



COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 5 de junio (09:00-10:30)

INFECTOLOGÍA

Sala 23 (Planta 2)

176

09:00

PAPEL DE LOS NUEVOS VIRUS RESPIRATORIOS EN LOS EPISODIOS DE SIBILANCIAS RECURRENTES Y CRISIS DE ASMA

M.L. García García, W.A. García García, C. Calvo Rey, A. González Vergaz, F. Pozo Sánchez, A. Falcón Escalona, P. Pérez Breña e I. Casas Flecha

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorios, Instituto de Salud Carlos III de Majadahonda y Centro Nacional de Biotecnología del Departamento de Biología Molecular y Celular del CSIC, Madrid, España.*

**Antecedentes:** En los últimos años se ha observado el importante papel que tienen las infecciones por virus respiratorios como desencadenantes de sibilancias y crisis de asma, llegando algunos autores a encontrarlas en un 90% de los casos. Nuestro objetivo fue estudiar la asociación entre los nuevos virus respiratorios y estos episodios en niños hospitalizados.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo de los niños < 14 años con sibilancias recurrentes o crisis de asma ingresados en un hospital de nivel 2 desde 9/2005 a 8/2008. Se realizó reacción en cadena de polimerasa (PCR) para 16 virus respiratorios en aspirado nasofaríngeo de los niños y se recogieron datos clínicos y analíticos. Se realizó estudio de virus respiratorio en aspirado nasofaríngeo de un grupo control de niños sanos que acudieron al hospital para estudio de alergia alimentaria.

**Resultados:** Se recogieron 446 niños de los cuales en 302 se detectó al menos un virus respiratorio (67,7%), siendo en un 30% infecciones múltiples. Los virus más frecuentes fueron VRS (42,7%), rinovirus (35,7%), adenovirus (20%), bocavirus (17,8%) y metapneumovirus (6,9%). Coronavirus (OC43 y NL63) y gripe supusieron un 2,2% cada uno. Bocavirus, coronavirus y parainfluenza se identificaron más frecuentemente como coinfecciones. En < 2 años se detectaron con mayor frecuencia VRS, rinovirus, adenovirus y bocavirus. Prácticamente todos los coronavirus fueron de este grupo al igual que los metapneumovirus. En > 2 años rinovirus fue el virus más frecuente. El porcentaje de detección viral en niños del grupo control fue menor para todos los virus con significación estadística. La mayoría de las hospitalizaciones fueron en invierno coincidiendo

con la circulación de los virus. Las características clínicas de las crisis asociadas o no a virus fueron similares con la excepción de mayor fiebre en el primer grupo ( $p = 0,005$ ). En los niños con más de un virus la fiebre fue más prolongada ( $p = 0,013$ ).

**Comentarios:** Además del VRS, rinovirus, bocavirus, metapneumovirus y coronavirus se asocian con crisis de asma y sibilancias recurrentes. Los virus asociados son diferentes según la edad.

177

09:10

ALTA PREVALENCIA DE CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS INADECUADAS DE ANTIRRETROVIRALES, EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR VIH. RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

A.P. Nso Roca, B. Larrú Martínez, M. Ferrando Mora, T. del Rosal Rabes, J.M. Bellón Cano, M.J. Mellado, J. Tomás Ramos, M.I. González, M. Navarro Gómez, M.A. Muñoz Fernández y M.I. de José Gómez

*Hospital Universitario La Paz, Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la esperanza de vida de los niños infectados por VIH ha mejorado drásticamente. Sin embargo, entre el 20% y el 50% de estos pacientes presentan fallo viral en el primer año de tratamiento. Uno de los factores que limitan la eficacia del TARGA es la presencia de concentraciones plasmáticas infraterapéuticas de antirretrovirales. Pretendemos evaluar los niveles plasmáticos de estos fármacos en una cohorte de niños con infección por VIH.

**Métodos:** Realizamos un estudio observacional, multicéntrico, en el que se incluyeron niños con infección VIH, en tratamiento con inhibidores de la proteasa o inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos. Las concentraciones plasmáticas de antirretrovirales se determinaron mediante cromatografía líquida de alta resolución. Se analizaron variables clínicas, hematológicas, bioquímicas, inmunológicas y virales.

**Resultados:** Entre marzo de 2006 y junio de 2008, se incluyeron un total de 129 niños, de cinco hospitales de Madrid, con edades comprendidas entre los cuatro meses y los 18 años. Se determinó el grado de adherencia mediante un cuestionario. La duración media de tratamiento en el momento de inclusión, era de 39,2 meses. Se determinaron 51 concentraciones plasmáticas de inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos, 25,5% en rango infraterapéutico y 14,2% en rango de toxicidad. De los 104 niveles plasmáticos de inhibidores de la proteasa, 27,9% eran bajos y

59,6% elevados. Las concentraciones adecuadas o altas se correlacionaron con mayor porcentaje de linfocitos CD4 y menor carga viral. Se halló asociación entre niveles elevados de lopinavir/ritonavir y la presencia de lipodistrofia. Así mismo, se encontró asociación entre niveles disminuidos de antirretrovirales y desarrollo prepuberal.

**Conclusiones:** La mayoría de los niños estudiados tienen concentraciones plasmáticas de antirretrovirales fuera del rango terapéutico establecido. Mantener niveles plasmáticos adecuados se relaciona con mejor respuesta al tratamiento y menor frecuencia de efectos secundarios. La monitorización terapéutica del TARGA permite un manejo individualizado de estos pacientes y una optimización de los recursos terapéuticos.

## 178 09:20 ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA PEDIÁTRICA: SEROTIPADO Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN RELACIÓN CON LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE

Á. Díaz Conradi, L. Selva Llobet, M. Lloberas Blanch,  
C. Esteva Afonso, O. Urraca Martínez y C. Muñoz Almagro

*Hospital de Nens, Barcelona, y Hospital Sant Joan de Déu,  
Barcelona, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La enfermedad invasiva neumocócica (EIN) sigue siendo un problema importante de salud pública o a pesar de la introducción de la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente (PCV7) en el 2001 en nuestro país. El objetivo de este estudio es estudiar los casos de EIN relacionando serotipos, sensibilidad antibiótica y vacunación.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de los cultivos positivos a *S. pneumoniae* en líquido estéril en un hospital de 2.º nivel analizando las variables edad, tipo de muestra, diagnóstico, serotipo, sensibilidad antibiótica y vacunación frente a neumococo con la PCV7 en los años 2005, 2006, 2007 y primer semestre de 2008.

**Resultados:** Se aisló *S. pneumoniae* en 34 hemocultivos, 3 líquidos cefalorraquídeos y 1 líquido pleural. Edad: osciló entre 1 y 96 meses con una mediana de 16 meses. De los 38 casos, 17 (45%) eran menores de 12 meses, el resto (55%) eran entre 1 y 8 años. Diagnósticos: Neumonía/empiema (16), bacteriemia oculta (16), OMA/mastoiditis (5), Artritis (2), meningitis (3). Los serotipos más frecuentes fueron: Serotipo 1 (13 casos, 34%), 19A (8 casos, 21%), 7 (4 casos, 10%), 5 (3 casos, 8%). De los 38 cultivos sólo 3 eran resistentes a penicilina y 10 a eritromicina. La tasa de vacunación en global resultó del 40%. No hubo ningún fracaso vacunal. El 97% de los serotipos aislados eran no vacunales.

**Conclusiones:** Los diagnósticos más frecuentes fueron: neumonía y bacteriemia oculta. Los serotipos aislados fueron casi todos no vacunales (97%) y en general sensibles a penicilina. Existe EIN por serotipos no vacunales por lo que, en espera de una nueva vacuna que incluya más serotipos, no se puede descartar patología neumocócica en el niño vacunado con PCV7.

## 179 09:30 HIJO DE MADRE EXTRANJERA: ¿DISTINTOS PAÍSES, DISTINTO RIESGO?

D. Blázquez Gamero, G. López González, B. Santiago García,  
M. Muñoz Díaz, T. Sáinz Costa y N. García-Arenzana Les

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

**Antecedentes:** En los últimos años se ha producido en la Comunidad de Madrid un incremento progresivo de los partos de madre extranjera, suponiendo más del 20% de los recién nacidos de la región.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de anticuerpos frente al VIH, Virus de la Hepatitis C (VHC), rubéola, toxoplasma, sífilis y virus de la hepatitis B (VHB) y la existencia de *Streptococo* del Grupo B (SGB) en el exudado vaginal en las gestantes extranjeras de un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid y establecer un perfil de riesgo en función del área o país de origen, comparando estos resultados con un grupo de madres españolas.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo transversal del estado serológico y de la presencia de SGB en el exudado vaginal de las madres extranjeras y de un grupo de madres españolas, que dieron a luz en los últimos cinco meses del año 2007.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 839 mujeres extranjeras y a 157 madres españolas. El 15% de las madres asiáticas y el 10,1% de las latinoamericanas no estaban correctamente vacunadas frente a rubéola frente al 4,7% de las españolas, siendo las madres de origen chino las peor vacunadas (22,2% no estaban vacunadas,  $p = 0,012$ ). Resultaron seropositivas frente a *T. gondii* el 51,3% de las latinoamericanas, y tan sólo el 3,9% de las asiáticas frente al 18% de seropositividad de las madres españolas ( $p = 0,016$ ). La mayor presencia de Ag HBs se produce entre las madres asiáticas (6,8%) y de Europa del Este (5,9%), siendo estas últimas las que tienen una mayor tasa de infección por VHC (4,6%). Todos los casos de sífilis (3) se produjeron entre gestantes latinoamericanas. El 0,6% de las madres latinoamericanas y el 2,1% de las africanas resultaron seropositivas para VIH. El porcentaje de SGB positivo fue mayor entre extranjeras que en españolas (12,2% frente a 8,8%).

**Conclusiones:** Existen variaciones significativas en la prevalencia de las distintas enfermedades de transmisión vertical entre las madres extranjeras, pudiéndose establecer un perfil de riesgo del recién nacido en función del origen materno.

## 180 09:40 EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LOS INGRESOS POR NEUMONÍA Y NEUMONÍA COMPLICADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

F.J. Gil Sáenz, A. Sagastibelza Zabaleta,  
M. Herranz Aguirre, A. Castroviejo Gandarias,  
X. Beristain Rementeria, L. Torroba Álvarez,  
B. Salcedo Muñoz y E. Bernaola Iturbe

*Servicio de Pediatría, Servicio de Microbiología  
y Servicio de Medicina Preventiva,  
Hospital Virgen del Camino, Pamplona,  
Navarra, España.*

**Introducción y objetivos:** La neumonía es causa de morbilidad en población pediátrica y el neumococo el principal agente etiológico. En el 2001 se introdujo la PNC7 en nuestra región de forma no sistemática. Nuestros objetivos son describir la tendencia temporal de estas patologías y evaluar los posibles efectos de la vacuna.

**Métodos:** Se analizó retrospectivamente el número de ingresos totales (IT), por neumonía (N), derrame pleural (DP) y empiema (EP) en nuestro hospital de 1995 a 2006. El análisis estadístico se realizó con t de Student, r de Pearson y regresión logística. Se consideraron neumonías neumocócicas (NN) aquellas con: cultivo (+) en sangre o líquido pleural, Ag/pcr (+) en LP.

**Resultados:** Se registraron 1.365 neumonías, con aumento correlativo significativo ( $p < 0,01$ ) a lo largo de los años ( $R_p = 0,804$ ), lo mismo DP (154,  $R_p = 0,886$ ), EP (38,  $R_p = 0,878$ ) y NN (32,  $R_p = 0,809$ ). Comparando incidencia/ $10^5 < 15$  años en época prevacunal (1995-2001) y postvacunal (2002-2006), se observó incremento significativo ( $p < 0,05$ ) en ingresos por N (176 vs 254), DP (8 vs 27), EP (1 vs 8) y NN (2 vs 9), con disminución de ingresos totales/ $10^5$ /año (3.748 vs 3.191), aumentando el porcentaje de ingresos por neumonía en período postvacunal (4,75% vs 7,96%;  $p = 0,004$ ). Al comparar el riesgo de hospitalización por neumonía

en población pediátrica en los periodos 1 (1995-1998), 2 (1999-2001) y 3 (2002-2006) se vio: 1-2: OR = 1,2 (IC95%: 1,02-1,4); 1-3: OR = 1,62 (IC95%: 1,4-1,87), con resultados similares para DP y EP.

**Conclusiones:** En nuestro medio se ha producido un aumento (más evidente en periodo postvacunal) de los ingresos por neumonía, así como de sus complicaciones (DP y EP). Las diferencias encontradas frente a otros estudios similares podrían explicarse por varias causas tanto epidemiológicas (diferencias en coberturas vacunales, política antibiótica,...) y microbiológicas (recambio serotipo, serotipos más agresivos).

181

### EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE MALARIA IMPORTADA A LO LARGO DE 15 AÑOS

L. Albert de la Torre, J. Arnáez Solís, M.A. Roa Francia, D. Hernández Martín, N. Gutiérrez Cruz, B. del Pozo Menéndez, C. Terol Espinosa de los Monteros, F. Guerrero Alzola y P.J. Pujol Buil

*Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid, España.*

**Objetivo:** Conocer la evolución del tratamiento de elección utilizado en los niños con malaria importada en los últimos 15 años y sus complicaciones.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de 66 casos de paludismo en menores de 15 años. Se analizan variables epidemiológicas y del tratamiento recibido, duración y respuesta al mismo.

**Resultados:** De los 66 casos de paludismo tratados en nuestro hospital, todos menos proceden del África Subsahariana, el 92,4% de Guinea Ecuatorial. La edad media al diagnóstico fue de 4.6 años (0-15). Las especies más frecuentes fueron *P. falciparum* en el 72,7% y *P. Ovale* en 10,6%; hubo 5 casos (7,5%) de parasitaciones mixtas. El tratamiento se realizó en todos casos tras la obtención de gota gruesa y/o PCR para plasmodium. El 44% de ellos se trataron durante 3 días y 7 pacientes recibieron tratamiento durante 14 días con primaquina para erradicación de hipnozoitos. La combinación más utilizada fue quinina y sulfadoxina-pirimetamina, en 34 pacientes (51%). La Atovuona-Proguanil se utilizó en 6 pacientes, siendo 5 de ellos diagnosticados entre los años 2007 y 2008. Otros tratamientos utilizados fueron: cloroquina (5), mefloquina (6), halofantrina (6), quinina (6) y quinina-clindamicina (1). Todos los pacientes tratados evolucionaron favorablemente. En un caso se produjeron complicaciones menores asociadas al tratamiento con mefloquina y en otro hubo anemia secundaria al tratamiento con quinina. Ningún paciente precisó cambiar de tratamiento sin bien un paciente con tratamiento inicial con quinina y sulfadoxina-pirimetamina requirió ingreso en la UCI y tratamiento intravenoso por aumento de la parasitemia al 7,2% y empeoramiento del estado general. Todos cumplieron el tratamiento de forma adecuada.

**Conclusiones:** 1. El tratamiento más utilizado fue el de quinina con sulfadoxina-pirimetamina con buena respuesta en todos menos en un paciente. 2. El aumento de las resistencias a esta combinación en los últimos años en Guinea Ecuatorial ha hecho que los últimos pacientes hayan recibido tratamiento con Atovuona-Proguanil con buena respuesta. 3. No se han objetivado complicaciones importantes con los tratamientos.

182

### CASUÍSTICA DA CONSULTA DE TRANSMISSÃO VERTICAL VIH 2000-2008

S. Jorge, S. Lobo, S. Deuchande, M. Marçal, M. Fialho y M. Martins

*Servicio de Pediatría, Hospital de Cascais, Portugal.*

09:50

**Introdução:** A infecção pelo VIH tem uma prevalência elevada no nosso país, que tem a mais alta incidência de infecção VIH e SIDA na Europa. O rastreio de VIH faz parte do programa de vigilância da gravidez, e é efectuado no primeiro e terceiro trimestres. Com a instituição de medidas profiláticas para redução da taxa de transmissão vertical e do Protocolo PACTG076, verifica-se uma redução significativa do número de crianças infectadas.

**Objetivos:** Caracterização da população de filhos de mãe com infecção VIH que nasceram no nosso centro de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2008.

**Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo dos processos clínicos, com análise de variáveis que envolvem os períodos pré-parto, intra-parto e pós-parto.

**Resultados:** Foram seguidos 117 filhos de mãe VIH (1,1% do total de recém-nascidos no período). A percentagem de mães não portuguesas foi de 37,1%. O diagnóstico de infecção VIH materna foi estabelecido antes da gravidez em 62,8% das mães, na gravidez em 30,2%, no parto 5,2% e após parto 1,7%. Houve vigilância da gravidez em 90,5% dos casos, dos quais 83,8% fizeram terapêutica tripla durante a gravidez. O protocolo completo da profilaxia com AZT foi cumprido em 74,4% dos pares mãe - filho. Neste grupo apenas um recém-nascido ficou infectado. O número total de crianças infectadas foi de 7 (6% dos seguidos em consulta). Uma das crianças infectadas fez profilaxia com terapêutica tripla.

**Comentários:** Com o cumprimento do protocolo PACTG 076 completo verifica-se uma baixa taxa de transmissão vertical da infecção VIH (apenas um infectado dos que cumpriram o protocolo completo, ou seja 1,1%). Salienta-se no entanto que o meio socioeconómico e cultural destas mães coloca dificuldades na vigilância da gravidez e no cumprimento da terapêutica. A seroconversão tardia mantém-se como factor de risco difícil de contornar, e a profilaxia tripla ao recém-nascido como um tema de controvérsia.

183

### ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA EN NIÑOS: EVOLUCIÓN CLÍNICA, SEROTIPOS VACUNALES Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

F. González Martínez, J. Adrián Gutiérrez, M. Hernando Puente, M.I. Pescador Chamorro, P. Chimenti Camacho, E. Cercedano, M.M. Santos Sebastián, M.L. Navarro Gómez, T. Hernández-Sampelayo Matos y J. Saavedra Lozano

*Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Objetivos:** Describir la epidemiología, y características microbiológicas de la enfermedad neumocócica invasora (ENI) en niños en los últimos 10 años. Analizar el posible impacto de la vacuna conjugada heptavalente (VCN-7).

**Métodos:** Estudio ambispectivo de ENI entre 1998 y 2008 en niños atendidos en el HGUGM (población de 100.000 niños). Se analizaron aislamientos de *S. pneumoniae* (SP) en sangre, LCR, líquido pleural, articular y peritoneal durante 3 periodos: prevacunal (P1), previo a junio 2001; cobertura del 40%, hasta 2006(P2); incorporación VCN-7 al calendario vacunal, desde 2006 (P3).

**Resultados:** Se estudiaron 155 pacientes en los que se aisló prospectivamente SP, con una edad media de 4 meses; 60% varones. La clínica más frecuente fue fiebre (máximo 39,5 °C; media 48 horas), frecuentemente con síntomas respiratorios. La analítica más relevante fue: leucocitos 17600 (76N), PCR 16,6 mg/dl y VSG 54 mm. El antibiótico más utilizado fue cefotaxima (40%), en la mitad de los casos con vancomicina, seguido de amoxi-clavulanico (20%), y ampicilina (15%). Ingresaron el 75% de los niños. Los aislamientos fueron: 75% sangre, 13,5% LCR, 5,8% pleura, 4,5% líquido articular

10:00

y 0,6% peritoneo. La incidencia de bacteriemia se mantuvo estable con el tiempo, con leve aumento de meningitis (3,7% en P1 vs 5% en P3) y empiema (0,6% en P1 vs 2,5% en P3). Los serotipos más frecuentes fueron: 1 (18%), 19A (10,3%), 14 (7,7%) y 6B (7,1%). Hubo una disminución de los serotipos vacunales (SV), de forma significativa para 23F y 6B, con un aumento significativo de los no vacunales (SNV) 1, 19A y 5. SP fue sensible a penicilina en un 65%, y a cefotaxima en un 94% de los casos. La resistencia a penicilina fue: P1 = 47%, P2 = 23% y P3 = 38%.

**Conclusiones:** En nuestro estudio se observa un descenso de los SV implicados en ENI, con aumento de los SNV. El aumento de resistencia de SP en el último período podría estar en relación con el aumento de los SV con sensibilidad disminuida. Conviene continuar la vigilancia epidemiológica, así como el estudio de vacunas que incluyan más serotipos.

## 184 INFECCIONES RESPIRATORIAS POR ADENOVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

10:20

C. Calvo Rey, H. Rojo Sombrero, M.L. García García,  
T. Bracamonte Bermejo, M.J. Obra Patiño,  
F. Pozo Sánchez, P. Pérez Breña e I. Casas Flecha

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, y Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorios, Instituto de Salud Carlos III de Majadahonda, Madrid, España.*

**Antecedentes:** Las infecciones respiratorias son uno de los motivos más importantes de hospitalización en niños. El objetivo de este estudio es analizar las infecciones respiratorias por adenovirus en niños hospitalizados.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo de las infecciones respiratorias de niños ingresados en un hospital de nivel 2 desde 9/2005 a 8/2008. Se realizó reacción en cadena de polimerasa para los 14 virus más habituales en aspirado nasofaríngeo y se recogieron datos clínicos y analíticos.

**Resultados:** De un total de 1052 niños hospitalizados por infección respiratoria en 747 (71%) se identificó al menos un virus respiratorio. La infección por adenovirus se detectó en el 20,6% de los casos. En un grupo control de 116 niños sanos se detectó infección por adenovirus en un 6,7%. Se analizaron 154 episodios correspondientes a 151 niños (3 pacientes presentaron dos episodios). Se detectaron coinfecciones en 85 casos (55,2%) siendo las más frecuentes con rinovirus, VRS y bocavirus. El 54,5% fueron varones con una edad media de 696 días  $\pm$  606. Presentaron fiebre el 74% con una duración de 4,35 días  $\pm$  4,5. El 42,1% tuvieron hipoxia y el 40,3% un infiltrado radiológico. La duración del ingreso fue de 4,2 días  $\pm$  2,4. Los diagnósticos más frecuentes fueron sibilancias de repetición (30,5%), seguido de bronquiolitis (21,4%), crisis de asma (16,2%) y neumonía (12,3%). Un 7,8% de los niños asociaron diarrea. Se realizó serotipado de las infecciones simples siendo los serotipos más frecuentes el 3, 5 y 6. Los niños con serotipo 3 tuvieron algunas características clínicas diferentes a los otros dos grupos. Los niños con infecciones simples por adenovirus (n = 69) presentaron mayor leucocitosis (p = 0,007), menor porcentaje de bronquiolitis (10% vs 30,6% p = 0,036) y recibieron antibióticos con mayor frecuencia que los pacientes con infecciones múltiples. La distribución estacional fue diferente según los serotipos: 3 en invierno y 5 en primavera.

**Conclusiones:** Las infecciones respiratorias por adenovirus son una frecuente causa de hospitalización y cursan fundamentalmente como episodios de sibilancias recurrentes, asma o neumonías. Los serotipos más frecuentes son el 3, 5 y 6. Las coinfecciones con otros virus son frecuentes.

## DIAGNÓSTICO POR IMAGEN Sala 11 (Planta 1)

### 185 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA OCULAR EN EL DIAGNÓSTICO DE CELULITIS ORBITARIA

09:00

M. Lloberas Blanch, A. Cordón Torrell, L. Cavero Roig,  
J. Massaguer Cabrera, R. Clapés Ferrán y Á. Díaz Conradi

*Hospital de Nens, Barcelona, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Para diferenciar la afectación pre y postseptal de la celulitis orbitaria nos basamos en la clínica y en pruebas de imagen siendo el TAC orbitario la técnica actual de elección. El objetivo del trabajo sería descartar la afectación postseptal realizando una ecografía orbitaria en lugar del TAC.

**Métodos:** Se estudian 10 pacientes, entre 2 y 10 años, diagnosticados de celulitis orbitaria. Se les practica TAC y ecografía orbitaria a todos ellos comparando los resultados.

**Resultados:** El TAC confirma afectación preseptal en todos los casos descartando afectación postseptal. La ecografía informa de probable afectación postseptal en un caso y preseptal en el resto. El TAC informa de sinupatía esfenoidal, etmoidal o maxilar en 6 casos.

**Conclusiones:** Aunque la ecografía no aporta información sobre la afectación sobre los senos paranasales, creemos que es un método útil (valor predictivo negativo del 100%) para valorar afectación retroseptal en las celulitis orbitarias y evitar así en algunos casos la práctica sistemática de TAC con la consiguiente irradiación para el paciente.

### 186 CIÁTICA AGUDA DE CAUSA INFECCIOSA: SÍNDROME DEL PIRIFORME

09:10

M. Tallón García, A. Amado Puentes, L. Pardo García,  
J.A. Couceiro Gianzo, J. León Alonso y J. Antelo Cortizas

*Servicio de Pediatría y Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo, Pontevedra, España.*

**Caso clínico:** Paciente de 14 años, jugadora de baloncesto, que presenta fiebre de 4 días de evolución acompañada de dolor en articulación sacroilíaca derecha que empeora progresivamente impidiendo la deambulación y el decúbito. En la exploración física se evidencia dolor a la palpación sobre región sacroilíaca derecha, sin aumento del dolor con la contracción del glúteo ipsilateral. Postura antiálgica y dolor a la flexión y rotación de la articulación coxo-femoral derecha, sin signos antiinflamatorios sistémicos. Pruebas complementarias: hemograma normal, fibrinógeno: 946 mg/dl; PCR: 104,67 mg/l, VSG: 66 mm/h. Hemocultivos: negativos. Ecografía abdomino-pélvica: no derrame en articulación de cadera derecha, discreta cantidad de líquido en FID y subhepática. RMN de pelvis con contraste: Engrosamiento y aumento de captación en músculo piriforme derecho que se extiende a la porción ligamentosa de la articulación sacroilíaca derecha. Gammagrafía ósea: compatible con proceso infecto-inflamatorio confinado a la articulación sacroilíaca derecha. Evolución lentamente favorable con antibioterapia endovenosa, antiinflamatorios y programa de rehabilitación ambulatoria. En control evolutivo se evidencian leves signos inflamatorios en la articulación sacroilíaca derecha en la gammagrafía y disminución de los reactantes de fase aguda.

**Comentario:** Los síntomas predominantes en este síndrome son dolor típicamente unilateral a la abducción y rotación interna, siendo los déficits sensitivos o motores raros. Es característico el dolor

a la presión digital sobre el músculo piriforme en la región glútea o en la pared lateral de la pelvis. La etiología más comúnmente descrita es el daño repetido que ocasiona la hipertrofia del músculo.

**Conclusión:** En pacientes con ciática sin evidencia de lesión discal y con importante dolor a la movilización pasiva de la cadera debe considerarse la posibilidad de esta entidad, fácilmente confirmable mediante resonancia magnética o tomografía computarizada.

187

### DOS CASOS DE SLING DE ARTERIA PULMONAR. UNA CAUSA INFRECIENTE DE ESTRIDOR EN EL LACTANTE

09:20

A. Pueyo Ferrer, A. Fernández López, M.T. Vallmanya Cucurull, A. López Gil, J. Ortega Rodríguez y E. Solé Mir

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España.*

**Introducción:** Los slings de arteria pulmonar son anomalías vasculares que comprimen tráquea y causan niveles variables de estridor. Presentamos dos casos en menores de un año, diagnosticados en 2007 en nuestro hospital.

**Casos clínicos:** *Caso 1.* Niña de 6 meses ingresada por estridor persistente, en mayo de 2007. Al mes ingresó por bronquiolitis y con tres por laringotraqueobronquitis. Con adrenalina nebulizada, broncodilatadores, oxígeno y corticoides mejoró el broncoespasmo pero persistía tos laríngea y estridor. La laringoscopia directa y tránsito esófago-gastro-duodenal fueron normales. Reingresó con nuevo empeoramiento y la TAC cérvico-torácica mostró arteria pulmonar izquierda aberrante (*sling pulmonary*) con malformación traqueal. Fue intervenida en hospital de tercer nivel con tórpedo postoperatorio y ha precisado traqueotomía. *Caso 2.* Niña de 9 meses que ingresó en octubre de 2007 por laringitis. No presentó estridor en primeros meses de vida. A los 4 meses ingresó por bronquiolitis y presentó diversos episodios de broncoespasmo y crup con reingreso en septiembre. El cuadro se reagudizó y motivó nueva hospitalización. En esta ocasión la sintomatología persistía a pesar de la medicación, con progresión del estridor que se hizo bifásico y persistente. La laringoscopia fue normal y la TAC mostró también un *sling* de arteria pulmonar. Se intervino por cirugía cardiovascular en hospital de tercer nivel donde se derivó. Tras diversas complicaciones, la evolución fue satisfactoria y se encuentra clínicamente estable.

**Comentarios:** 1. En esta infrecuente anomalía la rama izquierda de arteria pulmonar tiene origen en la rama derecha o tronco con trayecto anómalo que comprime tráquea o bronquio. 2. En el 50% se asocia estenosis traqueal, bronquial y laringotraqueomalacia. 3. Los síntomas se producen por compresión y se han descrito casos de muerte súbita, si el diagnóstico es tardío. 4. Se requiere un alto índice de sospecha y debemos pensar en esta patología en casos de estridor recurrente o persistente en lactantes. 5. El único tratamiento es la corrección quirúrgica y el pronóstico depende de las anomalías traqueales asociadas.

188

### ESPONDILODISCITIS EN LA INFANCIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

09:30

L. Andújar Rodríguez, S. Molina López, P. Belda Benesiu, J. Pastor Rosado y F. Vargas Torcal

*Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España.*

**Introducción:** La discitis o espondilodiscitis es una inflamación del disco intervertebral y vértebras adyacentes de fisiopatología incierta y buen pronóstico. Se presenta con síntomas inespecíficos como irritabilidad y rechazo de tomas en lactantes; cojera, rechazo de la deambulación, bipedestación o sedestación en preescolares;

o como dolor de espalda (lumbar), abdominal o pélvico y cojera en escolares-adolescentes.

**Caso clínico:** Preescolar mujer de 2 años 9/12 que acude a Urgencias por rechazo con llanto a la bipedestación y a la marcha de 5 días de evolución. EG conservado, afebril. Refiere dolor difuso en área perineal la semana previa. No antecedentes de IRVA, OMA o ITU. En la exploración física se objetiva rectificación de la lordosis lumbar sin signos de inflamación articular y caderas libres (Signo FABER negativo). Entre las exploraciones complementarias destaca: HRF normal, VSG 73 mm 1.ª hora y PCR 39 mg/l. En la radiografía de raquis lumbosacro presenta estrechamiento del espacio intervertebral L5-S1 con erosión de platillos vertebrales adyacentes, confirmando el diagnóstico de espondilodiscitis L5-S1 con RMN. Tras recogida de HC se inicia tratamiento 14 días con cefuroxima iv (mayor actividad antiestafilocócica) y posteriormente vía oral hasta completar 5 semanas. Presenta buena evolución clínica y analítica con mejoría progresiva del dolor y deambulación y normalización del HRF, VSG y PCR.

**Discusión:** Es preciso un alto nivel de sospecha para su diagnóstico y evitar el retraso que empeoraría el pronóstico. Se debe sospechar ante un niño con rechazo de la bipedestación, marcha y sedestación, con aumento de VSG, si la exploración de MMII y el signo de FABER son normales. La normalidad radiológica en las primeras semanas es causa de confusión inicial, siendo la RMN la técnica de elección para descartar osteomielitis vertebral. El *Staphylococcus aureus* es el principal agente responsable de esta patología aunque la negatividad en los cultivos suele ser la norma.

**Conclusión:** Se presenta un protocolo diagnóstico-terapéutico y un algoritmo diagnóstico del dolor lumbar (low back pain) en niños.

189

### ESTENOSE DA ARTERIA RENAL

09:40

S. Groen Duarte, M. Lobo Antunes, A. Teixeira, R. Anjos y G. Rodrigues

*Servicio de Pediatría, Hospital dos Lusíadas, y Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Lisboa, Portugal.*

**Introdução:** A hipertensão renovascular representa 5 a 25% dos casos de hipertensão arterial (HTA) na criança e adolescente. A sua etiologia é variada e inclui a estenose da artéria renal por displasia fibromuscular. Por ser uma causa tratável de HTA, é importante o diagnóstico atempado e a precocidade do tratamento, reduzindo as complicações decorrentes de uma hipertensão arterial mantida.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de uma jovem de 16 anos com antecedentes de enxaquecas que recorreu a uma consulta por agravamento das cefaleias. No exame físico observou-se unicamente um valor muito elevado de tensão arterial (170/110 mmHg), que se manteve nos dias seguintes, em controlo ambulatorio. O eco-Doppler abdominal e renal foi considerado normal e analiticamente destacava-se hipercolesterolemia e aumento da actividade da renina plasmática (20,2 ng/ml/h para valor referência de 0,2-0,3 ng/ml/h). Realizou angio-TC abdominal que identificou estenose grave da artéria renal direita. Um ecocardiograma revelou hipertrofia ventricular esquerda ligeira. Foi medicada com atenolol com ligeira melhoria das tensões arteriais, que se mantiveram no entanto acima dos valores normais. A arteriografia renal confirmou uma estenose grave da artéria renal direita (estenose de 70%). Foi realizada de imediato angioplastia desta artéria com balão de 7 mm, insuflado a 10 atmosferas. Obteve-se excelente resultado angiográfico final, com normalização do aspecto angiográfico. A medicação foi reduzida progressivamente e três semanas depois estava assintomática, com tensão arterial normal, suspendendo a terapêutica anti-hipertensiva. A avaliação dois meses após a dilatação mostrou tensão arterial normal. Neste caso clínico destaca-se a importância da suspeição clínica da estenose da artéria

renal pelo quadro clínico e idade da doente, que fundamentou a realização de angio TC apesar do eco-Doppler renal não ser conclusivo. O tempo decorrido do diagnóstico até ao tratamento cirúrgico foi curto, e em menos de dois meses a doente ficou assintomática e com tensão arterial normal, dispensando o uso de anti-hipertensores a longo prazo.

## 190 09:50 IRRADIACIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN DE LCR. SEGUIMIENTO A LOS 2 AÑOS

D. Vila Pérez, D. Muñoz Santanach, V. Trenchs Sáinz de la Maza, C. Luaces Cubells, J. Pou Fernández y A.I. Curcoy Barcenilla

*Sección de Urgencias y Servicio de Pediatría, Hospital Universitari de Sant Joan, Reus, Tarragona, España.*

**Objetivo:** Determinar las exploraciones radiológicas –TAC o trajecto valvular (TV)– a las que son sometidos los pacientes portadores de válvula de derivación de LCR (VDL) en los 2 primeros años tras su colocación y la radiación a la que son sometidos.

**Métodos:** Estudio descriptivo-observacional. Se incluyen los pacientes a los que se les colocó una VDL entre 2005 y 2006. Se excluyen los fallecidos. Se determina el n.º de exploraciones con radiación a las que son sometidos en los 2 años de seguimiento. Se determina si fueron realizadas por control o por sospecha de disfunción.

Se calcula la radiación total acumulada en mSv (2,3 mSv por TAC / 1,09 mSv por TV).

**Resultados:** Se colocaron 43 VDL. Siete pacientes (16,3%) fallecieron. Se analizan los 36 restantes (52,8% en niños). Mediana de edad en el momento de la colocación de 6,1 m (P25-P75: 2,1m2-,8a). 24 (66,7%) se colocaron en 2006. Motivos de colocación más frecuentes: hidrocefalia por hemorragia intraventricular en prematuro (11; 30,6%), congénita (10; 27,8%) y tumoral (7; 19,4%). En 33 (91,7%) la válvula fue ventrículo peritoneal y en 30 (82,1%) de presión media. En 18 casos (50%) se sospechó disfunción valvular, se confirmó en 12 (66,7%), siendo la más frecuente la obstrucción (8; 66,7%). No se realizó TAC ni TV a 2 pacientes (5,5%). Se realizaron 136 TAC a 32 pacientes (88,9%), mediana de 3 por niño (rango: 1-11 TC), 21 (15,5%) por sospecha de disfunción. Se realizaron 19 TV a 14 pacientes (38,9%), mediana de 1 por paciente (rango: 1-3 TV), 8 (57,1%) por sospecha de disfunción. La mediana de radiación por paciente fue de 6,9mSv (rango: 0-28,6mSv), observándose una mayor exposición a radiaciones en los pacientes en los que se sospechó una disfunción valvular (media de 11 vs 5 mSv; p = 0,02).

**Conclusiones:** Los portadores de VDL reciben en los dos primeros años tras la colocación de la válvula una mediana de radiación equivalente a 3.2 años de radiación natural de fondo. La sospecha de disfunción es la principal causa de aumento de radiación. Sería interesante disponer de marcadores clínicos que ayuden a seleccionar los pacientes con mayor riesgo de disfunción valvular.



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Viernes, 5 de junio (09:00-10:30)

NEONATOLOGÍA  
Sala 14 (Planta 1)

191 09:00  
BILIRRUBINA TRANSCUTÁNEA EN UN GRUPO DE RECIÉN NACIDOS: VALOR MEDIO Y SU CORRELACIÓN CON LA BILIRRUBINA SÉRICA

V. Esteban Cantó, M.A. Fuerte Segura, C. Torres Chazarra, M. Claver Durán, F. Aleixandre Blanquer y J. Jover Cerdá

Servicio de Pediatría, Hospital General de Elda, Alicante, España.

**Introducción:** La medición de la bilirrubina transcutánea (BT) puede ser útil para el manejo diario y toma de decisiones de los niños afectos de ictericia.

**Objetivo:** Conocer si existe diferencia en los valores medios de bilirrubina transcutánea en frente y esternón respecto de la bilirrubina sérica (BS) (patrón oro) en un grupo de recién nacidos. Conocer si existe correlación significativa entre la BT y la BS.

**Material y método:** Recién nacidos ictericos (n: 70), de más de 36 semanas de nuestra maternidad. Bilirrubinómetro (Konica Minolta modelo JM-103). La BT se midió en frente y esternón, y se tomó la media de tres mediciones. La BS se midió en un autoanalizador Hitachi multicanal. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0. Se definió como BT media la media aritmética de la BT de la frente y del esternón.

**Resultados:** Los valores medios de cada una de las BT fueron significativamente diferentes del valor medio de la BS ( $p < 0,0001$ ).

	Media	SD
BT frente	11,01	1,64
BT esternón	11,04	1,84
BT media	11,02	1,47
Bili sérica	13,32	1,80
N		

N	BS	p
70	0,4635	0,0001
70	0,492	0,0001
70	0,565	0,0001

**Conclusiones:** La BT medida en el esternón y la BT medida en la frente, así como la BT media se correlacionan con la BS. La BT media obtuvo la mejor correlación de las tres. No obstante, la medición de la BT proporciona valores medios significativamente inferiores a los de la BS. Por ello, en nuestra práctica clínica diaria, debemos tener presente, que aunque la correlación entre ambos métodos (BT/BS) es muy buena, debemos conocer que los valores de BS serán casi siempre superiores a los que nos ofrezca la BT.

192 09:07  
FALLO HEPÁTICO FULMINANTE EN NEONATO DE 6 DÍAS POR HEMOCROMATOSIS NEONATAL

N. Martín Torres, A. Pérez Muñuzuri, A.M. Baña Souto, J. Forteza Vila y J.R. Fernández Lorenzo

Servicio de Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.

**Introducción:** La hemocromatosis neonatal suele manifestarse en los primeros días o semanas de vida del neonato a través de un fallo hepático agudo de mal pronóstico. El trasplante hepático precoz ha mejorado las perspectivas de vida de estos pacientes.

**Caso clínico:** Neonato varón nacido a término, que a las 20 horas de vida ingresa por hipogluceemia severa (11 mg/dl) de difícil control. Desde el ingreso manifiesta datos de coagulopatía severa (sangrado profuso a través de accesos vasculares y en el sondaje vesical, Petequias inguinales). Analíticamente se evidencia incapacidad para coagular, con una fibrinólisis masiva y defecto de factores de coagulación de síntesis hepática, así como hiperamonemia y discreta elevación de transaminasas y de bilirrubina. En las primeras horas de ingreso sufre deterioro progresivo con hipotensión y oliguria, así como distensión abdominal (con ascitis demostrada ecográficamente), precisando intubación endotraqueal. Se inicia estudio de fallo hepático agudo, y el 5.º día de vida, al conocerse las cifras de ferritina (7.978 ng/ml) e índice de saturación de transferrina (126%) altamente sugestivos de hemocromatosis, se inicia tratamiento antioxidante. A lo largo del 6.º día de vida comenzó a manifestar mayor inestabilidad hemodinámica a pesar de transfusiones de hemoderivados con dificultad para controlar el sangrado y empeoramiento de la perfusión periférica, detectándose en la ecografía transfontanelar hemorragia parenquimatosa e intraventricular derecha. Fallece horas después, a los 6 días de vida, por una hemorragia pulmonar severa. La necropsia evidenció una necrosis hemorrágica hepática masiva secundaria a la hemocromatosis que destruyó por completo el parénquima; asimismo se objetivaron depósitos de hierro a nivel pancreático.

**Conclusiones:** La hemocromatosis neonatal, aunque de baja incidencia, es causa de fallo hepático agudo en el período neonatal, y debería sospecharse especialmente ante coagulopatía y niveles elevados de ferritina sérica. A pesar de que es una entidad potencialmente tratable su evolución puede ser tan fulminante que lleve a la muerte en unos días, incluso antes de su diagnóstico, sin tiempo a respuesta médica ni posibilidad de trasplante hepático.

### 193 09:14 ENCUESTA DE REANIMACIÓN NEONATAL EN PARITORIO: ESTUDIO COMPARATIVO EN CENTROS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES DE DIFERENTE NIVEL ASISTENCIAL

M. Irondo Sanz, E. Burón Martínez, M. Thió Lluch, E. Salguero García, J.R. Fernández Lorenzo, J. Aguayo Maldonado, L. Paísán Grisolia y M. Vento Torres

*Grupo de Reanimación Neonatal (SEN), Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.*

**Objetivos:** Conocer las prácticas de reanimación en paritorio de centros hospitalarios españoles de diferente nivel asistencial.

**Métodos:** Encuesta de 37 preguntas (78 ítems) sobre reanimación en paritorio. Una encuesta cumplimentada por centro. Se incluyen cuestiones de equipamiento, docentes y pautas de actuación durante la reanimación y traslado. Se analizan resultados según nivel asistencial.

**Resultados:** Un total de 112/127 encuestas (88%) fueron cumplimentadas. 65 de los centros eran de nivel III (58%) y 47 de nivel I-II (42%). Los límites de viabilidad fueron de 23-24 semanas de gestación en 88 centros (78%). En centros de nivel III el equipo de reanimación predominante estaba formado por neonatólogos y residentes de pediatría, mientras que en los centros de nivel I-II había más pediatras y anestesiólogos ( $p < 0,001$ ). El equipo de reanimación estaba compuesto por 2 o más miembros las 24 horas del día en el 94% de los centros de nivel III y en el 70% de los de nivel I-II ( $p < 0,001$ ). El entrenamiento del equipo de reanimación ( $p < 0,05$ ) y el número de instructores ( $p < 0,01$ ) era más alto en los centros de nivel III. No había diferencias en el equipamiento (material) del área de reanimación entre los niveles de centros. Los prematuros se envolvían en plástico en el 31% de centros. El mezclador de gases (aire y  $O_2$ ) se usaba en el 41% de centros y pulsioxímetros en el 56%. El uso de PIP y PEEP controladas en la reanimación del prematuro fue más frecuente ( $p < 0,01$ ) en centros de nivel III. El nivel inicial de PIP más utilizado fue de 15-20  $cmH_2O$ , más alto en centros de nivel III ( $p < 0,02$ ). El CPAP se usó en sala de partos en el 40% de centros (52,3% de nivel III y 23,4% de nivel I-II,  $p < 0,01$ ). El tiempo de traslado desde paritorio a la UCIN  $< 5$  minutos fue de 53% en nivel I-II y 73% en nivel III;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El equipamiento es más homogéneo que la dotación de profesionales y las pautas de actuación en centros de diferente nivel asistencial. Esta encuesta puede ser útil para mejorar los equipamientos y guías de actuación en el paritorio.

### 194 09:21 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL. INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN NEONATOLOGÍA

M. Cordeiro Alcaine, F. Omeñaca Teres y J. Quero Jiménez

*Servicio de Neonatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivo:** Las infecciones nosocomiales siguen siendo una de las causas más importantes de morbimortalidad en el recién nacido. Nuestro objetivo fue estudiar la infección intrahospitalaria por VRS en niños con cardiopatía congénita ingresados en nuestro servicio.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los neonatos con cardiopatía congénita e infección nosocomial por VRS durante los años 2002-2008.

**Resultados:** De un total de 188 neonatos diagnosticados de infección nosocomial por VRS, 19 (10,1%) tenían cardiopatía congénita (5 TGA, 2 coartación de aorta, 2 CIV, 2 tetralogía de Fallot, 1 CIA + CIV, 1 atresia pulmonar con CIV, 1 hipoplasia de VI, 1 hemitruncus, 1 hipoplasia del VD, 1VDDS, 1 canal AV, 1 ventrículo izquierdo único). Distribución por años: 3 en 2002, 8 en 2003, 5 en 2004, 1 en 2005, 2 en 2006 y ninguno en 2007 ni 2008. Fueron 5 los casos que se produjeron fuera de la estación octubre-marzo. La administración de inmunoprofilaxis con Palivizumab durante los meses de octubre a marzo empezó en nuestro centro en 2005. Manifestaciones clínicas: leve 42,1% (rinorrea), moderada 15,7% (distrés respiratorio que precisó aumento en las necesidades de  $O_2$  y/o flujo inspiratorio y/o aumento transitorio del tratamiento para la insuficiencia cardíaca), grave 42,1% (insuficiencia respiratoria grave que precisó distintas estrategias de soporte respiratorio invasivo/no invasivo). Edad en el momento de la infección: 10-140 días (63,1% 10-35 días). La infección en el primer mes de vida se asoció a clínica grave. Bronconeumonía bacteriana concomitante en 3 casos (graves). El 63,1% de los casos se produjeron en la UCIN. El caso de mayor severidad fue un paciente con ventrículo único de 28 días de edad en el momento de la infección que presentó parada cardiorrespiratoria.

**Conclusiones:** La infección nosocomial por VRS, especialmente la infección precoz, supone un deterioro significativo de las condiciones cardiorrespiratorias en neonatos con cardiopatía congénita. La inmunoprofilaxis con palivizumab parece haber alterado la evolución natural de la infección en los últimos años.

### 195 09:28 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO NEONATAL. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

A. de Francisco Profumo, R. Merino Amigó, M.M. Martínez Colls, M.D. Esteban Oliva, M. Ocaña Rico y W. Coroleu Lletget

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, y Universidad Autónoma, Barcelona, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Revisar los casos de accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos en el período neonatal ingresados en la Unidad Neonatal de un hospital de tercer nivel. Comparación con los resultados de la literatura.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de todos los casos de neonatos nacidos en nuestro hospital diagnosticados de ACV isquémico mediante evidencia radiológica de infarto cerebral arterial focal.

**Resultados:** Se diagnosticaron 8 casos de ACV isquémico, todos en recién nacidos a término, lo que supone una incidencia de 1 caso por 3.745 recién nacidos vivos. 3 fueron partos eutócicos, 4 instrumentados y 1 cesárea. Las valoraciones del test de Apgar fueron de mínimo 9 en todos los casos salvo en uno que presentó una puntuación de 8 al minuto. Todos los casos se presentaron como convulsiones focales en forma de movimientos clónicos focales, que aparecieron entre las 22 y las 48 h de vida. La exploración neurológica intercrisis fue normal en todos. Las pruebas de imagen mostraron infartos en territorio de arteria cerebral media, 5 en el lado izquierdo, afectando hemisferio cerebral en seis casos, ganglios de la base y cápsula interna en uno y lesión aislada de ganglios de la base en otro. En tres de los recién nacidos se evidenciaron en el momento del diagnóstico alteraciones leves de los resultados de coagulación. Posteriormente todos los estudios de coagulación y trombofilia fueron normales. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 4,8 años (rango: 2 meses a 13 años). En dos casos (25%) existen secuelas neurológicas, uno en forma de parálisis cerebral y hemiparesia, y otro como epilepsia y trastorno del aprendizaje. En el resto de los

pacientes la exploración neurológica y el desarrollo psicomotor son normales hasta el momento del último seguimiento.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos son comparables a los encontrados en la literatura médica en cuanto a incidencia, forma de presentación y territorio afectado. Sin embargo destaca la ausencia de factores protrombóticos en los estudios realizados, y el elevado porcentaje de pacientes que evolucionan sin secuelas neurológicas aparentes.

## 196 09:35 CATÉTERES VASCULARES EN EL NEONATO. IATROGENIA

M.I. Pérez Pérez, A.L. Arrebola Moreno, M.A. Mesas Arostegui, R. Briones Pascual, J.D. Abril Rodríguez y J.A. Hurtado Suazo

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.*

**Introducción:** La canalización vascular, central o periférica, ofrece recursos diagnósticos y terapéuticos permitiendo mejor cuidado y supervivencia del neonato. Sin embargo puede tener complicaciones graves incluso mortales. Presentamos 3 casos clínicos a propósito de su uso en el período neonatal.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Canalización arterial periférica. RNAT PAEG varón con fetopatía diabética y mal control glucémico. Se prescribió sueroterapia por vía venosa periférica en brazo derecho desapareciendo la hipoglucemia. A las 48 horas se aprecia palidez y frialdad en mano derecha con disminución de riego en territorio radial, se retiró el catéter y se consultó con cirujano vascular concluyendo que se había canalizado (y trombosado) la arteria radial por error. Se intentó trombolisis con tPA y HPBM que fue ineficaz, por lo que 72 horas después tuvo que ser amputado el miembro a la altura del codo. *Caso 2:* Canalización venosa percutánea. RNEBP mujer. EG: 25 semanas. Peso 575 g. A los 7 días de vida estable respiratoria y hemodinámicamente con nCPAP, FiO<sub>2</sub> 30% y sin apoyo inotrópico, se canalizó epicutáneo en MSI con extremo en cava superior. A las 72 horas precisa intubación urgente y drogas vasoactivas. R(x) tórax: Extremo de epicutáneo en aurícula derecha y gran cardiomegalia. Murió a las 2 horas por derrame pericárdico masivo, perforación cardiaca por catéter y extravasación de alimentación parenteral. *Caso 3:* Canalización arterial umbilical. Varón de 7 años sano previamente con hematemesis importante y repercusión hemodinámica. Precisa ingreso en UCIP, somatostatina y ligadura endoscópica de 4 cordones varicosos esofágicos sangrantes. Eco doppler: hipertensión portal crónica por trombosis antigua de la porta. Perinatal: RNPT 32 SEG. Enfermedad membrana hialina grado III, ventilación mecánica 2 días, canalización umbilical arterial y venosa.

**Conclusiones:** Con el uso de catéteres intravasculares siempre se deben tener una serie de consideraciones: Escoger el tipo de vía que presente menos complicaciones en base a la patología del neonato; Comprobar la localización de catéteres centrales al colocarlos o en caso de deterioro brusco del paciente; Fijación y manipulación cuidadosa de catéteres.

## 197 09:42 DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA GRAVE ASOCIADA A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: ¿AÚN PUEDE OCURRIR?

D. González Barrios, A. González de Eusebio, V.E. García Rodríguez, P. Fuster Jorge, B. Martínez Pineda y M.V. Velasco González

*Servicio de Pediatría y Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

**Introducción:** Si bien, la incidencia de hipernatremia asociada a la lactancia materna exclusiva ha aumentado en los últimos años, la hipernatremia grave en nuestro medio es excepcional.

**Caso clínico:** Ingresó recién nacida primogénita, término, de 13 días de vida (PN 3040g, T. Apgar 9/9) por deshidratación. Sus padres (nivel sociocultural adecuado) refieren alimentación exclusiva con lactancia materna (7-8 tomas/día), hábito intestinal adecuado y diuresis escasa en las últimas horas. La presencia de hipocatividad induce a los padres la búsqueda de ayuda. Exploración física: Peso: 2.180 g (pérdida ponderal 28%), TA 85/41 mmHg, T<sup>a</sup> 35 °C, FC 130 lpm. Mal estado general, caquética, pálida, ojos muy hundidos, fontanela deprimida, mucosa oral muy seca, pliegue cutáneo intenso. Letárgica alternando con irritabilidad, hipotónica, hiporreactiva, pupilas mióticas. Exámenes complementarios (EC): pH 7,13 pCO<sub>2</sub> 26,8 mmHg, HCO<sub>3</sub> 10,3 mmol/l, EB -18,6 mmol/l, láctico 6,3 mmol/l, Na 190 meq/l, Cl 146 meq/l, K 4,8 meq/l. BUN 165 mg/dl, Cr 7.6 mg/dl. Eco-doppler abdominal: trombosis en vena cava inferior y renales bilateral. RMN craneal: normal. En el resto de EC no se objetivó posible etiología alternativa. Las cifras de sodio en leche materna no fueron cuantificadas. Evolución: Se inicia sueroterapia ev (descenso medio 15 mEq/l/día) para una lenta corrección de la hipernatremia, perfusión ev de aminos y bicarbonato; diálisis peritoneal durante 3 días. Precisa ventilación mecánica invasiva (3 días) por depresión neurológica, tratamiento anticonvulsivo por crisis convulsivas en la fase inicial de rehidratación y heparina de bajo peso molecular sc. La evolución inmediata aunque lenta fue satisfactoria, con una rápida recuperación de la función renal, estado neurológico y metabólico-nutricional, persistiendo la TVP. Alta a los 20 días, con un peso 3.030 g.

**Conclusiones:** La deshidratación hipernatémica asociada a lactancia materna es una situación potencialmente grave incluso letal. El adecuado seguimiento por su pediatra en los primeros días de vida es crucial para su prevención, especialmente ante recién nacidos primogénitos con lactancia materna exclusiva.

## 198 09:49 ¿ES EL NEUMOPERITONEO SIEMPRE QUIRÚRGICO EN EL PREMATURO? NEUMOPERITONEO SIN FUGA DE AIRE PULMONAR SECUNDARIO A CPAP NASAL

V. Roldán Cano, P. Zafra Rodríguez, M.A. Partida Solano, S.P. Lubián López, G. Díaz Vega y J.C. Flores González

*Unidad de Gestión Clínica y Sección de Neonatología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

**Introducción:** La causa principal de neumoperitoneo en un neonato es la enterocolitis necrotizante (60%); no obstante, existen casos no quirúrgicos relacionados con la ventilación mecánica o, en raras ocasiones, sin un factor predisponente identificable.

**Material y métodos:** Presentamos dos casos de neumoperitoneo en recién nacidos pretérmino (RNPT) con soporte respiratorio mediante CPAP nasal en los que se excluyó una causa quirúrgica. *Caso 1:* RNPT (28 SG), con un peso nacimiento 630 g. Apgar 6/7. Preciso VM (A/C + VG) durante las primeras 24 horas de vida. Posteriormente se mantuvo con CPAP-nasal durante 48 horas más. Al 5.º día de vida presentó empeoramiento del estado general e hipotensión que precisó soporte vasoactivo. A la exploración: abdomen distendido y brillante. No tránsito. En Rx abdomen: neumoperitoneo. Rx tórax: normal. Dada la normalidad analítica y la sospecha de barotrauma se decide conducta expectante, con resolución espontánea del cuadro a los 10 días. Fue dado de alta sin complicaciones. *Caso 2:* RNPT (27 SG), con un peso nacimiento 881 g. Apgar 5/8. Preciso VM (A/C + VG) durante las primeras 24 horas de vida. Posteriormente CPAP-nasal durante 48 horas. Al 3.º día de vida se observa abdomen distendido, doloroso a la palpación. En Rx abdomen: neumoperitoneo, Ecografía abdominal: no perforación. Rx tórax: normal. A los 5 días de vida: drenajes peritoneales a pesar de lo cual continúa con la distensión progresiva, sin tránsito por lo que se decide laparotomía donde no se observa signos de ECN o perforación de alguna víscera hueca. Postoperatorio sin incidencias y alta.

**Conclusiones:** 1. En todo RNPT con soporte respiratorio mediante CPAP es preciso vigilar fugas de aire intratorácica y/o intraabdominal. 2. Recordar que puede existir neumoperitoneo no asociado a fuga de aire intratorácica. 3. La presencia de neumoperitoneo en un prematuro obliga a descartar causas no quirúrgicas de resolución espontáneas.

## 199 09:56 DINÁMICA DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN EL PERÍODO NEONATAL INMEDIATO Y FACTORES PERINATALES ASOCIADOS A SU ELEVACIÓN

T. Sáinz Costa, S. Serrano Villar y T. Alonso Ortiz

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.*

**Objetivos:** Estudiar la dinámica de la proteína C reactiva (PCR) en una población de recién nacidos sanos, en las primeras 48 h de vida. Analizar antecedentes perinatales y obstétricos que podrían actuar como factores de confusión en la interpretación de una elevación de la PCR como patológica.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo mediante revisión de historias de los recién nacidos a término que ingresaron en la Unidad de Cuidados Medios de Neonatología entre julio y diciembre de 2007 para observación por riesgo infeccioso y no presentaron clínica ni precisaron tratamiento.

**Resultados:** Se presentan los datos perinatales correspondientes a una cohorte de 94 recién nacidos, así como los valores alcanzados por la PCR en las primeras 24-48 h de vida. Se confirma la existencia de una elevación de los valores de la PCR en ausencia de patología, alcanzando un máximo a las 24-36 h de vida (mediana 0,41 mg/dl, rango intercuartílico 0,26-0,91) que ha resultado estadísticamente significativa. En cuanto a posibles factores relacionados con dicha elevación descritos en la literatura, se encontró asociación estadísticamente significativa con el antecedente de pérdida de bienestar fetal ( $p = 0,01$ ) y fiebre materna intraparto ( $p = 0,003$ ). Además, la presencia de ictericia neonatal se asocia significativamente a una elevación de la PCR en las primeras 48 horas de vida ( $p = 0,008$ ), no habiendo hallado referencias a este hecho en la literatura médica. Otros factores descritos previamente tales como el tipo de parto, las horas de bolsa rota, antibioterapia materna o inmunización al nacimiento no han demostrado asociación estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** La PCR tiene un comportamiento dinámico durante las primeras 48 horas de vida. Factores como la fiebre materna intraparto, la ictericia neonatal o la presencia de meconio han demostrado asociación estadísticamente significativa con la elevación de PCR en el período neonatal inmediato. Todo ello deberá ser tenido en cuenta para su correcta interpretación en el contexto de la sepsis neonatal precoz.

## 200 10:03 CONVULSIONES NEONATALES. REVISIÓN DE 81 CASOS

E. Cortès Saladelafont, M. Planells Mangado, A. Rodríguez-Palmero Seuma, M.D. Esteban Oliva, M. Ocaña Rico y W. Coroleu Lletget

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España.*

**Objetivos:** Determinar la incidencia de convulsiones neonatales en nuestro centro, así como hacer una revisión de la casuística, incluyendo tipo de convulsión, etiología, hallazgos electroencefalográficos, tratamiento utilizado y pronóstico.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo y recogida de datos de los neonatos que han presentado convulsiones en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de nuestro centro desde abril de 1989 hasta diciembre de 2008.

**Resultados:** Durante el período estudiado recogimos un total de 81 casos. De éstos, 51 nacieron en nuestro centro, representando una incidencia de 1,65/1.000 nacidos vivos. La mayoría fueron neonatos a término (72,7%). La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) fue la etiología más frecuente (40,7%). La segunda causa fue la cerebrovascular (21%), (incluyendo el origen isquémico y hemorrágico), que ha aumentado durante los últimos años, seguida de cerca por las causas metabólicas (16,1%). Otras causas representadas fueron las infecciones del sistema nervioso central (7,4%), síndromes epilépticos (3,7%) y malformaciones (2,5%). En un 8,6% no fue posible establecer una causa definitiva. El tipo de convulsión más frecuente fue la clónica focal o multifocal (49,4%), seguido de las convulsiones sutiles (42%). La corrección de la afectación metabólica y el tratamiento de la infección subyacente fueron utilizados para manejar las convulsiones de estas etiologías, reservando el tratamiento antimicrobiano para los casos en que no hubo respuesta, o en los de otro origen. El fenobarbital fue el fármaco de elección en el 97% de los casos, precisando la combinación con un segundo fármaco en el 35,8% de los casos, siendo éste la fenitoína. En muy pocas ocasiones fue necesaria la utilización de politerapia con 3 fármacos o más (4,5%). La mortalidad fue casi del 18%, siendo la principal patología subyacente la EHI. El trazado electroencefalográfico mostró un patrón alterado en el 72% de las ocasiones.

**Conclusiones:** La etapa neonatal concentra el período de la infancia con mayor riesgo de convulsión. La EHI sigue siendo la etiología más frecuente, aunque el mejor reconocimiento de las causas cerebrovasculares de origen isquémico ha implicado un mayor registro de estos casos en los últimos años. Aunque debatidos el uso y la eficacia del fenobarbital, sigue siendo el fármaco más utilizado. La identificación de las crisis en el período neonatal es dificultosa, especialmente en el caso de las sutiles, probablemente infradiagnosticadas por este motivo. Esto hace que el registro EEG sea un instrumento diagnóstico particularmente valioso, en especial el registro prolongado y el video-EEG, técnicas utilizadas en nuestro centro desde hace pocos años, lo que probablemente explicaría la baja proporción de alteraciones detectadas.

## 201 10:10 LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO NECRÓPSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE SECUENCIA DE MOEBIUS EXPANDIDA

M. Cordeiro Alcaine, M. Prieto Pozuelo, P. López Ortego, M.D. Elorza Fernández, C. Morales Bastos y J. Pérez Rodríguez

*Servicio de Neonatología y Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.*

**Introducción:** El estudio necrópsico de niños fallecidos en el Servicio de Neonatología aporta frecuentemente información adicional de gran utilidad.

**Caso clínico:** RN a término con rasgos dismórficos, encefalopatía, insuficiencia respiratoria severa e inestabilidad hemodinámica. **Antecedentes obstétricos:** Madre 31 años. Ecografías prenatales: ventriculomegalia leve bilateral desde la semana 19; agenesia del cuerpo calloso desde la semana 32. Polihidramnios. Parto eutócico. **Período neonatal:** pH cordón 7.11. Apgar 0/3/6. RCP avanzada. Recupera latido cardíaco, no esfuerzo respiratorio. A la hora de vida bradicardia severa e hipotensión que precisa nuevamente RCP avanzada e inicio de drogas vasoactivas. Rx tórax: neumotórax y derrame pleural bilaterales. Citoquímico del líquido pleural compatible con quilotórax. Deterioro hemodinámico progresivo. Éxito a las 15 horas. Rasgos dismórficos: retrognatia, hipertelorismo, raíz nasal ancha. Signos de aquinesia fetal: artrogriposis, edema organizado generalizado. Encefalopatía severa: ausencia de esfuerzo respiratorio, actividad espontánea y respuesta a estímulos; amplitud suprimida en monitorización continua de función cerebral por EEGa. **Diagnóstico clínico:** Síndrome malformativo pendiente de fi-

liar. Estudio AP de placenta normal. Serologías TORCH negativas. Cariotipo 46XX. *Necropsia*: gliosis intensa predominantemente a nivel del tronco del encéfalo, quiste disruptivo en cuerpo calloso, lesiones destructivas en sustancia gris y blanca, córtex desarrollado sin trastornos de migración; linfangiectasias pulmonares. *Diagnóstico anatómo-patológico*: fenómeno disruptivo probablemente secundario a evento hipóxico-isquémico.

**Comentario:** El estudio necrópsico permitió: 1) establecer el diagnóstico de "Secuencia de Moebius expandida" que justificaba la evolución clínica, la encefalopatía y los rasgos dismórficos secundarios a hipoquinesia facial; 2) establecer una causa disruptiva y no malformativa fundamental para un adecuado consejo prenatal; 3) estudiar posibles afecciones maternas desconocidas que podrían beneficiarse de diagnóstico precoz. La relación con las linfangiectasias pulmonares no ha sido aclarada.

## 202 10:17 BILIRRUBINA TRANSCUTÁNEA EN UN GRUPO DE RECIÉN NACIDOS: CURVAS ROC PARA TOMA DE DECISIÓN CLÍNICAS

E. González Oliva, T. Herrero Beltrán, M.J. Fuentes Bonmarti, M. Claver Durán, F. Aleixandre Blanquer y J. Jover Cerdá

*Servicio de Pediatría, Hospital General de Elda, Alicante, España.*

**Introducción:** La medición de la bilirrubina transcutánea (BT) puede ser útil para el manejo diario y toma de decisiones de los niños afectos de ictericia.

**Objetivo:** Crear curvas ROC para determinar puntos de corte adecuados de BT que predigan niveles de BS de 15 mg/dl y establecer su sensibilidad y especificidad.

**Material y método:** Recién nacidos icterémicos de 2-3 días de vida (n: 70), de más de 36 semanas de nuestra maternidad. Bilirrubinómetro (Konica Minolta modelo JM-103). La BT se midió en frente y esternón, y se tomó la media de tres mediciones. La BS se midió en un autoanalizador Hitachi multicanal. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0. Se definió como BT media la media aritmética de la BT de la frente y del esternón.

**Resultados:** Se ofrecen en las tablas.

	AUC (IC95%)	p
BT frente	0,908 (0,790-1,026)	0,0001
BT esternón	0,800 (0,631-0,968)	0,007
BT media	0,881 (0,768-0,995)	0,001

	Sensibilidad	Especificidad
BT frente	100%	49%
BT esternón	100%	41%
BT media	100%	67%

**Conclusiones:** La mejor AUC se obtuvo para la BT en la frente. Tras establecer, *a priori*, una sensibilidad del 100% para detectar la presencia de una BS  $\geq$  15 mg/dl, la BT media fue la que añadió una más alta especificidad.

## 203 10:24 MASA SUPRARRENAL EN SCREENING ECOGRÁFICO NEONATAL

M. Maneiro Freire, A. Castellón Gallego, S. Rodríguez Blanco, N. García Sánchez, A. Alonso Martín y M.L. Couce Pico

*Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

**Introducción:** Ante el hallazgo de una masa suprarrenal en el período neonatal inmediato se debe establecer el diagnóstico diferencial principal entre neuroblastoma y hemorragia suprarrenal. Presentamos dos casos de masa suprarrenal diagnosticados en el *screening* ecográfico neonatal.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Neonato de 3 días de vida que ingresa para estudio de masa suprarrenal izquierda. Entre los antecedentes antenatales destacar que la madre tomo enalapril como tratamiento antihipertensivo durante el embarazo y que las ecografías antenatales fueron normales. Exploración física sin alteraciones. Se realiza ecografía en la que se observa un engrosamiento nodular de la glándula difusamente hiperecogénico con una pequeña zona quística en su interior; determinación de catecolaminas en orina sin alteraciones; RNM que confirma la presencia de una masa suprarrenal de morfología ovoidea y, rastreo gammagráfico con MIBG donde se observa un débil y pequeño depósito del trazador en la suprarrenal. Al no poder excluir el diagnóstico de neuroblastoma se realiza exéresis completa de la masa y estudio anatomopatológico donde se confirma el diagnóstico de neuroblastoma estadio 1. Se completa el estudio con la amplificación del gen N-myc y biopsia de médula ósea sin infiltración neoplásica. *Caso 2:* Neonato ingresado por riesgo de hipoglucemia en hijo de madre con diabetes gestacional insulinodependiente. Entre los antecedentes prenatales destaca la sospecha de ectasia renal en las ecografías. Nacido a término mediante PEV con un peso de 4.000 g. En ecografía de control se detecta una lesión quística de paredes gruesas en la suprarrenal derecha. Se realiza estudio de catecolaminas en orina, normal; rastreo gammagráfico con MIBG, sin alteraciones y, seguimiento ecográfico en el que se evidencia regresión progresiva de la lesión quística y calcificación de la pared, hallazgo compatible con hemorragia suprarrenal.

**Conclusiones:** Consideramos importante establecer un diagnóstico diferencial precoz ya que el tratamiento, pronóstico, e incluso, las pruebas diagnósticas complementarias varían mucho según se trate de una tumoración benigna o maligna. Para esto es de especial utilidad el seguimiento ecográfico.

## NEUROLOGÍA Sala 12 (Planta 1)

### 204 09:00 HALLAZGOS NEUROLÓGICOS Y EVOLUTIVOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS TUBEROSA EN LA INFANCIA MÁS TEMPRANA

E. Alonso Villán, E. Luzón Terrón, P. Tirado, M. Burgueros Valero y M.C. Roche Herrero

*Servicio de Neurología Pediátrica y Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid, España.*

El diagnóstico más precoz de esclerosis tuberosa suele hacerse por detección prenatal de rabdomiomas cardíacos. La mayoría presentará crisis epilépticas a una edad temprana. Reseñamos en este trabajo la alta incidencia de esclerosis tuberosa tras el diagnóstico de rabdomiomas y analizamos el curso evolutivo neurológico de nuestros pacientes. Se estudiaron de forma retrospectiva 11 pacientes con diagnóstico temprano de esclerosis tuberosa, nacidos entre 1986 y 2007, y que fueron seguidos desde el período neonatal. Hemos centrado nuestro interés en la detección de crisis convulsivas, su tipo clínico, evolución de las mismas y correlación electroencefalográfica, así como en el desarrollo psicomotor de los

pacientes y la presencia de otras manifestaciones propias de la enfermedad. De los 11 pacientes, 9 fueron diagnosticados prenatalmente de rabdomiomas cardíacos y los otros 2 lo fueron al presentar sintomatología cardíaca posnatal. La mayoría de los pacientes presentaron crisis en el primer trimestre o en el primer año de vida. En 4 de ellos las crisis iniciales fueron tipo espasmos en flexión (en 2 a edad tardía) y en el resto crisis parciales complejas. En 2 de ellos el EEG mostró un patrón focal sin hipsarritmia. En general, en los pacientes que sufrieron crisis neonatales o en los que las crisis fueron tipo espasmos en flexión el retraso psicomotor fue más importante (severo en 3).

**Conclusiones:** Se ha establecido el diagnóstico de esclerosis tuberosa en los 11 casos que nos han sido consultados por presentar rabdomiomas cardíacos (100%). En los pacientes con esclerosis tuberosa los espasmos en flexión pueden debutar de forma algo tardía (> 8 m) y en ocasiones asociar un EEG sin hipsarritmia. La existencia de crisis neonatales y espasmos en flexión parece asociarse a niños con un peor desarrollo psicomotor.

## 205 09:07 MUCOPOLISACARIDOSIS. ENFERMEDAD DE HURLER. TRATAMIENTO CON TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

M.L. Domínguez Quintero, A. García Ron, M.Á. Delgado Rioja, J. Sierra Rodríguez, O. Arias Blasco, C. González Fuentes y M.T. Ferrer Castillo

*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.*

**Introducción:** Las mucopolisacaridosis (MPS) son errores innatos del metabolismo de los glicosaminoglicanos (GAG). Cursan con sintomatología multisistémica, crónica y progresiva. La enfermedad de Hurler (MPS IH) de herencia autosómica recesiva es producida por la deficiencia de la enzima  $\alpha$ -L-iduronidasa (IDUA) que participa en la degradación de los GAG heparán-sulfato (HS) y dermatán-sulfato (DS). La heterogenicidad fenotípica se debe a diferentes mutaciones alélicas del gen de la IDUA (4p.16.3) pero en general se clasifican tres grupos; Hurler; más grave, Hurler-Scheie; forma intermedia Scheie; más leve. Características clínicas: dismorfia craneofacial, alteraciones oftalmológicas (opacidad corneal, glaucoma), osteoarticulares (displasia odontoidea, cifosis dorsolumbar), cardíacas (engrosamiento valvular miocardiopatía hipertrófica), abdominales (hernia umbilical, visceromegalias), neurológicas (retraso madurativo), macroglosia (apneas). El diagnóstico se establece mediante la determinación en orina de 24 horas de GAG, el estudio de la actividad de la IDUA en leucocitos o fibroblastos y la determinación del gen que codifica la proteína. El tratamiento se realiza con trasplante de progenitores hematopoyéticos y la terapia de reemplazamiento enzimático.

**Material y métodos:** Niña de 12 meses que ingresa para estudio por fenotipo peculiar y episodios de apneas del sueño. AP: embarazo mal controlado. AF; madre retraso mental leve, CIV membranosa y hernia umbilical intervenida. Exploración física: cifosis dorsolumbar. Discreto ensanchamiento de regiones distales de huesos largos. Manos toscas, dedos cortos neurológica; normal. Pruebas complementarias; ecocardiografía; miocardiopatía hipertrófica, insuficiencia aórtica y mitral leves estudio oftalmológico; opacidad corneal, glaucoma bilateral intervenido. ORL; normal. Mapa óseo; hipoplasia odontoides, cifosis dorsolumbar. RMN craneal; normal. Eco abdominal; normal. Determinación de GAG en orina; positivo para HS Y DS. Estudio de la actividad de la IDUA; deficiencia enzimática. Determinación genética positiva. Madre portadora.

**Conclusiones:** En la MPS IH el diagnóstico debe de ser precoz; posibilidad de diagnóstico prenatal y consejo genético. El TPH debe de realizarse antes de los 18-24 meses. Se han obtenido buenos resultados con el TPH (resolución de la obstrucción de vías respiratorias, etc.). Aparición de terapia de reemplazamiento enzimático;

no controla los síntomas neurológicos pero mejora calidad de vida.

## 206 09:14 BOTULISMO DEL LACTANTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE UN LACTANTE HIPOTÓNICO

S. Cotrina Fernández, J. Santos Borbujo, L. Monzón Corral, F. Fernández Carrión, M. García Suquia y M.A. Sánchez de Miguel

*Unidad de Neurología Pediátrica y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Clínico Universitario, Salamanca, España.*

**Introducción:** El botulismo del lactante es una enfermedad poco frecuente. Sin embargo ha de incluirse en el diagnóstico diferencial de todo lactante que presente una clínica, en principio inespecífica pero muy característica, cuando se da dentro de un contexto patológico representado por hipotonía descendente con predominio a nivel de los pares craneales.

**Caso clínico:** Lactante de 45 días de vida, sin antecedentes perinatales de interés. Lactancia materna exclusiva. Valorada en urgencias por cuadro de decaimiento con rechazo de las tomas de 3 días de evolución, asociado a estreñimiento pertinaz. Afebril y sin ninguna otra clínica infecciosa. Ante la persistencia del cuadro neurológico (amimia facial, pupilas midriáticas arreactivas, marcada hipotonía generalizada y distrés respiratorio) es ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Se realizan hemograma y bioquímica, sistemático y tóxicos en orina, ecografía transfontanelar, punción lumbar y TAC craneal. Todas las pruebas fueron negativas y sin ningún dato clínico-analítico de infección. La hipotonía aumentaba con el esfuerzo de succión en las escasas tomas que realizaba la niña. Se solicita electromiograma que es compatible con cuadro clínico de botulismo del lactante. Este diagnóstico fue confirmado ante la presencia de toxina botulínica en las heces de la niña. Con tratamiento sintomático la evolución fue favorable, con recuperación completa de las funciones motoras. No fue preciso el empleo de antitoxina botulínica de origen humano.

**Conclusiones:** 1. El lactante hipotónico es un reto para el pediatra. 2. La base para el diagnóstico precoz de botulismo infantil es un índice clínico de sospecha elevado. 3. Pensar en botulismo del lactante ante toda parálisis flácida aguda afebril, descendente y simétrica con nivel de conciencia conservado acompañado siempre de parálisis de los pares craneales, destacando midriasis pupilar con escasa reactividad. 4. Es una urgencia médica que debe ser comunicada inmediatamente.

## 207 09:21 HALLAZGOS EN LA SPECT CEREBRAL EN DOS LACTANTES CON SÍNDROME DE STURGE-WEBER: CORRELACIÓN RM-SPECT

A. Lobeiras Tuñón, R. López-Roger, B. Bernardo Fernández, R. Blanco Lago, F. Villanueva Gómez e I. Málaga Diéguez

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

Recientemente han sido descritos casos de nefrotoxicidad en relación con el uso de gadolinio, especialmente en pacientes ancianos y en lactantes. Debido a esto, el Servicio de Radiodiagnóstico de nuestro Centro ha iniciado una política altamente restrictiva en cuanto al uso de contraste (especialmente con gadolinio) para la realización de RM en las poblaciones de riesgo. Para el diagnóstico del Síndrome de Sturge Weber, el método diagnóstico de elección es la RM con gadolinio. Ante los posibles efectos secundarios de esta técnica, nos planteamos la posibilidad de utilizar otras de técnicas de imagen que, en asociación con una RM sin contraste, pudieran facilitarnos un diagnóstico certero. Para esta

patología y en este rango de edad, otros autores han descrito la utilidad del SPECT. En los dos últimos años hemos tenido dos casos de lactantes, con una edad media de cinco meses y medio, en los que se ha sospechado un síndrome de Sturge-Weber, ante la presencia de un angioma cutáneo plano facial no evolutivo presente desde el nacimiento, junto con crisis epilépticas parciales. Ante la sospecha clínica se solicitaron diversas pruebas complementarias, que incluyeron video EEG (útil para el manejo de la epilepsia pero poco específica en cuanto al diagnóstico del síndrome) una RM craneal y estudio oftalmológico. Las RM se realizaron sin contraste, y se complementaron con estudios de SPECT cerebral. Los hallazgos en el SPECT de ambas pacientes fueron similares, mostrando una asimetría en la perfusión cortical a expensas de una disminución de la perfusión cerebral de la zona afectada, que coincidía con el área que se informó en la RM como zona de atrofia. Los hallazgos que detectamos en el SPECT difieren de lo publicado previamente. Los estudios previos refieren que en los primeros meses de vida la región de la malformación vascular tiende a mostrar una hiperperfusión, apareciendo la hipoperfusión al final del primer año de vida.

## 208 HIPERCALCULIA Y SENSACIÓN DE RAPIDEZ: PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

09:28

L. Monge Galindo, R. Pérez Delgado, M. Lafuente Hidalgo, J.P. García Íñiguez, J.L. Peña Segura y F.J. López Pisón

*Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.*

**Introducción:** La epilepsia del lóbulo temporal y la migraña pueden provocar, por afectación del sistema límbico, síntomas psicoafectivos o sensoriales, pudiendo ser éstos la única manifestación de una crisis epiléptica.

**Casos clínicos:** Se exponen 4 pacientes que presentan como clínica principal episodios paroxísticos de sensación de aceleración del tiempo. En uno de ellos se asociaba con hiperacusia e hipercalculia y en otro con cefalea. En la neuroimagen se encontró una lesión compatible con hamartoma en uno de ellos, siendo el resto normales.

**Discusión:** Alteraciones funcionales o estructurales del sistema límbico pueden provocar síntomas peculiares como única manifestación de epilepsia. Es necesario descartar mediante neuroimagen alteraciones estructurales intracraneales. Plantean el diagnóstico diferencial, entre epilepsia, migraña con aura y las seudoepilepsias.

## 209 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y DIFICULTADES DE APRENDIZAJE NO VERBAL

09:35

M. Muñoz Hernández, N. Álvarez Gil, G. Martí Blanc, M. Escalona del Olmo, G. Mateo Martínez, R. Buenache Espartosa y G. Lorenzo Sanz

*Unidad de Neurología Infantil y Servicio de Pediatría, Hospital Ramón y Cajal y Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España.*

**Introducción:** El trastorno de aprendizaje no verbal (TANV), es un término no incluido en el DSM-IV-TR, que se caracteriza por problemas visuoespaciales, dificultades motrices, perceptivas y de comunicación no verbal con habilidades verbales preservadas. El motivo de consulta de los niños que presentan este trastorno suele ser bajo rendimiento académico y problemas conductuales y/o de relación social.

**Objetivo:** Evaluar las habilidades no verbales en un grupo de niños diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) según el DSM-IV-TR.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 59 pacientes con TDAH (44 varones y 15 mujeres) de edades comprendidas entre 6,5 y 14,5 años ( $X = 9,9$  años) en una Unidad de Neurología Infantil. A todos los niños se les realizó una evaluación neuropsicológica completa. Se ha realizado un análisis descriptivo de las habilidades no verbales de los pacientes en los que el CI manipulativo fue al menos 15 puntos inferior que el CI verbal.

**Resultados:** En 22 pacientes el CI manipulativo fue significativamente inferior que el CI verbal. El CI total de estos pacientes osciló entre 80 y 131 ( $X = 98,2$ ). De ellos 12 eran TDAH tipo combinado, 6 TDAH tipo inatento y 1 TDAH tipo hiperactivo-impulsivo.

**Conclusiones:** Los niños con TDAH y dificultades en habilidades no verbales podrían beneficiarse de un apoyo pedagógico específico basado en sus mejores habilidades verbales. Estos datos apoyan la idea de que a todos los pacientes con TDAH se les debe efectuar un estudio psicopedagógico, para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje que presentan asociados.

## 210 MIASTENIA GRAVIS JUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

09:42

P.I. Mendoza Alamo, I. Sebastián García, M.J. Jiménez Toledo y L. de Toledo Bravo

*Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas, España.*

**Introducción:** La miastenia gravis es una patología autoinmune caracterizada por presentar debilidad y fatigabilidad muscular.

**Caso clínico:** Niña de 12 años, con antecedentes personales de migraña y anorexia nerviosa, consulta por cuadro de disartria de 3 semanas de evolución, de predominio vespertino. A la exploración física sólo destaca cierto grado de ptosis palpebral bilateral. Resto de la exploración neurológica normal. Pruebas complementarias: Anticuerpos antirreceptor acetilcolina 1,39 nmol/l. EMG con estimulación repetitiva de la musculatura facial: caídas de amplitud y áreas del potencial 4.º y 9.º a todas las frecuencias estimuladas. TAC y RMN craneal: normal. RMN tórax: imagen de partes blandas que ocupa todo el mediastino anterior, situándose entre los troncos supraaórticos, el cayado aórtico y la pared anterior del tórax, cuya señal es hipointensa en T1, discretamente hiperintensa en T2 y realza homogéneamente con contraste, hallazgos compatibles con timoma.

**Conclusiones:** La miastenia gravis es una enfermedad poco frecuente en la infancia y la presencia de timoma asociado es excepcional. Su tratamiento debe ser individualizado. La realización de timectomía cobra mayor interés en la edad pediátrica debido a los efectos indeseables que pueden derivar del tratamiento médico a largo plazo.

## 211 EPILEPSIAS PARCIALES BENIGNAS DE LA INFANCIA: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

09:49

A. García Rodríguez, C. Cáceres Marzal, A. Guerrero Rico y A. González Roncero

*Unidad de Neuropediatría y Servicio de Pediatría, Hospital Materno-Infantil Infanta Cristina, Badajoz, España.*

**Introducción:** Las epilepsias parciales benignas de la infancia pueden presentarse como episodios paroxísticos clínicamente heterogéneos.

**Métodos:** Se presentan dos casos clínicos: A) Niña de 5 años con antecedentes de hipertrofia amigdalina y ronquidos nocturnos, que presenta desde hace un año episodios repetitivos durante el sueño, de cese de la respiración, sonido gutural, y a continuación inspira-

ción profunda de pocos segundos de duración, con inicio y final bruscos. En ocasiones vómito posterior. La exploración neurológica es normal, salvo conducta hiperkinética. Se realiza polisomnografía nocturna con resultado compatible con un síndrome de apnea obstructiva del sueño, por lo que se decide intervención quirúrgica sin mejoría del cuadro clínico. Ante la sospecha de epilepsia se decide iniciar tratamiento empírico con levetiracetam, con buena respuesta inicial pero reaparecen de nuevo los episodios. Se realiza un vídeo-EEG donde no se aprecian anomalías epileptiformes, pero sí hiposaturaciones y alteración de la frecuencia cardíaca. Se añade tratamiento en politerapia con valproato sódico y levetiracetam, con desaparición de los episodios. Coincidiendo con la mejoría clínica se realiza un EEG de sueño donde se aprecian anomalías de punta-onda en regiones centro-parietales. B) Niño de 12 años, sin antecedentes de interés, que presenta múltiples episodios de hemianopsia unitemporal izquierda comprobada mediante campimetría, sin otra clínica. La exploración neurológica es normal, así como neuroimagen. Los electroencefalogramas en vigilia son normales. Se confirma el diagnóstico con el EEG de sueño: anomalías epileptiformes paroxismos punta-onda a nivel parietooccipital. Se inicia tratamiento con levetiracetam, con desaparición de los episodios.

**Conclusiones:** El diagnóstico de estas patologías suele ser sencillo, pero en algunos casos clínicamente atípicos es necesaria una alta sospecha clínica. Los EEG inicialmente normales no excluyen el diagnóstico, e incluso a veces debemos sospecharlo ante la alteración del ritmo cardíaco como en nuestro primer caso.

## 212 09:56 A PROPÓSITO DE UN CASO DE MICRODELECCIÓN 22Q11.2

B. Cortés Osorio, M. Cobelas Cobelas, M. Cabo Pérez, M.Ó. Blanco Barca, L. Rey Cordo e I. Santamarina Fernández

*Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo, Pontevedra, España.*

**Introducción:** La microdelección 22q11.2 presenta una incidencia de 1/4000 recién nacidos. Engloba manifestaciones fenotípicas muy diversas, entre las que se encuentran se encuentran: cardiopatías, anomalías velopalatinas, rasgos faciales característicos, inmunodeficiencias con infecciones recurrentes del área sinopulmonar, hipocalcemia, retraso psicomotor y problemas de aprendizaje.

**Caso clínico:** Niño de 2 años y medio remitido a consultas de neuropediatría por rasgos dismórficos e hipotonía. Antecedentes familiares y perinatales sin interés relacionado, salvo falange supernumeraria anulada al nacimiento. Retraso psicomotor leve. Laringitis y neumonías de repetición. En la exploración física destaca: pabellones auriculares rotados posteriormente, pestañas ralas y largas, raíz nasal alargada, epicantus bilateral, filtrum corto, hipertrofia amigdalal, paladar ojival y voz hipernasal. Escasa masa muscular, pie plano valgo, escoliosis toraco-lumbar con dismetría secundaria de miembros inferiores. Sopló cardíaco II/VI en borde esternal izquierdo. Hipospadias. En la exploración neurológica se evidencia un lenguaje dislábico y cierta torpeza motora. Pruebas complementarias: estudio analítico incluyendo inmunoglobulinas normal. Radiografía de tórax normal. Ecocardiografía se evidencia un arco aórtico derecho, anillo valvular, válvula aórtica bicúspide con flujo normal y foramen oval permeable con shunt izquierda-derecha. AngioRM de tórax: arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante con compresión esofágica y traqueal secundaria; vena cava superior persistente. Hipogenesia tímica. Hipoplasia del tronco celiaco mesentérico superior. Cariotipo 46 XY. Estudio genético (FISH): microdelección 22q11.2. Juicio clínico: síndrome velocardiofacial (síndrome de Shprintzen). Evolución: intervención quirúrgica de sus anomalías cardiovasculares con desaparición de los procesos laríngeos. En seguimiento en consultas de neurología, rehabilitación, neumología, cardiología y traumatología.

**Conclusión:** Ante rasgos faciales dismórficos es importante la sospecha clínica debido a la necesidad de control multidisciplinario y consejo genético de estos pacientes.

## 213 10:03 LIPOFUSCINOSIS CEROIDEA EN PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

V. García Sánchez, M.P. Poo Argüelles, J.L. Peña Segura y F.J. López Pisón

*Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, y Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España.*

**Introducción:** Las ceroidolipofuscinosis (CLN) son enfermedades hereditarias de acúmulo lisosomal y constituyen el grupo más común de encefalopatías progresivas. Caracterizadas por un deterioro progresivo motor y mental, epilepsia y pérdida visual. Clasificadas según edad de aparición, en forma infantil, infantil tardía, juvenil y adulto. Presentamos una observación de CLN cuya presentación es poco habitual.

