (≥ 4 mm). 3) *EGD:* Retraso del vaciamiento gástrico; Conducto elongado y estenosado (signo de la cuerda); Protusión del músculo pilórico en el antro (signo del hombro) y en el bulbo duodenal (signo de la seta); Relleno con bario del píloro proximal (signo del pico).

Presentamos imágenes que ilustran los hallazgos anteriormente descritos.

(abscesos paravertebrales, pinzamiento de raíces nerviosas,...); la radiografía sólo se ve alterada a partir de la segunda semana. Tratamiento: antiinflamatorios y reposo, con estabilización de la columna en la etapa aguda; se discute el uso de antibióticos, algunos autores sólo los recomiendan en casos de fiebre y elevación persistente de PCR, con hemocultivos positivos, en general se instaura antibioterapia empírica con cloxacilina y cefotaxima iv 1-2 semanas, completando 3-6 semanas más con cloxacilina y cefuroxima-axetilo vo. Buen pronóstico, con evolución clínica favorable en 4-6 semanas.

Casos clínicos: Presentamos dos niñas de 19 meses, previamente sanas que acuden al servicio de urgencias pediátricas con un cuadro de dificultad progresiva de la marcha, rechazo de la sedestación con llanto, y febrícula, sin antecedentes de traumatismos o procesos infecciosos los días previos. A la exploración: postura antiálgica con flexión de caderas, rechazo de la sedestación, no signos de inflamación en apófisis espinosas, ni articulaciones de eeii. Ligera leucocitosis, con aumento moderado de PCR; Rx columna: adelgazamiento del espacio L5-S1, con mala diferenciación del cuerpo de L5; la RMN nos confirma el diagnóstico de espondilodiscitis L5-S1. Se instaura tratamiento con reposo, antiinflamatorios y antibióticos iv durante 2 semanas; completando antibioterapia vo en domicilio. Buena evolución.

P1181 SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA SECUNDARIO A ARTRITIS CRÓNICA JUVENIL

David Sánchez Arango, María Laura Bertholt,
Esther Rubín de la Vega, María Jesús Caldeiro Díaz,
Marta Monsalve Sáiz, Ángel Pérez Puente
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Introducción: Se trata de una entidad agresiva y potencialmente mortal que afecta más frecuentemente a lactantes, aunque se han descrito casos en niños mayores y adultos. La incidencia es similar en ambos sexos y se estima en 1,2 niños por millón, aunque se halla infradiagnosticada. Solo uno de cada cuatro casos se identifica cuando el paciente aún se encuentra con vida. Se distinguen una forma familiar o primaria, con herencia autosómica recesiva y otra secundaria a distintos procesos, recibiendo el nombre de síndrome de activación macrofágica (SAM).

Objetivos: Describir un caso de SAM secundario a artritis crónica juvenil (ACJ) y destacar la relevancia de su diagnóstico precoz.
Caso clínico: Varón de 9 años diagnosticado de enfermedad de Still, refractaria a tratamiento con metotrexate y corticoides durante 7 meses. Buena respuesta posterior a anakinra (antagonista del receptor de IL-1) indicada por 1 año en pauta descendente hasta suspenderla debido a evolución satisfactoria. Tres meses después, ingresa por fiebre de 6 días y dolor articular en tobillos, presentando exantema fugaz durante el pico febril. Tras 8 días de internación precisa traslado a UCI-P por empeoramiento del estado general con fallo multiorgánico posterior. Recibe terapia antimicrobiana de amplio espectro sin mejoría. Ante la sospecha de SAM se realiza punción de MO confirmándose el diagnóstico. Cumplía los siguientes criterios mayores: fiebre mayor de 38,5 durante más de 7 días; esplenomegalia; bicitopenia; hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia; hemofagocitosis. Menores: ferritina sérica elevada. Se inicia tra-

REUMATOLOGÍA

Zona Póster (Planta Baja)

P1180 ESPONDILODISCITIS, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Beatriz Bello Martínez, José Luis Fernández Arribas,
Alicia Sánchez García, Inés Mulero Collantes,
Leticia González Martín, Eva Dulce Lafuente
Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La espondilodiscitis se define como una inflamación aguda del disco y espacio intervertebral. Poco frecuente en la infancia (supone un 2% de las infecciones osteoarticulares). Aparece en lactantes y adolescentes; afectando por igual a ambos sexos. Se discute su etiología infecciosa (*Staph.aureus*, *K.kingae*, virus?), debido al alto porcentaje de hemocultivos negativos. *Clínica insidiosa:* cojera progresiva, dolor dorso-lumbar con hiperlordosis, rechazo con llanto a la deambulacion, bipedestación y sedestación: "el niño se niega a sentarse"; en ocasiones febrícula. La técnica diagnóstica de elección es la RMN, que permite además descartar posibles complicaciones

tamiento con inmunoglobulinas, corticoides, Anakinra y Ciclosporina A; siendo este último el responsable de la mejoría. Actualmente asintomático tratado con Anakinra.