**Caso clínico:** Paciente de 12 años afecto PCI secundaria a prematuridad extrema, asfisia perinatal y HIV grado 4, inicia desde los 7 años una epilepsia refractaria a tratamiento, atribuida inicialmente a su enfermedad de base, y presenta posteriormente un deterioro neurológico progresivo. Exploración a los 12 años: Disartria, babeo y trastornos deglutorios. Movimientos oculares sacádicos, nistagmus, déficit visual 0,5 OD-0,4 OI. Hipoacusia bilateral. Tetraparesia mixta. Temblor, dismetría y rueda dentada. FO: alteración macular pigmentaria, palidez papilar y retina distrófica. Se realiza estudio metabólico amplio (sangre, orina y líquido cefalorraquídeo), normal. ERGs no valorables. PEVs normales. EEG trazado lento y elevado voltaje anterior, sin paroxismos. RMN craneal aumento de surcos corticales sugestivos de atrofia cerebro celebelosa con dilatación ventricular y adelgazamiento troncal y cuerpo calloso. Anatomía patológica apendicular, ME ausencia de microfilamentos en neuronas. Estudio de cadena respiratoria normal. Estudio enzimático de enfermedades lisosomales: deficiencia de tripeptidilpeptidasa (TPP1) 13,50 nmol/h × mg de prot (control 759).

**Conclusiones:** Ante deterioro neurológico progresivo inexplicado por su enfermedad de base, hemos de plantear el diagnóstico diferencial pensando, entre otras, en ceroido lipofuscinosis. La ausencia de microfilamentos no descarta esta entidad, hemos de proseguir el estudio siempre que la clínica sea sugestiva.

## 214 10:10 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PREMATUROS MENORES DE 1000 GRAMOS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

B. Martínez Escribano, R. Villares Alonso, R. Losada del Pozo, C. Troyano Rivas, G. Tesorero Carcedo y P. Puyol Buil

*Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid, España.*

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a los 7 años de edad en los nacidos de peso al nacimiento inferior a 1 kg (VLBW) en nuestro centro (1990-2001). Comparar nuestros resultados con estudios similares. Establecer si la prematuridad es un factor de riesgo para el desarrollo de este trastorno en nuestro Centro.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional mediante revisión historias clínicas de los nacidos entre 1990 y 2001 con VLBW y análisis estadístico mediante SPSS 14.0.

**Resultados:** Entre 1990-2001 hubo un total de 25504 recién nacidos vivos, 44 fueron VLBW (24 niñas y 20 niños). La media de la edad gestacional fue 28 semanas y del peso al nacimiento 839 g. El Apgar 1' y a los 5' fue inferior a 5, en el 47,6 y 11,3% respectiva-

mente. PH de cordón inferior a 7,20: 20,7%; precisaron REA IV/V: 75%. Tiempo de estancia hospitalaria superior a 3 meses: 32%. Presentaban hemorragia intraventricular grado III y leucomalacia periventricular el 6,8 y 4,5% respectivamente. Retraso psicomotor a los 2 años de edad corregida el 29,5%, dos casos de parálisis cerebral y otro que desarrolló un retraso mental. Se diagnosticaron de TDAH el 13,6%, siendo la edad más frecuente de diagnóstico los 6 años. Uno de los casos asoció un Sd. de Gilles de la Tourette. Todos ellos siguen tratamiento, 5 con metilfenidato y 1 con atomoxetina con buenos resultados.

**Discusión y conclusiones:** La prevalencia de TDAH en niños nacidos a término es de un 3-5%, mientras que en los de VLBW del 9-22%, estando nuestros resultados en ese rango. En nuestra serie los VLBW tienen una mayor prevalencia de déficits cognitivos, alteraciones en el neurodesarrollo y problemas psicológicos siendo el hallazgo más consistente un incremento en la prevalencia de TDAH.

215

### PARÁLISIS III PAR CRANEAL: DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN

10:17

F.E. Fraga Bilbao, M. Afonso Coderch, A. Cobo Costa, R. López Almaraz, J.P. González Díaz y R.A. Montesdeoca Melián

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.*

**Introducción:** La parálisis del III par es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Las causas más frecuentes en la infancia son las congénitas. Dentro de las adquiridas destacan las de causa traumática, inflamatoria y tumoral.

**Casos clínicos:** 1) Niña de 6 años que presenta cefalea holocraneal, ptosis palpebral derecha y diplopía. Cursa cuadro catarral la semana previa. Antecedentes personales: Traumatismo craneal leve hace 6 meses. Resto sin interés. Pruebas complementarias: sin hallazgos patológicos. Se inició tratamiento con prednisona (1 mg/kg/día), objetivándose mejoría desde el primer día de tratamiento. Diagnóstico: Parálisis del III par idiopática. 2) Niño de 2 años que inicia de forma súbita ptosis palpebral izquierda, desviación de la mirada hacia la izquierda y abajo y midriasis pupilar. Cursó cuadro catarral febril la semana anterior. Antecedentes personales: RNPT. Shock tóxico estafilocócico con trombosis intracardíaca residual. Exploración física: exantema puntiforme eritematoso vitroborrable en tórax, abdomen, espalda y miembros inferiores. RMN: hipercapatación del III par craneal izquierdo. Resto de pruebas complementarias sin interés. Se inició tratamiento con prednisona (1 mg/kg/día) con respuesta evidente a partir del segundo día. Diagnóstico: Parálisis del III par de origen inflamatorio. 3) Niña de 2 años y medio que comienza de forma progresiva con exotropía derecha, midriasis reactiva y lateralización hacia la izquierda de la cabeza. RMN cerebral: marcado engrosamiento del III par. Se inicia tratamiento con prednisona (1 mg/kg/día) sin respuesta clínica por lo que se realiza nueva RMN encontrando aumento del tamaño de la lesión, compatible con proceso tumoral. Anatomía patológica: neoformación de estirpe de células de Schwann S100 positivo. Diagnóstico: Parálisis del III par de origen tumoral.

**Comentarios:** La etiología de la parálisis del III es muy diversa. Su forma de presentación así como la clínica acompañante es de gran ayuda para su diagnóstico etiológico y topográfico. En algunos casos no se llega a determinar una causa clara, aún así la respuesta al tratamiento corticoideo es excelente, en similitud a otras parálisis de pares craneales como la facial.



COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 5 de junio (10:45-12:15)

GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA  
Sala 11 (Planta 1)

228 10:45  
GASTRITIS CRÓNICA ANTRAL E INFECCIÓN  
POR *HELICOBACTER PYLORI*, PROBLEMA COMUNITARIO  
FRECUENTE

D.E. Rivas Domingo, T. Frago Arbelo, M.E. Trujillo Toledo,  
R. Milán Pavón, M. Cárdenas y B. Purón Méndez

Servicio de Gastroenterología y Nutrición, Hospital Pediátrico  
Universitario Pedro Borrás Astorga, La Habana, Servicio  
de Anatomía Patológica, Hospital Pediátrico Universitario  
Juan Manuel Márquez, La Habana, e Instituto de Medicina  
Tropical Pedro Kouri, La Habana, Cuba.

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* es causa frecuente de gastritis crónica antral y se ha convertido en un problema médico actual.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre gastritis crónica antral, grados histológicos y actividad, con la infección por *Helicobacter pylori*, la edad y el sexo; así como, estimar la prevalencia de la infección en este grupo de pacientes.

**Método:** Durante 2 años a los pacientes menores de 19 años que fue necesario realizar panendoscopia por cualquier motivo, se le tomaron dos muestras de biopsias gástricas, una para histología y otra para prueba de ureasa rápida, se determinó daño histológico y presencia del *Helicobacter pylori*, se incluyeron los que tuvieron daño histológico de la mucosa antral.

**Resultados:** 237 pacientes, entre 6 y 18 años (media 13,5), 103 varones y 134 hembras. Se encontró infección por *Helicobacter pylori* en 120 (50,6%). Existió relación entre infección por *Helicobacter pylori* y la intensidad de la gastritis crónica antral ( $p < 0,05$ ), de los pacientes infectados 40 (33,3%) presentaron daño severo de la mucosa antral; mientras que de los no infectados sólo 1 (0,9%) tuvo daño severo, en estos, predominó la gastritis crónica ligera 110 (94,0%). En los pacientes que se demostró infección existió ligero predominio de gastritis crónica activa 66 (55,0%); a diferencia de los no infectados donde predominó gastritis crónica inactiva 91 (77,8%) ( $p < 0,05$ ). El grupo de 15 a 18 años presentó mayor porcentaje de infección (54,1%), fue además el de mayor severidad 15 (20,3%) y actividad 30 (40,5%) de la gastritis crónica antral; pero sin relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Los varones presentaron mayor severidad 21 (20,4%) y actividad 45 (43,7%) de

la gastritis comparado con las hembras 20 (14,9%) y 48 (35,8%) respectivamente, sin significado estadístico ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** La mayor intensidad y actividad de la gastritis crónica antral parece tener relación con la infección por *Helicobacter pylori*. La edad y el sexo no parecen tener esta relación. La prevalencia de la bacteria es alta en pacientes con gastritis crónica antral.

229 10:55  
MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES COMO FORMA  
DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA  
INTESTINAL (EII)

M. Hernández Pérez, M.D. Madrid Castillo, C. Felici,  
A. Rodríguez Martínez, B. Espín Jaime y A. Pizarro Martín

Servicio de Gastroenterología Infantil, Hospital Universitario  
Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** A lo largo de su evolución del 6 al 47% de los pacientes con EII sufren 1 o más manifestaciones extraintestinales (MEI). Presentamos 5 pacientes que presentaron MEI como forma de debut de la EII.

**Pacientes y método:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los casos diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 5 años. De 62 casos, 7 presentan MEI, 5 de los cuales fueron la forma de presentación de la EII. Niña de 12 años con poliartralgias y sacroileitis de 1,5 años de evolución que presenta en los últimos meses deposiciones patológicas acompañadas de fiebre y dolor abdominal. Se realizan exámenes complementarios que confirman el diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC). Niño de 6 años que en el contexto de un cuadro catarral presenta eritema nodoso seguido de vómitos y deposiciones de menor consistencia de 15 días de evolución. Se realiza colonoscopia con diagnóstico de EII tipo EC. Niña de 13 años diagnosticada 7 meses antes de artritis crónica juvenil con antecedentes de múltiples ingresos por dolor abdominal y aumento en el número de deposiciones en los últimos meses. Derivada para estudio endoscópico, se diagnostica de EII tipo colitis ulcerosa. Niña de 10 años en estudio por colestasis e hipertransaminasemia. Entre los estudios complementarios se realizan colangiorresonancia y biopsia hepática que evidencian una colangitis esclerosante primaria. Se realiza estudio endoscópico posterior que confirma la EII tipo EC. Lactante de 3 meses, con antecedentes de neumopatía de etiología no aclarada, que en estudio digestivo se realizan exploraciones endoscópicas que evidencian una colitis activa focal. Tras múltiples ingresos por cuadros respiratorios, se realiza biopsia pulmonar que arroja el diagnóstico de EII tipo EC. Exitus.

**Conclusiones:** La CU y la EC presentan de forma relativamente frecuente MEI. Los estudios realizados hasta ahora son escasos en la edad pediátrica. En los pacientes que presentan signos o síntomas de MEI de manera persistente debería descartarse de manera activa la EI.

### 230 COLESTASIS EN EL LACTANTE: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

11:05

H. Aristimuño Urdanpilleta, N. Pacho Beristain, C. García Pardos, I. Miner Kanflanka, M.A. Cortajarena Altuna, J. Eizaguirre Arcena, F.J. Mintegui Aramburu, A.M. Ruiz Benito, F.N. Villalón Ferrero e I. Eizaguirre Sexmilo

*Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España.*

**Introducción:** La colestasis se define como aumento de bilirrubina directa  $> 2 \text{ mg/dl}$  o  $> 20\%$  de la cifra de bilirrubina total. Puede asociar ictericia, acolia y coluria. Esta característica es común a distintas enfermedades.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de colestasis en los niños hospitalizados en nuestro medio y diagnósticos que conlleva.

**Método:** Estudio retrospectivo por revisión de historias clínicas de los diagnósticos de colestasis entre 1999-2008. De cada caso se ha revisado: datos demográficos, clínica, pruebas complementarias, tratamiento médico-quirúrgico y trasplante, y evolución.

**Resultados:** Se revisan 15 casos: 8 atresias de vías biliares extra-hepáticas (AVBE) (53%), 3 colestasis idiopáticas, 1 infección por CMV, 1 tirosinemia, 1 colestasis por nutrición parenteral y 1 síndrome de bilis espesa, distribuidos en 7 mujeres y 8 varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 2 meses (rango 0,5-7 meses), sin diferencias respecto al tipo de lactancia ni peso al nacimiento. La manifestación clínica más frecuente era la ictericia (14), asociando acolia (6) y coluria (4). Otros motivos de consulta fueron la fiebre y el estancamiento ponderal. Dentro del perfil hepático, destacaba un aumento en los valores de la GGT y bilirrubina más acusado en el grupo de las AVBE. Se realizó ecografía abdominal en 11 de los casos y el 45% era normal. En los casos de AVBE se realizaron colangiogramografía y colangio-RM que fueron compatibles con el diagnóstico en el 100% de los casos y se realizaron biopsias hepáticas que lo confirmaron. En 8 de los casos se instauró tratamiento médico de soporte. En 7 de los pacientes con AVBE se realizó técnica de Kasai y un caso falleció tras una hepatitis aguda fulminante. En 3 de las AVBE se realizó trasplante hepático con éxito. De los niños con colestasis, 4 fallecieron antes del trasplante.

**Conclusiones:** La colestasis engloba múltiples patologías de origen muy diferente. Es importante realizar un diagnóstico específico etiológico por sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

### 231 EL GENOTIPADO LCT-13910C/T EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA TIPO ADULTO EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS

11:15

M.R. Leis Trabazo, L. Loidi Fernández de Trocóniz, M.A. Novo Ares, R. Vázquez Cobela y R. Tojo Sierra

*Departamento de Pediatría y Fundación Pública Galega de Medicina Genómica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

**Antecedentes y objetivo:** Se ha demostrado que el polimorfismo del nucleótido simple (SNPs) —13910C/T situado corriente arriba al gen de la lactasa (LCT) se asocia con la malabsorción a la lactosa tipo adulto. Por lo que nos parece de interés estudiar la presencia o no de diferencias genotípicas entre los niños con malabsorción, en función de la presencia o no de síntomas durante el Test de Hidrógeno Espirado (BH<sub>2</sub>T).

**Método:** Se estudian 143 niños, de 6 a 11 años. Se realiza el BH<sub>2</sub>T midiendo en la muestra de aire la concentración de hidrógeno por medio de un cromatógrafo de gases (QUINTRON CM2 MICROLYZER) después de la sobrecarga de lactosa (2 g/kg de peso,  $\leq 50 \text{ g}$  al 20% en agua) y se realiza el genotipado mediante amplificación (PCR) y secuenciación directa de los SNPs.

**Resultados:** En este grupo de edad el 50,3% (n = 72) de los niños presentan malabsorción a la lactosa mediante el Test de Hidrógeno Espirado (BH<sub>2</sub>T) ( $\geq 20 \text{ ppm}$ ), de los cuales el 70% (n = 51) presentan sintomatología gastrointestinal durante la prueba. Al estudiar el haplotipo homocigoto CC, relacionado con la no persistencia del enzima lactasa, se demuestra su presencia en el 100% (n = 50) de los niños con malabsorción y síntomas gastrointestinales durante la prueba (intolerancia), frente al 90,4% (n = 19) de los malabsorbentes tolerantes, ( $p < 0,001$ ). Un 9,5% (n = 2) de los niños malabsorbentes sin síntomas durante el BH<sub>2</sub>T (tolerantes) presentan el genotipo CT.

**Conclusión:** Los resultados del presente estudio confirman que el análisis genético del polimorfismo LCT-13910 es un buen método diagnóstico para la malabsorción a la lactosa tipo adulto en el grupo de edad de 6 a 11 años. Se demuestra una mayor prevalencia del homocigoto CC en los niños con intolerancia que en los niños tolerantes, sin síntomas durante la prueba. Son necesarios más estudios para confirmar la influencia de los diferentes genotipos en la presencia o no de síntomas de la malabsorción a la lactosa.

### 232 FALLO HEPÁTICO AGUDO. EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS EN LA UCIP DE UN HOSPITAL

11:25

J.J. Menéndez Suso, G. Muñoz Bartolo, Á. de la Vega Bueno, M.Á. Delgado Domínguez y F.J. Ruza Tarrío

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Hepatología Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** El fallo hepático agudo (FHA) en la edad pediátrica es una entidad rara, de etiología variada, y elevada mortalidad. Estudiamos todos los FHA atendidos en la UCIP de nuestro hospital, centro de referencia nacional para trasplante hepático infantil, en los últimos 4 años.

**Métodos:** Se revisan todos los FHA atendidos en la UCIP entre los años 2005 y 2008, descartando los secundarios a shock séptico o cardiogénico.

**Resultados:** En el período de estudio se atendieron 30 casos de FHA (varones 53%; mujeres 47%), con mediana de peso de 8 kg (2,9-57,2) y de edad de 10 meses (21 días-14 años). El diagnóstico etiológico se realizó en 25 (83,3%) casos. El origen fue metabólico en 11 casos (36,7%) —4 de hemocromatosis neonatal, 3 de enf. de Wilson, 2 de galactosemia, 1 de tirosinemia y 1 de Niemann-Pick tipoB—, desconocido en 5 (16,7%), infeccioso en 4 (13,3%), mitocondrial en 3 (13,3%), sd de activación macrofágica en 3 (10%), hepatitis autoinmune en 2 (6,6%), intoxicación por paracetamol en 1 (3,3%) y enfermedad de Letterer-Siwe en 1 (3,3%). Durante el ingreso 17 (56,6%) precisaron ventilación mecánica, 15 (50%) fármacos vasomotores, 9 (30%) técnicas de depuración extrarrenal, 23 (76,6%) presentaron encefalopatía —9 (30%) grave—, 12 (40%) hemorragia severa y 10 (33,3%) infección. De todos ellos 12 (40%) fallecieron —5 (41,7%) estando en lista de trasplante—, 11 (36,7%) se recuperaron y 7 (23,3%) se trasplantaron (22,6%), de los que 4 continúan vivos. Las causas del fallecimiento fueron: shock hemorrágico refractario secundario a hemorragia digestiva en 4 (40%) casos, hemorragia pulmonar severa en 2 (20%), edema cerebral en 2 (20%), infección respiratoria en 2 (20%), shock séptico refractario en 1 (10%) y LET en 1 (10%). Se realizó autopsia a 9 (69,2%), que confirmó el diagnóstico en 6 (66,7%).

**Conclusiones:** El FHA es una entidad poco frecuente, afecta principalmente a lactantes y niños pequeños, y la causa más frecuente son las enfermedades metabólicas. La morbilidad y la mortalidad son elevadas, aunque el diagnóstico precoz y el manejo en una UCIP especializada, con programa de trasplante hepático, puede mejorar el pronóstico.

### 233 11:35 PERCEPCIÓN MATERNA DEL PESO DE SUS HIJOS ¿SE CORRELACIONA CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL?

J. Frontela Losa, O. Manrique Moral, F. Clemente Yago,  
J. Perona Hernández, L. Ruiz Pérez, A.M. Díaz Vico,  
B. Castillo Gómez y J. Flores Serrano

*Hospital General Universitario, Alicante, España.*

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial. Suele iniciarse en la infancia y adolescencia, siendo un predictor de la obesidad del adulto. Las consecuencias sociales, económicas y sanitarias derivan en un importante problema de salud, en países desarrollados y en vías de desarrollo. La prevalencia en la provincia de Alicante es 18,8%, y la de sobrepeso 26%. La percepción materna del estado nutricional de sus hijos es un factor importante a la hora de la detección y del tratamiento.

**Material y métodos:** Muestra aleatoria de 100 niños que visitaban urgencias. Se recogieron datos de edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), patología o tratamientos relevantes, y percepción materna de la ingesta y del peso del niño (escala de 5 valores).

**Resultados:** Estudio transversal, descriptivo. Recogidos 100 niños (53% varones, 47% mujeres), rango de edad [14 meses-13 años]. 18 niños clasificados como obesos según edad, sexo e IMC, y 16 como sobrepeso. En el 38% de los casos la percepción materna de un peso elevado fue correcta, mientras que hasta en un 62% fue distorsionada. La percepción sobre la ingesta alimentaria fue correcta en un 48%, mientras que fue distorsionada en un 52%.

**Conclusiones:** En nuestro estudio la prevalencia de niños con un IMC dentro del grupo sobrepeso/obesidad fue del 34% (18% obesos, y 16% sobrepeso) es similar a lo publicado. La percepción como normales en un 58% en el grupo de sobrepeso/obesidad, (incluso un sobrepeso, era considerado delgado) dificulta la detección y el tratamiento. El hecho de que un 8% de las familias de niños con obesidad y un 10% con sobrepeso consideren que no comen mucho supone un handicap importante a tener en cuenta para tratar este problema. Si queremos evitar consecuencias deletéreas asociadas, como factores de riesgo cardiovascular, problemas hepáticos y obesidad en la edad adulta no podemos olvidar los datos de percepción del problema en sus familias.

### 234 11:45 ACLARAMIENTO DE VERDE DE INDOCIANINA COMO MARCADOR PRECOZ DE DISFUNCIÓN DEL INJERTO EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

J. Quintero Bernabeu, J. Ortega López, M. Mora Sitjà,  
E. Barrera Segura, C. Venturi, S. Flores Villar,  
F.J. Bueno Recio, R. Charco y J. Roqueta Mas

*Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Introducción:** En el postoperatorio del trasplante hepático, es esencial la cuantificación funcional del injerto para diagnosticar y optimizar el tratamiento de las posibles complicaciones. Los parámetros convencionales como las transaminasas, INR o bilirrubina en muchas ocasiones no son concluyentes.

**Objetivo:** Valoración del aclaramiento del verde de indocianina (ICG-PDR) como marcador precoz de la disfunción del injerto hepático y compararlo con los parámetros analíticos clásicos.

**Pacientes y métodos:** Estudiamos 25 pacientes pediátricos (edades comprendidas entre 6 meses y 13 años) que fueron trasplantados de hígado entre febrero de 2005 y agosto de 2008. Se realizaron 47 ICG-PDR; uno durante las primeras seis horas post-trasplante (PDR<sub>6</sub>), y una segunda medición a las 24 horas (PDR<sub>24</sub>). También se recogió el INR a las 24 horas post-trasplante. Todas las determinaciones fueron realizadas en condiciones de estabilidad hemodinámica (Sat,Hb > 70%, MAP > 60 mmHg, Dif<sub>a-v</sub> CO<sub>2</sub> < 8).

**Resultados:** La media de ICG-PDR fue de 13% (rango 4,4-72%). Se determinó como marcador de disfunción del injerto un ICG-PDR < 9%. Un INR<sub>24</sub> > 3 fue definido como cut-off de disfunción hepática. Los resultados se muestran en la tabla.

	ICG-PDR <sub>6</sub>	ICG-PDR <sub>24</sub>	INR <sub>24</sub>
Sensibilidad	66,6%	80%	50%
Especificidad	94,4%	100%	84,5%
VPP	80%	100%	50%
VPN	89,4%	94,7%	84,5%

**Conclusiones:** En el postoperatorio inmediato del trasplante hepático, el ICG-PDR puede ser una herramienta válida para valorar la disfunción temprana del injerto. Basándonos en nuestros resultados, el ICG-PDR<sub>24</sub> parece ser un mejor predictor de la disfunción hepática que el ICG-PDR<sub>6</sub> o el INR<sub>24</sub>.

### 235 11:55 GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: TÉCNICA DE ELECCIÓN PARA LA NUTRICIÓN ENTERAL PROLONGADA

E. Calleja Aguayo, J. Elías Pollina, R. Delgado Alvira,  
N. González Martínez-Par, A. González Esgueda  
y J.A. Esteban Ibarz

*Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) ha cambiado satisfactoriamente el manejo del niño que precisa nutrición enteral prolongada siendo un método seguro y efectivo.

**Método:** Estudio retrospectivo de una cohorte de 43 pacientes en los que se realizó una PEG entre 1997 y 2008 recogiendo datos sobre edad, peso, tipo de patología e indicación de PEG, sondas utilizadas, complicaciones y éxitus. Se realiza estudio descriptivo y analítico con el software SPSS 15.0 usando pruebas no paramétricas.

**Resultado:** La edad media de los pacientes fue de 5,13 años  $\pm$  4,74 de los cuales el 41,9% son menores de 2,5 años. El número de casos ha ido en aumento con los años habiéndose realizado en el 2008 nueve PEG. La indicación clínica más frecuente fue alteración de la deglución (67,4%) siendo los trastornos neurológicos (75,9%) la patología que más forzó esta indicación. El peso medio fue de 13,2 kg  $\pm$  11,1 y el percentil peso más frecuente fue P < 3. Se utilizaron sondas de gastrostomía de 9 a 24 Fr de las cuales las más usadas fueron de 15 Fr (46,5%) y de 20 Fr (27,9%). El tiempo medio con la sonda fue de 10,3 meses  $\pm$  4,93. La técnica quirúrgica se realizó con éxito en el 100% de los casos sin complicaciones intraoperatorias iniciándose tolerancia entre las 12-24 horas posteriores. De las complicaciones halladas sólo 2 pacientes han precisado cirugía mayor, uno por fístula gastrocolocutánea y otro por oclusión intestinal por aspa de gastrostomía rota atrapada en ciego. Se han registrado 9 éxitus, todos ellos relacionados con su patología de base. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la edad con la indicación clínica ni con el tipo de patología y no existe relación entre el tamaño de sonda y la edad o el peso del paciente ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** La PEG es la técnica de elección para pacientes que precisen sonda para alimentación enteral prolongada sin importar edad o peso. Su colocación precoz favorecería el desarrollo ponderoestatural en pacientes con enfermedad avanzada.

El momento de su colocación debería ser precoz en pacientes crónicos ya que se tolera muy bien y puede tener larga vida con unos buenos cuidados.

236

### UTILIDAD DE LA MANOMETRÍA ANORRECTAL ESTACIONARIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN MENORES DE 6 MESES

12:05

E.P. Gutiérrez González, C. Melcón Crespo, T. del Rosal Rabes, M. Molina Arias y G. Prieto Bozano

*Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.*

**Introducción:** La Enfermedad de Hirschsprung (EH) es una importante causa de estreñimiento y obstrucción intestinal en período neonatal. El objetivo de este estudio es establecer la utilidad de la manometría anorrectal estacionaria (MAE) en el diagnóstico temprano de esta enfermedad, comparando sus hallazgos con enema opaco y biopsia rectal por succión.

**Métodos:** Estudio transversal retrospectivo. Revisión historias clínicas de pacientes menores de 6 meses con sospecha de EH a los que se realizó MAE entre enero 2002 y diciembre 2006.

**Resultados:** Se revisaron 56 historias de pacientes con media de edad de 64,4 días (17 menores de 1 mes, 3 prematuros). 59,3% varones. La manometría anorrectal mostró presencia de reflejo inhibitor del ano (RIA) en 37 pacientes (sensibilidad 92,9% [IC 95%: 68,5-98,7%]; especificidad 92,5% [IC 95%: 80,1-97,4%]; VPP 81,3% [IC 95%: 57-93,4%]; VPN 97,4% [IC 95%: 86,5-99,5%]. Los 3 pacientes prematuros presentaron RIA de características normales. El enema opaco mostró sensibilidad de 92,3% [IC 95%: 66,7-98,6%]; especificidad 75,9% [IC 95%: 57,9-87,8%]; VPP 63,2% [IC 95%: 41-80,9%]; VPN 95,7% [IC 95%: 79-99,2%]; y la biopsia rectal por succión (realizada en 28 pacientes con media de edad 62,2 días) presentó sensibilidad de 92,9% [IC 95%: 68,5-98,7%]; especificidad 100% [IC 95%: 74,1-100%]; VPP 100% [IC 95%: 77,2-100%]; VPN 91,7% [IC 95%: 64,6-98,5%]. El estudio de concordancia de las tres pruebas diagnósticas con diagnóstico definitivo de EH mediante índice kappa mostró moderada concordancia en caso del enema opaco ( $\kappa$  0,605), buena concordancia en caso de MAE ( $\kappa$  0,775) y muy buena concordancia para la biopsia rectal por succión ( $\kappa$  0,920). Diagnóstico final de EH 25,9%.

**Conclusiones:** La manometría anorrectal estacionaria es una técnica adecuada para diagnóstico inicial de lactantes menores de 6 meses con sospecha diagnóstica de enfermedad de Hirschsprung. El diagnóstico definitivo de EH requiere la realización de biopsia rectal que demuestre la presencia de hallazgos histológicos típicos.



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Viernes, 5 de junio (10:45-12:15)

INFECTOLOGÍA

Sala 14 (Planta 1)

237

BRONQUIOLITE AGUDA: ANÁLISE DE 2 ANOS DE INTERNAMENTO NUM HOSPITAL NÍVEL II

10:45

A L. Santos Leite, A. Oliveira, M.J. Azevedo, M. Costa, Lúcia Gomes

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Portugal.

**Introdução:** A bronquiolite aguda resulta da inflamação das vias aéreas inferiores, sendo a etiologia maioritariamente viral. Frequentemente condiciona necessidade de internamento na criança pequena, permanecendo controverso o seu tratamento.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, elaborado para caracterizar a população internada nos anos 2007-2008 por bronquiolite num hospital nível II. Análise epidemiológica, clínica e terapêutica, através do programa estatístico SPSS® versão 15.0.

**Resultados:** Neste período foram internadas 103 crianças (77 homens: 26 mulleres), com idade média  $6,4 \pm 5,1$  meses. A dificuldade respiratória foi o motivo de internamento mais frequente. A maioria mantinha clínica com cerca de  $4,1 \pm 3,2$  dias de evolução e 69% encontravam-se a fazer medicação prévia no domicílio. A prematuridade foi constatada em 11%. 30% tinham episódios anteriores de bronquiolite. A maioria efectuou exames subsidiários. O valor médio de PCR foi de  $2,8 \pm 4,2$  mg/dl. Isolou-se VSR em 37% dos casos. Fevereiro foi o mês com maior incidência de VSR ( $p < 0,001$ ). A maioria das crianças efectuou terapêutica broncodilatadora. 21% necessitaram oxigénio suplementar ( $3,5 \pm 1,6$  dias) e 70% de corticoterapia, o que se relacionou com a gravidade à admissão (respectivamente  $p = 0,037$  e  $p = 0,005$ ). O antibiótico (ATB) foi utilizado em 41% dos casos, relacionando-se com a presença de febre à admissão ( $p < 0,001$ ) e com a existência de alterações radiológicas ( $p < 0,001$ ). A duração média de internamento foi de  $5,8 \pm 2,5$  dias, sendo mais prolongada nos casos em que foram utilizados corticóides ( $p = 0,013$ ) e oxigénio suplementar ( $p = 0,011$ ). A complicação mais frequente foi a pneumonia por sobreinfecção bacteriana (29%). Comentários: A bronquiolite não complicada é um diagnóstico clínico, contudo, continuam a ser efectuados exames subsidiários de forma sistemática. Na nossa série houve um predomínio franco do sexo masculino (3:1). O uso de ATB foi elevado, pela consequente suspeita de sobreinfecção bacteriana em cerca de 1/3 dos casos.

238

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LAS BRONQUIOLITIS QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

10:52

M. Fontecha García de Yébenes, M. Hernando Puente, A. Berroya Gómez, M.I. Pescador Chamorro, V. Luengo Herrero, M.C. Martínez López, M.C. Miranda Herrero y R. Rodríguez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Antecedentes y objetivos:** La bronquiolitis es una de las causas más frecuentes de hospitalización en niños menores de dos años durante la época epidémica. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes ingresados por bronquiolitis en nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes hospitalizados por bronquiolitis en nuestro centro entre octubre de 2005 y enero de 2009. Se recogieron variables epidemiológicas, período estacional, estudio microbiológico, tratamiento recibido, complicaciones, asistencia respiratoria, estancia en UCIP, duración total de la hospitalización y necesidad de reingreso.

**Resultados:** El total de pacientes fue de 871 (61% varones), 11,7% con antecedentes de prematuridad. El 47,5% recibió nebulizaciones de salbutamol, el 34,3% de adrenalina y el 11% de ambos. El test rápido de detección de VRS fue positivo en el 54%. El 75,2% de los pacientes ingresaron entre los meses de noviembre y febrero. Requirieron UCIP el 12,1%, precisando ventilación no invasiva el 6,9% e invasiva un 1,4% de los casos, uno de ellos falleció. El 26,1% de los pacientes presentaron complicaciones respiratorias (neumonía 14,8%, atelectasia 5,6%, pausas de apnea 4,1%), el 15,4% tuvieron otras complicaciones (GEA 4,4%, ITU 0,9%). La estancia media fue de 6.75 días (moda 4 días) y reingresaron un 4,3%. Los niños con bronquiolitis por VRS eran de menor edad, presentaron más complicaciones y precisaron más días de ingreso, UCIP y asistencia respiratoria, de forma estadísticamente significativa. Los pacientes con patología de base requirieron mayor estancia hospitalaria e ingresaron en UCIP con mayor frecuencia que los niños previamente sanos.

**Conclusiones:** La bronquiolitis es un motivo frecuente de ingreso en lactantes en época epidémica que asocia elevada morbilidad. Los pacientes de menor edad o con bronquiolitis por VRS tuvieron una evolución más tórpida, sin que se pueda descartar la presencia de un factor de confusión.

239

10:59

### OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE: ESTUDIO DE UNA CASUÍSTICA

V. Crujeiras Martínez, M.J. Pardal Souto, M. Maneiro Freire, L. Vázquez García, D. Dacruz Álvarez, A. Álvarez Moreno, A. Ferreiro Ponte, J.L. Iglesias Diz, F. Álvez González y M. López Rivas

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.

**Antecedentes y objetivos:** La osteomielitis crónica multifocal recurrente (OMCR) es una enfermedad de causa desconocida, predominante en niñas y caracterizada por afectación ósea multifocal y evolución clínica subaguda o crónica por brotes. Comunicamos los datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel en los últimos 10 años.

**Métodos:** Revisamos las historias clínicas de niños, con diagnóstico de OCMR (según los criterios Handrick), evaluando datos epidemiológicos, clínicos, estudios complementarios, tratamiento y evolución.

**Resultados:** v. tabla a pie de página.

**Conclusiones:** La OMCR es una entidad que debemos considerar en niños con datos atípicos de osteomielitis, para evitar pruebas invasivas innecesarias y tratamiento antibiótico prolongado.

240

11:06

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCO. ¿AUMENTA LA GRAVEDAD?

A. de Lucio Delgado, A. Miguélez Velazco, S. Rubio Marcos, M. Herrero Goñi, M. Urrutia Adán, M.Á. Vázquez Ronco, I. Pocheville Guruzeta, M. Labayru Echeverría, S. Blázquez Trigo y A. Sojo Aguirre

Servicio de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

**Antecedentes y objetivos:** La enfermedad invasiva por neumococo implica gran morbilidad. El objetivo del estudio es conocer las características clínico-epidemiológicas y complicaciones en niños ingresados en nuestro Hospital.

**Metodología:** Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de las historias clínicas de niños < 14 años, con aislamiento de neumococo en líquido estéril, en el periodo 2004-2008.

**Resultados:** Se incluyen 57 pacientes (68,4%, varones). El 54,4% son < 2 años. La edad media es 37 m. El 49% de casos ocurrió entre los meses de octubre y enero y el n.º de casos por año es similar (10-13). Un 26,3%, había recibido 3 dosis de VCN-7V (8,8%, 1 dosis). Los diagnósticos finales fueron: neumonía (43,8%, 80% en > 2 a), meningitis (21,1%, 91,6% en < 2 a), bacteriemia oculta (12,3%), 5 casos de sepsis, 3 mastoiditis, 2 artritis, 2 celulitis y 3 endocarditis (2, precisaron

cirugía). El tiempo medio de ingreso fue de 14 días. Ingresaron en UCIP 15 (26,3%), con tiempo medio de estancia de 7,2 días (6 de ellos en 2008). Entre las complicaciones destacan: 14 niños con derrame pleural (56% de las neumonías) y 11 precisaron drenaje; de las 12 meningitis: convulsiones (5), hidrocefalia (3), lesión cerebral (2), sordera (1) y 2 niños requirieron drenaje ventricular externo. Hubo 2 casos de SHU. Se aisló neumococo en 49 hemocultivos, 12 LCR, 7 líquidos pleurales y 1 líquido articular. De 57 aislamientos se identifica serotipo en 45 (79%). El 91.2% de aislamientos pertenecen a serotipos no vacunales, siendo los más frecuentes: 1 (21%), 19A (15,8%) y 7 (11,1%). Otras cepas encontradas son: 5, 8, 9, 33, 6A, 7F y 15A. Las cepas 14, 18C y 19F, incluidas en la vacuna, se han hallado en 4 casos (8,8%).

**Comentarios:** La mitad de los casos de enfermedad neumocócica ocurre en lactantes, siendo la meningitis la manifestación más frecuente. En los > 4 años es la neumonía. El número de casos por año es estable, aunque se observa últimamente mayor gravedad y necesidad de ingreso en cuidados intensivos. La mayoría de casos se deben a serotipos no incluidos en la vacuna conjugada heptavalente.

241

11:13

### SEUDOPARÁLISIS DE PARROT EN LACTANTE DE UN MES DE EDAD. PENSEMOS DE NUEVO EN LA SÍFILIS CONGÉNITA

E. Herrero Crespo, A. Fernández López, F. Paredes Carmona, R. Garcés Bordegés, A. R. Goma Brufau y E. Solé Mir

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España.

**Introducción:** La sífilis congénita continua siendo una enfermedad de interés clínico y sanitario que hemos de saber reconocer, diagnosticar y tratar.

**Observación clínica:** Lactante de un mes y 25 días de edad con irritabilidad e impotencia funcional de extremidad superior derecha sin otra sintomatología. Primera gestación de madre originaria de Marruecos, con serologías negativas en primer trimestre y control insuficiente. Parto eutócico a término, con somatometría correcta. Asintomática hasta el proceso actual. En urgencias destacaba ausencia de movilidad de la extremidad con llanto irritable e impresión de dolor a la manipulación. La radiografía mostró lesiones osteolíticas en húmero (signo de Wimberger) con periostitis y diafisitis (osteodritis de tercer grado). La serología luética fue positiva (pruebas reagínicas y treponémicas) con título RPR 1/256. La serie ósea no mostró otras lesiones y fueron normales la ecografía cerebral, abdominal, el fondo de ojo y los potenciales evocados auditivos. La bioquímica del líquido cefalorraquídeo fue normal con anticuerpo anti-treponema pallidum IgG + IgM positivo (RPR negativo). Con el diagnóstico de lúes congénita precoz, neurolues y seudoparálisis de Parrot se trató con penicilina G sódica 50.000 UI/kg/dosis cada 6 horas e.v. 14 días, con tres dosis posteriores de penicilina G benzatina semanales i.m.

Casos	1	2	3	4
Edad	8 a. 5 m.	10 a. 6 m.	12 a. 10 m.	3 a. 10 m.
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre
Localización	Tibia, fémur	Clavícula	Escápula, codo	Fémur proxi. y distal
Sint. locales	Sí	Sí	Sí	Sí
Sint. generales	Sí	no	Sí	No
Otra patología	No	No	Onicosis y pustulosis	No
VSG	Elevada	Elevada	Elevada	Normal
Gammagraf	Hipercaptación	Hipercaptación	Hipercaptación	Hipercaptación
RM/TC	Osteolisis	Osteolisis	Osteolisis	Hiperseñal
Biopsia	Inflamatoria	Inflamatoria	Infeciosa?	Inflamatoria
Cultivos	Negativos	Negativos	Negativos	Negativos
Tratamiento	Antibiót./AINE	Antibiót./AINE	Antibiót./AINE	Antibiót./AINE

Se estudió y trató a los padres con resultado positivo de pruebas re-agínicas (título RPR 1/64) y treponémicas. Se detectó lesión residual del chancro en el padre, que no había consultado previamente. La evolución ha sido satisfactoria con descenso de RPR (1/16 a los 4 meses del tratamiento), normalización de radiología y exploración física y seguimiento neurológico correctos.

**Comentarios:** La sífilis congénita ha sufrido transformaciones en su presentación y son menos frecuentes las formas clínicas floridas. Predominan las monoasintomáticas (especialmente óseas) y asintomáticas (serológicas) de difícil diagnóstico. Destacamos la importancia de la serología luética en el primer trimestre de gestación y la necesidad de repetirla con posterioridad en casos de riesgo o sospecha clínica.

## 242 HEMOCULTURAS POSITIVAS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

11:20

F. Soares Almeida Leite, C. Faria y J. Ribeiro

*Hospital São Teotónio, Viseu, Portugal.*

**Antecedentes e objetivo:** A maioria das crianças febris que recorre a um serviço de urgência (su) pediátrica apresenta uma doença de etiologia vírica, frequentemente auto-limitada. No entanto, em situações seleccionadas pela sua gravidade, idade ou ausência de focalização é necessária investigação complementar que inclui a realização de hemocultura. Analisar as hemoculturas positivas por microrganismos patogénicos no nosso serviço de urgência, nomeadamente os agentes mais frequentes, sua evolução e correlação com a história clínica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo dos dados microbiológicos referentes aos agentes patogénicos isolados nas hemoculturas colhidas em crianças febris, com idade até aos 16 anos, admitidas no serviço de urgência pediátrica entre Janeiro de 2003 e Maio de 2007. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, ano da vinda ao su, diagnóstico e evolução.

**Resultados:** Entre Janeiro de 2003 e Maio de 2007, foram obtidas 470 hemoculturas positivas, destas apenas 89 (19%) foram consideradas verdadeiras bacteriémias, considerando-se nos restantes casos ter havido contaminação. Os germes patogénicos mais frequentemente isolados foram: *Streptococcus pneumoniae* (27 casos; 30,4%), *Neisseria Meningitidis* (14 casos; 15,7%), *Staphylococcus aureus* (12; 13,5%), *Escherichia coli* (12; 13,5%) e *Salmonella* (4; 4,5%). Neste período, 76,4% das crianças com hemoculturas positivas tinham idade inferior a 36 meses e a maioria (57,3%) era do sexo masculino.

**Conclusões:** O *S. pneumoniae* e a *N. meningitidis* são actualmente os microrganismos patogénicos predominantes, ocorrendo sobretudo em crianças com idade inferior a 36 meses, o que é concordante com outras séries.

## 243 QUANTIFERÓN: NUEVA ARMA DE DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO EN TUBERCULOSIS

11:27

E. Núñez Cuadros, P. Bermúdez Ruiz, M. Rivera Cuello y D. Moreno Pérez

*Unidad de Infectología, Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología, Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.*

**Introducción:** En los últimos años se han comercializado dos pruebas de diagnóstico inmunológico basadas en la cuantificación in vitro de la respuesta inmunitaria celular frente a *Micobacterium tuberculosis*. Una de ellas es el Quantiferón-TB Gold (QTF) que determina la producción de IF $\gamma$  en sangre total tras la estimulación de los linfocitos de forma específica con antígeno de *Micobacterium tuberculosis*.

**Objetivos:** Evaluar la aplicabilidad y validez del test de QTF en el medio hospitalario en pacientes expuestos al bacilo, con infección tuberculosa latente (ITL) o enfermedad tuberculosa, así como valorar la concordancia con el Mantoux.

**Resultados:** El test de QTF se ha realizado en 23 pacientes desde su introducción en nuestro hospital (agosto 2007) hasta septiembre 2008. El diagnóstico final de los pacientes fue: Enfermedad tuberculosa (10 pacientes), ITL (10 pacientes) y exposición (2 pacientes). Se realizó en un paciente con adenopatías mediastínicas que resultó un linfoma. En los 2 primeros grupos la concordancia entre el Mantoux y el QTF fue excelente, resultando ambos test positivos en todos los pacientes excepto en un paciente afecto de diabetes mal controlada e ITL que resultó el test negativo. En los 2 pacientes expuestos el QTF resultó negativo. Sólo se produjo un resultado indeterminado en un paciente inmunodeprimido (tratamiento corticoideo prolongado) con Mantoux negativo. Inicialmente no se ha informado de modo cuantitativo, de modo que no podemos correlacionar la cantidad de IF $\gamma$  con el tiempo de evolución desde la exposición inicial o diferenciar entre ITL y enfermedad.

**Comentarios:** El mayor beneficio de esta prueba se obtiene en pacientes inmunodeprimidos, vacunados con BCG o en infecciones por micobacterias atípicas. La mayoría de los pacientes estudiados eran inmunocompetentes con Mantoux + por lo que se utilizó como prueba de confirmación para poder así validarla y establecerla en nuestro laboratorio. Sería útil realizar un estudio prospectivo que valore la utilidad de QTF en niños inmunodeprimidos comparándolos con un grupo control.

## 244 ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS BRONQUIOLITIS EN 2008-09?

11:34

R. Corral Merino, P. Ruiz Ocaña, J.C. Flores González, A. Segado Arenas, M.Á. Partida Solano, F.J. Merino López y T. Aguirre Copano

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

**Introducción:** La bronquiolitis es la causa más frecuente de ingreso en menores de 1 año. Tendencia estacional, siendo el 60-80% por VRS. Afecta a un 10% de los lactantes, con máxima incidencia entre los 3-6 meses. Ingresan un 15-20% y tiene una mortalidad del 1-2%.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de historias clínicas de pacientes diagnosticados al alta de bronquiolitis, correspondientes a un año epidemiológico (2008-09).

**Resultados:** Ingresaron 112 pacientes, representando un 38,7% de los niños que acudieron a Urgencias con bronquiolitis y un 8% del total de ingresos. Distribución: noviembre 4%, diciembre 23%, enero 49%, febrero 18% y marzo 6%. De los hospitalizados en planta: Edad media de 2,6 meses, 60% varones; estancia media 7 días; VRS positivo en el 65,6%. El 41,3% presentaba acidosis respiratoria y la PCR media fue 1,52 mg/dl. Un 62,5% recibió oxigenoterapia, 21,87% fluidoterapia, 100% broncodilatadores, 21,87% corticoides y 25% antibioterapia. Requirieron UCIP 16 pacientes (14,3%), con edad media de 2,6 meses (mediana 1,75), 50% varones. Estancia media 14,6 días, VRS positivo 62,5%. Ingresaron por dificultad respiratoria aguda severa (50%), y apneas (30%). Como antecedentes personales, edad < 2 meses (70%), prematuridad (44%), cardiopatías (6%). Un 100% recibió oxigenoterapia, 93,75% fluidoterapia, 93,75% broncodilatadores, 56% antibióticos, 31% corticoterapia. Un 31,25% requirieron ventilación mecánica con una duración media de 11 días.

**Conclusiones:** Destacamos la alta tasa de ingresos de nuestra serie, representando 1/3 de los atendidos en urgencias, así como el alto índice de ingresos en UCIP; ambos hechos probablemente relacionados con la edad tan baja de presentación. Constatamos una alta prescripción de antibióticos, quizás por la dificultad que existe para diagnosticar una sobreinfección bacteriana; y que pesar de que los corticoides no han demostrado eficacia se continúan prescribiendo.

245

### MANEJO CONSERVADOR DEL FLEMÓN/ABSCESO PERIAMIGDALINO EN EDAD PEDIÁTRICA: REVISIÓN DE 6 AÑOS

11:41

A. Escribá de la Fuente, M. Triviño Rodríguez, E. Gargallo Burriel, J.J. García García, P. Wienberg Ludwig y J. Pou Fernández

*Servicio de Pediatría y Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.*

**Introducción:** En los últimos años se ha descrito un aumento en la incidencia del flemón/absceso periamigdalino (FP/AP) en la edad pediátrica. A pesar de ello, no existe consenso a la hora de su abordaje diagnóstico-terapéutico.

**Objetivos:** Describir la experiencia de nuestro centro en el manejo de los FP/AP y analizar que variables pueden ayudar a predecir su evolución.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes menores de 18 años diagnosticados de FP/AP entre enero de 2002 y diciembre de 2007.

**Resultados:** Se incluyeron 197 casos, edad media 10,2 años (DE 5,06), 53,8% mujeres. La media de días de ingreso fue 5,09 (DE 2,133). La incidencia de FP/AP encontrada duplica a la del período previo (1998-2001). Los síntomas y signos más frecuentes fueron odinofagia, hipertrofia amigdalina asimétrica y abombamiento del pilar amigdalino. Se realizaron 97 hemocultivos (HC) (1 positivo para *S. aureus*); 26 cultivos faríngeos (CF) (9 positivos, siendo *S. pyogenes* el más frecuente con 3 de ellos); 3 cultivos del pus tras PAAF con flora mixta y 59 faringotest (19 positivos, que se asociaron a > fiebre, alteración analítica y estancia hospitalaria ( $p < 0,05$ )). Se realizaron 34 TAC cervicales (82% abscesos), sin observarse asociación estadísticamente significativa (AES) entre ninguna variable clínico-analítica y el diagnóstico de AP o FP. El 83% recibió amoxicilina-clavulánico (Ac) ev, siendo también el más utilizado al alta. La duración media en días de la antibioticoterapia ev y total fue de 4,91 (DE 1,93) y 13,34 (DE 3,39) respectivamente. Se objetivó una AES entre el uso de corticoides y la presencia de disfagia y trismus ( $p < 0,05$ ). Se realizaron 4 PAAF y 4 drenajes quirúrgicos. Recurrieron 17 pacientes (8%), sobre todo si faringoamigdalitis de repetición (FR) previas. Se realizaron 37 amigdalectomías diferidas.

**Conclusiones:** Se comprueba en nuestra serie el aumento en la incidencia de FP/AP. No existen datos clínicos o analíticos que nos permitan diferenciar entre FP o AP. Ningún resultado microbiológico hizo cambiar la actitud terapéutica. No existen pautas claras en el uso de corticoides, siendo necesarios más estudios. Una estrategia conservadora (antibiótico 14 días y escasa cirugía) no asocia mayor n.º de recurrencias, en comparación con otras series con mayor n.º de drenajes quirúrgicos (12,1% de recurrencias).

246

### TUBERCULOSIS EN LACTANTES

11:48

A. Remesal Camba, G. Botija Arcos, F. Baquero Artigao, T. del Rosal Rabes, M.J. García de Miguel, F. del Castillo Martín, A.C. Barreda Bonis, A.M. González Fernández, M.I. de José Gómez y F.J. Aracil Santos

*Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital Infantil La Paz, Madrid, España.*

**Introducción y objetivos:** A pesar de que la tuberculosis es una enfermedad emergente, existen pocas series sobre sus características en lactantes. Nuestro objetivo es describir las particularidades epidemiológicas, clínicas, radiológicas y microbiológicas de la enfermedad en pacientes < 1 año.

**Material y métodos:** Revisión de las historias clínicas de los pacientes < 1 año diagnosticados de enfermedad tuberculosa en una

unidad de infectología de un hospital terciario entre enero 1988 y enero 2008.

**Resultados:** Se identificaron 30 pacientes con una edad media de 7,6 meses (rango 1-12 meses). Tres pacientes eran < 3 meses, uno de ellos con tuberculosis congénita probada. En un 66% de los casos se identificó contacto con un adulto bacilífero. El diagnóstico se realizó en base a la clínica en un 60% de los casos, siendo los síntomas más frecuentes: clínica respiratoria 66%, fiebre 50% y síntomas gastrointestinales 30%. El 40% se diagnosticó por estudio de contactos. El patrón radiológico más frecuente fue la consolidación parenquimatosa (46%), frente a un 18% de adenopatías hiliares aisladas. Tres niños presentaron patrón miliar y dos debutaron como masas pulmonares. El 13,3% presentó enfermedad extrapulmonar (3 meningitis y 1 artritis). La baciloscopia del jugo gástrico fue positiva en un 10% de los casos, y el cultivo en un 66%. En ningún caso aparecieron resistencias en el antibiograma. El 36% de los niños precisó la adición de corticoides al tratamiento habitual con isoniacida, rifampicina y pirazinamida, siendo la indicación más frecuente la compresión bronquial por adenopatías extrínsecas. La evolución fue favorable en las formas pulmonares, aunque 4 pacientes precisaron broncoscopia y uno lobectomía por masa pulmonar. Todos los pacientes con meningitis presentaron secuelas (2 retraso psicomotor y 1 crisis).

**Conclusiones:** Los lactantes con tuberculosis frecuentemente presentan afectación parenquimatosa y formas graves o diseminadas. La mayoría están sintomáticos en el momento del diagnóstico siendo la clínica respiratoria la predominante. La baciloscopia y el cultivo de jugo gástrico tienen mayor rentabilidad que en otras edades.

247

### INFECCIÓN POR SALMONELLA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: REVISIÓN DE 82 CASOS INGRESADOS EN NUESTRO HOSPITAL

11:55

R. Galindo Zavala, D. Moreno Pérez, A. Fernández Sánchez, E. Núñez Cuadros, M. Rivera Cuello y A. Jurado Ortiz

*Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.*

**Objetivos:** Descripción de los casos hospitalizados por infección por *Salmonella* (Smn).

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de 82 infecciones por Smn entre 0 y 14 años ingresados en nuestro hospital entre 1/1/03 y 30/06/08.

**Resultados:** El 45,1% eran mujeres. El 18,3% eran lactantes y el 8,5% menores de 6 meses (rango: 0,02-12,4 años). El 20,6% relacionaba la clínica con la ingesta de algún alimento en mal estado. Un 23,2% fueron brotes epidémicos familiares. El 2,4% eran inmunodeprimidos. El 95% fueron gastroenteritis agudas (GEA), 4 de ellas con sepsis clínica y analítica. El 26% referían sangre en heces. El 29,5% presentaban deshidratación moderada o grave. Sólo 1 caso, acidosis metabólica grave. Encontramos también una infección de partes blandas, una fiebre tifoidea, una meningitis en un varón de 3 meses con estudio inmunológico normal y una sepsis de origen entérico con atresia duodenal. Entre las GEAs, el 4,3% tenía leucopenia. Presentaron PCR > 50 mg/l todos los que presentaron HC (+). De los 71 casos de GEA sin sepsis sólo un hemocultivo (HC) fue (+) a Smn. El 50% de las GEAs con sepsis clínica presentaron Smn en el HC. En 71 antibiogramas, se observaron resistencias a amoxicilina-clavulánico en el 38%, al trimetoprim-sulfametoxazol en el 13,7% y a la cefotaxima en el 2,8% de los casos. El 32,4% de las GEAs sin sepsis clínica no recibió tratamiento antibiótico (ATB). De las GEAs que lo recibieron, el 60% presentaba PCR > 50 mg/l. La media desde el inicio del ATB hasta quedar afebril fue de 2,4 días, y de 3,6 días hasta la normalización de las heces. Los ATBs más usados fueron las cefalosporinas de 3.ª generación (56,2% ceftriaxona). Un paciente con hipogammaglobulinemia sufrió una recidiva.

**Conclusiones:** La infección por Salmonella es una patología frecuente. Se suele presentar como GEA, y puede llegar a ser grave. Es importante iniciar la antibioterapia si la evolución es mala, hay PCR alta o factores de riesgo. La prevención primaria resulta fundamental, especialmente la conservación y manipulación adecuada de los alimentos.

248

### TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PEDIATRÍA: REVISIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN LOS ÚLTIMOS 16 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Navarro Paterna, S. Negre Policarpo, M.L. Matoses Ruipérez, P. Berlanga Charriel, E.M. González Barberá, M.C. Otero Reigada, M. Santos Durantez, M.A. Pérez Tamarit y F. Asensi Botet

*Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.*

**Objetivos:** Determinar la incidencia, clínica y evolución de la afectación neurológica por micobacterias en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los casos de tuberculosis con afectación neurológica (1993-2008) en un hospital terciario.

**Resultados:** De 141 casos con infección por micobacterias (mayor incidencia: 1998 y 2008), un 4,25% (6 casos); mayor incidencia: 2000 asociaron afectación neurológica. Edad: 4 meses-7 años (mediana 17 meses). 84% mujeres. 33% inmigrantes. *Clínica inicial:* fiebre > 15 días (67%), vómitos/tos (50%) y estrabismo de > 3 semanas (33%). Ningún caso presentó al inicio meningismo. *Diagnóstico inicial:* catarro/neumonía (50%), encefalitis/lesión ocupante de espacio (33%) e ITU (17%). *Antibióterápia previa al ingreso:* 83%. *Estadio* (Medical Research Council): 83% estadio II (somnia (100%), estrabismo/signos meníngeos (50%), inestabilidad en la marcha (33%)) y 17% estadio III (convulsiones tónicas de inicio). *Mantoux* positivo: 66% (induración media: 14 mm). *RX de tórax patológica:* 84% (66% atelectasia basal izquierda, 33% miliar (más frecuente en estadio III)). *TAC/RMN craneal:* 67% lesiones (hidrocefalia triventricular: 100%), tuberculomas si patrón torácico miliar, II.º par craneal afectado en un 33% (vasculitis isquémica). *LCR (líquido cefalorraquídeo):* 6-400 células (mediana 132), predominio mononuclear, glucosa disminuida y proteínas aumentadas (40-163 mg/dl, mediana 61). *Electroencefalograma:* hipoactividad (100%). *Confirmación microbiológica:* 100% (Löwenstein: gástrico +67%, LCR +67% (Ziehl-Neelsen: 100%). *Tratamiento* antituberculoso cuádruple en el 100% (con corticoides 1 mes). Derivación ventrículo-peritoneal: 1 caso (hipertensión, superversión ocular, midriasis, reactividad disminuida). Mortalidad nula. *Secuelas:* 33% (estadio III): encefalomalacia y lesión del II.º par, tetraparesia espástica con necrosis cortical hemorrágica en 1 caso tras estatus convulsivo. *Contactos:* 50% positivos (padres y/o tíos).

**Conclusiones:** La incidencia de TBC en nuestro medio está aumentando, no así la afectación del sistema nervioso central. El diagnóstico precoz evita secuelas, debiendo sospecharse en caso de clínica neurológica larvada y/o fiebre prolongada (indispensable realizar Mantoux).

249

### DIAGNÓSTICO DE OSTEOMIELITIS. EL RETO CONTINUÚA

M. Soria López, M.T. Fernández Soria, R. Martín Molina, M.M. Bueno Campaña, M. Martínez Campos y M. Mitjavila Casanovas

*Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La osteomielitis es una enfermedad infecciosa infrecuente cuyo diagnóstico precoz continúa siendo difícil. Nos proponemos valorar qué pruebas diagnósticas tienen mayor rendimiento.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas informatizadas de los pacientes con diagnóstico al alta de osteomielitis aguda o subaguda de enero de 1999 a diciembre de 2008.

12:02

**Resultados:** Se revisaron 18 pacientes. El 83,3% varones, mediana de edad de 5 años (2 años y 3 meses-13 años). La duración de los síntomas previo al diagnóstico tuvo una mediana de 8,5 días (4-30 días). El 50% sólo presentó en la clínica inicial tres de los seis datos estudiados (dolor, calor, rubor, impotencia funcional, fiebre e inflamación), dolor en el 100%. La localización más frecuente fue la tibia proximal con el 22% (N = 4). Un caso fue multifocal. Se objetivó aumento de Proteína C reactiva (PCR) en el 61% y de velocidad de sedimentación (VSG) en el 81%. En 5 casos se elevó la VSG con PCR normal. Las VSG más elevadas se asociaron con una mayor duración de la fiebre ( $r = 0,6$   $p < 0,05$ ). La analítica no mostró ningún dato de infección en 2 casos. En el 100% se realizó radiografía simple (Rx) y fue diagnóstica en el 33,3%. La duración media de los síntomas con Rx normal frente a las patológicas fue de 7,5 días (DE: 8,8 días) y 17,5 días (DE: 17,8 días) respectivamente. En una ocasión fue la única prueba de imagen. La Rx, la ecografía y la gammagrafía llegan al diagnóstico en el 78% de los casos (N = 14). En un 27,8% se realizaron 4 pruebas de imagen. El tratamiento fue según protocolo al uso. Un caso presentó secuelas funcionales.

**Conclusiones:** El dolor y la impotencia son los únicos datos presentes en la mayoría de los casos. La VSG fue el dato analítico con mayor rendimiento y se correlacionó con la duración de la fiebre. Los hallazgos en la Rx dependieron de la duración previa de los síntomas. La radiografía, la ecografía y la gammagrafía llevan al diagnóstico en la mayoría de los casos. La gammagrafía descarta enfermedad multifocal, pero en nuestra serie ninguno presentó dicha afectación sin clínica acompañante. Planteamos la posibilidad de prescindir de esta prueba si la Rx o la ecografía confirman el diagnóstico.

250

### GASTROENTERITE A ASTROVÍRUS

A. Cardoso Casimiro, B. Caldeira y M.J. Brito

*Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal.*

**Introdução:** A gastroenterite aguda é uma importante causa de morbilidade infantil em todo o mundo. Os vírus entéricos são os principais agentes implicados, sendo os astrovírus responsáveis por 2 a 8% dos casos.

**Objectivo:** Caracterizar a gastroenterite a astrovírus em crianças internadas num hospital pediátrico de nível III, de Lisboa.

**Materiais e métodos:** Análise retrospectiva, de Janeiro de 2006 a Dezembro de 2008. O vírus foi identificado por imunoensaio enzimático (Ridascreen® Astrovirus) nas fezes. Foram analisados dados demográficos, clínicos e laboratoriais.

**Resultados:** A pesquisa de astrovirus foi solicitada em 839 crianças hospitalizadas, sendo positiva em 39 (4,6%) dos casos. Registou-se um predomínio no sexo masculino (69,2%) e uma média de idade de 22 meses (min-1 mês; max-6 anos) tendo 43,6% menos de 12 meses. 46% das infeções ocorreram entre Fevereiro e Maio. Dez crianças (25,6%) tinham doença crónica: doença cardíaca (5), doença neurológica (2) e outras (3). Nenhum doente tinha infeção HIV. Em 20,5% a infeção foi adquirida no hospital. Diarrea aquosa (100%), febre (76,9%) e vómitos (61,5%) foram os principais sintomas. As complicações ocorreram em 24 (61,5%) doentes: desidratação moderada (11), desidratação ligeira (13) e desequilíbrio hidro-electrolítico (4). Registou-se associação com outros agentes de gastroenterite em 15,4% casos: rotavirus (2), adenovirus (1), salmonela (1), giardia (1) e entamoeba histolítica (1) e com outras infeções em 33,3%: infeção respiratória (6), infeção urinária (6) e meningite pneumocócica (1).

**Conclusão:** Embora a incidência das gastroenterites por astrovirus seja baixa, este estudo demonstra que as complicações são frequentes mas sem gravidade significativa. A infeção em grupos etários mais velhos do que habitualmente se descreve na literatura poderá indiciar uma primoinfeção mais tardia na população estudada. Este é ainda um agente a ser considerado na etiologia das infeções nosocomiais.

12:09



PÓSTER MODERADO

Viernes, 5 de junio (10:45-12:15)

**PEDIATRÍA SOCIAL**  
Sala 3-4 (Planta 0)

**P251** **10:45**  
**INFECCIONES RESPIRATORIAS, SÍNDROME DE DOWN Y CARDIOPATÍAS: 2 ESTACIONES DEL ESTUDIO CIVIC 21**

C. Medrano López, J. Lirio Casero, L. García Guereta, J. García Pérez, V. Cuenca Peiró, F. Rueda Núñez, A. Mendoza, C. Quero Jiménez, M.D. García de la Calzada y F. Prada

*Grupo CIVIC de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas, y Unidad de Pediatría Social, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Tras realizar el estudio CIVIC en niños con cardiopatías congénitas significativas con una tasa de ingreso por infecciones respiratorias del 13,5% y detectar que el síndrome de Down es un factor de riesgo, se evalúa durante 2 estaciones consecutivas la tasa de hospitalización por infección respiratoria en niños menores de 24 meses con síndrome de Down con y sin cardiopatías congénitas. Se analizan los factores de riesgo asociados, medidas preventivas y se describe la etiología y el curso clínico. Comparamos por grupos con y sin cardiopatía.

**Métodos:** 454 niños fueron incluidos (227 con cardiopatía significativa, 73 con cardiopatía no significativa y 150 sin cardiopatía) y seguidos de octubre a abril de las estaciones de 2006 a 2008 en un estudio epidemiológico, multicéntrico (53 hospitales), observacional (descriptivo), prospectivo.

**Resultados:** 92 pacientes ingresan (20,3%) con 116 hospitalizaciones totales por infecciones respiratorias. Las tasas por grupos fueron: 22,9% en cardiopatía significativa, 21,9% en cardiopatía no significativa y 16% en el grupo sin cardiopatía. Los factores de riesgo asociados se presentan en la tabla.

Factor de riesgo/protector	Riesgo	Límites IC 95%
Hermanos menores de 11 años	2,07	1,26-3,41
Edad mayor o igual a 12 meses	0,43	0,24-0,77

Los diagnósticos clínicos fueron bronquiolitis (60,3%), neumonía (37,1%), e infección de vías altas (7,8%). El principal germen detectado (32) fue el virus respiratorio sincitial (VRS). Recibieron inmunoprofilaxis completa frente a VRS el 77,4%, 12,7% y 5,6% e ingre-

saron específicamente por VRS el 7,3%, 9,9% y 5,6% de los pacientes con cardiopatía significativa, con cardiopatía no significativa y sin cardiopatía respectivamente. La estancia mediana fue de 7 días y un 20,7% de ingresos en UCI o tuvieron criterios de gravedad.

**Conclusiones:** Los niños con síndrome de Down tienen una elevada tasa de ingreso por infección respiratoria. Uno de cada 5 tiene cuadros graves. Los pacientes con menor edad y hermanos tenían mayor riesgo. La bronquiolitis por VRS es el principal cuadro y los pacientes sin cardiopatía significativa, con tasas bajas de inmunoprofilaxis a VRS, ingresan más.

**P252** **10:50**  
**LA METODOLOGÍA CUALITATIVA COMO VEHÍCULO DE RESPUESTA A LA PARTICIPACIÓN DEL MENOR EN EL DISEÑO DE LA MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

B. Alías Álvarez, M. Gómez de Terreros, J.F. Lozano Oyola, F. García González, M.C. Blanco Ruiz e I. Gómez de Terreros

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, y Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.*

**Antecedentes:** Nuestra investigación parte tras la iniciativa de un adolescente de 14 años, intervenido quirúrgicamente varias veces en nuestro centro terciario, de hacernos llegar los aspectos positivos y negativos de su experiencia en su último ingreso. A ello se une que las legislaciones civil, penal, sanitaria y la reguladora de la protección, reconocen al menor maduro la capacidad de decisión sobre los derechos inherentes a su personalidad, en general, y sobre su derecho a su salud, en particular.

**Objetivo:** Conocer la satisfacción con la atención recibida por los niños.

**Métodos:** Mediante una carta que se entrega en el Colegio del Hospital, se invita a realizar una valoración de la asistencia recibida. Dicha valoración se pide en un formato abierto, a modo de redacción. Se recogen otros datos complementarios y el consentimiento informado del niño y de sus padres, respetándose la Ley de protección de datos. La población objeto de estudio está comprendida por niños y adolescentes que hayan estado ingresados en el hospital al menos nueve días y cuyas edades oscilen entre 9 y 16 años. El tratamiento de los datos y el análisis de la narrativa se han diseñado en función de los relatos que aportan los pacientes. Se utiliza una metodología cualitativa cuyo objetivo es obtener un conocimiento directo de la realidad social, no mediado por definiciones conceptuales u operativas, ni filtrado por instrumentos de medida con alto grado de estructuración.

**Resultados:** Se presenta el trabajo realizado aplicando la primera fase de la metodología cualitativa que consiste en reducir los datos, procedentes de la narración de 56 pacientes, mediante un proceso de categorización. Este proceso de categorización implica varias fases: a) separación de unidades; b) identificación y clasificación de unidades; y c) síntesis y agrupamiento. Las tablas obtenidas se presentarán en la comunicación.

**Conclusiones:** La metodología cualitativa permite obtener información procedente de los menores acerca de su propia experiencia de hospitalización, la cual puede ser tenida en cuenta a la hora de diseñar programas para la mejora de la calidad asistencial.

## P253 10:55 PATOLOGÍA OCULAR EN NIÑOS ADOPTADOS

L. Cavero Roig, Á. Díaz Conradi, Á. Ferrero Rosanas, A. Mozota Rubio, C. Valls Cirera, F. Cachadiña Doménech, G. Tallo Catarineu, M. Vives y T. Nogué Abadías

*Hospital de Nens, Barcelona, España.*

**Objetivos:** Determinar la patología ocular y visual en niños procedentes de adopción internacional.

**Material y métodos:** Hemos realizado un estudio prospectivo sobre la patología ocular en 100 niños adoptados remitidos a la Unidad del niño adoptado del Hospital de Nens de Barcelona. Las principales variables estudiadas han sido: agudeza visual (AV), refracción, biomicroscopia, motilidad ocular y funduscopía.

**Resultados:** La edad media de los niños estudiados ha sido de 3,58 años R (1-14). La distribución por sexos fue de 1: 1,1 (niño: niña). Los niños han procedido de 14 países siendo los más frecuentes Rusia (40%) y China (31%). El período de institucionalización medio ha sido de 22,03 meses R (1-72). El 40% de los niños presentaron ametropía (hipermetropía 25%, astigmatismo 20% y miopía 4%). La incidencia de ambliopía ha sido del 6%. El estrabismo se ha presentado en el 18% de los niños (endotropía 11%, exotropía 6% y estrabismo vertical 4%). El 13% han presentado malformaciones congénitas, siendo un 2% malformaciones mayores con potencial pérdida de AV. Los procesos inflamatorios-infecciosos se han presentado en el 4% de niños.

**Conclusiones:** La prevalencia de problemas oculares y visuales en los niños procedentes de adopción internacional es muy superior a la observada en niños no adoptados. El pediatra debe conocer esta contingencia para remitir a estos niños al oftalmólogo infantil para valoración a su llegada del país de origen.

## P254 11:00 UTILIDAD DE LA REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL PARA PADRES

M.C. Martínez López, M.C. Miranda Herrero, P. Hernando Puente, M.I. Pescador Chamorro, M.I. Fontecha García de Yébenes, A. Berroya Gómez, V. Luengo Herrero, G. Álvarez Calatayud, C. Sánchez Sánchez y J.L. Morales Pérez

*Sección de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Evaluar los conocimientos de los padres sobre alimentación infantil y evaluar la eficacia de un curso de formación para padres con la finalidad de mejorar dichos conocimientos.

**Métodos:** Se realizó un curso de formación para padres que se incluyó dentro del programa de la VIII Semana de la Ciencia que organiza anualmente la Comunidad de Madrid. El curso estaba dividido en dos mesas redondas; la primera sobre la alimentación en las diferentes etapas de la vida, y la segunda sobre trastornos de la alimentación. Se entregó un cuestionario de 30 preguntas con dos

respuestas posibles (verdadero o falso) antes y después del curso así como una encuesta de satisfacción.

**Resultados:** De 50 asistentes al curso, 66% fueron mujeres, con un rango de edad entre 30 y 40 años, un nivel de estudios medio-superior y en general con profesiones no relacionadas con el ámbito sanitario ni nutricional. La mediana de hijos era de 1, la mayoría de los cuales eran lactantes (35%) y adolescentes (30%). En la evaluación previa los padres contestaron correctamente 22 preguntas de un total de 30 (73%); dejando de contestar 1 de promedio. En la evaluación final el número de respuestas correctas fue de 25 (83%). Las cuestiones de más dificultad fueron aquellas referentes a requerimientos nutricionales específicos y a trastornos de la alimentación. Por otro lado, la evaluación subjetiva al final del curso fue excelente, valorando positivamente tanto la organización del curso como los temas expuestos, en una escala del 0 al 5, la media de puntuación fue de 4. Las principales sugerencias de los padres para mejorar la calidad del curso se refieren a la entrega de documentación previa.

**Conclusiones:** En general los conocimientos de los padres asistentes sobre alimentación infantil eran aceptables, aunque existen mitos erróneos difíciles de corregir. Los cursos formativos son importantes en la educación para la salud y en general despiertan gran interés en la población.

## P255 11:05 USO (OU ABUSO) DE FÁRMACOS NA IDADE PEDIÁTRICA

R. Dias Batista Maia, C. Luis, M. Carneiro Moura, A. Rui Ribeiro, E. Almeida y M.J. Brito

*Hospital Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal.*

**Introdução e objetivos:** A exposição a fármacos na idade pediátrica pode ser nociva. Por outro lado, o conhecimento sobre o seu impacto no crescimento e desenvolvimento e na comunidade, como nas resistências bacterianas, é reduzido. Este estudo tem como objectivo avaliar o padrão de consumo numa população pediátrica portuguesa.

**Métodos:** Estudo transversal, com recrutamento prospectivo e recolha de dados por inquérito, em crianças, sem doença crónica, que recorreram ao serviço de urgência de um hospital português, num período de 2 meses.

**Resultados:** Foram incluídas 189 crianças (120 com consumo e 69 sem consumo) com mediana de idade de 3,9 anos (min-2 meses; max-16,9 anos). A prevalência do consumo de fármacos nos três meses anteriores foi de 63,5% - maior nas crianças com idade  $\leq 1$  ano (73% vs 59%;  $p = 0,05$ ) e com seguimento médico regular (67% vs 43%;  $p = 0,015$ ). Os fármacos mais prescritos foram analgésicos/antipiréticos (41,1%), antimicrobianos (25,8%), anti-histamínicos (7%) e broncodilatadores (3,5%). Em 47,5% dos casos eram medicamentos não sujeitos a receita médica e em 19,1% comprovou-se "auto-medicação". Em seis crianças a utilização de anti-histamínicos, expectorantes e analgésicos não estava recomendada para a faixa etária. O consumo de antimicrobianos foi mais elevado nas crianças com idade  $\leq 2$  anos (31,8% vs 20,4%;  $p = 0,05$ ), com domínio da amoxicilina/ácido clavulânico (40,4%) e penicilinas (34,6%). Em 9,6% destes casos foram relatados possíveis efeitos secundários, maioritariamente gastrointestinais.

**Conclusões:** De acordo com o nosso conhecimento este é o primeiro estudo em Portugal a avaliar o padrão de consumo de fármacos numa população pediátrica. Este consumo foi elevado, sobretudo na infância precoce, evidenciando a necessidade de vigiar os efeitos farmacológicos na criança. Os medicamentos não sujeitos a receita médica, amplamente utilizados, poderão associar-se a riscos acrescidos, pela facilidade no seu acesso. A utilização elevada de antimicrobianos, sobretudo de penicilinas de largo espectro, poderá vir a associar-se ao desenvolvimento de resistências aos antimicrobianos no futuro.

## P256 PREVENCIÓN DE LESIONES: UNA MOTIVACIÓN PARA PADRES Y PEDIATRAS

11:10

J.F. Hurtado Díaz, M.A. Táboas Pereira, M.P. Vior Álvarez, M. Mantecón Ruiz, M.E. Porta Dapena, A. Pellitero Maraña, L. Ocampo Fontangordo, S. González González, C. Lorenzo Legerén y F. Martinón Sánchez

*Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario, Ourense, España.*

**Introducción:** Las lesiones son la 1.ª causa de muerte entre 1 y 40 años. Es la 1.ª causa de años potenciales de vida perdidos, y constituyen una importante causa de morbilidad. La tasa de mortalidad nacional es de 9,42 por cada 100.000 habitantes, siendo muy superior en Galicia: 14,1 por cada 100.000, la más alta del país. Los hogares y la vía pública provocan el mayor n.º de lesiones.

**Objetivos:** Conocer el grado de información y aplicación de medidas preventivas de lesiones por parte de padres de niños que acuden a urgencias. Determinar la información aportada por pediatras. Identificar las áreas deficitarias con el fin de diseñar una intervención.

**Material y métodos:** Encuesta diferencial para los distintos grupos etarios. Se incluyen características epidemiológicas y medidas de prevención específicas de lesiones.

**Resultados:** Se recogen 123 encuestas, con distribución equilibrada por sexos, siendo representativa de la población en los grupos etarios. En el 63% de los casos, los abuelos son los cuidadores en ausencia de los padres. El 37% de los escolares no acude a los controles de niño sano. Intoxicaciones: sólo el 33% deja los medicamentos fuera del alcance de escolares. Lesiones: el 30% de los hogares con armas, están al alcance, así como el 38% de los objetos cortopunzantes en el grupo de preescolares. Ahogamiento: Sólo están protegidas las escaleras en el 50% de los hogares de lactantes. El vallado de las piscinas fue nulo en los 3 casos de lactantes, y en la mitad del resto de los grupos. El 65% de escolares nada sin la supervisión de un adulto. Quemaduras: El 90% aplica adecuadamente las medidas de prevención. Accidentes: El 67% de preescolares no usa casco al montar en bici, el 24% de escolares viaja en el asiento del copiloto y el 13% de preescolares no usa la silla adecuada. Los padres refieren haber recibido información por parte del pediatra en torno al 20% de los casos, en todos los ítems.

**Conclusiones:** El conocimiento y aplicación de medidas preventivas es deficitario, especialmente en accidentes domésticos, ahogamiento e intoxicaciones. Los padres perciben una información insuficiente por parte de pediatras, Ambas situaciones deben ser solventadas.

## P257 HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA CON PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS

11:15

O.M. Escobosa Sánchez, A. Herrero Hernández, L. García Hidalgo, B. Tundidor Moreno, M.A. Orduña Martín, M. Sánchez Rivas, T. Acha García y A. Jurado Ortiz

*Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica, Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.*

**Introducción:** Desde 1999 nuestra Unidad de Hospitalización a domicilio pediátrica (HADO) atiende en domicilio a niños enfermos de patologías muy variadas. Un grupo importante son los pacientes traqueostomizados. Reciben en domicilio el material, la formación y apoyo necesarios para que permanezcan en su casa con las mismas atenciones que en el hospital.

**Métodos:** Análisis de los datos de los pacientes traqueostomizados ingresados en HADO entre diciembre de 1999 y diciembre de 2008.

**Resultados:** En estos 9 años se han realizado 105 ingresos de pacientes traqueostomizados en HADO. Recibieron ventilación mecánica domiciliaria 47 ingresos. Además han recibido oxigenoterapia, aerosolterapia, nutrición enteral y tratamiento de soporte de acuerdo con sus necesidades individuales. La patología de base más frecuente fue la distrofia muscular (36,2%), seguida de encefalopatía (24,7%) y anomalías congénitas de la vía aérea (12,4%). La mayoría de los enfermos procedían de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (44,8%). La estancia en domicilio tuvo una mediana de 27 días (rango: 1-1.825). Se realizaron en total 3.132 llamadas a domicilio, 513 visitas de pediatra y 664 de enfermera. El número de reingresos hospitalarios por empeoramiento clínico de su patología de base ó enfermedad intercurrente fue de 18. Los cambios periódicos de la traqueostomía los realizan habitualmente los padres con la ayuda y supervisión del personal de HADO. No se registraron problemas graves derivados del manejo de la misma.

**Conclusiones:** La hospitalización a domicilio proporciona cuidados de rango hospitalario en casa a los niños con patologías complejas como son los pacientes traqueostomizados. Permite el alta precoz del hospital, cuando están estables y con una adecuada incorporación a la vida familiar de estos niños y sus padres. Los familiares reciben la formación necesaria para el manejo de estas patologías, así como el material que precisa cada paciente. Se proporciona un seguimiento telefónico por el personal de la Unidad, así como visitas programadas al domicilio, controlando mejor la enfermedad y los problemas intercurrentes. Se producen pocos reingresos hospitalarios.

## P258 ESTUDIO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA FIEBRE EN LOS PADRES EN RELACIÓN CON LA EDAD DEL NIÑO

11:20

B. del Pozo Menéndez, M.A. Roa Francia, G. Tesorero Carcedo, C. Troyano Rivas, C. Terol Espinosa de los Monteros y P. Puyol Buil

*Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid, España.*

**Objetivos:** Conocer el nivel de conocimientos de los padres y madres sobre la fiebre y su manejo en relación con la edad del niño.

**Métodos:** Estudio observacional mediante encuesta aleatoria a 94 padres o madres, en pacientes ingresados o de consultas, comparando los resultados en menores de dos años y mayores o de esa edad, realizando un cuestionario de 23 preguntas. El estudio se analizó con SPSS 14.0. Se calcularon los intervalos de confianza de las variables para una seguridad del 95% ( $p < 0,05$ ). Para comparaciones se utiliza  $\chi^2$ .

**Resultados:** Un total de 50 niños menores de dos años y 44 con edad igual o superior a dos años. Se encontraban acompañados de la madre el  $72,7 \pm 9,2\%$  de mayores, el  $54 \pm 10,3\%$  de menores y de ambos el  $6,8 \pm 5,2\%$ . Eran españoles el  $88,6 \pm 6,6\%$  de mayores y el  $80 \pm 8,3\%$  de menores. Definían bien febrícula el  $50 \pm 10,3\%$  de padres de mayores de dos años y  $60 \pm 10,1\%$  de menores. Utilizaban termómetro de mercurio  $52 \pm 10,3\%$  de mayores y  $36 \pm 9,9\%$  de menores. Consideraban la fiebre por dentición superior a  $38^\circ\text{C}$ , el  $78 \pm 8,5\%$  de mayores y  $69 \pm 9,5\%$  de menores. Termometraban en axila el  $93 \pm 5,3\%$  en mayores y  $74 \pm 9\%$  en menores. La consideraban relacionada con la gravedad el  $30 \pm 9,5\%$  de mayores y  $34,7 \pm 10\%$  de menores. Mayor riesgo de convulsión a mayor fiebre el  $88 \pm 6,66\%$  de mayores y  $87,4 \pm 6,8\%$  de menores. Medios físicos el  $93 \pm 5,3\%$  de mayores y  $96 \pm 4\%$  de menores. Vía oral el  $93 \pm 5,3\%$  de mayores y  $91,5 \pm 5,8\%$  de menores. Alternaban antitérmicos el  $48,8 \pm 10,3\%$  de mayores y  $44 \pm 10,2\%$  de menores. Los menores de dos años utilizaban más el paracetamol ( $p = 0,01$ ). Las madres de menores conocían menos signos de alarma ( $p = 0,048$ ). Los menores estaban más acompañados de padres que de madres ( $p = 0,043$ ). No encontrando otras diferencias en relación a la edad.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, las madres de niños más pequeños conocen peor los signos de gravedad, los menores utilizan más el paracetamol, los mayores utilizan más el termómetro de mercurio. La alternancia de antitérmicos es elevada. En general el conocimiento sobre el manejo de la fiebre es deficiente.

## P259

### PROCEDIMIENTOS PEDIÁTRICOS: ¿QUIEREN PRESENCIARLO LOS PADRES?

11:25

J. García Pérez, J. Rodríguez, C. Losana, M. Terrasa Nebot, J. Lirio Casero y J.A. Díaz Huertas

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, Universidad de Granada, Granada, y Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Introducción:** Muchos pediatras no quieren que los padres estén presentes cuando se efectúan procedimientos médicos invasivos.

**Material y métodos:** Durante un período de 2 meses se investigó si los padres preferían estar o no presentes cuando a sus hijos se les practicaba una venopunción o cuando se les colocaba un catéter endovenoso. De los 253 padres elegibles, 250 completaron el estudio. Entre ellos, la mayoría (88%) eran madres. La edad media de los padres fue de 30 años y la de los niños de 4,5 años. Las causas por las que acudieron al servicio fueron fiebre (18%), infección del tracto respiratorio superior (10%), vómitos o diarrea (7%), dolor de oídos (10%), laceraciones (14%) y otras enfermedades (41%).

**Resultados:** De los 250 padres, 196 (78%) deseaban estar presentes cuando sus hijos tuvieran necesidad de una extracción de sangre o de la colocación de un catéter endovenoso. El 80% de este grupo manifestó que los haría sentirse mejor, el 91% creyó que su hijo se sentiría mejor y el 73% pensó que podía ayudar al médico. De los 54 padres que no desearon estar presentes, 4 manifestaron miedo, 22 creían que harían daño a su hijo y sólo 2 pensaron que una explicación del procedimiento podría ser de ayuda. Para el grupo de padres que deseaban estar presentes se encontraron diferencias significativas con respecto a permitir que a otros hijos se les practicaran estas técnicas, a pertenecer a la raza negra más que a la hispánica o a la blanca y a tener un mayor nivel de educación. La edad, el sexo del niño o del padre, el número de niños en la familia, el estado marital o la causa de su visita no tuvieron influencia en la elección de estar o no presentes.

**Conclusiones:** Parecería que la mayor parte de los padres prefieren asistir cuando sus hijos deben ser sometidos a procedimientos básicos como venipuntura o la colocación de un catéter endovenoso. Debe estimularse a los pediatras y enfermeros/as para que permitan que los padres estén presentes en estas ocasiones, ya que la presencia de los padres ayuda a la mayoría de los niños. No debe sorprender que la mayoría de los padres deseen estar con sus hijos cuando son sometidos a algunos procedimientos.

## P260

### FUENTES DE INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO DE LOS HIJOS EN PARTURIENTAS. RESULTADOS PRELIMINARES

11:30

V. Recio Pascual, M.L. Fernández Pérez, A. Jiménez González, C. Rodríguez Fernández, R. Morales Sánchez y L.M. Rodríguez Fernández

*Complejo Hospitalario de León, León, España.*

**Objetivo:** Conocer el origen de la información sobre el cuidado de sus hijos recién nacidos utilizada por las madres recientes e investigar si la fuente varía según algunas características maternas.

**Métodos:** Las madres de los niños a término nacidos durante 14 días en nuestro Hospital fueron interrogadas sobre algunas características personales y sobre la información de la que disponían

para atender a sus hijos. Los datos recogidos en la encuesta fueron: Edad y nivel de estudios maternos, número de hijos, idoneidad de la información disponible y dificultad para acceder a ella, fuentes de información utilizadas hasta el momento y previsiones para el futuro. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test de la "chi cuadrado".

**Resultados:** Participaron en el estudio 35 mujeres de entre 15 y 41 años de edad (media de 30,2 años). El 24% tenía estudios primarios, el 42% medios y el 33% universitarios. El 64% de las madres eran primíparas (número medio de hijos: 1,5). Sólo un 5% consideraba no tener suficiente información para cuidar a su hijo y un 2% refirió dificultades para obtenerla. Antes del parto, la mayoría (77%) usó como principal fuente de información a la matrona en los cursos de preparación, mientras que después del parto un 64% esperaba obtenerla del pediatra. Las madres auguraban que el uso del pediatra como fuente de información aumentaría significativamente tras el parto (11/35 vs 20/31,  $p = 0,007$ ), mientras preveían que disminuirían el uso de revistas ( $p = 0,03$ ) y las consultas al ginecólogo ( $p = 0,04$ ). La búsqueda de información en Internet fue significativamente más habitual en las madres con estudios universitarios que en las de menor nivel educativo (72% vs 25%,  $p = 0,007$ ).

**Conclusiones:** La gran mayoría de las madres de nuestro estudio dice tener suficiente información y no haber tenido dificultades para conseguirla, incluso para atender a su primer hijo. La principal fuente de información previa al parto fueron los cursos de preparación, mientras que en el futuro piensan obtenerla sobre todo del pediatra. Internet es todavía un medio de información poco habitual entre las madres sin estudios universitarios.

## P261

### USO PATERNO DE INTERNET PARA CONSULTAR INFORMACIÓN MÉDICA: ENCUESTA INICIAL EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL DE PEDIATRÍA

11:35

A.J. Cartón Sánchez, M. Cuesta Rodríguez, A. García-Duarte, E. Yeves, L. Albajara Velasco y R. Hernández

*Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid, España.*

**Introducción:** Los pediatras parecen estar percibiendo un uso creciente de Internet por parte de los padres para consultar información sobre la salud de sus hijos. Nuestro objetivo es describir la frecuencia, manera y comprensión de estas consultas en nuestra planta de hospitalización general.

**Método:** Se entregó una encuesta de participación voluntaria y anónima a los padres de niños ingresados en la planta de hospitalización general de pediatría de nuestro hospital. Se evaluó el acceso a Internet y su uso para consultar información médica. Se caracterizaron factores socioculturales, familiares, y relativos al hijo ingresado.

**Resultados:** 37 madres y 13 padres completaron 50 encuestas. La edad media de los progenitores fue de 34 años. El 72% de los padres tenían nacionalidad española. El nivel de estudios referido fue: educación básica (12%), educación secundaria (28%), formación profesional (32%), educación superior (28%). La familia constaba de 1 hijo (42% de los casos), 2 hijos (38%), 3 hijos (18%), y 4 hijos (2%). El hijo ingresado ocupaba la posición primera en el 60%, segunda en el 24%, y la tercera en el 16%. La mediana de edad de los niños fue de 5,5 meses (rango RN-10 años). 7 niños tenían alguna enfermedad crónica (14%). Los motivos de ingreso fueron principalmente procesos respiratorios (bronquiolitis, broncoespasmos, etc., en el 56%) y cuadros infecciosos (síndromes febriles, sepsis, etc., en el 24%). El 76% de los padres disponían de acceso a Internet. El 46% lo empleaba para consultar información médica habitualmente. 26 de los 50 padres (52%) lo usaron para consultar sobre el ingreso de su hijo. En ellos, la forma de consulta habitual fue el uso

de un buscador general no especializado (92%). El 77% de los casos consideró clara la información, y que además coincidía con la aportada durante el ingreso. Cuando no coincidió, se expresó desconfianza en el pediatra en todos los casos. El 31% de los padres que consultaron expresó que su forma de relacionarse con el pediatra se había modificado tras la consulta.

**Conclusiones:** En esta encuesta, se constata que aproximadamente la mitad de los padres consultan Internet de forma generalista para obtener información de sus hijos hospitalizados, que se percibe habitualmente como clara y coincidente con la del pediatra. Tras la consulta, puede haber un cambio en la dinámica de la relación pediatra-padre.

## P262 11:40 PERCENTILES DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD EN NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES DE VERACRUZ

E.A. Lara-Pérez y M.Y. Hernández Ambrosio

*Academia Mexicana de Pediatría, Veracruz,  
Colegio Mexicano de Profesores de Pediatría, Veracruz,  
e Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz, México.*

**Introducción:** El sobrepeso-obesidad se ha incrementado con aumento de morbimortalidad y menor esperanza vital.

**Método:** Encuestamos escolares y adultos jóvenes, utilizando índice de masa corporal (IMC). Se clasifican y realizan percentiles por grupo y género.

**Resultados:** 2.705 escolares 1.368 (51%) masculinos y 1.337 (49%) femeninos. Edad mediana 9 años, IMC mínimo 15,02, máximo 41,09 y mediana 18,32, varianza 16,20, y  $p < 0,001$ . Desnutrición 52,85% normal 40,20%, sobrepeso 5,92% y obesidad 1,02%. Adultos jóvenes: ambos sexos (341 casos): edad mínima 17 años, máxima 38 años y mediana 25 años, IMC mínimo 16,92, máximo 41,52 y mediana 23,07  $p < 0,001$ . Desnutrición 3,90%, normal 66,10%, sobrepeso 24,81% y obesidad 5,20%.

**Conclusiones:** La clasificación internacional es polémica por implicaciones étnicas, sociales, nutricionales y culturales de cada país o región, con resultados de estudios que no se ajusta a lo esperado, invitando tener clasificaciones regionales de nutrición. La desnutrición es el problema más importante de escolares y en la edad adulta el sobrepeso y la obesidad.

## P263 11:45 INTENTO DE AUTÓLISIS. ¿UNA ENFERMEDAD EN AUMENTO?

P.J. Jiménez Parrilla, M.C. Cuadrado Caballero,  
J. Valverde Fernández y L.E. Durán Vargas

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

**Objetivos:** Presentamos tres casos de intento de autólisis acontecidos en un período de 4 meses (noviembre, diciembre 06, enero y febrero 07) que necesitaron ingreso. Representa el 33% de los casos atendidos en urgencias en este período (9 casos). Se aprecia un aumento de consultas.

**Material y métodos:** *Caso 1:* Mujer de 14 años que consulta por ingesta de 14 comprimidos de tetrazepam 50 mg tras fuerte discusión con la madre. A las 4 horas de la ingesta presenta hipotonía generalizada y tendencia al sueño, es llevada a urgencias. En seguimiento por psiquiatría infantil debido a cambios de carácter. Buen ambiente familiar, correcta actitud con amigos, deficiente rendimiento escolar. *Caso 2:* Adolescente mujer de 13 años que acude por ingesta voluntaria de naproxeno en dosis tóxicas tras discusión familiar; dos semanas antes había realizado un episodio similar, que se decidió no ingresar, desde entonces en seguimiento por psiquiatría infantil. Buen entorno familiar, frecuentes discusiones con la

madre, correcta relación con los amigos, mal rendimiento escolar. *Caso 3:* Mujer adolescente de 13 años, traída al hospital por ingesta voluntaria de medicamentos (ebastina, amoxicilina y paroxetina), la encuentran consciente, nerviosa y llorando. Trastornos de conducta según la familia desde hace 2 meses, suspendiendo asignaturas. Grave disociación familiar, vive con madre, a la que denomina autoritaria y mentirosa, y con su hermana; conoció a su padre hace 2 años.

**Resultados:** En los tres casos realizamos las pruebas analíticas y de estudio (EEG) para descartar organicidad, sin datos patológicos. Necesitamos buena coordinación entre los servicios de pediatría, psiquiatría y trabajadores sociales. La evolución de los pacientes fue favorable, sin complicaciones, cursándose alta. Es fundamental un control riguroso tras ésta, con citas periódicas; y, aunque básicamente el tratamiento se realiza con psicoterapia, la figura de su pediatra es muy importante.

**Conclusiones:** Las pacientes presentaban datos comunes, mujeres, en fin de edad pediátrica, bajo rendimiento escolar, ambiente urbano, precipitante de discusión familiar, parecen intentos de llamar la atención, y no claro suicidios; influye de manera importante el entorno familiar, aunque no es determinante. Lo que es claro, y alarmante, es el incremento de casos a esta edad.

## P264 11:50 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: INFORMACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDIDAS POR LOS PADRES Y CUIDADORES

J.F. Hurtado Díaz, M. Mantecón Ruiz, M.A. Táboas Pereira,  
M.P. Vior Álvarez, M.E. Porta Dapena, A. Pellitero Maraña,  
S. González González, L. Ocampo Fontangordo,  
C. Lorenzo Legerén y F. Martinón Sánchez

*Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario, Ourense, España.*

**Introducción:** La prevención y educación en la salud forma parte importante del papel del pediatra. Cada vez se extiende su área de actuación en respuesta a necesidades de la sociedad. Posee una posición privilegiada para identificar situaciones de riesgo e intervenir para evitar que ocurran. Casi en su totalidad se realiza en atención primaria, pero debe reforzarse la participación en otros ámbitos, especialmente el hospitalario.

**Objetivos:** Conocer la información y aplicación de medidas preventivas y de fomento de estilos de vida saludables por parte de padres y cuidadores de niños que acuden al servicio de urgencias de nuestro hospital. Determinar el porcentaje de información que los padres han obtenido de pediatras. Identificar las áreas deficitarias con el fin de poder diseñar una intervención.

**Material y métodos:** Encuesta diferencial para cada grupo pediátrico, recogiendo datos epidemiológicos generales, medidas preventivas generales, de lesiones, y de fomento de estilos de vida saludable.

**Resultados:** Total de 123 encuestas (53% preescolares, 37% escolares y 10% lactantes). Distribución por sexos al 50% aproximadamente. En el 92% responde la madre. Exposición al tabaco en el 36% de hogares. Los abuelos son cuidadores en ausencia de los padres en el 63%. Respecto al consumo de nuevas tecnologías, el 14% de escolares y 13% de preescolares pasa más de 3 horas al día en TV, ordenador y videojuegos. En torno al 60% de los niños entre 4 y 14 practica deportes menos de dos horas a la semana. En alimentación el 19% de escolares consume bollería industrial todos los días. Un 15% de escolares consume frutas y verduras dos veces a la semana o menos. La totalidad aplica medidas de protección solar a sus hijos, y en torno al 95% refiere un adecuado hábito de higiene dental. Sobre el grado de información que los padres refieren haber recibido de pediatras, entre un 83,3% y un 42% según el área encuestada, no han sido informados.

**Conclusiones:** El conocimiento y aplicación de medidas de promoción de estilos de vida saludable es deficitario, mayor en ali-

mentación y consumo de nuevas tecnologías. Los padres perciben una información insuficiente por los pediatras, lo que debe ser solventado.

## P265 11:55 QUÉ SABEN Y CÓMO MANEJAN LOS PADRES LA FIEBRE

F. Guerrero Alzola, M.A. Roa Francia, B. Martínez Escribano, C. Terol Espinosa de los Monteros, B. del Pozo Menéndez y P. Puyol Buil

*Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid, España.*

**Objetivos:** Valorar el nivel de conocimientos de los padres sobre la fiebre y el los signos de gravedad.

**Métodos:** Estudio observacional mediante encuesta aleatoria a 101 padres, en pacientes ingresados o de consultas. Se realizó un cuestionario de 23 preguntas. El estudio se analizó con SPSS 14.0. Se calcularon los intervalos de confianza de las variables para una seguridad del 95% ( $p < 0,05$ ). Para comparaciones se utiliza  $\chi^2$ .

**Resultados:** Las encuestas se realizaron a 63 madres, 32 padres y a ambos en 6 casos. Consideraban fiebre más de 38 °C el 47,4 ± 10,2%, mayor de 37,5 °C el 18,6 ± 8% y mayor de 37 °C el 14,7 ± 7,3%. El 55 ± 10,2% conocía lo que era febrícula, pero sólo la definían el 41 ± 10,1%. El 73,4 ± 9,1% consideraba que la denotación provocaba fiebre superior a 38 °C. El 47,1 ± 10,2% utilizaba termómetro de mercurio; la toma era axilar en el 84,2 ± 7,5%. El 67 ± 9,6% consideraba relacionada la temperatura con la gravedad. El 85,7 ± 7,2% consideraba mayor riesgo de convulsión a mayor temperatura. El 94 ± 4,9% utilizaba medios físicos. El 55,8 ± 10,2% utilizaba antitérmicos a partir de 38 °C y el 16,8 ± 7,7% a partir de 37,5 °C. El 38,3 ± 7,5% utilizaba paracetamol, el 16 ± 7,5% ibuprofeno y el 43,6 ± 10,2% ambos; por vía oral el 90,8 ± 5,9%. El 55,3 ± 10,2% los administraba cada seis horas. El 50 ± 10,3% alternaban los antitérmicos. El 61,5 ± 10% decía conocer signos de alarma y el 44,3 ± 10,2% los describía adecuadamente. Los padres con estudios universitarios definían mejor la febrícula ( $p = 0,018$ ). Los niños menores de dos años ( $p = 0,043$ ) y los hijos de inmigrantes ( $p = 0,013$ ) acudían más acompañados del padre que de la madre. Los padres consideraban la fiebre alta como de mayor gravedad que las madres ( $p = 0,035$ ), y conocían peor los signos de alarma ( $p = 0,044$ ).

**Conclusiones:** En general el conocimiento sobre el manejo de la fiebre es deficiente. Destaca la utilización de termómetros de mercurio, alternancia de antitérmicos, bajo conocimiento de signos de alarma, y peor nivel en los padres respecto a madres.

## P266 12:00 QUEMADURAS PRODUCIDAS POR AGUA CORRIENTE DE USO DOMÉSTICO (PERÍODO 2004-2008). IMPLICACIONES EN CUANTO A SU PREVENCIÓN ACTUAL

J.A. Belmonte Torras, J.V. Hernández Gómez, R. Palao Doménech, E. Arana Martín-Bejarano, P. Velasco Puyol, M. Giménez San Andrés, A. Guinot Madrdejós y J.P. Barret Nerín

*Servicio de Pediatría General y Cirugía Pediátrica, Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Antecedentes y objetivo:** Las quemaduras de causa accidental en la infancia por agua de uso doméstico, pueden ser graves. Las medidas pasivas, limitando el empleo de temperaturas superiores a los 49 °C, se han mostrado muy efectivas. Nuestro objetivo ha sido valorar nuestra casuística reciente, de lesiones por agua sanitaria (AS), con el fin de influir en cuanto a establecer una mejor prevención.

**Métodos:** Analizamos los pacientes de 0-14 años ingresados en nuestra unidad de quemados, de referencia para las cuatro provin-

cias catalanas y Baleares, en el periodo entre el 1 de enero del 2004 y el 31 de diciembre del 2008.

**Resultados:** En el año 2004 ingresaron 5 por AS de un total de 128 niños; el 2005, 1 por AS de 146 y en el 2006: 2 por AS de 143; en el 2007, 1 (AS) de 80 y el año 2008, 4 (AS) de 74. Edades: de 15 meses a los cuatro años; 15 meses - 2 años: 8 (61,5%); > 2-3 años: 3 (23%); > 3-4 años: 2 (15,4%). La superficie quemada (SCQ) involucraba del 1-30%. De 0-10%: en 6; de 11-20: 6 y de 21-30%: 1. Cinco niños precisaron desbridamiento y autoinjerto cutáneo. Las lesiones se produjeron en relación al baño en 7, y 4 en la ducha. Cuatro niños accionaron, ellos mismos, el grifo tipo monomando. Una caída accidental en la bañera tuvo lugar al jugar con otro hermano. Un accidente se produjo mientras el baño estaba supervisado por un hermano de 13 años. Sospecha de malos tratos en dos. Se estudió el tipo de calentador en 11:7 (63%) eran de tipo eléctrico y 4 fueron accionados por gas. Estancia media global fue de 14 días (límites: 1-32 días). Secuelas graves en un paciente que ha precisado diversas intervenciones quirúrgicas (comisurotomías, Z-plastias), en mano izquierda. No hubo mortalidad.

**Conclusiones:** La gravedad de los pacientes descritos y la experiencia aplicada en otros países, en cuanto a evitar mediante legislación, temperaturas superiores a los 49 °C en el agua de uso doméstico, se han mostrado altamente efectivas. Además dada la sencillez que supone y también el consiguiente ahorro energético, consideramos que sería deseable que pudiera hacerse efectiva una ley, tanto en nuestro país como en la UE.

## P267 12:05 QUÉ CONOCEN LOS PADRES DE NUESTROS NIÑOS SOBRE EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

C. Terol Espinosa de los Monteros, M.A. Roa Francia, R. Losada del Pozo, B. del Pozo Menendez, F. Guerrero Alzola y P. Puyol Buil

*Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid, España.*

**Objetivos:** Valorar los conocimientos de los padres sobre el TCE y los signos de gravedad de éste.

**Métodos:** Estudio observacional mediante encuesta aleatoria a 81 padres o madres de pacientes en urgencias o consulta que no acudían por esta patología. Se realiza cuestionario de 17 preguntas. El análisis de los datos se realiza mediante SPSS 14.0. Se calcularon los intervalos de confianza de las variables para una seguridad del 95% ( $p < 0,05$ ). Para comparaciones se utiliza  $\chi^2$ .

**Resultados:** Realizan la encuesta un 16,3% ± 8,7% de padres y 83,7% ± 20,33% de madres. Un 46,8% ± 15,2 tienen estudios Zios, un 27,8% ± 11,72% universitarios y un 25,3% ± 11,18% 1ios. Un 74,7% ± 19,21% eran españoles. Destaca que un 82,7% ± 20,21% de padres que conocen lo que es un TCE; lo consideran patología grave el 91,8% ± 21,29%. Un 40,3% ± 14,11% lo consideraba grave a todas las edades, el 36,1% ± 13,35% grave en menores de dos años y no sabían el 16,7% ± 9,08%. Conocían signos de gravedad el 36,4% ± 13,41% y sabían lo que debían vigilar el 36,4% ± 13,41%. El 56,3% ± 16,67% pensaban que no debían dejar que el niño se durmiese después del TCE. Consideraban que eran informados adecuadamente en el S.º de Urgencias el 88,3% ± 20,88%. Pensaban que se debía realizar radiografía craneal siempre el 76,5% ± 19,44% y un TAC el 57,1% ± 16,79%; no contestaban el 14,3% ± 8,4%. Acudirían ante cualquier TCE al S.º de Urgencias el 82,7% ± 20,21%. Consideraban que una fractura era siempre motivo de ingreso el 70% ± 18,59%. Los padres con estudios universitarios conocían mejor los signos a vigilar ( $p = 0,029$ ). Estos mismos no consideraban necesaria la radiografía en un 50%, ni el TAC ( $p = 0,061$ ), al contrario que los padres con estudios inferiores. Los padres consideraban más la necesidad de acudir a urgencias que las madres ( $p = 0,061$ ).

**Conclusiones:** Podemos considerar los conocimientos de los padres respecto al TCE bajos. Destaca la alta utilización del servicio

de urgencias, la consideración de proceso grave y la necesidad de pruebas de imagen, a pesar de que consideraban que recibían la información adecuada.

## **P268** **12:10** **EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS EN PEDIATRÍA: RESPONDIENDO AL DESAFÍO**

A. Grosman, A. Alves de Lima, G. Urman, S. Folgueral y J. Urman

*Departamento de Salud Materno Infantil, Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina.*

**Introducción:** La observación directa de las competencias y la devolución constructiva por parte de un observador entrenado son valiosas para el proceso educativo. El Ejercicio de Examen Clínico Reducido (EECR, en inglés Mini-Cex) en el que alumno debe resolver una situación clínica real, ha demostrado de manera sencilla y práctica su capacidad para evaluar competencias.

**Objetivos:** 1) Evaluar la aplicabilidad, validez y aceptación de una versión pediátrica del EECR como herramienta de formación-evaluación por competencias a nivel de postgrado. 2) Analizar las diferencias según el ámbito de desempeño.

**Métodos:** Se adaptó una planilla estandarizada del EECR para su uso pediátrico. Se capacitó a los docentes. Se analizaron 150 observaciones. Los encuentros se agruparon según complejidad, ámbito, problema del paciente y foco del encuentro.

**Resultados:** Participaron 33 alumnos y 11 docentes de 3 centros de formación. 53% de las observaciones correspondían a alumnos de 1er año, 27% de 2.º año y 20% de 3.º. Un 52% de las evaluaciones fueron realizadas en ambulatorio. El 48% restante tuvo lugar en internación (75% en sala pediátrica y 25% en neonatología). En promedio, se realizaron 4,5 evaluaciones por alumno (de 2 a 9). Un 60% tuvo 4 o más observaciones. El 71% de los casos fueron consultas de baja complejidad (control de salud, patología de vías aéreas y fiebre). El foco del encuentro más frecuente fue la recopilación de datos. El mejor desempeño correspondió a examen físico y el peor fue para "organización y eficiencia". Los alumnos avanzados tuvieron calificaciones más altas y la emergencia fue el ámbito en el que los alumnos obtuvieron las notas más altas. La satisfacción inmediata fue elevada y similar para alumnos y docentes. Se tomó una encuesta de opinión a ambos grupos.

**Conclusiones:** Se logró incluir la totalidad de docentes y alumnos planeados y se aplicó el formato exitosamente en todos los ámbitos de la práctica pediátrica. Los alumnos tuvieron un rendimiento satisfactorio y su performance mejoró acorde a su nivel académico. La modalidad de examen fue bien recibida por alumnos y docentes.



PÓSTER MODERADO

Viernes, 5 de junio (10:45-12:15)

ENDOCRINOLOGÍA  
Sala 5-6 (Planta 0)

**P269** **10:45**  
**DIABETES NEONATAL EN TRATAMIENTO CON  
SUFONILUREAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

M.G. Espinosa Fernández, J.D. Martínez Pajares,  
A. del Pino de la Fuente, J.P. López Siguero,  
M.J. Martínez-Aedo Ollero y L. Castaño González

*Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga,  
y Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

**Introducción:** Las mutaciones activadoras heterocigotas del gen KCNJ11 que codifican la subunidad kir 6.2, del canal de potasio ATP dependiente, son las responsables del 30 al 58% de las diabetes neonatales diagnosticadas antes de los 6 meses de edad. La diabetes sería el resultado de una secreción insuficiente de insulina por fallo en dicho canal en las célula beta pancreáticas. Las sulfonilureas actuarían sobre este canal de forma ATP independiente.

**Objetivo:** Presentar las diferencias referentes al control glucémico de un paciente diagnosticado de diabetes neonatal, que tras 18 años de tratamiento con insulina subcutánea (SC), inicia sulfonilureas orales.

**Caso clínico:** Se trata de un recién nacido, varón, a término de 40 semanas, con PRN de 2.910 g, sin incidencias durante el embarazo, parto o período neonatal. Entre los antecedentes familiares, nada destacable. Al mes y veinticinco días de vida es diagnosticado de diabetes neonatal y estenosis hipertrófica de píloro. Presenta cifras de glucemia > 400 mg/dl y acidosis metabólica. Anticuerpos antipáncreas negativos. En la evolución se observan necesidades altas de insulina SC para mantener su control metabólico y Hb A1c alrededor de 8%. A los 15 años de edad, se diagnostica de diabetes neonatal por mutación en heterocigosis del gen Kir 6.2 de los canales de potasio de la célula beta (Glu292Lys en exón 5). En septiembre 2008, a los 18 años de edad, se suspende el tratamiento con insulina e inicia glibenclamida en dosis progresivamente ascendente hasta una dosis de 0,9 mg/k/día (52,5 mg/día). Presenta cifras de Hb Ac1 es de 6,7% y mejores controles de glucemia, con cifras máximas de hasta 140-160 mg/dl.

**Conclusiones:** Las sulfonilureas constituyen un tratamiento eficaz en los pacientes con diabetes debidas a mutaciones en el gen KCNJ11, permitiendo en algunas ocasiones la insulino independencia.

**P270** **10:50**  
**DIABETES MELLITUS NEONATAL:  
A PROPÓSITO DE UN CASO**

N. Clavero Montañés, Y. Armendáriz Cuevas,  
L. Zanduetta Pascual, V. Giménez López,  
G.M. Lou Francés y M. Rodríguez Rigual,

*Hospital Materno Infantil Miguel Servet,  
Zaragoza, España.*

**Introducción:** La diabetes neonatal (DMN) se caracteriza por hiperglucemia que se manifiesta en el primer mes de vida, precisa insulino terapia y dura como mínimo 2 semanas. Existen dos formas de DMN: transitoria (DMNT) y permanente (DMNP). No existen características clínicas en los neonatos que permitan predecir el curso de la misma. Las alteraciones genéticas implicadas con mayor frecuencia en la forma transitoria asientan en el cromosoma 6; en la forma permanente estas alteraciones son más heterogéneas, afectando en un 50% al gen KCNJ11.

**Objetivos:** Resaltar la existencia de diabetes mellitus en edades muy tempranas de la vida con el fin de no retrasar su diagnóstico y empeorar su pronóstico.

**Caso clínico:** Neonato de 40 días de vida que ingresa en UCIP por cuadro de deshidratación con hiperglucemia (1.026 mg/dl), glucosuria (84 g/l), cetonuria y acidosis metabólica (pH 7,26, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 13, EB -14, pCO<sub>2</sub> 29) en contexto de gastroenteritis febril. Nació a las 39 semanas de edad gestacional con peso 2.900 g. Antecedentes de DM2 en rama paterna, diagnosticado prenatalmente de riñón único presentaba poliuria desde el nacimiento. Tras suero terapia e insulino terapia IV remite el cuadro de cetoacidosis y a las 72 h con glucemias más estables se implanta infusor subcutáneo continuo de insulina (ISCI) con basal de 0,2 U/h y bolus en las tomas. Las pruebas complementarias (función tiroidea, ecografía abdominal y estudio de páncreas exocrino) fueron normales, HbA<sub>1c</sub>: 8,2%, anticuerpos antipáncreáticos negativos y estudio genético: mutación SUR en el gen ABCC8. En su evolución las necesidades de insulina han disminuido paulatinamente hasta que se retira tratamiento a los 5 meses de su inicio. En último control: HbA<sub>1c</sub>: 6,2%, buen desarrollo ponderoestatural, psicomotor y neurológico.

**Discusión:** Es importante detectar el tipo de alteración genética subyacente en DMN para establecer el pronóstico. En las formas transitorias existe riesgo de recidiva así como de asociación a DM2 en adolescencia y edad adulta, lo que exige un seguimiento prolongado de los pacientes con DMN, en cualquiera de sus formas.

**P271****RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO EN LACTANTE DE 19 MESES CON RETRASO PONDEROESTADURAL Y PSICOMOTOR**

S. Juaristi Irueta, M. Imaz Murgiondo, A.M. Ruiz Benito, R.M. Areses Trapote, L. Loidi Fernández de Trocóniz y F.J. Mintegui Aramburu

*Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España.*

**Introducción:** El raquitismo hipofosfatémico ligado al X, de carácter dominante, es la forma hereditaria de raquitismo más frecuente, resultado de múltiples mutaciones en el gen PHEX y que cursa con pérdida renal de fósforo y deficiente producción de 1,25 (OH) vitamina D mediante la disregulación de la proteína FGF-23.

**Caso clínico:** Lactante mujer de 19 meses con retraso pondero-estatural y psicomotor. Antecedentes personales: parto a término. PRN: 2.530 g (< p3). Hipotonía axial desde el nacimiento con sedestación a los 11 meses y falta de bipedestación. A la exploración se aprecia facies peculiar y ptosis palpebral. Presenta también rosario costal palpable a nivel torácico y rodetes epifisarios en ambas muñecas. Al ingreso presenta calcio de 10,3 mg/dl e hipofosforemia renal (fósforo de 2,2 mg/dl, TRP:71%; TP/GFR: 1,49 mg/100 FG; GFR [estimado por la talla]: 101,59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), PTH de 66,7 pg/ml [10-65], 25 (OH) vitamina D 30 [20-65], 1 ng/ml, 1,25 (OH) vitamina D 129 pg/ml [16-65], fosfatasa alcalina de 652 U/l. El estudio molecular confirma una mutación en el exon 15 PHEX que da lugar a una proteína no funcional, confirmando así el diagnóstico de raquitismo hipofosfatémico familiar ligado al X. Sin embargo, el estudio nefrológico realizado tanto a los padres como al hermano demuestra la ausencia de enfermedad en la familia. Comienza tratamiento con calcitriol y sales de fosfato a dosis crecientes apreciándose mejoría radiológica evidente, mejoría analítica y lenta mejoría clínica disminuyendo la hipotonía, iniciando bipedestación y deambulación.

**Comentarios:** Cabe destacar de este caso que la mutación encontrada en nuestra paciente no ha sido descrita hasta ahora, y aunque haya descritos casos aislados de mosaicismo o penetrancia incompleta, es más probable que se trate de una mutación de novo.

**P272****TALLA BAJA EN VARONES, ¿ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UN CARIOTIPO?**

A.M. González Fernández, A.C. Barreda Bonis, F. Climent Alcalá, P. Lapunzina Badía, E. Mansilla y R. Gracia Bouthelier

*Servicio de Endocrinología, Hospital Materno Infantil La Paz e Instituto de Genética Médica y Molecular (INGEMM), CIBERER, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.*

**Introducción:** La talla baja es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Endocrinología infantil. En las niñas con talla baja se realiza de rutina un cariotipo para descartar, entre otras causas, un S. Turner. Sin embargo, en varones, sólo se realiza en pacientes con malformaciones genitales o rasgos peculiares, por lo que podemos infradiagnosticar ciertos mosaicismos causantes de talla baja, en varones fenotípicamente normales.

**Casos clínicos:** *Caso 1.* Varón de 7.7 años remitido por crecimiento pondoestatural lento desde el primer año. Antecedente: peso y talla al nacimiento normales. Intervenido de Tetralogía de Fallot al mes de vida. Exploración: peso y talla < p3, orejas de implantación baja, frente y raíz nasal amplia, hipertelorismo, filtrum ancho, boca en "v" invertida. Tanner I. Pruebas:

**10:55**

edad ósea acorde. Estudio de talla baja normal. Estudio gen SHOX: hallazgo de mosaicismo. Citogenética: mosaico 45,X/46,XY con duplicación invertida de los brazos cortos del cromosoma Y. Ecografía abdominal normal. Biopsia testicular: parénquima prepuberal con ausencia de células germinales. *Caso 2.* Varón de 22 meses que acude por peso y talla en p10 e hipospadias balánico. Antecedentes: peso y talla al nacimiento < p10. A partir de los 2 años talla < p3 asociada a hipertelorismo, implantación baja de cabello en zona occipital, orejas descendidas, filtrum largo, mamilas separadas, pies valgus, pene ligeramente incurvado con hipospadias balánico, Tanner I. Pruebas: edad ósea acorde. Estudio de talla baja normal. Estudio gen SHOX: hallazgo de tres alelos lo que indica duplicación o varias líneas celulares. Cariotipo: 45,X/46,XY (18/82%). Ecografía abdominal normal. A los 7 años se inicia tratamiento con GH con mejoría de la talla.

**Conclusiones:** El mosaicismo 45,X/46,XY, puede dar lugar a una amplia variedad de fenotipos, siendo la mayoría normales asociando únicamente talla baja. Sería necesario incluir el cariotipo en el estudio de talla baja en varones, especialmente en aquellos con malformaciones genitales o rasgos similares al Turner. Hay descritas complicaciones como infertilidad y gonadoblastomas, cuyo diagnóstico es preciso precozmente. La administración de GH puede mejorar la talla de estos pacientes.

**P273****TUMORACIÓN QUÍSTICA EN REGIÓN SELAR-SUPRASELAR EN ADOLESCENTE DE 13 AÑOS QUE RESULTA SER MACROPOROLACTINOMA CAUSANTE DE APOPLEJÍA HIPOFISARIA****11:05**

M. Montero Martín, E. García García y E. Ximénez Verresen

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

**Introducción:** En la infancia la lesión selar más frecuente es el craneofaringioma, presentándose con una neuroimagen quística y calcificada. Los adenomas son raros en esta edad y aparecen en la TC como una hipodensidad respecto a la hipófisis normal, apenas realizando con contraste, y en la RMN como hipointensos en T1 e hiperintensos en T2.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón prepúber de 13 años, con clínica de cefalea frontal de varios meses de evolución y nicturia ocasional. La exploración física era normal salvo ligera ginecomastia bilateral. En la RMN y TC se observaba una lesión selar-supraselar de 3 cm de diámetro, bien delimitada, con componente quístico, sospechosa de craneofaringioma. No se realizó valoración hormonal. Fue intervenido, realizándose exéresis macroscópicamente completa. Tras la cirugía, el paciente presentó déficit visual, hipopituitarismo y leve hiperprolactinemia. El estudio anatomopatológico diagnosticó prolactinoma. La presentación de un prolactinoma como una imagen quística es muy poco habitual, estando descrita en algunos casos de la literatura asociada a una apoplejía hipofisaria (hemorragia o necrosis del tejido tumoral). El manejo de los prolactinomas en la infancia, en ausencia de complicaciones que requieran intervención quirúrgica inmediata, tiene como primera línea de actuación la farmacoterapia con agonistas dopaminérgicos. Tanto la bromocriptina como la cabergolina se han mostrado efectivos en adolescentes con tumores grandes y síntomas expansivos, induciendo la normalización de la prolactinemia y la reducción del tamaño tumoral en la mayoría de los casos. Ante estas evidencias, podemos concluir que las lesiones selares en la infancia deben tener un manejo interdisciplinar, con la valoración coordinada de los servicios de neurocirugía-neurología y endocrinología, debiéndose realizar en todos los casos una determinación hormonal previa a cualquier intervención terapéutica.

**P274****ENFERMEDAD DE ADDISON:  
REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA****11:10**

I. Ruiz del Olmo Izuzquina, A. De Arriba Muñoz, R. Romero Gil, N.D. Royo Pérez, E. Mayayo Dehesa y J.I. Labarta Aizpún

*Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España.*

**Introducción:** La enfermedad de Addison (EA) es una patología poco frecuente en pediatría con una gran variedad e inespecificidad de síntomas. Evaluamos retrospectivamente los casos de EA de nuestra Unidad.

**Material y métodos:** Variables recogidas: edad, motivo de consulta y niveles de ACTH, cortisol, sodio y potasio al diagnóstico, dosis de hidrocortisona tras compensación, marcadores de autoinmunidad, ácidos grasos de cadena larga (AGCL), y diagnóstico final.

**Resultados:** El motivo de consulta es hiperpigmentación, astenia y alteraciones gastrointestinales en el 50%; el resto fueron: gastritis inespecífica; insuficiencia suprarrenal severa que requirió ingreso en UCI; alteración del test de ACTH en control de adrenoleucodistrofia ligada al X (ADLX). Los diagnósticos finales fueron: un caso síndrome poliglandular autoinmune, 3 pacientes ADLX y EA idiopática en dos (tabla).

**Comentarios:** La EA obliga a un diagnóstico etiológico completo que incluya la determinación periódica de autoinmunidad y AGCL y, de este modo, poder comenzar con el tratamiento adecuado para cada paciente.

**P275****INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO INTENSO  
EN EL GLUTATIÓN Y CORTISOL SALIVAL EN NIÑOS  
PREPUBERALES Y PUBERALES****11:15**

J.L. Pérez Navero, J.D. Benítez Sillero, M. Gil Campos, M. Guillén del Castillo, I. Tasset Cueva e I. Túnez Fiñana

*Hospital Universitario Reina Sofía, Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.*

**Antecedentes y objetivos:** El ejercicio físico aeróbico se ha demostrado que puede ocasionar cambios en el mecanismo de defensa antioxidante. Sin embargo, el efecto agudo del ejercicio físico en niños y adolescentes está bastante inexplorado. En este estudio, se plantea un protocolo de carrera de incremental máximo, el cual se utiliza para investigar el efecto del ejercicio intenso sobre el estrés oxidativo (EO) y la respuesta adrenocortical (para verificar el nivel de estrés tras el ejercicio).

**Métodos:** 70 varones de los cuales 38 eran prepuberales (Tanner I, 10-11 años) y 32 puberales (Tanner III-IV, 13-14 años) cuyas características somatométricas, frecuencia cardíaca y presión arterial estaban dentro del percentil  $50 \pm DE$  y cuya condición física (CF) estuviesen de los rangos para su edad. Se utilizó la prueba de ida y vuelta en 20 metros (Course Navette) para asignar a los sujetos

dentro de cada subgrupo en función del nivel de CF (buena y normal). Estableciéndose cuatro subgrupos en función del estadio puberal y el nivel de CF. Se tomaron muestras de saliva antes y después del test de ejercicio incremental para evaluar los niveles de glutatión reducido (GSH) como fundamental marcador de EO y cortisol, como biomarcador de la función adrenocortical.

**Resultados:** El GSH salival disminuyó en todos los subgrupos tras la realización del ejercicio excepto en el prepuberal con normal CF, siendo la significación superior en el conjunto de los puberales ( $p < 0,001$ ) que en los prepuberales ( $p < 0,01$ ). El cortisol salival se incrementó significativamente después del ejercicio en todos los subgrupos excepto en el prepuberal con normal CF.

**Conclusiones:** El ejercicio físico agudo puede provocar estrés oxidativo y respuesta adrenocortical en varones prepuberales y puberales dependiendo esta de la intensidad y duración del ejercicio físico realizado.

**P276****HIPERINSULINISMO CONGÉNITO FAMILIAR****11:20**

K. Mantilla Rivas, J.M. Martos Tello, D. Zapata Hernández, A. Escribano Muñoz y A. Gutiérrez Macías

*Servicio de Pediatría y Sección de Endocrinología Infantil, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.*

**Introducción:** La hipoglucemia es el trastorno metabólico más común en el período neonatal. Con más frecuencia, debida a hiperinsulinismo que engloba a un grupo de entidades morfológicamente heterogéneas que coinciden en presentar hipoglucemias recurrente asociada a valores inapropiados de insulina. Exponemos y comparamos el caso de 4 pacientes afectas de hiperinsulinismo familiar (dos grupos de hermanas).

**Casos clínicos:** *Primera familia.* Sin antecedentes familiares de interés. Embarazo gemelar bicoriall biamniótico por FIV y elección del sexo. Parto eutócico a las 33 semanas. Ambas gemelas GEG, diagnosticadas en los primeros meses de vida de hiperinsulinismo ante la buena respuesta a tratamiento nutricional y la escasa respuesta a diazóxido se mantiene el primero con 2 años de vida. Estudio molecular mutación en heterocigosis compuesta del gen ABCC8 que codifica para el canal de K de la cél. beta. No tratamiento quirúrgico. En una de las hermanas retraso psicomotor leve. Glucemias normales. *Segunda familia.* Hermanas de 17 y 8 años. Consanguinidad lejana y varios hermanos de la abuela materna fallecidos a los pocos meses de vida. Como antecedentes personales ambos partos por cesárea, a término, ambas GEG. Diagnosticadas en los primeros meses de vida de hiperinsulinismo tras ingresos por episodios de pérdida de conciencia. Pancreatectomía subtotal tras la falta de respuesta a diazóxido. Pendientes de resultado de estudio molecular. Presentaron tras pancreatectomía hipoglucemias graves ocasionales que han mejorado con la evolución. En hermana de 17 años refieren actualmente rendimiento escolar no satisfactorio por falta de memoria y atención. En hermana de 8 años glucemia en ayunas  $> 126$ , compatible con diagnóstico de DM1.

**Discusión:** Presentando estos casos similares de hiperinsulinismo en 2 familias pretendemos poner de manifiesto la heterogeneidad

	Sexo	Edad (años)	Gluc. (mg/dl)	Sodio (mEq/l)	Potasio (mEq/l)	ACTH (pg/ml)	Cortisol (ng/100 ml)	Hidrocortisona (mg/m <sup>2</sup> /d)
Caso 1	M	7,18	92	130	5,1	5.598	18,26	10,64
Caso 2	F	13,96	77	134	4,1	1.911	0,10	15,00
Caso 3	M	17,78	26	109	6,3	1.040	14,86	23,30
Caso 4	M	5,32	98	129	4,4	3.366	5,30	22,70
Caso 5	M	2,60				1.036	22,91	11,38
Caso 6	M	11,91	103	133	4,2	549	1,23	22,40

clínica de esta patología. Asimismo, dado el diferente enfoque terapéutico de estos casos, comparamos tratamiento quirúrgico y médico. También valoramos nuestra casuística y la bibliografía revisada.

## P277 11:25 EFECTOS DEL TRATAMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA ADOLESCENTE CON HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO NO AUTOINMUNE

G. López Belmonte, M. Parrilla Roure, C.E. Fernández Marín, M.C. Agustín Morales, J.M. Fernández Fernández y A. Molina Carballo

Unidad de Gestión Clínica, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada, España.

**Introducción:** El hipertiroidismo subclínico es una enfermedad rara en Pediatría, definida como niveles bajos o indetectables de TSH junto con determinaciones normales de T4. Su prevalencia oscila entre 0,5 y 16%. Su etiología suele ser exógena, por sobredosificación de hormona tiroidea o debida a otros fármacos, ó endógena por mecanismos autoinmunes y rara vez debida a mutaciones del gen que codifica el receptor TSH. Por definición los pacientes permanecen asintomáticos y el diagnóstico se basa en confirmar los datos analíticos y las pruebas encaminadas a filiar su etiología.

**Caso clínico:** Adolescente de 12 años que presentó una TSH abolida (0,02 nUI/ml) en una analítica solicitada en un control de salud, siendo las cifras de T3 y T4 normales 4,07 pg/ml y 1,25 ng/ml respectivamente. Sin clínica hipertiroidica, refiriendo tan sólo dolor pretibial frecuente. Exploración: Peso: 32,5 kg; T: 147 cm; FC: 70 lpm; TA: 110/60. Palpación de tiroides normal. Pruebas complementarias de control 2 meses después. Perfil tiroideo: TSH: 0,02 nUI/ml (persiste abolida); T3: 4,07 pg/ml; T4: 1,25 ng/ml; Anticuerpos antitiroideos y antirreceptor TSH negativos. Ecografía tiroidea: tiroides de ecogenicidad normal y homogénea, sin nódulos. Gammagrafía tiroidea con Tc99: compatible con la normalidad. Estudio cardiológico: No clínica cardiológica; ECG, ecocardiografía doppler normal; Holter-ECG FC promedio 88 lpm y presencia de frecuentes extrasístoles supraventriculares a veces en cortas salvas de bigeminismo. Densitometría ósea normal. Tratamiento con carbimazol 2,5 mg/8 horas. Control a los 3 meses de tratamiento: TSH (23 nUI/ml), T3 y T4 normales, en rango de hipotiroidismo subclínico; anticuerpos antitiroideos persisten negativos; ECG-Holter: FC media de 81 lpm (rango 47-164 lpm), habiendo desaparecido los extrasístoles por completo, y sin ningún tipo de arritmia cardíaca. Peso: 33,5; Talla: 149 cm; Tensión arterial: 100/60. Se suspende el tratamiento. Actualmente en seguimiento.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de hipertiroidismo subclínico de causa no autoinmune. Las exploraciones complementarias sólo están indicadas en caso de TSH suprimida de modo mantenida. Las recomendaciones actuales, aún controvertidas, indican tratamiento anti-tiroideo si se objetiva un riesgo cardiovascular y/o deterioro de la mineralización ósea. Los pacientes jóvenes asintomáticos pueden mantenerse sin tratamiento, con controles periódicos de TSH y T4 por su elevado riesgo de evolucionar a hipertiroidismo.

## P278 11:30 EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO RECOMBINANTE EN NIÑOS PEQUEÑOS PARA SU EDAD GESTACIONAL

B. Carazo Gallego, P. Ortiz Pérez, M.J. Bravo Sayago, A. del Pino de la Fuente, M.J. Martínez Aedo Ollero, J.P. López Siguero y A. Jurado Ortiz

Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.

**Introducción:** Aproximadamente un diez por ciento de los niños nacidos pequeños para su edad gestacional (PEG) no experimentan

catch-up en el crecimiento en los dos primeros años de vida; por lo que presentan un riesgo elevado de talla baja en la edad adulta. La introducción de la terapia con hormona de crecimiento recombinante en estos niños ha mejorado el pronóstico de talla adulta.

**Objetivo:** Analizar la eficacia del tratamiento con GH recombinante en niños PEG así como sus posibles efectos en el metabolismo hidrocarbonado.

**Material y método:** Revisión de las historias clínicas de 30 casos de niños PEG tratados con GH en un hospital terciario. Los casos se han incluido según los criterios de indicación del fármaco.

**Resultados:** La edad media de inicio de tratamiento de los casos revisados es de  $6,06 \pm 2,05$  años; y la dosis inicial administrada es de  $0,032 \pm 0,0035$  mg/kg/día. Los datos revisados se exponen en la tabla. A su vez se han revisado los valores iniciales de glucosa e insulina ( $85 \pm 7,95$  mg/dl y  $7,06 \pm 5,94$  mU/ml respectivamente) y los obtenidos al año de tratamiento ( $84,85 \pm 7,98$  mg/dl y  $7,11 \pm 7,36$  mU/ml), sin obtener diferencias significativas.

	Talla (SDS)	Velocidad de crecimiento (SDS)	IGF-1 (ng/ml)
Inicio del tratamiento	$-3,06 \pm 0,76$	$0,07 \pm 1,07$	$83,3 \pm 32,7$
Tras un año de tratamiento	$-2,50 \pm 0,84$ ( $p < 0,05$ )	$2,40 \pm 3,07$ ( $p < 0,05$ )	$190,5 \pm 43,9$ ( $p < 0,05$ )

**Conclusiones:** El tratamiento con GH recombinante mejoró el crecimiento de los niños revisados; sin apreciar alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

## P279 11:35 MICROPENE AISLADO NEONATAL COMO MARCADOR DE DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA

R. Gil Aparicio, I. Sánchez Fernández, J.A. Álvarez Serra, R. Díaz Naderi, A. Riberola de Veciana y M. Irondo Sanz

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, y Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

**Introducción:** La relevancia del hallazgo de un micropene en un neonato aparentemente sano puede ser subestimada. Nuestro caso clínico enfatiza la importancia de buscar la etiología del micropene aislado (no asociado a otros hallazgos patológicos) en el período neonatal, ya que algunas de sus causas requieren un tratamiento precoz.

**Caso clínico:** Recién nacido a término aparentemente sano. En la exploración neonatal se objetiva micropene de 1,8 cm. Morfología de pene y uretra normales. Testículos palpables de tamaño normal en un escroto de apariencia normal. Resto de exploración física anodina. Antecedentes: fruto de primera gestación de madre sana de 16 años. Gestación controlada sin incidencias con ecografías normales. Parto eutócico a las 41 semanas. Peso al nacimiento: 2.900 g (p7), longitud: 47,5 cm (p10) y perímetro craneal: 36 cm (p60). Analítica: Hemograma, equilibrio ácido base e ionograma normales, testosterona  $< 20$  ng/dl (N: 57-397), LH  $< 0,07$  U/l (N  $< 5$ ) y FSH: 0,321 U/l (N  $< 5$ ). Ante la sospecha clínico-analítica de hipogonadismo hipogonadotropo se realiza RM que muestra tallo hipofisario hipoplásico con neurohipófisis ectópica, atrofia de nervios ópticos así como leucomalacia de la región occipital izquierda. El fondo de ojo muestra hipoplasia de papilas de predominio derecho. Poco antes de llegar al diagnóstico el paciente presenta crisis de hiporreactividad, hipotensión y vómitos, objetivándose hipoglucemia y acidosis metabólica. Sospecha diagnóstica: displasia septo-óptica. Se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina e hidrocortisona volviendo a un estado asintomático, euglucémico y de

normalidad hidroelectrolítica. El paciente sigue controles en Endocrinología y Neuropediatría con desarrollo físico y neurológico normales a los 4 meses de vida.

**Comentarios:** El diagnóstico de micropene aislado en el neonato obliga a una búsqueda activa de su etiología. Si la morfología del pene, uretra y escroto es normal y los testes son palpables bilateralmente, se debe diagnosticar de varón hipovirilizado y no de genitales ambiguos. Dado que la causa más frecuente de micropene aislado es la alteración hipotálamo-hipofisaria, debe ser la primera entidad a descartar; su tratamiento precoz puede evitar trastornos hidroelectrolíticos potencialmente letales.

## P280 11:40 SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN NIÑOS CON OBESIDAD

M. Gil Mosquera, L. Golmayo Gaztelu, M. López Capapé, E. Lara Orejas, M.M. Alonso Blanco y R. Barrio Castellanos

Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

**Introducción:** En la edad pediátrica la prevalencia de DM2 aumenta de forma paralela al incremento de obesidad. Los factores predictivos de la evolución de la alteración hidrocarbonada están poco estudiados.

**Objetivo:** Identificar parámetros metabólicos y antropométricos asociados a un posterior deterioro del metabolismo hidrocarbonado.

**Pacientes y métodos:** 95 niños obesos (IMC > 2 DE Hrdz), 54,7% varones, con edad media de  $11,2 \pm 2,8$  años fueron estudiados con SOG basal ((IMC medio DE  $4,1 \pm 1,6$ ) y a los 2 años (IMC medio DE  $3,4 \pm 1,7$ ). Definimos alteración hidrocarbonada (A) según ADA 2004 (glucemia en ayunas de 100 a 125 mg/dl [alteración glucemia en ayunas] o glucemia a las dos horas SOG 140 a 199 mg/dl [alteración tolerancia a la glucosa]) y normalidad (N) como glucemia en ayunas < 100 mg/dl y glucemia a las dos horas SOG < 140 mg/dl.

**Resultados:** Ver tabla.

	N-N (n 63)	N-A (n 9)	AA (n 10)	NA (n 13)
IMC DE (b)	$4,3 \pm 1,8$	$4,4 \pm 1,5$	$3,6 \pm 1,0$	$2,8 \pm 0,6$
IMC DE (2 años)	$3,5 \pm 1,7$	$4,1 \pm 1,5^*$	$3,2 \pm 1,5^*$	$2,2 \pm 0,9$
Gl ayunasb (mg/dl)	$87,4 \pm 10,8$	$88,8 \pm 5,1$	$104,2 \pm 6$	$96,5 \pm 8,5$
Gl ayunas2a	$87,2 \pm 6$	$93,4 \pm 9,6^*$	$106 \pm 31$	$90,1 \pm 4$
G 120'b (mg/dl)	$107,5 \pm 14,6$	$114,5 \pm 19$	$159 \pm 58$	$151 \pm 32$
G 120' 2 años	$108 \pm 14,2$	$142 \pm 24^*$	$150 \pm 35^*$	$107 \pm 28$
Ins b (mU/ml)	$16,5 \pm 21,2$	$17,2 \pm 8,5$	$16 \pm 6,1$	$31,6 \pm 29$
Ins b 2a (mU/ml)	$10,87 \pm 5,2^*$	$16,5 \pm 6$	$10 \pm 6,4^*$	$11,4 \pm 4$
Ins 120'b (mU/ml)	$72,2 \pm 47,3$	$82,9 \pm 30$	$90,5 \pm 51$	$122 \pm 63$
Ins 120' 2 años	$61,7 \pm 33,6$	$137 \pm 116^*$	$95 \pm 60^*$	$59,7 \pm 28$
HOMA-IR	$3,3 \pm 4,2$	$3,3 \pm 1,77$	$4,1 \pm 1,6$	$6,3 \pm 7,8$
Homa-IR 2a	$2,16 \pm 1,26^*$	$3,03 \pm 2,2$	$2,2 \pm 1,6^*$	$1,9 \pm 1,5^*$

\*p < 0,05.

**Conclusiones:** Los parámetros de resistencia insulínica son buenos marcadores para la evolución a la alteración hidrocarbonada.

## P281 11:45 TRATAMIENTO CRÓNICO CON CORTICOIDES: ¿INSUFICIENCIA SUPRARRENAL?

L. Rodríguez Martínez, A. Vela Desojo, I. Rica Echebarría, J. de las Heras Montero y A. Aguayo Calcena

Departamento de Endocrinología Pediátrica, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

**Introducción:** El uso crónico de glucocorticoides (GC) está ampliamente extendido en el tratamiento de gran variedad de enfermedades pediátricas tanto por su potente efecto antiinflamatorio como por su actividad inmunosupresora. Sin embargo, los GC no se pueden administrar de forma crónica sin riesgo de aparición de efectos adversos entre ellos la insuficiencia suprarrenal. Riesgo que va a depender de las características farmacocinéticas de los GC, de la duración, dosis y vía de administración, así como de la variabilidad interindividual a la hora de metabolizar estos fármacos.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Niña de 3 años remitida por estancaimiento ponderoestatural en los últimos 7 meses. Como único antecedente presenta un angioma frontal tratado con inyecciones intralesionales de GC (5). Se realiza estudio básico de talla baja objetivándose como único hallazgo patológico un cortisol y ACTH basal indetectables. *Caso 2:* Niño de 2 años con cardiopatía cianógena compleja y asma-hipoplasia pulmón derecho, presenta 2 episodios de hipoglucemia en un mes. En ambas ocasiones había presentado 24 horas antes fiebre y vómitos. Dentro del estudio de hipoglucemias se objetiva una insuficiencia suprarrenal con cortisol basal indetectable sin respuesta a test de ACTH. El niño estaba recibiendo tratamiento con estilsona para el tratamiento del asma en fase de destete en ese momento. *Caso 3:* Varón de 15 diagnosticado de sarcoma femoral metastásico. Refiere astenia y apatía de 2 meses de evolución. Coincidiendo con inicio de la clínica había finalizado tratamiento con dexametasona a demanda por efectos secundarios del tratamiento quimioterápico. Ante este antecedente se sospecha insuficiencia suprarrenal y la analítica confirma el diagnóstico. Los tres pacientes se han diagnosticado de insuficiencia suprarrenal secundario a tratamiento con corticoides y están en tratamiento sustitutivo con hidrocortisona. El paciente del caso 2 lleva más de un año sin recuperar el eje.

**Conclusiones:** A pesar de la seguridad de los GC hay que tener en cuenta la posibilidad de inhibición del eje hipofisopararrenal en tratamientos de más de 2 semanas de duración. Existe una susceptibilidad individual a la acción de los GC de forma que no hay una pauta de reducción del tratamiento ni una vía de administración segura al 100%. No podemos predecir el tiempo que tarda en recuperarse el eje, ni por tanto el tiempo de tratamiento sustitutivo necesario.

## P282 11:50 HIPERTIROIDISMO EN PEDIATRÍA

C. Balaguer Yebenes, M.J. López García, L. Escrivá Cholbi, A.M. González Fernández, S. Borraz Gracia y M.R. Alpera Lacruz

Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

**Introducción:** El hipertiroidismo constituye el 10-15% de los trastornos tiroideos en la infancia. En Pediatría, el 90% de los hipertiroidismos son debidos a enfermedad de Graves-Basedow, seguido de las tiroiditis.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas de los casos de hipertiroidismo de una Consulta de Endocrinología Pediátrica.

**Métodos:** Se estudian los casos de hipertiroidismo en niños desde el año 2000 hasta la actualidad. Se evalúan: edad, sexo, antecedentes familiares y personales, síntomas y signos al diagnóstico y exploraciones complementarias (anticuerpos antitiroideos, ecografía de tiroides).

**Resultados:** Se encuentran 10 casos que consultan por posible hipertiroidismo, de los cuales se descarta un hipertiroidismo neonatal y un caso de resistencia a hormonas tiroideas. Los 8 restantes están constituidos por 5/F y 3/M, con una edad media al diagnóstico de 10,7 años (5-14 años). Como enfermedades asociadas se encuentran dos pacientes con S. de Down, un caso de celiaquía y otro de anorexia. Existen antecedentes familiares de enfermedad tiroidea en un 30%. Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes fueron: bajo rendimiento escolar y nerviosismo (7/8); taquicardia (6/8); bocio, temblor y pérdida de peso (5/8); exoftalmos, alteración del sueño, aceleración del crecimiento, diarrea y sudoración (3/8). En el momento del diagnóstico, los Ac. antiTPO y Ac. antiTGB fueron positivos en 6/8 y TSI positivos 5/8, confirmando la etiología autoinmune. La ecografía de tiroides, muestra en el 100% lóbulos tiroideos aumentados de tamaño, con ecoestructura normal y sin presencia de nódulos.

**Conclusiones:** La clínica del hipertiroidismo en la infancia es inespecífica. Las manifestaciones más frecuentes son los trastornos del comportamiento. Ante cualquier niño con bajo rendimiento escolar y nerviosismo, hay que buscar otros signos y síntomas de hipertiroidismo, y en ese caso solicitar T4 y TSH, ya que es un método sencillo para descartarlo. No hay que olvidar que los niños con síndrome de Down pueden asociar hipertiroidismo, aunque es menos frecuente que el hipotiroidismo.

## P283

### OBESIDAD INFANTIL Y ALTERACIONES EN LA INSULINOSENSIBILIDAD

M.M. Egea Gil, T. del Haro Muñoz, J.A. Gómez Capilla y A.M. Lara Palma

*Servicio de Pediatría, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén; Servicio de Laboratorio, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada; Departamento de Bioquímica y Biología Molecular e Inmunología, Universidad de Granada, Granada, España.*

**Antecedentes:** La obesidad es el principal factor adquirido responsable de la disminución de la sensibilidad a la insulina hasta el punto que, el denominado "síndrome de resistencia insulínica", ha llegado a usarse como sinónimo de síndrome metabólico. La infancia es un momento crucial pues aún se pueden modificar hábitos que conllevarían el desarrollo de SM. El problema fundamental reside en cómo identificar al niño candidato a ser obeso. Afrontar y "considerar" a los niños obesos como enfermos, sería el primer paso para aplicar soluciones a este problema.

**Métodos:** Se ha llevado a cabo un estudio transversal en 66 niños y adolescentes examinados en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, entre los años 2005 y 2006, incluyéndose los niños con obesidad exógena y usándose como controles niños eutróficos. Los niños con sobrepeso se han clasificado como obesos leves, moderados o severos en función de la desviación z sobre el IMC medio para edad y sexo (valores respectivos de 1,51 a 2,99 los primeros, de 3 a 3,99 los segundos y superior a 4 los terceros). Se han determinado los valores de glucosa e insulina basales. La sensibilidad insulínica basal se calculó a través de los índices de sensibilidad insulínica de QUICKI y/o de insulinoresistencia de HOMA-IR, considerando que se desvían de la normalidad cuando el primero presenta un valor inferior a 0,36 y el segundo superior a o igual a 3. Se han comparado los distintos grupos mediante el test de ANOVA y se ha usado el procedimiento de correlaciones para ver el grado de correlación entre variables.

**Resultados:** Al aumentar el grado de obesidad aumenta la insulina basal, aumentando la RI y disminuyendo la IS, con una  $p = 0,033$  al comparar niños eutróficos con obesos severos y por tanto, con un mayor riesgo de desarrollo de diabetes tipo 2.

**Conclusiones:** Un abordaje temprano ante la obesidad es prioritario para reducir riesgos metabólicos posteriores.

11:55

## P284

### ENFERMEDAD DE CUSHING EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

J.I. Perales Martínez, A. De Arriba Muñoz, I. Ruiz del Olmo Izuzquina, B. Romera Santa Bárbara, M.P. Sanz de Miguel y J.I. Labarta Aizpún

*Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.*

**Introducción:** La enfermedad de Cushing se produce por niveles anormalmente elevados de cortisol secundarios a un adenoma hipofisario productor de ACTH. Su incidencia es baja en niños. Es necesario un diagnóstico etiológico correcto para indicar el tratamiento adecuado.

**Material y métodos:** Se presentan 2 casos de hipercortisolismo y enfermedad de Cushing de diferente evolución, así como las pruebas complementarias para su diagnóstico y seguimiento ambulatorio.

**Resultados:** Tenemos 2 casos, un varón y una mujer con edades comprendidas entre los 10 y los 12 años. El motivo de consulta fue un aumento de peso desproporcionado a su talla y fenotipo peculiar. El diagnóstico se confirmó en ambos casos mediante RM, precisando en uno de ellos cateterismo senos petrosos inferiores (CSPI). El tratamiento consistió en adenomectomía vía transesfenoidal. En un caso no hubo secuelas, por el contrario en el otro se objetivó una recidiva necesitando hipofisectomía y en la actualidad presenta un panhipopituitarismo completo que precisa tratamiento sustitutivo hormonal.

**Conclusiones:** La presentación clínica en niños tiene características propias debidas a los efectos sobre el crecimiento y desarrollo puberal. El tratamiento de elección es la adenomectomía vía transesfenoidal que no siempre es curativa. El CSPI se reserva para casos en los que existan dudas de la localización del tumor en pruebas de imagen. El comportamiento de la enfermedad es más agresivo en edad pediátrica, con mayor tasa de recidivas y secuelas endocrinas.

## P285

### EDAD DE INICIO PUBERAL Y DE LA MENARQUIA EN DIABETES TIPO 1

C. Tutau Gómez, C. Vaquero Gómez, E. Ximénez Verresen, E. García García y M. Solo de Zaldívar Tristacho

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

**Introducción:** En la diabetes tipo 1 se ha descrito un retraso en la maduración puberal relacionado con la evolución de la diabetes y su control metabólico.

**Objetivo:** Describir la edad de inicio puberal y la edad de la menarquía en niñas con diabetes tipo 1 diagnosticadas antes de la pubertad y las variables relacionadas con las mismas.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de las niñas diabéticas tipo 1 diagnosticadas antes de la pubertad y seguidas en nuestra consulta hasta la menarquía. Todas tratadas con insulino terapia intensiva con multidosis o infusión continua de insulina. Se recogieron como variables dependientes las edades al inicio de la pubertad (brote mamario) y a la menarquía y como independientes el tiempo de evolución de la diabetes, niveles de hemoglobina glicosilada, requerimiento diario de insulina e índice de masa corporal. Las variables se expresan como media  $\pm$  desviación típica. Se utilizó la regresión lineal múltiple con el programa SPSS.

**Resultados:** Se incluyeron 38 adolescentes. La edad de inicio puberal fue  $10,4 \pm 1,1$  años y la edad de la menarquía  $12,6 \pm 1,0$  años. El tiempo de evolución de la diabetes fue la única variable relacionada de forma estadísticamente significativa con la edad de inicio puberal ( $\beta = +0,13$ ;  $p = 0,04$ ) y con la edad de la menarquía ( $\beta = +0,12$ ;  $p = 0,04$ ). Aunque de forma no significativa por el escaso número de pacientes, el mayor índice de masa corporal se relacionó con adelanto de la edad de la menarquía ( $\beta = -0,08$ ;  $p = 0,22$ ).

**Conclusión:** La cronología de la pubertad en las niñas se relaciona con el tiempo de evolución de la diabetes tipo 1.

12:00

12:05

## P286 HIPOGLUCEMIA HIPERINSULÍNICA DE LA INFANCIA

12:10

C.E. Heredia Ramírez, J. Barreiro, J. Eirís,  
A. Fernández Marmiesse, J.R. Fernández Lorenzo,  
P. Cabanas, L. Castro Feijoo y M. Pombo

*Unidad de Endocrinología, Universidad de Santiago de Compostela; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña; Departamento de Pediatría, Hospital Clínico Universitario, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

**Introducción:** La hipoglucemia hiperinsulínica de la infancia es la causa más frecuente de hipoglucemia persistente en el período neonatal y la infancia.

**Metodología:** Se presentan 2 hermanos *Paciente 1:* Niño con hipoglucemia neonatal a las 36 horas de vida. Al ingreso aspecto macrosómico, peso 4.200 g (+2,8 DE), talla 52 cm (+1,5 DE). Tratado con glucosa, diazóxido e hidroclorotiazida, análisis complementarios: glucosa 29 mg/dl, insulina 9,3 mUI/ml, relación Ins/Gluc 0,32, Cortisol 31 µg/dl, GH 5,4ng/ml, glucagón 64 pg/ml, péptido C 2,7 ng/ml. Por persistencia de hipoglucemias se realiza pancreatectomía subtotal a los 3 meses, el estudio histológico muestra hiperplasia de islotes pancreáticos; sin resolución del cuadro se inicia tratamiento con diazóxido, hidroclorotiazida, perfusión continua por gastrostomía percutánea y posteriormente somatostatina (SS) y nifedipino. A los 5 años presenta movimientos repetitivos y estereotipados de brazo izquierdo. La RMN cerebral evidencia una señal hiperintensa en T2 en región mesial del lóbulo temporal derecho y EEG muestra abundantes puntas localizadas predominantemente en región temporal izquierda se indica oxcarbacepina por epilepsia parcial. Actualmente en manejo con ácido valproico, SS, nifedipino y perfusión continua nocturna. *Paciente 2:* Niña con hipoglucemia neonatal severa a la hora de vida. Su exploración física es normal, peso 3.660 g (+1,1 DE), talla 51,6 cm (+1,21). Análisis complementarios: glucosa 38 mg/dl, insulina 8,7 mUI/ml, relación Ins/Gluc 0,22, cortisol 26 µg/dl, GH 4,2 ng/ml, péptido C 7 ng/ml. Recibe tratamiento con glucosa, diazóxido sin respuesta satisfactoria; actualmente es tratada con SS, nifedipino y perfusión continua nocturna con control clínico de hipoglucemias. El análisis molecular de los pacientes detecta la delección 3576delG en el exón 29 del gen ABCC8(SUR1) y un cambio nucleotídico 742 C > T en el exón 5 del gen ABCC8(SUR1) en heterocigosis. **Conclusión:** El reconocimiento y control precoz de la hipoglucemia conlleva a un tratamiento oportuno previniendo el daño cerebral y secuelas posteriores.

## P287 PUBERTAD PRECOZ CENTRAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

12:15

M. Fontecha García de Yébenes, M. Rodríguez Sánchez,  
M.D. Rodríguez Arnao, M.B. Roldán Martín,  
C. Iglesias Fernández y B. Huidobro Fernández

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Introducción:** Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son una causa poco frecuente de pubertad precoz central. Se desconoce el mecanismo por el que la producen, existe una teoría según la cual los TCE lesionarían áreas cerebrales encargadas de contener la secreción hipofisaria de gonadotropinas antes de la pubertad. Al dañarse estas regiones comenzaría la secreción de FSH y LH y se iniciaría la pubertad precoz.

**Caso clínico:** Niña de cinco años que acude a la consulta de endocrinología infantil por telarquia, pubarquia, aumento de la velocidad de crecimiento y flujo vaginal. Tres meses antes había sufrido un TCE severo con múltiples fracturas craneales, contusiones en ambos hemisferios e hidrocefalia secundaria. Durante su ingreso en UCIP presentó diabetes insípida y SIADH que desaparecieron en la primera semana. Al alta estaba asintomática desde el punto de vista endocrinológico. Exploración: Peso: 16.2 kg (percentil 25), talla: 106cm (mayor al percentil 25). Cicatrices craneales y deambulación inestable secundarias al TCE. Estadio de Tanner: axilarquia 1, pubarquia 1-2 y telarquia 2. Pruebas complementarias: estradiol: 28 pg/ml, prolactina 7 ng/ml, test de GnRH: (0 y 20 minutos): FSH: 5 y 14 mU/ml; LH: 1 y 22 mU/ml. El resto de la función adenohipofisaria fue normal. En la ecografía pélvica se observó útero de características premenárquicas. Edad ósea de cuatro años (Greulich-Pyle). Se inició tratamiento con análogos de GnRh y se añadió acetato de ciproterona durante los primeros meses. La evolución fue favorable.

**Conclusiones:** Se estima que entre el 20-80% de los TCE producen alteraciones hipofisarias. En la fase aguda la insuficiencia suprarrenal, el SIADH y la diabetes insípida son las más frecuentes, mientras que a largo plazo son el déficit de GH y el hipogonadismo. La asociación de pubertad precoz central y TCE esta descrita, sin embargo, es poco frecuente. El estudio sistemático de la función hipofisaria en los pacientes con antecedente de TCE permite realizar el diagnóstico y tratamiento precoz de las alteraciones hormonales de estos pacientes.



COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 5 de junio (12:30-14:00)

**CARDIOLOGÍA**  
Sala 23 (Planta 2)

**296** **12:30**  
**INFECCIONES RESPIRATORIAS EN CARDIOPATÍAS:**  
**4 ESTACIONES DEL ESTUDIO CIVIC**

C. Medrano López, L. García Guereta, B. Insa Albert, J. Casaldàliga Ferrer, M. Luis, M. F. Escudero Cárceles, F. Ballesteros, M.M. Rodríguez, J. Gruoso y P. Suárez Cabrera

*Grupo CIVIC de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas.*

**Objetivos:** Evaluar durante 4 estaciones consecutivas la tasa de hospitalización por infección respiratoria en niños menores de 24 meses con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas. Analizar los factores de riesgo asociados, medidas preventivas y describir la etiología y el curso clínico.

**Métodos:** 2.613 niños fueron incluidos y seguidos de octubre a abril de las estaciones de 2004 a 2008 en un estudio epidemiológico, multicéntrico (53 hospitales), observacional (descriptivo), con seguimiento prospectivo.

**Resultados:** 354 pacientes ingresan (13,5%) con 453 hospitalizaciones totales por infecciones respiratorias. Los factores de riesgo asociados son los mostrados en la tabla. Los diagnósticos clínicos fueron bronquiolitis (54,1%), infección de vías altas (21%) y neumonía (19,9%). El principal germen detectado fue el virus respiratorio sincitial (VRS), en 102 pacientes (27,1%). La inmunoprofilaxis frente al VRS disminuyó las tasas de ingreso por VRS: cuando fue completa del 3,3% vs incompleta del 7,9%. La estancia mediana fue de 7 días y un 21,8% tuvieron que ingresar en UCI o tuvieron criterios de gravedad.

Factor de riesgo/protector	Riesgo	Límites IC 95%
Deleción 22q11	3,67	2,00-6,76
Sibilancias	3,22	2,15-4,82
Hermanos menores de 11 años	2,02	1,59-2,57
Trisomía 21	2,02	1,48-2,75
Otros síndromes	1,64	1,01-2,65
Medicación cardiológica	1,53	1,18-1,98
Sexo (mujer)	0,70	0,55-0,90
Peso mayor o igual al percentil 3	0,70	0,55-0,90
Edad mayor o igual a 12 meses	0,41	0,27-0,62

**Conclusiones:** Un 13,5% de los pacientes ingresaron, 1 de cada 5 con cuadros graves. Encontramos que los pacientes con síndromes, menor edad, desnutrición, sexo varón, sibilancias, hermanos o que tomaban medicación cardiológica tenían mayor riesgo. La bronquiolitis por VRS es el principal cuadro y el cumplimiento de la inmunoprofilaxis a VRS es eficaz.

**297** **12:40**  
**DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE**  
**EN LA POBLACIÓN < 32 SEMANAS Y/O**  
**< 1.500 GRAMOS DE CANTABRIA (2007-2008)**

M.J. Caldeiro Díaz, M.L. Bertholt, M. Ruiz del Campo, M.T. Leonardo Cabello, E. Rubín de la Vega, D. Sánchez Arango, M. Monsalve Sáiz y M.T. Viadero Ubierna

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander y Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España.*

**Antecedentes y objetivos:** En los recién nacidos pretérminos (RNPT) la incidencia de ductus arterioso permeable (DAP) es muy superior a la de los recién nacidos a término (50-70% vs 0,02-0,04%). En nuestra unidad neonatal se realiza por protocolo un despistaje de DAP a todos los RNPT < de 32 semanas de edad gestacional (EG) y/o < 1.500 gramos de peso (SEN1500).

**Métodos:** Analizamos los SEN 1500 nacidos en nuestra comunidad desde enero 2007 a diciembre 2008, recogiendo: EG, peso, situación respiratoria, ecocardiograma (ECOCCG) (momento en el que se realizó, presencia ductal, tamaño, shunt), y tratamiento recibido (fármaco, respuesta, necesidad de cirugía).

**Resultados:** Nacieron 109 SEN1500 (edades: 24-32 sem y pesos: 690-1.960 g). En 11 niños no se realizó ECOCCG, por fallecimiento previo o por edad/peso límite y ausencia de clínica. El 72% de los estudios se realizaron por rutina antes de 48 h; el resto por presentar síntomas. Presentaron DAP un 76%, existiendo en el 95% de los < de 28 sem. El 65% del total (46) precisó tratamiento médico (76% en los < 30 sem). De los realizados por rutina el 77% presentaron DAP pero de ellos recibieron tratamiento el 60%. De los realizados por clínica el 84% lo tuvieron y el 95% necesitaron ser tratados. Por grupos de edades los que más frecuentemente precisaron medicación fueron los 26-28 sem SG (86%) y 24-26 sem (70%). Usamos indometacina como primera opción en el 86% e ibuprofeno en el resto. De los tratados inicialmente con ibuprofeno todos necesitaron ser operados. Precisarun cirugía en total 8 niños (11% de todos los DAP); todos menos uno eran < 30 sem y < 1.000 g.

**Conclusiones:** La realización de un ECOCCG por protocolo en todos los SEN 1500 es recomendable ya que el DAP está presente en más de 7 de cada 10 niños. El grupo de mayor riesgo en cuanto a

incidencia, repercusión y agresividad de tratamiento es el de menor EG y peso, por lo que en ellos creemos especialmente recomendable la realización del estudio en las primeras 48, sin esperar a que presenten clínica. En nuestra serie el ibuprofeno como primera opción fue absolutamente ineficaz.

298

### MIOCARDITIS EN UCI PEDIÁTRICA: CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN

A. Rodríguez Ogando, M.J. Rodríguez Castaño, M. Botrán Prieto, T. Fernández López, A. Caridad Sánchez Galindo, C. Medrano López y M. Camino López

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivo:** La miocarditis es la causa más frecuente de fallo cardíaco agudo en niños y la principal entidad a descartar en los pacientes que ingresan en UCI Pediátrica con el diagnóstico ecocardiográfico de miocardiopatía dilatada. Describimos los pacientes con sospecha de miocarditis a su ingreso en una UCIP de referencia para trasplante cardíaco.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de sospecha de miocarditis, por criterios clínicos y ecocardiográficos, que ingresaron en nuestra unidad entre enero de 2004 y diciembre de 2008.

**Resultados:** Identificamos 14 pacientes, 70% lactantes y 75% varones. Un 55% presentaba pródromos infecciosos, el 75% presentaban dificultad respiratoria y/o rechazo del alimento. El 80% presentaba cardiomegalia, 50% alteraciones electrocardiográficas y en la ecocardiografía el ventrículo izquierdo estaba muy dilatado (diámetro telediastólico medio de 42 mm) y con disfunción sistólica severamente deprimida (fracción de acortamiento media del 16%). El valor medio de BNP fue 2.173 (realizado en 9 pacientes), CPK 220 y Troponina T 0,43 (realizados en 7 pacientes). Los estudios microbiológicos fueron: serologías (14/14) con IgM frente a CMV elevada en 2 casos; cultivos virales (heces y secreciones nasofaríngeas) con enterovirus en 1 y adenovirus e influenza en otro; PCR viral negativa (sangre y secreciones nasofaríngeas) en 4 pacientes; no se realizaron biopsias endomiocárdicas. También se realizaron estudios para enfermedades metabólicas y biopsia muscular (30%), 1 caso diagnosticado de déficit de carnitina palmíticoil transferasa tipo II. El tratamiento con inmunoglobulinas i.v. se usó en el 50%, carnitina en el 64%. Todos recibieron inotrópicos i.v. y vasodilatadores, un paciente precisó antiarrítmicos, 40% precisaron ventilación mecánica inicialmente y 15% ECMO. El 40% fue dado de alta de UCI y un 60% se trasplantó, con un fallecimiento posterior. En los corazones explantados se objetivó fibroelastosis en 2 y miocardio no compactado en 1.

**Comentarios:** La miocarditis es una entidad de difícil confirmación diagnóstica. Los pacientes que ingresan en nuestra UCIP tienen más de la mitad de posibilidades de no recuperarse y ser trasplantados.

299

### APLICABILIDAD DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ECOCARDIOGRÁFICA Y SU REPERCUSIÓN EN LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA CARDÍACA

C. Rodríguez Fernández, R. Álvarez Ramos, R. Morales Sánchez, A. Jiménez González, L.M. Rodríguez Fernández y S. Lapeña López de Armentia

*Servicio de Pediatría del Complejo Asistencial, León, España.*

**Objetivo:** Analizar la utilización de las Guías de Práctica Clínica Ecocardiográfica (GPCE) en el ámbito sanitario de León, valorando

12:50

la repercusión de la falta de adherencia a las mismas sobre el despistaje de patología cardíaca.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado mediante el análisis de las peticiones de ecocardiografía en niños del área sanitaria de León durante 6 meses. Variables analizadas: "Diagnóstico ecocardiográfico", y "Adecuación a las GPCE de Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Sociedad Española de Cardiología". Definimos la primera variable con los términos "normal" o "patológico", mientras que en la segunda empleamos el término "SI INDICADA" en aquellas peticiones con un nivel de evidencia científica clase I y II en su indicación, y "NO INDICADA" en las de clase III según el sistema de clasificación de la ACC/AHA Task Force. En el análisis estadístico se utilizó el test de "chi-cuadrado".

**Resultados:** Fueron incluidas 143 peticiones. El 69,9% tenían una indicación clase I o II. El diagnóstico ecocardiográfico fue "patológico" en el 32,2% de los casos. En las peticiones "SÍ INDICADAS" el diagnóstico fue "patológico" en 37 ecografías (37%), mientras que entre las "NO INDICADAS" sólo fueron patológicas 8 (18,6%), (p: 0,030, OR: 2,57, IC95%: 1,08-6,13). Un 17,4% de niños con alteraciones cardíacas detectadas durante este estudio fueron diagnosticados a través de ecografías no indicadas según las GPCE. Su distribución fue la siguiente: 3 insuficiencias pulmonares, 2 comunicaciones interventriculares, 1 comunicación interauricular, 1 ductus arterioso persistente y 1 insuficiencia tricuspídea.

**Conclusiones:** Casi la tercera parte de las peticiones solicitadas no se ajustaban a las indicaciones de las GPCE. Las peticiones realizadas de acuerdo a las GPCE tienen casi tres veces más posibilidades de detectar patología que las no indicadas. Aunque el 17,4% de las alteraciones cardíacas detectadas lo fueron a través de peticiones no indicadas, se trató en general de patología que no requirió ninguna medida terapéutica.

300

### DIAGNÓSTICO TARDÍO DE COARTACIÓN DE AORTA. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

P. Zardoya Santos, V. Jiménez Serrano, P. Martínez Olorón, N. Lecumberri García, I. Garralda Torres y C. Romero Ibarra

*Servicio de Pediatría, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España.*

**Introducción y objetivos:** Entre 1993 y 2008 se han diagnosticado 50 casos de coartación de aorta en pacientes pediátricos en nuestra Comunidad Autónoma. De ellos, 6 (12%) han sido diagnosticados tardíamente después del año de edad. El objetivo de este trabajo es reconocer los signos de alerta para poder anticiparnos en el diagnóstico de nuevos casos.

**Métodos:** Estudio de los seis pacientes pediátricos con diagnóstico tardío (después del año de edad) de coartación de aorta en la consulta de Cardiología Pediátrica.

**Resultados:** La edad del diagnóstico fue a los 3, 4, 8, 10, 13 y 15 años. Tres de ellos fueron derivados por sus pediatras por soplo cardíaco, dos desde la consulta de Nefrología por hipertensión arterial y el sexto debutó con un accidente cerebrovascular a los 13 años en su país de origen, Marruecos. En todos ellos había hipertensión arterial (superior al percentil 95) con una diferencia de presión sistólica superior a 10 mmHg entre brazos y piernas, y debilidad o ausencia de los pulsos femorales. Los cuatro niños de mayor edad tenían hipertrofia ventricular izquierda en el electrocardiograma y alteraciones radiológicas (dos cardiomegalia con erosiones costales y otros dos prominencia de la aorta ascendente). El diagnóstico se hizo mediante ecocardiografía y se confirmó mediante resonancia magnética. Todos fueron reparados quirúrgicamente con buen resultado. Dos de los diagnosticados más tardíamente continúan con hipertensión arterial y el paciente que sufrió el accidente cerebrovascular presenta graves secuelas neurológicas.

13:10

13:00

**Conclusiones:** El diagnóstico de coartación de aorta puede ser pasado por alto a pesar de presentar unos signos físicos específicos. Es de gran importancia la toma de la presión arterial y la palpación de los pulsos femorales en las consultas de atención primaria.

### 301 13:20 HEMITRUNCUS: UNA CARDIOPATÍA INFRECIENTE ASOCIADA A LA MICRODELECCIÓN 22 Q11.2

M. Doyle Sánchez, M. Sorlí García, M.J. Palao Ortuño,  
J.M. Siurana Rodríguez, A. Castillo Serrano  
y L. García Villaescusa

*Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España.*

**Introducción:** El origen anómalo de una rama pulmonar o hemitruncus consiste en el nacimiento de una rama de la arteria pulmonar de la aorta ascendente, con mayor frecuencia la rama derecha (82%). Se trata de una cardiopatía congénita rara, que puede presentarse aislada o asociada a malformaciones cardíacas o extracardíacas.

**Caso clínico:** RNT varón de 11 horas de vida que ingresa por presentar distrés respiratorio inmediato con necesidades crecientes de oxígeno suplementario. Antecedentes perinatales: parto eutócico con líquido amniótico meconial, aspirándose secreciones meconiales en vía aérea superior. Exploración física: peso 2.380 g, taquipnea y tiraje subcostal leve, AC sopló sistólico II/VI en mesocardio. Rx tórax: infiltrados difusos en bases pulmonares. Precisa O<sub>2</sub> para mantener saturación normal. Ante la sospecha de síndrome de aspiración meconial se inicia fluidoterapia y antibioterapia empírica con mejoría progresiva del distrés. Se realiza ecocardiograma al 2.º día de vida, con diagnóstico de CIV perimembranosa. Aunque se resuelve la patología pulmonar, continúa precisando oxígeno al 10.º día de vida, repitiéndose ecocardiograma en el que se objetiva CIV perimembranosa con flujo bidireccional y origen anómalo de la arteria pulmonar derecha desde aorta ascendente, sin estenosis en su origen. Ante los hallazgos se inicia tratamiento diurético, con mejoría de la clínica y disminución de las necesidades de oxígeno. Se traslada a otro hospital para realización de intervención quirúrgica, realizándose corrección completa (cierre de CIV y conexión de arteria pulmonar derecha a tronco pulmonar). Se solicita estudio de microdelección 22q11, siendo positivo.

**Conclusiones:** 1. El diagnóstico del OAAP puede establecerse con exactitud mediante ecocardiografía en la mayoría de casos. 2. Entre las anomalías asociadas a esta cardiopatía, debe considerarse el síndrome de Di George, aún en ausencia de fenotipo sugestivo. 3. La importancia del diagnóstico precoz se debe al inevitable desarrollo de hipertensión pulmonar de esta cardiopatía dejada a su evolución.

### 302 13:30 FACTORES DE RIESGO DE ALTERACIONES CORONARIAS EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

B. Alonso Martín, F.J. Caballero Mora,  
M. Sánchez Bayle, B. Rabadán Sanz,  
J. Cano Fernández y C. García García

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús,  
Madrid, España.*

**Objetivos:** Describir la clínica, tratamiento y complicaciones de niños con enfermedad de Kawasaki (EK). Buscar factores que se relacionen con la aparición de alteraciones cardiológicas.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los 76 niños con EK en nuestro hospital desde enero de 1997 hasta mayo de 2008.

**Resultados:** El 64,5% son varones. Edad media 3 años y 4 meses. Las manifestaciones clínicas fueron fiebre (100%) (media 8,13 días),

exantema (89,5%) [máculo-papuloso (64,5%), micropapular (21,1%), urticariforme (11,8%)], hiperemia conjuntival bilateral sin secreciones (85,5%), afectación bucal (85,5%) [labios secos-fisurados (78,9%), lengua aframbuesada (59,2%), enantema (5,3%)], afectación de extremidades (67,1%) [descamación periungueal (44,7%), edema manos-pies (36,8%), eritema palmo-plantar (23,7%)], adenopatía única (35,5%), rash perineal descamativo (22,4%) y artralgias (11,84%). Los hallazgos analíticos principales fueron leucocitosis con desviación izquierda (> 12.000/mm<sup>3</sup>, 63,1%), trombocitosis (> 450.000/mm<sup>3</sup>, 49,3%), hemoglobina < 10,5 g/dl (22,3%), proteína C reactiva (PCR) > 3 mg/dl (73,9%), VSG > 40 mm (57,4%), albúmina < 3 g/dl (55,5%), bilirrubina total > 1 mg/dl (30,7%), GPT > 45 U/l (52,7%) y piuria estéril (36,8%). De los 76 pacientes 70 recibieron tratamiento con AAS y gammaglobulina iv. Presentaron alteraciones coronarias 12 casos (15,7%), 2 insuficiencia mitral leve y 1 derrame pericárdico. Hubo un caso de meningitis aséptica y otro de hepatitis colestásica. Todas las complicaciones se resolvieron sin secuelas. Serían FR crudos para la aparición de aneurismas: sexo varón [OR = 1,24], exantema urticariforme [OR = 10,53] y PCR > 10 mg/dl [OR = 4,20]. Realizando un análisis de regresión logística obtenemos un modelo para predecir la aparición de aneurismas con una OR = 10 (IC 95% = [2,20-44,12]). El área bajo la curva ROC de este modelo sería 0,839 (IC 95% = [0,709-0,969]).

**Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas y analíticas de nuestra población fueron las clásicas de la EK. Serían FR de aparición de alteraciones coronarias el sexo masculino, exantema urticariforme y PCR > 10 mg/dl.

---

## NEUROLOGÍA Sala 11 (Planta 1)

---

### 303 12:30 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y DIFICULTAD EN EL APRENDIZAJE DE LA LECTO-ESCRITURA

N. Álvarez Gil, M. Muñoz Hernández, M. Escalona del Olmo,  
G. Martí Blanc, R. Buenache Espartosa, G. Mateo Martínez  
y G. Lorenzo Sanz

*Unidad de Neurología Infantil y Servicio de Pediatría,  
Hospital Ramón y Cajal y Universidad de Alcalá de Henares,  
Madrid, España.*

**Introducción:** Existe una fuerte comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la dificultad en el aprendizaje de la lecto-escritura (DAL). Sus manifestaciones pueden superponerse y los límites entre ambos trastornos en ocasiones pueden ser imprecisos. Se considera que el 30% de niños disléxicos tienen TDAH, y que hasta un 35-40% de pacientes con TDAH tienen DAL.

**Objetivo:** Análisis descriptivo de las DAL en un grupo de niños diagnosticados de TDAH.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 58 pacientes diagnosticados de TDAH (43 varones y 15 mujeres), de edades comprendidas entre 6,5 y 14,5 años (X = 9,9 años) en una Unidad de Neurología Infantil, que cumplían criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Se realizó una evaluación psicopedagógica completa a todos los niños y se evaluaron las dificultades en lecto-escritura mediante PROLEC, PROLEC-SE y TALE.

**Resultados:** Se encontraron dificultades de comprensión lectora en 28 pacientes (46,5%), errores en lectura de palabras y seudopalabras en 20 (34,5%) y disgrafía y/o disortografía en 40 (69%).

	TCL	EPP	DD	EPP + DD	TCL + DD	TCL + EPP	Total
TCL	8	2	8	9	—	—	27
EPP	2	1	8	—	9	—	20
DD	8	8	15	—	—	9	40

TCL: trastornos de la comprensión lectora; EPP: errores en lectura de palabras y seudopalabras; DD: disgrafía y disortografía.

**Conclusiones:** Los niños con TDAH tienen con elevada frecuencia dificultades disléxicas. Consideramos que se debe realizar un estudio psicopedagógico a este grupo de pacientes de forma sistemática, para determinar y tratar adecuadamente sus dificultades de aprendizaje.

### 304 12:40 IMPORTANCIA DE LOS SIGNOS DE HIPOCINESIA FETAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES/METABÓLICAS

M. Galán Mercado, A. González Espín,  
C. Sierra Córcoles, R. Parrilla Muñoz  
y J. de la Cruz Moreno

*Unidad de Gestión Clínica, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España.*

**Introducción:** Algunos defectos congénitos neonatales son signos guía para el estudio encauzado de enfermedades neuromusculares/metabólicas. El conocimiento de éstos y su mecanismo patogénico permite: acortar el tiempo diagnóstico, optimizar recursos y evitar exploraciones e intervenciones innecesarias. Distintas etiologías mediante diferentes mecanismos patogénicos (debilidad muscular, hipotonía, disminución de los reflejos) conducen a la hipocinesia fetal produciendo el Sd de hipocinesia/acinesia fetal (SAF). La expresión clínica y su mayor o menor severidad dependerá del nivel de afectación del sistema motor (1.ª/2.ª neurona, músculo, nervios y placa motora), del momento de expresión patogénica fetal y del proceso etiológico. Los procesos neuromusculares de inicio intraútero, las alteraciones del desarrollo y lesiones cerebrales de diversas etiologías, aunque diferentes entre sí, comparten la consecuencia fisiopatológica principal del SAF: "disminución de los movimientos fetales" expresadas como: dismorfias craneofaciales, artrogriposis, ausencia de movimientos torácicos, hipoplasia pulmonar, insuficiencia respiratoria, trastornos de succión y deglución, polihidramnios, huesos finos, frágiles y fracturas, criptorquidia, asfixia perinatal y CIR.

**Objetivos:** Presentar 7 casos donde los defectos congénitos han servido de guía para el diagnóstico etiológico.

**Pacientes y métodos:** Revisamos retrospectivamente los casos, analizando: clínica neonatal, malformaciones, signos/síntomas funcionales, pruebas paraclínicas y necropsia dirigida.

**Resultados:** Hipoplasia olivopontocerebelosa tipo 1. Síndrome de Zellweger. Sd de glicoproteínas deficiente en carbohidratos de inicio prenatal. Síndrome de Walker-Warburg. 2 casos de AME neonatal. Distrofia miotónica congénita.

**Comentarios:** Es importante reconocer en neonatos los defectos congénitos del SAF relacionados con enfermedades neuromusculares/metabólicas ya que pueden ser tan llamativos como los neurológicos, dándonos la clave para su estudio y permitiéndonos un consejo genético y prenatal adecuados.

### 305 12:50 VALORACIÓN DE NIÑOS REMITIDOS POR SOSPECHA DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD A LA SECCIÓN DE NEUROPEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

J.J. García Peñas, V. Cantarín Extremera, L. López Marín,  
A. Duat Rodríguez, M.L. Ruiz-Falco de Rojas,  
L. González Gutiérrez-Solana, J. Lara Herguedas,  
M. Rodrigo Moreno, N. Gutiérrez Cruz y M. Mayordomo Almendros

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Existe una gran controversia entre los pediatras sobre las dimensiones reales del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. El objetivo de este trabajo es: 1) conocer quién, cómo y por qué se remiten estos pacientes a la consulta de neuropediatría de un hospital terciario; y 2) cuál es el diagnóstico al alta de estos posibles trastornos de déficit de atención con hiperactividad.

**Métodos:** Se realiza una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 477 pacientes consecutivos valorados en nuestra sección por un posible trastorno de déficit de atención con hiperactividad entre enero de 1999 y enero de 2009. En todos los pacientes, se realizaron: valoración de criterios diagnósticos de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV), cuestionario de Conners modificado, estudio psicométrico (WISC-R o WISC-IV) y valoración psicopedagógica.