Comentarios: 1) Para diagnosticar oportunamente este síndrome resulta indispensable tenerlo en cuenta como diagnóstico a pesar de su baja incidencia. 2) Ante la sospecha clínica fundada, a pesar de no cumplir algún criterio, se debe iniciar el tratamiento ya que la evolución de la enfermedad suele ser fatal. 3) Es útil valorar la introducción de Anakinra en el tratamiento de la artritis crónica juvenil refractaria a pautas convencionales.

P1182 ENFERMEDAD DE KAWASAKI: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PAUTAS DE SEGUIMIENTO

María Piñón García, Paula Valiño Regueiro, Eva Gavela García, M. Ángel Arias Consuegra, Ana Lucía Martínez Jiménez, Indalecio Fidalgo Álvarez
Hospital del Bierzo, León.

Antecedentes y objetivos: La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda, autolimitada, y de una etiopatogenia desconocida, sin embargo, es acreedora de un amplio estudio de su historia natural, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus secuelas. Nuestro objetivo es comparar las conductas ante esta enfermedad de la American Heart Association y la Japanese Circulation Society; así como hacer hincapié en el seguimiento del paciente que padeció una EK, y asimilarla así como un proceso crónico.

Métodos: Descripción de dos casos clínicos con diagnóstico final de EK, pacientes de 2 y 5 años respectivamente, cuyos hallazgos clínicos, exploratorios y de pruebas complementarias, serán evaluados ateniéndose a los criterios de ambas escuelas, así como sus posteriores tratamientos, complicaciones y conductas en su seguimiento, con las diferencias que ello conlleva e intentando consensuar ambas guías clínicas.

Resultados: Las dos sociedades en el tratamiento inicial indican gammaglobulina hiperinmune asociada a ácido acetil salicílico (AAS), existe consenso en la gammaglobulina hiperinmune (GGH) iv a dosis de 2 g/kg día, no así en la dosis de ácido acetil salicílico (AAS), siendo en la asociación japonesa una dosificación menor por los posibles efectos adversos hepáticos, sin embargo nosotros seguimos las directrices de la American Heart Association, administrándola a 80 mg/kg. En nuestro paciente con recaída (aplicando los criterios americanos) se administró monoterapia con GGH iv a dosis de 1 g/kg día; en los estudios revisados no se hallan evidencias plausibles de un fármaco o asociación de fármacos útil en la recaída por falta de estudios randomizados, así como tampoco en la utilidad de los corticoides.

Conclusión: Ante la sospecha de EK la actitud en el primer tratamiento es, con matices, coincidente en las dos escuelas, en la recaída, el criterio para elegir el tratamiento a administrar es fundamentalmente basado en la experiencia. Otra conclusión es que hemos de tener unas pautas claras de seguimiento dadas las potenciales complicaciones a largo plazo, especialmente una educación en la salud en la prevención de ateromatosis precoz a la que los pacientes están predisuestos.

P1183 ARTRITIS DE EXTREMIDADES INFERIORES EN NIÑO DE 3 AÑOS

Marta Carballal Mariño, Elvira León Muñíos, Ángel Varela Iglesias, Rosa María Romarís Barca, Ana Isabel García Villar, José Luaces González

Centro de Salud de Atención Primaria, Perillo (A Coruña) y Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol (A Coruña).

Introducción: Presentamos el caso de un niño de 3 años con artritis de tobillo. En el diagnóstico diferencial se incluye la Artritis Reactiva Postestreptocócica. Descrita de forma independiente a la Fiebre Reumática a partir de 1982, se refiere a una artritis precedida por una infección estreptocócica que no cumple los criterios de Jones y su abordaje está en discusión.

Caso clínico: Niño de 3 años que había presentado 2 episodios de artritis de tobillo izquierdo con mala respuesta a ibuprofeno. Antes de cada episodio había presentado infecciones faringoamigdalares tratadas con antibiótico oral. Su pediatra había realizado una analítica entre los episodios con reactantes negativos (ASLO, PCR y FR). Acude por un nuevo episodio de artritis de 24 horas de evolución que no mejora con AINEs. EXPLORACION FISICA: Cojera izquierda. Orofaringe eritematosa. Articulación del tobillo izquierdo con flogosis y dolor a la movilización. *Pruebas complementarias:* ASLO: 1.470 UI/ml. PCR 36 mg/L. VSG 42 mm/h. Ig G 1.800 mg/dl. Frotis faríngeo: positivo para *Streptococcus pyogenes* grupo A. Hemograma, bioquímica, serología, urocultivo, FR, ANA y complemento: normales. Rx tórax, Rx de cadera y tobillo, ECG: normales. Ecocardiografía: normal.