**Resultados:** En 151 casos (31%) el diagnóstico de sospecha de trastorno de déficit de atención con hiperactividad lo había realizado el pediatra que remitía al paciente y, en el resto (69%), lo habían formulado otros profesionales como maestros escolares, psicólogos, psicopedagogos, neuropediatras o paidopsiquiatras. En 190 casos (40%) se disponía de un estudio previo psicométrico y psicopedagógico. Un total de 301 pacientes (63%) se diagnosticaron al alta como trastorno de déficit de atención con hiperactividad y en el 37% restante se incluyeron diagnósticos como retraso mental, inteligencia límite, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de aprendizaje no verbal, trastornos específicos de aprendizaje en el área de lecto-escritura, hipoacusia neurosensorial, epilepsia, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipertiroidismo, depresión infantil, trastornos adaptativos y otras patologías psicosociales.

**Conclusiones:** El diagnóstico diferencial de un posible trastorno de déficit de atención con hiperactividad es amplio y heterogéneo, y debe realizarse siempre de forma rigurosa por un equipo multidisciplinar donde el neuropediatra puede y debe actuar como coordinador.

### 306 13:00 SÍNDROME DE PANAYIOTOPOULOS: FORMA DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

M.C. Suárez Arrabal, A. Costa Ramírez, M. Ursueguía Sánchez,  
E. Chuquiure Valenzuela, J.M. Bazán Ocón, C. Campos López  
y C. García Penco

*Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

**Antecedentes:** El síndrome de Panayiotopoulos (SP) es la 2.ª epilepsia benigna más frecuente de la infancia, tras la epilepsia rolándica. Debido al cortejo vegetativo que habitualmente la acompaña, se confunde con frecuencia con otros procesos como migraña, gastroenteritis o encefalitis, lo que conlleva al infradiagnóstico de esta entidad.

**Objetivo y método:** Mostrar y discutir 2 casos de SP con seguimiento posterior. Caso 1: Niña de 7 años que presenta al inicio del sueño distermia, palidez, cefalea, vómitos, hipotonía y falta de respuesta a estímulos de 10 min de duración. *Exploración física:* normal. *EEG:* en vigilia, descargas paroxísticas de punta y punta-onda en región centro-temporal derecha; durante el sueño aumenta

la frecuencia de descargas, con distribución más amplia tanto centro-temporal derecha como occipital derecha, donde aparece con carácter independiente. Caso 2: Niña de 10 años que presenta, tras 10 min. de sueño, episodio de confusión, desorientación, vómitos y lenguaje incoherente, sin pérdida de consciencia. *Exploración física*: confusión mental y lenguaje incoherente que dura un total de 3 h. Resto normal. *Pruebas complementarias*: tóxicos en orina negativos. LCR (bioquímica y cultivos) normal. RMN cerebral normal. EEG: en vigilia, ondas lentas y agudas en región occipital izquierda, que se bloquean con la apertura de ojos. Durante el sueño, frecuentes descargas epileptiformes de puntas y complejos de punta-onda sobre la región occipital izquierda.

**Resultados:** Caso 1: no recibió tratamiento farmacológico, no habiendo presentado crisis 2 años después. Caso 2: 3 meses después del diagnóstico de SP presenta hasta 3 episodios similares, algunos con alucinaciones visuales y afasia, tras lo que se instaura tratamiento con carbamacepina, con buena evolución posterior. En ambos casos persistieron los hallazgos EEG.

**Conclusiones:** El SP es un síndrome epiléptico con un pronóstico por lo general favorable; sin embargo, a diferencia de otros síndromes epilépticos idiopáticos, el debut o la presencia de un *status* autónomico hace especialmente importante su diagnóstico y el seguimiento evolutivo de estos pacientes.

### 307 13:10 HIPOACTIVIDAD NEONATAL DE CURSO ALTERNANTE. UN CASO SINGULAR

M. Afonso Coderch, F.E. Fraga Bilbao, J.R. Castro Conde, C. González Campos, A. Méndez Pérez y R.A. Montesdeoca Melián

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

**Introducción:** El déficit congénito de neurotransmisores (NT) es una entidad de reciente descubrimiento que produce encefalopatía crónica en la edad pediátrica. El déficit de dopamina se caracteriza por hipomimia, hipocinesia, hipersativación, miosis, ptosis, crisis oculogiras, fluctuaciones a lo largo del día y discinesias. El déficit de serotonina ocasiona alteraciones en la regulación de la temperatura y del sueño.

**Caso clínico:** RNpret de 34s, AEG: 2.040 g. Apgar = 2/3/3. Acidosis metabólica inicial. Preciso VM. Desde el nacimiento presenta hipoactividad de curso alternante, hipotonía generalizada, mala succión e hipomimia, sin otros hallazgos. En los primeros días de vida, se realizó estudio de hipotonía neonatal que incluyó EAB, amonio, bioquímica general (glucosa), lactato, piruvato, CPK, iRMN craneal y citogenética (Prader-Willi), sin encontrarse hallazgos patológicos. Al 4.º mes de vida (en domicilio) reingresa por incremento de la hipotonía (axial), insuficiente sostén cefálico, hipomimia, letargia, dificultad para la succión, regurgitaciones y estancamiento ponderal. La iRMN craneal continuaba siendo normal, al igual que la eco abdominal, el EEG y el EKG. Los estudios analíticos rutinarios de sangre y orina resultaron normales, salvo mínima elevación de piruvato en sangre. En el tránsito EGD se evidencia reflujo gastroesofágico. Se estudiaron aminoácidos en sangre y orina, acilcarnitinas en plasma y ácidos orgánicos en orina, mostrando una hiperaminoaciduria pendiente de confirmación, siendo el resto normal. La medición de NT en LCR demostró déficit de ácido homovalínico (metabolito de dopamina) y en menor medida de 5-HIAA (metabolito de serotonina), siendo compatible con déficit dopaminérgico. Inició tratamiento sustitutivo con levodopa/carbidopa y se solicitó el estudio genético pertinente.

**Conclusiones:** El déficit de NT es una entidad poco conocida que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la hipotonía neonatal. Algunas formas de esta rara entidad tienen posibilidades terapéuticas eficaces. Conviene distinguir entre las formas congénitas/primarias y las secundarias en cuanto a los resultados esperables de la terapia y el consejo genético a la familia.

### 308 13:20 INDICACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN PRECOZ EN PREMATUROS ENTRE 1.000 Y 1.500 G DE PESO AL NACER

M.C. Miranda Herrero, A. Rodríguez Ogando, H. Avellón Liaño, M.J. Rodríguez Castaño, J. Sopena Corvinos, M.C. Martínez López, P. Castro de Castro y M. Vázquez López

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivo:** El mayor número de recién nacidos prematuros (RNPT) que sobrevive en las unidades de neonatología ha determinado una saturación de los centros de estimulación precoz. El objetivo del estudio es conocer los parámetros que indican mal pronóstico neurológico y determinar cuáles de los RNPT que pesaron al nacer entre 1000 y 1500 g. necesitan preferentemente estimulación precoz.

**Métodos:** Se revisan los RNPT con peso entre 1.000 y 1.500 g de nuestro hospital, nacidos entre los años 1998 y 2002, recogidos una serie de variables generales y neurológicas, y se sigue la evolución neurocognitiva durante al menos 24 meses de vida.

**Resultados:** Se recogen 135 pacientes, siendo el 55% varones y el 45% mujeres. La media de edad gestacional fue 29 semanas y peso al nacer 1.262 g. Un 20% de los RNPT presentaron un trastorno en la adquisición del lenguaje, 6% Trastorno de déficit de atención y/o hiperactividad y 20% presentaron otras secuelas cognitivas y/o motoras, de los cuales 15 pacientes (11%) algún grado de parálisis cerebral infantil. Las secuelas neurológicas en el grupo de pequeños para la edad gestacional y embarazo múltiple, fueron similares al resto. Los factores estudiados que más influyeron en la evolución ( $p < 0,05$ ) fueron, ser varón, anemia con repercusión clínica, pH al nacer  $< 7,15$ , tiempo de hospitalización, objetivar una ecografía transfontanelar, exploración neurológica y/o EEG alterado y hemorragia intraventricular grado III o IV. Se realizó un score de las variables estudiadas de mayor significación pronóstica, para establecer cuándo se deben enviar los niños a estimulación precoz.

**Conclusión:** No todos los niños prematuros entre 1.000 y 1.500 g de peso al nacer necesitan estimulación precoz. Nuestro estudio permite diferenciar aquellos que la precisan de los que no.

### 309 13:30 TEST DEL DIBUJO DE LA BICICLETA. UNA NUEVA PROPUESTA

M. Bericat Sierra, T. Fernández Turrado y L.F. Pascual Millán

*Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza; Unidad de Funciones Superiores y Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.*

**Antecedentes y objetivos:** En el presente trabajo aportamos datos de un nuevo sistema de puntuación del test clásico del dibujo de la bicicleta y la escala de valoración para su corrección.

**Material y métodos:** Se trata de un test original que consiste en el dibujo espontáneo de una bicicleta. A partir del sistema de corrección propuesto por Lezak y de datos propios de investigaciones anteriores, se propone una nueva forma de valoración del dibujo realizado. Se aplica a una muestra de 50 niños aragoneses, entre 6-12 años en la etapa de enseñanza primaria. Aportamos datos piloto de esta nueva aplicación del el sistema de puntuación y escala de valoración elaborado por el grupo investigador.

**Resultados:** Los elementos evaluados, el sistema de puntuación y valoración quedan finalmente organizados en dos categorías: elementos estructurales (básicos y s accesorios) y Elementos funcionales, donde se distinguen: conexiones, proporción, gestalt, funcionalidad y creatividad.

**Conclusiones:** Los resultados de este trabajo sugieren que el test del dibujo de la bicicleta es una herramienta útil, sencilla y funcio-

nal que permite tener una visión global del desarrollo en visuoespacial espontáneo en el niño y aporta datos de la evolución según edad. Es una tarea bien aceptada por el niño y libre de carga emocional, compatible con la exploración neuropsicológica normal.

### 310 13:40 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE NO VERBAL (TANV): MODELO DE INTERPRETACIÓN DE LOS SÍNTOMAS, DESVIACIONES Y HABILIDADES

M. Ramírez Arenas, J. Vaquerizo Madrid, A. García Rodríguez y R. Valverde Palomares

*Unidad de Neuropediatría, Hospital Materno Infantil, Badajoz, España.*

**Introducción:** Los TANV son un grupo de dificultades del desarrollo complejo y poco conocido, que afecta principalmente al hemisferio cerebral derecho. Se manifiesta según tres categorías de déficit: desarrollo motor, aprendizaje visual-espacial y competencias sociales. Sin embargo, es un trastorno poco reconocido por el pediatra o los equipos docentes, lo que retrasa el diagnóstico.

**Material y métodos:** El proceso diagnóstico consta de una entrevista estructurada propia; adaptación de los criterios de Goldstein y de Rourke para el diagnóstico del TANV. El análisis fenotípico se ha desarrollado según un inventario de 38 ítems distribuidos en 5 bloques (general, social, grafomotor, perceptivo y atencional) adaptado a partir de las propuestas de M. Mamen (2007). Presentamos 62 pacientes (recogidos hasta la fecha): edad media 9,7 años, 90% varones. La confusión diagnóstica es evidente: el 50% cumplen criterios del DSM-IV para TDAH (21% subtipo DA y 29% C), la mayor parte son remitidos con diagnóstico de TDAH (44%), trastornos del aprendizaje (22%), Asperger (19%) y sólo un 3% con TANV, y por último las trampas del desarrollo: lectura precoz en el 44%, lenguaje erudito en el 33%. Síntomas más comunes: torpeza motora amplia (80%), manierismos (49%), gestos "amanerados" (20%), tics motores (17%), estereotipias (17%), mímica facial peculiar (17%), rituales (15%), retraso en la marcha y ausencia de gateo (10%). Un 45% prefiere estar con niños pequeños o niñas, y un 27% con adultos. El 52% tiene un temperamento explosivo y un 54% padece distraibilidad interna y/o externa. Fenotipo predominante: DAMP (58%), grafomotor (18%), atencional (16%), y el subtipo social (8%).

**Conclusiones:** Los TANV pasan desapercibidos, repercutiendo esto en la salud psíquica y emocional de los pacientes. Se presenta un modelo personal de estudio basado en la clínica, siguiendo una entrevista guiada, y en la observación estructurada de la respuesta a los psicofármacos.

### 311 13:50 VARIABILIDAD DE EXPRESIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE PASCUAL-CASTROVIEJO TIPO II

J.J. García Peñas, A. Torrelo Fernández, V. Cantarín Extremera, L. López Marín, A. Duat Rodríguez, L. González Gutiérrez-Solana, M.L. Ruiz-Falco de Rojas, J. Lara Herguedas, M. Rodrigo Moreno y N. Gutiérrez Cruz

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** El síndrome de Pascual-Castroviejo tipo II, también conocido por el acrónimo PHACE, es un trastorno neurocutáneo de tipo vascular complejo que asocia hemangiomas faciales gigantes con anomalías neurológicas y sistémicas. El objetivo de este trabajo es conocer la evolución natural de este síndrome y la incidencia de las manifestaciones neurológicas del mismo.

**Métodos:** Se realiza una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 21 pacientes consecutivos con síndrome de Pascual-Castroviejo tipo II valorados en nuestra sección entre enero de 1990 y enero de 2009. En todos los pacientes, se realizaron: resonancia magnética craneal, angio-resonancia magnética cerebral, electroencefalograma, estudio cardiológico, estudio oftalmológico, radiografías de serie esquelética y ecografía abdominal.

**Resultados:** Todos los pacientes debutaron con hemangiomas faciales en las dos primeras semanas de vida. Diecisiete pacientes (81%) son de sexo femenino. Siete casos (33%) presentaban extensión extracraneal del hemangioma. Ocho pacientes (40%) presentaban retraso madurativo global en el momento de la primera valoración neurológica. Seis pacientes (28%) presentaban anomalías oftalmológicas, cinco (24%) tenían malformaciones congénitas cardíacas y dos casos (9%) presentaban rafe esternal. Catorce pacientes (70%) presentaban anomalías de fosa posterior y diecisiete (81%) mostraban anomalías arteriales intracraneales. Cinco pacientes (24%) desarrollaron secuelas neurológicas evolutivas. Ningún paciente presentó accidentes cerebro-vasculares ni epilepsia.

**Conclusiones:** El síndrome de Pascual-Castroviejo tipo II es un síndrome heterogéneo con gran variabilidad de expresión clínica y neuroradiológica. En la mayoría de los casos no se encuentran todas las características que engloba el síndrome. Se debe realizar un abordaje multidisciplinar dirigido fundamentalmente al despistaje de anomalías neurológicas, oftalmológicas y cardíacas.



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Viernes, 5 de junio (12:30-14:00)

URGENCIAS

Sala 14 (Planta 1)

312

12:30

**KETAMINA: UTILIDAD Y SEGURIDAD PARA SU USO EN PROCEDIMIENTOS DE ANALGESIA Y SEDACION EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA**

E. Bárcena Fernández, S. Capapé Zache, A. Andrés Olaizola, J. Sánchez Etxaniz, A. Fernández Landaluce y J. Benito Fernández

Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

**Objetivo:** Describir la utilidad y seguridad de la ketamina para procedimientos de analgesia y sedación en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP).

**Pacientes y método:** Estudio prospectivo de 136 procedimientos realizados en SUP utilizando ketamina, entre marzo 2003 y diciembre 2008.

**Resultados:** Se incluyeron 136 pacientes, 42 (31,6%)  $\leq$  24 meses. Se realizaron 14 procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos distintos, el más frecuente la sutura de heridas (47; 34,6%), seguido de la reducción de fracturas (39; 28,7%). En 13 (reducción de fracturas), se había utilizado previamente morfina subcutánea como analgésico. La ketamina se administró junto con otros fármacos (midazolam y/o atropina) en 26 ocasiones (19,1%). Se utilizó la vía intramuscular (im) en 79; 58,1% y vía intravenosa (iv) en 57; 41,9%. El tiempo medio de inicio de efecto fue 2,35 minutos (mediana 2; rango 1-10) cuando se usó vía iv y 5,38 minutos (mediana 4; rango 1-30) por vía im. La diferencia media es de 3 minutos IC (95%) [1,9 a 4,2 minutos],  $p < 0,0001$ . El tiempo medio del procedimiento fue de 16,51 minutos (mediana 14, rango 1-57). En un 99,2% la sedación fue adecuada. En 19 (14%) ocurrieron efectos secundarios, siendo el más frecuente los vómitos (9; 47,4%), desaturación (4), exantemas (3), apnea (1) y en 2 casos ocurrió un error en la administración con sobredosis. Ningún caso precisó ventilación mecánica ni ventilación con bolsa. A pesar de que en los procedimientos en los que se utilizó ketamina  $\pm$  midazolam  $\pm$  atropina respecto a cuándo se utilizó sólo ketamina, hubo un mayor porcentaje de efectos secundarios (6/26; 23% vs 13/110; 12%), estas diferencias no fueron significativas ( $p = 0,1222$ ). No hubo diferencias significativas en los efectos adversos ocurridos comparando la vía iv y la im. No se registró ningún efecto adverso en los casos en los que previamente se había administrado morfina.

**Conclusiones:** La ketamina utilizada de forma aislada, bien por vía intravenosa o intramuscular, es útil en una amplia variedad de procedimientos dolorosos realizados en un SUP, ya que se consigue el efecto deseado de forma rápida, principalmente por vía iv, y segura.

313

12:37

**EPIDEMIOLOGÍA DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN GALICIA Y ASTURIAS**

S. Suárez Saavedra, J.A. Iglesias Vázquez, C. Rey Galán, A. Rodríguez Núñez, G. Martínez Bastida, L. Sánchez Santos y M. Mayordomo Colunga

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia - 061, A Coruña y SAMU, Asturias, España.

**Antecedentes y objetivos:** La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un proceso poco frecuente en pediatría y que conlleva, especialmente cuando se produce en medio extrahospitalario (EH), una elevada morbimortalidad. Nuestro objetivo fue describir la epidemiología de PCR EH.

**Método:** Estudio prospectivo, siguiendo recomendaciones de recogida de datos estilo Utstein, de todas las PCR EH pediátricas (1 mes-18 años) registradas desde 1 enero 2007 hasta 31 diciembre de 2008 en Galicia y Asturias. Se excluyeron 3 casos por no haber sido atendidos por los servicios de emergencias.

**Resultados:** Se registraron 25 episodios. La media de edad fue 69,60 meses (rango: 1-192) con un ligero predominio de mujeres (64%). Once casos eran menores de dos años. El 30% presentaban enfermedades de base con riesgo de PCR. Un paciente había presentado una PCR previa. Entre las causas de la PCR se encontraron 5 síndromes de muerte súbita del lactante, 9 de causa respiratoria (incluyendo 2 ahogamientos), 4 cardiológica, 6 traumatismos (3 de ellos craneoencefálicos) y 1 caso desconocido. Nueve casos fueron debidos a accidentes, cuatro casos de ellos de tráfico. El 56% tuvieron lugar en domicilio, el 12% en escuela y el 32% en lugares públicos. Casi la mitad fueron paradas cardíacas y el resto respiratorias que progresaron a cardíaca, registrándose sólo 2 casos de parada respiratoria pura. El 48% fueron presenciadas. En el 52% se inició reanimación por testigos antes de la llegada de personal sanitario.

**Conclusiones:** Los accidentes son la causa más frecuente de PCR EH en la infancia. El domicilio es el lugar donde se producen mayor número de PCR EH siendo los niños menores de dos años población de alto riesgo. Las medidas preventivas de accidentes en el domicilio pueden disminuir el número de PCR EH.

### 314 12:44 INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

N.E. Sanz Marcos, V. Arias Constantí, V. Trenchs Sáinz de la Maza, A.I. Curcoy Barcenilla, A. Matalí Costa y C. Luaces Cubells

*Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.*

**Introducción:** En nuestro medio el consumo abusivo de alcohol se está convirtiendo en un motivo consulta habitual en Urgencias. Sería conveniente contar con pautas de actuación tanto en el momento agudo como en el posterior.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes atendidos en urgencias por intoxicación etílica aguda (I.E.A)

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en Urgencias de Pediatría durante el período 2007-2008. La I.E.A se definió como la presencia de uno o varios de los siguientes signos en un contexto adecuado: fétor etílico, disartria, verborrea, inestabilidad en la marcha y/o inconsciencia con niveles de etanol elevados en sangre.

**Resultados:** Se incluyeron 198 pacientes (51,3% de sexo femenino) con una media de edad de 16.1 (DE 1,1) años, rango (13,3-18). El 70,7% acuden durante el fin de semana (viernes-domingo) y el 88,3% durante la noche (19:00-7:00). El 81,8% acudieron en ambulancia. En 120 (60,6%) informes consta el acompañante, de éstos, el 30,8% acudieron con padres o hermanos, el 30% con amigos, y el 15% con la policía. En 114 (57,6%) consta el tipo de bebida consumida, siendo en el 91,2% de alta graduación (whisky, vodka...). Se determinaron niveles de etanol en sangre en 149 ocasiones; la media fue de 191 (DE 53) mg/dl; diagnosticándose de intoxicación leve (< 150 mg/dl) al 18.1% de los casos, moderada (150-300 mg/dl) al 79,2% y grave (> 300 mg/dl) al 2,7%. En 140 (70,7%) de las consultas, se determinaron tóxicos en orina. Se detectó consumo asociado de cannabis en 15 (10,7%) pacientes, de anfetaminas en 3 (2,1%), de cocaína en 2 (1,4%) y de opiáceos en 1 (0,7%). En uno de los caso de detectó consumo asociado de cannabis y cocaína. El 8,8% presentaban hipotermia (temperatura axilar < 35°) en Urgencias y no se objetivaron casos de hipoglucemia. Siete (3,5%) consultas derivaron en ingreso del paciente.

**Conclusiones:** Dados los hallazgos en este estudio podemos concluir que el perfil del paciente que acude a Urgencias con una I.E.A es el de un adolescente con consumo moderado de bebidas de alta graduación y que no requiere hospitalización. El pediatra que atiende a estos pacientes debería coordinar tanto el manejo agudo como el seguimiento por parte de los profesionales adecuados con la finalidad de realizar programas de prevención de adicciones.

### 315 12:51 ESTUDIO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS POR INTOXICACIONES A LO LARGO DE UNA DÉCADA

V. Crujeiras Martínez, D. Dacruz Álvarez, L. Vázquez García, F. Gude Sampedro, E.V. Rodrigo Sáez, J.M. Cutrín Prieto, J.L. Iglesias Diz, M. Bravo Mata, F. Álvez González y M. López Rivas

*Servicio de Pediatría y Servicio de Epidemiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

**Antecedentes y objetivo:** La mayoría de los niños que consultan por una posible intoxicación han tomado una cantidad mínima de tóxico o los efectos de éste tienen escasa relevancia clínica. Sin embargo algunos pacientes precisan ingresar en el hospital, porque el contacto con el tóxico presupone riesgo, en ocasiones vital, para el niño. El objetivo es describir las características epidemiológicas y clínicas de pacientes ingresados por intoxicación, en la última década, en un centro hospitalario.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 174 niños, de 0 a 16 años, ingresados en el Servicio de Pediatría desde enero de 1999 a diciem-

bre de 2008, en el que se evalúan datos epidemiológicos, clínicos, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Registramos una mayor incidencia entre 1 y 4 años (41,5%) y entre 11 y 15 años (46,5%). El primer grupo corresponde a intoxicaciones accidentales y el segundo a intoxicación etílica o intento de autólisis. El mecanismo de intoxicación se distribuye por igual entre accidental e intencionado (50% cada uno), siendo el domicilio el lugar de intoxicación más habitual (72%). Los tóxicos más habituales han sido benzodiazepinas (20%), paracetamol (17,4%), etanol (17,4%), productos químicos no medicamentosos (14,6%) y psicofármacos (10%). Un tercio de los pacientes contactó con un servicio de urgencias extrahospitalario y en la mitad de estos se realizó alguna actitud terapéutica antes de ser derivados al hospital. Los hallazgos clínicos más frecuentes han sido somnolencia (40%), alteración de la marcha (14%) y vómitos (13,5%). El tratamiento realizado ha sido lavado gástrico (40,8%), carbón activado (32,5%) y antídoto (20,4%). La estancia media en el hospital ha sido 3,7 días (1-18 días). Todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

**Conclusiones:** Las intoxicaciones intencionadas, en ocasiones con intento de autólisis, significan la mitad de los ingresos en este estudio. Los antitérmicos, fundamentalmente paracetamol, son el tóxico más habitual en los lactantes-preescolares y los psicofármacos-alcohol en los adolescentes. No registramos ninguna secuela en el grupo de niños hospitalizados por intoxicación.

### 316 12:58 BACTERIEMIA EN EL LACTANTE MENOR DE TRES MESES CON FIEBRE SIN FOCO: PREVALENCIA Y PREDICTORES

B. Gómez Cortes, A. Egireun Rodríguez, D. García Urabayen, E. Astobiza Beobide, J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso

*Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

**Objetivos:** 1) Evaluar la prevalencia de bacteriemia en el lactante < 3 meses con fiebre sin foco (FSF) atendido en un Servicio de Urgencias Pediátricas, 2) describir las bacterias aisladas; 3) analizar los factores relacionados con una mayor probabilidad de presentar un hemocultivo positivo.

**Pacientes y método:** Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó todos los lactantes < 3 meses atendidos por FSF en los que se realizó hemocultivo durante 5 años (datos extraídos de nuestro registro del lactante < 3 meses con FSF). Se realizó seguimiento telefónico de los niños que no ingresaron.

**Resultados:** Se atendieron 1.125 niños con FSF, realizándose hemocultivo a 1.018 (91,5%). El hemocultivo fue positivo en 23 (2,2%); 8 asociaron un urocultivo positivo para la misma bacteria. La bacteria más frecuentemente aislada fue la *E. coli* (9), seguido del *S. pneumoniae* (4). Se detectaron dos hemocultivos positivos para *S. agalactiae*. Los factores relacionados con una mayor riesgo de presentar un hemocultivo positivo fueron: a) no ser clasificado como "buen estado general" (6/48, 12,5% vs 17/970, 1,8%;  $p = 0,0004$ , Odds Ratio 8.01) y b) la detección de leucocituria y/o nitrituria por tira reactiva (10/178, 5,6% vs 13/822, 1,6%;  $p = 0,003$ , Odds Ratio 3,70). De 700 lactantes previamente sanos, con buen estado general y tira de orina normal, 7 presentaron un hemocultivo positivo (1%). Tres lactantes con criterios de bajo riesgo presentaron una bacteriemia (3/545; 0,5%). El rendimiento de la PCR para detectar bacteriemia fue mayor que el de la cifra de leucocitos y el recuento absoluto de neutrófilos, pero sin diferencias significativas: área bajo la curva ROC 0,847 (0,754-0,940). Un punto de corte de 70 g/l presentó una especificidad del 93,8% y una sensibilidad del 69,6%.

**Conclusiones:** La tasa de hemocultivo positivo en el lactante < 3 meses con FSF es del 2,2% (1% en lactantes previamente sanos con buen estado general y tira de orina normal). El patógeno más frecuentemente aislado fue la *E. coli*. La realización de hemocultivo es recomendable en todo < 3 meses con FSF, sobre todo en aqué-

llos sin buen estado general o con sospecha de infección urinaria. La PCR, la cifra de leucocitos y el recuento absoluto de neutrófilos no son buenos predictores de bacteriemia en estos niños.

### 317 13:05 CEFALEA EN LA ADOLESCENCIA: UN PROBLEMA EMERGENTE PERO POCO URGENTE

N. Lecumberri García, V. Jiménez Serrano, R. Díaz-Aldagalan González, A. Martínez Ortiz, E. Gembero Esarte y L. Gómez Gómez

*Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La cefalea en los adolescentes es una causa frecuente de consulta en la práctica pediátrica.

**Objetivo:** Verificar que la cefalea, en este grupo de edad, es una patología que demanda atención urgente con mucha frecuencia, conocer las características de estos pacientes, estudiar las etiologías más frecuentes y el impacto que supone en cuanto a pruebas complementarias e ingresos.

**Material y métodos:** Revisión de los pacientes adolescentes (12-15 años) que acuden a urgencias de un hospital terciario durante el año 2008. Se analizan las variables mediante SPSS 14.0 y se comparan mediante  $\chi^2$  de Pearson.

**Resultados:** Acuden 86 adolescentes con cefalea (52% hombres y 48% mujeres), 0,25% del total de las urgencias. El 25% de las cefaleas atendidas en urgencias son en adolescentes. Edad media 13 años. El 16% son remitidos por otro facultativo. Mayor incidencia en primavera. La localización frontal es más frecuente (48%). La exploración neurológica es normal en el 94%. En la mitad de los casos se realiza alguna exploración complementaria (TAC craneal en un 34% y EEG en el 20%). Sólo el 2% de TAC son patológicos. Los diagnósticos de cefalea son: tensional (48%), migraña (32%), post-traumática (6%), infecciosa (6%), otras (8%). El tratamiento más empleado es el Ibuprofeno. A los que ingresan (9%), se les realiza significativamente más pruebas complementarias y el diagnóstico más frecuente es de epilepsia. La mayoría se remiten a su domicilio. Recurren el 43%. Un 37% se remiten a neuropediatría.

**Conclusiones:** La cefalea es un síntoma que provoca gran inquietud, generando un importante número de consultas urgentes, pruebas complementarias y consultas a neuropediatría. La cefalea tensional es la causa más frecuente de cefalea entre los adolescentes y es un problema de nueva morbilidad. Los analgésicos convencionales siguen siendo el tratamiento de elección. Se demuestra el carácter benigno, en la mayoría de los casos, y el bajo índice de ingresos que supone esta patología.

### 318 13:12 BRONQUIOLITIS: VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL +/- EN LACTANTES MENORES DE 7 MESES

I. Martínez Romera, L. Zugadi Zarate, A.I. Jiménez Ortega, M. Sánchez Bayle, E. de la Torre Montes de Neira y C. García García

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivo:** La bronquiolitis se define como un cuadro de dificultad respiratoria que afecta a niños menores de dos años. Esta enfermedad supone un problema de salud infantil, principalmente en época de epidemia, no existiendo un manejo terapéutico claramente efectivo salvo la oxigenoterapia en los niños que requieren ingreso. El objetivo de nuestro estudio fue comparar la clínica y la evolución de bronquiolitis VRS+ y VRS- en lactantes menores de 7 meses que precisaron ingreso.

**Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de bronquiolitis entre octubre 2007-septiembre 2008. Los criterios de inclusión fueron: edad menor de

7 meses y primer episodio. Se revisaron las siguientes variables: edad, sexo, mes de presentación, tipo de alimentación, clínica, gravedad según Escala de Wood-Downes Modificada (EWD), necesidades de oxígeno, tiempo de estancia hospitalaria e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP). El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS 15.0

**Resultados:** De las 212 historias seleccionadas (revisadas 234) 65% fueron varones, la edad media global fue de 2,88 meses (DE 1,88), el 62% fueron VRS+. La clínica de presentación fue: dificultad respiratoria (83%), congestión nasal (74%), tos (73%), dificultad alimentación (51%), aumento de la temperatura (69%). La gravedad fue: leve 3%, moderada 64% y grave 33%. Los ingresos en UCIP tuvieron lugar en el 11% de los pacientes de la muestra. Realizando un análisis comparativo entre VRS +/- se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en: edad, sexo, distribución por meses, tiempo de estancia hospitalaria, factores de riesgo, ingreso en UCIP.

**Conclusión:** Los pacientes con VRS+ se concentran en época epidémica, afectando principalmente a pacientes menores de 3 meses de sexo femenino. Estos pacientes tienen una peor evolución, con un tiempo de estancia hospitalaria mayor y un incremento en el requerimiento de las necesidades de oxígeno y necesidad de ingreso en UCIP.

### 319 13:19 NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD EN LA SECCIÓN DE URGENCIAS: REVISIÓN DE 496 CASOS

R. Olalla Villar, M.J. Carbonero Solís, S. Brunstein, M. Losana Ruiz, J. González Hachero y J. Polo Padillo

*Servicio de Pediatría y Sección de Urgencias Pediatría, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

**Objetivos:** Realizar una revisión de las neumonías de la comunidad en la población que acudió a la sección de urgencias, así como el uso de pruebas complementarias y la actitud terapéutica.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de 496 niños diagnosticados de neumonía de la comunidad, de febrero a mayo del 2008. Analizamos la frecuencia y nivel de significación ( $\chi^2$  de Pearson) de las siguientes variables: edad (en tres grupos: menores de 2 años, entre 2 y 5 años, y mayores de 5 años), sexo, diagnóstico previo, ambiente epidemiológico, antecedentes, clínica, complicaciones, exámenes complementarios (radiografía de tórax, hemograma y pcr) y tratamiento.

**Resultados:** La edad media de presentación fue de 5,2 años, siendo más frecuente el grupo de mayores de 5 años (41,7%). El mes predominante fue marzo, con un 30,8%. No hubo diferencia en cuanto al sexo, ambiente epidemiológico y antecedentes. El 84,3% fueron diagnosticados en nuestra sección. Los síntomas principales fueron la fiebre en el 92,7% y la tos en el 73,6%, siendo esta más frecuente en menores de 1 año ( $p < 0,05$ ). El 10,3% refirió dolor torácico y/o abdominal, un 6,3% vómitos, asociándose a mayores de 5 años ( $p < 0,05$ ); sólo el 5% presentó dificultad respiratoria. En el 94,6% se realizó radiografía de tórax, donde predomina el patrón lobar (66,7%). El 2,4% presentaron derrame pleural. No se encontró asociación significativa entre la clínica y el derrame, ni entre patrón radiológico y edad. Se hizo hemograma y PCR en el 23,7%, siendo el hallazgo más frecuente la leucocitosis con neutrofilia, sin asociarse de forma significativa con un tipo de patrón radiológico. El tratamiento empírico más usado fueron los antibióticos  $\beta$ -lactámicos (64,3%), siendo significativo su uso ( $p < 0,05$ ) en menores de 5 años. Sólo un 10,3% estaban inmunizados frente a neumococo.

**Conclusiones:** Los síntomas principales fueron la fiebre y la tos, encontrando diferencia en la sintomatología según la edad. Predomina el uso de  $\beta$ -lactámicos en menores de 5 años y macrólidos en mayores. No hallamos asociación entre las características del hemograma, valor de pcr, edad y patrón radiológico. El derrame pleural no es frecuente en nuestra muestra.

### 320 13:26 IMPACTO Y SEGURIDAD DEL MANEJO SELECCIONADO SIN ANTIBIÓTICOS DE LOS NIÑOS CON OTITIS MEDIA AGUDA EN URGENCIAS

N. Olabarrieta Hoyos, M. Alcalde Rastrillo,  
A. Fernández Landaluze, S. García González,  
J. Benito Fernández y S. Mintegui Raso

*Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

**Antecedentes:** La otitis media aguda (OMA) es un motivo muy frecuente de consulta en pediatría y la principal causa de prescripción antibiótica. En 2004 introdujimos en Urgencias la "opción observación" (manejo seleccionado sin antibióticos [Ab]) en estos niños y se decidió no iniciar Ab si un niño cumplía todos los siguientes criterios: edad superior a 2 años, OMA no grave ( $T^{\circ} < 39^{\circ}C$  y dolor no intenso), no guardería, no OMA de repetición, no Ab el mes previo y no ingreso reciente.

**Objetivos:** Evaluar el impacto y la seguridad del manejo sin Ab en pacientes seleccionados con OMA en Urgencias de Pediatría.

**Pacientes y método:** Estudio retrospectivo incluyendo todos los niños menores de 14 años diagnosticados de OMA en Urgencias de Pediatría durante el mes de octubre de 2001, 2005 y 2008, que no estuvieran recibiendo Ab previamente. Se recogen datos demográficos, pruebas complementarias, tratamiento y complicaciones. En 2005 y 2008 se realiza seguimiento telefónico de los niños. Se revisan así mismo los menores de 14 años diagnosticados de mastoiditis entre 2002 y 2008.

**Resultados:** Incluimos 611 episodios con diagnóstico de OMA (186 de 2001, 221 de 2005 y 204 de 2008). En octubre de 2001, se registraron 186 OMA, de los cuales 179 (96,2%) recibieron Ab (vs 311 de 425 en 2005 y 2008, 73,1%,  $p < 0,000001$ ). De los 425 episodios registrados en 2005 y 2008, se completó seguimiento telefónico en 298 (70,1%), de los cuáles 80 no recibieron Ab en Urgencias. De éstos, 38 (47,5%) recibieron Ab en el seguimiento posterior de su pediatra. Entre 2002 y 2008 se registraron 142 mastoiditis en Urgencias. Tras la introducción de la "opción observación", ningún paciente diagnosticado de mastoiditis había recibido el diagnóstico previo de OMA y había sido manejado sin Ab.

**Conclusiones:** El manejo sin Ab de las OMA en niños seleccionados en Urgencias es una opción segura y se asocia a una reducción de la prescripción antibiótica de alrededor del 25%, si bien este porcentaje se reduce en el seguimiento posterior del pediatra.

### 321 13:33 MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN GALICIA Y ASTURIAS

S. Suárez Saavedra, A. Rodríguez Núñez, G. Martínez Bastida,  
J.A. Iglesias Vázquez, C. Rey Galán, L. Sánchez Santos  
y J. Mayordomo Colunga

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo,  
Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia - 061,  
A Coruña y SAMU, Asturias, España.*

**Antecedentes y objetivos:** El manejo de la parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria (EH) es llevada a cabo inicialmente por los Servicios de Emergencia. Su pronóstico depende del tiempo de respuesta y de la calidad de las maniobras de RCP. Describimos el manejo y evolución de las PCR EH atendidas por los Servicios de Emergencias en Galicia y Asturias.

**Método:** Estudio prospectivo, siguiendo recomendaciones de recogida de datos estilo Utstein, de todas las PCR EH pediátricas (1 mes-18 años) registradas desde 1 de enero 2007 hasta 31 de diciembre de 2008.

**Resultados:** Se registraron 25 episodios. En 4 casos se iniciaron maniobras de RCP (incluyendo RCP por testigos) en el primer minuto tras la PCR, en 3 casos entre 1 y 4 minutos, en 3 casos entre 4 y

10 minutos y en 15 casos tras más de 10 minutos. La duración de la RCP fue superior a 30 minutos en el 44%. El 84% fueron ventilados con bolsa y mascarilla facial, y en el 80% se practicó intubación orotraqueal. Se consiguió acceso venoso en la mitad de los pacientes y en un 36% se canalizó vía intraósea. La adrenalina fue utilizada en 72%, el bicarbonato en un 20% y la atropina en un 40%. En diez casos se administraron más de 5 dosis de adrenalina. El ritmo cardíaco más frecuente fue la asistolia (84%), en 2 pacientes el primer ritmo encontrado fue fibrilación ventricular y en otros 2 pacientes se constató ritmo sinusal en el momento de la monitorización inicial. Durante la RCP se modificó el ritmo en 11 casos. En 13 casos las maniobras de reanimación lograron recuperación de pulso espontáneo. Posteriormente fallecieron 8 pacientes, 6 de ellos en las primeras 24 horas tras la PCR. La causa del fallecimiento fue limitación del esfuerzo terapéutico en 2 casos, muerte cerebral en un caso, fallo multiorgánico en un caso y nueva PCR en 4 casos. La supervivencia final fue de 5 pacientes, 3 sin secuelas, con PCR de causa cardiológica. En 4 de ellos el tiempo de respuesta fue menor a 10 minutos.

**Conclusiones:** La mortalidad final de la PCR EH es elevada. La supervivencia sin secuelas de la PCR EH se correlaciona con un menor tiempo de respuesta. Es frecuente la realización de RCP avanzada durante más de 30 minutos en la PCR EH.

### 322 13:40 DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN EL LACTANTE EN ÉPOCA EPIDÉMICA: NO SÓLO BRONQUIOLITIS

Á. Denyà Martínez, L. Martínez Sánchez y C. Luaces Cubells

*Sección de Urgencias del Servicio de Pediatría,  
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.*

**Introducción:** La dificultad respiratoria en el lactante es uno de los motivos de consulta más habituales en un servicio de urgencias pediátricas. En época epidémica, las causas más frecuentes son las infecciosas. Algunas patologías infrecuentes son características de este rango de edad y tienen elevada morbi-mortalidad en ausencia de un manejo adecuado.

**Objetivo:** Estudiar la etiología de la dificultad respiratoria en el lactante que acude al servicio de urgencias en época epidémica y recordar los diagnósticos infrecuentes pero característicos de esta edad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes entre 0 y 12 meses de vida que son atendidos en el servicio de urgencias por dificultad respiratoria, durante 4 meses de época epidémica (octubre 2008-enero 2009).

**Resultados:** Se obtienen 1156 pacientes con dificultad respiratoria. En 1.081 (93,5%) ésta es debida a patología respiratoria (59% infecciosa; 40% inflamatoria; 0,27% malformativa). En 75 (6,5%) es debida a patología no respiratoria (68% infecciones no respiratorias; 10% trastorno hidroelectrolítico; 8% patología neuromuscular; 3,7% cardiocirculatoria, 1,2% tumoral, 9% otras). Presentamos 3 casos clínicos correspondientes a 3 lactantes de edad comprendida entre 6 y 12 meses, sin antecedentes, que acudieron a urgencias con dificultad respiratoria. Presentaban afectación del estado general, distrés respiratorio grave e hipofonosis generalizada del pulmón izquierdo. Se inició estabilización y se realizaron pruebas de imagen. Caso 1: pulmón izquierdo atelectásico y protrusión intratorácica de colon y bazo. Diagnóstico final: Hernia diafragmática izquierda. Caso 2: neumotórax izquierdo a tensión y dos imágenes loculadas basales. Diagnóstico final: neumotórax secundario a malformación adenomatoidea quística. Caso 3: gran masa izquierda. Diagnóstico final: sarcoma de Ewing extratorácico. Los 3 pacientes precisaron tratamiento de soporte y quirúrgico urgente.

**Conclusiones:** Aunque la causa más frecuente de dificultad respiratoria en el lactante, especialmente en época epidémica, es la infección respiratoria, no debemos olvidar otras causas potencialmente graves y que precisan un tratamiento urgente y específico.



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Viernes, 5 de junio (12:30-14:00)

**ONCOLOGÍA**  
Sala 12 (Planta 1)

**323** **12:30**  
**TUMORES DE LOS CORDONES SEXUALES**

A. Aranda Mora, A. Herrero Hernández,  
O.M. Escobosa Sánchez, T. Acha García,  
A. Moreno Ramos y A. Jurado Ortiz

*Unidad de Oncología Infantil y Sección de Anatomía Patológica,  
Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Son tumores gonadales de células no germinales de escasa frecuencia. Comprenden: tumores de células de la granulosa, de Sertoli, gynandroblastomas, con túbulos anulares y no especificados. Clínica de secreción de hormonas sexuales o dolor abdominal con masa. Exéresis completa como elección para diagnóstico, estadificación, y tratamiento. La mayoría son tumores localizados y sólo precisan cirugía. En estadios avanzados está indicada la quimioterapia adyuvante.

**Objetivo:** conocer datos epidemiológicos, tratamiento recibido y situación actual de los pacientes diagnosticados en nuestra Unidad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Período 1981-2008.

**Resultados:** Se presentan 4 pacientes. Se analizan: edad al diagnóstico, debut clínico, tipo histológico (células de la granulosa ovárico (TCG) o testicular indiferenciado), estadio, tratamiento recibido (cirugía, quimioterapia: QT) y situación actual (vivo libre de enfermedad: VLE) con tiempo de seguimiento en meses (v. tabla 1).

**Conclusiones:** A pesar de ser un grupo de tumores muy inusual, más aún en la edad pediátrica, no debemos olvidar la posibilidad diagnóstica de este tipo de tumores en el estudio de una masa pélvica, acompañada o no de síntomas constitucio-

nales o derivados de la secreción hormonal. Sólo uno de nuestros pacientes precisó quimioterapia adyuvante con cisplatino, etopósido e ifosfamida (PEI). Destacar la buena supervivencia de nuestros pacientes de acuerdo con lo publicado en la bibliografía.

**324** **12:37**  
**TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA SECUNDARIA A ANEMIA DE FANCONI: REVISIÓN DE DOS CASOS**

M.L. Matoses Ruipérez, M. Navarro Paterna,  
M.C. Pérez de Llago, R. Mar Aldana, J.M. Fernández Navarro  
y A. Verdeguer Miralles

*Servicio de Oncología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia, España.*

**Antecedentes:** La AF es una anemia aplásica hereditaria, caracterizada por fallo medular progresivo. Puede evolucionar a síndrome mielodisplásico (SMD) o leucemia mieloide aguda (LMA). El tratamiento definitivo es el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

**Método:** Estudio descriptivo de dos pacientes diagnosticados de AF y LMA que se sometieron a TPH.

**Casos clínicos:** Caso 1: Niño de 8 años, con AF desde el año, que en el contexto de cuadro de abdomen agudo, es diagnosticado de LMA. Antecedentes de interés: onfalocele, anomalías en radios, panhipopituitarismo. Caso 2: Niño de 6 años con historia breve de fiebre y pancitopenia, diagnosticado de AF y SMD, que 3 meses más tarde evolucionó a LMA. Antecedentes de interés: Secuencia VACTERL, microcefalia, talla baja, hermano fallecido por LMA. En la AF, cuando exista indicación de TPH, éste debe realizarse lo antes posible. Actualmente, la mayoría de regímenes de acondicionamiento incluyen fludarabina. Es necesario un protocolo consensuado (tabla 2).

Tabla 1

Caso	Edad	Clínica	Tipo	Estadio	Tratamiento	Situación
1	5 años	Metrorragia	TCG	Ia	Cirugía	VLE (30)
2	13 años	Masa pélvica	TCG	Ic	Cirugía QT	VLE (5)
3	6 años	Masa escrotal	Test Indif	Ia	Cirugía	VLE (31)
4	11 años	Metrorragia	TCG	Ia	Cirugía	VLE (120)

Tabla 2

	Caso clínico 1	Caso clínico 2
Citogenética	Trisomía 11	Monosomía 7
Fuente de TPH	Sangre de cordón no emparentado, idéntico	SP de donante familiar. HLA-idéntico
Quimioterapia citorreductora	1.º Citarabina + TIT 2.º Clofarabina, citarabina	1.º Citarabina 2.º Mini-FLAG
Acondicionamiento	Tiotepa, FLU, BU + ATG	FLU, CFM, no ATG
Profilaxis EICH	MMF, CyA ATG	MMF, CyA
Prendimiento	+23	+11
Médula ósea control día + 30	Quimera completa	Quimera completa
Médula ósea control día + 60	Quimera completa (mantenida día + 90)	Recaída morfológica

### 325 12:44 HIPERGLUCEMIA EN EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN DE LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA)

D. González Barrios, R. López Almaraz, V.E. García Rodríguez, A. González de Eusebio, A. Cobo Costa, M. González Cruz, V. Ramos Martín, M. Mateos Durán, J.C. Rodríguez Luis y J.P. González Díaz

*Servicio de Pediatría, Unidad de Onco-Hematología Pediátrica y Unidad de Endocrinología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

**Objetivo:** Estudiar las características y consecuencias clínicas de la hiperglucemia en el tratamiento de inducción de la LLA según el protocolo de tratamiento SHOP-LAL 99 y 2005, y recaídas.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de LLA en los últimos 9 años en nuestro hospital, durante el tratamiento de inducción, que incluye prednisona (60 mg/m<sup>2</sup>/día) y asparaginasa. Se analizaron las siguientes variables: enfermedad de base, sexo, edad, peso, índice de masa corporal (IMC), hiperglucemia (definida por 2 determinaciones mayor o igual a 200 mg/dl), días de ingreso, infecciones y otras complicaciones, y evolución posterior.

**Resultados:** La muestra consta de 21 pacientes. La edad media de presentación es de 6 años, con un IMC medio de 16,4. Predominio del sexo masculino (75%). La estancia media fue de 33 días (rango: 14-52), y 12 pacientes desarrollaron alguna infección (57%). Dos fallecieron durante el tratamiento de inducción (9%). Actualmente 14 se encuentran en remisión completa (66%). Tres presentaron hiperglucemia (14%), con una edad media de 14 años, sin diferencias en la distribución por sexos ni en el IMC con respecto a la muestra. Uno presentaba antecedentes familiares de diabetes mellitus (DM) tipo 2. Los tres se trataron inicialmente con insulina en perfusión continua (media: 0,03 UI/kg/hora) y posteriormente subcutánea (media: 0,6 UI/kg/día) durante periodos variables autolimitados. Dos de ellos, afectos de síndrome de Down, presentaron infecciones durante la inducción. Uno de ellos falleció por un shock séptico refractario. Actualmente, los otros dos pacientes se encuentran en remisión completa.

**Conclusiones:** 1) El desarrollo de hiperglucemia secundaria al tratamiento de inducción en nuestra serie se asocia al período prepuberal y puberal, antecedentes familiares de DM, y sobre todo al síndrome de Down. 2) La hiperglucemia no modifica, de forma significativa, la respuesta al tratamiento ni las complicaciones durante el mismo.

### 326 12:51 HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA AD FRÍGORE (HPAF): A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ramírez Arenas, J.M. Vagace Valero, A. Louise Tully Quinn, N. Pérez Martín, M.S. Casado Calderón y J.J. Cardesa García

*Servicio de Pediatría y Servicio de Hematología, Hospital Materno Infantil, Badajoz, España.*

**Introducción:** La hemoglobinuria paroxística ad frígore, constituye en algunas series la primera causa de anemia hemolítica autoinmune en la infancia y supone hasta el 50% de los casos en menores de cuatro años, siendo especialmente frecuente en lactantes; sin embargo, hay pocos casos descritos. La razón puede ser que con frecuencia el Coombs directo es negativo, el anticuerpo es transitorio y desaparece en 3 meses y por último el test de hemolisina bifásica (*Test de Donath Landsteiner*) puede ser negativo por consumo in vivo del Ac o del complemento.

**Material y métodos:** Niña de 18 meses que ingresa por anemia tras un cuadro de fiebre alta sin foco de 4 días de evolución, posteriormente presentó palidez y hemoglobinuria. Exploración: taquicardia, subictericia conjuntival sin adenopatías ni visceromegalias. Estudio de anemia: Hb 7 g/dl, reticulocitos 2%, frotis con esferocitos dispuestos en microagregados, bilirrubina 2 mg/dl, LDH 3.639 UI/l, haptoglobina 28 mg/dl. Test de Coombs directo e indirecto: positivos. Estudio inmunohematológico: grupo sanguíneo A1 negativo, escrutinio de Ac irregulares positivo, título de crioglobulinas 1/4, sin especificidad, pruebas cruzadas negativas a 37 °C. Test de Hemolisina bifásica positivo. Pese al tratamiento corticoideo la Hb bajó 2 puntos en 12 horas por lo que se transfundió a la niña. Tras el diagnóstico de HPAF se retiraron los corticoides y se prescribió que evitara el frío, con recuperación completa del cuadro.

**Discusión:** La mayoría de los casos de HPAF son lactantes con antecedente de infección y clínica consistente en palidez, hemoglobinuria, ictericia y en algunas ocasiones dolor abdominal, náuseas y vómitos. La respuesta reticulocitaria es lenta con caídas bruscas de la Hb que han originado casos de muerte súbita, por lo que en todo niño con esta clínica hemos de sospechar HPAF y realizar de forma inmediata un test de hemolisina bifásica, ha de evitarse el frío y con frecuencia es preciso la transfusión.

### 327 12:58 PROPANOLOL COMO TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA SUBGLÓTICO

H. Navarro González, E. Urrutia Maldonado, M.J. Ortega Acosta, M.J. Moreno García, R. Fátima Cortés Sánchez y E. Pastor Pons

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.*

**Introducción:** Se expone la experiencia del tratamiento con propranolol de un caso de hemangioma subglótico resistente a otros tratamientos.

**Caso clínico:** Paciente diagnosticada a los 3 meses de vida de hemangioma subglótico tras sufrir varios cuadros de dificultad respiratoria alta grave. TAC cervical: masa de 10 × 4 × 10 mm en región subglótica que obstruye parcialmente vía aérea. Tras valoración por ORL infantil se descarta posibilidad de tratamiento local y se inicia corticoterapia según protocolo SEOP para hemangiomas. A los dos meses de tratamiento la fibrobroncoscopia muestra

disminución del tamaño tumoral en 2/3, pero aparecen importantes efectos secundarios: síndrome de Cushing intenso, inmunodepresión grave, neumotórax y neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. Al intentar retirada de corticoides reaparece estridor considerándose corticodependiente, por lo que se decide pasar a tratamiento quimioterápico con vincristina semanal (recibe 20 dosis). Tras finalizar vincristina se realiza evaluación mediante TAC que no muestra cambios significativos del tamaño de la masa. Reaparece la clínica en varias ocasiones, requiriendo ingreso hospitalario, por lo que se decide probar tratamiento con propranolol oral a dosis de 2 mg/kg/día, con muy buena tolerancia y sin que se constata ningún efecto secundario. El TAC de cuello al mes de tratamiento muestra reducción muy discreta del tamaño de la masa (8 × 4 × 5 cm), pese a lo cual ha desaparecido por completo la clínica respiratoria y el estridor. Pendiente de TAC de evaluación a los 7 meses de tratamiento.

**Discusión:** Recientemente en la literatura científica se plantea el Propranolol frente a otros tratamientos del hemangioma como una alternativa más efectiva y segura, carente de los importantes efectos adversos de los corticoides a altas dosis o la vincristina. La efectividad se basaría en la vasoconstricción, y estímulos que conducirían a la apoptosis de las células endoteliales. En nuestro caso, quedaría pendiente establecer si la mejoría clínica evidenciada es debida al tratamiento con Propranolol, o bien a regresión espontánea de la masa, o a crecimiento de la paciente con el consiguiente aumento del diámetro traqueal.

### 328 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE PROCESOS FEBRILES CON NEUTROPENIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER SEGÚN EL GRUPO DE RIESGO

13:05

S. Arias Álvarez, M. Vázquez Donsión, M.A. Urisarri Ruiz de Cortázar, N. García Sánchez, F. Álvez González y J.M. Couselo Sánchez

*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

**Objetivo:** Revisar los resultados obtenidos con el tratamiento según el protocolo actual de los episodios de fiebre y neutropenia de los pacientes pediátricos con cáncer hospitalizados en nuestro Servicio durante el período junio 2004-diciembre 2007.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional de los 63 episodios válidos de fiebre y neutropenia en los niños con cáncer hospitalizados en nuestro hospital durante el período junio 2004-diciembre 2007. El manejo y tratamiento de los pacientes fue diferente según la división en los grupos de alto o bajo riesgo de infección grave.

**Resultados:** La mayoría de los pacientes fueron clasificados como de alto riesgo. Existe una clara diferencia en la evolución de los diferentes grupos de riesgo, con desaparición de la fiebre en las primeras 48 h en el 90% de los pacientes clasificados como de bajo riesgo y con confirmación de sepsis en un único caso (*S. epidermidis* relacionado con catéter). En el 32% de los pacientes de alto riesgo la fiebre duró más de 72 h, en el 34% se confirmó una sepsis, y el 7.5% tuvieron complicaciones durante la evolución. La mortalidad global fue del 0%.

**Conclusiones:** Las infecciones en niños con cáncer son causa importante de morbilidad y mortalidad, por lo que se necesita la revisión continua de los protocolos. En los últimos años se ha propuesto la división de los pacientes en grupos de riesgo con diferente manejo. Los criterios para la clasificación son aún muy estrictos. El protocolo aplicado en nuestro Centro es eficaz, ya que existieron escasas complicaciones, y no observamos mortalidad.

### 329 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PUERTA DE URGENCIAS ANTE CUADROS ARTICULARES INESPECÍFICOS

13:12

S. Molina López, P. Belda Benesiu, L. Andújar Rodríguez, J. Pastor Rosado y F. Vargas Torcal

*Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España.*

**Motivo:** Las leucemias son los tumores malignos más frecuentes en la infancia. Pueden debutar con una clínica muy variada y, a veces, dolor óseo como primera manifestación, por lo que debe ser una patología a tener presente ante cuadros clínicos articulares agudos e inespecíficos.

**Caso:** Varón de 8 años que acude a Urgencias por dolor continuo en ingles, que irradia a fémur, de varios días de evolución. Ha aumentado de intensidad, y en las últimas 18 h impide la deambulación y bipedestación. El dolor cedía con ibuprofeno y hace un mes presentó un episodio similar. Asocia febrícula (37,8 °C) de 5 horas de evolución. AP y AF sin interés. Ingresa a Planta por sospecha de sacroileítis (AEG con ligera palidez cutáneo-mucosa; dolor a la palpación en ingles, sacro y espinas ilíacas; limitación para la rotación interna de cadera). En planta ante sospecha de cuadro articular inflamatorio vs infeccioso se completa estudio con pruebas complementarias: Rx caderas y raquis lumbosacro: normal. HMG: Hb 10,5 g/dl, Hto 29%, Leuc 3.530 (S 50%, L 32%, Cay 4%), plaq 35.300/mm<sup>3</sup>. Coagulación normal. BQ: LDH 1071 U/l, PCR 25 mg/l, resto normal (FR, C3, C4, Igs, AST, ALT). Mantoux, HC, CC y serología negativos. Se solicita morfología de SP: Serie blanca 15-20% de células blásticas, trombopenia confirmada al mo, Serie roja normal. En la exploración al ingreso se palpa reborde hepático sin esplenomegalia. Hipogastrio doloroso a palpación. Dificultad para los cambios posturales. Maniobra de Faber negativa. Imposibilidad de valorar bipedestación y deambulación. Ante alta sospecha de leucosis se deriva al paciente a Oncología Infantil.

**Discusión:** Los dolores a nivel lumbar en niños > 6 años, difusos e intermitentes, suelen ser de etiología benigna, y resolverse con reposo relativo e antiinflamatorios. Sin embargo, hay que tener presente que los dolores articulares con llamativa impotencia funcional pueden ser la primera manifestación clínica de una afectación de la mo.

**Conclusión:** En el área de Urgencias cualquier niño con dolor lumbar e impotencia funcional, aunque no presente afectación del EG, debe ser explorado minuciosamente y se debe realizar analítica sanguínea.

### 330 MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS

13:19

M C. Ferrer Esteban, E. García-Teresa García, J. Planas Morant, M. Guibelalde del Castillo, J.A. Salinas Sanz y M.I. Hernández Bernal

*Hospital Son Dureta y Fundación Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Baleares, España.*

**Introducción:** Las enfermedades linfoproliferativas se pueden presentar inicialmente con manifestaciones osteomusculares, semejando infecciones o entidades reumáticas. Presentamos 4 casos de leucemias, con clínica atípica que precede a la manifestación hematológica (tabla 1).

**Conclusión:** La sintomatología de carácter muscular u osteoarticular, atípica o de evolución tórpida, debe incluir en el diagnóstico diferencial las leucemias agudas, que en algunos casos no tienen expresión periférica hematológica.

Tabla 1

Casos	Sexo/edad	Clínica inicial/tiempo hasta el diagnóstico	Alteración analítica	Extensión sangre periférica	Aspirado médula ósea
LMA	Varón 15 meses	Marcha alterada, febrícula/27 días	Hemograma normal, LDH 1948 U/l	Normal	85% blastos CD33+, 4+, DR+
LLA preB	Varón 10 años	Dolor brazo persistente, fiebre nocturna y dolor costal/37 días	Hemograma normal, LDH 685 U/l Plaquetopenia.	Normal 30% blastos CD10+	80% blastos CD19+, 10+, 34+, 79a+ 85% blastos CD19+, 10+, 30+, DR+
LLA preB	Varón 8 años	Mialgias, impotencia funcional. Artritis por <i>Salmonella</i> /7 días	Resto normal. LDH 736 U/l		
LLA preB	Varón 7 años	Fiebre y poliartritis migratoria recurrente, desnutrición/7 meses	Hemograma normal. LDH 986 U/l. Punción articular normal	Normal	80% blastos CD19+, 10+, 34-, 79a+ Biopsia ósea normal

### 331 EXPRESIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LA ANEMIA FALCIFORME EN NUESTRO MEDIO

13:26

R. González Cortés, M.C. Vecilla Rivelles, M. de Salas Villalba,  
D. Ruano Domínguez y E. García Frías

*Hospital Universitario Príncipe de Asturias,  
Alcalá de Henares, Madrid, España.*

Los flujos migratorios han provocado que la anemia falciforme sea una patología cada vez más frecuente en nuestro medio, suponiendo un nuevo reto sociosanitario para nuestro país. Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de una cohorte de 23 niños afectados de anemia falciforme en sus formas de homocigosis (HbSS) o doble heterocigosis (HbSC). La edad media al realizar el estudio fue de 6,9 años. La mayoría (19 pacientes) estaban afectados de la forma homocigota mientras que sólo 4 presentaban doble heterocigosis. La mayoría (65,2%) son nacidos en nuestro país, sin embargo, sus padres son nacidos en su totalidad en países de África o Sudamérica. El 39,1% se diagnosticaron mediante el cribado neonatal de hemoglobinopatías y el resto por crisis de dolor óseo (26,1%), anemia severa no filiada (26,1%) o en el contexto de meningitis bacteriana (8,7%). La frecuencia media de ingreso hospitalario fue de 0,89 ingresos por año, siendo mayor en el primer y segundo año de vida que en otras edades. Las causas más frecuentes de hospitalización fueron crisis de dolor óseo seguidas de episodios de fiebre sin foco y cuadros compatibles con síndrome torácico agudo. No se observaron casos de accidente cerebro-vascular agudo ni infarto cerebral silente. Se observaron valores persistentemente elevados del flujo sanguíneo cerebral detectado mediante eco-doppler transcraneal en 3 pacientes por lo que fueron incluidos en el programa de transfusión crónica. El 47,8% de nuestros pacientes sigue tratamiento con hidroxurea por su curso clínico severo, sin que se hayan observado eventos adversos que hayan obligado a su suspensión. La mayoría de pacientes afectados son nacidos en nuestro país y por lo tanto debemos estar preparados para prestar una atención óptima. El cribado neonatal de hemoglobinopatías es una buena herramienta, ya que el diagnóstico precoz permite iniciar de manera temprana las medidas de profilaxis, seguimiento y la educación sanitaria a los padres. El riesgo de hospitalización es mayor en los 4 primeros años de vida. La hidroxurea se está mostrando como un tratamiento seguro para estos pacientes.

### 332 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO IDIOPÁTICO: ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTOS HABITUALES

13:33

M. García Suquía, D. Fernández Álvarez,  
M. Muriel Ramos, E. González Salas,  
Y. Perales Vinagre y J.A. Martín García

*Hospital Clínico Universitario, Salamanca, España.*

El síndrome hipereosinofílico (SHE) integra un grupo de patologías que cursan con eosinofilia muy elevada en sangre periférica y como consecuencia se produce daño tisular siendo el más preocupante la lesión miocárdica por ser irreversible. Los criterios diagnósticos desarrollados por Chusid en 1975 (eosinofilia > 1.500/mm durante 6 m, ausencia de causa demostrable y presencia de daño tisular) actualmente han sido desplazados por los estudios de biología molecular. Se pueden considerar varios subtipos basados en el mecanismo de producción: 1) forma mieloproliferativa asociada a una deleción 4q12(genFIPIL1), 2) variante linfoproliferativa por una proliferación clonal de linfocitos T fenotípicamente anormales. 3) forma familiar dominante asociada a la deleción 5q31. 4) forma episódica o síndrome de Gleich's. 5) forma benigna y silente. Sólo el 50% del SHE son identificados. Presentamos 2 casos de SHE, sus manifestaciones clínicas, su complejidad diagnóstica y la respuesta al tratamiento.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Comienza a los 16m con episodios febriles, lesiones dérmicas y procesos respiratorios. Esta sintomatología se repite periódicamente predominando procesos respiratorios y fiebre prolongada, con hipereosinofilia muy marcada. Se diagnostica a los 6 años por fiebre y adenopatía aguda axilar que en PAAF muestra infiltración eosinofílica junto con infiltrados pulmonares, Eo 48.000-26.230/mm, no afectación cardíaca. Gen F/P-. Responde a corticoides y recae a los 3 años. Se amplía estudio: IL5 normal, gen JAK2 no mutado, IgE ligeramente elevada, MO: 3,9% de cls T cda4+/cd8-/cd3+ policlonal/oligoclonal. *Caso 2:* Niño de 13 m que ingresa por proceso febril prolongado, hipereosinofilia 25.200/mm, lesiones cutáneas e hipertrofia de VI con troponina 0,084 ng/ml, IgE: N, MO y en sangre periférica: no se detecta clonalidad, gen FIPIL1.4q12 en eosinófilos, 5q31 y JAK2-. IL5 y triptasa sérica: N.

**Comentarios:** Actualmente en la forma mieloproliferativa que resulta de la activación de la tyroxin-kinasa, el tto con imatinib mesilato resulta eficaz además de ahorrador de corticoides.

333

13:40

### UTILIDAD DE LA CARBOXIPEPTIDASA EN LA NEFROTOXICIDAD POR METOTREXATO: A PROPÓSITO DE DOS PACIENTES CON OSTEOSARCOMA

S. Brunstein, J. Valverde Fernández, A. Fernández Romero, I. Serrano Urbano, N. Muñoz y A. Fernández-Teijeiro Álvarez

*Unidad de Onco-Hematología Pediátrica y Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España.*

**Antecedentes y objetivos:** El metotrexate (MTX) a dosis altas es esencial en el tratamiento de algunos tumores pediátricos. A pesar de la hiperhidratación, la alcalinización urinaria y los rescates con ácido folínico, en 1,8% de los casos se puede desencadenar nefrotoxicidad aguda grave. En esta situación, en la actualidad se recomienda utilizar la enzima Carboxipeptidasa-G2 (CPDG2) como agente de rescate. Se expone la experiencia con este fármaco en dos pacientes afectados de osteosarcoma que presentaron nefrotoxicidad en las primeras 24 horas tras la 1.ª dosis de MTX 12 g/m<sup>2</sup> en infusión de 4 horas según protocolo SEOP.

**Métodos:** Descripción y análisis de los datos de la insuficiencia renal secundaria junto con la hepatoxicidad, mielosupresión y mucositis acompañantes y su relación con los niveles de MTX. Descripción del tratamiento instaurado y la utilización de CPDG2.

**Resultados:** Constatado el fallo renal y retraso de eliminación de MTX, en ambos pacientes se intensificaron los rescates de ácido folínico y las medidas de soporte. Ambos pacientes recibieron una dosis de CPDG2 (50 U/kg). El paciente A recibió la CPDG2 al 8.º día de la infusión del MTX y el B a las 72 horas, sin otras diferencias significativas en el manejo. La evolución de las concentraciones séricas de MTX, en µmol/l, antes y a las 2 horas de la utilización de CPDG2 fue de 1,8 a 1,5 en el paciente A (descenso del 9,93%) y de 163 a 51 en el B (descenso del 68,71%). Disminución progresiva de niveles MTX hasta < 0,2 µmo/l en día 14. Aunque en ambos pacientes no se normalizó la función renal hasta el día 14, el paciente A presentó hepatoxicidad, mielosupresión y mucositis más grave que el paciente B.

**Conclusiones:** Junto con el ácido folínico a dosis altas y la terapia de soporte, la CPDG2 utilizada de forma precoz constituye un tratamiento, rápido, seguro y eficaz en el manejo de la nefrotoxicidad secundaria a la terapia con MTX a alta dosis y las complicaciones derivadas de la exposición prolongada a dicho fármaco. Los niveles de MTX obtenidos tras la administración de CPDG2 deben ser interpretados con cautela, ante la posible detección de metabolitos de MTX.

334

13:47

### PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE METAHEMOGLOBINEMIA

A. Hagerman Sánchez, R. Galindo Zavala, J. Blasco Alonso, J. López López y A. Jurado Ortiz

*Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.*

**Introducción:** La metahemoglobinemia adquirida es debida a diversos compuestos (nitratos en el agua) que activan la oxidación de la hemoglobina formando metahemoglobina (la cual es incapaz de transportar oxígeno), produciendo cianosis al alcanzar niveles de 15% o más. Los niños pequeños y recién nacidos tienen mayor predisposición por la deficiencia transitoria de metahemoglobin reductasa. Presentamos el único caso clínico visto en el hospital en los últimos 7 años de metahemoglobinemia.

**Caso clínico:** Recién Nacido de 29 días de edad que ingresa por presentar cianosis generalizada de horas de evolución, sin rela-

ción aparente con sintomatología respiratoria ni digestiva. La semana previa ingresó con cuadro similar, más leve y autolimitado, diagnosticándose de posible reflujo gastroesofágico. La madre refiere que hierve los biberones con apio verde (tendencia media a acumular nitratos). A la exploración física presentaba únicamente cianosis central franca saturando 93% al aire ambiente. Los exámenes complementarios mostraron una metahemoglobina de 60%. Se inicio tratamiento con azul de metileno 5 mg intravenoso, repitiéndose la misma dosis una hora después con control posterior de metahemoglobina de 1,1% y equilibrio acido base normal.

**Discusión:** La metahemoglobinemia es una de las principales etiologías a considerar en los pacientes que presentan un cuadro de cianosis central con saturación de oxígeno normal al aire ambiente. Su diagnóstico oportuno nos permite iniciar el tratamiento lo antes posible, obteniéndose una buena respuesta en el caso de la metahemoglobinemia adquirida.

335

13:54

### DREPANOCITOSIS. CASUÍSTICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M.M. Peinador García, P. Berlanga Charriel, M.A. Dasi Carpio, B. Argiles Aparicio, M.C. Carreras Gil de Santivañes y E. Monteagudo Montesinos

*Unidad de Hematología Pediátrica, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.*

**Objetivo:** Analizar la casuística de drepanocitosis en niños en nuestro hospital y describir las características de estos pacientes.

**Materia y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes menores de 14 años diagnosticados de drepanocitosis en un hospital terciario desde 1977, hasta diciembre de 2008.

**Resultados:** Se registraron 32 pacientes, sexo femenino (63%). La edad media de diagnóstico fue 17 meses (4 meses-7 años), la edad mediana actual es de 1 año y 5 meses. En los últimos 18 meses ha habido 14 nuevos casos (44% del total) y se han producido 40 ingresos (media de 2.2 ingresos/mes) El 72% nacieron en España, procedentes principalmente de Guinea Ecuatorial y Nigeria. Cuatro pacientes eran de raza blanca (origen portugués y cubano). Las manifestaciones clínicas más frecuentes en el momento del diagnóstico fueron las osteoarticulares (50%) y el síndrome anémico (22%). Un 25% tuvo un diagnóstico erróneo inicial de su cuadro clínico (3 pacientes con sospecha inicial de artritis idiopática juvenil). La tasa media de Hb S al diagnóstico fue de 71.6% y de Hb F de 16%. El 60% presentó complicaciones crónicas: renales (31%), osteoarticulares (28%), cardiológicas (22%), pulmonares (22%) y hepático-esplénicas (16%). Dos pacientes presentaron accidentes cerebro-vasculares (ACV), sin secuelas neurológicas posteriores. Todos recibieron profilaxis con penicilina oral, suplementos de ácido fólico y vacunación contra gérmenes encapsulados. Dos pacientes precisaron tratamiento quelante de hierro por hemosiderosis secundaria a régimen transfusional por afectación neurológica. El 66% recibió al menos una transfusión de concentrado de hematíes. Cuatro pacientes recibieron hidroxiurea oral (2 por ACV y 2 por crisis de repetición) con buena respuesta. No ha habido ningún fallecimiento ni secuela neurológica en nuestra muestra. En diciembre de 2008, había 22 pacientes en seguimiento.

**Conclusiones:** Se ha producido un aumento importante de nuevos casos de drepanocitosis en niños en los últimos años en relación con la inmigración. Guinea Ecuatorial es el país de origen más frecuente. El hecho de ser de raza blanca no descarta la posibilidad de presentar esta enfermedad.

336

14:01

**RARA CAUSA TUMORAL DE LEUCOCORIA EN LA INFANCIA**

A. González de Eusebio, R. López Almaraz, C. Montalán Sarmiento, J. López García, C. Nieves Pérez Brito y D. González Barrios

*Servicio de Pediatría Onco-Hematología, Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de Canaria, y Servicio de Radiodiagnóstico del Consorcio Sanitario de Tenerife, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

**Introducción:** El término leucocoria significa “pupila blanca” y es el nombre que se da al hallazgo clínico de reflejo pupilar blanco. Puede ser debido a anomalías de la lente, el vítreo o la retina, y la manifestación inicial de un amplio espectro de procesos intraoculares y sistémicos.

**Nota clínica:** Paciente varón de 3 años y 5 meses, cuya familia refiere que desde hace dos años le notan una coloración diferente en la pupila derecha en algunas fotografías. No le dan importancia, al objetivar que el niño presenta buena visión. En la revisión rutinaria de los tres años se evidencia ausencia de fulgor pupilar, junto con alteración de la visión en dicho ojo. Como antecedentes ingreso a los 18 meses por neumonía típica, y convive con un perro

que murió hace un mes. Exámenes complementarios: Fondo de ojo, en el que se observa una lesión central exudativa, con desprendimiento de retina. Hemograma, coagulación, perfil bioquímico, inmunoglobulinas negativas. Serologías negativas, incluidas toxoplasma y toxocara canis y catis. La IRM craneal con gadolinio muestra una pequeña masa intraocular de 0,56 cm en la vertiente postero-temporal del globo ocular derecho, con baja señal en secuencia potenciada T2 y señal intermedia en T1, que experimenta realce tras la administración del contraste. Ambos cristalinos de morfología y tamaño normales. Juicio clínico: pequeño hemangioma de la coroides.

**Comentarios:** 1) Los hemangiomas son tumores vasculares benignos, cuyo crecimiento máximo se produce en los primeros meses de la vida, para posteriormente involucionar espontáneamente. 2) Los hemangiomas coroideos, son una muy rara causa de leucocoria en la infancia, y suelen manifestarse como procesos asintomáticos detectados de forma casual en el estudio de una leucocoria. 3) La IRM es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico diferencial de la leucocoria en el niño. 4) En el caso de nuestro paciente lo que se observamos al diagnóstico es un hemangioma intraocular involucionado, que no requiere tratamiento médico; pero que como secuelas presenta una pérdida de visión irreversible en ese ojo.



PÓSTER MODERADO

Viernes, 5 de junio (12:30-14:00)

PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA  
Y ATENCIÓN PRIMARIA

Sala 3-4 (Planta 0)

**P337** **12:30**  
ESTUDO DE PREVALÊNCIA DA OBESIDADE JUVENIL  
EM 4 AGRUPAMENTOS ESCOLARES DA FREGUESIA  
DE ALDOAR

A. Leitao Tavares, A. Romani y A. Lima

*Servicio de Pediatría de la UAG da Mulher e da Criança, Hospital de São João y Centro de Saúde de Aldoar, Porto, Portugal.*

**Antecedentes e objetivos:** A obesidade infantil e juvenil é cada vez mais um problema de Saúde Pública. A relevância do tema é tal que a OMS a considera como um dos problemas de Saúde Pública mais importantes do mundo, superando outras questões clássicas como a desnutrição, subnutrição e as doenças infecciosas. Por isso, já é considerada a epidemia global do século XXI. O objectivo do nosso trabalho foi estimar a prevalência de excesso de peso e obesidade dos adolescentes nos quatro agrupamentos escolares de Aldoar, e comparar o resultado com os referidos em estudos recentes nacionais e internacionais.

**Métodos:** Trata-se de um estudo observacional directo, descritivo e transversal, realizado em 2007. A população do estudo é constituída por 1.245 estudantes dos 10 aos 18 anos inscritos nos agrupamentos escolares da Freguesia de Aldoar. O índice de massa corporal (IMC, kg/m<sup>2</sup>) de cada estudante foi calculado a partir das medições de peso e altura. Os IMCs foram então percentilados de acordo com a idade e o sexo.

**Resultados:** A proporção dos estudantes que apresentou excesso de peso ou risco de obesidade foi de 16,4%, e a proporção de obesidade foi de 9,8%, sendo o resultado global de excesso de peso e obesidade de 26,2%.

**Discussão e conclusão:** A obesidade infantil e juvenil é um problema de saúde relevante nas consultas de Cuidados de Saúde Primários com índices de prevalência semelhantes aos achados noutros países desenvolvidos, e não apresenta diferenças significativas entre sexos. No plano de Saúde Pública, prevenir a obesidade é estrategicamente mais importante que tratá-la, o que deve iniciar-se na educação para a saúde infantil.

**P338** **12:35**  
GUÍA ANTICIPATORIA PARA LA PREVENCIÓN DE  
ACCIDENTES DE QUADS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

M. Muñoz Fontán, I. Oulego Erroz, M.M. Busto Cuiñas, L. Sánchez Santos, A. Rodríguez Núñez y J.A. Iglesias Vázquez

*Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; Centro de Salud de Arzúa y Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia - 061, A Coruña, España.*

**Introducción:** Los accidentes infanto-juveniles en relación con vehículos de uso recreativo constituyen un problema de salud prevenible; sin embargo su incidencia es creciente. La información y concienciación por parte de los niños, sus padres y la sociedad en general ante los peligros de estos vehículos parece ser muy limitada.

**Objetivo:** Elaboración de una guía anticipatoria para el uso adecuado de los quads por parte de los niños y adolescentes.

**Métodos:** Revisión sistemática de evidencias y casuística clínica, búsqueda de recomendaciones previas de organizaciones y estudio de la legislación aplicable.

**Resultados:** A pesar de la escasez de información clínica sobre accidentes de quads y la compleja y variable legislación al respecto, se ha elaborado una guía anticipatoria que informa sobre los riesgos del manejo de estos vehículos, alerta sobre su peligrosidad y aporta recomendaciones para prevenir accidentes, lesiones y secuelas. Entre ellas se destacan la necesidad de utilizar dispositivos de protección adecuados, el conocimiento de los riesgos inherentes al vehículo, el respeto de las normas de conducción y seguridad vial, así como la responsabilidad de los padres del uso que sus hijos hagan de los quads.

**Conclusiones:** La guía elaborada aporta una información concisa y útil para los padres que decidan permitir a sus hijos la conducción de quads, tanto para su uso recreativo como en competiciones deportivas. Esta guía puede ayudar al pediatra de atención primaria en su labor de educación y protección de la salud de los niños.

**P339** **12:40**  
DISCAPACIDAD INFANTIL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

M.B. Compains Beaumont, I. Izeta Arratxe, C. Ballester Anchordoqui y M. Goienetxe Irigoien

*Servicio Navarro de Salud-Osumbidea, Navarra, España.*

Desconocíamos el número de niños discapacitados y su distribución geográfica así como su gravedad. Necesitábamos estos datos para poder proveer a la zona de recursos para atender a estos niños y a sus familias. La metodología consistió, en estudiar todos aquellos niños detectados en los últimos 8 años e incluidos en una base de datos pediátrica con problemas de desarrollo o riesgo de padecerlo. Del total de los niños se seleccionan aquellos que cumplan los criterios de inclusión establecidos. Una vez seleccionados realizaremos una recogida de datos referentes a su domicilio, escolarización, tipo de deficiencia, gravedad de ésta, recursos utilizados por las familias y problemas detectados. Finalmente se realiza un análisis estadístico de los casos buscando prevalencias e incidencias y también la distribución de los casos y de los recursos. Incluimos una descripción de los recursos existentes en nuestra zona.

**Resultados:** La población Diana son todos los niños de la zona menores de 15 años. En concreto son 1200 y de estos hemos seleccionado a 42 que cumplen los criterios de inclusión. Esto viene a representar un 3% de niños discapacitados. La discapacidad psíquica es la más frecuente. El grado de afectación en la mitad de los casos es leve o moderado y en la otra mitad grave o severa. A pesar de esto sólo 8 de los 42 tenían concedido un grado de minusvalía del 33% o más. En cuanto a los recursos. Tenemos cubierta la etapa 0-3 años (recurso recientemente conseguido) pero en la etapa 3-15 años educación debe disponer de los recursos suficientes para atender a estos niños. La percepción por parte de las familias es de que faltan recursos pero sobre todo falta colaboración entre los distintos departamentos implicados.

**Conclusiones:** Nuestros datos cuadran en general con otros referidos en la bibliografía, aunque estos son escasos y variables. Se registra una infravaloración por parte de bienestar social aunque no se puede atribuir a ellos toda la responsabilidad.

### P340 12:45 A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPERHIDROSIS HEMICRANEAL COMO SÍNTOMA GUÍA

G. Morera Ransanz, V. Morales Hidalgo, S. Suria Sonet, J. Carbonell Torremorell, P. González Pérez y M.T. Guardia Camí

*Equipo de Pediatría, Hospital Alt Penedés, Barcelona, España.*

**Antecedentes:** Paciente de 16 meses de edad. Los padres observan desde hace varios meses hipersudoración de sólo media cara, en relación al llanto o a las emociones. Ausencia de sudoración en manos o pies ni otra sintomatología acompañante. Sin otros antecedentes patológicos de interés.

**Resultados:** Dado que la sudoración está controlada por el sistema nervioso autonómico simpático, y que la clínica estaba localizada exclusivamente en la cara, decidimos realizar una radiografía de tórax, ya que la innervación de cara y cuello viene dada a través de la neurona postganglionar del sistema simpático localizada en el ganglio estrellado o cervicotorácico, situado encima de la primera costilla, que forma parte de la cadena ganglionar paravertebral simpática. Por tanto, con la radiografía queríamos descartar cualquier lesión u obstrucción a este nivel. En la radiografía de tórax se evidenció masa en tercio superior de mediastino posterior, bien delimitada, sugerente de tumor neurogénico. Ante tal hallazgo se realizó tomografía axial computarizada urgente y se derivó al ser vicio de oncología de nuestro hospital de referencia, interviniéndose a los ocho días con éxito. Se confirmó por anatomía patológica que se trataba de un ganglioneuroblastoma, en estadio I, por resección completa y ganglios linfáticos ipsi y contralaterales negativos, gracias al diagnóstico precoz. El paciente actualmente esta asintomático, excepto síndrome de Claude-Bernard-Horner derecho residual secundario a la intervención quirúrgica, con posteriores controles seriados cada seis meses por posible recaída.

**Conclusión:** Desde Atención Primaria, atendiendo a síntomas guía inusuales, podemos detectar precozmente patologías graves, y con ello mejorar la supervivencia y calidad de vida de nuestros niños.

### P341 12:50 LACTANTE CON TORTÍCOLIS: ¿UN PROCESO BANAL?

H. Rojo Sombrero, W.A. García García, C. Calvo Rey, M.L.L. Carrasco Marina, J.M. de Cea Crespo y A. García Vergaz

*Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España.*

**Introducción:** El tortícolis consiste en la inclinación de la cabeza hacia un lado con rotación del mentón hacia el lado contrario. La causa puede ser congénita o adquirida, siendo en la mayoría de los casos consecuencia de procesos banales, aunque puede constituir un signo de patología grave.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* mujer, 20 meses, limitación de la movilidad de la cabeza hacia su derecha, manteniendo postura antiálgica. Dolor a la movilización. Irritabilidad. No otros síntomas, S. Down. EF: Buen estado general. Roncus y sibilancias bilaterales, con subcrepitantes en hemitórax derecho. Limitación a la movilización del cuello, contractura evidente del trapecio derecho. Rx tórax: condensación pulmonar en LSD. Diagnóstico: neumonía lóbulo superior derecho. Recibió tratamiento con amoxicilina, con evolución favorable y desaparición de la sintomatología. *Caso 2:* varón, 8 meses, limitación del movimiento del cuello hacia la izquierda de 24 horas, afebril, tos y rinorrea de 7 días de evolución. AP: parálisis facial derecha periférica al nacimiento autolimitada. Buen estado general, lateralización cervical a la derecha con limitación a la rotación izquierda. Moco en cavum. Exploración neurológica normal. Analítica: 17.420 leucocitos (fórmula normal), PCR < 5 mg/dl. Rx tórax y Eco cervical: normal. A los 7 días persiste tortícolis. TAC craneal: no patología cerebral. RMN craneal y cervical: absceso retrofaríngeo con espondilodiscitis asociada que produce compromiso medular. Tratamiento con cefotaxima, clindamicina y corticoides intravenosos con buena evolución. *Caso 3:* varón, 12 meses, lateralización de la cabeza hacia la derecha de 3 semanas, junto con asimetría en el cierre ocular de 48h. Irritable. Resto normal. Regular estado general, irritable. Paresia del VI y VII par izquierdo. Tortícolis con ladeo cefálico a la derecha, sin limitación a la movilización pasiva. Resto normal. Analítica y coagulación normal. Rx tórax, Rx cuello: normales. RMN: tumoración en fosa posterior que afecta protuberancia, bulbo y hemisferio cerebeloso izquierdo. Fallecimiento a pesar de cirugía.

**Comentario:** El tortícolis persistente en pediatría es un signo de alarma que debemos tener presente, haciendo las pruebas necesarias para descartar procesos infecciosos o tumorales comprometedores de la vida.

### P342 12:55 PREVALÊNCIA DAS ALTERAÇÕES VISUAIS COM POTENCIAL AMBLIOGÉNICO AOS TRÊS ANOS DE IDADE, RASTREIO EFECTUADO EM INFANTÁRIOS

F.A. Ramos Miranda, P. Nascimento, A. Braga, T. Andrade y F. Pinto

*Centro de Saúde da Carvalhosa e Foz do Douro, Porto, Portugal.*

**Introdução:** Os estrabismos, alterações refractivas e ambliopias são os problemas visuais mais frequentes na infância e, se detectados tardiamente, podem ter consequências irreversíveis. O objectivo deste estudo foi verificar o grau de colaboração e estimar a prevalência destas patologias em crianças de 3 anos, nos infantários.

**Metodologia:** Estudo desenvolvido de Setembro a Dezembro de 2008, no âmbito da Pediatría Comunitária, em crianças dos 35 aos 49 meses que frequentam Infantários da área urbana do Porto, es-

colhidos aleatoriamente. Foi realizado o protocolo de Rastreo Oftalmológico Infantil (ROI) em vigor na consulta de Pediatria do Centro de Saúde. O exame oftalmológico consistiu em exame externo do olho, avaliação da motilidade ocular, convergência e procura de nistagmo, estrabismo com teste de Hirschberg, cover e cover alterante, estereopsia com teste de Lang e Acuidade Visual com teste de Cardiff. Consideraram-se como factores potencialmente ambliogénicos ptose palpebral, reflexo da córnea não centrado, acuidade visual  $\leq 0,4$  em qualquer um dos olhos ou em ambos, diferença de acuidade visual entre os dois olhos  $\geq 0,2$  e movimento no teste de cover e/ou cover/uncover.

**Resultados:** Foram avaliadas 161 crianças, 60,2% sexo masculino, com a idade média de 40,6 meses. Todas colaboraram no exame embora 1,2% não tenham colaborado na totalidade itens. Suspeitou-se de doença oftalmológica em 40,5%: em 2,5% casos anomalia do segmento ocular externo (ptoses palpebrais), em 1,9% estrabismo, em 16,1% alterações na visão este reoscópica, em 5,6% diminuição da Acuidade Visual e em 26,1% de anisometropia. Não se registaram casos de nistagmo ou alterações da convergência. A prevalência de factores potencialmente ambliogénicos foi de 28,6%.

**Conclusões:** A ambliopia, potencialmente curável no período sensível (preferencialmente antes dos 3 anos de idade) determina, na ausência de tratamento, défice permanente. Apesar da reduzida idade das crianças, foi possível obter colaboração de todas e os resultados encontrados sugerem que rastreios precoces poderão ter grande impacto na saúde coletiva.

### P343 ¿GIANOTTI-CROSTI EPIDÉMICO?

13:00

M. Carballal Mariño, C. Vecillas Sevilla,  
S. Paradela de la Morena y E. Fonseca Capdevila

*Centro de Salud de Atención Primaria, Perillo,  
y Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario  
Universitario A Coruña, A Coruña, España.*

**Introducción:** El síndrome de Gianotti-Crosti (SGC) es una erupción papulosa, distribuida en parte distal de extremidades de lactantes y niños. Se ha asociado a infección por VHB, posteriormente a otras infecciones virales (VEB, CMV, VH-6, Coxsakie A16, B4 y B5, rotavirus, Parvovirus B19...) y bacterianas. Se han descrito casos de SGC epidémico en poblaciones de adolescentes con VEB. Presentamos dos niños, vistos en nuestra consulta en dos días sucesivos, que presentaban un cuadro compatible. Fueron valorados por Teledermatología (conexión en red con el servicio de Dermatología a través del programa SIGAP) en menos de 48 horas.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Lactante de 12 meses con lesiones papulosas en cara y área de extensión de extremidades, con tronco respetado, coincidiendo con cuadro catarral. *Caso 2:* Niño de 3 años que acude 24 horas después con lesiones papulosas en cara y en superficie de extensión de extremidades. Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y serología: Normal en ambos casos.

**Discusión:** Al tener dos casos similares en menos de 48 horas, intentamos identificar una etiología común entre ellos. Dada la estación en que se presentaron, se sospecha que sean producidos por enterovirus, pero este tipo de pruebas está restringido en Atención Primaria, por lo que no podemos confirmar la etiología ni su relación.

**Conclusiones:** El SGC tiene un diagnóstico clínico que se debe de sospechar ante erupciones papuliformes de localización característica, generalmente asociado a procesos virales banales. Se puede presentar de forma epidémica. Desde hace unos meses el sistema de Teledermatología ha facilitado la relación entre Atención Primaria y Especializada en nuestro centro, y ha mejorado la rapidez en el diagnóstico de pacientes dermatológicos.

### P344 PIE EQUINOVARO: SIGNO DE ALERTA DE DISRAFISMO ESPINAL

13:05

M.T. Núñez Martínez, N. Álvarez Zallo, P. Prim Jaurrieta,  
I. Vera Arlegui, L. García Blanco y R. Sánchez-Carpintero Abad

*Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra, España.*

**Introducción:** Los defectos en el cierre del tubo neural durante el período embriológico constituyen una de las principales causas de morbilidad neonatal, llegando a alcanzar una prevalencia de hasta un 5-10%. Dentro de este gran grupo, cabe destacar la existencia de espina bífida oculta cuya gravedad puede abarcar hasta alteraciones de la médula espinal, como es el caso de la médula anclada. Han sido descritas asimismo, asociaciones de alteraciones del tubo neural con deformidades ortopédicas.

**Caso clínico:** Niño de 6 años que acude a nuestro centro para 2.ª opinión por disrafismo oculto. Con antecedente gestacional de no ingesta de ácido fólico previo al embarazo; al nacimiento presentó pies talos equinovaros y prominencia en zona lumbar, con radiografía lumbar normal. Tratamiento ortopédico de pies zambos con intervención diferida a los 14 meses de edad. Al mes de vida tuvo episodio de pielitis, que puso de manifiesto la existencia de pelvis renal bífida. Tras 5 años, se realizó resonancia magnética de columna, por pie izquierdo en bayoneta que dificultaba la marcha y persistencia de alteración cutánea. Se observó hemimédula derecha anclada (aportamos imágenes). Realizamos nueva radiografía lumbar que mostró alteraciones morfológicas en cuerpos vertebrales desde T10 hasta L5 excluyendo L3. En la exploración neurológica observamos una sensibilidad térmica normal hasta D10 y ausencia de reflejos rotuliano y aquileo derechos. Tenía buen control esfinteriano. Tratamiento: Aconsejamos actitud expectante con seguimiento estrecho, por ausencia de sintomatología.

**Conclusión:** La presencia de pies zambos puede asociarse a disrafismos ocultos, máxime si se acompaña de alteraciones cutáneas en la zona lumbo-sacra. Un correcto estudio, incluyendo una completa exploración física y neurológica, nos permite valorar pequeños signos que faciliten un diagnóstico precoz y un mejor manejo de la patología subyacente. Consideramos interesante el caso primero por la presencia de una infrecuente malformación medular y segundo por la importancia de que un pediatra sepa realizar un buen despistaje de disrafismo oculto en un niño que presente pies equinovaros congénitos.

### P345 CIRUGÍA MENOR COMO CULTURA EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

13:10

M.A. María Tablado, C. Montejo Martínez,  
N. Berenguer González y J. Torres Morales

*Área 3 del Centro de Salud Los Fresnos, Torrejón de Ardoz,  
y Área 4 del Centro de Salud Canillejas, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La Cirugía Menor (CM) en Pediatría es la gran desconocida. Las técnicas realizables y las lesiones subsidiarias (incluidas las urgentes) son sencillas y en la mayoría de los casos definitivos. En este estudio queremos dar a conocer el tipo de lesiones y las técnicas más utilizadas en CM en Pediatría en nuestro centro de Salud (CS).

**Métodos:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Fuente: todas las historias clínicas de pacientes entre 0 y 14 años que se habían registrado en el sistema informático de nuestro CS como episodio de CM (según protocolo) durante un período de 6 meses. Se revisaron las historias (previo consentimiento) informatizadas de 5 profesionales (2 pediatras, 2 DUE/enfermeras, 1 médico de familia). 41 historias diferentes con 60 intervenciones en total. Las variables recogidas: sexo, edad, mes de intervención, diagnóstico previo, técnica empleada, categoría del profesional, uso de anestesia parenteral, número de sesiones en caso de verrugas.

**Resultados:** Porcentajes referidos a personas: sexo 56% hombres, edad media 8,5 años. Diagnósticos más frecuentes: 54% verrugas, 19% heridas, 15% molluscum, 7% quemadura, 5% absceso, granuloma, uña encarnada. Técnicas más frecuentes: criocirugía 54%, sutura 20%, profesional: 49% pediatras, 29% MFyC (médico de Familia), 22% DUE. Un 22% precisaron anestesia parenteral. Un 19% de verrugas precisaron 2.ª sesión, 17% tres. Un 24% se realizaron en octubre. Se realizó análisis de ji-cuadrado sin diferencias estadísticas entre sexos, edades, tipo de intervención y diagnóstico.

**Conclusiones:** Los datos son registros según protocolo, por lo que es previsible un infra-registro. No hay diferencia por sexos o edad respecto las técnicas y los motivos más frecuentes. El diagnóstico más frecuente es el de verrugas seguidas de heridas. Las técnicas más utilizadas son criocirugía y suturas. La CM debe ser una cultura en un CS según Cartera de Servicios, aquí se demuestra que dada su factibilidad y amplias posibilidades, en consulta de pediatría no puede ser menos.

### P346

13:15

#### SÍNDROME DIENCEFÁLICO: UNA CAUSA DE FALLO DE MEDRO EN LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

M.L. Bertholt, E. Aragonés Achutegui, M. Monsalve Sáiz, M.I. Montes Ciudad, C. Flores Rodríguez y M.J. Lozano de la Torre

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España.*

**Introducción:** El síndrome diencefálico es una causa rara pero potencialmente letal de fallo de medro en lactantes y niños pequeños. Se caracteriza por emaciación profunda con ingesta calórica normal, ausencia de tejido adiposo subcutáneo, crecimiento normal o acelerado, hiperactividad y euforia. La causa más frecuente son los gliomas quiasmáticos e hipotalámicos aunque se ha descrito asociado a otros tumores de sistema nervioso central.

**Caso clínico:** Varón de 12 meses que consulta por pérdida ponderal desde los 5 meses de vida, pasando de p75 (3 meses) a p3 (12 meses). Curva de talla mantenida en p90-97. Correcta ingesta nutricional y apetito conservado. No manifestaciones digestivas. **Examen físico:** peso 8,515 kg (p3); longitud: 78 cm (p90); PC: 48 cm (p75). Buen estado general, aspecto caquético, nulo panículo adiposo, nalgas en bolsa de tabaco. Resto de la exploración física normal. **Pruebas complementarias:** TAC craneal: tumoración hipotalámica de 1,2 cm de diámetro mayor que protruye en cisterna supraselar, sólida, sin componente quístico, ni imágenes de calcio. GH 21,9 ng/ml, IGF-1 43,5 ng/dl; IGFBP3 2,45 µg/ml. Cortisol basal 10,2 µg/. ACTH basal: 25 pg/ml. **Diagnóstico:** astrocitoma pilocítico grado I. **Evolución:** resección del tumor en hospital de referencia. La evolución fue inicialmente favorable sin presentar diabetes insípida ni precisar tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas. Recuperación del peso (p 75). A los 5 meses de la intervención se confirma recidiva tumoral. Nueva intervención quirúrgica siendo el diagnóstico anatomopatológico: astrocitoma pielomixóide grado II, por lo que se asocia quimioterapia.

**Comentarios:** Un lactante o niño pequeño con marcada afectación ponderal sin repercusión en la talla, ingesta calórica adecuada y apetito conservado debe hacernos sospechar un síndrome diencefálico, asociado a tumores del sistema nervioso central. Ante la sospecha clínica debemos solicitar pruebas de imagen (TAC o RMN) para confirmar el diagnóstico.

### P347

13:20

#### AVALIAÇÃO COGNITIVA COM TESTE DE FIGURA HUMANA DE GOODENOUGH, RASTREIO NOS INFANTÁRIOS

F.A. Ramos Miranda, T. Andrade, R. Monteiro, A. Braga, P. Nascimento y F. Pinto

*Centro de Saúde da Carvalho e Foz do Douro, Porto, Portugal.*

**Introdução:** Os testes de inteligência classificam as competências cognitivas em valores numéricos, QI. Embora a inteligência não seja uma capacidade única, inata e universal mas antes adquirida e o resultado de múltiplas influências físicas, culturais, ambientais e emocionais, existem evidências de que a sua avaliação mede habilidades cognitivas específicas preditivas do desempenho escolar. O Teste do Desenho da Figura Humana (DFH) de Goodenough é um teste de inteligência não verbal internacionalmente usado em crianças dos 3 anos e seis meses aos 13 anos. O objectivo deste estudo foi o de avaliar a maturidade intelectual infantil dos 42 aos 49 meses, em infantários.

**Metodologia:** Este estudo foi desenvolvido no âmbito da Pediatria Comunitária numa amostra de 76 crianças entre os 42 e os 49 meses que, frequentavam Infantários da área urbana do Porto, escolhidos aleatoriamente, entre Setembro e Dezembro de 2008. Para a realização do DFH, foi pedido a cada criança que desenhasse o melhor que conseguisse três pessoas inteiras (homem, mulher e a própria). Durante execução do desenho, o examinador anotou a explicação dos detalhes. A cotação seguiu as normas do manual.

**Resultados:** Das 76 crianças, 51,3% eram do sexo masculino e a idade média foi de 44,2 meses. Destas, 5,3% realizaram um desenho sem tema identificável o que inviabilizou o resultado, 13,2% obtiveram resultado Médio Inferior, 59,2% Médio, 10,5% Médio Superior, 3,9% Superior e 7,9% Muito Superior. Nenhuma obteve resultado Inferior ou Muito Inferior. O tempo médio de aplicação do teste foi de 10 minutos. Nas 10 crianças com resultado Médio Inferior foi efectuado rastreio oftalmológico infantil e de motricidade fina, estando ambos alterados em 1 criança e normais nas restantes.

**Conclusões:** Na população estudada os resultados foram maioritariamente de normalidade Os resultados Médios Inferiores, não justificados por alterações da visão e da motricidade fina, levaram ao conselho de um maior investimento na parentalidade, na qualidade do ensino pré-escolar, no gosto pelos livros e na actividade lúdica acompanhada. De realçar o baixo número de desenhos não cotáveis em crianças tão jovens.

### P348

13:25

#### DESARROLLO DE UN PROGRAMA ITINERANTE DE SIMULACIÓN AVANZADA PARA PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. PERCEPCIÓN DEL CURSO POR LOS ALUMNOS

M. Muñiz Fontán, L. Sánchez Santos, J.A. Iglesias Vázquez, A. Rodríguez Núñez, E. Civantos Fuentes, J.A. Couceiro Gianzo y J. Rodríguez García

*Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; Programa de Formación Mediante Simulación Avanzada (SEPEAP), Centro de Salud de Arzúa y Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia - 061, A Coruña, España.*

**Introducción y objetivos:** La simulación avanzada aplicada a la práctica médica, es una herramienta eficaz para capacitar a los profesionales y aumentar la seguridad de los pacientes. Hasta ahora su aplicación se ha centrado en el entorno hospitalario. La Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria (SEPEAP) ha puesto en marcha una iniciativa para acercar esta nueva metodología docente a los pediatras de atención primaria. El objetivo del presente estudio es conocer la percepción de calidad e idoneidad que tienen de esta actividad docente los destinatarios de los primeros cursos realizados.

**Material y métodos:** Se analizan las opiniones de los asistentes a los primeros 7 cursos de simulación avanzada pediátrica de la SEPEAP, realizados entre mayo de 2008 y febrero de 2009. Los cursos han sido programados teniendo en cuenta las necesidades formativas de la población diana y son llevados a cabo de forma homogénea por un equipo docente multidisciplinar. Las encuestas fueron

cuertas de forma anónima por los alumnos, al finalizar el curso. Se les solicitó que contestaran a cada ítem adjudicándole una puntuación en una escala entre 0 (muy en desacuerdo o muy mal) y 10 (muy bien o acuerdo total).

**Resultados:** A los 7 cursos asistieron un total de 112 profesionales, de los que contestaron a la encuesta 105 (93,7%). La puntuación media obtenida por los ítems principales fue la siguiente: organización general ( $9,22 \pm 0,40$ ), objetivos en relación con las expectativas ( $9,19 \pm 0,48$ ), curso útil para la situación laboral ( $9,17 \pm 0,44$ ), casos cercanos a la realidad laboral ( $8,96 \pm 0,38$ ) y buena relación docentes-alumnos ( $9,59 \pm 0,22$ ).

**Conclusiones:** El programa de capacitación basado en la simulación avanzada en pediatría extrahospitalaria en el formato propuesto, se adapta a las necesidades y la demanda de la población diana. La simulación avanzada es una modalidad formativa bien aceptada por los pediatras de atención primaria que la consideran una herramienta útil para su formación continuada.

### P349 13:30 PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL DESDE PEDIATRÍA EN CATALUÑA

L. Eddy Ives, J. Tizón García, M. Ibáñez Fanés,  
B. Parra Ramajo y A. Oriol Sánchez

*Prevención en Salud Mental - Equipo de Atención Precoz a los Pacientes con Riesgo de Psicosis y Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.*

**Antecedentes:** Entre 15-20% de niños y adolescentes van a presentar problemas de salud mental (SM).

**Objetivos:** a) Mejorar la utilización del Protocolo en SM del Programa de Seguimiento del Niño Sano, versión 2007; b) formar en detección precoz de factores de riesgo, signos de alarma y trastornos psicopatológicos; c) facilitar la práctica de consultar y derivar a SM; d) trabajar la continuidad asistencial entre los diferentes profesionales implicados en SM.

**Metodología:** Impartir cursos de 25 horas en 5 sesiones con grupos de 20-25 profesionales procedentes de un mismo centro o región sanitaria por 3-4 profesionales con responsabilidades compartidos entre uno de SM y otro de pediatría, habiendo una sesión de recapitulación a los 6 meses. Material audiovisual con participación activa, cuestionarios de *screening*, casos clínicos, y observación directa en consultas de pediatría.

**Resultados:** Realización de 5 cursos con la participación activa de 106 asistentes, con una media por curso de 7,4 pediatras, 8,8 enfermeras pediátricas, y 5 profesionales procedentes de los diferentes equipos que trabajan con AP (psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales). Los cuestionarios de satisfacción destacan el interés de PAP en la prevención de SM, la satisfacción por la formación recibida, y la necesidad de recibir más formación en dicho campo.

**Conclusiones:** Es necesario seguir trabajando en esta dirección con todos los profesionales implicados en la atención del niño y adolescente y dar una verdadera consideración a las capacidades de los equipos de PAP.

### P350 13:35 DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA (DDH): ¿ESTAMOS LLEGANDO DEMASIADO TARDE?

E. Lodosa Ayala, B. Fernández Vallejo, E. Gallinas Marañón,  
E. de Miguel Esteban, A. Costa Ramírez y M.C. Suárez Arrabal

*Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

**Introducción:** La displasia del desarrollo de la cadera tiene etiología multifactorial. La valoración de los factores de riesgo asociados a una exploración sistemática del neonato y lactante es la base del diagnóstico, si bien en ocasiones son necesarias pruebas complementarias para su confirmación. Un retraso en el diagnóstico implica el uso de medidas terapéuticas agresivas.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Niña de 18 meses con claudicación de extremidad inferior izquierda de 2 días de evolución, fiebre y signos inflamatorios en cadera. Exploración: imposibilidad deambulada autónoma, postura antiálgica, hipometría de EEI, abducción limitada, asimetría de pliegues glúteos. Sospecha diagnóstica: artritis séptica de cadera. En la radiografía se observa retraso en la osificación del núcleo epifisario, imagen de neoacetábulo, cabeza desplazada hacia proximal y lateralmente. Evolución: clínica y líquido articular compatible con artritis séptica de cadera, asociada a displasia del desarrollo de cadera. Se inicia tratamiento antibiótico endovenoso 3 semanas y se realiza posteriormente osteotomía de Salter. *Caso 2:* Niña de 22 meses que presenta cojera desde de comenzó a caminar hace 6 meses. Exploración: hipometría de extremidad inferior derecha de 1 cm, limitación a la abducción y claudicación a la deambulada, con marcha de Trendelenburg. En la radiografía se observa núcleo osificación fémur derecho en el cuadrante superoexterno. Cadera izquierda subluxada. Evolución: pendiente de osteotomía de Salter.

**Conclusiones:** La exploración minuciosa de las caderas al neonato y lactante menor de 6 meses es la base diagnóstica de la displasia de cadera. Es imprescindible una sospecha precoz de esta patología para evitar retrasos en su diagnóstico que impliquen medidas agresivas y mayor posibilidad de secuelas. Los síntomas de debut tardío pueden solaparse con otras patologías inflamatorias y/o infecciosas que dificulten su diagnóstico.



### P351 13:40 SÍNDROME DE FREY SECUNDARIO A TRAUMATISMO OBSTÉTRICO POR FÓRCEPS

J. Martínez Baylach, T. Aragón Gassiot, C. Herrera  
y H. Galdós Tanguis

*CAP Cirera - Molins y Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España.*

**Introducción:** El Síndrome de Frey o auriculotemporal es una entidad poco frecuente que se caracteriza por episodios de enrojecimiento y sudoración facial localizados en la piel correspondiente a la zona de inervación del nervio auriculotemporal. Su causa es o bien congénita (en casos bilaterales) o bien la regeneración aberrante de dicho nervio, secundaria a lesiones de diferente índole. Aunque en lactantes con Síndrome de Frey se ha observado una mayor frecuencia del uso fórceps durante el parto, son escasos los casos en los que se ha documentado lesión cutánea importante secundaria a traumatismo por fórceps i posteriormente, Síndrome auriculotemporal.

**Casos clínicos:** *Caso 1.* Paciente de cinco meses que presenta tras la ingesta de papillas de frutas una lesión eritematosa de distribución lineal que abarca desde el pabellón auricular derecho hasta la comisura labial, sin otra clínica acompañante. Es unilateral y desaparece por completo al cabo de media hora. Como antecedentes destacan una lesión facial erosiva importante durante los primeros días de vida de  $4 \times 2$  cm que requirió de lavados antisépticos con Agua de Burrow. *Caso 2.* Paciente de 10 meses cuya madre refiere la presencia, des de los 5 meses de edad y coincidiendo con la introducción de las frutas, de eritema y leve edema en mejilla derecha secundaria a la ingesta de determinados alimentos, pero principalmente frutas. El eritema no se acompaña de otra clínica y su duración suele ser de una hora. Dicho paciente presentó una lesión en mejilla derecha, secundaria a traumatismo obstétrico por fórceps, con gran edema y tumoración en mejilla derecha, e incluso con sobreinfección secundaria que requirió tratamiento tóxico con mupirocina durante quince días. Ambos casos fueron diagnosticados de Síndrome de Frey y se pautó actitud expectante.

**P352****13:45**

**TRASTORNO DEL VÍNCULO:  
PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS.  
UN PROBLEMA FRECUENTE A DETECTAR  
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

R. Losada del Pozo, E. Escribano Ceruelo,  
M.M. Duelo Marcos, B. Martínez Escribano,  
D. Hernández Martín y P. Puyol Buil

*Centro de Salud Barcelona, Móstoles; Centro  
de Salud Guayaba y Complejo Hospitalario de  
Móstoles, Madrid, España.*

**Introducción:** El vínculo es cualidad de la relación afectiva entre la madre o un cuidador primario e hijo, se desarrolla en el primer año de vida. La madre es la base desde la cual el bebé explora entornos desconocidos, y busca seguridad. Dos tipos: seguro, genera autonomía; e inseguro o ansioso: no da la seguridad básica, y su desarrollo depende de la búsqueda de esa seguridad. Clínicamente son signos iniciales de alarma: irritabilidad, llanto, trastornos del sueño, vómitos; signos de instauración: estancamiento ponderal, hipotonía; desaparición de capacidades interactivas; finalmente conductas evitativas de contacto. El cuadro puede llegar a asemejar a un autismo. Factores de riesgo: prematuridad, enfermedades físicas, depresión materna, padres adolescentes...

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Madre 32 años. Embarazo: Tristeza. Parto y período neonatal normal. Posparto: madre cuenta aspectos negativos del niño: llanto excesivo, se agarra mal al pecho, cuenta que "lo quiere mucho pero que no lo disfruta". 3 meses: abandona la lactancia materna, no se ríe, la madre no mira al niño y la exploración ligera hipotonía. 7 meses: muy sociable, despertar nocturno y llanto. Tristeza de la madre se acentúa e interfiere el vínculo madre-hijo. Séptimo mes se deriva a Salud Mental. *Caso 2:* Madre de 21 años. Embarazo, parto y período neonatal normal. 5 meses: bronquiolitis. 7 meses: espasmos del sollozo. 8 meses: vómitos, a veces autoinducidos. Entre 9-12 meses: persisten los vómitos, se mete la mano para vomitar, duerme con su madre. La madre pide una baja y mejora la sintomatología porque atiende más a su reclamo. En este momento se deriva a Salud Mental.

**Conclusiones:** Es importante realizar un diagnóstico precoz que podría ser fácil entendiendo los signos de alarma y su instauración. En casos graves hay que derivar a Salud Mental para proporcionarles ayuda psicológica ya que el tipo de vínculo desarrollado en los primeros años de vida será fundamental para la vida futura emocional y la salud mental.

**P353****13:50**

**GASTROSTOMÍAS EN LA INFANCIA. VENTAJAS  
E INCONVENIENTES. REVISIÓN DE 7 CASOS**

N. Álvarez Zallo, P. Prim Jaurrieta, I. Vera Arlegui,  
J. Andueza Sola, A. Largo Iglesias, A. Herranz Barbero,  
L. García Blanco, M.T. Núñez Martínez, M. Garraus Oneca  
y L. Sierrasesúmagas Ariznavarreta

*Departamento de Pediatría, Clínica Universitaria de Navarra,  
Pamplona, Navarra, España.*

**Introducción:** La gastrostomía es una técnica poco utilizada en niños siendo muy útil en pacientes con problemas en la deglución secundarios a trastornos neurológicos. Hemos revisado los pacientes mayores de 18 años que han precisado gastrostomía en los últimos 2 años en nuestro centro.

**Estudio:** Nuestra muestra se compone de 7 pacientes cuyo rango de edad es muy amplio, la menor con 1 año de vida y el mayor con 18 años. El 71,4% de nuestros pacientes son varones. En un alto porcentaje, nuestros pacientes presentaban alteración en la deglución (57,1%) con problemas derivados como neumonías por aspiración, atragantamientos, etc. Tras la colocación de la gastrostomía el 71,4% de los pacientes presentó complicaciones. En un 42,9% presentó complicaciones graves como peritonitis o perforación intestinal. Las complicaciones leves fueron más frecuentes (71,4%) y entre ellas la más frecuente fue la infección del estoma, seguida de pinchazo de balón de la gastrostomía. A pesar de la alta incidencia de las complicaciones se evidenció una mejoría del estado nutricional, menor incidencia de neumonías por aspiración y menor número de episodios de epigastralgia secundarios al reflujo.

**Conclusión:** La gastrostomía es una técnica sencilla, segura y económica no libre de complicaciones, la infección de la herida es la complicación más frecuente en nuestra serie, cuyo tratamiento consistió en medidas sencillas y no se tuvo que retirar ninguna sonda. Muchas de las complicaciones pueden ser evitables realizando revisiones periódicas con el fin de llegar a un diagnóstico precoz de las mismas. Es importante saber informar adecuadamente del cuidado y uso de las sondas a los familiares. Es un procedimiento efectivo para dar un soporte nutricional prolongado de forma temprana sin que esto genere complicaciones. Es necesario considerar las particularidades de cada paciente y valorar los beneficios versus inconvenientes.

**P354****13:55**

**ANEMIA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE  
PROCEDENTE DE PAÍSES DE BAJA RENTA**

M.C. Baraza Mendoza, R.M. Masvidal Aliberch, D. Riera Vidal,  
A. Estabanell Buxo, E. de Frutos Gallego, C. Guzmán Molina,  
B. Miguel Gil, C. Cruz Rodríguez y J. Cabezas Otón

*CAP Dr. Lluís Sayé, Barcelona, España.*

**Introducción:** La anemia en la infancia supone un riesgo para el desarrollo físico y psicológico de los niños, y es más prevalente en los países de baja renta (PBR).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de anemia en niños procedentes de PBR y su relación respecto a las otras variables estudiadas.

**Material y método:** Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo, transversal y multicéntrico. Población: inmigrantes de 6 meses a 15 años, llegados hacia menos de un año de un PBR y visitados por primera vez entre el 1-12-2005 y el 1-12-2006 por alguno de los 69 pediatras de Asistencia Primaria participantes en el estudio. Variables: hemoglobina y ferritina; edad, sexo, país de procedencia, morfología eritrocitaria, sideremia, signos o síntomas de anemia, existencia o no de parasitosis intestinal. Los datos fueron introducidos en una base de datos comunicada a través de Internet y para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS-13.

**Resultados:** Durante el período de estudio fueron visitados por primera vez 1.226 niños/niñas que cumplían las características para su inclusión en el estudio, entre estos se investigó la presencia de anemia en 1.112. Se encontró anemia en el 10,6% de los casos. Disminución de la hemoglobina y de la ferritina en el 4,2%. La anemia fue significativamente más frecuente en menores de 3 años: 19,5% y en mayores de 10 años: 12,5%. Presentaban anemia: indo-paquistanís: 23,6%; otros asiáticos: 8,5%; subsaharianos: 20,5%; magrebíes: 8,6%; caribeños: 16,2%; de América Central: 6,7%; de América del Sur: 7,1%; de antigua URSS: 12,5%; de Europa del Este: 4,2%. Sólo había signos sugestivos de anemia en 25 casos (en 16 ésta se confirmó). No hubo relación significativa respecto al sexo ni con la presencia de parasitosis intestinal.

**Conclusiones:** La anemia es una patología frecuente en niños inmigrantes de PBR, por tanto está justificado el cribado sistemático de anemia en esta población.

## REUMATOLOGÍA

### Sala 5-6 (Planta 0)

#### P355 12:30

##### PÚRPURA DE HENOCCH-SCHÖNLEIN, REVISÃO DE 10 ANOS DE INTERNAMENTO NUM SERVIÇO DE PEDIATRIA

A.L. Santos Leite, L. Soares, V. Monteiro, L. Gomes y M. Costa

*Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE-Unidade de Oliveira de Azeméis, Portugal.*

**Introdução:** A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite imunomediada, de etiologia desconhecida, tipicamente auto-limitada e muito frequente na infância. O tratamento é dirigido ao alívio sintomático, reservando-se o internamento para complicações significativas.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, das crianças internadas por PHS no serviço de pediatria de um hospital nível II de 1/01/1998 a 31/12/2008, analisados através do SPSS® 15.0.

**Resultados:** No período estudado registaram-se 30 internamentos relativos a 25 crianças diferentes. O sexo masculino foi o predominante (1,3:1) e a mediana da idade foi de 6 anos. O 1.º sintoma foi cutâneo em 57% dos casos e antecedeu o diagnóstico em 3,52 dias ( $\pm$  4,0). A clínica gastrointestinal foi o motivo de internamento mais frequente (40%) e identificou-se um evento precipitante em 70% dos casos. O quadro clínico foi variado e contemplou manifestações cutâneas (97%), articulares (70%), gastrointestinais (44%) e renais (27%). Os sintomas articulares foram mais frequentes no sexo feminino ( $p = 0,020$ ). Analiticamente, constatou-se elevação da IgA em apenas 27% das crianças. A ecografía abdominal revelou-se um excelente exame no diagnóstico diferencial de complicação cirúrgica. Instituiu-se reposo e analgesia à totalidade dos doentes, recorrendo-se à corticoterapia em 30% dos casos. O internamento durou em média 3,93 dias ( $\pm$  3,0). A recidiva ocorreu em 33% dos doentes, sendo frequentemente gastrointestinal 67% e, caracteristicamente, a forma de recidiva coincidiu com o motivo de internamento prévio ( $p = 0,002$ ).

**Comentários:** A PHS tem um envolvimento sistémico e variado, em que a púrpura é o sintoma mais frequente. O diagnóstico é clínico e pode demorar alguns dias, dependendo da sintomatologia inicial. Na nossa série a maioria dos casos evoluiu favoravelmente, sendo a recidiva documentada em apenas um terço dos casos e tipicamente com a mesma forma da apresentação inicial.

#### P356 12:35

##### ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN ATÍPICAS

M. Doyle Sánchez, A. Vidal Company, J.V. Sotoca Fernández, A. Castillo Serrano, J.M. Siurana Rodríguez y M. Lillo Lillo

*Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España.*

**Objetivo:** Presentamos dos casos de AIJ con forma de presentación atípica.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Niña de 20 meses, 12 días antes del ingreso comienza con impotencia funcional de MII que no mejora con ibuprofeno. Al ingreso tumefacción de la cara interna y la planta del pie izquierdo, articulaciones están libres sin signos inflamatorios. *Caso 2:* Niño de 21 meses que ingresa con fiebre de 38,5 °C y adenopatías generalizadas coincidiendo con dolor en ambos pies, que impide la deambulación. Al ingreso tumefacción en ambos pies, dorsal y plantar, y edema con aumento de calor y dolor a la palpación. Mínimo eritema a nivel de la articulación metatarsal de primer dedo de ambos pies, resto articulaciones libres. Pruebas complementarias en ambos casos: Hemograma con leucocitosis y trombocitosis en el 2.º caso, PCR y VSG elevados, ANA (1.º caso positivo 1/160), HLA-B27, factor reumatoide, serologías a CMV, toxoplasma, *B. burdogferi*, VEB, VHC y *Brucella*, detección rápida *S. pyogenes* y Mantoux negativos. Serología VHB compatible con vacunación. Estudio oftalmológico normal. En primer caso se realizó gammagrafía sugestiva de artropatía inflamatoria a nivel del tarso izquierdo sin lesiones sugestivas de osteomielitis y RMN: hallazgos en relación con sinovitis de los huesos de medio pie. Al persistir la cojera a pesar de tratamiento con ibuprofeno y con diagnóstico de AIJ oligoarticular (tarsitis) se decide traslado a hospital de referencia para tratamiento con corticoides intraarticulares. En segundo caso, se inició tratamiento con ibuprofeno, sin mejoría. Al 4.º día de ingreso a pesar de no cumplir criterios de Kawasaki (ecocardiografía normal) se inició tratamiento con AAS y gammaglobulina iv sin cambios clínicos. A las 2 semanas de inicio de la fiebre cumplía criterios de AIJ sistémica (fiebre, microadenopatías generalizadas, artritis simétrica) y se inició tratamiento con metilprednisolona, desapareciendo la fiebre y la tumefacción articular.

**Conclusiones:** Se desconoce la etiopatogenia de la AIJ por lo que el diagnóstico de los pacientes se basa en criterios clínicos con el apoyo de las pruebas complementarias y la respuesta al tratamiento. La región tarsal es una zona infrecuente de debut en la AIJ oligoarticular. La ausencia de rash típico puede dificultar el diagnóstico de AIJ sistémica.

#### P357 12:40

##### ACNÉ SEVERO EN EL ADOLESCENTE, ¿SAPHO EN EL ADULTO?

N. Ortiz Lana, N. Llopart Saratxu, J. de Gárate Aranzadi, O. Fernández Berrizbeitia, J.M. Gorordo Olaizola e I. Martínez de Lizarduy

*Sección de Pediatría General, Servicio de Reumatología y Servicio de Dermatología, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España.*

**Introducción:** En 1987 Chamot propuso el término de síndrome de SAPHO a la asociación de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis, siendo necesarios 2 criterios para el diagnóstico. La aparición de la sintomatología es escalonada, iniciándose en la edad pediátrica con afectación cutánea en forma de pustulosis palmo-plantar o acné grave. Los pacientes desarrollan con el tiempo afectación ósea, principalmente osteítis torácica anterior y sinovitis. Aunque el diagnóstico es clínico, los reactantes de fase aguda permanentemente elevados y las técnicas de imagen lo apoyan. El tratamiento es sintomático con AINE.

**Casos clínicos:** Presentamos 4 pacientes, con edades comprendidas entre los 14 y 25 años, derivados desde la consulta de dermatología aquejados de dolores osteomusculares asociados a los siguientes cuadros cutáneos: en 2 casos el síntoma inicial fue acné pustuloso en tórax y en otros 2 pustulosis palmoplantar. Los 4 pacientes referían meses después (media de 12,8 meses) de la aparición del cuadro cutáneo dolor esternal. 3 presentaron sacroileitis bilateral y uno unilateral, siendo en todos los casos el HLA-B27 negativo. Desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico, hubo un decalaje de 2,5 años en los que se realizaron pruebas diagnósticas diversas por diferentes especialidades y se pautaron tratamientos agresivos sin mejoría. En uno de los casos, se realizó biopsia de médula ósea ante la aparición de imagen lítica esternal. Ninguno de los pacientes asoció enfermedad inflamatoria digestiva ni malignidad. Hecho el diagnóstico, se inició terapia con AINEs a demanda, manteniéndose desde entonces en observación y con evolución favorable.

**Conclusión:** Ante un adolescente con acné pustuloso florido que asocia dolor esternal, debe sospecharse el síndrome de SAPHO como posible diagnóstico y dada su expresión escalonada, realizar seguimiento por la posibilidad de afectación articular, principalmente sacroileal. El diagnóstico precoz, evitaría pruebas cruentas e innecesarias y tratamientos agresivos e inefectivos.

### P358 12:45 PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH CON VASCULITIS CEREBRAL

M.E. Rubio Jiménez, L. Fidalgo Marrón, G. Galicia Poblet, A. García Oguiza, A. López Dueñas y M. Alija Meguillas

*Hospital General Universitario, Guadalajara, y Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España.*

**Introducción:** La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis leucocitoclástica de vasos pequeños mediada por IgA. Las manifestaciones clínicas características habituales incluyen: púrpura palpable en miembros inferiores/glúteos, artralgias/artritis, manifestaciones digestivas y renales. Otras manifestaciones infrecuentes son la afectación testicular, uveítis/queratitis, afectación pulmonar y manifestaciones neurológicas.

**Caso clínico:** Paciente de 7 años con antecedente de un episodio de crisis febril típica a los 15 meses de vida. Presenta unos días antes cuadro de amigdalitis. Inicia exantema purpúrico característico de PSH con dolor abdominal periumbilical cólico, artralgias en codo izquierdo y tobillo derecho con impotencia funcional. El 4.º día de evolución del proceso presenta una crisis convulsiva generalizada tónica que cede sin tratamiento. En la exploración destaca la afectación del estado general, lesiones de púrpura palpable en miembros inferiores, glúteos y la inflamación de codo izquierdo y maleolo tibial derecho. Analítica con 29.900 leucocitos con desviación izquierda, plaquetas de 502.000, PCR de 41,5 mg/l y VSG de 45, resto dentro de la normalidad. Se ingresa para estudio, presentando nueva crisis focal y secundariamente generalizada tónico-clónica que cede con diazepam i.v. TAC craneal sin contraste y punción lumbar normales. Se realiza RMN que muestra afectación parcheada de la sustancia blanca subcortical de ambos hemisferios cerebrales y cerebelosos, compatible con vasculitis. Se inicia tratamiento con prednisona (2 mg/kg), realizándose estudio de orina seriados (normales) y sólo presenta cifras de TA elevada coincidiendo con episodios de dolor abdominal, desapareciendo la clínica digestiva y articular en 72 horas y las lesiones cutáneas en una semana, iniciando entonces el descenso progresivo de la dosis de corticoides durante 2 meses. Se realizan analíticas seriadas y controles tensionales, sin ninguna alteración. En RMN de control, a los 5 meses, presenta práctica remisión de las lesiones, no habiendo presentado nuevos episodios convulsivos.

**Comentarios:** Se trata de un caso de PSH con manifestaciones neurológicas, cuya frecuencia es excepcional en los casos descritos de esta patología.

### P359 12:50 PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: REVISIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y EVOLUCIÓN EN PACIENTES INGRESADOS DURANTE CINCO AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO (2003-2008)

M.T. Romero Rubio, L. Monfort Belenguer, N. García Maset, F.J. Mares Diago, M.R. Alpera Lacruz, S. Borraz Gracia, C. Balaguer Yébenes, A.M. González Fernández y C. Morata Aldea

*Sección de Escolares del Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.*

**Introducción:** La Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente de la infancia.

**Objetivos:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y evolución de los niños ingresados por PSH en un Hospital terciario entre 2003 y 2008.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisan las historias clínicas de pacientes pediátricos ingresados con diagnóstico de PSH analizando los datos con Microsoft Excel 2007 y G-stat 2.0.

**Resultados:** Se estudian 34 niños, 65% varones y 35% mujeres. Edad media de 5 años (rango de 1 a 14 años). Un 55,8% de los casos se diagnostican en Otoño, siendo Octubre el mes más frecuente (29,4%). Los factores desencadenantes conocidos son la infección de vías respiratorias superiores (35,2%) y amigdalitis (26,4%). La manifestación clínica inicial más habitual es la púrpura palpable (67,6%), seguida de la afectación articular (23,5%) y el dolor abdominal (8,8%). A lo largo del ingreso presentan púrpura palpable el 100% de los pacientes, cuya localización más frecuente es miembros inferiores y glúteos (67,5%), sin encontrar diferencias por sexo. Aparecen manifestaciones articulares en el 70% de los casos. En los varones se afectan con más frecuencia tobillos (35,2% frente a un 2,9% en mujeres), siendo en éstas más habitual la afectación de rodillas y muñecas. El dolor abdominal se presenta en el 53% de los pacientes y un 44,4% de ellos desarrollan hematoma de pared intestinal. Existe afectación renal en el 26,5% de los casos, la mayoría con hematuria aislada autolimitada (66,6%), y evolución a síndrome nefrótico en uno de ellos. Un 30% de los varones presentan edema escrotal. Se practica cultivo faríngeo en el 58,8% de los casos y sólo un 8,8% son positivos para *S. pyogenes*. Un 63% de los pacientes presenta niveles elevados de ASLO. Tras permanecer ingresados una media de 11 días, se siguen en consultas externas un 23,5%, y un 26,4% desarrollan recurrencia o reingresan.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en nuestra revisión coinciden con los publicados previamente en la literatura. Serían necesarios estudios con grupo control para investigar posibles factores implicados en el desarrollo y evolución de la enfermedad.

### P360 12:55 TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN LA UVEÍTIS REFRACTARIA

Y. González Piñero, A.M. Paz Vilar, B. Pérez Mourellos, R. Toba de Miguel, M. Crehuet Almirall y S. Martínez Regueira

*Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo, España.*

**Introducción:** La uveítis, o inflamación del tracto uveal, es una patología con una frecuencia relativamente baja en los niños. La uveítis anterior es la más frecuente y en la mayoría de los casos es idiopática, siendo la segunda causa la artritis crónica juvenil. Cursa con dolor, fotofobia, lagrimeo, ojo rojo, disminución de la visión

con frecuencia unilateral. El tratamiento consiste en corticoides tópicos y midriáticos, y en ocasiones puede ser necesario asociar corticoides orales o inmunosupresores.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una niña de 6 años de edad, portadora del déficit de alfa-1-antitripsina, que estando previamente bien, consulta por un cuadro de disminución de agudeza visual del ojo derecho de 25 días de evolución, que no mejora tras tratamiento con corticoides, midriáticos y antibióticos tópicos. A la exploración presentaba: AV: 0,1 en OD y de 1 en OI. Pupila ojo derecho de mayor tamaño que la izquierda, de bordes irregulares y asimétrica. En ojo derecho depósitos endoteliales en "grasa de carnero", no Tyndall, con sinequias anteriores y posteriores. El resto de la exploración física era normal. Las pruebas complementarias realizadas, entre las que se incluyeron hemograma, bioquímica con perfil hepático, serología a *Brucella*, sífilis, toxoplasma, rubéola, citomegalovirus, herpes, parvovirus B19, micoplasma, borrelia, toxocara, hepatitis, Mantoux, Rx tórax, TAC torácico, ECA, HLAB27 y ANA no mostraron ninguna anomalía. Se instauró tratamiento con corticoide oral e inmunosupresor con Infiximab con una completa recuperación de la agudeza visual.

**Conclusiones:** 1. La causa más frecuente de uveítis anterior en niños es la Idiopática, llegando a su diagnóstico tras la exclusión del resto de las causas. 2. Es fundamental realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz, con el fin de mejorar sustancialmente el pronóstico visual de los niños con uveítis. 3. El tratamiento con Infiximab es útil en las uveítis anteriores refractarias al tratamiento con corticoides y midriáticos tópicos además de corticoterapia oral.

### P361 ESCLEROSE SISTÉMICA JUVENIL... UN CASO RARO EN PEDIATRÍA

13:00

A.I. Almeida Pinto Pais, M.J. Felix y L. Rodrigues

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.*

A esclerodermia juvenil é uma doença inflamatória crónica do tecido conjuntivo e microcirculação caracterizada pelo depósito excessivo de colagénico a nível cutâneo e/ou visceral. Compreende um amplo espectro de alterações desde o fenómeno de Raynaud, esclerodermia localizada e esclerose sistémica (ES). A ES é uma doença juvenil rara, cujo pronóstico depende da incapacidade funcional e do grau de atingimento sistémico.

**Caso clínico:** Muller de 13 anos, referenciada à consulta de reumatología por sospeita de Artrite Ideopática Juvenil. Apresentava há 3anos, nódulos subcutâneos brancos e duros, a nível do polegar esquerdo. Efectuou exérese por sospeita inicial de quisto sebáceo. Posteriormente realizou biópsia cutânea e estudo imunológico que revelou ANA + pelo que foi referenciada a esta consulta. Mencionava sensação de tensão cutânea progressiva, inicialmente a nível das mãos, extendendo-se aos antebraços, tronco e face repercutindo-se em limitação dos movimentos articulares. Referia astenia e dispnea para médios esforços. Negava febre, exantema, fenómeno de Raynaud e clínica sugestiva de refluxo gastroesofágico. Ao exame objectivo apresentava um aspecto emagrecido (IMC < P5), uma face inexpressiva tipo máscara, com nariz fino e microstomia, esclerodactilia e calcinosis subcutâneas, assim como limitação dos movimentos de extensão/flexão dos dedos, punhos, cotovelos e tornozelos. Restante exame sem particularidades. O estudo imunológico revelou apenas um título de ANA de 1/160, com padrão nucleolar, a TAC pulmonar evidenciou ténues áreas de "vidro despolido" e as PFR um defeito ligeiro da difusão alvéolo-capilar do CO. O restante estudo excluiu o atingimento de outras vísceras. Estes aspectos são compatíveis com ES Juvenil difusa com doença pulmonar em actividade. Iniciou tratamento com prednisolona oral e ciclofosfamida ev em bólus mensais, com uma boa resposta. Actualmente, após 3 anos de seguimento, mantém-se estável com o metotrexato por os.

**Discussão:** A fibrose intersticial pulmonar é umas das principais causas de mortalidade na ESJ pelo que o seu diagnóstico e tratamento precoces são imperativos. Existem poucos estudos sobre qual o tratamento farmacológico mais eficaz na população pediátrica pelo que os autores pretendem com este caso clínico reafirmar a eficácia da associação ciclofosfamida e prednisolona em baixa dose, numa fase precoce de doença pulmonar.

### P362 MIOSITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

13:05

G. García del Cerro, L. de Antonio Ferrer, M. Tobeña Rue, F. Coll Usandizaga, I. Barber Martínez de la Torre y A. Carrascosa Lezcano

*Unidad de Pediatría General y Unidad de Reumatología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis leucocitoclástica que afecta a pequeños vasos y que representa la vasculitis más frecuente en la infancia. Las manifestaciones clínicas características de la PSH son: púrpura cutánea no trombocitopénica, dolor abdominal, artritis y nefritis. Presentamos un caso poco frecuente de miositis como manifestación inicial de una PSH.

**Métodos:** Presentación de un caso clínico.

**Resultados:** Varón de 5 años que consulta por tumefacción en extremidad inferior izquierda de 48h de evolución. A la exploración física destacan lesiones purpúricas palpables y no dolorosas en las extremidades inferiores y glúteos así como edema en extremidad inferior izquierda con dorso-flexión dolorosa. Amígdalas hiperémicas sin exudados. Abdomen anodino y resto de exploración normal. Ante la sospecha de PSH se realizan las siguientes exploraciones: Análítica general que muestra leucocitosis con predominio neutrofílico y D-dímero elevado. La función renal, la coagulación y el resto de bioquímica fueron normales. Sedimento urinario normal. Frotis faringoamigdalares positivo para *S. pyogenes*. Serologías a VIH, CMV, VEB, parvovirus B19, *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Legionella*: negativas. Estudio de autoinmunidad negativo. Se realizó ecografía-doppler venosa de la extremidad inferior que muestra permeabilidad del sector ileo-poplíteo con edema subcutáneo difuso. Se realizó resonancia magnética que objetiva hallazgos sugestivos de proceso inflamatorio asociado a edema afectando tejido celular subcutáneo, fascia muscular y músculo gastrocnémico. Al séptimo día el paciente desarrolla edema y lesiones purpúricas a nivel escrotal. Se instaura reposo y tratamiento anti-inflamatorio no esteroideo, presentando resolución de las lesiones y la tumefacción a las 2 semanas.

**Conclusiones:** La miositis como manifestación inicial de una PSH es muy poco frecuente, existiendo únicamente descritos en la literatura un total de 5 casos. Se desconoce la etiología de esta afectación, barajándose como hipótesis el sangrado intramuscular o una isquemia secundaria a la necrosis fibrinoide producida por la vasculitis. Nuestro caso presentó buena evolución con el tratamiento antiinflamatorio convencional.

### P363 MONOARTRITIS EN EL NIÑO. ÉSTA ES NUESTRA EXPERIENCIA

13:10

M. Casariego Toledo, M.C. Ontoria Betencort, E. Valerio Hernández, A. Cobo Costa, V. Ramos Martín, M. Afonso Coderch, F.E. Fraga Bilbao, R. López Almaraz, J.P. González Díaz y R.A. Montesdeoca Melián

*Servicio de Pediatría y Sección de Hospitalización Pediátrica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

**Objetivo:** Describir características, manejo y diagnóstico definitivo de los niños ingresados con el diagnóstico de monoartritis.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo (revisión de historias clínicas) de los ingresos por monoartritis durante los años 2005-2008, recogiendo los siguientes datos: sexo, edad, semiología, articulación afectada, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico y tratamiento.

**Resultados:** De los 28 casos encontrados, 17 son varones y 11 mujeres. Edad de aparición: 1 mes de vida-12 años. El 14,2% presentó previo a la artritis un cuadro de vías respiratorias (25%) o digestivo (75%). El síntoma más frecuente fue el dolor (82%), seguido de cojera (46%), fiebre (46,5%) y tumefacción (46,5%). La duración de la clínica varió entre 3 días y 4 meses. La articulación afectada con más frecuencia fue la rodilla (53,5%) seguido de cadera (21,5%) y tobillo (18%). El 93% de las artritis están localizadas en miembros inferiores. Al 82% se le realizó analítica, con una media de leucocitos de 7.225/mm<sup>3</sup> R (7.000-24.500), segmentados 11.758 R (4.447-17.934), PCR 26,31 mg/l R (2-93,7) y VSG 25,53 mm/hora R (10-90). Se realizó radiografía en un 35,7%, Gammagrafía ósea en un 35,7%, ecografía a un 32,15%, (44,4% en rodilla, 33,3% en cadera y 11% en tobillo) y RMN en un 7,15%. El cultivo del líquido sinovial se realizó a 11 pacientes (39,5%), siendo positivo en 1 caso (*Streptococcus spp*). Los hemocultivos fueron 100% negativos. En la bioquímica del líquido articular se obtiene una media de 51,5 mg/dl de glucosa, proteínas < 10 mg/mm<sup>3</sup> y 59.900 leucocitos (68,75% de segmentados). De los 28 pacientes que ingresaron como posible artritis séptica sólo el 25% fueron diagnosticados como tal, el 35,7% como artritis idiopática juvenil (oligoarticular) y un 39% como artritis postinfecciosa. De las artritis sépticas, el 100% se trató con cloxacilina y cefotaxima ev durante 15 días independientemente de la edad. De las AIJ el 100% fue tratada con AINES (Ibuprofeno) vo.

**Conclusiones:** El síntoma más frecuente es el dolor. La articulación afectada con más frecuencia es la rodilla. El cultivo negativo del líquido articular no es excluyente del diagnóstico de artritis séptica.

### P364 13:15 ARTRITIS JUVENIL ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CROHN

S. Rubio Marcos, A. de Lucio Delgado, M.J. Rúa Elorduy e I.X. Irastorza Terradillos

*Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

**Introducción:** La inflamación articular puede ser la manifestación inicial de una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) precediendo incluso años a los síntomas digestivos. La forma más habitual es pauciarticular y asimétrica y en algunos pacientes, la afectación axial con diagnóstico de espondiloartropatía.

**Caso clínico:** Niña de 9 años que ingresa con cuadro de aparente debilidad muscular, cojera matutina y artralgiás de tobillos de 2 semanas de evolución. Exploración: deambulación muy dificultosa con aumento de la base de sustentación y Gowers positivo. No signos de artritis. A las 24 horas presenta dolor en glúteo izquierdo y afectación sacroiliaca. Dos días después artritis de codo, muñeca, rodilla y tobillo derechos con hipertermia intermitente. PC: Analítica: VSG: 120 mm, PCR: 9,8 mg/dl, plaquetas: 584, ferritina: 133. Fe: 16 µg/dl; HRF y CPK normales. HLA-B27: (-); Autoanticuerpos negativos, M.O: normal. Cultivos y serologías: negativas. Líquido sinovial: 16,400 células. RX y ecografía de tobillo y cadera: sin hallazgos; Rx de sacroiliaca y columna lumbar: hallazgos compatibles con sacroileítis. Gammagrafía: captación sugestiva de sacroileítis izquierda; RMN de sacroilíacas: aumento mínimo de señal en las dos vertientes de la articulación sacroilíaca izquierda. Con el diagnóstico de sospecha de espondiloartropatía recibe tratamiento con AINE, corticoide y MTX manteniéndose asintomática durante 3 meses. Nuevo brote de artritis en rodilla derecha y tobillo izquierdo que se

controla con reajuste de la medicación. Durante este tiempo presenta dos episodios breves de diarrea, febrícula, VSG elevada (45-80) y anemia ferropénica persistentes en ausencia de inflamación articular por lo que se decide realizar nuevas pruebas de imagen: 1. Gammagrafía con leucocitos marcados con Tc-99m: (acúmulo de leucocitos en colon ascendente compatible con focos de inflamación intestinal) y 2. Colonoscopia y biopsia: compatibles con enfermedad de Crohn. Se inicia tratamiento con Ac monoclonales anti-TNF asociado a MTX.

**Comentarios:** Se presenta el caso de una paciente con artritis y diagnóstico de enfermedad de Crohn previo a la clínica digestiva. La sospecha de EII se basa en la presencia de sacroileítis al inicio del cuadro junto a persistencia de parámetros inflamatorios elevados y febrícula en periodos de remisión articular.

### P365 13:20 POLIMIOSITIS DE PRESENTACIÓN PRECOZ

D. Medina Santamaria, N. Pericas López, C. Arnal Guimerá, M. del Toro Riera, J. Suñé Gracia y A. Carrascosa Lezcano

*Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Introducción:** La polimiositis es una miopatía inflamatoria idiopática rara en la edad pediátrica y que se caracteriza por la presencia de debilidad muscular proximal simétrica, elevación de enzimas musculares, un patrón electromiográfico y una biopsia característicos.

**Caso clínico:** Niña de 5 años que tras un síndrome febril de 48 horas de evolución que se autolimita espontáneamente, inicia un cuadro de astenia, anorexia y debilidad muscular proximal (cintura escapular, cuello y cintura pelviana) de un mes de evolución, que aumentó progresivamente hasta comprometer la actividad física diaria. A la exploración física destaca afonía, dificultad para la deambulación, subir y bajar escaleras y levantar los brazos, presentando un tono muscular normal y una fuerza disminuida en cintura escapular y pelviana. Exploraciones complementarias: analítica general: Hb 12,4 g/dl, PCR 0,18 mg/dl, VSG: 21 mm/1 h, aspartato aminotransferasa (AST): 357 mg/dl, alanina aminotransferasa (ALT): 249 mg/dl, creatina cinasa (CK): 6.586 UI/l y lactato deshidrogenasa (LDH): 2.038 UI/l. Estudio infeccioso negativo. Autoanticuerpos negativos. Hormonas tiroideas y estudio metabólico normal. Electromiografía: signos miógenos de distribución difusa en musculatura de extremidades superiores e inferiores, sin actividad espontánea. Biopsia de músculo tibial anterior: afectación severa de distribución irregular. Degeneración con pérdida de trama miofibrilar. Endomiso, espacio interfascicular y perivascular con infiltrado de linfocitos con predominio CD8. Compatible con afectación severa por miopatía inflamatoria, tipo polimiositis. Se mantiene en reposo relativo y tras realizar las exploraciones complementarias (al duodécimo día de ingreso) se inicia tratamiento con prednisona a 1 mg/kg/día, con posterior disminución de las cifras de enzimas musculares y mejoría clínica.

**Comentarios:** A pesar de que la polimiositis sin manifestaciones cutáneas es una entidad de escasa prevalencia en la infancia, siempre hay que incluirla en el diagnóstico diferencial de un cuadro con debilidad muscular proximal sin dolor y aumento de enzimas musculares.

### P366 13:25 ERITEMA FACIAL EN ALAS DE MARIPOSA Y ANTICUERPOS ANTINUCLEARES POSITIVOS COMO MANIFESTACIONES INICIALES DE DERMATOMIOSITIS HIPOMIOPÁTICA

D. González Jiménez, A. de Juan Álvarez, S. Jiménez Treviño, E. Ramos Polo, C. Bousoño García y J. Santos-Juanes Jiménez

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

**Introducción:** La dermatomiositis juvenil es una miopatía inflamatoria de causa desconocida. Se caracteriza por la inflamación no supurada del músculo estriado y la piel. Presentamos el caso de una niña con sospecha de Lupus eritematoso sistémico y diagnóstico final de dermatomiositis hipomiopática.

**Caso clínico:** Niña de 7 años que presenta cuadro de 2 meses de evolución de exantema fotosensible y edema en alas de mariposa en cara, sin otra clínica acompañante. El estudio inmunológico mostró ANA positivo, anti ENAs (anti-SS-A, SS-B; RNP; Sm; Scl-70 y Jo-1), factor reumatoide y ANCAS negativos. Ante la sospecha de lupus eritematoso sistémico (3 criterios: exantema, fotosensibilidad, ANA positivo), se inicia tratamiento con prednisolona a 1 mg/kg/día. Posteriormente se aprecia elevación de las enzimas musculares (CPK 1157 U/l, LDH 919 U/l). Ante sospecha de dermatomiositis se realiza RMN y biopsia muscular que muestran edema e inflamación muscular. Un mes más tarde aparecen lesiones papulosas en región interfalángica proximal de las manos compatibles con pápulas de Gottrom confirmando el diagnóstico. Requiere asociar metotrexato al tratamiento, como fármaco ahorrador de corticoides, ante rebrote de clínica cutánea en el descenso corticoideo. Los hallazgos anteriormente expuestos y la ausencia de clínica muscular, apoyan el diagnóstico de dermatomiositis hipomiopática, a la espera de la evolución clínica muscular de la niña.

**Conclusiones:** Las enfermedades multisistémicas del tejido conectivo, comparten síntomas y alteraciones bioquímicas e inmunológicas, que dificultan su diagnóstico preciso en las primeras fases de la enfermedad. El diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad, facilita el control de la inflamación y contribuye a la buena evolución de estos pacientes. La dermatomiositis hipomiopática, se caracteriza por el predominio de la sintomatología cutánea y la presencia de miositis en pruebas de laboratorio, imagen y/o biopsia sin clínica muscular significativa, durante 6 meses.

### P367 13:30 ERITROMELALGIA: RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

E. García-Teresa García, L. Lacruz Pérez, I. García, D. de Sotto Esteban, M. Caimari Jaume y J. Figuerola Mulet

*Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares, España.*

**Introducción:** La eritromelalgia es una acrosíndrome paroxístico raro, caracterizado por la tríada de dolor urente, refractario a analgesia, en la porción distal de miembros inferiores (MMII), eritema o cianosis de la zona dolorosa y calor. Se acompañan de edema local. Los síntomas pueden desencadenarse por cambios de temperatura o por el ejercicio, y pueden durar horas o días. En los períodos intercríticos están asintomáticos. Es una entidad de difícil tratamiento y diagnóstico. A continuación exponemos un caso.

**Caso clínico:** Paciente de 11 años diagnosticado de artritis idiopática juvenil, en tratamiento con metotrexato y AINES, con buena respuesta inicial, controlado por Reumatología durante 2 años. Presenta con 3 meses de evolución crisis diarias de tumefacción en MMII, coloración eritematoazulada y dolor invalidante refractario al tratamiento con analgésicos. Se desencadenan con el ejercicio, la deambulación y el aumento de la temperatura. Se descarta la presencia de artritis y tendinitis, patología vascular, inflamatoria, tumoral y muscular y dolores de tipo neuropático. Se piensa en la enfermedad de Fabry iniciando tratamiento con pregabalina que resultó ineficaz y determinando la actividad de la alfa-galactosidasa de resultado normal. Como diagnóstico de exclusión se consensúa eritromelalgia. Un porcentaje de pacientes se benefician del tratamiento con AAS que en nuestro paciente resultó infructuoso. La Unidad del Dolor inicia tratamiento progresivo con pregabalina, tramadol, clonacepam, estimulación transcutánea (TENS) y simpatectomía lumbar obteniendo respuestas parciales. Una tesis genética reciente plantea una alteración de la enfermedad localizada

en los canales de sodio de los esfínteres precapilares y por tanto el beneficio del tratamiento con medicación que bloquee dichos canales: lidocaína endovenosa o mexiletina vía oral. Se comienza tratamiento con mexiletina con una respuesta satisfactoria, mejoría del dolor y la posibilidad de realizar una vida prácticamente normal.

**Conclusión:** Dada la escasa frecuencia de la eritromelalgia en la infancia, presentamos este caso para recordar sus criterios diagnósticos y las diferentes opciones terapéuticas.

### P368 13:35 SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA EN EDAD PEDIÁTRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Muñoz Núñez, C. Aragón Fernández, J.L. Cuevas Cervera, F.J. Salas Salguero, M.C. Díaz Colom y J. Ortiz Tardío

*Servicio de Pediatría, Servicio de Reumatología y Servicio de Traumatología, Hospital del S.A.S., Jerez de la Frontera, Cádiz, España.*

**Introducción:** La sinovitis villonodular pigmentada es una lesión excepcional en edad pediátrica. Se trata de un desorden proliferativo que afecta a la membrana sinovial articular o a las vainas sinoviales tendinosas. El interés de nuestro caso radica en la rareza de esta lesión en edad pediátrica.

**Caso clínico:** Niña de 6 años y 11 meses, procedente de Marruecos, ingresada por tumefacción dolorosa e impotencia funcional de rodilla derecha de 2 años de evolución, de forma episódica, tras traumatismo leve. Exploración: 25,4 kg, 123 cm. Buen estado general. Destacan numerosas caries dentales. Limitación de la flexoextensión de rodilla derecha, con tumefacción, aumento de temperatura y normocoloreada. No afectación de otras articulaciones. Exámenes complementarios: Estudio de discrasia sanguínea: se descarta coagulopatía y trombopatía. Ecografía rodilla: abundante líquido intraarticular, siendo en la zona suprapatelar el espesor máximo de 2 cm, el líquido es denso. Artrocentesis: líquido hemorrágico. RMN rodilla derecha: signo de proliferación sinovial hipertrófica en compartimento anterior y bursa suprarrotuliana así como en repliegues sinoviales adyacentes a los ligamentos cruzados, áreas de captación heterogénea en los mismos. Hemartros retropatelar. Depósitos de hemosiderina en repliegues sinoviales de ligamentos cruzados y vertiente posterior de los repliegues de la grasa de Hoffa. Sugiere la existencia de una sinovitis villonodular pigmentaria en fase activa ampliamente evolucionada. Se confirma mediante biopsia.

**Discusión:** La sinovitis villonodular pigmentada debe tenerse en cuenta en cuadros recurrentes de monoartritis en niños sanos y sin antecedentes de traumatismo grave. La rodilla es la articulación más afectada. Si el cuadro clínico se acompaña de derrame articular xantocrómico, la posibilidad diagnóstica aumenta. Se debe recurrir al diagnóstico por imagen, con RMN, en la que las imágenes por acumulación de hemosiderina nos ofrece una buena orientación diagnóstica, siendo el diagnóstico anatomopatológico el definitivo. El tratamiento consiste en amplia y precoz sinovectomía.

### P369 13:40 PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: MANEJO EN UNA SALA DE PEDIATRÍA

P. Aymerich Salas, C. Salido Capilla, D. Pérez Ramón, J. Marín Serra, S. Pons Morales, T. Aracil Pedro, M. Porcar Almela, A. Navarro Ruiz, S.V. Talón Bañón y S. Aparici Gonzalo

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España.*

**Introducción:** La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis autolimitada de pronóstico excelente que afecta a los vasos de pequeño calibre. Las pruebas de laboratorio no son diagnósticas

ni específicas siendo la clínica la que aportará la sospecha para el diagnóstico. Los ingresos por esta enfermedad se han reducido al 0,06% del total, aquellos casos que presentan complicaciones (renales, abdominales o articulares) haciéndose al mismo tiempo susceptibles de tratamiento con corticoides.

**Material y métodos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas, así como la evolución de pacientes con PSH en la sala de pediatría de un hospital de segundo nivel a través de un estudio descriptivo retrospectivo de 64 pacientes diagnosticados entre los años 2002 y 2007.

**Resultados:** De los 64 casos (38 niños y 26 niñas comprendidos entre 12 meses y 14 años, con una edad media de 5,8 años) 32 pacientes (50%) requirieron ingreso mientras que el grupo restante fue seguido en consultas externas. En el 100% de los casos se comprobó la aparición de lesiones purpúricas a lo largo de la evolución. El 68,7% de los pacientes asociaba fiebre, el 34,3% dolor articular y tan sólo un 3,1% dolor abdominal. Un 3,2% tenía hematuria macroscópica aunque en el sedimento apareció hematuria microscópica en el 17,2% de los casos; sólo un paciente desarrolló nefropatía (Proliferativa focal-Grado IIb de Heaton). Todos los casos en los que se realizó determinación analítica (16,12%), dieron como resultado ANCA negativo y en uno de los casos, se detectó una infección concomitante por virus de Epstein-Barr. Recibieron tratamiento con corticoides 4 pacientes (6,2%), aquellos que presentaron complicaciones (2 pacientes con hematoma de pared abdominal, uno con dolor articular y el paciente que desarrolló nefropatía).

**Conclusiones:** La nefropatía por Schönlein-Henoch tiene un curso autolimitado que en la mayoría de los casos no precisa más que de tratamiento sintomático. Sin embargo, hay que tener en cuenta las complicaciones de esta enfermedad puesto que un tratamiento precoz en estos casos, con corticoides, puede mejorar su evolución.

### P370

#### ENFERMEDAD DE BEHÇET: UNA ENTIDAD RARA EN PEDIATRÍA

13:45

S. Rey García, M.P. Vior Álvarez, S. González González, A. Villares Porto-Domínguez, G. Novoa Gómez y M.J. Janeiro Freire

*Complejo Hospitalario, Ourense, España.*

**Introducción:** La enfermedad de Behçet es multisistémica, poco frecuente en Pediatría. Se caracteriza por la presencia de aftas orales recidivantes, junto a úlceras genitales, lesiones oculares (uveítis o vasculitis retinianas), lesiones cutáneas (foliculitis, eritema nodoso), test de patergia positivo, y otras manifestaciones menos frecuentes como artralgias y conjuntivitis entre otras.

**Caso clínico:** Niña de 14 años remitida desde el servicio de Ginecología, al que acude por presencia de úlceras en genitales externos e intenso dolor, de dos días de evolución, acompañadas de aftas orales difusas y dolorosas. No fiebre. Recibía tratamiento con antibiótico oftálmico, por conjuntivitis aguda. A destacar como antecedente familiar: madre diagnosticada de artritis reumatoide. Exploración física: buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Adecuadamente nutrida. No alteraciones articulares. Auscultación cardiopulmonar normal. Úlceras difusas en mucosa geniana y paladar blando, de 5 mm de diámetro aproximadamente, rodeadas de un halo eritematoso. Genitales externos femeninos con presencia de dos úlceras blanquecinas, la mayor situada en base de labio

mayor derecho y la otra en cara interna de labio menor contralateral, dolorosas y con bordes irregulares violáceos. A nivel ocular presenta hiperemia conjuntival bilateral, con lagrimeo, no dolor. Resto de exploración sin alteraciones. Exámenes complementarios: hemograma, bioquímica, factor reumatoide, complemento, inmunoglobulinas: normales; ANCA, ANA, HLA B5: negativos. HLA DR5: positivos. Test de patergia positivo. Interconsulta oftalmología: conjuntivitis aguda, no alteración uveal. Ante la sospecha diagnóstica, se inició tratamiento con prednisona oral durante tres semanas, con remisión completa de los síntomas.

**Comentario:** Sólo el 5% de los casos de enfermedad de Behçet debutan en edad pediátrica. Las pruebas complementarias no son definitivas, aunque está clara la asociación con el HLA-B5, B51 y DR5. El diagnóstico es por tanto clínico, siendo importante tenerlo en cuenta cuando nos encontramos un paciente con estos síntomas.

### P371

#### DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL AO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

13:50

J.F. Almeida Cardoso, A.A. Vinhas da Silva, L. Isidoro y L. Rodrigues

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.*

**Introdução:** O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença auto-imune, caracterizada por uma inflamação crónica do tecido conectivo com comprometimento de vários órgãos. A artrite pode estar presente em grande número de casos e simular a artrite idiopática juvenil (AIJ).

**Caso clínico:** Raquel, 12 anos, com antecedentes de epilepsia medicada com valproato de sódio dos 4 aos 6 anos. Referenciada à consulta de reumatologia pediátrica em junho 2007 por artrite em várias articulações, sem traumatismo ou infecções, sendo diagnosticada AIJ poliarticular factor reumatóide negativo (ANA 1/1280) e medicada com metotrexato e prednisolona. Em novembro, dois meses depois de iniciar metotrexato, suspendeu-o por hepatite, com posterior normalização da função hepática. Em dezembro 2007 foi diagnosticada uveíte anterior que resolveu com corticoterapia tópica. Em fevereiro 2008, reiniciou queixas, realizando 3 semanas de tratamento com naproxeno, com novo agravamento da função hepática. Ecografia abdominal com hepatoesplenomegalia. Em setembro 2008, novo agravamento clínico e analítico com descida do complemento e anticorpos anti DNAs positivos, consistente com evolução para LES. Necessidade de internamento em Novembro por febre e pneumonia à esquerda. Apesar de antibioterapia, bólus de imunoglobulina e metilprednisolona, manteve febre e registaram-se dois episódios de convulsão tónico-clónica generalizada. Punção lombar sem alterações, pelo que iniciou valproato de sódio. RMN e angio-RMN cerebral normais, ecocardiograma com hipertrofia ventricular esquerda e TAC toraco-abdominal com derrame pericárdico e pequeno derrame pleural bilateral. Em dia 14 de internamento, por agravamento clínico com falência cardio-respiratória, foi transferida para a unidade de cuidados intensivos pediátricos de outra instituição. Actualmente, apresenta diminuição global da força muscular e sinais de neuropatia periférica.

**Comentários:** O caso apresentado permite verificar que o diagnóstico de LES é evolutivo mascarando o diagnóstico final até que este seja evidente. Hoje, as infecções, as doenças cardiovasculares e a osteoporose sobrepõem-se às restantes patologias como principais causas de mortalidade e morbidade.



COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 5 de junio (15:30-17:00)

GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA  
Sala 11 (Planta 1)

**385** **15:30**  
**PANCREATITIS AGUDA EN LA INFANCIA.  
NUESTRA EXPERIENCIA**

M. Hernando Puente, M.C. Miranda Herrero, M.C. Martínez López, V. Luengo Herrero, A. Berroya Gómez, M.I. Pescador Chamorro, M.I. Fontecha García de Yébenes, J.L. Morales Pérez, C. Sánchez Sánchez y G. Álvarez Calatayud

Sección de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** Describir las características de los pacientes ingresados en un hospital terciario con diagnóstico de pancreatitis aguda.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo por revisión de historias clínicas de niños ingresados entre 1988 y 2008 con diagnóstico de pancreatitis aguda. Se recogen datos epidemiológicos, etiológicos, clínicos, de laboratorio (amilasa y fracciones, lipasa), radiológicos, de manejo terapéutico y evolución clínica.

**Resultados:** Incluimos 27 pacientes (66% varones), con edad media de 7,2 años (rango: 6 meses-16 años). 52% presentan enfermedades crónicas relevantes. El mecanismo etiológico implicado con mayor frecuencia fue el estructural (37%), tanto por traumatismo cerrado (2 casos), quirúrgico (4), úlcera péptica perforante (1) y obstrucción del flujo hepatobiliar (3 casos, 2 de origen litiásico). Otros agentes etiológicos fueron: fármacos (2), infecciones (2), metabólicos (1), secundarios a shock (3) y a inmunodeficiencias (2). 26% de los casos fueron catalogados como idiopáticos. El síntoma guía en todos los pacientes fue el dolor abdominal, de localización y características variables, acompañado de vómitos (55%), fiebre (33%), anorexia (19%) y otros relacionados con el agente causal. En todos los casos se objetivó aumento de las enzimas pancreáticas. La prueba de imagen más realizada fue la ecografía (74% patológica), siendo el aumento del tamaño de la glándula el hallazgo más común. En 4 pacientes se objetivó pancreatitis necrótico-hemorrágica. En 89% de los pacientes el tratamiento fue médico, con dieta absoluta una mediana de 48 horas. 2 pacientes precisaron CPRE para tratamiento de coledocolitiasis. La duración media del ingreso fue de 9 días, con una evolución favorable en 40% de los casos. La complicación más frecuente fue el pseudoquistes pancreático. 3 pacientes evolucionaron

hacia pancreatitis crónica y 6 fallecieron por causas extradiagnósticas.

**Conclusiones:** La pancreatitis aguda es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica con una amplia variedad de factores etiológicos que a su vez condicionan su pronóstico, que puede llegar a ser muy heterogéneo.

**386** **15:40**  
**¿HA CAMBIADO EL ESPECTRO CLÍNICO  
DE LA ENFERMEDAD CELÍACA?**

I. Ros Arnal y L. Ros Mar

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Objetivo:** Conocer los síntomas de presentación en el momento actual de la Enfermedad Celíaca (EC).

**Material y métodos:** Se ha realizado estudio de síntomas clínicos en el momento de diagnóstico de los enfermos celíacos, diagnosticados en una Unidad de Gastroenterología Infantil de un Hospital terciario en los últimos 5 años (septiembre 2003-septiembre 2008).

**Resultados:** La edad media al diagnóstico fue de  $37,8 \pm 30,4$  meses. El inicio de los síntomas se produjo de media a los  $21,4 \pm 18,3$  meses.

Sintomatología	Pacientes	% del total
Diarrea ocasional	32	14,5
Diarrea crónica	67	30,5
Alteración aspecto heces	15	6,8
Estreñimiento	36	16,5
Pérdida de peso	66	30
Poca ganancia ponderal	87	39,5
Poca ganancia estatural	41	19
Vómitos	65	29,5
Hiporexia	110	50
Abdomen globuloso	116	52,7
Irritabilidad	99	45
Dermatitis atópica	40	18
Llanto intenso	25	11,6
Astenia	18	8,1
Screening	79	35

**Conclusiones:** En el momento actual únicamente una tercera parte de los pacientes presentan la sintomatología clásica de dia-

rra crónica y pérdida de peso, más de la mitad de los pacientes no presentan diarrea y son cada vez más frecuentes las formas oligosintomáticas. Igualmente existe un importante número de pacientes diagnosticados por screening de familiares de EC o enfermedades asociadas.

### 387 15:50 ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL AL DIAGNÓSTICO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

R. Novoa Carballal, I. Mastro Martínez, B. Herrero Velasco, G. Oñoro Otero, V. Castaño de la Mota, R.A. Muñoz Codoceo, M.D. Acuña Quirós, M.D. García Novo y M.J. Martínez Gómez

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La enfermedad inflamatoria intestinal es una patología poco frecuente en pediatría. Con el presente trabajo se pretende describir las características de los pacientes con esta enfermedad al diagnóstico.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los nuevos diagnósticos de enfermedad inflamatoria intestinal entre enero de 2004 y diciembre de 2008 en un hospital de tercer nivel.

**Resultados:** Se diagnosticaron 31 pacientes, de los cuales 18 (58,1%) eran enfermedad de Crohn, 10 (32,3%) colitis ulcerosa y 3 (9,7%) colitis indeterminada. La edad media al diagnóstico fue de 10 años y 2 meses siendo la distribución por sexo de 18 varones (58,1%) y 13 mujeres (41,9%). El tiempo medio transcurrido desde el inicio de la clínica hasta el diagnóstico fue de 7,23 meses. Los síntomas clínicos más frecuentes fueron dolor abdominal (22; 70%), diarrea (20; 64,5%) y rectorragia (9; 29%); en un 32,3% de los pacientes (10) se encontró anemia al diagnóstico. La rectorragia es más frecuente como síntoma de presentación en la colitis ulcerosa en comparación con la enfermedad de Crohn ( $p < 0,05$ ); lo mismo ocurre con la fiebre en la enfermedad de Crohn respecto a la colitis ulcerosa. 4 pacientes (12,9%) presentaron clínica extradiigestiva al diagnóstico: 2 con afectación cutánea, 1 colangitis esclerosante y 1 sacroileítis. Respecto a los reactantes de fase aguda la PCR se encuentra más elevada en la colitis indeterminada que en la colitis ulcerosa siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) y el orosomucoide alcanza valores mayores en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa alcanzando también significación estadística ( $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** La enfermedad inflamatoria intestinal presenta en general una clínica inespecífica por lo cual el diagnóstico suele demorarse. Los síntomas más frecuentes en esta revisión han sido dolor abdominal y diarrea. En nuestra serie se diagnosticó con más frecuencia enfermedad de Crohn.

### 388 16:00 SÍNDROME DE GILBERT CON DIAGNÓSTICO GENÉTICO-MUTACIONAL: PRESENTACIÓN CLÍNICO-ANALÍTICA

M.C. Ontoria Betencort, M. Casariego Toledo, A. Cobo Costa, E. Valerio Hernández, F.E. Fraga Bilbao, M. Afonso Coderch, R. López Almaraz, J.P. González Díaz y H. Armas Ramos

*Servicio de Pediatría y Gastroenterología Pediátrica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

**Introducción:** El síndrome de Gilbert es una enfermedad benigna genética (autosómica recesiva), que ocasiona un incremento de los niveles de bilirrubina no conjugada como consecuencia de la reducción de la actividad de la enzima UDP-GP. Dicha alteración es consecuencia de una mutación en la región promotora del gen que codifica al enzima.

**Objetivo:** Estudiar la forma de presentación clínica y el patrón bioquímico de los pacientes diagnosticados mediante estudio genético-mutacional de Síndrome de Gilbert en los últimos 4 años en nuestro servicio.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de los casos de Síndrome de Gilbert detectados entre los años 2004-2008 en la consulta de Pediatría/Gastroenterología pediátrica. Se recopilaron los datos clínicos y los parámetros bioquímicos (bilirrubina, perfil hepático y hemólisis) de los casos confirmados mediante estudio genético-mutacional [genotipo A(TA)7TAA en homocigosis].

**Resultados:** Se confirmaron genéticamente 14 casos (9 varones y 5 mujeres) con edades comprendidas entre 8 y 14 años (edad media de 11 años). Once de los casos estaban asintomáticos (78,5%), detectándose la hiperbilirrubinemia en una analítica realizada por estudio de síntomas extradiigestivos. En los 3 pacientes restantes los síntomas fueron: dolor abdominal (3 casos), ictericia (2 casos), vómitos (2 casos) y cefalea (1 caso). Las cifras de bilirrubina total estaban comprendidas entre 3,7 y 1,2 mg/dl, (media de 1,9 mg/dl) con predominio de indirecta (media de 1,4 mg/dl). En todos ellos las pruebas de función hepática y hemólisis se encontraban dentro de límites normales.

**Conclusiones:** 1) La principal forma de presentación clínica del síndrome de Gilbert, fue un hallazgo analítico casual. 2) Los niveles de bilirrubina fueron, en todos los casos, inferiores a 5 mg/dl, lo que se correlaciona con una disminución de la actividad de la enzima UDP-GP.

### 389 16:10 INDICACIONES Y EFICACIA DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EDAD PEDIÁTRICA

M.C. Cuadrado Caballero, P.J. Jiménez Parrilla, R. Olalla Villar, A. Caunedo Álvarez, F. Argüelles Arias y F. Argüelles Martín

*Servicio de Pediatría y Servicio Digestivo, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

**Antecedentes y objetivos:** El origen y la finalidad de la cápsula endoscópica (CE) se centra en la valoración de áreas del tubo digestivo no accesibles a procedimientos endoscópicos tradicionales.

**Objetivo:** Analizar nuestra experiencia en la utilización de la CE en edad pediátrica evaluando las indicaciones y eficacia.

**Material y métodos:** Se utilizó la CE en 61 pacientes con edades comprendidas entre los 5 y 18 años, durante el período de octubre del 2001 a octubre del 2008. Las indicaciones fueron divididas en tres grupos: 1. Alta sospecha de enfermedad de Crohn (EC) no diagnosticada mediante colonoscopia. Se incluyeron a 25 niños, en todos los casos colonoscopia y tránsito intestinal resultado negativa. En 5 casos se solicitó la cápsula para evaluar la extensión de la EC a nivel intestinal. 2. Dolor abdominal difuso y de tipo recurrente, estudiamos 24 pacientes con dolor abdominal de más de un año de evolución, todas las pruebas anteriores (analíticas y estudios endoscópicos normales). 3. Anemia ferropénica y hemorragia digestiva de origen desconocido 16 pacientes.

**Resultados:** La CE pudo ser ingerida en un 60% de los casos, el resto de coloco bajo sedación mediante endoscopia. Grupo 1: La CE identificó lesiones intestinales compatibles con EC en 58% pacientes, principalmente en yeyuno e íleon. Grupo 2: Imágenes de hiperplasia folicular linfoide el hallazgo más frecuente (45%). Grupo 3: Se halló un angioma intestinal (síndrome del nevus azul) en una niña, un divertículo de Meckel con mucosa ulcerada, un pólipo duodenal, una posible EC, angiomatosis intestinal e hiperplasia folicular linfoide.

**Conclusiones:** La CE es un método seguro en pacientes en edad pediátrica mayores de 5 años. En la Enfermedad de Crohn intestinal es una herramienta muy útil para el diagnóstico inicial y para estudio de la extensión de la enfermedad. En los pacientes con dolor abdominal recurrente la CE muestra lesiones compatible con hiperplasia folicular linfoide con dudosa significación clínica. En los casos

de hemorragia digestiva de origen oscuro juega un papel fundamental para alcanzar el diagnóstico.

390

**VÓMITOS CÍCLICOS.****CASUÍSTICA DE LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS**

R. Blanco Lago, M. García González, J.J. Díaz Martín, C. Bousño García, S. Jiménez Treviño y J. Rodríguez Suárez

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

**Introducción:** El Síndrome de Vómitos Cíclicos (SVC) es un trastorno de etiología no filiada caracterizado por episodios recurrentes de náuseas y vómitos incoercibles separados por períodos asintomáticos. Afecta aproximadamente al 2% de los niños en edad escolar.

**Objetivos:** Describir características clínicas y epidemiológicas de niños con SVC que consultan en Urgencias de Pediatría por crisis entre 2003 y 2008.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y evolutivos.

**Resultados:** Se registraron 75 visitas a Urgencias correspondientes a 14 niños. Un 90,7% precisaron ingreso. La estancia media fue de 69,91 horas (DE: 50,89). La edad media al diagnóstico fue de 7,75 años. Se observó una importante preferencia por el sexo femenino (el 78,6% son mujeres). En el 28,6% se recogió la existencia de migraña como antecedente personal. Se recogieron antecedentes familiares de migraña en un 14,3% y de colon irritable en un 21,4%. Se reconocieron factores desencadenantes de tipo psicológico e infeccioso en un 60% de los casos. No se observó predominio estacional. En el 50,7% de las visitas el niño no recibía tratamiento profiláctico y en caso de recibirlo la flunaricina (18,7%) era el más usado. Los síntomas asociados fueron: dolor abdominal (40%), síntomas emocionales (30,7%), cefalea (16%), letargia (16%), fiebre (21,3%), hematemesis (17,3%), diarrea (12%) y fotofobia (5,3%). Se consiguió una tolerancia oral adecuada en menos de 24 horas en el 50% de los ingresos. Los fármacos más utilizados fueron la ranitidina (62,7%), ondansetrón (44%) y clorpromazina (58,6%).

**Conclusiones:** El SVC es responsable de una importante carga asistencial y social, siendo responsable de cerca cinco ingresos por niño durante el período a estudio. Se asocian con frecuencia a migraña y a síntomas vegetativos que reducen la calidad de vida de éstos pacientes. No encontramos diferencias significativas entre los pacientes que reciben tratamiento profiláctico en cuanto al control de la clínica frente a los que no lo reciben.

391

**SÍNDROME DE VÓMITOS CÍCLICOS, INSOSPECHADO TRASTORNO PEDIÁTRICO**

D.E. Rivas Domingo y T. Fragoso Arbelo

*Servicio de Gastroenterología y Nutrición, Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga, La Habana, Cuba.*

**Introducción:** El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) es poco conocido y dentro de los trastornos funcionales gastrointestinales quizás el menos diagnosticado. Sin embargo es motivo de consulta frecuente en la infancia y adolescencia.

**Objetivo:** Describir las características clínicas del SVC y estimar su frecuencia en la edad pediátrica según los criterios de Roma.

**Método:** Durante un periodo de 3 años a los pacientes menores de 19 años con diagnóstico sospechado de SVC que asistieron a la consulta de gastroenterología, se les realizó una encuesta de los síntomas y el examen físico completo en la primera visita. Se indicaron exámenes complementarios que incluyeron pruebas bioquímicas y hematológicas, anticuerpo antitransglutaminasa tisular, estudios parasitológicos y bacteriológicos de las heces, urocultivo, pruebas me-

tabólicas en orina, electroencefalograma, estudios endoscópicos y anatomopatológicos del tubo digestivo superior e imagenológicos para descartar enfermedades orgánicas como posibles causas.

**Resultados:** Se consideró el diagnóstico de SVC en 31 con una edad de inicio entre 2 y 10 años (media de 5 años); 61,3% del sexo femenino y 80,6% de la raza blanca. La palidez 31 (100%), el retraimiento social 22 (71%), dolor abdominal 19 (61,3%) y las náuseas 14 (45,2) fueron los síntomas y signos asociados con mayor frecuencia. Cefalea migrañosa 7 (22,6%), la cinetosis 5 (16,1%) y el síndrome de intestino irritable 2 (6,5%) como enfermedades asociadas. El 71% identificaron situaciones específicas que precipitaron las crisis, de estos 12 (54,5%) fueron situaciones de estrés. El 83,9% de los episodios fueron este-reotipados, la recurrencia fue cíclica en 21 (67,7%) y la duración regular en 26 (83,9%). Dentro de las complicaciones la deshidratación isotónica estuvo presente en 22 (71%) pacientes, el síndrome de Mallory-Weiss en 2 (6,5%) y la esofagitis péptica en 1 (5,3%).

**Conclusiones:** La identificación de los síntomas clínicos basado en los criterios de Roma es útil para el diagnóstico del SVC. El SVC es relativamente frecuente en nuestro servicio ambulatorio de gastroenterología. La mayoría de estos pacientes pueden ser manejados en la Atención Primaria.

392

**ACALASIA EN EL SÍNDROME DE ALLGROVE**

R. Delgado Alvira, H. Allal, J. Elías Pollina, N. González Martínez-Par, E. Calleja Aguayo y J.A. Esteban Ibarz

*Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España, y Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Lapeyronie, Montpellier, Francia.*

**Introducción:** El síndrome de Allgrove o triple "A" (SA) es una enfermedad autosómica recesiva, caracterizada por alacrimia, acalasia e insuficiencia adrenal. La acalasia esofágica ocurre en el 75% de los pacientes.

**Objetivo:** Nuestro objetivo es determinar si existen diferencias en la forma de presentación y respuesta al tratamiento de la acalasia en los pacientes con SA comparados con los pacientes con acalasia idiopática, así como describir otras características en este síndrome.

**Métodos:** Estudio de pacientes con acalasia tratados en dos servicios de cirugía pediátrica entre 1998 y 2008.

**Resultados:** 12 pacientes han sido diagnosticados de acalasia: 4 con SA (grupo A) y 8 con acalasia idiopática (grupo B). La edad media de aparición de los síntomas en el grupo A fue de 3,5 años y de 8,7 años en el grupo B. Todos consultaron por vómitos o disfagia y pérdida de peso o estancamiento ponderal. En el grupo A, la alacrimia fue el primer síntoma relacionado con el SA. Tres pacientes presentaron insuficiencia adrenal, diagnosticada previamente a la acalasia en un caso y posteriormente a esta en dos. En todos los pacientes se realizó tránsito esófago-gástrico y de forma variable manometría y endoscopia. Todos los pacientes del grupo A recibieron tratamiento quirúrgico (miotomía Heller y plastia antirreflujo). En el grupo B, 5 pacientes fueron tratados con dilataciones esofágicas, precisando posteriormente cirugía y en tres de ellos se realizó tratamiento quirúrgico de entrada. El seguimiento en el grupo A osciló entre 2 meses y 10 años y en el grupo B entre 1,5 y 7 años. Un paciente del grupo A precisó realización de nueva plastia antirreflujo y otro paciente refiere disfagia por alteraciones de la motilidad esofágica. Todos los pacientes del grupo B están asintomáticos.

**Conclusión:** El inicio de los síntomas digestivos es precoz y los resultados de la cirugía son menos satisfactorios en los pacientes con síndrome de Allgrove. Éstos suelen presentar previamente algún síntoma, generalmente alacrimia. La aparición de estos dos síntomas obliga a descartar una insuficiencia suprarrenal latente, potencialmente grave y que puede aparecer tardíamente. Este síndrome tiene una gran variabilidad clínica, incluso intrafamiliar y el estudio genético puede ser determinante para su diagnóstico en algún caso.

16:40



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Viernes, 5 de junio (15:30-17:00)

INFECTOLOGÍA

Sala 14 (Planta 1)

393

MENINGITIS VÍRICA: CASUÍSTICA 2002-2007

15:30

S. San Román Pacheco, F. del Castillo Martín, E. Alonso Villán, D. Folgado Toledo, S. Moriano León y R. del Pozo Melero

Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid, España.

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo de nuestro trabajo es describir las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de las meningitis víricas diagnosticadas en nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio descriptivo, de carácter retrospectivo de los casos acontecidos desde 2002-2007. Se recogieron todos los datos referentes a epidemiología: edad, sexo, estacionalidad, duración del ingreso; síntomas, datos de laboratorio y LCR (líquido cefalorraquídeo) y microbiología.