Discusión: Paciente de 3 años con un episodio demostrado de APE, que no reúne criterios de Jones para Fiebre Reumática (FR). En la bibliografía hasta la fecha se describe como una artritis aditiva, que comienza tras 1 o 2 semanas de la infección por EGA, caracterizada por presentar una mala respuesta a AINEs y salicilatos, que puede asociar tenosinovitis y anomalías renales, y para la que no hay guías claras para su tratamiento. Se discute la necesidad o no de administrar tratamiento profiláctico para el desarrollo de carditis, así como el tiempo a administrarla. Como alrededor del 6% de estos pacientes desarrollan complicaciones cardiológicas, algunos autores recomiendan la administración de profilaxis antibiótica antiestreptocócica durante un año y después interrumpirla sino hay evidencia de afectación cardíaca.

Conclusiones: En el diagnóstico diferencial de la artritis de miembros inferiores es necesario tener en cuenta la APE, que aunque no reúne criterios de Jones para FR, asocia complicaciones cardiológicas en un 6%.

P1184 ENFERMEDAD DE STILL EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Pilar Collado Hernández, Saturnino Ortiz Madinaveitia, Ana Delgado Bueno, Margarita Navarro Lucía, Joaquina Gil Tomas, Mercedes Gracia Casanova

Unidad de Infecciosos (pediatría), Unidad de Dermatología y Unidad de Serología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La enfermedad de Still o artritis idiopática juvenil sistémica, es un proceso inflamatorio del tejido conjuntivo que acontece en pacientes menores de 16 años y que se caracteriza por: Fiebre (mínimo dos semanas), exantema maculopuloso, hepatoesplenomegalia ó serositis y linfadenopatías.

Caso clínico: Adolescente de 16 años que ingresa por cuadro de 20 días de evolución de fiebre y exantema coincidente con la fiebre. *Exploración:* Tª 38°C. Exantema maculoso eritematoso en placas en EESS y EEII. Hepatomegalia. *Pruebas complementarias:* Hemograma: Hb: 12 g/dL, Hto: 35,5%, Leucocitos: 11,9 mil/mm³ (N 86,9%, L 7,1%, M 5,8%), Plaquetas 292 mil/mm³. Bioquímica: AST 58 U/L, ALT 58 U/L, GGT 131 U/L, CK 196 U/L, LDH 818 U/L. VSG 82 mm. PCR 29,30 mg/dl. Ferritina 7.340 mg/ml. E. Inmunidad: CD4 41%, CD8 24%. *Complemento:* C3 237 mg/dl. Anticoagulante lúpico positivo. Inmunocomplejos: 7,4 µg/ml. Autoanticuerpos, FR: negativos. HLA: A2, DR1. Serologías Parvovirus B19, Adenovirus, VEB, CMV, VHS, VHA, VHB, VHC, Salmonella, Yersinia, Mycoplasma, Coxiella, Brucella, Borrelia, urocultivo, coprocultivo, virus y parásitos en heces, hemocultivo, Mantoux: Negativos.

Evolución y tratamiento: Se instaura tratamiento con hidratación, analgesia y cefalosporinas de 3ª generación IV. El cuadro empeora con picos febriles vespertinos de 40°C coincidiendo con artralgias y propagación del exantema. Ante la negatividad del screening infeccioso y la persistencia clínica, se inicia corticoide 1 mg/kg/d al séptimo día. El cuadro mejora y desaparece la fiebre al vigésimo día iniciándose pauta descendente de corticoide. Al suprimirlo completamente el exantema vuelve a aparecer, por lo que se requiere una dosis diaria de prednisona VO 5 mg/día sin presentar nuevos brotes hasta el momento actual.

Conclusiones: Una fiebre sin foco de larga evolución, acompañada de exantema y artralgias debe hacernos pensar en una artritis idiopática juvenil sistémica. No hay una prueba patognomónica pero su diagnóstico requiere la exclusión de patologías infecciosas ó malignas. La mayoría de los pacientes evolucionan en brotes sin necesidad de tratamiento intercrisis; pero otros presentan clínica más o menos larvada, que desaparece al mantener una dosis mínima de corticoide.

P1185 ACTIVACIÓN MACROFÁGICA: COMPLICACIÓN FATAL DE LA HEPATITIS AUTOINMUNE.

Paula Alcañiz Rodríguez, Águeda Herrera Chamorro, Elvira Martínez Carrasco, M. Cruz León León, Susana Beatriz Reyes Domínguez
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

La Activación Macrofágica es un cuadro clínico agudo y grave de insuficiencia hepática, coagulopatía de consumo y encefalopatía asociado a la presencia inconstante en médula ósea de macrófagos activados con signos de hemofagocitosis.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente de origen saharauí cuyos antecedentes familiares y personales son desconocidos. Acude a nuestro hospital por presentar hipertransaminasemia en ascenso, bilirrubina elevada y discreta hepatomegalia. A la exploración destaca un buen estado general, subictericia conjuntival, abdomen distendido con leve hepatomegalia. En la pruebas de complementarias se aprecia hipertransaminasemia, hipergammaglobulinemia, mínima elevación de fosfatasa alcalina, hiperbilirrubinemia a expensas de directa, positividad para anticuerpos antimusculo liso y negatividad para LKM y ANAS. Los marcadores de infección viral y los tóxicos hepáticos en sangre son negativos. La ceruloplasmina y la alfa 1 antitripsina son normales. La biopsia hepática es compatible con

hepatitis autoinmune. Se inicia tratamiento con corticoides a dosis de 2mg/Kg/ día normalizándose los valores tanto clínicos como analíticos. El paciente se encuentra asintomático y es dado de alta. Tres días después, acude con fiebre de alto grado, exantema en abdomen y pliegues con empeoramiento progresivo y rápido del estado general, presentando un fallo multiorgánico. En la analítica, se constata nueva elevación de transaminasas, hiperbilirrubinemia, alteración de la coagulación, hiperferritinemia, caída de las tres series, disminución del fibrinógeno y aumento de triglicéridos. La punción de médula ósea es compatible con Síndrome de Activación Macrofágica. El paciente fue tratado con corticoides en pulsos a altas dosis, ciclosporina y etopósido no respondiendo por lo que finalmente falleció.

Conclusiones: El Síndrome de Activación Macrofágica es una complicación posible en la evolución de ciertas enfermedades autoinmunes, en especial de la Artritis Idiopática Juvenil. Sin embargo, es muy raro en relación con la hepatitis autoinmune de la que existen escasas referencias en la literatura. Es imperativo el tratamiento urgente debido a la evolución fatal de la enfermedad en un elevado porcentaje de los casos.

P1186 ENFERMEDAD DE STILL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Esther Ballester Asensio, David Pérez Ramón, María del Cañizo Moreira, Almudena Navarro Ruiz, Sara Pons Morales, Alejandro Sánchez Lorente
Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción y objetivos: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una de las enfermedades reumáticas más frecuentes en la población infantil y una causa importante de incapacidad crónica. La enfermedad de Still o variante de comienzo sistémico representa sólo el 10%. Se define por artritis y fiebre elevada de mínimo dos semanas de evolución acompañada de alguno de los siguientes: exantema, linfadenopatía, hepato o esplenomegalia, serositis. En el diagnóstico diferencial se consideran otras enfermedades reumatológicas, inflamatorias e infecciosas siendo en otras ocasiones un diagnóstico de exclusión. Se plantea como objetivo principal recordar la existencia de esta entidad e incluirla en la valoración diagnóstica de cuadros de fiebre prolongada o de origen desconocido.

Caso clínico: Escolar niña de 11 años de edad que ingresa por fiebre recurrente de mes y medio de evolución, con duración de 4-5 días cada 15 días. Fiebre de hasta 40° los últimos 5 días que acompaña de dolor abdominal y una deposición diarreica. No otra sintomatología. Constantes normales, abdomen doloroso en fosa ilíaca derecha con ligera defensa a la palpación. Hemograma y morfología, bioquímica, serología, coprocultivos, urinocultivos y hemocultivo, Mantoux y estudio de autoinmunidad; normales. PCR de 304 mg/dl y Streptococo Pyogenes grupo A en faringe. Por el dolor abdominal se descartó enfermedad inflamatoria intestinal. En la evolución, se detecta hepatomegalia y esplenomegalia, y signos de artritis en las articulaciones metacarpo-falángicas de ambas manos y en el quinto dedo de ambos pies, así como artralgias de grandes articulaciones. Ante la sospecha diagnóstica de AIJ de comienzo sistémico se inició tratamiento con corticoides y antiinflamatorios a dosis altas, quedando asintomática a las dos semanas del alta. En controles posteriores se ha descendido la dosis de corticoides y

se ha asociado metotrexate; ha presentado un episodio de artritis de menos de 24 horas de duración en codo derecho; siendo la evolución en este momento satisfactoria.

Comentarios: Es fundamental realizar una cuidadosa exploración física diaria en los cuadros de fiebre prolongada/origen desconocido. Así mismo se debe tener presente esta entidad desde el inicio y sospecharla en el contexto de artralgias/artritis, para orientar su seguimiento y pronóstico, desfavorable en la mayoría de casos.

URGENCIAS

Zona Póster (Planta Baja)

P1187

PRIAPISMO DE ALTO FLUJO POSTRAUMÁTICO

Gloria Gil Grangel, Patricia Gallardo Ordóñez, Flavia Andrea Pronzato Cuello, Blanca Redón Escartí, José Luis Badía Mayor, Paula Pelechado
Hospital General, Castellón.

Caso clínico: Varón de 5 años que ingresa en nuestro servicio por presentar priapismo indoloro de 6 días de evolución. Como antecedente destaca traumatismo en región perineal tras caída de 1,5 metros 7 días antes, inmediatamente después presentó cuadro de incontinencia urinaria por lo que fue visitado en urgencias, donde se realizó ecografía doppler testicular que fue normal. La incontinencia se autolimitó en 24 h apareciendo a posteriori priapismo incompleto, continuo e indoloro, que no dificultaba la micción, sin otra clínica acompañante. En domicilio se había iniciado la aplicación de frío local, por recomendación médica, sin éxito. A su ingreso se extrae analítica ordinaria sin hallazgos patológicos y se administra diazepam i.v sin obtener respuesta, por lo que se remite al servicio de urología infantil de referencia, donde realizan ecografía doppler peneana, que muestra un aumento del flujo arterial en cuerpo cavernoso izquierdo respecto al derecho. Se realiza embolización arterial selectiva en dos ocasiones hasta la resolución del cuadro.