**Resultados:** Epidemiología: 77 casos totales, 44 de los cuales eran varones (57,1%). El 36,8% de los ingresos se dieron en los meses de mayo y junio. Media de edad: 4,2 años. Duración media del ingreso: 3,6 días. Clínica: cifra media de horas de fiebre: 30,2. Cefalea el 94%, vómitos el 53% de los casos. Datos de laboratorio: Cifra media de leucocitos en L.C.R: 232,1 leucocitos/mm<sup>3</sup>; predominio de PMN: en el 60,4%; cifra media de glucorraquia: 60 mg/dl. Aislamiento de enterovirus en el LCR en 13 casos (17% de las muestras). Media de leucocitos en sangre: 13.533 leucos/mm<sup>3</sup>, cifra media de PCR en sangre de 14 mg/l.

**Conclusiones:** Coincidencia con otros estudios ya publicados en relación a las características epidemiológicas de las meningitis víricas, en cuanto a edad, sexo y estacionalidad: Varones > 1 año, que presentan el cuadro de cefalea y fiebre en los meses de Mayo y Junio en su mayoría. Hemos encontrado un mayor predominio de polimorfonucleares en vez de mononucleares en las muestras del LCR. El único agente causal que hemos encontrado ha sido el enterovirus.

394

DETECCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS POR PCR EN NIÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. ESTUDIO PRELIMINAR DE 100 CASOS

15:37

M.A. Salomón Estébanez, E. Abascal Arregui, N. Olabarrieta Hoyos, A. Romero Candel, I. Vizcarra Azurmendi, I. Pocheville Guruzeta, M.A. Vázquez Ronco, S. Raga Borja, G. Rubio Fernández y A. Sojo Aguirre

Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

**Antecedentes y objetivos:** La infección respiratoria aguda (IRA) conlleva una elevada morbilidad y es una de las mayores causas de ingreso. El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de los diferentes virus implicados y analizar las características clínicas y virológicas de las mismas. Presentamos los primeros datos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de niños con IRA durante los meses de octubre y noviembre de 2008 valorando diversos aspectos clínicos y analizando 100 muestras de lavados nasofaríngeos. Se han utilizado técnica de ICT para VRS e Influenza A/B (Binax) e IF (Chemicon) y cultivo en Shell-vial A549/Hep-2 para VRS, Adenovirus, Influenza A/B y Parainfluenza 1, 2 y 3. La PCR se ha realizado con el kit Pneumo Vir (Genómica).

**Resultados:** Son 100 pacientes (54% mujeres) con edad media de 4.4 meses, cuyo diagnóstico más frecuente es de infección aguda de vías respiratorias altas y/o bronquiolitis, presentando un 60% fiebre moderada y un 34% imagen radiológica de condensación. El tiempo medio de estancia ha sido de 8,8 días y han precisado ingreso en UCIP 24 niños. Se ha administrado antibioterapia al 37%, apoyo broncodilatador al 75%, oxigenoterapia al 63% y al 16% soporte ventilatorio de diferente grado. La detección de virus mediante PCR (77%) es la siguiente: VRS (57), Rhinovirus (19), Bocavirus (17), Parainfluenza 3 (3), Influenza A (2), Adenovirus (1), Metapneumovirus (1) y Enterovirus (1). En 18 casos, existía infección mixta (2/3 virus). Mediante la determinación de antígeno y/o cultivo se han encontrado 46 casos positivos (44 son VRS). Los pacientes que precisaron mayor tiempo de ingreso o más intervenciones durante el mismo (estancia UCIP, apoyo ventilatorio, etc.) presentan más frecuentemente aislamiento de virus.

**Comentarios:** Pensamos que la técnica de PCR mejora los resultados que teníamos previamente y permite la detección de otros virus además de los detectados por los métodos convencionales (antígeno y/o cultivo).

### 395 15:44

#### TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR EN PEDIATRÍA: REVISIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN LOS ÚLTIMOS 16 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

S. Negre Policarpo, M. Navarro Paterna, P. Berlanga Charriel, M.L. Matoses Ruipérez, E.M. González Barberá, M.C. Otero Reigada, M. Santos Durantez, M.A. Pérez Tamarit y F. Asensi Botet

Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

**Objetivos:** Describir la afectación osteoarticular por micobacterias en nuestro medio (incidencia, clínica y evolución en población pediátrica).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los casos de tuberculosis osteoarticular entre 1993 y 2008 en un hospital terciario.

**Resultados:** De 141 infecciones tuberculosas (picos de incidencia: 1998 y 2008), un 4,25% (6 casos; mayor incidencia: 1995) eran osteoarticulares (1 enfermedad de Pott, 1 hombro, 1 costal, 1 rodilla, 2 mastoiditis). Rango de edad: 1,5-12 años (mediana: 3 años). 50% varones. 1 china (adopción, BCG), 2 etnia gitana (1 hepatitis B activa) y 1 inmigrante (Pakistán). *Clínica inicial:* tumefacción (83%), dolor (67%), exudación (50%), limitación funcional (50%), fiebre (50%) y pérdida de peso (33%). *Diagnóstico inicial:* otitis media recurrente con reacción mastoidea (2), hematoma infectado (1), artritis séptica (rodilla, 1), osteomielitis (hombro, 1) y espondilitis tuberculosa con paraparesia espástica progresiva indolora (1). Tratamiento antibiótico previo a diagnóstico de TBC: 83%. *Radiología:* osteolisis (100%) y disrupción cortical (humeral y costal), hipertrofia en fondos de saco sinoviales + líquido ecogénico (rodilla). Absceso y aumento de partes blandas (100%). RX de tórax normal en el 83%. En el 100% drenaje y desbridamiento (granulomas en la anatomía patológica: 67%). *Mantoux* positivo: 67% (induración media: 12 mm). *Confirmación microbiológica:* 87% (Ziehl-Neelsen+: 33%, Löwenstein+: 83%, Löwenstein en jugo gástrico+: 16%); *M. tuberculosis* (resistente a isoniácida y estreptomycinina en la paciente adoptada). *Tratamiento:* triple terapia antituberculosa (hombro y rodilla) 18-24 meses, asociando claritromicina (mastoiditis) y linezolid (costal, *S. aureus* asociado). Artrodesis, corsé de Milwaukee, isoniácida, etambutol, piracinamida y estreptomycinina en la espondilodiscitis (mal cumplimiento). Recurrencias: 33% (costal y humeral). 67% contactos positivos (padres y/o abuelos, 1 resistente a isoniácida y estreptomycinina).

**Conclusiones:** En caso de otitis media recurrente, lesión ósea y/o articular no olvidar la etiología tuberculosa (incidencia en aumento). El diagnóstico precoz evita complicaciones y resecciones óseas masivas. El tratamiento debe ser supervisado para mejorar la adherencia al mismo.

### 396 15:51

#### CAMBIOS METABÓLICOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON LPV/R EN UNA COHORTE DE NIÑOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)-1

S. Resino, C. Paladino, R. Ferrer Lorente, J.M. Bellón Cano, B. Larrú Martínez, M.D. Gurbindo Gutiérrez, R. Polo y M.A. Muñoz Fernández

Unidad de Investigación del Instituto de Salud Carlos III, Madrid, y Sección de Inmuno-Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Antecedentes:** El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) puede tener efectos tóxicos como dislipidemia y el síndrome de la lipodistrofia.

**Objetivo:** Evaluar la tendencia de adipocinas y lípidos séricos en un grupo de niños infectados por VIH-1 por transmisión vertical tratados con lopinavir/ritonavir como terapia de rescate.

**Métodos:** Estudio prospectivo multicéntrico en 22 niños con experiencia previa con inhibidores de la proteasa (IP) con terapia de

rescate LPV/r in 2000-20003. Se determinaron las células CD4<sup>+</sup> y CD8<sup>+</sup>, la carga viral (CV), el colesterol, los triglicéridos, y los niveles de lipoproteínas y citoquinas cada 3 meses. Se compararon: niños con lipodistrofia (LP) y niños sin lipodistrofia (NLP) mediante el test exacto de Fisher, el test de Mann-Whitney y Mantel-Haenszel chi-cuadrado.

**Resultados:** La mediana de seguimiento en tratamiento con LPV/r fue de 49,0 semanas (p25 = 43,8; p75 = 50,0). No se encontraron diferencias en los valores basales de %CD4<sup>+</sup>, %CD8<sup>+</sup>, log<sub>10</sub>CV, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, péptido-C, PAI-1, insulina y HOMA ni a lo largo del seguimiento entre LP y NLP. Se observaron diferencias en la mediana de leptina (pg/ml) a las 48 semanas de seguimiento (LD vs. N-LD: 754,6 vs 139,0; p = 0,016) y en la mediana del ratio adipocina/leptina (a las 36 semanas: LD vs N-LD: 20,166.1 vs 158,934.4; p = 0,015; a las 48 semanas: 25,560.1 vs. 398,444.7; p = 0,043).

**Conclusión:** Los incrementos en la concentración de leptina en el grupo LD podrían asociarse a resistencia a la insulina, reflejado en el incremento paulatino de insulina y HOMA a lo largo del seguimiento.

### 397 15:58

#### DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LAS ARTRITIS SÉPTICAS EN NUESTRO HOSPITAL

O.M. López Moreira, J. Valverde Fernández, P. Terol Barrero, J. Romero Cachaza y J. González Hachero

Sección de Infectología y Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

**Antecedentes y objetivos:** La artritis séptica (AS) continúa siendo, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, una urgencia médica y su manejo se realiza de forma empírica. Aquí exponemos nuestra experiencia con esta patología.

**Métodos:** Hemos revisado mediante un estudio retrospectivo, los pacientes con AS en nuestro centro (hospital universitario de tercer nivel) en los últimos diez años, analizando su epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento.

**Resultados:** Fueron diagnosticados un total de 29 pacientes (65,5% varones y 34,5% mujeres). El 55% tenían una edad comprendida entre 1 y 5 años. La localización principal fue la rodilla (65%) seguida de la cadera (21%), existiendo un caso aislado en codo. En cuanto a la clínica, el dolor articular estuvo presente en todos los pacientes, la impotencia funcional apareció en el 93%, fiebre en el 86% y tumefacción en el 83% de los casos. Sólo un cuarto de los pacientes refirieron traumatismo. Entre las pruebas complementarias destacan alteraciones en el hemograma en el 72% de los pacientes, y un aumento de la PCR y la VSG en el 93% y el 86% respectivamente. Se realizó bioquímica de líquido articular en el 66% resultando alterado en el 90% de los casos. Sólo el 14% de hemocultivos fueron positivos frente al 21% de cultivos de líquido articular, siendo el germen más frecuente el *S. aureus*. Hubo alteraciones en el 66% de radiografías, en el 55% de ecografías articulares y en el 55% de gammagrafías. En cuanto al tratamiento empírico inicial, el 96% de los pacientes se trató con cefotaxima más cloxacilina iv, siendo la evolución en todos favorable. Seis pacientes precisaron artrotomía, de los cuales 2 casos se localizaban en cadera.

**Conclusiones:** Los datos extraídos concuerdan con los existentes en la literatura actual. Afecta de forma más frecuente a la articulación de la rodilla. Ante la sospecha clínica de AS (fiebre, signos inflamatorios locales e impotencia funcional), la prueba diagnóstica de elección sigue siendo el análisis bioquímico y el cultivo del líquido articular, único método diagnóstico definitivo, aunque debido a la morbimortalidad del cuadro, es fundamental iniciar antibioterapia empírica precoz, teniendo en cuenta que el agente causal más frecuente es el *S. aureus*.

### 398 16:05

#### IMPACTO DE LA VACUNACIÓN POR ROTAVIRUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL ÁREA DE BARCELONA

M.M. Martínez Colls, G. Fernández Rivas, M. Sapiña Rico, M. Montraveta Querol, M. Azuara Robles, M. Méndez Hernández y C. Rodrigo Gonzalo de Liria

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España.*

**Objetivos:** La infección por rotavirus es una de las primeras causas de morbimortalidad en los países en vías de desarrollo. En los países ricos sigue siendo una causa importante de morbilidad y de alargamiento de la estancia hospitalaria. A finales del 2006 se introdujo la vacuna para rotavirus en España, aunque no está incorporada en el calendario vacunal sistemático.

**Métodos:** Revisión de los ingresos en nuestro hospital desde enero del 2006 hasta diciembre del 2008 con diagnóstico al alta de infección por rotavirus.

**Resultados:** Ha habido un total de 62 pacientes repartidos según los años de la siguiente forma: 21 en 2006, 17 en 2007 y 24 en 2008. Hemos considerado infección nosocomial cuando se ha iniciado el cuadro clínico a partir del 4.º día de ingreso (por ser el período de incubación del virus de hasta 56 horas) siendo en 2006 sólo uno de los casos, en 2007 también uno pero en 2008 han sido 8 de los 24 casos. Los días de estancia hospitalaria han sido entre 2 y 20 en 2006, 2 y 13 en 2007 y 2 y 17 en 2008. 59 de los 62 ingresos han sido entre los meses de noviembre y febrero. Las edades de los pacientes varían desde menores de un mes hasta un paciente de 14 años (inmunodeprimido), siendo la mayoría menores de 15 meses. La clínica que presentaban los pacientes en el momento de consultar era de gastroenteritis en 44 de los 62 casos (la mitad con deshidratación) y 9 de los 62 presentaban convulsiones. Ninguno tenía documentada la vacuna por rotavirus. 42 de los 62 pacientes precisaron sueroterapia endovenosa. Se constató coinfección por VRS en 5 pacientes, *Campylobacter* en 2, *Salmonella spp* en 1 y pielonefritis por *E. cloacae* en 1. Uno de los pacientes afectados por enteritis por rotavirus tuvo posteriormente sepsis por *E. cloacae* y otro tuvo pielonefritis por *E. coli* y *Klebsiella*. De los 62 pacientes, 3 eran inmunodeprimidos (2 oncológicos y un afecto de fibrosis quística).

**Conclusiones:** En nuestro centro no se ha objetivado una disminución de los ingresos por rotavirus desde la introducción de la vacuna, ni tampoco han disminuido las infecciones nosocomiales. Los motivos posibles son que la tasa de vacunación todavía es baja, sobre todo en población como la que se atiende en nuestro centro (nivel socioeconómico bajo) y que debe transcurrir más tiempo para ver un cambio a nivel poblacional del efecto vacunal.

### 399 16:12

#### OTITIS MEDIA AGUDA SUPURADA: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y AISLAMIENTOS MICROBIOLÓGICOS DURANTE 2008

M. Rianza Gómez, M.T. Fernández Soria, M.T. Soria López y R. Mata Fernández

*Servicio de Pediatría del Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón, y Equipo de Atención Primaria de Navalcarnero, Navalcarnero, Madrid, España.*

**Introducción:** Un 70% de las otitis medias agudas (OMA) en niños están producidas por bacterias. La supuración es un factor de riesgo para sufrir complicaciones.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo (enero 2008 a enero 2009) de pacientes atendidos en una consulta de atención primaria, con otitis media supurada, que presentaban exudado en el momento de la consulta. Realizados cultivos de exudado ótico, mediante torunda estéril, de todos los pacientes que presentaban otorrea y

clínica de dolor ótico y/o fiebre durante el período de un año. Excluidos pacientes con otitis externa. Se analiza el resultado microbiológico, sensibilidad a antibióticos y datos epidemiológicos.

**Resultados:** De un total de 109 episodios de OMA en 87 pacientes, más de un cuarto de ellos (24) tuvieron otitis supuradas. De ellas se recogieron 16 cultivos en 14 niños. Aislamientos microbiológicos (positivos en 2/3) y sensibilidad antibiótica: 5 *S. pneumoniae* (peni: S:2,I:2,R:1; cefota: S:3,I:2), 1 *H. influenzae* (S:amoxiclav, R: ampi), 3 *S. pyogenes* (S: peni y eritro), 1 *P. aeruginosa* (S:cipro), 1 *S. aureus* (S:oxacilina), 5 negativos. Sólo 3 episodios fueron con fiebre  $\geq 38$  °C. Habían recibido tratamiento antibiótico en el mes previo 7; 8 habían tenido al menos un episodio anterior de otitis con o sin supuración. Vacunación antineumocócica heptavalente con al menos 2 dosis en 12 de los 14 niños, los mismos que estaban escolarizados. La mitad de los pacientes eran menores de 2 años. Casos en mayores de 5 años: 3 (2 *S. pyogenes* y 1 *S. aureus*). Fueron tratados con amoxicilina a 80 mg/kg/día 8 días. Evolución favorable en todos excepto el caso con *P. aeruginosa* con otorrea durante 18 días (único niño con tubos de timpanostomía) tratado con ciprofloxacino tópico. El *H. influenzae* y el *S. pneumoniae* (R a penicilina y S a ampi + sulbactam) se trataron con amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg/día.

**Conclusión:** La niños menores de dos años con otitis son población de riesgo para presentar supuración y cultivos positivos. *S. pneumoniae* sigue siendo el patógeno principal, pese a la vacuna antineumocócica heptavalente. El cultivo del exudado es útil de cara a la actitud terapéutica.

### 400 16:19

#### FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PEDIATRÍA. ESTUDIO DE 5 AÑOS

A.M. González Fernández, S. Moriano León, J. García-Consuegra, D. Plaza López de Sabando, M.I. de José Gómez, F.J. Aracil Santos, F. del Castillo Martín, G. Botija Arcos, A. Remesal Camba y A.C. Barreda Bonis

*Servicio de Infectología, Servicio de Hemo-Oncología y Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.*

**Introducción:** La fiebre es uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en la urgencia hospitalaria como a nivel ambulatorio. Un porcentaje importante pertenecen a las llamadas fiebre de origen desconocido (FOD). Existen pocas series publicadas en niños.

**Objetivo:** Analizar las características de la fiebre de origen desconocido en la edad pediátrica, ver si existen factores que nos permitan predecir la evolución de la fiebre hacia una entidad u otra.

**Métodos:** Se revisaron de forma retrospectiva los pacientes con fiebre ingresados en el Hospital Universitario La Paz de Madrid entre los años 2002 y 2007. Se valoraron los datos de la historia clínica, así como la exploración física y las pruebas complementarias realizadas.

**Resultados:** 66 pacientes cumplían criterios de FOD. La mayoría fueron varones, 43, frente a 23 mujeres. La media de edad fue de 5.35 años siendo mayor en las FOD de etiología reumatológica u oncológica (6,68 y 7,42 años respectivamente). Ni el patrón de la fiebre ni la clínica que presentaba el paciente en el momento del ingreso ayudaron al diagnóstico de la FOD. Los datos analíticos que más nos pueden orientar al diagnóstico son: la PCR, más elevada en los pacientes con FOD de origen infeccioso o FOD sin diagnosticar, el aumento de la VSG en los pacientes reumatológicos y oncológicos, y la elevación de las transaminasas en los pacientes con FOD de origen infeccioso. Las pruebas de imagen más usadas son la Rx de tórax y la ecografía abdominal, siendo las pruebas invasivas, biopsia y medulograma, las más útiles para su diagnóstico. La causa más frecuente de FOD en nuestra serie fue la fiebre que persistió sin diagnosticar (30,3%), seguida de la reumatológica (28,8%), infecciosa (22,7%) y oncológica (18,2%).

**Conclusiones:** Existen pocas series de casos de FOD en niños siendo, en realidad, una entidad relativamente frecuente. Es necesaria la realización de guías clínicas para su estudio, diagnóstico y manejo en las edades pediátricas.

## 401 16:26 AISLAMIENTOS VÍRICOS EN NIÑOS CON FIEBRE MAYOR DE 40 °C

M. Arroyo Hernández, M. García González, M. Sarmiento Martínez, E. Gómez de Oña, S. Suárez Saavedra, J. Mayordomo Colunga y J. Rodríguez Suárez

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

**Introducción:** La temperatura mayor de 39,5 °C en los procesos infecciosos aumenta el riesgo de infección bacteriana potencialmente grave. Sin embargo, la mayoría de los procesos febriles en niños son autolimitados y de etiología viral.

**Objetivos:** Conocer la implicación de los virus en la fiebre mayor de 40 °C en niños.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo descriptivo en niños que presentan fiebre  $\geq 40$  °C en Urgencias durante 18 meses. Se recogieron datos clínicos y analíticos (hemograma, proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT), hemocultivo, detección de virus en sangre y exudado nasofaríngeo; otros cultivos bacterianos según procediese). Se realizó consulta telefónica o revisión del informe de alta.

**Resultados:** Se incluyeron 74 niños (54,1% varones), con una mediana de edad de 24 (3-133) meses. El 64,8% no tenían vacuna antineumocócica. El 59,5% no tenía foco en la exploración. Recibieron antibiótico al alta el 40,2% (73,3% con aislamiento vírico exclusivo posterior) y a un 8,1% más se le prescribió un antibiótico tras la visita a Urgencias. Hubo diferencias significativas entre los que recibieron antibiótico y los que no en la cifra de leucocitos ( $p=0,001$ ), neutrófilos ( $p=0,000$ ), PCR ( $p=0,000$ ) y PCT ( $p=0,022$ ). Los diagnósticos más frecuentes fueron fiebre sin foco (25%) y viriasis (23,6%). En el 72,2% hubo únicamente aislamientos víricos y en el 6,9% víricos y bacterianos. No se aislaron bacterias en niños mayores de 4 años. Hubo 2 hemocultivos positivos (un neumococo en una otitis y un *S. aureus* en una neumonía). El 43,2% tienen aislamientos en exudado nasofaríngeo (59,3% virus herpes). En el 56,7% se aislaron virus en sangre (54,7% virus herpes, 54,7% adenovirus) y la coinfección más frecuente fue adenovirus y EBV (14,2%).

**Conclusiones:** La mayoría de niños con fiebre mayor de 40 °C en nuestro medio presentan fiebre de probable etiología viral. Sin embargo, un número elevado de niños reciben tratamiento antibiótico. Dada la escasez de aislamientos bacterianos en niños con fiebre mayor de 40 °C sin foco aparente y buen estado general podría valorarse una actitud expectante inicialmente evitando así el empleo innecesario de antibióticos.

## 402 16:33 CELULITE DA REGIÃO DA ÓRBITA NA CRIANÇA

J. Ramos Pereira, F. Soares Almeida Leite, C. Baptista y G. Carvalho

*Hospital São Teotónio, Viseu, Portugal.*

**Antecedentes e objetivos:** A celulite da região orbitária é um patológico relativamente frequente em idade pediátrica. A celulite periorbitária (CPO), anterior ao septo orbital, é mais frequente, ocorre habitualmente após um traumatismo e o prognóstico é favorável. A celulite orbitária (CO) é uma entidade mais rara, quase sempre secundária a uma sinusite e tem um prognóstico mais reser-

vado. O objetivo deste estudo foi caracterizar a população de crianças internadas com o diagnóstico de CPO e CO, de modo a rever a epidemiologia, etiologia e abordagem terapêutica.

**Métodos:** Elaborou-se um estudo retrospectivo, analisando-se todos os processos de crianças internadas com o diagnóstico de CPO e CO, entre 1 de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2006.

**Resultados:** Neste período foram internadas 51 crianças com o diagnóstico de CPO e quatro com o diagnóstico de CO. Houve um predomínio do sexo masculino (58%). A maioria dos casos de CPO tinha menos de três anos, enquanto nos casos de CO, 75% tinham acima de seis anos. A forma de apresentação mais comum foi o edema e o rubor periorbitário. A maioria dos casos localizaram-se à esquerda. A conjuntivite e os traumatismos foram as causas mais comuns de CPO e a sinusite de CO. Oito crianças realizaram tomografia axial computadorizada, três apresentavam sinusite, uma abscesso periosteal, outra sinusite e abscesso periosteal e a última pansinusite, abscesso da órbita e empiema subdural. Em 43% tinha sido instituída antibioterapia oral prévia. A maioria dos casos apresentou boa evolução clínica sob cefuroxime intravenoso, tendo-se verificado complicações em apenas em 2% dos casos de CPO e 75% de CO. Nenhuma criança ficou com sequelas.

**Conclusões:** A celulite periorbitária é uma patologia frequente em idade pediátrica, geralmente com evolução favorável, o que é demonstrada pela reduzida taxa de complicações. No entanto, não deve ser subestimada, pois pode conduzir a lesões irreversíveis caso não seja diagnosticada e tratada precoce e adequadamente.

## 403 16:40 UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE GRIPE EN PACIENTES CON MIALGIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

F. González Martínez, J. Adrián Gutiérrez, R. López López, S. Zarzoso Fernández, M. Fontecha García de Yébenes, M.M. Guerrero Soler, A.C. Peñalba Citores, P. Catalá, T. Hernández-Sampelayo Matos y J. Saavedra Lozano

*Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Introducción:** La gripe es una infección producida por virus Influenza A y B. Es una infección altamente epidémica en época invernal, que en ocasiones se manifiesta como mialgias o debilidad muscular. Existen métodos de diagnóstico rápido que nos permite realizar el diagnóstico con el que podemos tomar decisiones clínicas.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo realizado en Universitario Gregorio Marañón durante meses de diciembre de 2006 a marzo del 2007, con más de 100 casos por 100.000 habitantes. Se realizó un test rápido de detección antigénica del virus de la gripe a los pacientes que presentaban mialgias o alteraciones en la deambulación, y se comparó con el resto de pacientes diagnosticados de gripe por fiebre sin foco aparente (generalmente menores de 6 meses).

**Resultados:** Presentamos 16 pacientes a con clínica de dolor muscular diagnosticados de gripe mediante test rápido. La edad media fue de 7,5 años. Sólo en el 15% existía ambiente epidemiológico. Presentaban clínica de fiebre de 4 días de evolución, asociando el 69% clínica respiratoria durante ese período. No presentaban leucocitosis (4.200/cc), con PCR 0,1 mg/dl. Destacaba aumento de CPK en el 85% de los pacientes. No preciso ingreso ningún paciente. La causa de esta clínica fue fundamentalmente el Influenza B en un 75%.

**Conclusiones:** El test rápido de gripe permite un diagnóstico muy sensible y específico en pacientes con cuadro de mialgias, permitiendo realizar un diagnóstico etiológico adecuado, pudiendo así evitar realizar otras pruebas complementarias. Las mialgias son producidas con más frecuencia por Influenza B y suele desarrollarse cuando el resto de sintomatología está mejorando.

#### 404 16:47 EVALUACIÓN DE LOS PRIMEROS 2 AÑOS DEL SCREENING DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

R. Escamilla Pinilla, E. Montesinos Sanchís, C. García Vicent y B. Garrido García

*Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La enfermedad de Chagas (EC), enfermedad parasitaria producida por *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi), es emergente en nuestro país en los últimos años debido a los flujos migratorios producidos desde Sudamérica donde esta enfermedad es endémica. En los países no endémicos la transmisión vertical es uno de los mecanismos de transmisión más importantes. En nuestro hospital se inició un protocolo para el control de la transmisión vertical desde el año 2007. Presentamos la evaluación inicial de su funcionamiento y nuestros resultados.

**Métodos:** Durante los años 2007 y 2008, se solicitó Serología para T. cruzi a las madres procedentes de área endémica durante el embarazo, por las matronas del área o en el momento del parto en nuestro hospital. Así mismo se realizó estudio de los recién nacidos de madre con serología positiva con técnicas parasitológicas directas (microhematocrito y PCR) al nacimiento y al mes de vida y serología al niño al mes y los 8 meses de edad.

**Resultados:** Realizamos 324 serologías de T. cruzi en mujeres embarazadas de origen Sudamericano, como cribado inicial. Se obtuvieron 39 serologías positivas para T. cruzi (prevalencia 12%), todas ellas de tipo IgG. Siendo el 84.5% de las embarazadas positivas de origen boliviano. El rango de edad de estas mujeres estaba entre los 16 y 37 años. Se descartó transmisión vertical en 9 casos. Actualmente 7 niños continúan en seguimiento, todos con parasitemias negativas al nacimiento y al mes de vida. Durante el los controles de seguimiento sucesivos establecidos tuvimos 22 casos perdidos (15 en 2007 y 7 en 2008). Detectamos 1 caso de transmisión vertical, hijo de madre Boliviana, con parasitemia positiva al nacimiento que fue tratado con benznidazol a 5 mg/kg cada 12 horas durante 60 días, con buena tolerancia para el mismo, constatando negativización del microhematocrito y la PCR a las 3 semanas de tratamiento.

#### 405 16:54 INGRESOS POR BRONQUIOLITIS, ¿HA CAMBIADO ALGO EN 20 AÑOS?

L. Jiménez García, I. Díaz López, M. Arcos Bahillo, E. Goicoechea Manso, A. Zabaleta Rueda, M. del Hoyo Moracho, I. Martínez Fernández de Pinedo, I. Díez López, C. Salado Marín y J.I. Montiano Jorge

*Hospital Txagorritxu, Osakidetza, Vitoria, Álava, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Estudio comparativo entre los ingresos por bronquiolitis entre los años 1984-85 (2 años) y 2004-05 (2 años), en un hospital secundario. El objetivo es saber qué ha cambiado.

**Métodos:** Comparar los ingresos por esta patología, estudiando el sexo, la edad de ingreso, los días de ingreso, y los tratamientos. Para las variables cualitativas hemos utilizado el test de chi cuadrado, y para las cuantitativas la t de Student. Para los ingresos el Intervalo de confianza de las tasas.

**Resultados:** No hay diferencia: en la relación de sexos, en la edad media de ingreso, en la utilización de oxigenoterapia. -Sí hay diferencia: en los días de ingreso, menor en 04-05 ( $p = 0,001$ ), en el menor empleo de antibióticos en 04-05 ( $p = 0,001$ ), en el mayor empleo de corticoides en 04-05 ( $p = 0,001$ ), en la tasa de ingresos en relación a la población, mayor en 04-05. En 04-05: Recibieron adrenalina el 63,5%. Salbutamol el 64,8%.

**Conclusiones:** La diferente afectación a los dos sexos no ha variado y la edad de ingreso sigue siendo prácticamente la misma. Llama la atención que, sin saturómetros, 20 años atrás pusieran oxígeno a un número similar de pacientes, lo que nos lleva a elogiar a nuestros compañeros. Se ha reducido el uso de antibióticos, pero hay que señalar que en el grupo 04-05, recibieron antibiótico el 35%, sabiendo que el 58% eran Ag nasal VRS+. El aumento del uso de corticoides choca frontalmente con los estudios que no avalan el uso de dicho medicamento. Buscar una explicación a la reducción de los días de ingreso, no es fácil: hace 20 años no se usaban broncodilatadores (beta2, adrenalina), pero ningún estudio parece refrendar que esto acorte los ingresos. Pensamos que los saturómetros podrían estar detrás de esta diferencia, dando altas basándonos en la no necesidad de oxígeno más que en la desaparición del distrés. La necesidad de cunas, como otra causa de reducción del ingreso, es difícil de valorar, pues habrá existido siempre. El aumento de ingresos nos puede hacer pensar que esta patología está aumentando. Todo esto nos hace reflexionar que deberíamos ajustar más nuestras terapias a lo que hoy en día avala la evidencia.

#### 406 17:01 TUBERCULOSIS CONGÉNITA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA NEONATAL

G.M. Muñoz García, G. Botija Arcos, F. Baquero Artigao, E. Valverde Núñez, T. del Rosal Rabes y B. González Martínez

*Servicio de Infecciones y Servicio de Neonatología, Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid, España.*

**Introducción:** La tuberculosis congénita es una entidad poco frecuente en nuestro medio, siendo mortal en el 100% de los casos no tratados.

**Caso clínico:** Varón prematuro con sd. de Down, que al nacimiento ingresa en planta de neonatología por bajo peso. Padres marroquies. A los 8 días de vida comienza con síndrome febril acompañado de distrés respiratorio, iniciándose tratamiento con cefotaxima y vancomicina i.v. A los 12 días de vida, ante el incremento de la dificultad respiratoria, con signos clínicos y analíticos de sepsis (21.000 leucocitos con 18000 neutrófilos, PCR de 239 mg/l) y radiografía (Rx) de tórax que muestra neumonía bilateral con patrón nodular difuso, ingresa en cuidados intensivos neonatales para CPAP. A las 48 horas, se aísla *K. pneumoniae* en urocultivo, sustituyendo cefotaxima por meropenem. Presenta empeoramiento clínico, radiológico y analítico que precisa intubación y ventilación mecánica desde los 23 días de vida. Sin respuesta al añadir al tratamiento claritromicina, corticoides, anfotericina B y aciclovir. Los cultivos de sangre, orina (a excepción del primero) y de líquido cefalorraquídeo fueron estériles, así como los estudios microbiológicos realizados inicialmente (que incluían virus respiratorios, virus de la familia herpes y bacterias productoras de neumonías atípicas), por lo que se solicita estudio de micobacterias en aspirado bronquial: baciloscopia, PCR y cultivo positivos para *M. tuberculosis*. Se inicia tratamiento tuberculostático con cuádruple terapia asociada a corticoides a bajas dosis, con gran mejoría clínica, analítica y radiológica, que permite extubación a las 2 semanas de tratamiento y alta de cuidados intensivos a los 2 meses de vida. Padre: Mantoux 15 mm, Rx tórax normal y esputos negativos. Madre: Mantoux 0 mm, Rx tórax normal, esputos negativos; biopsia endometrial con granulomas tuberculoideos y PCR positiva para *M. tuberculosis*.

**Conclusión:** Teniendo en cuenta la emergencia de la tuberculosis en nuestro país secundaria a fenómenos como la inmigración o la pandemia por VIH, ante enfermedades respiratorias neonatales que no responden al tratamiento médico habitual debe realizarse el diagnóstico diferencial con tuberculosis congénita.



COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 5 de junio (15:30-17:00)

NEUMOLOGÍA

Sala 12 (Planta 1)

407 15:30  
DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO. ¿OTROS FACTORES DETERMINANTES PARA SU DESARROLLO?

I.T. Baena Olomí, Ó. Asensio de la Cruz, M. Bosque García, R. Bou Torrent, A. Pérez Benito, V. Pineda Solás, J. Clotet Caba, A.M. de los Ríos, D. Sánchez Garvín y R. Baraibar Castelló

Hospital de Sabadell y Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.

**Antecedentes y objetivos:** El 0,6-2% de las neumonías en la infancia se complican con derrame pleural. La hipereactividad bronquial parece estar implicada en el desarrollo de neumonía adquirida en la comunidad (nac) en el adulto. El objetivo de este estudio es identificar si esta u otros factores pueden determinar el desarrollo de un derrame pleural paraneumónico (dpp) en la edad pediátrica.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles. Se incluyeron los casos de dpp ingresados en nuestro centro entre 2003 y 2006. Se seleccionaron aleatoriamente igual número de controles con neumonía que ingresaron en el mismo período. Se realizó un análisis descriptivo de variables epidemiológicas y socio-sanitarias que pudieran relacionarse con el desarrollo de un dpp mediante SPSS 15.0 utilizando la Chi cuadrado.

**Resultados:** Se incluyeron 43 casos de dpp con edades entre los 4 meses y los 17 años (Md 4 años; r 0-17) de los cuales el 53,5% eran varones. Se realizó toracocentesis diagnóstica en el 81,14% de los casos, diagnosticando empiema en el 27,90%. Se realizó ecografía torácica en el 97,6% de los casos, mostrando tabiques en el 44,2%. Se colocó drenaje torácico a todos los dpp complicados (53,49% del total) y fibrinolíticos en el 46,5%. En ninguno fue necesaria cirugía torácica. La media de estancia hospitalaria fue de 13,97 días. La evolución a los 18 meses fue la recuperación completa en todos los casos. No se encontraron diferencias significativas en relación a hipereactividad bronquial. Se encontraron diferencias significativas en el hecho de tener hermanos mayores (37,2% de los casos frente al 60,5% de los controles, p 0,03) y antecedentes de atopía (11,6% vs 39,5% de controles, p 0,003).

**Conclusiones:** Según nuestros resultados la evolución de los dpp siguiendo los protocolos actuales establecidos es excelente. Este estudio no implicación de la hipereactividad bronquial en el desa-

rrrollo de un dpp como se ha descrito en la literatura para la nac. Otros estudios serían necesarios para confirmar la implicación de la atopía y el hecho de tener hermanos mayores en el desarrollo del dpp.

408 15:40  
LA PULSIOXIMETRÍA NOCTURNA A EXAMEN ¿CUÁL ES SU UTILIDAD?

A. Álvarez García, E. de la Orden Izquierdo, L. Fuente Blanco, P. Ruiz Martínez, J.A. Blázquez Fernández, M. Ruiz Jiménez y J.T. Ramos Amador

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

**Introducción:** El síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) es un problema muy frecuente en el niño, su prevalencia no es bien conocida. Existe dificultad para encontrar una técnica diagnóstica validada distinta de la polisomnografía (PSG: patrón oro). Ésta registra tanto parámetros cardiorrespiratorios como electroencefalográficos, detectando diferenciando el tipo de apnea, episodios de hipoxemia y de microdespertares asociados a los mismos durante el sueño. Su principal inconveniente es su escasa accesibilidad. La pulsioximetría nocturna (PN) es una técnica accesible, limitada por su baja especificidad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de todas las pulsioximetrías patológicas, según los criterios de Mc Gill (CMG), analizando la clínica al diagnóstico que presentaban los pacientes.

**Resultados:** Se analizaron un total de 62 PN patológicas: 44 varones (71%), mediana de edad 46,3 meses (rango 15-180 meses), el 100% presentaba ronquido como motivo de consulta, episodios de apnea en la anamnesis 95,2% (n = 59), despertares frecuentes 35,5% (n = 51), infecciones respiratorias de repetición 75,8% (n = 47), respiración bucal 77,4% (n = 48), paladar ojival 62,9% (n = 39), facies adenoidea 62,9% (n = 39), problemas de audición 38,7% (n = 24), hiperactividad diurna 8,1% (n = 5), posturas anómalas al dormir (hiperextensión cervical...) 19,4% (n = 12), somnolencia diurna 17,7% (n = 11), enuresis 6,5% (n = 4), otras parasomnias 3,2% (n = 2), retraso escolar y problemas del lenguaje 6,5% (n = 4), problemas de audición 38,7% (n = 24), RGE 3,2% (n = 2). Según los CMG se encontraron: PN leves 30,7% (n = 19), moderadas 40,3% (n = 25) y graves 29% (n = 18). Se observa una tendencia a la asociación entre el grado de hipertrofia adenoidea y la mayor gravedad de la PN. Parece existir mayor asociación entre el retraso escolar y problemas del lenguaje y grados más graves de PN.

**Conclusiones:** Es importante el diagnóstico del SAHS por sus consecuencias neurobiológicas. Aunque la PN no es la prueba diagnós-

tica de elección, puede ser una técnica útil para decidir la prioridad de tratamiento en pacientes con alto grado de sospecha clínica de SAHS.

#### 409 15:50 EL MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS EN NUESTRO CENTRO

A. Puig Palau, J. Ortega Rodríguez, I. Morales Bara, A. Fernández López, Z. Ibars Valverde, M.T. Vallmanya Cucurull, A. López Gil y E. Solé Mir

*Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España.*

**Introducción:** La bronquiolitis definida inicialmente como el primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias en el lactante menor de dos años y en el contexto de un cuadro catarral de vías altas.

**Objetivos:** Observamos las pautas seguidas en el Hospital Arnau de Vilanova para el manejo de las bronquiolitis en la epidemia del 2005 al 2007 en referencia a la utilización del tratamiento nebulizado, corticoideo sistémico y realización de exámenes complementarios.

**Material y métodos:** Al inicio de la epidemia del 2005 se estableció un protocolo propio consensuado de bronquiolitis a partir de una revisión bibliográfica. Se realiza estudio prospectivo para evaluar los resultados obtenidos. Se recogen todos los pacientes ingresados con diagnóstico de bronquiolitis entre el 1 de octubre de 2005 y el 31 de diciembre de 2007.

**Resultados:** En este período se visitan en el servicio de urgencias 33.361 niños (< 14 años), precisan ingreso hospitalario por bronquiolitis 190 (0,5%) con edad media (mediana) de 68 días (DE = 91 días) y predominio masculino (64%). Según el score de gravedad utilizado (score Hospital Sant Joan de Déu) el 12% fue leve, moderada el 72% y grave el 16%. Se identifica etiología en el 28% de los ingresados (fundamentalmente VRS y virus influenza) y la estancia media es 9,5 días (DE = 13 días). Se realiza prueba broncodilatadora con beta-adrenérgico en urgencias en el 69% y es positiva en el 57% con mejoría de 1 punto escala de gravedad. Sin embargo, el 98,3% de los pacientes reciben tratamiento nebulizado durante el ingreso y reciben corticoides el 34,7%. Se realiza radiografía de tórax al 77% pacientes (41% patológicas), analítica de sangre al 44% y estudio en orina al 20% (5 casos de infección urinaria). Reciben antibiótico el 35% y oxígeno el 52%.

**Conclusiones:** 1. A pesar de no existir evidencias que sustenten la utilización sistemática de beta-adrenérgicos y corticoides su uso continúa siendo frecuente en nuestro centro. 2. Consideramos necesario individualizar el tratamiento a través de la realización de prueba broncodilatadora y optimizar la indicación de exámenes complementarios.

#### 410 16:00 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M.I. Pescador Chamorro, A. Berroya Gómez, M.C. Martínez López, M.C. Miranda Herrero, V. Luengo Herrero, M.I. Fontecha García de Yébenes, M. Hernando Puente, J.L. Rodríguez Cimadevilla y A. Salcedo Posadas

*Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La hernia diafrágica congénita es una patología compleja con gran morbi-mortalidad asociada. Describimos la epidemiología, evolución general y complicaciones respiratorias de nuestros pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo, realizado en niños con hernia diafrágica congénita atendidos entre 1994 y 2008. Se recogieron datos epidemiológicos, variables antropométricas, com-

plicaciones en período neonatal y durante el seguimiento, así como patología respiratoria asociada.

**Resultados:** Se incluyen 21 pacientes (15 varones), el 80% diagnosticados prenatalmente, la mayoría en el tercer trimestre de gestación (66%). De localización izquierda en un 80% de los casos. Todos recibieron ventilación mecánica, con una mediana de duración de la misma de 16 días. 4 precisaron oxigenación por membrana extracorpórea y 9 ventilación de alta frecuencia. Del total, 9 presentaban patología asociada (cardíaca en 4 casos). 15 niños presentaron complicaciones en el período neonatal, de ellos 9 fueron de tipo respiratorio, el resto fueron sepsis (8), vasculares (5), patología digestiva (6) y otras. En un tercio de los casos la intervención quirúrgica se realizó en las primeras 24 horas de vida (mediana 2 días). En su evolución posterior 7 niños tuvieron complicaciones asociadas a la cirugía, en dos casos se produjo una reherniación. A pesar de que al nacimiento todos los pacientes tenían peso acorde a su edad gestacional, en la primera consulta el 25% presentaba un percentil de peso menor de 3. 8 pacientes tuvieron exacerbaciones respiratorias en el seguimiento. Globalmente el 86% tuvo una evolución clínica y funcional satisfactoria.

**Conclusiones:** En este estudio la hernia diafrágica congénita afecta principalmente a varones, asociando en gran parte otras malformaciones. La localización más frecuente es izquierda. A pesar de la patología asociada y complicaciones la evolución a largo plazo es favorable, tanto globalmente como desde el punto de vista respiratorio.

#### 411 16:10 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN NIÑO SANO

C. Duque Sánchez, M. Milla Núñez, M. Anchóriz Esquitino y O. Neth

*Unidad de Medicina Interna e Infecciosos Pediátricos, Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

**Introducción:** Se desconoce la incidencia del tromboembolismo pulmonar (TEP) en la población pediátrica siendo una entidad infra-diagnosticada debido en parte al bajo nivel de sospecha y de sensibilización en el mundo clínico.

**Objetivo:** Aumentar el nivel de conocimiento para la sospecha de esta enfermedad con el fin de iniciar de forma precoz las pruebas diagnósticas y el tratamiento. *Observación clínica:* Niño de 11 años de edad con síndrome de Down, trasladado a nuestro hospital tras síncope y parada respiratoria. Antecedentes personales: En los tres últimos meses presenta astenia, anorexia, pérdida de peso, disnea de mínimos esfuerzos de forma progresiva. Ingreso en el último mes, en dos ocasiones con signos de dificultad respiratoria y diagnosticado de neumonía. Exploración física: regular estado general, signos de distrés respiratorio, palidez cutánea, afebril, decaimiento, hipoxemia e hipoventilación global con crepitantes diseminados. Resto exploración física, normal.

**Resultados:** Hemograma y bioquímica sanguínea normales. Protocolo serológico de infecciones respiratorias, negativo. Dímeros D 432 µg/l. Gasometría venosa: PCO<sub>2</sub> 46,3 mmHg, PO<sub>2</sub> 42%. Rx Tórax: infiltrados bibasales. Gammagrafía de V-Q: alta probabilidad de TEP derecho. TAC tórax: infiltrados inflamatorios en lóbulos inferiores con adenopatías hiliares derechas. TAC tórax de control: no descartar TEP. Eco-doppler de miembros inferiores y ecocardiografía normal. Se solicita estudio de trombofilia y antifosfolípidos: déficit de antitrombina III. Tras la administración de antitrombina III y el mantenimiento del tratamiento anticoagulante con heparina, presenta buena evolución clínica.

**Conclusiones:** 1. Ante la presencia de disnea e hipoxemia graves en un niño, se debe plantear el diagnóstico diferencial, sin infravalorar aquellas patologías que se presentan con menor prevalencia en la edad pediátrica. 2. La forma de presentación del TEP en niños puede diferir de los adultos, siendo imprescindibles la sospecha clínica fundada y el diagnóstico y tratamiento precoces. 3. En pa-

cientes con TEP sin factores de riesgo conocidos, es necesario la búsqueda de sus posibles causas y origen.

## 412 16:20 POLIGRAFÍA CARDIORRESPIRATORIA NOCTURNA NO VIGILADA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 290 ESTUDIOS

R. Moreno Sánchez e I. Cortell Aznar

*Hospital Clínico Universitario, Salamanca y Sección de Neumología Pediátrica, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.*

**Antecedentes:** El Síndrome de Apnea/Hipopnea del Sueño (SAHS), a pesar de ser una patología infradiagnosticada, es el trastorno respiratorio más frecuente durante el sueño. Su prevalencia se estima en el 2%, sin predominio entre sexos en pediatría, siendo más frecuente entre los 3 y 6 años, y el ronquido el síntoma más común. En patologías como anomalías cráneo-faciales u obesidad la prevalencia es mayor (hasta del 54% en sd. Down). Las complicaciones incluyen enuresis, cefaleas, trastornos del comportamiento y, en los casos graves, hipertensión pulmonar. Aunque el patrón oro diagnóstico es la polisomnografía, las limitaciones para su realización han hecho de la Poligrafía Cardiorrespiratoria Nocturna no Vigilada (PGNNV) una técnica alternativa rentable, cómoda y fiable.

**Objetivo:** 1) Determinar el porcentaje de casos de SAHS del total de estudiados. 2) Validar el informe automático respecto al informe corregido.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes remitidos con sospecha de SAHS (N = 290) entre enero'07 y diciembre'08. Se realizó PGNNV en domicilio y excepcionalmente (n = 7) en hospital. El resultado automático por defecto se comparó con el resultado tras corrección por una persona entrenada.

**Resultados:** Se realizaron 290 estudios (34% en mujeres (M)). La causa más frecuente de estudio en < 10 años de edad fue ronquido por hipertrofia adenoamigdal, y en los de 10-14 años enfermedad neuromuscular. El resultado automático, por defecto, fue normal en el 38% de las M y el 33% de los hombres (H). El resultado de la lectura por una persona entrenada fue normal en el 51% de M y el 43% de H.

**Conclusiones:** El 55% de los pacientes estudiados presentan una PGNNV compatible con SAHS. No existe diferencia entre sexos. El motivo de estudio más frecuente es el ronquido por hipertrofia adenoamigdal. El registro debe ser siempre corregido por una persona entrenada para minimizar los falsos positivos.

## 413 16:30 PULMÓN EN HERRADURA. CASO CLÍNICO

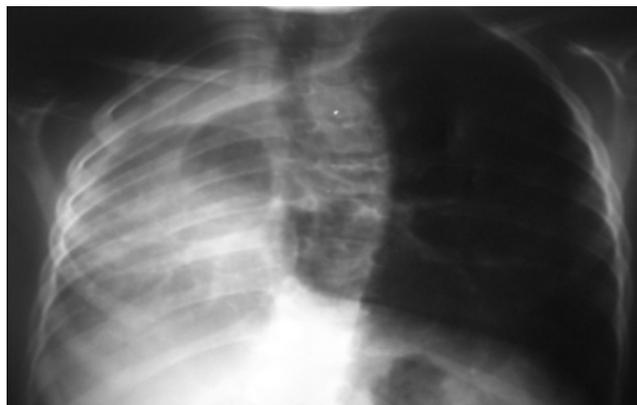
A. Gondra Sangroniz, J. Elorz Lambarri, J. Ayala Curiel, I. Lecumberri, I. Serna Guerediaga y N. Ortiz Lana

*Sección de Neumología, Sección de Cardiología, Servicio de Radiología y Servicio de Pediatría, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España.*

**Introducción:** El pulmón en herradura (PH) es una malformación congénita rara caracterizada por la presencia de una hipoplasia pulmonar unilateral y un istmo de parénquima pulmonar que atraviesa la línea media conectando ambas bases pulmonares por detrás del corazón. El 80% de los PH se asocia a un síndrome de la cimitarra que consiste en una hipoplasia pulmonar asociada a un drenaje venoso anómalo ipsilateral y un suministro arterial sistémico parcial.

**Caso clínico:** Niña procedente de Argentina, diagnosticada de agenesia pulmonar al nacimiento y con antecedente de varios episodios de broncoespasmo y neumonías de repetición, es remitida por este motivo a nuestra consulta a los 6 años de edad. Al sospe-

chase una hipoplasia pulmonar en la radiografía de tórax que aporta (figura), se solicita valoración cardiológica y radiológica, realizándose una angio-TAC y RMN para descartar malformaciones vasculopulmonares asociadas, fundamentalmente el síndrome de la cimitarra. En el estudio radiológico se descarta este síndrome y se detecta un PH.



**Comentarios:** Se presenta un PH sin drenaje venoso anómalo. Ante una hipoplasia pulmonar es esencial descartar malformaciones asociadas que podrían complicar la evolución clínica del paciente. Mientras que el diagnóstico del síndrome de la cimitarra suele ser un hallazgo casual a partir de la primera década de la vida, el PH se caracteriza por presentar clínica respiratoria baja recurrente, requiriendo en ocasiones tratamiento quirúrgico.

## 414 16:40 VÍA CLÍNICA DE BRONQUIOLITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO. IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS

R. Rodríguez, M.M. Santos, A. Salcedo Posadas, A.C. Sánchez Galindo, E. Zamora Flórez, S. Zarzoso Fernández, E. Barredo Valderrama, L. Rodríguez, A. Harbi Zaben y C. Serriñá Ramírez

*Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Con el objetivo de disminuir la variabilidad y aumentar la calidad en el manejo de la bronquiolitis en nuestro hospital, así como de disminuir la estancia media hospitalaria, disminuir el uso inadecuado de antibióticos y corticoides en esta patología se decide definir, diseñar implantar y evaluar una vía clínica específica.

**Métodos:** Se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva sobre esta patología y se diseña la vía clínica incluyendo definición, criterios de ingreso en el hospital, protocolo de manejo en urgencias, manejo de esta enfermedad en planta, definiendo no sólo las actividades médicas sino también actividades de enfermería, en lo referente a realización de pruebas complementarias, tratamiento, fisioterapia respiratoria, administración de O<sub>2</sub>. Se contemplan además aspectos tales como adhesión a la vía clínica por parte de los profesionales, valoración de encuestas de satisfacción a los padres y entrega de la hoja pictograma informativa para familiares.

**Resultados:** La vía clínica se implanta en enero 2008, se evalúan 165 pacientes enrolados y se comparan con 107 pacientes diagnosticados de bronquiolitis en la temporada anterior, antes de la implantación de la vía clínica. Ambos grupos eran homogéneos y con distribuciones similares en cuanto a sexo, edad y score de gravedad. Tras la implantación de esta vía clínica se observa una disminución de la estancia media hospitalaria de 6,75 días a 6,27 (p < 0,05), una disminución del uso de corticoides del 11,2 a 5,4% (p = 0,05) y una disminución del uso de antibióticos del 14,9 a 7,2% (p < 0,05). Se realizan numerosas Rx de tórax 42% en el grupo ma-

nejado con la vía clínica y 48% en el grupo control. Además se valoró la adhesión de los profesionales a la vía clínica y las encuestas de satisfacción a familiares con puntuaciones altas en lo que respecta a la información y al tratamiento recibidos.

**Conclusiones:** Las vías clínicas son poderosas herramientas que permiten estandarizar el manejo de patologías prevalentes. Se ha reducido la estancia media, el uso de corticoides y de antibióticos de forma significativa en la primera fase de implantación de la guía clínica.

415

#### **MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS: REVISIÓN DE 18 AÑOS**

16:50

M. García González, M. Bosque García, O. Asensio de la Cruz, M.P. Abad Calvo, C. Martín Martínez, M.J. García Catalán y D. Jaramillo Hidalgo

*Hospital de Sabadell, Corporació Sanitaria Parc Taulí, y Laboratorio UDIAT de la Corporació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.*

**Introducción:** La combinación de factores genéticos y ambientales determina el desarrollo del aparato respiratorio durante el período embrionario. Alteraciones en estos mecanismos moduladores resultarán en anomalías estructurales, diagnosticables, en su mayoría, prenatalmente.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las malformaciones pulmonares congénitas: malformación adenomatoidea quística (maq), secuestro pulmonar (sp), enfisema lobar congénito (elc), quiste broncogénico (qb), diagnosticadas y/o tratadas en nuestro servicio, en menores de 18 años, entre 1991 y 2008.

**Resultados:** Se han registrado 22 casos: 8 maq (36%), 7 sp (31%), 2 elc (9%), 2 qb (9%) y 3 casos de combinación de maq + sp (13%). 13 niños, 9 niñas. En 6 casos (28,5%) se realizó diagnóstico prenatal, mediante ecografía, completándose estudio con resonancia magnética fetal. En los pacientes diagnosticados posnatalmente la media de edad fue de 4,6 años (r: 0-15); motivando el diagnóstico: infección respiratoria de repetición (36%), hallazgo casual (23%), taquipnea neonatal (9%), insuficiencia respiratoria aguda y dolor torácico (5%). En el 77% se realizó exéresis quirúrgica, con mediana de edad al tratamiento 3,41 años (rango 0-16). Mediana de demora quirúrgica 4 meses (r: 0-46). Evolución y seguimiento satisfactorios en 21 de los casos. Un paciente afecto de maq desarrolló sarcoma pericárdico y mediastínico siendo éxitus a los 21 años (7 años después de la cirugía).

**Conclusiones:** 1) Tras el desarrollo de las técnicas de imagen, conjuntamente al de la unidad de diagnóstico prenatal, observamos un aumento en el diagnóstico de las malformaciones pulmonares congénitas y una mejora en su manejo. 2) Ante dicho diagnóstico: la dificultad de descartar malformaciones combinadas, así como la potencial malignización (maq), hace que la cirugía siga siendo el tratamiento de elección. 3) Pudiéndose posponer, en pacientes asintomáticos, más allá de los 6 meses, individualizando la actitud a seguir en cada paciente, teniendo en cuenta la aparición de posibles complicaciones respiratorias y el riesgo quirúrgico.



PÓSTER MODERADO

Viernes, 5 de junio (15:30-17:00)

INFECTOLOGÍA

Sala 3-4 (Planta 0)

**P416** **15:30**  
**BARTONELLA COMO ETIOLOGÍA DE FIEBRE PROLONGADA Y ADENOPATÍA AXILAR EN NIÑO CON TRASPLANTE RENAL**

F. González Martínez, J. Sopena Corvinos,  
A. Alcaraz Romero, A. Luque de Pablos,  
J. Saavedra Lozano y T. Hernández-Sampelayo Matos

Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio  
Marañón, Madrid, España.

**Introducción:** La enfermedad por arañazo de gato es una importante causa de fiebre de origen desconocido en niños, siendo asimismo diagnóstico frecuente de adenopatía cervical y axilar. No obstante, en pacientes inmunodeprimidos, existen múltiples microorganismos que deben tenerse en cuenta como diagnóstico de adenopatía axilar. La pcr multibacteriana (16S rDNA) de muestras de zonas estériles podría ser útil para el diagnóstico de infecciones bacterianas.

**Caso clínico:** Paciente de 10 años de edad, trasplantado renal desde los 3 años de edad por uropatía obstructiva, en tratamiento actual con prednisona, tacrolimus y micofenolato. Ingres por fiebre de 40 °C de una semana de evolución, sin otra sintomatología acompañante. AP: un mes en España tras un viaje a Ecuador. Exploración: sobrepeso, fiebre 39 °C, no aspecto séptico. Dolor en hueso axilar sin eritema externo ni fluctuación. PC: leucocitos 18.200/mm<sup>3</sup> (68%G). Bioquímica normal, PCR 10 mg/dl. Gota gruesa negativa. Serologías CMV, VEB, toxoplasma, Dengue, *Bartonella* y tularemia negativas. Mantoux negativo. Rx tórax normal. Eco abdominal normal. Hemocultivos estériles. Ecografía axilar: adenopatía abscesificada de 2 cm de diámetro. Se inicia tratamiento con clindamicina. Ante persistencia de fiebre se decide exéresis ganglionar, con estudio anatomopatológico, cultivos y PCR multibacteriana. Se descarta por histología enfermedad linfoproliferativa. Pcr 16S rDNA positiva para *Bartonella henselae*. Se inicia tratamiento con azitromicina, con desaparición de fiebre a las 48 horas. El paciente refiere haber estado en contacto con gatos.

**Conclusión:** Ante presencia de adenopatía en pacientes inmunodeprimidos hay que tener en cuenta una gran posibilidad de etiologías, siendo de gran ayuda una adecuada historia clínica para alcanzar el diagnóstico. La infección por *Bartonella* es una causa a tener en cuenta, pero a diferencia de pacientes inmunocompetentes, puede presentar peor respuesta terapéutica. Resaltamos la impor-

tancia de la pcr 16S rDNA para el diagnóstico de una infección bacteriana en un lugar estéril, debido a su alta fiabilidad.

**P417** **15:35**  
**FIEBRE Q: ENDÉMICA PERO OLVIDADA**

L. García Hidalgo, E. Núñez Cuadros, I. Durán Hidalgo,  
M. Rivera Cuello, D. Moreno Pérez y A. Jurado Ortiz

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

**Introducción:** La fiebre Q es una zoonosis endémica en España. Producida por la *Coxiella burnetti* su principal reservorio son los animales de granja y su forma de transmisión principal, a través de aerosoles contaminados.

**Objetivos:** Presentamos dos casos clínicos con características diferenciales en cuanto a presentación, pruebas complementarias y evolución posterior.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Varón, 13 años. Fiebre de hasta 40,5 °C de 17 días de evolución con escalofríos, sudoración, anorexia con pérdida ponderal de 4 kilos, mialgias y tos seca. Antecedentes personales: ambiente rural. Contacto diario con animales de campo y granja. Exploración: aceptable estado general. Discreta palidez cutánea. No exantemas. Auscultación normal. Esplenomegalia dura de 1-2 cm. Pruebas complementarias: hemograma, y bioquímica sin alteraciones. VSG 72 mm. Cultivos negativos. PCR: 51,4 mg/dl. Serología *Coxiella burnetti* IgM (+) Fase II 1/768, Ig G (+) Fase II 1/4096. Inicia tratamiento con doxiciclina oral, desapareciendo la fiebre a las 24 horas. Por intolerancia gástrica se modificó a levofloxacin oral, completando un total de 21 días. Buena respuesta clínica y reducción progresiva de los títulos de anticuerpos. *Caso 2.* Mujer, 14 años. Fiebre de 45 días de evolución de hasta 38,5° junto con tos productiva e hiporexia. Antecedentes personales: No enfermedades ni antecedentes epidemiológicos destacables. Exploración: Buen estado general. Auscultación normal. Abdomen sin megalias. No exantemas. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normales. VSG: 51 mm. Radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral. Con sospecha de neumonía atípica se inicia Claritromicina oral con desaparición de la fiebre en 72 horas. Posteriormente se recibe serología *Coxiella burnetti* IgM (+) Fase II 1/48 Fase 1 1/48. Ig G (+) Fase II 1/256 Fase 1 1/256. No siguió controles evolutivos posteriores.

**Comentarios:** 1. La fiebre Q es una enfermedad infrecuente en la infancia, pero debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido. 2. Una historia clínica exhaustiva basada en los antecedentes epidemiológicos puede ser fundamental para orientar el diagnóstico. 3. Es necesario descartar complicaciones a diferentes niveles y realizar seguimiento por la posibilidad de cronicidad.

## P418 15:40 ABSCEOS INTRACRANEALES. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN EN 4 NIÑOS

R. Del Valle Pérez, M. Vivas Moresco, C. Villalba Castaño,  
A.M. García Sánchez, R. Borrego Domínguez y J.A. Alonso Martín

Servicio de Pediatría, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

**Introducción:** Aunque el absceso cerebral es una patología infrecuente en la infancia, es altamente invalidante y en ocasiones letal. Debemos estar alerta ante una sintomatología sugestiva para iniciar un tratamiento inmediato.

**Casos clínicos:** Presentamos cuatro casos de niños con absceso cerebral que requirieron ingreso en UCIP. *Caso 1:* Niño de 5 años que presenta 2 crisis convulsivas generalizadas con afasia y hemiparesia derecha junto con fiebre, cefalea y vómitos desde hace 10 días, que se trata con amoxiclavulánico resultando ineficaz. TAC craneal: imagen hipodensa frontal izquierda realizada con contraste y pansinusitis derecha. Se instaura cefotaxima, metronidazol y vancomicina intravenosos sin mejoría, precisando abordaje neuroquirúrgico. *Caso 2:* Niño de 13 años con crisis tónico-clónica junto con fiebre, cefalea, vómitos, dolor y tumefacción ocular izquierdos desde 5 días. TAC craneal: absceso epidural, encefalitis adyacente frontal izquierda y pansinusitis. Se inicia antibioterapia IV como en el caso anterior, presentando en las primeras horas nueva crisis parcial motora generalizada. En RM cerebral muestra nuevo absceso cerebral frontal izquierdo que precisa drenaje neuroquirúrgico. *Caso 3:* Niña de 8 años que ingresa por pansinusitis derecha; al 6.º día del alta reingresa por presentar vómitos y 2 episodios convulsivos. TAC craneal: dos abscesos epidurales frontales derechos. Misma pauta antibiótica. En todos los casos se continúa la antibioterapia 6 semanas, evolucionando favorablemente. *Caso 4:* Niño de 15 años con fiebre, diplopía intermitente, cefalea occipital y dolor cervical. Diagnosticado y tratado de otitis media izquierda hace 15 días. Al ingreso presenta disminución de conciencia. TAC craneal: otomastoiditis izquierda, empiema subdural con trombosis del seno cavernoso. Requiere antibioterapia de amplio espectro, drenaje ventricular izquierdo y mastoidectomía.

**Conclusiones:** 1) Los vómitos, la cefalea y la focalidad neurológica junto con fiebre hacen sospechar una infección cerebral localizada. 2) El diagnóstico precoz y tratamiento integral (antibioterapia y quirúrgico) evitará un daño cerebral irreversible.

## P419 15:45 ABSCEOS RETROFARÍNGEOS EN NIÑOS: REVISIÓN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

C. Castaño de la Mota, G. Oñoro Otero, B. Herrero Velasco,  
R. Novoa Carballal, I. Mastro Martínez y S. Santos Santos

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

**Antecedentes y objetivos:** El absceso retrofaríngeo es una patología cada vez más diagnosticada que puede cursar con complicaciones graves. El objetivo de este estudio es describir los casos acontecidos en nuestro hospital en la última década.

**Métodos:** Revisión retrospectiva en un hospital pediátrico terciario de los ingresos por esta patología entre enero de 1999 y diciembre de 2008.

**Resultados:** Se estudian 9 casos (6 varones) con una media de edad de 28,7 meses, 7 de ellos ocurridos en los últimos 5 años. Los principales síntomas y signos fueron: fiebre en los 9 casos, síntomas

catarrales en 6, odinofagia/disfagia en 5, adenopatías laterocervicales en 5, limitación de la movilidad cervical en 4 y protrusión de la pared posterior de la faringe en 2. Los datos analíticos más destacados fueron leucocitosis con neutrofilia en 8 y la elevación de la PCR que fue mayor de 0,5 mg/dl en los 7 casos en los que se solicitó. Las pruebas de imagen solicitadas fueron ecografía cervical, radiografía lateral de cavum y TC cervical en 2, 8 y 7 pacientes respectivamente. El tratamiento fue médico en los 9 casos. Los antibióticos i.v. usados fueron amoxicilina-clavulánico (4), cefalosporinas de tercera generación (4), cloxacilina (2), penicilina G sódica (1), gentamicina (1). En 5 pacientes se asoció clindamicina a otro antibiótico. Los corticoides (metilprednisolona i.v.) se utilizaron en 7 pacientes. El tratamiento quirúrgico mediante drenaje del absceso se realizó en 4 de los niños los cuales ingresaron en la unidad de cuidados intensivos por presentar dificultad respiratoria que precisó ventilación mecánica. Tres pacientes tuvieron complicaciones en la evolución: recidiva en 2 y absceso mediastínico en un paciente. El agente causal se identificó mediante cultivo del material drenado en tres niños (*S. aureus* en 2 casos y *S. pyogenes* en 1).

**Conclusiones:** Los abscesos retrofaríngeos pueden tener una evolución muy grave. En esta serie casi la mitad de los casos presentaron complicaciones precisando un tratamiento más agresivo que incluyó cuidados en UCI y drenaje quirúrgico.

## P420 15:50 HOSPITALIZACIÓN POR COMPLICACIONES EN EL CURSO DE VARICELA EN NIÑOS SANOS (AÑOS 2000-2008)

M. Monsalve Sáiz, M.L. Bertholt, M.I. Montes Cid, L. García Higuera, M.J. Caldeiro Díaz, E. Rubín de la Vega, D. Sánchez Arango, M. Sánchez Moreno, M.T. Leonardo Cabello y M.J. Lozano de la Torre

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España.

**Objetivos:** Conocer las complicaciones en el curso de la infección por varicela que ocasionan ingreso en nuestro Servicio, hospital de referencia de nuestra Comunidad Autónoma.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes menores de 14 años, excluido el período neonatal, ingresados por complicaciones de varicela desde enero del 2000 a diciembre de 2008, comparándolos con el número total de ingresos en el mismo período. Se analizaron estadísticamente las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, tiempo de evolución previo al ingreso, pruebas realizadas, días de hospitalización, tratamiento, número de casos por año y distribución anual.

**Resultados:** Estudiamos 47 pacientes, 64% varones, con una media de edad de  $2,1 \pm 1,9$  años. Ninguno había recibido vacunación previa antivariela y todos eran inmunocompetentes. La mayoría estaba escolarizada. La mediana de días entre la aparición del exantema y el ingreso fue de 5 días (rango 0-15), y la de días de ingreso hospitalario de 4 días (rango 1-23). Las complicaciones más frecuentes fueron: 44% cutáneas (15 celulitis, 3 impétigo y otros), 26% neurológicas (7 cerebelitis, 5 convulsiones febriles) y 16% respiratorias (6 neumonías y 2 insuficiencia respiratoria). Las complicaciones más graves fueron una osteoartritis de rodilla (ingreso 3 semanas) y una sepsis por *S. pyogenes*. El 66% recibió tratamiento antibiótico y el 8.5% aciclovir. La distribución de los casos anuales y su relación con el número total de ingresos se recoge en la tabla.

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
N.º ingresos	1.605	1.545	2.159	2.172	2.212	2.400	2.866	2.847	3.412
Casos	3	6	2	3	2	6	13	4	8
Casos/mil	1,8	3,8	0,92	1,3	0,9	2,5	4,5	1,4	2,3

**Conclusiones:** La varicela puede ocasionar complicaciones importantes en niños sanos, siendo las más frecuentes en nuestra serie las cutáneas. Hemos encontrado un claro predominio en varones y una mayor incidencia en primavera. El alto coste económico y social podría prevenirse con la universalización de la vacuna específica entre los 12 y los 18 meses.

#### P421 15:55 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR MULTIRRESISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS OCULAR

B. Chapí Peña, F. de Juan Martín, S. Congost Marín, M.P. Ruiz-Echarri Zalaya, M.A. Lezcano Carreras y L. Bouthelieir Ciria

*Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.*

**Fundamento y objetivos:** Las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis (TBC) han sido poco estudiadas en la edad infantil, pese a que son relativamente frecuentes y tienen un curso severo. La afectación extrapulmonar a partir de un foco de diseminación hematológica puede alcanzar cualquier región del organismo. Además de la amenaza actual por el aumento de la incidencia de TBC, la aparición de patógenos multirresistentes complica el tratamiento necesario.

**Observaciones clínicas:** Niño de dos años y medio remitido para estudio de enfermedad sistémica al evidenciarse lesiones coroidales progresivas. La sospecha inicial de enfermedad infecciosa se comprobó al obtener un Mantoux positivo (20 mm) y aislarse *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo de jugo gástrico. La triple terapia iniciada se sustituyó posteriormente al resultar el *M. tuberculosis* aislado resistente a isoniazida y rifampicina. El genotipado de la micobacteria demostró doble resistencia a isoniazida (Kat G Ser315Thr+inhA15T) y a rifampicina (rpoB Ser 531Leu), perteneciente al clúster ARA-21 de *M. tuberculosis* multirresistente. Se inició tratamiento con pirazinamida, estreptomina, etambutol y ciprofloxacino durante 16 meses. Con posterioridad, se evidenció progresiva desaparición de las lesiones, únicamente persistiendo el nódulo inicial, de aspecto cicatricial. La investigación epidemiológica de posibles contactos fue negativa.

**Comentario:** El tratamiento de la tuberculosis multirresistente en la infancia, es especialmente complejo, por utilizar fármacos de segunda línea, que son menos eficaces y más tóxicos. Su uso ha dado lugar a la aparición de TBC “de resistencia expandida” o “extremadamente resistente” (resistentes a isoniazida, rifampicina y, además, a quinolonas y, al menos, a un inyectable de segunda línea: capreomicina, amikacina o canamicina) Esta situación nos devuelve a una etapa similar a la previa a los tuberculostáticos.

#### P422 16:00 HEPATITIS AGUDA POR PARVOVIRUS B19 EN UN NIÑO INMUNOCOMPETENTE

E. Labarga Adán, P. Enes Romero, B. Cano Gutiérrez, R. Fernández Muñoz, P. Morillo Carnero y E. Otheo de Tejada Barasuain

*Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.*

**Introducción:** Con frecuencia se presentan pacientes con hepatitis aguda (HA) de etiología no aclarada. Describimos un caso de HA inicialmente de causa desconocida, cuyo origen fue una infección por Parvovirus B19 (PvB19).

**Caso clínico:** Acudió a nuestro centro un niño de 10 años, previamente sano, con un cuadro de tres días de evolución de vómitos, deposiciones blandas, dolor abdominal generalizado tipo cólico y coluria junto a una erupción cutánea que había iniciado hacía 24 horas. Había tenido 5 días antes una erupción eritematosa malar

bilateral diagnosticada de megalooeritema por su pediatra, que había desaparecido. En la exploración física se objetivaron ictericia conjuntival y una erupción máculo-papular en tronco y extremidades inferiores, con componente petequial en pies. En los análisis destacaban: GOT: 115 U/l, GPT: 238 U/l, GGT: 207 U/l, Bilirrubina total: 5,28 mg/dl e INR: 1,3. Las serologías de VHA, VHB, VHC, CMV, EBV y *Toxoplasma* fueron negativas. Se determinó Ig M para Pv B19 que fue positiva y se detectó DNA de Pv B19 en sangre mediante PCR. Con estos datos se realizó el diagnóstico de HA por Pv B19. La evolución fue buena, con normalidad clínica y analítica completas 25 días tras el ingreso.

**Discusión:** Se han descrito numerosas manifestaciones clínicas de la infección por Pv B19. Entre ellas, aunque es poco frecuente, se encuentra la HA. El PvB19 se ha encontrado en suero de pacientes con HA de causa desconocida. En un estudio realizado entre 1987 y 1997 se detectó en 4 de 21 niños con HA fulminante de causa desconocida DNA de PvB19 en sangre. En otro estudio realizado entre 1991 y 1992, las pruebas de detección para PvB19 fueron positivas en 7 de 15 niños con HA de causa desconocida. El diagnóstico de la infección se realiza mediante la presencia de IgM frente al virus por ELISA o por la detección de DNA viral en sangre por PCR. Esta última prueba es imprescindible para el diagnóstico en inmunodeprimidos.

**Conclusión:** En caso de hepatitis aguda de etiología desconocida, se debe descartar el Parvovirus B19 como posible causa.

#### P423 16:05 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD INGRESADAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

O. Urraca Martínez, N. Ruggeri Rodríguez, J. Massaguer Cabrera, M. Vives Campos, M.T. Nogués Fuentes, S. Urraca Camps y Á. Díaz Conrado

*Hospital de Nens, Barcelona, España.*

**Objetivo:** Descripción y análisis de los aspectos clínicos de las neumonías adquiridas en la comunidad por pacientes pediátricos que requirieron hospitalización por tal motivo.

**Método:** Estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados con el diagnóstico de neumonía en el Hospital de Niños de Barcelona los años 2005 y 2006. Evaluación con método estadístico de 28 ítems, demográficos, anamnesis, exploración física, exámenes complementarios y tratamiento. Se realiza análisis del conjunto de neumonías y para algunos ítems se dividen en dos grupos dependiendo de la presencia (14 casos) o no de derrame pleural asociado.

**Resultados:** De 1896 neumonías diagnosticadas en el servicio de urgencias ingresaron 52, incremento significativo del 2005 al 2006, en 14 se asoció un derrame pleural. La estancia media fue de 6,25 días. El motivo principal de consulta fue la fiebre (96%) seguido de la tos (56%) y dolor costal (25%). La media de temperatura axilar fue de 38,3 °C, sat O<sub>2</sub> 95,82, frecuencia cardíaca 144 y frecuencia respiratoria 42. La auscultación respiratoria fue anormal en el 48% de los casos. El pulmón derecho estuvo afectado el 68% de las ocasiones. La media de leucocitos por mm<sup>3</sup> fue de 21.193, neutrófilos en banda 11,47%, PCR 134. Rendimiento del hemocultivo 9,75%. Rendimiento de la PCR en líquido pleural para *Streptococcus pneumoniae* del 81%. Se siguió tratamiento antibiótico endovenoso en monoterapia en el 90%, con una media de días de 5,55. Se colocó drenaje pleural en 10 casos, permanencia media de 5,7 días. Se administró uroquinasa en los 10 casos por un tiempo medio de 3,4 días.

**Conclusiones:** 1. Aumento de la incidencia de neumonías en la comunidad. 2. Edad superior de los pacientes con derrame pleural asociado. 3. Proteína C reactiva más elevada en las neumonías con derrame pleural. 4. Elevado rendimiento en la identificación etiológica de la PCR para neumoco en líquido pleural.

**P424****MALARIA CON PARASITACIÓN MIXTA:  
UN RETO PARA EL CLÍNICO**

M.P. Antón Martín, M.T. Cuesta Rubio, F. López Fernández,  
M.J. Cáliz Augusto, S. Guillén Martín y J.T. Ramos Amador

*Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.*

**Fundamento y objetivos:** La incidencia de malaria en la edad pediátrica está en aumento en nuestro país. La prevalencia de cada especie de Plasmodium depende del lugar de origen del paciente. Mientras que *P. falciparum* y *P. malarie* producen manifestaciones agudas al presentar formas hemáticas, *P. vivax* y *P. ovale* presentan formas hepáticas (hipnozoitos) que pueden desarrollar malarías subagudas con clínica evidente meses después, incluso tras tratamiento no erradicador. Presentamos el caso de una paciente que presentó 2 episodios de malaria con parasitación mixta por *P. falciparum* y *P. ovale*.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 13 años de edad recién llegada de Costa de Marfil, que acude a urgencias por fiebre de 48h de evolución, asociada a anorexia y vómitos. Presenta conservación del estado general y hepatomegalia dolorosa a 2 cm. Se solicita: bioquímica (normal). Hemograma: Hb: 11,3 g/dl. 6.400 leucocitos (80% N, 8% Cy) y resto normal. Serologías (VHB, VHC, sífilis y VIH) negativas. Hemocultivo: negativo. Ag Plasmodium sp positivo. Examen microscópico directo: Plasmodium sp. PCR Plasmodium falciparum: positivo. Se ingresa e inicia tratamiento oral con Atovacuona-Proguanil durante 3 días, con evolución favorable. PCR postratamiento a los 7 días: negativa. Ingresó 40 días después por cuadro febril, asociado a cefalea y dolor abdominal. Presenta Ag Plasmodium sp: negativo y PCR P. ovale: positivo. Se pauta fosfato de cloroquina oral. Se estudia G6PDH (normal) y se inicia tratamiento erradicador con primaquina oral durante 14 días. PCR Plasmodium ovale postratamiento a los 7 días: negativa.

**Conclusiones:** La malaria es una patología cada vez más frecuente. Debe ser considerada ante cualquier síndrome febril en un paciente procedente de zona de riesgo. Debe plantearse la posibilidad de una parasitación mixta por 2 especies distintas de Plasmodium ante nuevo episodio febril tras malaria tratada con fármaco no erradicador de formas hepáticas.

**P425****TUBERCULOSIS EN MENORES DE UN AÑO.  
A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS**

P. Berlanga Charriel, M. Miñambres Rodríguez,  
M. Navarro Paterna, M.L. Matoses Ruipérez,  
S. Negre Policarpo, M.C. Otero Reigada y M.A. Pérez Tamarit

*Unidad de Infectología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia, España.*

**Introducción:** El diagnóstico de tuberculosis en los menores de un año de edad es de difícil diagnóstico ya que presentan síntomas inespecíficos. Se presentan 4 casos de tuberculosis en pacientes menores de un año, destacando la diversidad de presentación clínica, diagnóstico e importancia del estudio familiar.

**Resultados:** **Caso 1.** Niña de 7 meses de edad ingresada por cuadro catarral de una semana, de evolución tórpida. Rx tórax: Condensación segmento apical lóbulo inferior izquierdo. Mantoux: > 10 mm. Jugo gástrico: Ziehl-Nielsen positivo para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR); cultivo: Mycobacterium tuberculosis. Estudio familiar: padre bacilífero. **Caso 2.:** Niño de 11 meses de edad diagnosticado de neumonía cuatro días antes que ingresa por vómitos. Rx tórax: Condensación segmento posterior lóbulo superior izquierdo. Mantoux: > 10 mm. Jugo gástrico: Ziehl-Nielsen: no se observan BAAR; cultivo: Mycobacterium tuberculosis. Estudio familiar: dos tíos maternos bacilíferos. **Caso 3:** Niña de 5 meses de edad ingresada durante un mes en Hospital de referencia por bronquiolitis de evolución tórpida, atelectasia

**16:10**

lóbulo superior derecho con TAC torácico sugestivo de malformación pulmonar y Mantoux negativo. Se remite para fibrobroncoscopia, donde se evidencia oclusión por materia fibrino-caseosa con tinción de Ziehl-Neelsen positiva para BAAR. Cultivo: Mycobacterium tuberculosis. Estudio familiar: madre bacilífera. **Caso 4.** Niño de 3 meses, ingresado por síndrome febril de 2 semanas de evolución, sin foco aparente. Rx tórax: condensación segmentaria perihiliar izquierda. Mantoux: > 20 mm. Jugo gástrico: Ziehl-Nielsen: no se observan BAAR. Cultivo: negativo. Estudio familiar: madre bacilífera.

**Discusión:** Es necesario sospechar la tuberculosis para poder diagnosticarla; principalmente en aquellos cuadros aparentemente "comunes" de evolución tórpida, destacando la importancia de la realización del Mantoux en los pacientes hospitalizados con clínica compatible, así como el estudio de los convivientes en los casos con alta sospecha diagnóstica.

**P426****ESTUDIO DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH  
EN EL ÁREA SANITARIA DE EL FERROL****16:20**

A. Corrales Santos, I. Carballeira González, E. León Muiños,  
R.M. Romarís Barca, M. Santos Tapias, J. Luaces González,  
M.E. García Fernández, J. Fuentes Carballal,  
M.A. Urisarri Ruiz de Cortazar y R. Fernández Prieto

*Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, El Ferrol, A Coruña, España.*

**Introducción:** La tasa de infección por VIH en España sigue siendo de las más altas de Europa. La vía más importante de transmisión en la infancia es la vertical. Actualmente tras la elaboración del protocolo de tratamiento de las embarazadas seropositivas y la profilaxis intraparto la tasa de transmisión ha descendido al 1-2%.

**Objetivos:** Conocer las características epidemiológicas maternas, la evolución serológica y clínica de la población pediátrica y la tasa de transmisión vertical por VIH en nuestra área sanitaria.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 26 RN hijos de madre VIH+ en nuestro centro nacidos entre 1993-2008.

**Resultados:** Se detectaron 26 pacientes, 13 hembras y 13 varones. El 34% asociaban riesgo de transmisión vertical de VHC. El 65% de las madres recibieron terapia antirretroviral durante la gestación. El 85% fueron recién nacidos a término. Bolsa rota menor de 4 horas el 73% y líquido claro el 80%. Nacieron mediante parto natural el 69%, por cesárea electiva el 42% y con una puntuación de Apgar baja 19%. Recibieron AZT intraparto el 54%. En el período neonatal fueron tratados con antirretrovirales el 92%, negativizando los anticuerpos en 12 pacientes a una edad media de 16 meses. Permanecen en seguimiento sin datos de infección, pero con anticuerpos todavía positivos 5 niños. El número total de pacientes en los que no ha sido posible el seguimiento es de 6. Evolucionaron a infección por VIH 3 pacientes, 2 de los cuales desarrollaron SIDA.

**Conclusiones:** La transmisión vertical de VIH en nuestra área sanitaria es del 11%. Hay que destacar que en ninguno de los casos fue aplicado el protocolo de prevención de la transmisión vertical por desconocimiento de la enfermedad materna. La edad de negativización serológica en todos los pacientes fue antes de los dos años de vida.

**P427****RESPUESTA SEROLÓGICA TARDÍA EN LACTANTES  
CON TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA TRAS 12 MESES  
DE TRATAMIENTO****16:25**

L. Fuente Blanco, P. Ruiz Martínez, A. Álvarez García,  
M. Prados Álvarez, I. García Bermejo y J.T. Ramos Amador

*Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.*

**Introducción:** La toxoplasmosis congénita (TXPc) sigue siendo un problema frecuente en nuestro medio, que se acompaña de importante morbilidad en el niño, con posibles secuelas graves, sobre todo coriorretinitis. Es importante hacer diagnóstico prenatal y posnatal precoz para establecer un seguimiento y tratamiento adecuado durante el primer año de vida. El manejo clínico y tratamiento de la TXPc sigue siendo controvertido. Presentamos dos casos de seroconversión materna con respuesta serológica en el niño a partir del año de vida a pesar de tratamiento específico.

**Casos clínicos:** En cribado rutinario se identifica seroconversión a TXP en tercer trimestre en dos gestantes (IgG inicial-, con positividad e IgM+). Reciben tratamiento con pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico (P + S + AcF) durante 1 y 8 semanas, respectivamente. El estudio de extensión del recién nacido fue negativo, así como IgM y PCR. Se completa tratamiento en el niño con P + S + AcF durante 1 año, con buena tolerancia y adherencia. Se observa neutropenia leve secundaria a P en ambos casos, no precisando reducción de dosis. Se observa disminución paulatina de anticuerpos específicos siendo estos negativos al año de vida. A los 13 y 15 meses, se evidencia reactivación serológica con IgG e IgM específicas positivas, manteniéndose los niños asintomáticos sin secuelas.

**Conclusión:** Es importante considerar la posible respuesta serológica tardía con el tratamiento específico en el primer año en toda TXPc. A pesar del tratamiento específico en la madre y niño el riesgo de transmisión es elevado cuando la madre seroconvierte al final de la gestación. Aunque el manejo es controvertido, consideramos importante el tratamiento de la madre y recién nacido con pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico con objeto de una posible reducción de secuelas tardías. Es necesario un seguimiento a largo plazo para conocer la evolución final de la TXPc tratada.

## P428 16:30 TRATAMIENTO ADYUVANTE CON DEXAMETASONA EN MENINGITIS NEUMOCÓCICAS

A. Felipe Rucían, G. García del Cerro, F. Coll Usandizaga, M. Tobeña Rue, F. Alfonso Moraga-Llop y A. Carrascosa Lezcano

*Unidad de Pediatría General y Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Antecedentes y objetivos:** En el tratamiento de la meningitis bacteriana se recomienda dexametasona para frenar la respuesta inflamatoria y evitar el desarrollo de secuelas. Dicho beneficio se ha demostrado en meningitis por *Haemophilus* pero es cuestionado en otras etiologías. Nuestro objetivo es valorar la evolución de meningitis neumocócicas tratadas con dos pautas diferentes de dexametasona.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de casos de meningitis neumocócica confirmada microbiológicamente (cultivo y/o PCR), en pacientes previamente sanos diagnosticados entre 2002 y 2008 en nuestro centro. Evaluación de la pauta de dexametasona (0,15 mg/kg/6 horas) administrada y variables evolutivas (mortalidad, secuelas neurológicas graves, sordera neurosensorial y recuperación) así como aparición de fiebre secundaria.

**Resultados:** Se identifican 20 pacientes con una mediana de edad de 7,3 meses (0,87 meses a 12,6 años). 11/20 eran varones. Todos los pacientes fueron tratados con una cefalosporina de tercera generación. 8/20 habían recibido tratamiento antibiótico previo vía oral. Recibieron tratamiento adyuvante con dexametasona 18/20: 8/18 pauta  $\leq 2$  días (corta) y 10/18  $\geq 2$  días (larga). La fiebre primaria en pacientes con pauta corta duró  $2 \pm 1,07$  días frente a  $1 \pm 0,4$  en pauta larga y 4 días en pacientes sin corticoides. Se observa aparición de fiebre secundaria en 4/8 pacientes con pauta corta (duración media fiebre  $4,13$  días  $\pm 5,5$ ) frente a 6/10 en pauta larga (duración media de 4 días  $\pm 4,4$  días). Ningún paciente sin corticoi-

des presentó fiebre secundaria. Se observaron secuelas en 7/20 casos: 1 exitus, 4 secuelas neurológicas graves, y 2 hipoacusia neurosensorial aislada. De los 7 pacientes con secuelas, 6 habían recibido tratamiento corticoideo (3 tanda corta y 3 tanda larga).

**Conclusiones:** En nuestra serie los pacientes con meningitis neumocócica presentaron una mortalidad del 5% y secuelas neurológicas en un 30%. Los pacientes que recibieron pauta larga de corticoide presentan una menor duración de la fiebre primaria, junto con una mayor incidencia de fiebre secundaria. No se observan diferencias en cuanto a secuelas entre los dos grupos de pacientes.

## P429 16:35 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS FRÍOS SECUNDARIA A NEUMONÍA BACTERIÉMICA POR NEUMOCOCO

M.J. Rodríguez Castaño, A. Rodríguez Ogando, F. González Martínez, P. Galarón García, M.L. Navarro Gómez y T. Hernández-Sampelayo Matos

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Introducción:** La anemia hemolítica autoinmune (AHA) por crioglobulinas en niños es poco frecuente. Su diagnóstico se establece mediante test de Coombs que determina qué tipo de globulina (IgG o complemento) es la causante de la hemólisis. Presentamos un caso de AHA por crioglobulinas secundaria a neumonía bacteriémica por *Streptococcus pneumoniae* (SP).