Discusión: El priapismo es un motivo excepcional de consulta pediátrica. La distinción entre sus dos tipos básicos, el de alto y bajo flujo es esencial por su diferente tratamiento y pronóstico. La anamnesis y la exploración física son orientativas pero el eco-doppler peneano es la técnica de elección en el diagnóstico diferencial. El priapismo de bajo flujo, por éstasis sanguínea es una emergencia, si no se resuelve conduce a la isquemia, clínicamente provoca una erección más rígida y dolorosa. Dentro de las causas conocidas destacan la anemia de células falciformes, la leucemia granulocítica aguda, la infiltración tumoral, los procesos inflamatorios e infecciosos, la enfermedad de Fabry y algunos fármacos (trazodona, fenotiazinas, antihipertensivos y testosterona). El priapismo de alto flujo es una sobrecarga de sangre oxigenada que no provoca isquemia ni acidosis, siendo raras las secuelas; la mayoría de los casos son secundarios a la formación de una fístula postraumática entre la arteria cavernosa y el cuerpo cavernoso.

El priapismo arterial postraumático es extremadamente raro. El tratamiento de elección es la embolización arterial selectiva, en general con buenos resultados.

P1188

PREVALENCIA DE LOS TRAUMATISMOS DENTARIOS EN DIENTES TEMPORALES EN ATENCIÓN PRIMARIA. PARTE I

Vanessa Paredes Gallardo, Bernardo Mir Plana, Carlos Paredes Cencillo

Centro de Salud Serrera I, Valencia, Centro de Salud Rafelbunyol, Valencia y Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Los traumatismos dentales son la 2ª causa de demanda dental tras la caries aunque en un futuro pase a ser la 1ª. La prevalencia en una unidad de Odontología Preventiva en Valencia sobre una población de 1.500 niños entre 2-6 años en el año 2007 fue del 13,7%. Debido a que muchos de ellos no pueden prevenirse y ya que el pediatra es a menudo el primero en atenderlos, además del personal de las guarderías, se deben conocer las medidas de urgencia y aconsejar a los padres el modo de actuación frente *Protocolo de actuación:* 1) *Fractura (figs. 1, 2 y 3):* La prevalencia encontrada fue de un 4,2%. Según la extensión de la parte fracturada afectará al esmalte y/o la dentina; estas últimas se consideran complicadas cuando afectan al nervio y no complicadas cuando no lo afectan. No se debe reconstruir el fragmento roto. Secuelas, como el cambio de color, la movilidad del mismo y/o la aparición de un flemón o absceso pueden aparecer. Ante el cambio de color, no se debe hacer ningún tratamiento salvo controlar, frente a la movilidad, dieta blanda, mientras que ante un absceso, el tratamiento indicado es la administración de antibióticos y extracción o tratamiento del nervio del diente. Los traumatismos pueden afectar al diente permanente en formación, íntimamente unido a la raíz del diente temporal. 2) *Luxación (figs. 4, 5):* Desplazamiento del diente dentro de su propio alveolo sin que se produzca la salida del mismo. La prevalencia fue de un 6,8%. En la dentición temporal las luxaciones son las más frecuentes. Ante una luxación, se debe esperar a la reerupción espontánea del diente. Las complicaciones como cambio de color, movilidad y/o abscesos pueden ocurrir igualmente. 3) *Avulsión (figs. 6, 7 y 8):* Salida completa del diente de su alveolo. La prevalencia fue de un 2,7%. No se debe reimplantar el diente de nuevo en su alveolo. Como en ocasiones estos traumatismos ocurren en edades tempranas, en estos casos, se debe reponer mediante una prótesis para recuperar la fonación, masticación, la estética y mantener el espacio para la erupción de los dientes. Otros signos serán, la imposibilidad de succión, una sensibilidad aumentada al frío, calor y roce de los alimentos.

P1189

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN 1999 Y 2007 EN UN HOSPITAL DE LA PERIFERIA DE MADRID

Carmen Troyano Rivas, Miguel Ángel Roa Francia, Gema Tesorero Carcedo, Beatriz Martínez Escibano, Rebeca Losada del Pozo, Pedro Puyol Buil
Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

Objetivo: Conocer si se han producido modificaciones en la epidemiología de las urgencias pediátricas inducidas por el probable crecimiento de la población inmigrante en poblaciones de la periferia de Madrid.

Material y método: Estudio observacional mediante encuesta aleatoria. Un total de 435 encuestas realizadas en noviembre y

diciembre de 2007 y 184 realizadas en el mismo periodo de 1999. Los parámetros analizados fueron: Edad, tiempo de evolución del cuadro, tiempo en urgencias, distancia a domicilio, visitas a urgencias y a su pediatra por el proceso, diagnóstico, grupo poblacional, cumplimiento vacunal y de las revisiones de su pediatra, existencia de otro seguro médico.

Resultados: El estudio muestra un aumento significativo de la población inmigrante en 2007 (14,1 vs 31,7%) ($p < 0,005$). Tendencias claras aunque no resultan significativas en cuanto a disminución en porcentajes de lactantes menores de 12 meses (29 vs 20%) y de 24 meses (52 vs 42%). Por tanto, un aumento de la edad media (39,5 vs 45,8 meses). Una disminución significativa del tiempo de evolución del cuadro (85 vs 55 horas) ($p < 0,005$). Y datos muy semejantes en cuanto al tiempo de estancia en urgencias, distancia a domicilio, diagnósticos al alta, veces que acuden a su pediatra y a urgencias por el mismo proceso, cumplimiento vacunal y de revisiones con su pediatra y doble aseguramiento. En ambos estudios los niños habían sido vistos por su pediatra en el último mes en un porcentaje muy elevado (88,3 y 81,8%). La frecuentación de la urgencia fue muy elevada en 2007 (809,5 /1.000).

Conclusiones: Existe un aumento significativo de la población inmigrante que se duplica en el periodo estudiado. Un probable envejecimiento de la población atendida a pesar de la elevada población inmigrante. Una elevada frecuentación de la urgencia y de la asistencia primaria.

P1190 SINUSITIS AGUDA COMPLICADA

Beatriz Cabeza Martín, M^a Pilar Storch de Gracia Calvo, Verónica Sanz Santiago, Mercedes de la Torre Espí, Esther Pérez Suárez, Sara García Ruiz
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

Antecedentes y objetivos: La sinusitis aguda (SA) es una infección, generalmente bacteriana, de los senos paranasales con una duración inferior a 30 días y mayor de 14. De forma excepcional, se puede asociar a graves complicaciones extracraniales e intracraniales. El objetivo del trabajo es describir las características de las SA complicadas.

Métodos: Se han revisado las historias clínicas de los pacientes ingresados, entre enero de 2006 y diciembre de 2007, con un diagnóstico al alta de SA, seleccionando aquellos con alguna complicación intra o extracranial.

Resultados: Se han revisado un total de 15 historias clínicas, de las cuales se han incluido 7. El rango de edad de los niños va desde los 20 meses hasta los 14 años de edad, predominando el sexo masculino. *Los síntomas en el momento del ingreso fueron:* fiebre alta $> 39^{\circ}\text{C}$ (7/7 enfermos), tumefacción periorbitaria (4/7), tumefacción paranasal (1/7), cefalea con criterios de organicidad (1/7) y episodio confusional (1/7). La duración media de la sintomatología antes del diagnóstico fue de 8,3 días (1-22 días). La mayoría de los pacientes (4/7) estaba recibiendo tratamiento antibiótico en el momento del diagnóstico.

En el momento del ingreso se realizaron las siguientes pruebas de imagen: TAC (6/7), radiografía de senos (1/7). El seno maxilar estaba afectado en todos los pacientes, con o sin afectación de otros senos paranasales. *Las complicaciones encontradas fueron:* celulitis periorbitaria (2/7), celulitis facial (1/7), celulitis orbitaria (2/7), empiema subdural (2/7), empiema epidural (1/7) y cerebritis (1/7).

Se pautó tratamiento antibiótico intravenoso en todos los niños. El drenaje de los senos paranasales fue necesario en 3/7 enfermos (cultivo positivo en 2: *Bacteroides fragilis*, estreptococo grupo G). Todos los pacientes con colecciones intracraniales precisaron drenaje quirúrgico (3/3); el resultado del cultivo fue positivo en todos ellos (*Bacteroides fragilis*, estreptococo grupo G y estafilococo dorado). Ningún niño falleció. Uno de ellos tuvo graves secuelas neurológicas y otro una parálisis del VI par craneal transitoria.

Conclusiones: 1) Las complicaciones de la SA son más frecuentes en los varones. 2) Predominan las complicaciones extracraniales (celulitis periorbitaria/orbitaria). 3) Las intracraniales son menos frecuentes pero asocian mayor morbilidad.

P1191 URTICARIA AGUDA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

M. Teresa Llorente Cereza, Yolanda Armendáriz Cuevas, Laura Ochoa Gómez, Eva María Jiménez Pérez, Sara Beltrán García, Mercedes Domínguez Cajal, Isabel Guallar Abadía, Carmen Campos Calleja
Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Antecedentes y objetivos: Según las últimas guías de práctica clínica, los antihistamínicos H1 de segunda generación (antiH1 2^oG) son los recomendados en el tratamiento de la urticaria aguda. El objetivo es conocer la epidemiología y el manejo de los casos de urticaria aguda en nuestro servicio de urgencias.