**Caso clínico:** Paciente de 2 años, sin antecedentes de interés para el proceso actual, vacunado contra neumococo, ingresado con diagnóstico de bronquiolitis y neumonía por VRS (radiografía tórax: infiltrado lóbulo inferior izquierdo; test rápido VRS positivo; analítica inespecífica), en tratamiento con salbutamol inhalado y sueroterapia. Tras 72 horas de ingreso presenta empeoramiento clínico por lo que se extrae nueva analítica (Hb 6,6 g/dl, plaquetas  $560.000/\text{mm}^3$ , leucocitos  $18.000/\text{mm}^3$ , PCR 10,5 mg/dl), hemocultivo (se aísla SP serotipo 19 A, con resistencia intermedia a penicilina) y se repite radiografía de tórax que muestra empeoramiento respecto a la previa. Al objetivarse anemia importante se realizaron los siguientes estudios: extensión de sangre periférica (hematocrito 20%, esquistocitos, leucocitos 53.250 sin formas anómalas, plaquetas  $1.160.000$ ); grupo sanguíneo A Rh positivo; Coombs directo C3 positivo, estudio positivo a 22°C, título crioglobulinas 1/32, especificidad crioglobulinas posible anti-Pr. Con el nuevo diagnóstico de neumonía bacteriémica por SP y AHA por anticuerpos fríos se inicia tratamiento con ampicilina intravenosa (10 días), calentamiento del paciente y metilprednisolona, con mejoría clínica y analítica, sin precisar trasfusión sanguínea, por lo que se decide el alta.

**Comentarios:** La AHA suele ser secundaria a procesos infecciosos (*Mycoplasma*, VEB y otros virus) o linfoproliferativos. Habitualmente se presenta en el curso de la infección con evolución aguda. El diagnóstico serológico se basa en la técnica de las crioglobulinas. El tratamiento consiste en calentar al paciente y en ocasiones, corticoides. El interés de este caso es la bajísima frecuencia de SP como etiología de este tipo de AHA.

## P430 16:40 SEPSIS MENINGITIS RECURRENTE POR *E. COLI* EN GEMELAS SECUNDARIO A UN DÉFICIT DE LECTINA FIJADORA DE MANOSA

M. Solís Reyes, M.S. Camacho Lovillo, J.A. Lepe Jiménez, I. Obando Santaella, J.A. León Leal y O. Neth

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

**Introducción:** La lectina fijadora de manosa (MBL) es una molécula de reconocimiento que forma parte de la inmunidad del

organismo e identifica las estructuras carbohidrato de la superficie de microorganismos. Esta molécula puede mediar la fagocitosis y activar la cascada del complemento a través de C1 o anticuerpos independientemente. La concentración circulante de dicha molécula está relacionada con variaciones genéticas en las regiones estructurales y promotoras de un mismo gen. Su déficit es común, y afecta a un 30% de la población, no obstante su déficit severo (< 400 ng/ml) ocurre en un 10%. Los individuos con dicho déficit son más susceptibles a infecciones, particularmente en el contexto de otro defecto inmune como pacientes en tratamiento quimioterápico o los neonatos, que presentan una fisiológica inmunodeficiencia transitoria.

**Caso clínico:** Presentamos un paciente, fruto primero de gestación gemelar que manifestó sepsis meningitis por *E. coli* resistente a Ampicilina de transmisión vertical en las primeras 24 horas de vida. Fue administrada antibioterapia durante 21 días, sin embargo 2 nuevos episodios ocasionados por *E. coli* que fenotípicamente sugería la misma cepa acontecieron en los días 42 y 60 posparto. El tratamiento fue reiniciado con buena respuesta clínica y analítica. Un defecto anatómico y una posible colección como fuente de infección fueron descartados. Estudios inmunológicos revelaron una deficiencia severa de MBL. Se inició antibioterapia profiláctica y los episodios no se repitieron. La segunda gemela también sufrió un episodio idéntico en el primer día de vida, con déficit de la molécula registrado. No hubo nuevos episodios en su caso, posiblemente por un menor inóculo bacteriano. El *screening* para la deficiencia de MBL debería ser considerado en neonatos con infecciones recurrentes, pues la administración de dicha molécula recombinante podría ser un exitoso tratamiento adyuvante en estos pacientes.

### P431

#### MENINGITIS TUBERCULOSA: REVISIÓN A PROPÓSITO DE 4 CASOS

16:45

C.M. Martín Delgado, A.M. García Sánchez, R.M. Velasco Bernardo, M. Vivas Moresco, L. García Arroyo y A. Verdú Pérez

*Departamento de Pediatría, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.*

**Introducción:** La tuberculosis es un problema sanitario a nivel mundial, siendo la meningoencefalitis una de las formas más graves, tanto por su mortalidad, como por su morbilidad.

**Casos clínicos:** Entre los años 2000-2008, en nuestro centro hemos estudiado 67 casos nuevos de tuberculosis, correspondiendo 4 de ellos con meningoencefalitis tuberculosa. Dos fueron en menores de 2 años y los otros 2 en período prepuberal. No hay diferencias entre sexos. Tres de ellos fueron hijos de inmigrantes y uno español. El caso índice se encontró en 2 de ellos procediendo del entorno familiar. Uno de los niños había sido vacunado de BCG. La forma de presentación clínica fue larvada, evolucionando a disminución progresiva del nivel de conciencia. Pruebas complementarias: la analítica fue anodina en todos ellos. La radiografía de tórax fue patológica en 3 casos: afectación miliar en 2 de ellas y adenopatías en la otra. En el líquido cefalorraquídeo se encontró en todos los casos pleocitosis con predominio de linfocitos, hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia. Se aisló germen en 2 ocasiones: uno en jugo gástrico y en otro en líquido cefalorraquídeo. El mantoux fue negativo en 3 casos y positivo en uno. En todos se realizó tratamiento con tetraterapia: isoniazida, rifampicina, piracinamida y estreptomycin; y en 3 casos se añadieron corticoides. La evolución fue tórpida al inicio, con complicaciones neurológicas en todos los casos. (2 presentaron convulsiones, 3 hidrocefalia y en un caso se produjo infarto talámico acompañado de hemiplejía) y coriorretinitis en 2 casos. A pesar de que en todos los casos hubo complicaciones importantes la evolución ha sido buena en todos ellos.

**Comentarios:** A pesar de que en nuestra experiencia la evolución no ha sido mala, el pronóstico de la meningoencefalitis tuberculosa

suele ser infausto, dependiendo en gran medida de la rapidez del diagnóstico y de la instauración del tratamiento. Puesto que la clínica es insidiosa y el mantoux con frecuencia es negativo es fundamental sospecharla con prontitud.

### P432

#### PIOMIOSITIS DEL MÚSCULO ILÍACO MIMETIZANDO UNA APENDICITIS AGUDA

16:50

J.R. Bretón Martínez, M. Tortajada Girbes, M.E. Román Ortiz, A. Sánchez Lorente, S. Pons Morales y P. Aymerich Salas

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset y Universidad de Valencia, Valencia, España.*

**Introducción:** La piomiositis es una infección bacteriana primaria del músculo esquelético. En el 90% de los casos el germen responsable es el *Staphylococcus aureus* y afecta preferentemente a la musculatura del miembro inferior.

**Caso clínico:** Presentamos un caso de piomiositis primaria del músculo ilíaco asociada de forma inesperada a patología quirúrgica abdominal. **Observación:** escolar de 11 años acude a urgencias por fiebre de 40 °C de 4 días de evolución, dolor en cadera derecha e impotencia funcional que no cede con ibuprofeno. En la exploración destaca afectación del estado general, febril, posición antiálgica del miembro inferior derecho en semiflexión de cadera y rodilla, intenso dolor y limitación de la movilidad, dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha y signo del psoas positivo. Exámenes complementarios: Hb 12,9 g/dl, Hcto 38,5%, leucocitos 5.000/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 3.900/mm<sup>3</sup>, linfocitos 600/mm<sup>3</sup>, plaquetas 142.000/mm<sup>3</sup>, VSG 13mm/h. PCR 175 mg/L. Índice Quick 74% TP 14 s. Fibrinógeno 713 mg/dl. Hemocultivos (2): *S. aureus*. Ecoografía de caderas: asimetría de tamaño de ambos músculos ilíacos con mayor tamaño derecho. Ecografía abdominal: apéndice de 6 mm con apendicolito y desestructuración del músculo subyacente. TAC abdominal: alteración de la grasa abdominal en gotiera paracólica en proximidad a m. ilíaco y ciego, Apéndice retrocecal, apendicolito, aumento del músculo ilíaco compatible con miositis. En la intervención quirúrgica se observa apéndice flemonoso retrocecal con adenopatías en íleon y colon ascendente y miositis del psoas. Recibió tratamiento con meropenem iv durante 7 días, cloxacilina iv durante 6 días, continuando con clindamicina y cefalexina oral durante 10 días.

**Conclusiones:** 1. La miositis de la musculatura proximal del muslo puede mimetizar una abdomen agudo y el diagnóstico precisa alto índice de sospecha. 2. La coincidencia con apendicolito complicó el diagnóstico diferencial de miositis primaria vs reactiva. 3. Los hallazgos radiológicos, quirúrgicos y el aislamiento del *S. aureus*, confirmaron el diagnóstico.

### P433

#### SÍFILIS CONGÉNITA: IMPORTANCIA DEL SCREENING NEONATAL

16:55

C. García-Bermejo García, M. Benito Gutiérrez, S. Manzano Blanco, E. Sanz Tellechea, M. Orío Hernández y F. Jiménez Fernández

*Hospital de Tajo, Aranjuez, Madrid, España.*

**Introducción:** La sífilis durante el embarazo, tiene una tasa de transmisión vertical próxima al 100%, con una morbi-mortalidad fetal y perinatal cercana al 40%. La sífilis está emergiendo de nuevo como un problema de Salud Pública en algunos países desarrollados. Por ello la prevención de los casos de sífilis congénita y la detección de la sífilis prenatal, son esenciales para la efectividad de los programas de *screening*.

**Caso clínico:** Mujer de 33 días de vida que acude a la Urgencia por impotencia en miembro superior izquierdo, con inflamación de la zona del codo, sin traumatismo previo. Nacida en España, de padres con nacionalidad rumana. Embarazo mal controlado, el parto y el período neonatal inmediato cursaron sin incidencias. Se extrajeron serologías a la madre tras el parto, pendientes de resultados al alta. En la exploración física cabe destacar la presencia de lesiones descamativas en palmas y plantas junto con eritema y edema en la zona de codo izquierdo con deformidad de la zona y dolor a la manipulación. Revisando la historia materna, se objetiva una serología positiva para lúes. Se ingresó a la niña con el diagnóstico de sospecha de Sífilis congénita, confirmado por una prueba rápida para *Treponema* positiva. Tras descartarse neurosífilis por un examen de LCR normal, se inició tratamiento con Penicilina iv completando un ciclo de 10 días. Los estudios serológicos confirmaron el diagnóstico con RPR positivo (1/256), TPHA positivo (1/1280) e IgM *T. pallidum* positivo. Se realizó estudio óseo que mostraba bandas tróficas, fragmentación y destrucción metafisaria de huesos largos, con formación de áreas líticas, con destrucción metafisaria de la porción supero interno de la tibia (signo de Winberger). Actualmente seguida en la consulta de Enfermedades Infecciosas.

**Conclusiones:** Este caso hace patente el resurgir de algunas enfermedades que creíamos erradicadas en nuestro país, y la importancia de un seguimiento adecuado de las embarazadas así como la necesidad de un *screening* completo de infección connatal.

---

## NEUROLOGÍA

### Sala 5-6 (Planta 0)

---

#### P434 15:30

#### TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL ASOCIADA A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN UN NIÑO CON COLITIS ULCEROSA

J. Andueza Sola, P. Prim Jaurrieta, A. Largo Iglesias, A. Herranz Barbero, L. Sierrasesúмага Ariznavarreta y R. Sánchez-Carpintero Abad

*Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra, España.*

**Introducción:** Los accidentes cerebrovasculares (ACV) como manifestación asociada a la colitis ulcerosa (CU) son infrecuentes. Entre los factores predisponentes del estado protrombótico se encuentran alteraciones inmunológicas como la presencia de anticuerpos antifosfolípido.

**Caso clínico:** Niño de 3 años, diagnosticado a los 2 años de colitis inespecífica, en tratamiento con corticoides orales y salazopirina durante 8 meses. Presenta recaída de su proceso con deposiciones mucosanguinolentas, dolor abdominal y fiebre. Es ingresado presentando anemia severa microcítica, hipoalbuminemia, leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis. Cultivo de heces positivo para *Clostridium difficile* y adenovirus. Se realiza colonoscopia con biopsia que muestra colitis ulcerosa activa. Inicia tratamiento con Metilprednisolona y antibioterapia endovenosa con mejoría clínica. Al 4.º día de ingreso presenta crisis convulsiva parcial hemicorporal derecha. En la TAC cerebral se objetiva trombosis del seno venoso longitudinal y venas cerebrales superiores, con pequeñas zonas de

hemorragia en lóbulos frontal y parietal izquierdos. EEG: ondas lentas theta y delta, frontotemporales izquierdas. Se inicia tratamiento anticomoidal y anticoagulante con heparina no fraccionada en perfusión iv con buena evolución posterior. Se realiza estudio de trombofilia donde destaca positividad a título alto de ac. Anti- $\beta_2$ -glicoproteína. Al alta en tratamiento con metilprednisolona en pauta descendente, azatioprina, salazopirina y valproico. Como tratamiento anticoagulante a largo plazo se inicia HBPM y posteriormente AAS. Buena evolución sin nuevos episodios trombóticos ni hemorrágicos en los siguientes 15 meses. No alteraciones neurológicas. En las RM cerebrales de control se objetivan evolución hacia la cronicidad de las lesiones hemorrágicas y repermeabilización del seno venoso longitudinal. EEG: normal.

**Conclusiones:** Los ACV asociados a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son complicaciones raras pero potencialmente letales. Entre los mecanismos asociados a ese estado protrombótico en este paciente se encuentran la deshidratación y alteraciones inmunológicas, aunque no se conoce bien la asociación patogénica de los ac. Anti- $\beta_2$ -glicoproteína con a EII. El tratamiento anticoagulante de la trombosis venosa con HBPM, controvertido por el riesgo de sangrado, fue eficaz en este paciente.

#### P435 15:35

#### MIELOPATÍA LONGITUDINAL DIFUSA

I.O. Alonso Rueda, G. Borja Urbano, P. Terol Barrero, G. Izquierdo Ayuso, J. Romero Cachaza y M.D. Lluch Fernández

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Comunicar un caso de mielitis longitudinal desmielinizante difusa regresiva en un niño.

**Métodos:** Niño de 6 años con dolor e impotencia funcional en cadera izquierda en las 48 horas previas, inestabilidad en la marcha, cojera y dificultad al iniciar la micción al día siguiente. Al ingreso: disminución de fuerza en miembros inferiores sin limitación a la movilización ni signos inflamatorios, imposible deambulación, reflejos osteotendinosos normales, sensibilidad conservada. A las 24 horas, no es posible la bipedestación, debilidad muscular, abolición de reflejos osteotendinosos en miembros inferiores, cutáneos abdominales y cremastéricos. Hiperestesia. Disminución de fuerza distal en miembros superiores sin afectación de pares craneales ni de consciencia. LCR: 58 leucocitos/mm<sup>3</sup> 80% de mononucleares con proteínas normales; PCR positiva a enterovirus; cultivo negativo; Bandas oligoclonales IgG negativas. Electroneurograma: compatible con polirradiculopatía desmielinizante aguda. Coprocultivo: Echovirus 6. Serología a otros virus: negativa. Potenciales evocados somestésicos en miembros inferiores: discreta afectación desmielinizante, normales en miembros superiores; visuales y acústicos normales. Auto anticuerpos y Anti-NMO negativos. Hemograma, frotis sangre periférica, VSG, coagulación, orina, bioquímica, PCR, hemocultivo, Rx columna, fondo de ojo: normales. RNM craneal: normal. RNM medular: Lesiones hiperintensas en T2 a nivel cervical y dorso-lumbar centromedulares compatibles con lesiones desmielinizantes. Control al mes: clara mejoría.

**Resultados:** Se inicia tratamiento empírico con gammaglobulinas pensando en Sd. de Guillain-Barré y con corticoides por la posibilidad de enfermedad autoinmune. Basándonos en la clínica, las pruebas complementarias y la evolución favorable al iniciar el tratamiento se diagnostica de mielitis longitudinal postinfecciosa regresiva. Al alta la recuperación es casi completa.

**Comentarios:** La mielitis longitudinal diseminada es una entidad poco frecuente con desmielinización medular difusa que suele asociarse a enfermedades autoinmunes y evolución tórpida. Lo llamativo de este caso es que se trata de un niño, con posible etiología vírica y la buena evolución clínica y radiológica.

### P436 15:40 SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS

G. Tesorero Carcedo, J. Torres Mohedas,  
C. Troyano Rivas, B. Martínez Escribano,  
L. Albert de la Torre y P. Puyol Buil

*Complejo Hospitalario de Móstoles,  
Madrid, España.*

**Introducción:** Descrito por primera vez por Lipman en 1952. Alteraciones en la percepción del esquema de la imagen corporal, junto con alteraciones en la percepción del tamaño, distancia, forma o relaciones de los objetos. Secundario a procesos infecciosos (principalmente virus de Epstein-Bar, pero también por Coxackie, varicela); se ha relacionado con migraña y epilepsia. La etiopatogenia es desconocida. Los casos secundarios a VEB suelen ir precedidos por clínica catarral, aparece coincidiendo o poco después del inicio de la infección o incluso pueden preceder. Se resuelve en un máximo de 3 meses (rango entre 2 días y 3 meses).

**Casos clínicos:** *Caso clínico 1:* paciente varón de 8 años de edad, sin antecedentes de interés, presenta síndrome febril de 36 horas de duración junto con síntomas catarrales; coincidiendo con esto refiere alteración en la percepción del tamaño de sus manos "que aumentan y disminuyen de tamaño" de pocos minutos de duración, repitiéndose en 3 ocasiones a lo largo de los siguientes 4 días, posteriormente presenta remisión del síndrome febril y de las alteraciones visuales. *Caso clínico 2;* paciente de 7 años, sin antecedente de interés, que posteriormente a episodio de gastroenteritis presenta episodio con alteración de la percepción del movimiento (rapidez en el movimiento de las personas) y del sonido (percibe los sonidos a mayor volumen) junto con deformidades de los objetos. Se repiten estos episodios durante aproximadamente un mes, con resolución posterior. *Caso clínico 3:* paciente de 12 años, que coincidiendo con proceso catarral presente episodio de ilusiones ópticas percibiendo los objetos deformados, presenta estos episodios durante aproximadamente un mes; con resolución completa posterior.

**Conclusiones:** El síndrome de Alicia en el País de las Maravillas secundario a procesos infecciosos es un cuadro clínico que se va a presentar fundamentalmente en la infancia; por lo que es preciso su conocimiento por parte de los pediatras. Presenta un curso benigno con tendencia a la resolución espontánea, no es preciso realizar pruebas complementarias al paciente. Puede resultar muy alarmante para los padres, siendo importante informarles de la naturaleza benigna del proceso.

### P437 15:45 ALTERACIONES RESPIRATORIA EN PERÍODO NEONATAL PENSAR EN SÍNDROME DE JOUBERT

M.L. Domínguez Quintero, A. García Ron, M.A. Delgado Rioja,  
J. Sierra Rodríguez, O. Arias Blasco, C. González Fuentes  
y M.T. Ferrer Castillo

*Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.*

**Definición:** El síndrome de Joubert de herencia AR, se caracteriza por alteraciones estructurales infratentoriales (mesencéfalo y cerebelo) y alteraciones clínicas características: retraso psicomotor, hiperpnea y apnea episódica desde el período neonatal, protrusión rítmica de la lengua, apraxia oculomotora. Posteriormente, ataxia y retraso mental. Se asocia a signos dismórficos faciales y/o en extremidades (manos). Presenta heterogeneidad genética. Se ha realizado una aproximación genotipo-fenotipo que permite orientar al estudio genético. Afectación cerebral exclusiva: forma clásica o JBTS1 (asociada a alteración en el cromosoma 9). JBTS3 (polimicrogria, cromosoma 6) y multisistémico (afectación retiniana, renal y/o hepática, cromosoma 11).

**Material y método:** Presentamos 2 casos de sd. de Joubert diagnosticados en el período de lactante, teniendo en cuenta la edad

actual, sintomatología clínica, exploración neurológica y síntomas asociados, exámenes complementarios (RMN craneal y Eco abdominal) estudio oftalmológico y la evolución clínica.

**Resultados:** Edad actual y sexo (varón de 12 meses y hembra de 15 años) diagnosticados en el período de lactante (9 meses y 12 meses). Trastorno del ritmo respiratorio y protrusión lingual rítmica desde el nacimiento, apraxia oculomotora. Exploración neurológica; hipotonía axial y retraso madurativo. Síntomas asociados; dismorfia facial, y en el segundo caso asocia epilepsia parcial. Exámenes complementarios; RMN craneal (en el primer caso); agenesia del vérmix cerebeloso, signo del molar y 4.º ventrículo en forma de paraguas. En el segundo caso agenesia del vérmix cerebeloso y trastornos de la migración neuronal. Ecografía abdominal normal en ambos casos. Estudio oftalmológico normal. Evolución clínica; en el segundo caso el trastorno del ritmo respiratorio desaparece progresivamente (4-5 años). Actualmente presenta ataxia, retraso mental profundo y persistencia de las crisis.

**Conclusiones:** Presentamos 2 casos de sd. de Joubert tipo clásico. Los trastornos del ritmo respiratorio tanto en vigilia como en sueño desde el nacimiento son un síntoma guía-diagnóstico (video). Las pruebas de neuroimagen apoyan el diagnóstico. El pronóstico clínico es variable.

### P438 15:50 HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL ASOCIADA A TROMBOSIS DE SENOS CEREBRALES Y MASTOIDITIS, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

P. Velasco Puyol, S. Boronat Guerrero, E. Vázquez Méndez,  
M. Roig, I. Barber Martínez de la Torre y Y. Castilla Fernández

*Servicio de Neurología Pediátrica y Servicio de Radiología  
Pediátrica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona,  
España.*

**Introducción:** La trombosis de los senos venosos cerebrales (CVST) es una entidad poco frecuente, asociada a procesos agudos principalmente, entre los que destaca las mastoiditis, observándose también en casi la mitad de los casos trastornos protrombóticos de base. Habitualmente se presentan con clínica de cefalea, convulsiones y disminución de la conciencia, siendo este último factor de mal pronóstico. El diagnóstico de elección es la resonancia magnética con fase venosa (RMV) con o sin contraste, si bien de modo urgente es posible encontrar signos indirectos con la tomografía computarizada craneal (TC) en un tercio de los casos. El tratamiento se basa en la resolución de la causa subyacente, de los síntomas y en la anticoagulación, si bien no existen fuertes evidencias de la eficacia de ésta.

**Casos clínicos:** Presentamos 2 pacientes con clínica de hipertensión endocraneal en el contexto de mastoiditis como complicación de una otitis media aguda, que se diagnosticaron de CVST tras confirmar las imágenes del TC de urgencias con RMV. Ambos se trataron con punciones lumbares evacuadoras y tratamiento diurético, añadiéndose tratamiento anticoagulante en el segundo caso, evolucionando éste desfavorablemente y precisando finalmente de derivación ventrículo-peritoneal ante la clínica persistente y el empeoramiento del papiledema.

### P439 15:55 NEURORRETINITIS ESTRELLADA: MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

V. Jiménez Escobar, P. Esparza Paz, J. Gimeno Ballester,  
G. Durán Urdániz, A. Cabria Fernández y M.A. Ardanaz Aldave

*Hospital García Orcoyen, Estella, y Hospital Virgen del Camino,  
Pamplona, Navarra, España.*

**Caso clínico:** Mujer de 14 años consulta en urgencias por fiebre alta de 24 horas, dolor oído derecho y tos seca. Refiere en la última semana visión borrosa con ojo izquierdo y cefalea. Lleva lentes por estrabismo con miopía y astigmatismo que cambió de graduación hace una semana. Está de exámenes y es muy ansiosa. Exploración física: nerviosismo, febrícula 37,5 °C, TA 120/80, FC 145. Faringe congestiva. Exploración ocular: nistagmo vertical, pupilas sin alteraciones, visión borrosa monocular izquierda. Tinción fluoresceína negativa. Agudeza visual OD 0,9; OI 0,2. Fondo ojo izquierdo: papila con bordes difuminados y exudados en estrella maculares sugestivo de neurorretinitis infecciosa. La paciente convive con un gato. Se solicita estudio serológico para *Bartonella*, VHS, VEB, CMV y Toxoplasma. La punción lumbar y la resonancia magnética descartan la esclerosis múltiple como posible etiología. En espera de resultados se inicia tratamiento con prednisona, cefotaxima, rifampicina y doxiciclina. La serología confirma la sospecha diagnóstica de bartonelosis ocular (IgM 1/80). Se completa tratamiento con rifampicina y doxiciclina 6 semanas. La evolución de la paciente es favorable con recuperación de la agudeza visual OI 0,8; en el fondo de ojo persiste algún exudado macular con normalización de la papila.

**Conclusiones:** El diagnóstico de basa en los datos serológicos y el antecedente de contacto con gatos. La terapia antibiótica debe incluir 2 antibióticos de acción intracelular. La evolución suele ser favorable con recuperación completa en 3 semanas. Complicación poco frecuente es la oclusión vascular retiniana con pérdida permanente de la visión. Sospechar bartonelosis ocular en niños en contacto con gatos que presentan disminución brusca agudeza visual unilateral y fiebre.

#### P440 ESPECTRO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DESMIELINIZANTES IDIOPÁTICAS DEL SNC

16:00

G. López Belmonte, C. Cuevas Espejo,  
C.E. Fernández Marín, M.I. Cubero Millán,  
J. Uberos Fernández y A. Molina Carballo

*Unidad de Gestión Clínica del Pediatría, Hospital Clínico  
Universitario San Cecilio, Granada, España.*

**Introducción:** Las enfermedades desmielinizantes abarcan un amplio espectro de trastornos, que se diferencian por la clínica, pruebas de imagen y hallazgos analíticos o de laboratorio. Su incidencia es muy baja.

**Casos clínicos:** Presentamos 4 casos clínicos que ingresaron en nuestra unidad entre los años 2006-2008: Esclerosis múltiple (2 casos): Varón de 12 años, que ingresa por presentar diplopía y parestias en hemicuerpo derecho. Exploración: marcha en estrella, romberg+, parestias de hemicuerpo derecho y paresia del VI par. RMN cerebromedular: múltiples lesiones de sustancia blanca; presencia de bandas oligoclonales; Estudio neurofisiológico: neuropatía óptica bilateral con pérdida axonal y lesión desmielinizante en nervio mediano. Tratamiento: metilprednisolona. Se inicia tratamiento con interferón beta1 por brotes frecuentes. Varón de 10 años que presenta vómitos, sensación de inestabilidad. Exploración: Romberg+ y desviación de la marcha. RMN cerebral: lesiones desmielinizantes en sustancia blanca en todo el tracto piramidal; estudio neurofisiológico: neuritis óptica bilateral. Enfermedad de Schilder: Varón de 5 años, que presenta pérdida de fuerza en brazo izquierdo. Exploración hemiparesia izquierda y marcha hemiparética. RMN medular: expansión centromedular de C2 a C7 fusiforme en sus extremos. Se inició tratamiento con dexametasona, remitiendo las lesiones. Ha presentado dos nuevos brotes. EEG: brotes lentos en región occipital izquierdo; estudio somatosensorial: alteración de la vía aferente sensitiva de miembro superior derecho; RMN cerebromedular: múltiples lesiones focales en sustancia blanca supra-

tentorial bilateral. RMN espectroscopia: lesiones inflamatorias. Mielitis transversa: Varón de 5 años que presenta pérdida fuerza en miembros inferiores. Exploración: parálisis a nivel de caderas, sensibilidad conservada. RMN cerebromedular: a nivel de D 11-12, lesión hiperintensa en porción anterior. Estudio neurofisiológico: neuropatía axonal motora aguda.

**Conclusiones:** En un breve lapso de tiempo hemos asistido a distintos pacientes cuyos cuadros desmielinizantes abarcan buena parte del abanico de posibilidades clínicas de las enfermedades desmielinizantes en Pediatría.

#### P441 UNA MIRADA QUE LO DICE TODO: SÍNDROME DE CLAUDE BERNARD HORNER

16:05

E. Domínguez Bernal, S.D. Calleja López,  
C. Reig del Moral, M.L. Casado Sánchez,  
C. Ortega Casanueva y E. Sáez Martín

*Hospital General, Segovia, España.*

**Objetivo:** Recordar el síndrome de Claude Bernard Horner (CBH) que presenta una triada característica: ptosis, miosis, anhidrosis. Se produce por lesión de la vía simpática a nivel: central, pre o post-ganglionar, por isquemia (Wallenberg), malformación de la carótida o columna cervical, tumor del ápex pulmonar, traumatismo de parto, varicela congénita, neuroblastoma, etc. El CBH congénito cursa con heterocromía de iris. No es infrecuente que se presente como un hallazgo clínico aislado.

**Caso clínico:** Niña de 10 años remitida por oftalmología para valoración de un síndrome CBH. Antecedentes: parto eutócico. Apgar 10/10. Período neonatal y serología connatal normales. No intervenciones quirúrgicas. Diagnosticada de diabetes tipo Mody en tratamiento dietético. Refería cefalea inespecífica y fatiga ocular en el último mes. No se acompaña de fiebre, tos, alteraciones visuales o lagrimeo. No traumatismo craneoencefálico Destaca ptosis derecha y anisocoria, siendo el resto de exploración general y neurológica normal. Se realizó test diagnóstico con Apraclonidina 1% ocular que revierte la anisocoria. El test de fenilefrina 1% demostró indemnidad del iris o músculo dilatador. Pruebas complementarias: rx tórax, escáner cerebral y resonancia de cabeza-cuello-mediastino: sin alteraciones de interés; los niveles de catecolaminas normales y la serología para Borrelia negativa.

**Resultados:** Un 10% de la población presenta anisocoria fisiológica. Las pruebas farmacológicas permiten diagnosticar un CBH, sin diferenciar cuadros de 1.ª o 2.ª neurona y sin localizar la lesión. Las formas, sin trastornos de sudoración, son post-ganglionares. En fotos antiguas de la paciente se evidencia la sutil alteración.

**Conclusión:** El pronóstico y tratamiento del síndrome de CBH dependen de la causa subyacente. Es clave reconocerlo para identificar otras entidades primarias.

#### P442 ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE: HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE NEUROIMAGEN EN UN CASO CONFIRMADO POR REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA

16:10

A. Amado Puentes, R. Cantero Rey, M. Cabo Pérez,  
M.M. Portugués de la Red, M.O. Blanco Barca,  
F. Meijide del Río y J. Antelo Cortizas

*Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Xeral-Cies,  
Vigo, Pontevedra, España.*

**Introducción:** El virus herpes simple (VHS) es el agente etiológico más común de las formas de encefalitis no epidémicas, provocando

un tipo de infección del SNC potencialmente letal que debe ser identificada y tratada lo antes posible. La combinación entre una adecuada anamnesis, una exploración física detallada, una correcta interpretación de la neuroimagen, y la identificación del patógeno en el LCR permiten establecer el diagnóstico. Presentamos el caso clínico de una lactante con una forma de presentación típica de EVHS con evolución desfavorable a pesar de más de 3 semanas de tratamiento con aciclovir.

**Caso clínico:** Lactante de 14 meses con cuadro clínico caracterizado por febrícula, vómitos y somnolencia, asociando crisis comiciales focales. En la exploración física destaca una hemiparesia derecha, con alteración del nivel de conciencia. Se inicia tratamiento con aciclovir, medidas antiedema cerebral y profilaxis antimicrobiana con ácido valproico. Dentro de las pruebas complementarias destaca una afectación extensa del hemisferio cerebral izquierdo en la RMN cerebral. La PCR en LCR fue positiva para VHS 1. Evolución lentamente favorable con recuperación de la hemiparesia y del nivel de conciencia tras completar 4 semanas de tratamiento antiviral. Reingresa 2 semanas tras del alta con un cuadro de alteración del nivel de conciencia y movimientos coreoatetósicos predominantemente de hemicuerpo derecho. En la RMN se evidencian cambios en relación con necrosis laminar y leucomalacia de las lesiones previas. Actualmente se encuentra ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de nuestro centro.

**Conclusiones:** La EVHS se puede distinguir de otros tipos de encefalitis por sus características de neuroimagen, jugando la RMN un papel crucial en determinar el diagnóstico y la extensión del proceso. En nuestro caso, a pesar de un diagnóstico y tratamiento precoces, la evolución fue desfavorable. Actualmente hay una evidencia creciente de que existen un gran número de mecanismos fisiopatológicos, presentaciones clínicas y evoluciones de la enfermedad en la EVHS pediátrica no encuadrables en el concepto clásico de la infección.

#### P443 16:15 HERNIA DISCAL LUMBAR POR ESPONDILODISCITIS EN PACIENTE DE 14 MESES

N. Álvarez Zallo, J. Duart, P. Domínguez,  
J.L. Beguiristain y J. Narbona García

*Departamento de Pediatría, Departamento de Traumatología  
y Departamento de Radiología, Clínica Universitaria de Navarra,  
Pamplona, Navarra, España.*

**Introducción:** La clínica sugestiva de dolor raquídeo con visualización de hernia discal en resonancia magnética (RM), debe plantear el diagnóstico de espondilodiscitis infantil.

**Caso clínico:** Niña 14 meses deambulante desde los 11, acude para valoración de caídas y rechazo a la deambulación en el último mes. Buen estado general, apirética, báscula pélvica a la izquierda y rectificación lumbar. Examen neurológico, normal. En la RM se observa hernia discal L3-L4 izquierda. Tras dos semanas con antiinflamatorios y corsé, en una nueva RM se observa una alteración de señal en cuerpos vertebrales L3 y L4. Biopsia guiada por TAC: cultivo negativo. Hemocultivo: *Streptococcus hominis*. Completa tratamiento antibiótico 21 días (7 días gentamicina y cloxacilina e.v. y 15 días cefixima y claritromicina v.o.). Al mes, bipedestación y marcha normales, exploración neurológica, normal; RM de control, mejoría de afectación vertebral.

**Discusión y conclusión:** Una actitud anómala adquirida de raquis obliga a descartar, primeramente, una neoformación. El hallazgo de una hernia discal en imagen es excepcional; en ausencia de traumatismo, debe pensarse en espondilodiscitis, sobre todo en niños pequeños, como nuestro paciente. No existe etiología clara de la discitis infantil, la mayoría de autores consideran que

es infecciosa, aunque 50% de casos tienen cultivos negativos. Esto no debe retrasar las medidas terapéuticas: inmovilización, antiinflamatorios y antibioterapia empírica (gentamicina-cloxacilina). La presencia de hernia discal acompañando la espondilodiscitis es poco citada, la RM ayuda a ponerla en evidencia. Se relaciona con el daño del anillo discal por el proceso inflamatorio más probables cambios isquémicos.

#### P444 16:20 SIGNOS MENÍNGEOS POSITIVOS, NO SIEMPRE MENINGITIS

R. Garcés Bordegés, F. Paredes Carmona,  
J. Bosch Muñoz, I. Morales Bara y E. Solé Mir

*Hospital Universitario Arnau de Vilanova,  
Lleida, España.*

**Introducción:** Se revisan dos casos clínicos ingresados en nuestro servicio que presentaban como signo guía dolor cervical y rigidez de nuca aunque sin presencia de meningitis.

**Casos clínicos:** *Caso 1.* Niña de 7 años que acudió por rigidez de nuca, vómitos y cervicgia de varios días de evolución sin fiebre. Se realizó analítica sanguínea y RMN de cráneo y columna, que resultaron normales. Durante su evolución apareció disminución de la visión del ojo izquierdo, marcha atáxica y disminución progresiva de los reflejos osteotendinosos (ROT). En el LCR se objetivó una disociación albúmino-citológica y la EMG fue compatible con Síndrome de Guillain Barré. Tras el tratamiento con gammaglobulinas presentó una evolución favorable. *Caso 2.* Niño de 7 años que ingresó por signos meníngicos positivos y síndrome febril de más de 24 horas de evolución. Se realizó analítica sanguínea, TAC craneal y citoquímica de LCR que fueron normales. Presentó una evolución tórpida con disminución de la fuerza en miembro superior derecho, depresión de sensorio, hiporreflexia de extremidades superiores, disminución de la sensibilidad superficial y marcha inestable. En la RMN se evidenciaron lesiones encefálicas izquierdas y medulares compatibles con encefalomiелitis aguda desmielinizante. Se pautó corticoterapia, con mejoría ad integrum del cuadro.

**Conclusiones:** Ante todo paciente con síndrome meníngeo debemos descartar en primer lugar la meningitis aguda pero hay que tener en cuenta otras entidades como las descritas y los tumores de fosa posterior. Tanto la encefalomiелitis aguda como el síndrome de Guillain-Barré requieren la instauración precoz de tratamiento dada su potencial gravedad.

#### P446 16:30 COMPLICACIONES INTRACRANEALES NO VASCULARES DE LAS INFECCIONES ORL

R. Mata Fernández, M.A. García Pérez,  
M.A. Martínez Granero, M.M. Bueno Campaña,  
C. Ruiz Escudero y J. López Lafuente

*Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, España.*

**Introducción:** La extensión intracraneal de las infecciones ORL es una complicación rara que está disminuyendo gracias a la antibioterapia y neuroimagen precoz. Presentamos un caso de sd. Gradenigo y otro de absceso intracraneal epidural.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Niño de 15 meses con fiebre, decaimiento, vómitos y diarrea. AP: OMA de repetición recientes. EF: tímpanos deslustrados sin mastoiditis. Exámenes: 15.870 L (S84%, C4%, Meta 3%). PCR 228. LCR: Glu 49, Pt 75 mg/dl, 1.019 cel (85% PMN). Cultivo LCR: negativo. Hemocultivo: *S. Pyogenes*. Ingreso 10 días con cefotaxima y vancomicina (febril 7 primeros días). A los 3 días reingresa por fiebre e irritabilidad con tímpano izquierdo hiperémi-

co. LCR: Glu 50, Pt 130.5, 584 cel (95% PMN). TC cerebral: otomastoiditis izda. con absceso epidural adyacente. Craniectomía evacuadora y un mes de antibioterapia. Control por RMC normal. **Caso 2:** Niña de 6 años con cefaleas izdas./3 semanas y diplopía los últimos días. AP: Otitis repetidas (ADT-DTT). EF: Paresia del VI izdo., FO normal, eritema timpánico izdo. TC craneal normal. Por RMC se diagnostica de petrositis 2.<sup>a</sup> a sinusitis esfenoidal y otomastoiditis izda. (S. Gradenigo). Mejoría progresiva de la paresia; tra-

tamiento conservador con corticoides y antibioterapia 6 semanas. RMC a 2 sem: disminución de captación de contraste en peñasco y mastoides, sin sinusitis esfenoidal.

**Discusión:** Conocer las posibles complicaciones intracraneales de las infecciones ORL nos hará sospecharlas ante un curso recurrente y/o tórpido, datos analíticos discordantes, o síntomas neurológicos relacionados. Su manejo multidisciplinar es importante y de él dependerán las secuelas y el pronóstico.



## COMUNICACIONES ORALES

### Viernes, 5 de junio (17:15-18:45)

#### INFECTOLOGÍA

#### Sala 11 (Planta 1)

455

#### VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN NIÑOS INFECTADOS POR VIH CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

17:15

S. Moriano León, A.M. González Fernández, F.J. Aracil Santos, J. Díez Sebastián, F. del Castillo Martín, M.I. de José Gómez, D. Folgado Toledo, R. del Pozo Melero y S. San Román Pacheco

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

**Introducción:** Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), ha habido una mejora espectacular de la situación clínica e inmunológica de los pacientes, pero también se ha producido concomitantemente un aumento de la morbilidad derivada de esta terapia, como es el aumento del riesgo cardiometabólico (RCM).

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de factores de RCM en niños VIH positivos en régimen TARGA y su posible correlación con parámetros clínicos, virológicos, inmunológicos y de tratamiento.

**Pacientes y método:** Estudio transversal realizado durante el año 2008, con 43 pacientes infectados por VIH de forma vertical, de 3 y 20 años, en los que se realizó medición de datos antropométricos y parámetros analíticos de RCM, junto con medidas de su situación virológica e inmunológica.

**Resultados:** La prevalencia de HTA en nuestra cohorte fue del 28%, un 63,1% de la muestra presento dislipemias (39,2% hipercolesterolemia, 40,8% aumento LDL, 14,6% descenso de LDL y el 25,6% hipertrigliceridemia) sin poder demostrar una asociación estadísticamente significativa entre estas alteraciones y la presencia y/o duración de inhibidores de la proteasa en el tratamiento. El 17,5% presentaron resistencia insulínica, determinándose una relación significativa entre el índice HOMA y las cifras de GGT. La frecuencia de síndrome metabólico fue 24,4%, mientras que la estimada en la población general infantil es 9,2%.

**Conclusiones:** Los pacientes VIH positivos de nuestro estudio tienen una prevalencia elevada de HTA, dislipemias, insulinoresistencia y síndrome metabólico, significativamente mayor que la observada en la población infantil de nuestro país. Consideramos recomendable realizar controles rutinarios que monitoricen los factores de RCM, ya que una identificación precoz es de

gran trascendencia clínica puesto que permite una actuación enérgica dirigida a su control previniendo la evolución a la enfermedad cardiovascular, en todas sus manifestaciones, y a diabetes mellitus.

456

#### INFECCIONES VÍRICAS RESPIRATORIAS EN LA INFANCIA: ESTUDIO ETIOLÓGICO MEDIANTE IDENTIFICACIÓN GENÓMICA

17:25

E. López Varela, E. Rueda, C. Garriga Braun y E. Culebras

Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

**Introducción y objetivo:** Las infecciones respiratorias (IR) tienen un enorme impacto en la población pediátrica y son responsables de una morbimortalidad y coste sanitario considerable. Los virus son la causa más frecuente de IR y sin embargo el número de casos sin detección del agente etiológico es aún significativo. El objetivo de este estudio es identificar los agentes causantes de las distintas IR en nuestro área y las características clínicas asociadas.

**Método:** De manera prospectiva, se seleccionó la cohorte clínica de niños ingresados en nuestro centro durante los meses de octubre y noviembre 2008 con los diagnósticos de bronquiolitis, sibilancia recurrente, neumonía e infección de vías altas. Se recogieron muestras de lavado nasofaríngeo para, mediante el uso de PCR y microarrays, identificar la presencia de uno o más de los 16 principales virus causantes de IR.

**Resultado:** Se incluyeron 33 casos (3 bronquiolitis, 14 sibilancias recurrentes, 9 neumonías y 6 neumonías asociadas a sibilancias), pudiéndose identificar el agente etiológico en 24 de ellos (14 rinovirus; 4 casos por enterovirus, VRSB, adenovirus y parainfluenza3; 6 casos de co-infecciones con 2 y 3 virus). La edad media de diagnóstico fue de 3,7 años, con un ingreso medio de 4,12 días. Las co-infecciones se caracterizaron por asociar fiebre en un 50% de los casos, con T.<sup>º</sup> más baja (T.<sup>º</sup> media de 38,5 °C frente a 39 °C en infecciones simples [IS] y 39,5 °C en los casos sin agente identificado [V-]) y menor duración de la fiebre (40 h frente a 56,5 h en V-). Todas las co-infecciones requirieron aporte extra de O<sub>2</sub>, con una media de 83h (frente a 77 h en las IS y 75 h para V-), y casi un 77% presentaron alteraciones gasométricas (frente a un 20% en V-). Los casos de V- se caracterizaron por presentar mayor leucocitosis, neutrofilia y una PCR más elevada, lo cual plantea la posibilidad de una mayor incidencia en este grupo de infecciones bacterianas concomitantes o no identificadas.

**Conclusión:** El perfeccionamiento de nuevas técnicas moleculares permite mayor conocimiento de la epidemiología de estos virus con el fin de un mejor entendimiento y manejo de las enfermedades respiratorias por virus en la infancia.

## 457 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR MENINGOCOCO B EN NUESTRO MEDIO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

R. Díaz-Aldagalán González, N. Lecumberri García, F.J. Gil Sáenz, E. Gembero Esarte, M. Herranz Aguirre y E. Bernalda Iturbe

*Servicio de Pediatría, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España.*

**Introducción:** La enfermedad invasiva meningocócica (EIM) es causa de gran morbimortalidad en la edad pediátrica, manifestándose fundamentalmente como meningitis y sepsis. La incidencia anual en España es 2-3 c/100.000 hab, siendo más frecuente en población infantil que en adultos. Últimamente se ha producido un aumento de casos en nuestra población pediátrica.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los casos de EIM por meningococo B en niños diagnosticados en nuestro hospital desde 1999 a 2008. Se definió EIM por aislamiento de meningococo B en cultivo de sangre y/o LCR. Revisamos historias clínicas y utilizamos SPSS 14.0 usando los tests estadísticos: análisis de la varianza, Correlación de Pearson, t de Student, Chi cuadrado y Regresión logística binaria.

**Resultados:** Se registraron un total de 43 casos, con una edad media de 4,28 años (DE 4,35). La incidencia de infección meningocócica B ha aumentado en los últimos años con una correlación significativa (Rp 0,81; p = 0,004). Este aumento resulta más acusado en los últimos tres años, sobre todo en 2008 (11,3 c/10<sup>5</sup> niños < 15 años). Comparando la incidencia en tres períodos consecutivos (1999-2002; 2003-2005; 2006-2008) no se detectaron diferencias entre 1.º y 2.º (3,2 y 3,7) pero sí entre 1.º y 3.º así como entre 2.º y 3.º período con una incidencia en 3.º período de 9 c/10<sup>5</sup> (p < 0,05). Al analizar el riesgo de EIM en la población infantil en los tres últimos años se observó un aumento con respecto a los 7 años previos, con una OR de 2,52 (IC95% = 1,37-4,63). Sin embargo no ha habido diferencias significativas en cuanto a frecuencia de complicaciones (mortalidad o secuelas), siendo en el primer período del 11,9% frente al 11,42% en el segundo. Al analizar la incidencia solamente de meningitis meningocócica se observó también un aumento significativo en estos tres últimos años (1 frente a 4,5 c/10<sup>5</sup>; p = 0,002), pasando la frecuencia del 28,57% al 53,17% (p = 0,33).

**Conclusiones:** Se ha producido un incremento significativo en la incidencia de EIM en la edad pediátrica en nuestro medio, en especial durante el último año. No se ha producido un aumento significativo de la morbimortalidad, en probable relación con el aumento de casos de mejor pronóstico (meningitis).

## 458 INFECCIONES POR CORONAVIRUS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

C. Calvo Rey, M.L. García García, H. Rojo Sombrero, E. Ibáñez Sánchez, M.L. Carrasco Marina, A. Falcón Escalona, I. Casas Flecha y P. Pérez Breña

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés; Laboratorio de Gripe y Virus respiratorios del Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, y Centro Nacional de Biotecnología del Departamento de Biología Molecular y Celular del CSIC, Madrid, España.*

17:35

**Antecedentes y objetivo:** Los coronavirus (CoV) OC43 y 229E suponen los agentes etiológicos del 15-20% de las infecciones respiratorias de vías altas. Recientemente se han descrito dos nuevos CoV (NL63 y NKU1) que podrían estar implicados en infecciones de vías bajas. El objetivo de este estudio es describir las infecciones respiratorias por CoV en niños hospitalizados.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo de las infecciones respiratorias de niños ingresados en un hospital de nivel 2 desde abril/2007 a diciembre/2008. Se realizó reacción en cadena de polimerasa para 17 virus en aspirado nasofaríngeo y se recogieron datos clínicos y analíticos. Se realizó estudio de PCR para los mismos virus en un grupo control de 116 niños sanos.

**Resultados:** Se recogieron un total de 887 muestras correspondientes a los mismos episodios de hospitalización. De ellos se detectó CoV en 38 casos (4,3%). Sólo en un paciente del grupo control se detectó CoV (0,8%). Todos los CoV fueron OC43 o 229E salvo dos casos de NL63. El 62,2% fueron varones y menores de dos años con una edad media de 8 meses. Sólo 4 niños fueron > 2 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron sibilancias recurrentes (46,9%), crisis asmática (26,2%), bronquiolitis (18,9%) infección respiratoria de vías altas (8,1%) y neumonía (5,4%). El 59,5% presentó fiebre y el 48,6% hipoxia. El 40% de los niños tuvo un infiltrado radiológico. El 10,8% tenía antecedentes de prematuridad. El 89,2% de los casos tenían una coinfección con otro virus siendo los más frecuentes rinovirus, adenovirus, VRS y bocavirus.

**Comentarios:** Las infecciones por CoV son frecuentes en niños hospitalizados presentándose en una proporción similar a la gripe. Se presentan en la mayoría de las ocasiones como coinfecciones, por lo que su papel está por desentrañar. Sin embargo, no se detectan en niños sanos lo que apoyaría su papel patogénico. La sintomatología con la que se asocian es similar a la de otros virus respiratorios como rinovirus o VRS. En nuestros pacientes los nuevos coronavirus son muy poco frecuentes.

## 459 HOSPITALIZACIONES POR ROTAVIRUS NOSOCOMIAL EN NIÑOS < 5 AÑOS DE EDAD EN ESPAÑA (1998-2007)

R. Gil Prieto, A. López de Andrés, A. Álvaro, M. San Martín Rodríguez, A. Sampedro Fromont y Á. Gil de Miguel

*Departamento de Medicina Preventiva y Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, y Departamento Médico Sanofi-Pasteur MSD, Madrid, España.*

**Justificación y objetivos:** Se ha realizado un estudio epidemiológico para estimar la carga de infección nosocomial por rotavirus en niños < 5 años en España durante un período de 10 años (1998-2007).

**Métodos:** Estudio retrospectivo mediante la revisión del sistema nacional de vigilancia de datos hospitalarios (Conjunto Mínimo Básico de Datos), que incluye más del 98% de los hospitales españoles. Se seleccionaron todas las ingresos con un diagnóstico al alta de rotavirus nosocomial (código CIE-9-MC 008.61, en posiciones diagnósticas secundarias) en niños < 5 años notificados durante el período 1998-2007. Se calculó la incidencia anual utilizando los datos del padrón municipal.

**Resultados:** Se notificaron un total de 10.990 hospitalizaciones por rotavirus nosocomial en niños < 5 años durante el período de estudio. La incidencia anual fue de 59,02 casos por 100.000 niños. La estancia media fue de 12 (DE 19) días. Se notificaron un total de 30 muertes entre los pacientes hospitalizados. La incidencia disminuye significativamente con la edad desde 226,11 por 100.000 en niños ≤ 1 años hasta 1,78 por 100.000 en niños de 4 años. La mayor

17:45

17:55

incidencia de hospitalización se registró en la Comunidad de Madrid con 118,6 casos por 100.000 y la menor en Cantabria con 23,5 casos por 100.000 niños. La distribución por cuartiles de la incidencia por C.AA. fue la siguiente: Incidencia  $\leq 42,5/100.000$ : Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña. Incidencia de 42,6-55,3/100.000: Asturias, Murcia, Navarra, País Vasco y Melilla. Incidencia 55,4-68,6/100.000: Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura y La Rioja. Incidencia  $\geq 68,7/100.000$ : Aragón, Castilla y León, Galicia, Madrid y Ceuta. El coste anual asociado a estos ingresos fue de 351.965.194 € con un coste medio por hospitalización de 32.026 €.

**Conclusiones:** Las infecciones nosocomiales por rotavirus en niños < 5 años implica una importante carga clínica y económica para el sistema sanitario en España.

## 461

### AUMENTO DEL DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO EN LAS NEUMONÍAS PEDIÁTRICAS INGRESADAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

I. Amores Hernández, T. Viñambres Alonso, R. Calderón Checa, J. Cruz Rojo, M.S. Negreira Cepeda, E. Giangaspro Corradi, Á. Pérez Díaz y A.F. González Posada

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Antecedentes y objetivos:** Siguiendo la tendencia observada en varios estudios en las últimas décadas, se ha percibido en nuestro centro un aumento en el número de derrames pleurales paraneumónicos (DPP) ingresados. Los objetivos de este estudio son 1) determinar si existe y en qué medida dicho aumento a lo largo de 10 años; 2) comparar los casos de DPP encontrados en el primer y último trienio de este período.

**Métodos:** Se recogieron los casos de pacientes menores de 14 años con diagnóstico al alta de neumonía entre 1998 y 2008. Se seleccionaron los casos de neumonía complicada con DPP en dos períodos (1998-2000 y 2006-2008) realizándose en ellos un estudio observacional analítico. Se recogieron datos de informes de alta relacionados con aspectos demográficos y características del derrame (presencia de empiema, microbiología, tratamiento y evolución).

**Resultados:** Entre 1998-2000 se ingresaron 344 neumonías, 23 con DPP (6,69%). Entre 2006-08 se ingresaron 689 neumonías, 168 con DPP (24,38%). El porcentaje de neumonías que cursan con DPP se ha multiplicado por 3,65 (IC95% 2,40-5,53). De estos derrames, precisaron tratamiento intervencionista (toracocentesis, drenaje con tubo endotorácico, pleurotisis por toracosopia o urokinasa intrapleural) el 65,22% en 1998-2000 y el 67,3% en 2006-08. Comparando ambos períodos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, días de ingreso, necesidad de UCI ni en el número de derrames con características de empiema. De los pacientes con hemocultivo recogido (180 muestras) se encontró microorganismo responsable en 20 casos (11,1% de rentabilidad). En 112 pacientes con muestra de líquido pleural se aisló agente causal en 16 (14,28% de rentabilidad). La bacteria más frecuentemente aislada fue el neumococo que se cultivó en 29 muestras, todas ellas en el período 2006-08.

**Conclusiones:** Existe un aumento estadísticamente significativo del porcentaje de DPP en neumonías ingresadas en nuestro hospital. Las características demográficas, del líquido pleural y los datos indirectos de gravedad clínica son similares en ambos períodos. El microorganismo más frecuentemente implicado es el neumococo.

18:15

## 462

### INHIBICIÓN DE LA INFECTIVIDAD DEL VIH-1 POR BACTERIAS AISLADAS DE LECHE HUMANA

V. Martín Merino, A. Maldonado Barragán, L. Fernández Álvarez, R. Connor y J.M. Rodríguez Gómez

Universidad Complutense, Madrid, España.

**Antecedentes y objetivos:** La transmisión perinatal del VIH-1 sigue constituyendo un problema grave en los países en vías de desarrollo. La mayoría de los hijos de madres VIH-positivas que son alimentados mediante lactancia exclusiva no se infectan a pesar de la repetida exposición en sus mucosas digestivas. El objetivo de este trabajo fue determinar si las bacterias que vehicula la leche humana pueden inhibir la infectividad del VIH.

**Métodos:** Se analizaron 38 cepas bacterianas (pertenecientes a 15 especies distintas), todas ellas aisladas de leche humana en estudios previos. El efecto de las células bacterianas y de los sobrenadantes de los cultivos bacterianos se determinó en células TZM-bl, a las que se les añadió la muestra bacteriana y una concentración conocida de un virus con tropismo por el co-receptor CCR5 (HIV BAL). La infectividad del VIH se determinó midiendo los niveles de actividad luciferasa en los lisados de las células TZM-bl con el sistema *Steady-Glo Luciferase*. Posteriormente, se evaluó el efecto de las cuatro cepas que mostraron mayor actividad anti-VIH frente a aislados primarios de VIH-1 con tropismo por los co-receptores CXCR4 (HC4) y R5/X4 (C7/86).

**Resultados:** La infectividad del VIH (CCR5) disminuyó entre un 10 y un 55% en presencia de las células bacterianas de las distintas cepas analizadas. En general, las bacterias lácticas mostraron los mayores niveles de inhibición mientras que las cepas pertenecientes a la especie *Staphylococcus epidermidis* fueron las que tuvieron un menor efecto anti-VIH. En cuanto a los sobrenadantes, únicamente manifestaron una actividad significativa los obtenidos a partir de *Lactobacillus salivarius* LM17, *Lactobacillus gasseri* LM25, *Lactococcus lactis* LM114 y *Streptococcus salivarius* LM49. Estas cuatro cepas fueron activas frente a aislados primarios de VIH-1 con tropismo por los co-receptores CXCR4 y R5/X4.

**Conclusiones:** Algunas de las bacterias presentes en leche humana tienen capacidad para inhibir la infectividad del VIH-1.

18:25

## 463

### MENINGITIS POR ENTEROVIRUS: FACTORES RELACIONADOS CON LA AUSENCIA DE PLEOCITOSIS

P. García Romero, F. Gómez Martín, F. Baquero Artigao, J.A. Ruiz Domínguez, N. De Lucas, T. del Rosal Rabes, M. Lorenzo, M.I. Quiles Melero, M.J. García Miguel y F. del Castillo Martín

Unidad de Enfermedades Infecciosas Pediátricas, Servicio de Urgencias de Pediatría y Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

**Antecedentes y objetivos:** Describir las características clínicas y analíticas de los pacientes diagnosticados de meningitis por enterovirus en un hospital terciario. Estudiar los factores relacionados con la ausencia de pleocitosis en el LCR.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes en los que se detectó enterovirus en el LCR por cultivo celular o por PCR (Gene Xpert Dx system). Se realizó un estudio estadístico con el software SPSS 15.0 usando tStudent para variables cuantitativas y Chi cuadrado para las cualitativas (significación  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se incluyeron 119 pacientes, de edades comprendidas entre 1 día y 13,4 años (mediana 1,3 meses); el 63% eran menores de 3 meses. Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre sin foco (58%) y cefalea (20%). Tuvieron fiebre 100 pacientes (83%), meningismo o fontanela abombada 31 (26%), cefalea o irri-

18:35

tabilidad 52 (43%), vómitos 35 (29%), diarrea 13 (11%). Ingresaron 110 pacientes (92%), con una estancia media de 6 días y recibieron antibioterapia 73 (61%) durante una media de 3,5 días. La media de leucocitos en LCR fue  $171/\text{mm}^3$  (0-2.260), con predominio de PMN en el 58%. Después de excluir los líquidos hemáticos, el 40% de los niños no presentaban pleocitosis en LCR. Estos pacientes tenían una edad media significativamente menor ( $p < 0,001$ ) que los que pre-

sentaban pleocitosis (8 frente a 47 meses) y se observa un tiempo de evolución hasta la punción lumbar más corto.

**Conclusiones:** Las meningitis por enterovirus son un motivo frecuente de fiebre sin foco en la infancia, especialmente en menores de 3 meses. La detección del virus en LCR en ausencia de pleocitosis, es más frecuente en lactantes pequeños, seguramente por la precocidad en la realización de punción lumbar.



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Viernes, 5 de junio (17:15-18:45)

NEUMOLOGÍA

Sala 14 (Planta 1)

464

EVALUACIÓN DEL NIÑO RONCADOR.  
¿ES SIEMPRE PATOLÓGICO?

17:15

E. de la Orden Izquierdo, A. Álvarez García,  
M.D. Martín Pelegrina, M. Prados Álvarez, M. Ruiz Jiménez,  
J.A. Blázquez Fernández y J.T. Ramos Amador

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Getafe,  
Madrid, España.*

**Introducción:** El ronquido primario es frecuente en pediatría. Su asociación al síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) es conocida. El diagnóstico de SAHS es polisomnográfico (PSG). No se conocen su historia natural ni sus consecuencias neurobiológicas. La pulsioximetría nocturna (PN) es sensible, poco específica, aunque más disponible. La poligrafía respiratoria (PR) es un método validado en adultos, no en niños. Nuestro objetivo es definir las características clínico-epidemiológicas de esta población y la rentabilidad diagnóstica de la pulsioximetría.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las últimas 97 PN realizadas para diagnóstico de SAHS y su evolución posterior.

**Resultados:** n = 97 (37 niñas), mediana de edad 55 meses (21-180 meses). Antecedentes familiares SAHS 7 (7%). Síntomas: ronquido 99% (n = 96), apnea 88% (n = 86), despertares frecuentes 52% (n = 51), respiración bucal 71% (n = 69), paladar ojival 67% (n = 65), facies adenoidea 66% (n = 64), posturas anómalas durante el sueño 58% (n = 56), somnolencia diurna 33% (n = 32), retraso escolar 11% (n = 11), problemas de audición 36% (35%), hiperactividad diurna 18,6% (n = 18), parasomnias 5% (n = 5), enuresis 23% (n = 22), infecciones respiratorias de repetición 80,4% (n = 78), reflujo 1% (n = 1), hipertrofia amigdalar: Grado 1 (9%), Grado 2 (30%), Grado 3 (42%), Grado 4 (12%), hipertrofia adenoidea por radiografía lateral de cavum (Índice amígdalas/faringe > 0,48): 61% (n = 59). De las 97 PN sólo 16 (16,5%) fueron patológicas. De entre las no patológicas 10 (12%) tuvieron PR positiva. Se realizaron 7 adenoidectomías (mejoría clínica 2), 1 amigdalectomía (con mejoría clínica) y 9 adenoamigdalectomías (mejoría clínica: 1). Mejoría espontánea en 4 pacientes. Otras variables analizadas fueron el peso, talla, IMC y valores de TA.

**Conclusiones:** El ronquido primario es frecuente en la infancia. Coexiste con el SAHS pero su presencia no confirma el diagnóstico. La anamnesis dirigida es fundamental para su evaluación. La PN es

útil para casos con alta sospecha, pero su negatividad no descarta la enfermedad. Sólo la PSG es diagnóstica, al detectar tanto los episodios de hipoxemia como los microdespertares encefálicos diferenciando los tipos de apnea.

465

NEUMOTÓRAX DE REPETICIÓN

17:22

R. Cuesta González, A. Orizaola Ingelmo, L. Hurtado Barace,  
L. García Higuera, A. Pascual Bonilla y M.J. Cabero Pérez

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués  
de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.*

**Introducción:** La causa más frecuente de dolor torácico en niños es músculo-esquelética. Si asocia otra sintomatología como disnea, es preciso hacer diagnóstico diferencial con patología cardíaca y respiratoria.

**Caso clínico:** Niño de 11 años con dolor torácico y dificultad respiratoria de 18 horas de evolución sin respuesta a broncodilatador. Antecedentes: asma leve episódica (budesonida inhalada), sensibilizado a gramíneas y ácaros, dermatitis atópica; dos primos del padre neumotórax espontáneo de repetición. Exploración física: P: 37 kg, p25; T:151cm, p75-90; saturación oxígeno 93%, TA 100/70, FC 90 lpm, hipoventilación derecha global con aumento del trabajo respiratorio. Radiografía tórax: neumotórax masivo derecho. Se traslada a UCI para drenaje del mismo siendo dado de alta a los 6 días de su ingreso con resolución completa. Hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría, ECG normales; Mantoux negativo; TAC torácico: bullas subpleurales en segmento apical del lóbulo superior derecho. A las 36 horas del alta, reacude por la misma sintomatología llegándose a igual diagnóstico. Segundo TAC: bullas apicales bilaterales. Resección mediante toracoscopia con biopsia, mostrando bullas subpleurales, pleuritis fibrinosa, bronquitis y bronquiolititis crónica, hallazgos compatibles con fibrosis quística. Actualmente seguido en Neumología Infantil, asintomático y con pruebas complementarias (espirometría, inmunoglobulinas, esputo espontáneo, alfa1antitripsina y cloro en sudor) normales salvo discreto aumento de IgE. Estudio genético CTFR: sin mutaciones.

**Conclusiones:** El neumotórax espontáneo en la edad pediátrica es una patología infrecuente con posible compromiso vital. Puede ser primario o secundario, en relación a patología respiratoria (asma, fibrosis quística, procesos infecciosos, enfermedades intersticiales) o del tejido conectivo (enfermedad de Marfan, Ehlers-Danlos) principalmente. El pronóstico suele ser bueno aunque las recurrencias son frecuentes (56% en los primarios, 14% en los secundarios a crisis asmáticas). Es preciso descartar la fibrosis quística por ser la causa más probable de neumotórax espontáneo primario recidivante.

466

### SÍNDROME DE KARTAGENER, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.I. Almeida Pinto Pais, L. Rodrigues, F. Castro e I. Carvalho

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.*

**Introdução:** A Discinesia Ciliar Primária (DCP) é uma doença multisistémica que engloba um grupo heterogéneo de patologias hereditárias caracterizadas por alterações estruturais ciliares que comprometem a actividade ciliar normal, predispondo a infecções respiratórias de repetição e resultando em doença obstrutiva crónica do trato respiratório. A Síndrome de Kartagener (SK) representa um subgrupo de DCP e caracteriza-se pela tríade clínica bronquiectasias, *situs inversus totalis* e sinusite crónica.

**Caso clínico:** Criança de 8 anos observada no SU por febre, tosse produtiva e rinorreia purulenta. Apresentava antecedentes de dificuldade respiratória durante o período neonatal, interpretado como Taquipneia transitória do RN, infecções das vias aéreas de repetição e crises de broncospasmo recorrentes. A evolução estatoponderal era adequada. Ao exame objectivo constatou-se um hipocratismo digital e crepitações inspiratórias bibasais. O Rx de tórax revelou dextrocardia assim como foco de consolidação na base pulmonar direita por processo pneumónico. Foi internado por Pneumonia da base direita. Fez antibioticoterapia com melhoria clínica e manteve seguimento em consulta externa. Efectuou TAC dos SPN e pulmonar, que revelou imagens de rinosinusite esfenoidomaxilar e bronquiectasias tubulares nas bases pulmonares, sugerindo assim a presença de um SK. A biópsia da mucosa nasal revelou alterações dos dupletos centrais dos cílios, confirmando o diagnóstico de DCP. Actualmente, apesar de imunização adequada e cinesiterapia respiratória, apresenta intercorrências infecciosas frequentes.

**Discussão:** A DCP deve ser considerada no diagnóstico diferencial das infecções respiratórias de repetição, sendo a sua suspeita facilitada quando ocorre *situs inversus*, caracterizando o SK. Contudo, apenas 50% dos casos apresentam essa malformação associada pelo que o clínico deve elevar o seu índice de suspeição para esta patologia na medida em que o diagnóstico precoce é fundamental para o prognóstico do paciente.

17:29

**Conclusiones:** 1. La tos es uno de los motivos más frecuente de demanda de asistencia sanitaria y un motivo importante de preocupación para las familias. 2. Es necesario realizar una adecuada anamnesis y exploración física para una correcta orientación diagnóstica. 3. La arteria innominada aberrante es la causa más frecuente de traqueomalacia secundaria, siendo en general una causa poco frecuente pero a tener en cuenta en casos de tos crónica. 4. No suele ser necesaria la cirugía y el tratamiento es conservador porque la clínica es autolimitada.

467

### ARTERIA INNOMINADA ABERRANTE COMO CAUSA DE TOS CRÓNICA EN NIÑOS

B. Cortés Osorio, L. Pardo García, R. Díaz González, L. Rey Cordo, D. González Lestón, J.L. Chamorro Martín y J. Antelo Cortizas

*Complejo Hospitalario Xeral-Ciés, Vigo, Pontevedra, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La tos crónica es una entidad clínica muy frecuente en la práctica pediátrica cuyo diagnóstico diferencial no es fácil de realizar. En la mayoría de las ocasiones obedece a un proceso autolimitado secundario a infección respiratoria de vías altas de origen viral. Otras causas menos frecuentes son: asma, cuerpos extraños, reflujo gastroesofágico, fibrosis quística, síndrome de cílios inmóviles, malformaciones congénitas como anillos vasculares, traqueobroncomalacia o, como en este caso, la existencia de una arteria innominada aberrante.

**Métodos:** Nuestro caso clínico es una niña de 2.5 años de edad con un cuadro clínico caracterizado por tos persistente irritativa de 15 días de evolución sin respuesta a múltiples tratamientos. Se decide ingreso hospitalario y se inicia estudio de las posibles causas. De entre todas las pruebas complementarias realizadas destacan: analítica; radiografía de tórax; cloro en sudor; estudio de tuberculosis; serologías de toxoplasma, citomegalovirus, veb y mycoplasma neumoniae y estudio cardiológico y otorrinolaringológico en las cuales no se encontraron hallazgos patológicos. En la RMN cervical se detectó una posición anómala de la arteria innominada con respecto a la tráquea cruzando por delante de ella.

17:36

468

### NEUMONÍA COMPLICADA CON DERRAME PLEURAL: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

M. González Cruz, V.E. García Rodríguez, R.A. Montesdeoca Melián, R. Cardona Hernández, M.V. Velasco González y J. Feo González

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

**Introducción:** Parece que en los últimos años se ha observado en España un incremento en la incidencia de neumonías complicadas con derrame pleural en edad pediátrica.

**Objetivo:** Describir la epidemiología, la clínica, la etiología y el tratamiento de los pacientes ingresados en nuestro hospital, en los últimos cinco años.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes que, entre enero del 2004 y diciembre del 2008, ingresaron con el diagnóstico de neumonía. Se calculó la incidencia en base a la población menor de 15 años del área de referencia y el número de pacientes totales ingresados en la unidad por año de estudio.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 385 pacientes diagnosticados de neumonía, de los cuales 38 (9,8%) asociaban derrame pleural. No hubo un aumento significativo del porcentaje de ingresos por neumonía. Sin embargo en 2007 que hubo incremento de neumonías complicadas con derrame (15,3%). La edad media de pacientes con derrame pleural fue de 5 años y 9 meses, el 75% fueron varones. El 31,5% de los pacientes tenían patología respiratoria crónica conocida. La duración media de los síntomas antes de acudir al hospital fue de 5,92 días. El 100% de los pacientes con derrame presentó fiebre, 34 (89,4%) tos, 21 (55,3%) dolor abdominal, 36 (94,7%) astenia. El 41,6% recibieron tratamiento antibiótico oral previo al diagnóstico durante una media de 4,7 días. Se obtuvo diagnóstico etiológico en 11 casos (28,9%): *S. pneumoniae* en 36,3%, *M. pneumoniae* en 36,6%, *L. pneumophila* en 9%. Se realizó toracocentesis diagnóstica en el 47,4% de los casos, de los cuales en el 55,5% el líquido cumple criterios de empiema. En el 94,4% de los casos, tras toracocentesis se coloca tubo de drenaje pleural. En el 35,3% además de tubo de drenaje, se administra uroquinasa intrapleural y en el 27,8% se realizó toracoscopia y legrado. La media de días de tratamiento antibiótico fue de 20,59 días. La estancia media fue de 16 días.

**Conclusiones:** No encontramos un aumento de neumonías complicadas con derrame, salvo en 2007. La estancia media disminuye un 25% al realizar toracoscopia y legrado o instilación de uroquinasa intrapleural, frente a drenaje pleural exclusivo.

17:43

469

### REVISIÓN DE NEUMATOCELES COMO COMPLICACIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

V. Rosa Camacho, M.G. Espinosa Fernández, A. Aranda Mora, L. Moreno Requena, P. Caro Aguilera, E. Pérez Ruiz, F.J. Pérez Frías y A. Jurado Ortiz

*Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.*

17:50

**Introducción:** Los neumatoceles son formaciones adquiridas, de contenido aéreo y paredes finas que se desarrollan después de una injuria o inflamación del parénquima. En general son poco frecuentes con una incidencia variable del 2-3% de todas las neumonías.

**Objetivo:** Revisión de los pacientes que presentaron neumatoceles como complicación de neumonía.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de los últimos 8 años, de los niños ingresados en nuestro centro, recogiendo edad, sexo, tiempo de evolución, etiología, clínica, pruebas complementarias, tratamiento, complicaciones y evolución posterior.

**Resultados:** Se obtienen datos de 8 de 13 pacientes, con una edad media de 3,9 años sin diferencias en cuanto a la distribución por sexo. 8/8 correctamente vacunados, (3/8 incluyen antineumocócica). El tiempo de evolución previo al ingreso fue de 4,5 días. Clínicamente presentaban: 8/8 fiebre  $\geq 39^\circ\text{C}$ , 6/8 tos, 3/8 dificultad respiratoria. P. complementarias: 8/8 presentaban leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada (media 229,7 mg/l). Se realizó Rx tórax en 8/8 de los que 3/8 asociaban cavidades; ecografía en 5/8 objetivándose en todos derrame pleural y TC tórax en 4/8 pacientes. La toracocentesis diagnóstica presentó características de empiema pleural en 3/5 pacientes con derrame. Los cultivos pleurales fueron positivos en 2/5 realizados, siendo en ambos, el *S. pneumoniae* el germen aislado. 1/8 presentó neumotórax asociado. Como tratamiento antibiótico IV: 6/8 recibieron cefotaxima, asociada en 2/8 casos a cloxacilina y en 1/8 caso a clindamicina y vancomicina; 1/8 recibió exclusivamente ampicilina. Duración media del tratamiento IV 12 días y oral 8 días. Precisarón 3/8 fibrinolisis intrapleural con uroquinasa y 2/8 toracosopia). 8/8 pacientes evolucionaron favorablemente.

**Conclusiones:** Los neumatoceles son complicaciones, que en general, evolucionan hacia la resolución espontánea. Un pequeño porcentaje puede complicarse, siendo preciso realizar una evaluación detallada y un seguimiento clínico y radiológico estrictos. En los pocos casos en los que se ha identificado agente causal se trataba de *S. pneumoniae*, debiendo realizarse tratamiento antibiótico dirigido, según espectro de sensibilidades.

## 470 BRONQUIECTASIAS EN LA INFANCIA, EXCLUIDAS LAS FIBROSIS QUIÍSTICAS

17:57

D. Vila Pérez, E. Molina Hermoso, S. Fernández Ureña y W. Fasheh Youssef

*Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España.*

**Introducción:** Las bronquiectasias suelen ser primarias o secundarias a patología de base. Si excluimos las asociadas a la fibrosis quística, la frecuencia de esta patología queda escasa. Nuestro objetivo es estudiar nuestra casuística excluyendo los afectos de fibrosis quística.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes visitados en nuestro centro con el diagnóstico de bronquiectasias entre 1990 y 2007.

**Resultados:** Fueron estudiados 40 pacientes. De ellos, 23 (57,5%) eran varones. La edad media de comienzo de la sintomatología fue de 5 años y 5 meses. Se consideraron bronquiectasias primarias el 92,5% de los pacientes. Seis pacientes tenían antecedentes de asma bronquial. La forma de inicio más frecuente era la presencia de neumonías de repetición o persistentes, con o sin atelectasia. La etiología se consideró como infecciosa en 36 (90%) pacientes y por aspiración de cuerpo extraño en 3 (7,5%). Los síntomas predominantes fueron la tos crónica en el 72,5% de los pacientes, seguidos

por cuadros febriles en el 65% y expectoración en el 45%. El método de diagnóstico fue la tomografía computerizada (TC) torácica. Las bronquiectasias fueron clasificadas de cilíndricas en 28 (70%) casos, saculares en 8 (20%) y tipo mixto en 4. La gammagrafía pulmonar mostró alteraciones en 11 casos de 12 realizadas. Se practicó broncoscopia en 19 pacientes, 12 de ellos de manera precoz. La localización de las bronquiectasias predominó en lóbulo inferior izquierdo y lóbulo medio, y afectó más de un lóbulo en 10 casos. Los tratamientos más utilizados fueron ciclos de antibioterapia y fisioterapia respiratoria. En la evolución a largo plazo (media 5,5 años): 10 pacientes fueron lobectomizados, todos con bronquiectasias saculares y 16 pacientes quedaron asintomáticos. Nueve pacientes, con bronquiectasias cilíndricas, llegaron a curarse: 5 con cicatriz fibrosa y 4 sin lesiones residuales.

**Conclusiones:** Los pacientes con bronquiectasias diagnosticados y tratados precozmente pueden quedarse asintomáticos con tratamiento médico. El pronóstico de las formas saculares después de la lobectomía ha sido bueno.

## 471 HEMOPTISIS COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE PAPILOMATOSIS TRAQUEOBRONQUIAL

18:04

N. Lecumberri García, R. Díaz-Aldagalán González, V. Jiménez Serrano, A. Castroviejo Gandarias, F.J. Gil Sáenz y M. Herranz Aguirre

*Servicio de Pediatría, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España.*

**Introducción:** La hemoptisis consiste en expulsión de sangre roja por la boca inducida por la tos o presencia de esputo sanguinolento, procedente del árbol traqueobronquial. La mayoría de los casos son autolimitados, pero hay que considerarlo como síntoma de alarma y realizar estudio si episodios de hemoptisis recurrentes. Valoraremos la gravedad del proceso en función de la cuantía de sangre y de la estabilidad hemodinámica y descartaremos etiología infecciosa, inflamatoria y/o tumoral ya que marcará el pronóstico y el tratamiento. Una causa poco frecuente de hemoptisis es la papilomatosis escamosa. Es una patología benigna que afecta al árbol bronquial, producida por papilomavirus 6 y 11. El compromiso sólo traqueal es raro siendo su manifestación más frecuente tos, disfonía, disnea y raramente hemoptisis. Pueden ser únicos o múltiples pudiendo malignizar y tender a la recurrencia.

**Caso clínico:** Niño de 14 años que consulta en los últimos 7 meses en 6 ocasiones por episodios de hemoptisis, alguno de moderada cuantía, acompañándose de tos, asintomático interepisodios. No AF ni AP salvo asociación con pirosis y afonía. Ante persistencia de hemoptisis se inicia estudio: Análisis de sangre, mantoux y Rx tórax normales. No se constató causa ORL del sangrado. Se realiza pH-metría en la cual se objetiva un RGE leve. Se realiza TC torácico, autoanticuerpos, espirometría, test del sudor siendo todas las pruebas normales. Se solicitó estudio por esofagogastroscofia y broncoscopia, detectándose en el tercio distal traqueal una lesión polipoidea de unos 2 cm de diámetro, sangrante al roce confirmándose papiloma escamoso. El niño continúa con hemoptisis por lo que recientemente se ha realizado TAC torácico objetivando el papiloma traqueal, sugestivo de crecimiento progresivo ya que en TC previo no se detectaba dicha lesión.

**Comentarios:** Ante cuadro de hemoptisis recurrentes se deberá realizar estudio precoz para descartar etiología infecciosa, inflamatoria, tumoral siendo la broncoscopia la prueba diagnóstica y terapéutica de elección. A pesar de que la papilomatosis traqueal es poco frecuente deberemos pensar en ella ante cuadro de hemoptisis repetidas en niños, y descartar recurrencia de dichas lesiones si persiste la sintomatología.

472

18:11

**PERFIL DE LOS PACIENTES CON ESCOLIOSIS SEGUIDOS EN LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

A. Berroya Gómez, V. Luengo Herrero, M. Hernando Puente, M.C. Miranda Herrero, M.I. Fontecha García de Yébenes, M.C. Martínez López, M.I. Pescador Chamorro, A. Salcedo Posadas y J.L. Rodríguez Cimadevilla

*Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La escoliosis es una patología con alta prevalencia en la edad pediátrica. El objetivo de nuestro estudio es describir las características de los pacientes con esta afectación que son subsidiarios de intervención quirúrgica.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo sobre pacientes con escoliosis enviados a la consulta de neumología para valoración clínica y funcional en el período comprendido entre octubre del 2004 y diciembre del 2008. Las variables sometidas a estudio fueron edad, tipo de escoliosis, patología de base, afectación respiratoria

asociada, fecha de intervención quirúrgica y estudio de función pulmonar. Los resultados fueron analizados con el programa estadístico SPSS v14.

**Resultados:** La muestra estudiada fue de 85 pacientes (75% mujeres), el 70,6% correspondieron a escoliosis idiopática, el 42,4% presentaba patología de base (15% enfermedad neuromuscular, 10,6% patología de caja torácica), el 25,9% tenía afección pulmonar de base en su mayoría asma bronquial (12,9%). La función pulmonar inicial fue normal en el 63,5% de los pacientes, mostrando un 22,6% un patrón restrictivo. La media de edad de la intervención quirúrgica fue de 14 años y el 8% de la muestra no fueron intervenidos por patología neurológica grave y mal pronóstico.

**Conclusiones:** En nuestro estudio la escoliosis es principalmente de origen idiopático, afectando a mujeres en mayor proporción. En los casos de escoliosis idiopática la intervención quirúrgica se realiza en la adolescencia y el patrón funcional respiratorio suele ser normal. Un número no despreciable de pacientes presentan un patrón de función pulmonar restrictivo, en relación a su asociación con patología neuromuscular y/o de caja torácica.



COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 5 de junio (17:15-18:45)

CUIDADOS INTENSIVOS

Sala 12 (Planta 1)

473 17:15  
**VALORACIÓN DE LOS SISTEMAS DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

F. González Martínez, A. Alcaraz Romero, B. Huidobro Fernández, N. Navarro Patiño, M.M. Fariñas Salto, M.M. Santos Sebastián, A. Berroya Gómez, A. Mora Capín, J. Urbano Villasecusa y M.J. Rodríguez Castaño

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** En la actualidad la ventilación no invasiva (VNI) es un tratamiento habitual en la práctica clínica en los niños con insuficiencia respiratoria. Para su aplicación existen diferentes técnicas y dispositivos. El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar la utilidad y eficacia de los diferentes métodos de VNI utilizados en nuestra unidad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo incluyendo los niños en los que se aplicó VNI durante un período de 7 años (2001-2007). Utilizamos 3 sistemas diferentes para la aplicación de la VNI. 2 dispositivos para la administración de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP): Infant-Flow o sistema artesanal diseñado en nuestra unidad con interfase nasal larga, y un sistema de administración de presión inspiratoria y espiratoria (BiPAP). Se recogieron y analizaron: diagnóstico, motivo de ingreso, indicación de la VNI, sistema, interfase, evolución, parámetros clínicos y analíticos y complicaciones.

**Resultados:** Se utilizó VNI en 236 pacientes, con mediana de edad 4 meses (rango 0,5-210 meses). En 185 pacientes se utilizó el método CPAP (128 método artesanal, 57 Infant-Flow) y en 51 BiPAP. Los motivos más frecuentes de utilización fueron el postoperatorio de cirugía cardíaca (39%) y bronquiolitis (28%). En el 50% de los casos se indicó VNI para evitar la intubación, en el 50% restante se empleó tras la ventilación mecánica (empleo programado 60% y por fracaso de la extubación 40%). En el 73% de los casos se objetivó mejoría clínica, precisando intubación posterior a la VNI un 23% de los pacientes, sin hallarse diferencias significativas entre los 3 métodos (21-27%). La duración media de la VNI fue de 100 horas (P25-P75: 48-120 horas). Sólo el 4% de los pacientes presentaron complicaciones derivadas de la técnica (4 pacientes distensión gástrica, 5 escaras faciales). Sólo el 8% de los pacientes precisaron nutrición parenteral, mientras que en el resto se mantuvo nutrición enteral.

**Conclusiones:** La VNI, en sus diferentes modalidades, es una alternativa a la ventilación mecánica convencional en niños con insuficiencia respiratoria, útil para prevenir la intubación y para facilitar la retirada de ventilación invasiva. Las complicaciones son escasas y de menor gravedad que con la ventilación invasiva.

474 17:25  
**COMPARACIÓN DE EFICACIA DE DOS TÉCNICAS DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO**

E. Morteruel Arizcuren, A. Larrakoetxea Zuluaga, F.J. Pilar Orive, Y. López Fernández, J. López Bayón, S. Redondo Blázquez, J. Gil Antón, E. Pérez Estévez, A. Castillo Marcalain y M.T. Hermana Tezanos

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

**Objetivo:** Conocer si existen diferencias en la eficacia de dos dispositivos diferentes de oxigenoterapia de alto flujo con cánulas nasales en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria moderada, y como apoyo al destete de la asistencia ventilatoria.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y observacional de los pacientes tratados con oxigenoterapia de alto flujo con cánulas nasales, entre noviembre de 2006 y diciembre de 2008, con dispositivos Vapotherm® y Fisher & Paykel®. Se analizan sus características clínicas, scores de gravedad y evolución.

**Resultados:**

	Vapotherm® (n = 72)	Fisher Paykel® (n = 41)
Edad (meses)/	22 (1-168)	13,6 (1-168)
Peso (kg)	10,6 (2,9-54)	7,2 (2,2-63)
Patología	Bronquiolitis (20) EAP (9) Profilaxis post VM (9)	Bronquiolitis (7) Asma (5) Profilaxis post VNI (14)
Score de gravedad	Pre: 7,1 6 h: 4,2 24 h: 4,1	Pre: 6,5 6 h: 4,7 24 h: 4,4
Flujo (lpm)	10,7 (7-20)	8,4 (6-35)
Duración técnica (días)	3,02 (0,5-16)	3,8 (2-10)
Fallo técnica	10 (13,8%) (CPAP 6 BIPAP 3 VM 1)	9 (22%) (CPAP 4 BIPAP 1 VM 4)

**Comentarios:** En nuestra serie de datos si parecen existir ciertas ventajas del dispositivo Vapotherm® con respecto al Fisher & Paykel®, ya que el score de gravedad mejora más precozmente, existe menor número de fallos y la necesidad de mantener la técnica en el tiempo es algo menor. No obstante, para su indicación habrían de tenerse en cuenta otras consideraciones como el precio y la disponibilidad.

#### 475 17:35 LA BRONQUIOLITIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA DURANTE LOS ÚLTIMOS 18 AÑOS

M.S. Holanda Peña, M. Monsalve Sáiz, J.L. Teja Barbero, M. López Sánchez, A. San Sebastián Hurtado, M.J. Domínguez Artiga, M.J. Caldeiro Díaz, E. Rubín de la Vega, D. Sánchez Arango y J.P. Santidrián Miguel

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.*

**Objetivos:** La bronquiolitis es la causa más frecuente de infección respiratoria en el primer año de vida. Describimos los casos de bronquiolitis que precisaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) durante los últimos 18 años.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes, menores de 2 años, ingresados en la UCIP, con diagnóstico de bronquiolitis, desde 1991 a 2008. Las variables analizadas estadísticamente fueron: edad, sexo, antecedentes personales, época del año, tiempo de evolución previo al ingreso, tiempo desde su llegada al hospital hasta su ingreso en UCIP, pruebas realizadas, días de hospitalización, tratamiento y necesidad o no de ventilación mecánica.

**Resultados:** Se estudiaron 117 casos, 63,2% varones, con una edad media de 3,5 meses. El 70% de los casos ingresaron durante los meses de diciembre a febrero. El 34,2% tenía como antecedente la prematuridad y en el 35,9% existía alguna enfermedad neurológica, cardiológica o respiratoria asociada. La mediana de horas desde la aparición de la clínica hasta la llegada al hospital fue de 56 horas (rango 4-360), y la de horas desde su llegada al hospital a UCIP fue de 8 horas (rango 0-192). Se realizó hemograma al 90% de los pacientes, hallándose leucocitosis con linfocitosis en el 38% de los casos. Al 96,6% se hizo radiografía de tórax siendo el hallazgo más frecuente la hiperinsuflación (60%). Al 73,5% de los pacientes se les realizó la determinación del virus respiratorio sincitial (VRS), siendo positivo en el 60,5% de ellos. Todos los niños precisaron oxigenoterapia, y el 18% ventilación mecánica durante un tiempo medio de 6,3 días. La estancia media en UCIP fue de 4,9 días (rango 1-20).

**Conclusiones:** El VRS es el agente infeccioso más frecuentemente implicado en la bronquiolitis, presentando un patrón epidémico estacional durante el otoño-invierno. Los casos graves requieren ingreso en UCIP, especialmente cuando existen factores de riesgo como prematuridad, edad inferior a 1 mes, cardiopatía o enfermedad pulmonar asociada, tal y como ocurría en el 77,7% de nuestros pacientes. Pese a las necesidades de ventilación mecánica, en ocasiones prolongada, el pronóstico de la bronquiolitis en UCIP es bueno.

#### 476 17:45 ¿RECONOCEMOS ADECUADAMENTE LA HIPONATREMIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL?

J. Sopena Corvinos, T. Fernández López, A. Alcaraz Romero, A. García Figueruelo, M.I. Fontecha García de Yébenes, M.J. Rodríguez Castaño, A. Rodríguez Ogando y O. Álvarez Blanco

*Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Existen controversias en la actualidad sobre la prescripción de líquidos en pediatría, dado que el empleo de soluciones hipotónicas ha sido relacionado por varios auto-

res con el desarrollo de hiponatremia. El objetivo de nuestro trabajo es describir los casos de hiponatremia adquirida durante la estancia hospitalaria en niños ingresados en un hospital de tercer nivel durante un período de 10 meses.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo en el que se incluyen los niños mayores de un mes con Na menor de 130 mmol/l. Se seleccionaron los que ingresaron con un Na mayor de 130 mmol/l y presentaron un descenso a valores menores de 130 mmol/l durante el ingreso. Se excluyeron los que no tenían control posterior a la primera determinación de Na. Además de los valores repetidos de Na sérico, se recogieron variables relacionadas con diagnóstico, tipo de líquidos recibidos y administración de diuréticos, así como diagnóstico y tratamiento de la hiponatremia.