Métodos: Hemos revisado una muestra de 130 informes de urgencias del año 2007 con este diagnóstico, recogiendo datos de edad, tiempo de evolución, extensión de las lesiones, posibles desencadenantes, asociación a angioedema, tratamiento y destino.

Resultados: De un total de 58.996 urgencias atendidas en el año pasado, 610 (1,03%) se diagnosticaron de urticaria aguda. El rango de edad de 3 a 10 años ha sido el más frecuente. El 31,5% de los casos llevaban menos de 4 horas de evolución. En el 35% no constaba el posible factor desencadenante, en el 34% no se relacionó con nada (algunos de estos presentaban catarro de vías altas y/o fiebre), un 11% se asoció a toma de fármacos, un 11% a alimentos, y un 10% a factores ambientales. Solo en el 15% de los casos se asoció a angioedema. El 3% permaneció unas horas en unidad de observación (todos presentaban angioedema con menos de 4 horas de evolución).

El tratamiento más utilizado en los casos de urticaria fue antiH1 orales, en un 39,8% de primera generación (1^oG), y en un 36,9% de 2^oG. En la urticaria asociada a angioedema el tratamiento más frecuente fue antiH1 de 1^oG con corticoides orales a tandas cortas (29,2%), seguido en un 25% de antiH1 de 1^oG como monoterapia. En un 8% de estos casos se administró corticoide y antiH1 intramusculares.

Conclusiones: 1) La mayoría de los casos de urticaria no se pueden relacionar con un agente causal. 2) A pesar de las recomendaciones de los antiH1 de 2^oG, por su mayor rapidez de acción y su mayor seguridad en niños, los antiH1 de 1^oG siguen siendo los más utilizados en urgencias, aunque casi igualados ya por los de 2^oG. 3) Si la urticaria se asocia a angioedema, es frecuente la asociación de corticoides. 4) Es importante el tiempo de evolución ya que si es menor a 4 horas puede ser necesario un periodo de observación por posible evolución a anafilaxia.

P1192 MIOSITIS AGUDA BENIGNA EN LA INFANCIA: ESTUDIO DE UNA CASUÍSTICA

Nazareth Martinón Torres, Silvia Rodríguez Blanco, Aranzazu Castellón Gallego, Santiago Almeida Agudín, J. Luis Iglesias Diz, Manuel Bravo Mata, Manuel López Rivas

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

Antecedentes y objetivos: La miositis aguda benigna (MAB) es una entidad propia de la infancia que cursa con debilidad muscular localizada y aumento de los enzimas musculares, generalmente secundaria a infecciones víricas y de resolución espontánea. Presentamos una revisión de las miositis agudas ingresadas en nuestro Servicio desde enero de 2000 a enero de 2008, con el fin de definir sus características clínicas y epidemiológicas.

Métodos: Análisis descriptivo de las historias clínicas de los 11 pacientes ingresados en dicho período con diagnóstico al alta de miositis aguda. Los parámetros revisados han sido: edad, sexo, fecha de ingreso, motivo de consulta, clínica, exploración física, pruebas complementarias, tratamiento, duración de la hospitalización y complicaciones.

Resultados: De los 11 casos analizados se ha obtenido una edad media de 7 años y medio (rango: 9 meses-14 años), con una relación varón/mujer de 10:1. Todos los casos excepto uno se diagnosticaron en los meses fríos. El motivo de consulta más frecuente fueron las mialgias (9), predominantemente a nivel de miembros inferiores que provocaban alteraciones de la marcha. La fuerza, sensibilidad y los ROT estaban conservados en todos ellos. En 9 niños se detectó patología respiratoria acompañante y en los 2 restantes digestiva. Ocho niños tenían valores elevados de CK, obteniéndose un valor medio de 2.252 UI/L (37-8.805). No observamos afectación renal en ningún caso. Todos recibieron analgesia y 6 de ellos hidratación i.v. y alcalinización de la orina. La duración media de la hospitalización fue de 7,7 días (3-18). En ningún caso se presentaron complicaciones.

Conclusiones: La miositis aguda predomina en varones durante la etapa escolar, con una mayor incidencia durante los meses fríos, en relación con las infecciones respiratorias víricas. El dolor muscular, las alteraciones de la marcha y el aumento de la CK son hallazgos habituales en la MAB que permiten excluir otras causas más graves de alteraciones de la deambulación.

P1193 PERITONITIS PRIMARIA NEUMOCÓCICA EN EL NIÑO SANO

Vanessa Bonil Martínez, Madai Curbelo Rodríguez, Alejandro Casquero Cossio, Fernando Alfonso Moraga-Llop, Celestino Aso Puértolas, Rocío Cebrián Rubio

Servicio de Pediatría de Urgencias, Pediatría General, Infectología, Servicio de Cirugía Pediátrica y Radiología Pediátrica del Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

Introducción: La peritonitis primaria es una infección poco frecuente en pediatría. Su asociación con el síndrome nefrótico y la enfermedad hepática crónica es conocida, siendo rara en niños previamente sanos. El agente etiológico más frecuente en la infancia es *Streptococcus pneumoniae*. Se describe la presentación clínica de los pacientes diagnosticados en el año 2007 de peritonitis primaria neumocócica.

Casos clínicos: *Caso 1:* Niño de 8 años, sano, correctamente inmunizado (no incluye vacuna antineumocócica conjugada) que consulta por dolor abdominal y fiebre alta de pocas horas de evolución. *Exploración física:* defensa abdominal generalizada de predominio en fosa ilíaca derecha. *Análítica:* leucocitosis con desviación a la izquierda y aumento de los reactantes de fase aguda. Ante la sospecha de apendicitis, se realiza laparotomía exploradora: líquido peritoneal sin afectación apendicular. Se inicia tratamiento intravenoso con cefoxitina y metronidazol. El cultivo peritoneal es positivo a *S. pneumoniae* sensible a penicilina, ajustándose tratamiento antibiótico. Evolución clínica satisfactoria. Se completan 14 días de tratamiento. *Caso 2:* Niña de 4 años, sana, bien inmunizada (incluye vacuna antineumocócica conjugada) que consulta por dolor abdominal difuso, más intenso en hipogastrio, de 12 horas de evolución junto con fiebre alta y vómitos. Presenta signos de peritonismo con dolor abdominal más intenso en hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Además se observa secreción vaginal purulenta. Se realizan ecografía y TC abdominales que muestran ausencia de inflamación apendicular y líquido libre peritoneal entre las asas intestinales, en el saco de Douglas e intraútero. Ante la sospecha de peritonitis primaria, se inicia cefotaxima intravenosa. El cultivo vaginal es positivo a *S. pneumoniae*. Se completan 15 días de tratamiento antibiótico con buena evolución.

Conclusiones: La peritonitis primaria debe sospecharse ante dolor abdominal difuso de inicio brusco y rápida progresión, con fiebre elevada y leucocitosis, especialmente en niñas con leucorrea. Aunque es infrecuente, también se puede presentar en niños.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con las diferentes causas de abdomen agudo, principalmente con la apendicitis aguda. Ante la sospecha clínica de esta entidad se deben realizar pruebas de imagen para descartar patología quirúrgica urgente e iniciar tratamiento médico adecuado.

P1193,1 12:40 INTOXICACIONES AGUDAS POR INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS

Isabel Martínez Carapeto, Victoria Sánchez Tatay, José María Carmona Ponce, Manuel Fernández Elias, Elia Sánchez Valderrábanos, Mercedes Loscertales Abril
Unidad de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Las intoxicaciones agudas por insecticidas organofosforados son frecuentes en las zonas agrícolas. Los pesticidas más empleados son organofosforados y carbamatos, inhibidores de la acetilcolinesterasa, produciendo la acumulación de acetilcolina en las sinapsis muscarínicas, nicotínicas y en el SNC.

Objetivo: Conocer la importancia de una atención urgente adecuada en el caso de las intoxicaciones por organofosforados mediante el reconocimiento de los síntomas-signos guía e inicio precoz del tratamiento específico para revertir la sintomatología.

Casos clínicos: *Caso 1:* Niña de 2 años, que acude por ingesta accidental de un líquido de olor fuerte desconocido por sus familiares. Inicialmente presenta prurito oral y olor similar al ajo. A las 2 horas sufre deterioro neurológico, confusión, temblores, clonías palpebrales, hipotonía, miosis, bradicardia, sialorrea y broncorrea. Se administran 7 dosis de atropina

(0,02 mg/kg) hasta la desaparición de la clínica. Pruebas complementarias normales salvo nivel de colinesterasa sérica de 59 mU/ml (valores de referencia: 4.600-14.400). Evolución favorable. El informe toxicológico confirmó intoxicación por *Clorpirifos* (insecticida organofosforado). *Caso 2:* Niño de 2 años asistido en servicio de urgencias por pérdida brusca de conciencia, miosis, broncorrea, sialorrea, cianosis y dificultad respiratoria. Sus familiares encuentran un bote de insecticida (*Clorpirifos*) que podría haber ingerido accidentalmente. Olor fuerte a producto químico parecido al ajo. Tras lavado gástrico y carbón activado, se intuba y se administra una dosis de

atropina (0,05 mg/kg) seguida de pralidoxima en bolo, continuando con una perfusión (10 mg/ kg/hora) que se mantuvo 3 días. El nivel de colinesterasa sérica fue de 194 mU/ml, en ascenso progresivo, siendo el resto de pruebas complementarias normales. Evolución favorable con ligera ataxia al alta.

Conclusiones: Ante un cuadro muscarínico con disminución del nivel de conciencia hay que sospechar intoxicación por organofosforados. La atropina es la base del tratamiento, siendo útil frente a los síntomas muscarínicos. Las oximas (pralidoxima) son útiles para combatir los síntomas nicotínicos.