**Resultados:** De 320 casos con Na menor de 130 mmol/l registrados durante el período de estudio, 102 cumplían los criterios de inclusión (65 varones, 37 mujeres), con una mediana de edad de 24 meses (rango 1 a 240 meses). A la llegada al hospital la natremia media fue  $135,8 \pm 3,9$  mmol/l (rango 130-149 mmol/l), disminuyendo una media de  $9,5 \pm 4,5$  mmol/l (rango 2-22 mmol/l) durante el ingreso, alcanzando un valor mínimo de Na de  $126 \pm 2,7$  mmol/l (rango 117-129 mmol/l). El 70% de los pacientes estaban ingresados en cuidados intensivos en el momento de objetivarse la hiponatremia. Los motivos de ingreso fueron: postoperatorio 46% (cirugía cardíaca 31,5%), descompensación de cardiopatías 14%, insuficiencia respiratoria 10%, oncológicos 9%, pérdidas digestivas 7% y otros 14%. El 45% de los pacientes seguían tratamiento con diuréticos y el 81% recibían líquidos hipotónicos previos a la hiponatremia. En 31 pacientes (30,5%) el Na mínimo fue menor o igual a 125 mmol/l, de los cuales 3 presentaron síntomas neurológicos asociados a la hiponatremia. Dos pacientes fallecieron durante el ingreso. La hiponatremia fue un diagnóstico inconstante y su tratamiento heterogéneo.

**Conclusiones:** La hiponatremia adquirida en el hospital es frecuente, más probable en niños con patología grave, en especial en niños postoperados. El tratamiento con líquidos hipotónicos en esta situación y la administración de diuréticos pueden favorecer su desarrollo. La prevención de este trastorno y su tratamiento correcto reducirían la morbimortalidad asociada.

#### 477 17:55 CORRELACIÓN DE OXIMETRÍA SOMÁTICA A NIVEL ABDOMINAL CON SATURACIÓN DE OXÍGENO VENOSA CENTRAL EN EL POSTOPERATORIO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

S. Redondo Blázquez, M.A. Conde Domínguez, F.J. Pilar Orive, Y. López Fernández, J. López Bayón, J. Gil Antón, E. Morteruel Arizcuren, E. Pérez Estévez, M.T. Hermana Tezanos y J.I. Pijoan Zubizarreta

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Unidad de Epidemiología, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La espectroscopia próxima al infrarrojo es un método no invasivo de monitorización in vivo de la saturación regional de oxígeno; aunque habitualmente se usa para valorar la oxigenación a nivel cerebral, recientemente ha adquirido importancia en la medición de la saturación a otros niveles. Pretendemos comparar los valores obtenidos en la saturación de oxígeno regional (rSO<sub>2</sub>) a nivel somático medida por espectroscopia mediante el sistema INVOS, con los valores obtenidos en la saturación venosa de oxígeno medida a nivel auricular.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de pacientes pediátricos menores de 40 kg intervenidos en nuestro Hospital de cardiopatía congénita. Se recogen las mediciones de rSO<sub>2</sub> a nivel abdominal y renal durante el postoperatorio inmediato mediante el sistema INVOS (INVOS®: In Vivo Optical Spectroscopy. SOMANETICS), a las 6 horas, 12 horas, 18 horas y 24 horas, junto con las mediciones de lactato, y ScvO<sub>2</sub> a nivel auricular.

**Resultados:** Durante el período de octubre de 2008 a enero de 2009 se estudiaron 25 pacientes intervenidos de cardiopatía congénita. Se observó una correlación positiva entre la rSO<sub>2</sub> abdominal ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,001$ ) y renal ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,001$ ) con la ScvO<sub>2</sub>. En el grupo de los pacientes con ScvO<sub>2</sub> > 70 se observó una escasa correlación positiva ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ) con la rSO<sub>2</sub> renal. Para determinar si los valores de la ScvO<sub>2</sub> y los de la rSO<sub>2</sub> abdominal y/o renal eran intercambiables entre sí, se utilizó el test de Bland-Altman. En relación a la ScvO<sub>2</sub> y rSO<sub>2</sub> abdominal la diferencia de medias es pequeña, pero la dispersión de valores es alta con diferencias entre -24 y +31. En relación a la ScvO<sub>2</sub> y rSO<sub>2</sub> renal la diferencia de medias es pequeña y la dispersión de valores también es alta con diferencias entre -23 y +14.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio demuestran que existe una correlación positiva entre la rSO<sub>2</sub> abdominal y renal y la ScvO<sub>2</sub> central, aunque los valores de rSO<sub>2</sub> renal y abdominal no son intercambiables por los valores de ScvO<sub>2</sub>, dada la amplia dispersión entre los mismos. Los valores de rSO<sub>2</sub> renal tienden a sobreestimar los valores de ScvO<sub>2</sub>.

#### 478 18:05 UTILIZACIÓN DE VÍAS CENTRALES DE ACCESO PERIFÉRICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

J. Huerta Aragonés, R. Velasco Zúñiga, S. Mencía Bartolomé, J. Sopena Corvino, V. Luengo Herrero y A. Carrillo Álvarez

*Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** El manejo del niño crítico requiere a menudo de la utilización de vías centrales (VC). Las vías centrales de acceso periférico (VCAP) pueden ser una alternativa válida para dicho manejo. Nuestro objetivo fue estudiar la utilidad de las VCAP en el niño grave.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes ingresados en nuestra UCIP entre los años 2005-2008 en los que se utilizó una VCAP. Se recogieron datos antropométricos, patología de base, indicación de la vía, localización, productos perfundidos y complicaciones.

**Resultados:** Se incluyó un total de 30 catéteres (4F de 2 luces), canalizados en 29 niños (3 de 13 cm, 4 de 20 cm y 23 de 30 cm). Su edad media fue 6,8 años (rango 15 meses-17 años), con un peso medio de 23,4 kg. El motivo principal de ingreso fue cardiopatía (33%), seguido por cirugía general (18,5%), patología respiratoria (15%) y una miscelánea (26%). La mayoría se canalizaron para obtener un acceso central (46%) o por retirada de otras VC (38,5%). Se detectó una localización incorrecta del catéter por radiología en 5 casos (1 periférico, 3 en aurícula derecha y 1 en vena cava inferior), recolocándose convenientemente. La VCAP se utilizó para infundir fluidoterapia (80%), drogas vasoactivas (20%), sedoanalgesia (83%), nutrición parenteral (8,5%) y otros productos (25%). Se observaron complicaciones en 3 pacientes (10%): 1 caso de flebitis, 1 caso de bacteriemia asociada a catéter (*S. epidermidis*) y 1 caso de obstrucción. En los 3 casos fue necesaria la retirada del catéter.

**Conclusiones:** Las VCAP son una alternativa segura y fiable a las VC en el niño crítico mayor de 2 años. Su canalización es sencilla y permiten realizar expansiones de volemia e infundir todo tipo de fármacos, hemoderivados y productos hiperosmolares de forma prolongada y con riesgo bajo de complicaciones.

#### 479 18:15 SEGURIDAD Y EFICACIA DEL MARS DE LARGA DURACIÓN EN EL PACIENTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

J. Quintero Bernabeu, J. Ortega López, M. Dapena Archilés, A. Ana Puig, C. Venturi, S. Flores Villar, F.J. Bueno Recio, R. Charco y J. Roqueta Mas

*Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Introducción:** Molecular Adsorbent Recirculating System (MARS) es un sistema que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del paciente hepático crónico reagudizado y en el Fallo Hepático Fulminante (FHF). Presentamos tres casos en los que se realizaron sesiones de duración mayor a la habitual.

**Objetivo:** Valorar la seguridad y eficacia del tratamiento con sesiones de MARS de larga duración en pacientes pediátricos afectos FHF y reagudizaciones de Insuficiencia Hepática Crónica (IHC).

**Pacientes:** *Caso 1:* Paciente de 8 años de edad que presenta fallo hepático hiperagudo por VHA con encefalopatía hepática grado III y disfunción renal. La duración del tratamiento fue de 18 horas presentando al final de la misma recuperación neurológica completa y mejoría analítica (bilirrubina de 5 a 1 mg/dl y INR 5 a 2). Posteriormente requirió Hemodiafiltración (HDF) durante 4 días. No presentó colapso del filtro de intercambio iónico. *Caso 2:* Paciente de 10 meses con cirrosis hepática por AVB. Presenta shock séptico secundario a una peritonitis espontánea por *Candida albicans* así como Sd. hepato-renal tipo 1. Al introducirlo en MARS presenta fallo multiorgánico con un score inotrópico (SI) > 600 y un PELD de 51. Se realiza sesión de 72 horas (3 filtros de intercambio iónico). Al retirarlo el paciente permanece estable sin drogas inotrópicas y con mejora de los parámetros analíticos (bilirrubina de 60 a 15 mg/dl e INR de 4 a 2). Continuó en HDF durante 18 días, momento en que se realizó trasplante hepático (TH) con correcta evolución hasta la actualidad. *Caso 3:* Paciente de 1 año afecta de cirrosis hepática por AVB con Sd. hepatopulmonar. Al inicio del MARS presenta un SI de 160 y PELD de 52. La sesión duró 48 h (2 filtros de intercambio iónico). Mejora la función renal y la hemodinamia procediéndose a realizar TH que resultó exitoso.

**Conclusiones:** No se presentaron complicaciones (infecciosas, hematológicas ni del sistema) durante las sesiones de MARS. El MARS mantuvo en todo momento la capacidad dialítica renal y detoxificante de bilirrubina, permitiendo la regeneración hepática en el FHF o utilizándose como puente al trasplante en las reagudizaciones de IHC.

#### 480 18:25 REVISIÓN DEL POSTOPERATORIO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2008

S. Redondo Blázquez, J. Fernández Aracama, A. González de Zárate Pérez de Arrilucea, F.J. Pilar Orive, Y. López Fernández, J. Gil Antón, E. Morteruel Arizcuren, E. Pérez Estévez, J. López Bayón y M.T. Hermana Tezanos

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

**Antecedentes y objetivos:** Analizar nuestros resultados en cirugía cardíaca de cardiopatías congénitas durante los años 2006-2008.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes entre 1 mes y 14 años de edad, intervenidos de cardiopatía congénita en nuestro Hospital durante los años 2006-2008.

**Resultados:** Durante este período se intervinieron 241 pacientes con una edad media de 3,2 años. De las cardiopatías intervenidas las más frecuentes fueron: CIA (41), CIV (34), canal AV (32), tetralogía de Fallot (30), y coartación de aorta (21). Aproximadamente el 82% precisaron de algún soporte inotrópico en el postoperatorio, siendo las drogas más usadas la dopamina y la milrinona. La ventilación mecánica se prolongó una media de 46 horas, siendo extubados el 71% en las primeras 48 horas. La estancia media en la UCIP fue de 6 días, permaneciendo el 56% menos de 4 días. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron arritmias, fundamentalmente nodales, derrame pleural, crisis de hipertensión pulmonar y parálisis/paresia diafragmática. En el 3% de los pacientes fue necesaria la reintervención quirúrgica por sangrado. Fallecieron 11 pacientes lo que significa una mortalidad aproximada del 4,5%.

**Conclusiones:** Destacamos la baja mortalidad postoperatoria de este período, aunque hay que remarcar el alto número de complicaciones y la alta estancia media.

**481****EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DAÑO RENAL AGUDO: UTILIDAD PRONÓSTICA DE LAS NUEVAS CLASIFICACIONES RIFLE Y AKIN****18:35**

A. Alcaraz Romero, S. Zarzoro Fernández, A. Chacón, B. Huidobro Fernández, J.C. López-Menchero Oliva, M.J. Rodríguez Castaño, A.C. Sánchez Galindo, O. Álvarez Blanco, N. Navarro Patiño y J.M. Bellón Cano

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedente y objetivos:** La definición de insuficiencia renal aguda ha cambiado con el desarrollo por expertos de los criterios RIFLE y su adaptación pediátrica (pRIFLE), y los posteriores del grupo AKIN (Acute Kidney Injury Network). El objetivo del estudio es la valoración del daño renal según los criterios pRIFLE y AKIN en niños, y evaluar su utilidad pronóstica.

**Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo y analítico, incluyendo los niños mayores de 1 mes sometidos a cirugía cardíaca durante un período de 2 años. En la valoración de la función renal, además de

la diuresis, se estimó filtrado glomerular preoperatorio y postoperatorio reiteradamente, con la fórmula de Schwartz (basada en creatinina), y se aplicaron los criterios pRIFLE y AKIN. Se recogieron variables clínicas relacionadas con la agresión quirúrgica (duración de la circulación extracorpórea [CEC], utilización de parada circulatoria [PCT]), evolución postoperatoria (inotrópicos, duración de ventilación mecánica [vm], depuración extrarrenal [Dep]) y resultado (duración de ingreso en cuidados intensivos [UCI], muerte). En el análisis de los datos se utilizó Chi cuadrado y regresión logística multivariante.

**Resultados:** Se incluyeron 176 niños (111 varones) con edad  $41 \pm 53$  meses. Se realizó PCT en 23, cierre diferido de esternón en 24, y fueron sometidos a trasplante 20 niños. Presentaron disfunción renal 48 niños usando pRIFLE y 42 con AKIN, siendo grave en 22 con pRIFLE (categoría F) y en 20 con AKIN (estadio 3), mientras que requirieron Dep 15 niños. Fallecieron 7 niños, 46 tuvieron vm más de 7 días y 80 ingreso en UCI mayor de 7 días. Controlando el efecto de la edad, CEC, PCT e inotrópicos, pRIFLE (OR = 4,9) y AKIN (OR = 4,2) fueron predictores independientes de ingreso más de 7 días en UCI y vm prolongada (pRIFLE OR = 6,8, AKIN OR = 12,7).

**Conclusiones:** Tanto pRIFLE como AKIN son útiles clasificaciones para evaluar el daño renal tras cirugía cardíaca, y predicen mayor morbilidad postoperatoria y larga estancia en UCI. Necesitan ser validados en estudios prospectivos, y podrían ser útiles en la identificación precoz de riesgo de daño renal, cuando una intervención pueda mejorar el pronóstico.



PÓSTER MODERADO

Viernes, 5 de junio (17:15-18:45)

NEFROLOGÍA

Sala 3-4 (Planta 0)

**P482** **17:15**  
**TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO EN PACIENTES DE 5 KILOS**

P. Velasco Puyol, A. Casquero Cossio, L.E. Lara Moctezuma, A. Madrid Aris, R. Vilalta Casas, G. Royo, M. Asensio Llorente, C. Prio Biosca, J.A. Martín Osorio y J. Nieto Rey

*Servicio de Nefrología y Urología Pediátrica, Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.*

**Objetivo:** El trasplante renal sigue siendo la mejor opción terapéutica para niños con insuficiencia renal terminal. Presentamos dos pacientes trasplantados con 5 kg de peso, que es el límite de seguridad establecido en los protocolos internacionales.

**Métodos:** Se estudian 2 pacientes trasplantados con un peso inferior a 6 kg.

**Resultados:** Ver tabla.

**Conclusiones:** 1. Los dos pacientes presentan una buena tolerancia al injerto. 2. El tiempo de isquemia caliente quirúrgico ha sido equivalente al de pacientes de mayor peso. 3. Ninguno de los pacientes ha presentado ninguna complicación debida a la cirugía.

4. El tratamiento inmunosupresor realizado es el estándar en nuestros protocolos. 5. Se ha añadido el tratamiento antiagregante plaquetario por el riesgo de trombosis vascular tardía que presentan estos pacientes.

**P483** **17:20**  
**UTILIDAD DE UNA NUEVA TÉCNICA DE ESTIMULACIÓN PARA RECOGIDA DE ORINA POR MICCIÓN DIRECTA EN NEONATOS**

M.L. Herreros Fernández, M. de la Serna Martínez, B. Pérez-Seoane Cuenca, A. Tagarro García, M.T. Contreras Abad y A. Cañete Díaz

*Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España.*

**Antecedentes:** El método de recogida de orina para urocultivos en neonatos es un tema muy debatido. Los métodos invasivos (punción suprapúbica y cateterización uretral) son muy sensibles y específicos pero no están exentos de complicaciones. Entre los métodos no invasivos la recogida con bolsas adhesivas perineales es fácil y no agresiva, pero lenta y con elevado número de contaminaciones. En el niño continente se utiliza la muestra de chorro miccional medio, siendo un método fácil y fiable. La recogida por micción directa en neonatos tiene escasa difusión por ser un método largo y complejo.

Paciente	Número 1	Número 2
Enfermedad renal primaria	Sd. Prunne-Belly	Displasia renal bilateral
Hemodiálisis inicio (duración)	10.07.2006 (10 meses)	17.07.2007 (4 meses)
Peso/talla trasplante	5.850 g/66 cm	5.260 g/58 cm
Edad trasplante/sexo	13 meses/masculino	6 meses/masculino
Trasplante renal (fecha)	23.05.2007	8.11.2007
Donante	Cadáver	Cadáver
Compatibilidad HLA	B7	DR1 y A3
Isquemia fría/caliente	18 horas/1 hora	18 horas/1 hora
Tratamiento inmunosupresor	Basiliximab, tacrólimus micofenolato, metilprednisolona	ATG, tacrolimus, micofenolato, metilprednisolona
Inicio diuresis postrasplante	6 días	Inmediata
Tratamiento antiagregante	Ácido acetilsalicílico	Ácido acetilsalicílico
Filtrado glomerular actual	100 ml/min (8 meses)	69 ml/min (3 meses)
Complicaciones	Ninguna	Ninguna

**Objetivos:** Conocer la utilidad de una técnica de estimulación para obtener muestras de orina por micción directa en neonatos.

**Métodos:** Se diseñó una técnica basada en combinación de ingesta líquida y maniobras de estimulación vesical (percusión suprapúbica y estimulación lumbar). Se aplicó a 60 neonatos ingresados en la unidad neonatal y maternidad. Analizamos el porcentaje de maniobras en que se consigue muestra y el tiempo medio de obtención. Consideramos fracaso de la técnica la no obtención de muestra antes de 5 minutos.

**Resultados:** Se consiguió muestra en el 90% de las maniobras, con un tiempo medio de recogida de 55 segundos.

**Conclusiones:** La técnica de estimulación vesical descrita es una forma obtención de muestras de orina por micción directa en neonatos novedosa, eficaz, rápida y poco agresiva.

#### P484 17:25 DETERMINACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL AL FINAL DEL PERÍODO DE SEGUIMIENTO EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE REFLUJO VESICoureTERAL

Z. Coello Torres, A. Ibáñez Alonso, E. Rodríguez Carrasco, M.I. Luis Yanes, L. Antón Hernández, V.M. García Nieto, O. Mesa Medina y M. Rivero Falero

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

**Antecedentes y objetivos:** El reflujo vesicoureteral (RVU) se asocia con frecuencia a anomalías funcionales renales que, en determinadas ocasiones, puede incluir insuficiencia renal crónica (IRC).

**Métodos:** Se han identificado retrospectivamente las historias clínicas de 74 niños (36V, 38M) diagnosticados de RVU y que en el momento del estudio estaban curados y tenían dos años o más de edad ( $6,2 \pm 3,7$  años; rango: 2-16 años). Además de la osmolalidad urinaria máxima (Uosm), se recogieron el grado de RVU, los niveles de creatinina y las anomalías morfológicas detectadas en las gammagrafías realizadas con ácido Tc-99 dimercaptosuccinico (DMSA). La osmolalidad urinaria máxima (Uosm) se determinó tras la administración de 20 µg de desmopresina por vía nasal.

**Resultados:** Sólo dos pacientes tenían IRC moderada (2,7%) (GFR: 52,8 y 60,5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; Uosm: 338 y 441 mOsm/kg). No se observaron diferencias en los valores de Uosm según los grados de RVU: Grado I:  $984,5 \pm 154,9$  mOsm/kg (n = 2), Grado II:  $969,3 \pm 93,8$  mOsm/kg (n = 15), Grado III:  $929,9 \pm 117,9$  mOsm/kg (n = 30), Grado IV:  $864,9 \pm 186,8$  mOsm/kg (n = 25), Grado V:  $835,5 \pm 99,7$  mOsm/kg (n = 2). Todos los niños con RVU de grados I y II tuvieron una Uosm normal. Se observó defecto de concentración a largo plazo en 15 niños, 6 con grado III, 8 con grado IV y 1 con grado V. Sólo dos pacientes con DMSA normal tuvieron la Uosm reducida. Ésta, estaba disminuida en el 41,7% de los niños con riñón atrófico unilateral o ausente (5/17) y en el 100% de aquellos con cicatrices bilaterales (5/5). Los niños restantes con defecto de concentración eran portadores de una cicatriz (n = 1) o de varias cicatrices unilaterales (n = 2). La Uosm se correlacionó directamente con el GFR ( $r = 0,57$ ;  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** Hemos comprobado defecto de la capacidad de concentración en el 20,3% de los niños con RVU. Ese defecto se relaciona, especialmente, con la pérdida de masa renal observada en el DMSA. La frecuencia de IRC en nuestra serie es muy reducida.

#### P485 17:30 SÍNDROME NEFRÓTICO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA. ESTUDIO RETROSPECTIVO

M.J. Bravo Sayago, B. Carazo Gallego, M. García Ramírez, V. Rosa Camacho, M. Peña Muñoz y A. Jurado Ortiz

Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.

**Introducción:** El síndrome nefrótico (SN) en el primer año de vida se produce por diferentes mecanismos moleculares que presentan una evolución diferente. Objetivo: Consideramos necesario analizar la frecuencia, clínica y evolución de los diferentes SN en el 1.º año de vida.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de los casos de SN en menores de 12 meses atendidos en nuestro centro desde 1981 hasta la actualidad.

**Resultados:** De los 208 casos totales de SN, 8 casos (3.8%) fueron en menores de 1 año. En la tabla se exponen las características principales de estos últimos. Motivo de consulta: edemas. Los 3 casos de fallecimiento se produjeron por sepsis. En los casos 7 y 8 se realizó estudio genético en el gen NPHS1.

N.º	Edad debut	Histología	Diagnóstico	Evolución
1	11 meses	Cambios mínimos	Cambios mínimos	Brote único
2	10 meses	Esclerosis mesangial difusa (EMD)	SN 1.º año por EMD	Fallecimiento
3	10 meses	Cambios mínimos	Cambios mínimos	Brote único
4	5 meses	EMD	Sd. Denysh Drash	Fallecimiento
5	11 meses	Esclerosis segmentaria y focal	Esclerosis segmentaria y focal	Remisión con corticoides
6	6	EMD	Sd. Pierson	Diálisis
7	1	Tipo Finlandés	SN Finlandés	Fallecimiento
8	3	Tipo Finlandés	SN Finlandés	Antiproteínúricos

**Conclusiones:** 1) Es necesario el diagnóstico histológico en todos los casos. 2) Los asociados a cambios mínimos presenta buena evolución, a diferencia de los SN ligados a otra histología. 3) Los casos de esclerosis segmentaria y focal responden bien a bolos de corticoides. 4) La sepsis es una de las principales causas de morbimortalidad.

#### P486 17:35 ENSAYO CLÍNICO NUTRICIONAL SOBRE LA INFLUENCIA DE LA INGESTA PROTEICA EN EL CRECIMIENTO Y FUNCIÓN RENALES EN LACTANTES SANOS

J. Escribano Subias, R. Closa Monasterolo, V. Luque Moreno, N. Ferré Pallás, M. Zaragoza Jordana, C. Bras Boqueras, V. Grote, D. Gruszfeld, E. Dain y B. Koletzko

Unidad de Pediatría, Universitat Rovira i Virgili, Reus; Hospital Universitari de Sant Joan de Reus y Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España.

**Antecedentes y objetivo:** Estudios previos han encontrado un mayor volumen renal en lactantes alimentados con fórmulas artificiales en comparación con los alimentados con lactancia materna. Se formula que la diferente carga proteica de ambas leches puede ser la responsable de este efecto. Nuestro objetivo es valorar si diferentes concentraciones de proteínas en la leche artificial influyen en el tamaño y función renales en una población de lactantes sanos.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado doble ciego que compara dos grupos de lactantes alimentados con fórmula láctea de alto (13% de la energía) (AP) y bajo contenido proteico (7% de la ener-

gía (BP). Un total de 737 niños de 4 países europeos que fueron reclutados al nacimiento para participar en el Childhood Obesity Project (QLK1-2001-00389), a los cuales se realizó a los 6 meses: antropometría, ecografía renal, registros alimentarios de 3 días, bioquímica de sangre y orina.

**Resultados:** Los lactantes AP mostraron mayor volumen renal total (cc) que BP (42,64 [ $\pm$  9,60] vs 39,56 [ $\pm$  8,41];  $p < 0,001$ ), volumen renal/talla (cc/cm) (0,63 [ $\pm$  0,13] vs 0,59 [ $\pm$  0,12];  $p < 0,001$ ) y urea en sangre (mg/dl) (28,88 [ $\pm$  10,00] vs 17,72 [ $\pm$  6,36];  $p < 0,001$ ). No se hallaron diferencias significativas en la creatinina sanguínea ni urinaria. El filtrado glomerular se correlacionó positiva y significativamente con la ingesta proteica ( $r = 0,148$ ;  $p \leq 0,01$ ).

**Conclusión:** La mayor concentración de proteínas de las fórmulas lácteas es capaz de incrementar el tamaño y función renales en lactantes sanos.

## P487

### SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO ASOCIADO A *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

17:40

A. Gondra Sangroniz, L. Herrero García, O. Rotaetxe Vacas, M. Beriain Rodríguez, M. Aguirre Meñica, J. Elorz Lambarri, Y. López Fernández y G. Ariceta Iraola

*Servicio de Pediatría, Hospital de Basurto, Bilbao y Sección de Nefrología y Sección de Cuidados Intensivos, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

**Introducción:** El síndrome hemolítico urémico (SHU) atípico asociado a enfermedad invasiva por *S. pneumoniae* (sobre todo a neumonía) parece estar en aumento, con morbi-mortalidad elevada. El criptoantígeno T presente en la membrana celular de eritrocitos, plaquetas y células endoteliales es expuesto por la neuraminidasa sintetizada por el neumococo. Se produce una reacción antígeno-anticuerpo que causa anemia hemolítica, trombopenia e insuficiencia renal (IR) por microangiopatía trombótica. Se recomienda utilizar hemoderivados "lavados" para evitar transfundir anticuerpos IgM-anti T presentes de forma fisiológica en plasma.

**Casos clínicos:** Se presentan tres lactantes sanos afectados de neumonía neumocócica lobar con derrame pleural, con vacunación antineumocócica en un caso. A las 48 horas de ingreso presentaron anemia, trombopenia y fracaso renal. Se resumen los datos clínicos de estos pacientes.

Edad (meses)	Debut	Diálisis (tiempo)	Evolución (tiempo)
30	Hematemesis Oligoanuria, IR. Trombopenia, anemia	HF 8 días DP 9 meses hasta trasplante	IRC Trasplante renal (6 años)
19	Oligoanuria, IR Trombopenia, anemia	DP 5 días	Proteinuria (4 meses)
17	Trombopenia, anemia, IR.	No	Recuperación (2 meses)

**Comentarios:** El pronóstico de SHU por neumococo es variable, con mayor riesgo de IRC. El diagnóstico precoz se sospecha en la enfermedad neumocócica invasiva con trombopenia y/o anemia, especialmente en el lactante.

## P488

### HIPONATREMIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL: ¿INFLUYEN LOS LÍQUIDOS HIPOTÓNICOS?

17:45

A. García Figueruelo, M. Fontecha García de Yébenes, A. Alcaraz Romero, C. Romero Román, M.J. Solana García, T. Fernández López, J. Sopena Corvinos, A. Berroya Gómez, M. Hernando Puente y V. Luengo Herrero

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La hiponatremia es la alteración hidroelectrolítica más frecuente en la práctica clínica. Su sintomatología es variable, inespecífica y potencialmente grave. Nuestro objetivo es describir las causas principales de hiponatremia grave en niños de un hospital terciario y evaluar su asociación con la administración de fluidos hipotónicos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con Na sérico menor a 125 mmol/l atendidos en el hospital entre los años 2005 y 2007. Se excluyeron los ingresados en neonatología. Las variables recogidas fueron: sexo y edad, patología, Na sérico al ingreso y el más bajo durante la estancia hospitalaria, tipo de líquido intravenoso administrado, factores para la secreción de ADH y clínica potencialmente asociada a la hiponatremia. Se consideraron hiponatremias adquiridas en el hospital aquellas en las que el Na descendió por debajo de 125 mmol/l y a las que habían ingresado con Na menor a 125 mmol/l y éste no ascendió.

**Resultados:** 201 pacientes (110 varones), con media de edad de  $53 \pm 62$  meses, tuvieron Na plasmático menor a 125 mmol/l (media  $121,6 \pm 2,8$  mmol/l, rango 108-124 mmol/l). Al ingreso 42 niños tenían Na mayor a 135 mmol/l y 159 pacientes menor, de ellos 90 eran inferiores a 125 mmol/l. La patología fue respiratoria (40 casos), gastrointestinal (44), quirúrgica (40), insuficiencia cardíaca (20), metabolopatías (10), neurológicas (7), infecciones (21), otros (19). Fallecieron 16 pacientes. La hiponatremia ocurrió asociada a hipovolemia (67 casos), hipervolemia (37) y euvolemia (97). Hasta un 50% de los pacientes presentó síntomas potencialmente asociados a la hiponatremia: náuseas y vómitos (65), obnubilación (43), convulsiones (15) y parada cardiorrespiratoria (3 casos, 2 de ellos fallecieron). 128 niños presentaron hiponatremia adquirida en el hospital, en más del 90% de los casos se relacionó con la administración de líquidos hipotónicos.

**Conclusiones:** Las hiponatremias adquiridas en el hospital están claramente relacionadas con la administración de fluidos hipotónicos intravenosos y pueden ser causa de muerte por encefalopatía hiponatémica.

## P489

### HIPERGLUCEMIA EN SÍNDROME NEFRÓTICO SENSIBLE A ESTEROIDES

17:50

A. Castillo Serrano, A. Vidal Company, R. Ruiz Cano, J.V. Sotoca Fernández, L. García Villaescusa y J.M. Siurana Rodríguez

*Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España.*

**Introducción:** La incidencia conjunta de diabetes mellitus (DM) y síndrome nefrótico (SN) no relacionado con nefropatía diabética es muy rara (1/3 millones). Se trata de una asociación escasamente citada en la literatura, siendo sólo dos los casos en que la patología renal precede al desarrollo de la DM. Objetivo: Discutir si la hiperglucemia en el contexto del tratamiento con esteroides del SN se debe a un simple efecto secundario o a un estadio de pre-diabetes con una base genética definida.

**Caso clínico:** Escolar varón de 9 años diagnosticado de síndrome nefrótico idiopático con recaídas infrecuentes a los 3 años. En el contexto de recaída nefrótica en tratamiento con prednisona dos semanas presenta clínica de poliuria/polidipsia y DTX en ayunas de

240. Antecedentes familiares DMID en la madre, no antecedentes de patología renal. Al ingreso la exploración física y constantes son normales. Entre las pruebas complementarias destaca una glucemia de 510 mg/dl (no ayunas) y una hemoglobina glicosilada de 6,5%. Ausencia de acidosis en la gasometría y orina con glucosuria de 4 cruces e indicios de cetonuria. Valores en rango normal de C3, C4, ANA, anticuerpos antiendomisio, GAD y antinsulina, péptido C, ICA, C1q, C1 inhibidor esterasa. Estudio MODY (genes 2 y 3) negativo. Estudio genético: HLA DRB103 (asocia DM), HLA B44 (asocia SN) y HLA A 24 (asocia ambos). Evolución: el paciente precisa insulino-terapia durante una semana con dosis máximas de NPH 3UI/día y rápida 1 UI/día. Se inicia pauta de reducción de esteroides y se asocia ciclofosfamida 2 mg/kg/día, no objetivándose recaídas posteriores. Mantiene un aceptable control glucémico sin insulina, aunque persisten cifras postprandiales elevadas (150-190 mg/dl) a pesar de haber suspendido el tratamiento con esteroides.

**Conclusiones:** 1) El tipaje HLA clase I y II de nuestro paciente se superpone al encontrado en la literatura. 2) La diabetes inducida por esteroides es rara en pacientes pediátricos sin predisposición genética, transitoria y no suele asociar cetonuria ni acidosis. 3) El efecto inmunomodulador de la ciclofosfamida prolonga la fase de "luna de miel" de la DM por lo que es difícil su diagnóstico posterior al inicio del SN.

#### P490 HIPERPOTASEMIA POTENCIALMENTE LETAL EN EL CONTEXTO FINAL DE UNA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

17:55

F. Álvarez Caro, S. Suárez Saavedra, Á. Gómez Farpón,  
J.A. Concha Torre, J. Rodríguez Suárez y F. Santos Rodríguez

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias,  
Oviedo, Asturias, España.*

**Introducción:** La hiperpotasemia es una urgencia médica cuyo tratamiento debe iniciarse si sus niveles superan los 6,5 mmol/l, asocia síntomas o repercusión electrocardiográfica. Presentamos el caso de un lactante que presentó hiperpotasemia potencialmente letal que resultó en contexto final de una infección del tracto urinario (ITU).

**Caso clínico:** Lactante varón de 1,5 meses, afebril, con vómitos de 3 días de evolución, irritabilidad y pérdida de 300 g. en 10 días. A la exploración presentaba regular estado general, taquicardia (175 lpm), y aceptable hidratación. La analítica sanguínea mostró leucocitosis (25.000 leucocitos [54N/40L/5M]), urea y creatinina elevadas (93 mg/dl y 1,44 mg/dl), hiponatremia (123 mmol/l), hiperpotasemia (8,4 mmol/l), y reactantes de fase aguda elevados (PCR 6,1 mg/dl, PCT 1,74 ng/ml). La gasometría mostró acidosis metabólica (pH 7,2, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 16,2 mmol/l) y el sedimento urinario sugirió ITU (> 100 leucocitos/campo, nitritos+), confirmada posteriormente por crecimiento de *Escherichia coli* en el cultivo, recibiendo tratamiento con cefotaxima. El ECG presentaba ondas T picudas. Se administró suero salino (3%) por la hiponatremia, así como cloruro cálcico y bicarbonato por la hiperpotasemia. Tras 24 horas presentaba normalidad gasométrica e iónica. La ecografía mostró hiperecogenicidad de ambos riñones compatible con pielonefritis aguda y ureterohidronefrosis bilateral, sugerente de reflujo vesicoureteral bilateral, confirmado por la cistografía (derecho grado IV, izquierdo grado V). Por la edad, la nefropatía de base y la deshidratación con acidosis metabólica, hiponatremia e hiperpotasemia que presentó, se sospechó un pseudohipoaldosteronismo transitorio, confirmado por cifras normales de renina (1,74 ng/ml/h) y elevadas de aldosterona (435 pg/ml).

**Comentarios:** El pseudohipoaldosteronismo transitorio es una entidad de baja frecuencia. Se debe sospechar ante la asociación de hiponatremia e hiperpotasemia en un lactante con patología renal de base coincidiendo generalmente con una ITU. La alteración ióni-

ca la mayoría de los casos no conlleva repercusión importante aunque se han descrito casos de arritmias cardíacas.

#### P491 ACIDOSIS TUBULAR DISTAL. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS CON METODOLOGÍA DE ESTUDIO FUNCIONAL Y RESPUESTA TERAPÉUTICA

18:00

I. Vives Oñós, S. Chocrón de Benzaquen, C. Vique García,  
L.E. Lara Moctezuma, Á. Madrid Aris, J. Nieto Rey,  
A. Rufach García y N. Pericas López

*Servicio de Nefrología Pediátrica del Área Materno-Infantil,  
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La acidosis tubular distal (ATD) es una enfermedad rara. La importancia de un diagnóstico temprano radica en el cambio pronóstico que supone el inicio precoz del tratamiento. Nuestro objetivo es exponer tres casos de ATD diagnosticados en nuestro centro entre 2005 y 2008.

**Métodos:** Revisión de 3 historias clínicas (2005-2008), recogiendo los siguientes datos: edad al diagnóstico, manifestaciones clínicas, metodología diagnóstica, exploraciones complementarias, con estudio genético, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Todos presentaban: retraso pondero-estatural, poliuria-polidipsia, acidosis metabólica hiperclorémica, nefrocalcinosis e hipercalciuria. Ninguno hipoacusia ni antecedentes familiares de ATD. Se realizaron pruebas funcionales con los resultados de la tabla. Se ha realizado estudio genético en los tres casos. El tratamiento con citrato sódico y ácido cítrico normalizó los parámetros analíticos. Dos han requerido suplementos de potasio oral.

Hiato aniónico sanguíneo	Normal	Normal	Normal
Hiato aniónico urinario	20	9	22
Potasio en sangre	2,4	5	4
pH urinario	> 6	> 5,5	> 5,5
ΔpCO <sub>2</sub> urinario	< 30 mmHg	< 20 mmHg	< 20 mmHg
EF HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	< 2%	4,80%	< 5%
Test de furosemida	No acidifica	No acidifica	No acidifica
Tipo de defecto	Secreción	Secreción	Secreción

**Conclusiones:** 1. El protocolo de estudio inicial de lactantes con fallo de medro debe incluir equilibrio ácido-base y electrolitos séricos. 2. Nuestros pacientes presentaban los hallazgos más característicos de la ATD: poliuria, retraso pondero-estatural, acidosis metabólica hiperclorémica y nefrocalcinosis. 3. El estudio genético confirma el diagnóstico y permite consejo genético. 4. La respuesta terapéutica a alcalinizantes es buena, logrando la compensación analítica y la recuperación de la curva pondero-estatural.

#### P492 REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DEL SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICODEPENDIENTE

18:05

L. Zanduetta Pascual, V. Giménez López, N. Clavero Montañés,  
A.M. Campos Bernal, Y. Armendáriz Cuevas, Y. Romero Salas,  
M.L. Justa Roldán y C. Loris Pablo

*Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España.*

**Introducción:** El síndrome nefrótico (SN) se clasifica en función de la respuesta al tratamiento en: corticosensible, corticorresistente y corticodependiente (2 recaídas consecutivas durante el tratamiento o en los 14 días después de terminarlo). El objetivo de nues-

tro trabajo es valorar la evolución de los pacientes afectos de SN corticodependiente en nuestro hospital.

**Métodos:** Se han revisado las historias clínicas de los pacientes controlados por SN en los últimos 15 años, seleccionando aquellos diagnosticados de corticodependencia. Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos más importantes.

**Resultados:** De los 71 pacientes controlados por SN, 8 (11,2%) son corticorresistentes y 28 (39,4%) corticodependientes. Los corticodependientes son varones en un 78,6% y mujeres en un 21,4%, siendo la edad media de diagnóstico de SN de  $4,2 \pm 2$  años y presentando corticodependencia a los  $5,26 \pm 2,26$  años. La primera línea de tratamiento fue prednisona de mantenimiento en el 100% durante un tiempo medio de 1,27 años. 22 pacientes (78,6%) precisaron segunda línea de tratamiento con: clorambucil en 14 (63,6%) y ciclofosfamida en 8 (36,3%). 8 pacientes (28,5%) no respondieron a ésta terapia requiriendo tercera línea de tratamiento con ciclosporina en 6 (75%) y pulsoterapia de Mendoza en 1 y micofenolato en 1 (12,6%). De ellos 4 pacientes no respondieron precisando otros inmunosupresores. Los efectos secundarios más frecuentes fueron: Cushing (28%), retraso del crecimiento (12%), hipertricosis e hipertrofia gingival (12%) y osteoporosis (4%). Se realizó biopsia renal en 4 pacientes, siendo el diagnóstico anatomopatológico de glomerulonefritis mesangial proliferativa en los 4 con depósitos IgM en 2. Ningún paciente ha presentado deterioro de la función renal.

**Conclusiones:** El SN corticodependiente es una patología de difícil manejo que en ocasiones requiere la utilización de múltiples tratamientos inmunosupresores no exentos de efectos secundarios.

#### P493 HIPOPOTASEMIA FAMILIAR

18:10

Y. Perales Vinagre, M. Muriel Ramos, D. Fernández Álvarez, L. Expósito Alonso, M. García Suquía y E. González Salas

*Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario, Salamanca, España.*

**Introducción:** El síndrome de Gitelman es una tubulopatía hereditaria autosómica recesiva debida a mutaciones en el gen que codifica el cotransportador Na-Cl del túbulo contorneado distal. Se caracteriza principalmente por un cuadro de alcalosis metabólica, hipopotasemia e hipomagnesemia; escasamente sintomático, lo que suele retrasar el diagnóstico hasta la adolescencia o la edad adulta. Debe incluirse siempre en el diagnóstico diferencial de hipopotasemias de carácter familiar.

**Caso clínico:** Varón de 5 años de edad, de etnia gitana, que acude a Urgencias con un cuadro de fiebre, tos, mucosidad y vómitos de 24 horas de evolución. En la exploración física destacan la presencia de exudado amigdalario y signos de deshidratación leve. La tensión arterial es normal. Como antecedentes familiares, su madre está diagnosticada de síndrome de Bartter, y refieren otros familiares por línea materna con pérdidas de potasio. Pruebas complementarias: Sangre: Cl 94 mmol/l, Na 138 mmol/l, K 2,4 mmol/l, Mg 1,1 mg/dl, Ca 1,04 mmol/l, PCR 8,70 mg/dl, procalcitonina  $\geq 10$  ng/ml, pH 7,5, pCO<sub>2</sub> 41 mmHg, bicarbonato 32 mmol/l, exceso de bases 8,8 mmol/l. Función renal: aclaramiento de creatinina 93,17 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, eliminación de Mg 64,7 mg/kg/día, eliminación de K 3,7 mEq/kg/día, eliminación de Ca 0,6 mg/kg/día, GTTK 16,3, EF-Na 0,45%, EF-K 31,17%, EF-Cl 1,13%. Estudio genético (Genética molecular. H. C. de Asturias): tanto el paciente, como la madre y su hermano menor presentan mutación en el gen SLC12A3 (intrón 9 + 1 G > T) en homocigosis. Se establece el diagnóstico de síndrome de Gitelman, con una mutación característica de pacientes de etnia gitana. Tras el inicio del tratamiento con suplementos orales de magnesio y potasio, se normalizan las alteraciones analíticas.

**Conclusión:** El síndrome de Gitelman es una entidad poco expresiva clínicamente, que debe sospecharse ante hallazgos casuales de hipopotasemia y alcalosis metabólica. El estudio genético permite confirmar el diagnóstico. El tratamiento consiste en el aporte oral de suplementos de magnesio y potasio, y el pronóstico a largo plazo suele ser excelente.

#### P494 UN CASO DE DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA CONGÉNITA PARCIAL CON HERENCIA LIGADA AL X

18:15

A. Sario Jamardo, L. Alcántara Canabal, F. Morales Luengo, G. Pérez de Nanclares, E. Ramos Polo y F. Santos Rodríguez

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, y Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

**Introducción:** La diabetes insípida nefrogénica (DIN) es una enfermedad rara caracterizada por resistencia renal a la acción de la hormona antiurética (ADH) y fallo en la concentración urinaria a pesar de niveles normales o elevados de dicha hormona. En su forma completa con poliuria, polidipsia, baja osmolaridad urinaria y tendencia a la deshidratación hipernatrémica. Existen formas adquiridas y formas congénitas, el 90% de las cuales presenta una herencia recesiva ligada al X condicionada por mutaciones de diverso tipo que afectan al gen AVPR2 situado en el locus Xq28 (gen del receptor tipo 2 de la vasopresina). Las formas parciales congénitas son excepcionales, cursan con sintomatología de menor gravedad, son diagnosticadas más tardíamente y suelen tratarse de formas autosómicas dominantes familiares asociadas a mutaciones en el gen de la acuaporina tipo 2 (AQP2).

**Caso clínico:** Niño de 22 meses procedente de FIV con gestación, parto y período neonatal normales, que fue estudiado por presentar fallo de medro, estreñimiento refractario, antecedentes de vómitos y rechazo de tomas, alta ingesta de líquidos, natriemias repetidamente elevadas (147-148 mEq/l) y signos de hemoconcentración. Se le hicieron pruebas complementarias constatándose osmolaridad plasmática elevada (301 mOsm/kg H<sub>2</sub>O), osmolaridad urinaria baja (261 mOsm/kg H<sub>2</sub>O), vasopresina elevada (33,9 pg/ml) y nula respuesta a la administración exógena de desmopresina. La ecografía abdominal y otras pruebas de función renal fueron normales. La secuenciación del gen AVPR2 del paciente y su madre demostró mutación recesiva ligada al X en el exón 2 consistente en la sustitución de triptófano por glicina en posición 293 presente en hemizigosis en nuestro paciente y en heterozigosis en su madre.

**Conclusiones:** El presente caso evidencia la necesidad de analizar los genes implicados en la DIN en formas parciales de la enfermedad en las que no se encuentra una causa adquirida que las justifique.

#### P495 SÍNDROME NEFRÓTICO: CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS EN UNA UNIDAD DE NEFROLOGÍA INFANTIL

18:20

I. García Escobar, A. Daza Torres, A.M. Campos Aguilera, L. Ruiz Tudela, J.E. Cabrera Sevilla y A. Bonillo Perales

*Unidad de Nefrología Infantil y Servicio de Pediatría, Hospital Torrecárdenas del SAS, Almería, España.*

**Objetivos:** Revisar la incidencia y evolución de los casos de síndrome nefrótico idiopático diagnosticados en nuestra unidad desde enero de 1992 a diciembre de 2008.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo basado en revisión de historias clínicas.

**Resultados:** Se han incluido un total de 28 casos con una edad media de comienzo de 4 años (2-13 años), con un tiempo medio de

evolución de 5,2 años (6 meses-17 años). Hemos encontrado un claro predominio del sexo masculino (75%). La media de recaídas al año ha sido de 1,4. Se ha realizado biopsia renal en 7 casos (25%) con resultado de lesiones mínimas. Según la respuesta al tratamiento con corticoides encontramos recaídas infrecuentes 11 (39%); corticodependientes 14 (50%) y corticorresistentes 3 (11%). Los 3 casos de corticorresistencia lo han sido también a cualquier otra pauta de inmunosupresión, con estudio genético sin alteraciones. De los casos con recaídas infrecuentes, 5 recibieron corticoprolifaxis. Los casos corticodependientes fueron tratados con: ciclofosfamida (10): remisión total y/o parcial en 6 casos; ciclosporina (7): remisión en 5 casos; micofenolato (2): remisión total en un caso y parcial en otro.

**Conclusiones:** El síndrome nefrótico idiopático es responsable de la mayoría de síndromes nefróticos en la infancia, con mayor frecuencia en el sexo masculino, con edad de aparición entre los 2 y 6 años. La histopatología mayoritaria es de lesiones mínimas (100% de nuestros casos). La respuesta al tratamiento con corticoides es buena inicialmente pero con alta tendencia a las recaídas, siendo necesario el empleo de otros inmunosupresores en un 60% de nuestros pacientes con mejoría del cuadro clínico (remisión parcial y/o total) en 11 casos (64%).

#### P496 18:25 DIARREA POR *CRYPTOSPORIDIUM* EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS RENALES

A. Torres Amieva, B. Morillo Gutiérrez, F. de la Cerda Ojeda, M.J. Fijo López-Viota, R. Martínez Blanco y J.A. Millán Zamorano

Sección de Nefropediatría, Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Antecedentes:** La diarrea es una complicación frecuente en los pacientes pediátricos trasplantados renales. La inmunodepresión aumenta el espectro etiológico y la gravedad del cuadro en estos pacientes.

**Objetivos:** Describir las características y evolución de los casos de diarrea por *Cryptosporidium* en niños trasplantados renales diagnosticados en el servicio de Nefropediatría durante el 2008.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Resultados:** Ver tabla. Datos de los pacientes diagnosticados de criptosporidiasis.

**Conclusiones:** La criptosporidiasis es una causa importante de diarrea en pacientes trasplantados renales que debemos sospechar ante diarrea persistente. Es fundamental la rehidratación agresiva, el descenso de la inmunosupresión y la utilización de fármacos activos frente al parásito. A pesar de lo descrito en la literatura, en nuestra experiencia la paromomicina se ha mostrado como tratamiento muy eficaz en el manejo a corto plazo de ésta enfermedad.

#### P497 18:30 NEFROLITIASIS PEDIÁTRICA. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

A. Malo de Molina, E. López Varela, M. Junco Piñeiro, M.J. Olmos Jiménez, F.S. Abuabara Eljadue y C. Gil López

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

**Introducción:** La nefrolitiasis es una patología cuya incidencia ha aumentado durante los últimos años en la edad pediátrica. Aunque algunos estudios muestran una prevalencia de entre 1/1.000 a 1/7.600 ingresos hospitalarios.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de litiasis renal infantil diagnosticados en nuestro hospital entre las fechas 2003 y 2008.

**Resultados:** Se identificaron dieciocho casos de pacientes diagnosticados de litiasis renal, de los cuales el 50% fueron varones, y un 38% menores de 5 años. Los síntomas iniciales detectados incluyeron hematuria (16%), síntomas miccionales (11%), o ambos (27%) dolor abdominal (33%), y retención urinaria (5%). Un 25% de nuestros pacientes presentaron infección del tracto urinario asociado al cuadro de nefrolitiasis mientras que un 38% asociaba alteraciones metabólicas. Sólo un paciente presentaba alteraciones morfológicas de la vía urinaria. En el 100% de los casos se realizó ecografía abdominal con imagen compatible con litiasis. La composición del caso se analizó en un 44% de los pacientes, siendo la composición más prevalente la de oxalato cálcico (50%). De los pacientes investigados un 55% han precisado ingreso. En cuanto al tratamiento recibido, sólo 3 de los pacientes precisaron intervención quirúrgica, 4 requirieron litotricia extracorpórea con ondas de choque, y en 11 pacientes el cuadro se resolvió con tratamiento conservador.

**Conclusiones:** Ante cualquier litiasis renal es importante estudiar la existencia de alteraciones metabólicas asociadas así como posibles anomalías estructurales. En un número elevado de casos existe infección del tracto urinario como causa primaria o de forma concomitante. La prueba más rentable es la ecografía abdominal aunque su uso es limitado a la hora de detectar piedras de pequeño tamaño o aquellas de localización ureteral. En un porcentaje muy elevado el cuadro se resuelve con tratamiento conservador. Un pilar importante en el manejo de la litiasis es el tratamiento preventivo.

#### P498 18:35 EVALUACIÓN DE LA INSTAURACIÓN DE NUESTRO NUEVO PROTOCOLO DE ESTUDIOS DE IMAGEN EN PACIENTES CON INFECCIÓN URINARIA FEBRIL

X. Domingo Miró, E. Trillo Bris, M.C. Vidal Palacios, M. Cañellas Fuster, J. Planas Morant, P. Martín-Fernández, M. Redondo Gago, A. Nevot Flor y C. Montero Schiemann

Servicio de Pediatría, Fundación Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Baleares, España.

Caso	Edad (años)	Diagnóstico	Régimen inmunosupresor	Tiempo aparición postrasplante	Tratamiento	Evolución
1	13	Hipoplasia-displasia bilateral	TAC, MMF, PRD	5 meses	Paromomicina	Favorable
2	5	Displasia quística bilateral	TAC, MMF, PRD	19 meses	Nitazoxanida, Paromomicina	Favorable
3	17	GSFS	TAC, MMF, PRD	29 meses	Paromomicina	Favorable

TAC: tacrolimus, MMF: micofenolato mofetilo, PRD: prednisona, GSFS: glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

**Antecedentes:** Tras una infección urinaria (IU) febril debemos evaluar con pruebas de imagen la vía urinaria, para identificar anomalías tratables que predispongan a recurrencias o aparición de cicatrices renales. En los últimos años, han surgido muchos interrogantes sobre el Reflujo Vesicoureteral (RVU) que cuestionan su investigación sistemática. El protocolo previo de nuestro Centro constaba de ecografía, Cistouretrografía miccional (CUMS) y gammagrafía renal Tc99 (DMSA) en fase tardía. Desde enero'08 se decidió modificarlo, realizando CUMS sólo si la ecografía y/o DMSA en fase aguda están alteradas.

**Objetivos:** Evaluar si ha sido adecuada la aplicación del nuevo protocolo y ha permitido un buen cribado de factores de riesgo, evitando pruebas invasivas (CUMS).

**Métodos:** Revisión de historias clínicas retrospectiva y descriptiva, de niños ingresados por IU confirmada con urocultivo estéril de enero a diciembre'08. La DMSA se consideró patológica si hipocaptación de  $\geq 1$  áreas o función renal relativa  $\leq 44\%$ . Se clasificó el RVU en bajo grado: I, II y III unilateral y alto grado: III bilateral, IV o V.

**Resultados:** Estudiamos un total de 26 niños, se hizo ecografía renal al 77% (15% patológicas con correlación en DMSA o CUMS), el 19,2% ya tenía una previa patológica y en 3,8% no se hizo. La DMSA se hizo en fase aguda al 66,6% (38,9% normales y 61,1% patológicas), en fase tardía al 11,5%, está pendiente (tardía) al 11,5% y se perdió seguimiento al 3,8%. Se hicieron 13 CUMS (61,5% normales, 23,1% RVU de alto grado y 15,4% RVU de bajo grado), 3 están pendientes y 3 ya tenían previa. Se evitaron 7 CUMS (en 1 de 4 niños).

**Comentarios:** La aplicación de las nuevas recomendaciones en estudio de imagen tras IU febril ha sido mayoritario. Hubo dificultades en neonatos al no disponer de Medicina Nuclear en nuestro Centro. La asociación DMSA en fase aguda patológica y anomalías anatómicas es de 85,7%. Durante el seguimiento no se han reinfectado los pacientes con DMSA en fase aguda normal sin CUMS. Necesitamos más tiempo de seguimiento para obtener conclusiones con mayor poder estadístico y poder comparar los datos con los resultados de años previos.

**P499**  
**DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA**

**18:40**

L. Zanduetta Pascual, V. Giménez López, B. Navarra Vicente, A. María Campos Bernal, Y. Armendáriz Cuevas, N. Clavero Montañés, Y. Romero Salas, M.L. Justa Roldán y C. Loris Pablo

*Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España.*

**Introducción y objetivos:** Una de las principales complicaciones referidas en el seguimiento de pacientes con Diabetes Insípida Nefrogénica (DIN) es la dilatación de la vía urinaria. El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de anomalías de la vía urinaria en nuestra casuística de niños con DIN sin estudio genético.

**Material y métodos:** Revisión de casos de DIN determinando la evolución de la función renal, estudio de la vía urinaria mediante ecografías seriadas y síntomas clínicos.

**Resultados:** 7 varones y 2 mujeres. Las 2 mujeres pertenecientes a la misma familia, presentaron ureterohidronefrosis grave con di-

sinergia vesicoesfinteriana y alteración secundaria de la función renal, con mejoría clínica tras tratamiento de desobstrucción de la vía urinaria. En ambas se sospechó un herencia autonómica recesiva con probable mutación a nivel del gen de la Aquaporina 2, frente a los 7 pacientes varones en los que se sospechó una herencia ligada al cromosoma X (tabla).

**Conclusiones:** La DIN puede asociarse con el desarrollo de ureterohidronefrosis grave originada por disinergia vesicoesfinteriana. Dicha disinergia podría producirse por la retención voluntaria y continua de los pacientes en un intento de controlar la poliuria. Queda por determinar si existe relación entre las mutaciones del gen de la acuaporina y/o del receptor V2 de la vasopresina en el desarrollo de ureterohidronefrosis.

**P500**  
**SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO SECUNDARIO A DÉFICIT COMBINADO DE METIONIN SINTASA Y METILMALONIL-COA MUTASA**

**18:45**

A. Vázquez Reverter, C. Vique García, P. Velasco Puyol, Á Madrid Aris, A. Casquero Cossío, Z. Ibars Valverde, S. Chocrón Gabizón, L.E. Lara Moctezuma, R. Vilalta Casas y J. Nieto Rey

*Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Introducción:** Los déficit combinados de metionin sintasa y metilmalonilCoA mutasa son un grupo de alteraciones del metabolismo intracelular de la vitamina B12 que se caracterizan por la elevación de los niveles de homocisteína y metilmalonato en orina y plasma y niveles en plasma de vitamina B12 normales. La enfermedad por cobalamina C es la forma más frecuente con un espectro de manifestaciones clínicas muy amplio y que se ha asociado, en nueve casos reportados, a síndrome hemolítico (SHU) D negativo.

**Casos clínicos:** Presentamos dos casos de SHU D negativo, en una misma familia, asociado a enfermedad por cobalamina C con manifestaciones extrarenales muy dispares. El primer caso fue un varón de 26 meses con SHU D negativo sin otra sintomatología acompañante y complemento normal. Evolucionó a IRC y se trasplantó a los 4 años de edad. La segunda paciente, prima hermana del anterior, debutó a los 4 meses con clínica de SHU D negativo y complemento normal. Presentaba encefalopatía y retinopatía de debut neonatal y neutropenia severa al ingreso. El estudio metabólico reveló un déficit combinado de metionin sintasa y metilmalonilCoA mutasa, hallazgos que hicieron sospechar idéntica afectación en el primer paciente. La confirmación se realizó, a los 8 años de edad; el paciente presentaba únicamente problemas de aprendizaje.

**Discusión:** El estudio metabólico de los pacientes con SHU D negativo sin alteración del complemento debe tenerse en cuenta, incluso en ausencia de clínica neurológica. El espectro de la enfermedad por cobalamina C es amplio y han sido descritos casos de adultos con manifestaciones psiquiátricas. El tratamiento en la segunda paciente revirtió la clínica renal y evitó el desarrollo de IRC con necesidad de trasplante renal, a diferencia del primer paciente. Asimismo puede evitar la recidiva del SHU.

	7 varones	2 mujeres
Edad media al diagnóstico	4,4 años	5 años
Función renal media	FGR 115 ml/min 1,73m <sup>2</sup>	FGR 49 ml/min 1,73m <sup>2</sup>
Dilatación vía urinaria	Normal/leve 6/7 Moderada 1/7	Severa 2/2



PÓSTER MODERADO

Viernes, 5 de junio (17:15-18:45)

NEONATOLOGÍA

Sala 5-6 (Planta 0)

**P501** **17:15**  
**ABSCESOS CEREBRALES EN PERÍODO NEONATAL SECUNDARIOS A MENINGITIS POR CITROBACTER KOSERI: A PROPÓSITO DE UN CASO**

M.L. Matoses Ruipérez, G. Sanchís Blanco, A. Alberola Pérez, R. Conde Sardón, M.J. Fuentes Bonmarti y A. Muñoz Guillén

*Servicio de Neonatología y Servicio de Neurocirugía Pediátrica, Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia, y Servicio de Pediatría, Hospital General de Elda, Alicante, España.*

**Antecedentes:** Los abscesos cerebrales son una complicación rara de las meningitis en edad neonatal y conllevan graves secuelas. *Citrobacter koseri* es una bacteria gramnegativa que se encuentra como comensal en tracto digestivo y genital femenino, poco frecuente como causa de meningitis, pero frecuente como productor de abscesos cerebrales.

**Caso clínico:** Recién nacida a término, adecuada a la edad gestacional que ingresa a los 6 días de vida por fiebre, irritabilidad y rechazo de la alimentación, previamente asintomática. Antecedentes de interés: madre G2P1, serologías maternas normales, Streptococo grupo B negativo, 2 horas de bolsa rota, parto eutócico, líquido amniótico claro, Apgar 9/10, frotis vaginal materno: no crece *Citrobacter koseri*. A su ingreso por sospecha de sepsis/meningitis, se inicia tratamiento con ampicilina y cefotaxima, añadiendo a las 12 horas del ingreso aciclovir por sospecha de etiología vírica, que se suspendió a los 20 días, tras recibir pruebas virológicas negativas. Presenta crisis convulsivas a partir del 10 día de ingreso, que requieren tratamiento con fenobarbital y midazolam. A los 12 días de ingreso crece en cultivo de líquido cefalorraquídeo *Citrobacter koseri*, por lo que se cambia el tratamiento a amikacina y meropenem, que se mantiene durante 37 días, pasando luego a ceftriaxona intravenosa. A partir de 16 días de tratamiento con meropenem y amikacina, se negativizan cultivos. En ecografías cerebrales aparecen imágenes compatibles con abscesos en lóbulo temporal y parietal, ventriculitis e hidrocefalia obstructiva. A los 29 días de vida, se practica drenaje quirúrgico de los abscesos, en cultivo de exudado de absceso crece *Citrobacter koseri*. Por aumento de hidrocefalia se coloca válvula de derivación ventriculoperitoneal a los 54 días. En tomografía computarizada a los 70 días, se observa un mínimo absceso cerebral rolandico izquierdo y lesiones

quísticas. A los 72 días de vida es dado de alta y se continúa con tratamiento antibiótico domiciliario.

**Discusión:** Ante abscesos cerebrales neonatales hay que pensar en *Citrobacter* como agente causal. Es importante un manejo intensivo con antibioterapia prolongada y si es preciso drenaje quirúrgico.

**P502** **17:20**  
**EVOLUCIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN NEONATO TRAS TRANSMISIÓN VERTICAL**

I. Bullón Durán, R. Martínez Blanco, A. Cubero Santos, A. Pérez Sánchez, F. Jiménez Parrilla y A. Losada Martínez  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

**Introducción:** La enfermedad de Chagas es endémica en Latinoamérica, poco prevalente en nuestro país.

**Caso clínico:** Antecedentes familiares: Madre de 27 años procedente de Bolivia que padece enfermedad de Chagas para la cual nunca ha recibido tratamiento. Gestación que cursó con amenaza de aborto y de parto prematuro. Parto eutócico a las 26 + 2 semanas de gestación, en domicilio, no precisó técnicas de reanimación. Peso al nacimiento: 775 gramos. Se extrajo muestra de sangre periférica para estudio de enfermedad de Chagas, el examen al fresco fue inicialmente negativo, dando el diagnóstico la reacción en cadena de la polimerasa que resultó positivo. En un nuevo examen al fresco si pudieron verse tripomastigotes en sangre periférica. La paciente se mantuvo asintomática y recibió tratamiento con benznidazol a 5 mg/kg/día, siendo la dosis habitual el doble, aunque tuvo que adaptarse al bajo peso de la paciente. La medicación fue bien tolerada no presentando efectos adversos.

**Conclusiones:** Actualmente la incidencia de enfermedad de Chagas es escasa en nuestro medio, aunque parece previsible un aumento considerable por la llegada de abundante inmigración desde áreas endémicas, siendo necesario establecer pautas de actuación ante una gestante que proceda de dichas zonas para la cual desconozcamos la situación serológica frente a la enfermedad. El tratamiento precoz implica una efectividad cercana al 100%. A pesar de la precocidad del tratamiento la reacción en cadena de la polimerasa fue positivo al mes de vida, negativizándose a los 5 meses. La extrema prematuridad de la paciente implica una dificultad añadida ya que la posibilidad de extracciones sanguíneas está muy limitada y es necesario adecuar la medicación disponible a pesos extremadamente bajos.

## P503 17:25 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS INCIDENTALOMAS EN EL CRIBADO ECOGRÁFICO NEONATAL

M.J. Pardal Souto, A.J. Justicia Grande, I. Otero Suárez,  
M.J. Fernández Seara y J. Rodríguez Cervilla

*Servicio de Obstetricia y Neonatología, Complejo Hospitalario  
Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

**Introducción:** el cribado ecográfico neonatal permite diagnosticar precozmente, y en muchos casos de forma incidental, patología suprarrenal.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las ecografías realizadas en la primera semana de vida a 16.2470 niños nacidos en nuestro hospital entre enero de 2003 y diciembre de 2008.

**Resultados:** Encontramos 17 casos de hemorragia suprarrenal y 3 de neuroblastoma. La hemorragia suprarrenal predominó en el sexo masculino (60%), y fue más frecuente en los de mayor peso (todos pesaban más de 3000 g) y en aquellos con antecedente de trauma obstétrico (47%). Fue unilateral en el 83,2% de los casos, afectándose la suprarrenal derecha en el 100%. Clínicamente encontramos ictericia en 6 casos (35,3%), sólo uno precisó fototerapia. Ingresaron 7 pacientes (41%), todos con lesión unilateral, de moderado o gran tamaño y sin antecedente de trauma obstétrico; se realizó estudio de catecolaminas en orina y ácidos homovanílico y vanil mandélico en plasma. Se realizó seguimiento ecográfico en 12 casos, observándose calcificación de la glándula en 4. Ninguno de los 3 casos de hemorragia bilateral desarrolló insuficiencia suprarrenal. Los 3 casos de neuroblastoma fueron diagnosticados en estadio I de la International Neuroblastoma Staging System, y según la clasificación de Shimada con pronóstico favorable. En los 3 el estudio genético del gen N-myc fue negativo. Uno de ellos presentó hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia que precisó fototerapia y cifras de tensión arterial en el límite alto de la normalidad. En los 3 se realizó suprarrenalectomía unilateral. El seguimiento posterior con gammagrafía con MIBG no mostró recaídas del tumor.

**Conclusiones:** El cribado ecográfico permite diagnosticar hemorragias suprarrenales que clínicamente pasarían desapercibidas. Serán necesarios estudios ulteriores para valorar si este diagnóstico precoz tiene impacto en la disminución de la mortalidad del neuroblastoma o, como en el caso de los cribados con metabolitos de catecolaminas en orina en Japón, aumenta la incidencia en lactantes, sin disminuir su incidencia en los niños mayores.

## P504 17:30 USO DE FACTOR VII EN COAGULOPATÍAS SEVERAS EN NEONATOS: REVISIÓN DE DOS CASOS

J.E. Sánchez Martínez, M.M. Chaffanel Peláez, P. Ortiz Pérez,  
M. García del Río y A. Jurado Ortiz

*Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.*

**Introducción:** El Factor VII recombinante (rFVII) es una potente sustancia hemostática. Se utiliza como profilaxis quirúrgica y en episodios hemorrágicos, sobre todo en hemofilias y en el déficit congénito de factor VII. Su acción "in vitro" induce la formación de trombina a través de la activación del factor X. El uso beneficioso del rFVII en neonatos con shock hemorrágico ha sido descrito. Incluimos dos casos en el que se utilizó rFVII en recién nacidos pretérminos (RNPT) con hemorragias refractarias a tratamiento.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* RNPT (28 + 2semanas), CIR severo (625gr), cesárea por gestosis materna. Al mes de vida presenta shock séptico severo por *Klebsiella* productora de Blea, con coagulopatía intravascular diseminada, refractaria a tratamiento con hemoderivados y vitamina K precisando rFVII a dosis de 90 µg/kg junto con infusión de plasma fresco congelado (PFC) (10 ml/kg). Los niveles de fibri-

nógeno fueron normales. Se administra segunda dosis de rescate a las 4 horas mejorando clínica y analíticamente aunque continúa precisando hemoderivados. No se observan fenómenos trombóticos posteriores y presenta controles de ecografías de cráneo seriados sin alteraciones. Fallece a los dos meses de vida secundaria a shock séptico refractario. *Caso 2:* RNPT (34 + 4s), 2.430 g que sufre parada cardiorrespiratoria en sala de partos precisando RCP avanzada. Tras esto se objetiva coagulopatía tratada con hemoderivados. Diagnosticado de transposición de grandes vasos precisa atrioseptostomía de Rashkind urgente presentando sangrado continuo en zona de punción de catéter central administrándose PFC, vit k y dos dosis de rFVII para revertir la coagulopatía severa. Precisa fibrinógeno por presentar niveles bajos.

**Comentarios:** La experiencia clínica en la administración de rFVII en neonatos es limitada. Las publicaciones se reducen a serie de casos clínicos publicados. Su uso actualmente es compasivo en nuestros pacientes y como terapia de rescate. Son necesarios futuros ensayos clínicos controlados para determinar la eficacia, seguridad, tolerabilidad y optimización de la dosis en la administración de rFVII en neonatología.

## P505 17:35 INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

W.A. García García, C. Calvo Rey, M.L. García García,  
M.J. Santos Muñoz, A. Falcón Escalona y P. Pérez Breña

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Severo Ochoa,  
Leganes; Laboratorio de Gripe y Virus respiratorios del  
Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, y Centro Nacional  
de Biotecnología del Departamento de Biología Molecular  
y Celular del CSIC, Madrid, España.*

**Antecedentes:** Las infecciones respiratorias virales causan graves exacerbaciones respiratorias en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Se han descrito frecuentemente asociadas a virus respiratorio sincitial (VRS) pero otros virus respiratorios también pueden causarlas. Describimos aquí la infección respiratoria por rinovirus y coronavirus en dos grandes prematuros.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* recién nacido pretérmino (24/5/08) de 29 semanas y 1.475 g que presenta enfermedad de membrana hialina (EMH) que precisa surfactante y ventilación mecánica hasta el 3.º día con CPAP hasta el 7.º A los 13 días de vida inicia empeoramiento respiratorio con aumento de pausas de apnea y auscultación compatible con bronquiolitis. Preciso tratamiento con adrenalina nebulizada y CPAP durante 8 días. Se realizó reacción en cadena de polimerasa (PCR) en aspirado nasofaríngeo que fue positiva para rinovirus y coronavirus. El VRS fue negativo. A los 7 meses de vida tuvo su segundo episodio de dificultad respiratoria asociado a VRS.

*Caso 2:* recién nacido pretérmino (29/4/08) gemelar de 27 semanas y 724 g que presenta EMH precisando surfactante y ventilación mecánica 48 horas y CPAP hasta el 4.º día. A los 11 días presenta enterocolitis que mejora con dieta, antibioterapia y nutrición parenteral. A los 14 días inicia aumento de pausas de apnea y a los 17 días precisa intubación y ventilación mecánica (pCO<sub>2</sub> 82 mmHg) hasta los 19 días y CPAP hasta los 33 días. Se realizó PCR en aspirado nasofaríngeo que fue positivo para rinovirus y coronavirus. El VRS fue negativo.

**Comentarios:** Los episodios de empeoramiento respiratorio en recién nacidos pretérmino pueden estar asociados a infecciones nosocomiales por virus respiratorios. Estos episodios a menudo presentan importante morbilidad e incluso mortalidad. Debemos sospecharlos y realizar estudio viral etiológico así como implementar las medidas de aislamiento y prevención oportunas para evitar otras infecciones nosocomiales. Los pacientes con infecciones severas por rinovirus deberían ser controlados estrechamente por el riesgo de desarrollar asma a largo plazo.

**P506****FILHOS DE MÃES VIH POSITIVAS.  
CASUÍSTICA DO CENTRO HOSPITALAR**

J. Neves Pereira, L.M. Martins Barbosa y A. João

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.*

**Introdução:** A infecção por VIH na criança é quase exclusivamente por via vertical. A transmissão do VIH ocorre em menos de 2% se cumprimento adequado do protocolo terapêutico.

**Objectivos:** Caracterizar a população de mães VIH positivas e recém-nascidos quanto à vigilância da gravidez, semanas de gestação, tipo de parto e uso de terapêutica anti-retrovírica (TAR). Determinar a prevalência da transmissão vertical do VIH.

**Materiais e métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo, com consulta dos processos clínicos de grávidas VIH positivas e respectivos filhos, nascidos no nosso Hospital entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2007.

**Resultados:** Incluídos 52 recém-nascidos, média de 7,4 casos por ano. Idade média das mães de 27,6 anos. A nacionalidade era a portuguesa em 86,5%. A via de infecção materna foi em 53,8% por via sexual, 19,2% toxicodependência, 3,8% transfusional e desconhecida em 23,1%. Conhecido estado de infecção materno prévio à concepção em 46,2%, durante a gravidez em 44,2% e no parto em 9,6%. Co-infecção com vírus da hepatite B em 9,6% e em 21,1% com vírus da hepatite C. Utilizada em 79% TAR durante a gestação. As que cumpriram TAR, 6% com início no primeiro trimestre e 90% entre as 12 e 36 semanas de gestação. Durante o parto, 12% das parturientes não realizaram TAR. Os recém-nascidos fizeram evicção de aleitamento materno em 98% e cumpriram TAR durante 6 semanas em 96%. Verificou-se uma transmissão vertical do VIH de 3,7%. Uma ocurrida em 2002, com vigilância tardía da gravidez, TAR às 36 semanas, mãe com carga vírica elevada. Outra em 2007, gestação não vigiada, parto distócico por ventosa, com rotura de membranas superior a 4 horas.

**Conclusões:** A taxa de transmissão foi superior à ideal, no entanto não se registou nenhum caso de infecção quando se cumpriu o protocolo de actuação devidamente. Os casos de infecção verificados correspondiam a gestações com desconhecimento do estado de infecção materno prévio à gravidez.

**17:40****P507****RESURGIMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA  
DEL RECIÉN NACIDO**

J. Perona Hernández, A. Gutiérrez Amorós, J. Frontela Losa, V. Botella López, M. Navarro Martínez y M.R. García Martínez

*Sección de Neonatología y Servicio de Pediatría,  
Hospital General Universitario, Alicante, España.*

**Introducción:** La incidencia de la enfermedad hemolítica ha disminuido de forma importante a partir de los años 70 con la utilización profiláctica de gammaglobulina en mujeres Rh negativo, reduciendo la mortalidad del 15% a menos del 2%, cobrando mayor importancia la morbilidad asociada. Actualmente está resurgiendo debido a mujeres inmigrantes sensibilizadas, con aumento de títulos de anticuerpos durante la gestación. Mediante la velocidad de la arteria cerebral media en ecodoppler se estima el grado de anemia, transfundiendo intraútero si precisa para prevenir hydrops.

**Caso clínico:** 33 + 6 sg/2.380 g. 0+, CD+. Madre rumana, A negativo con hijo previo y dos legrados (sin Ig antiD). Ac. Irregulares: sem 33 + 6 1/128, aumento de velocidad en arteria cerebral media sin evidenciar edemas, deciden finalizar gestación. Sangre de cordón: bilirrubina 11,8 mg/dl, Hb 7,2 g/dl, reticulocitos 21%. Se pauta fototerapia intensiva, se realiza exanguinotransfusión sin complicaciones con transfusión posterior de hematías (Hb 9,2 g/dl).

**17:45**

Recibe 3 dosis de gammaglobulina. A los 15 días tras anemización progresiva (Hb mínima de 8,5 g/dl) se trata con eritropoyetina durante 3 semanas con buena respuesta, aunque se suspende por neutropenia.

**Conclusiones:** La reaparición de enfermedad hemolítica en nuestro medio hace necesario un control prenatal y posnatal en centros de referencia para detectar y tratar precozmente la afectación del feto. La titulación antiD y la velocidad de la arteria cerebral media tienen buena correlación con la anemia fetal, realizándose transfusiones intrauterinas si fuera necesario. A nivel posnatal el tratamiento con fototerapia intensiva precoz asociado a inmunoglobulinas disminuye el número de exanguinotransfusiones, pero aumenta anemia tardía. Faltan ensayos que establezcan dosis y frecuencia del tratamiento con inmunoglobulinas. No existe suficiente evidencia en los tratamientos de la anemia tardía (ácido fólico, EPO) aunque existen series de casos, al igual como el nuestro en los que se utiliza la EPO con éxito. No se recomienda aportes de hierro ya que presentan sobrecarga férrica por la hemólisis y las transfusiones.

**P508****RESTRICCIÓN POSNATAL DEL CRECIMIENTO  
EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES  
DE 1.500 G. VALORACION EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS**

M.D. Ruiz González, J.M. Guzmán Cabañas, E. Muñoz Gomariz, M.J. Parraga Quiles, C. Herráiz Perea, I. Tofé Valera, C. Montes Mendoza, M.D. Huertas Muñoz, R. Álvarez Marcos y M. Zapatero Martínez

*Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.*

**Introducción:** La restricción posnatal del crecimiento (RPC) es un problema frecuente en los recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP).

**Objetivos:** Analizar la desviación del crecimiento respecto al patrón intrauterino en los RN menores de 1500g ingresados en la Unidad de Neonatología de nuestro Hospital desde enero del 2002 hasta junio del 2008.

**Métodos:** Se realiza un estudio prospectivo de esta población. Se valora peso (P), longitud (L) y perímetro cefálico (PC) al nacimiento y al alta. Así como el P a los 28 días y a las 36 semanas de edad postmenstrual (EPM). Se compara la RCP de nuestra Unidad con la media de RCP de los Centros similares al nuestro (con > 50 RN menores de 1.500 g/año, tipo C), incluidos en el estudio nacional SEN 1500.

**Resultados:** Se valoraron 424 RNMBP. Se excluyeron los fallecidos antes del alta (112) y todos aquellos con edad gestacional (EG) > 32 semanas (54) ya que todos eran CIR. Se estudiaron 230 RNMBP. El 53,9% (124) fueron varones. La E.G. fue 29,2 ± 25. El test de Apgar al 1' fue 6,4 ± 1,8 y a los 5' 8,2 ± 1,5. El índice de CRIB fue de 4,1 ± 3,2, con una estancia media en UCIN de 22,9 ± 21,8 y días de estancia hospitalaria de 71,2 ± 30. El P medio al nacimiento fue 1.149 ± 230 g. La puntuación Z de peso al nacer, a los 28 días, a las 36 semanas de EPM y al alta fue respectivamente -0,42 ± 1,20; -1,60 ± 0,92; -1 fue 26,61 ± 1,91 y 34,15 ± 1,76. La L al nacimiento y al alta fue 36,9 ± 2,8 cm y 46,69 ± 2,79 cm, respectivamente. Y el PC al nacimiento y al alta fue 26,61 ± 1,91 cm y 34,15 ± 1,76 cm. La RPC a los 28 días y a las 36 semanas de EPM fue -1,18 ± 0,78 y -1,6 ± 1,04, respectivamente; ambas significativamente menores (p < 0,0001) que la RCP de otros Centros de tipo C como el nuestro.

**Conclusiones:** A pesar del inicio precoz de la alimentación parenteral y de los protocolos más agresivos de nutrición enteral y parenteral, aplicados en nuestra unidad, la restricción posnatal del crecimiento continúa siendo una realidad. Evitar pérdidas > 10% de P en la 1.ª semana sería un objetivo.

**17:50**

**P509****TROMBOPENIA NEONATAL: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS EN NUESTRO CENTRO**

L. Monfort Belenguer, N. García Maset, S. Borraz Gracia, D. Velilla Antolín, R. Lucas Sendra y C. Paredes Cencillo

*Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.*

**Introducción:** La trombopenia se define como un recuento inferior a 150.000 plaquetas por mm<sup>3</sup>. Su descenso puede deberse a un aumento del consumo o a una disminución de su producción, aunque hasta el 50% pueden ser idiopáticas.

**Método:** Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los casos de trombopenia neonatal diagnosticados en nuestro centro en los últimos 5 años. Se revisaron los siguientes datos: edad gestacional, grupo sanguíneo y Rh de madre e hijo, patología perinatal asociada, plaquetas al diagnóstico, realización de exploraciones complementarias y la necesidad o no de administrar un tratamiento.

**Resultados:** Se analizaron un total de 35 casos, de los cuales el 72% eran de sexo masculino. Un 63% de la muestra eran recién nacidos pretérmino, siendo la sepsis y la enterocolitis necrosante las causas más frecuentes en este subgrupo. En sólo un caso de toda la muestra se demostró etiología aloinmune. En un 51% de los casos se constató trombopenia grave, considerando como tal un recuento inferior a 50.000/mm<sup>3</sup>. En todos ellos, según el protocolo establecido en nuestro hospital, se realizó ecografía transfontanelar, detectando hemorragia intraventricular en el 27% de éstos (de los cuales el 50% eran prematuros). Se trató con gammaglobulina intravenosa a los 3 casos con recuento plaquetar menor de 30.000/mm<sup>3</sup>, (ninguno de ellos prematuro) con buena evolución. El resto de trombopenias graves fueron tratadas con transfusión de plaquetas y/o gammaglobulina; salvo 4 casos que no precisaron tratamiento alguno ya que evolucionaron de forma satisfactoria.

**Conclusiones:** La trombopenia neonatal es una patología poco frecuente. No parece haber una relación directa entre la baja cifra de plaquetas y la prematuridad. Los casos en los cuales se ha evidenciado una alteración ecográfica responden a diversas causas y no sólo a la trombopenia.

**17:55**

respiratorios (15,5%), vómitos e ictericia (9,2%) y estreñimiento (7,9%). Los diagnósticos más comunes fueron cólicos (17,9%), ictericia (9,3%) e infección respiratoria de vías altas (7,6%). En el 28,2% de los casos no se observó ningún proceso patológico y el 68% no precisó pruebas complementarias. Requieron ingreso hospitalario 100 pacientes (17,2%). Las causas de ingreso fueron principalmente ictericia (22), bronquiolitis (19) y sepsis (10). La mayoría ingresó en la Unidad de Neonatología (56%). Reacudieron un total de 107 pacientes, el 8,1% de los cuales lo hicieron por el mismo proceso. Solamente ingresaron 19 pacientes de entre los que reacudieron. El máximo número de visitas durante ese período por un mismo paciente fue de 4 (4 pacientes).

**Conclusiones:** Los neonatos son atendidos por procesos que habitualmente no requieren ingreso ni realización de pruebas complementarias. No obstante ciertas patologías entrañan más riesgos que en otros grupos de edad por lo que precisan especial atención. La impartición de conocimientos de puericultura por parte del personal sanitario podría evitar un porcentaje importante de estas visitas.

**P510****NEONATOS EN URGENCIAS: ¿POR QUÉ ACUDEN?**

C. Escribano García, E. Larrea Tamayo, S. Suárez Saavedra, J. Rodríguez Suárez, R. Blanco Lago y M. González Sánchez

*Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

**Objetivos:** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los neonatos (0-30 días) atendidos en la Unidad de Urgencias de Pediatría de nuestro Hospital durante el año 2008.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de los informes de los recién nacidos atendidos en nuestra unidad de urgencias durante el año 2008. Se excluyen los pacientes trasladados desde otros hospitales. Se analizan sexo, edad, mes, turno de atención, motivo de consulta, pruebas complementarias, diagnóstico, destino del paciente y si reacude y en ese caso si lo hace por la misma razón.

**Resultados:** De un total de 32.076 urgencias pediátricas atendidas durante el año 2008 el 1,8% son neonatos. Se recogieron 581 visitas de recién nacidos con una media de edad de 15,43 días y predominio de varones (52,7%). No se apreciaron diferencias en cuanto al turno de atención ni el mes del año. Los motivos de consulta más frecuentes fueron irritabilidad/llanto (21,7%), problemas

**P512****TROMBOSIS VENOSA DE SENOS CEREBRALES EN EL PERÍODO NEONATAL**

M. Cabo Pérez, B. Cortés Osorio, A. Concheiro Guisán, M.L. González Durán y N. Balado Insunza

*Complejo Hospitalario Xeral-Ciés, Vigo, Pontevedra, España.*

**Objetivo:** La incidencia de la trombosis venosa de senos cerebrales se estima en 0,67/100.000 (50% en período neonatal). La clínica presenta un espectro muy variable. Entre los factores predisponentes destaca la canalización umbilical, deshidratación, sepsis y trombofilias hereditarias.

**Material y métodos:** Recién nacido de 8 días de vida con crisis clónicas de hemicuerpo derecho. Destacan antecedentes en la familia paterna de hiperhomocisteinemia, hipercolesterolemia y tromboflebitis. En la exploración presenta desviación de la comisura bucal. En la ecografía cerebral se evidencia hemorragia intraventricular en asta frontal izquierda del ventrículo lateral y pequeña hemorragia parenquimatosa. En la RM cerebral se confirma, y se aprecia trombosis implicando a seno longitudinal superior, seno recto, venas cerebrales internas y segmento proximal de ambos senos transversos. No se detectó ningún factor predisponente en el paciente; la madre presenta niveles de lipoproteína A elevados. Recibió tratamiento con enoxaparina, iniciando la repermeabilización de los senos al mes y medio de tratamiento. No presento nuevo episodio convulsivo.

**Conclusión:** La trombosis de senos venosos cerebrales debe descartarse siempre que existan factores predisponentes o antecedentes familiares de estados protrombóticos. Debe valorarse los flujos venosos mediante ecografía doppler cerebral como exploración rutinaria, y si existen dudas diagnósticas, realizar RMN cerebral. Es necesario descartar trombofilias hereditarias, tanto en el neonato como en sus progenitores, para el manejo terapéutico, pronóstico y consejo genético. La heparina de bajo peso molecular presenta como ventaja su fácil administración, un menor riesgo de hemorragia además de no precisar controles estricto; precisando dosis más altas que en adultos. Estudios recientes han demostrado la importancia de los factores protrombóticos, especialmente de la lipoproteína A en la etiología de trombosis de senos venosos. La lipoproteína A compete con el plasminógeno por su receptor en las células endoteliales, inicia la trombosis e inactiva el factor inhibidor. El mecanismo por el que niveles elevados de lipoproteína A maternos contribuye a la trombosis en el niño es todavía desconocido.

**18:10**

**P513****NECROSIS GRASA SUBCUTÁNEA:  
PRESENTACIÓN INUSUAL**E. Gómez Moyano, A. Conejo Fernández,  
B. Carazo Gallego y Á. Vera Casaño*Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.*

**Introducción:** La Necrosis subcutánea del Recién Nacido (SFN) es una rara enfermedad que suele afectar a recién nacidos a término sanos tras un stress perinatal. Se caracteriza por nódulos múltiples, indurados, firmes y bien circunscritos con o sin eritema, localizados en las mejillas, glúteos, espalda y región proximal de las extremidades que aparecen poco tiempo después de nacer.

**Caso clínico:** Un varón recién nacido a término tras cesárea por tinción meconial y disminución de los movimientos fetales, desarrolló en el tercer día de vida grandes placas eritemato-violáceas induradas y de morfología lineal en ambos brazos con áreas fluctuantes. La realización de una biopsia punch de 4mm dio lugar al drenaje de un fluido espeso y blanquecino. El cultivo de este fluido fue negativo. El estudio histopatológico reveló paniculitis lobulillar con adipocitos necróticos y denso infiltrado inflamatorio compuesto por histiocitos, linfocitos y células gigantes multinucleadas con estructuras radiales con forma de aguja en el interior. En la analítica sólo destacaba una hipertrigliceridemia. Durante su evolución el paciente desarrolló una atrofia subcutánea.

**Discusión:** La SFN puede presentar manifestaciones extracutáneas como hipoglucemia, anemia, trombocitopenia, hipertrigliceridemia o hipercalcemia, siendo esta última la complicación más grave. Más raramente, debido a la intensa licuefacción grasa, las lesiones pueden ser fluctuantes y blandas, con áreas quísticas y nodulares, pudiendo confundirse con una malformación vascular. Es importante prestar especial atención a estas áreas quísticas, ya que se pueden sobreinfectar. La mayoría de las lesiones de SFN se resuelven espontáneamente sin cicatriz. Sin embargo los pocos casos documentados de lesiones fluctuantes se han asociado a cicatriz y atrofia subcutánea, como en nuestro caso. Dada la naturaleza autolimitada de la SFN, su manejo va dirigido a la prevención y tratamiento de las posibles complicaciones.

**18:15**

preguntas difíciles fueron la 3 (uso de dispositivos para la ventilación con presión positiva) y la 5 (intubación endotraqueal). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo para cada una de las lecciones. Todas las preguntas difíciles se revisaron buscando posibles errores de concepto, de valor aritmético, de formato y de traducción. No se encontraron errores de traducción.

**Discusión:** En un reporte de la AAP la lección que representa más dificultad para enseñar por los instructores es la 5, coincidiendo con este estudio en que la lección 5 tuvo más porcentaje de no acreditados. Las preguntas difíciles por contenido de concepto pueden atribuirse a deficiencias en el estudio por parte del alumno y en menor medida por el instructor.

**Conclusiones:** Los criterios de aprobación del curso de reanimación neonatal son muy claros, pudiendo no aprobar una o más lecciones por una respuesta calificada como incorrecta. Se sugiere modificar al menos 6 preguntas del paquete de evaluación escrita del PRN disponible en su edición en español y que los instructores enfatizen en las lecciones 3 y 5.

**P514****EXPERIENCIA EN MÉXICO CON EL PAQUETE  
DE EVALUACIÓN ESCRITA DEL PROGRAMA DE  
REANIMACIÓN NEONATAL DE LA ACADEMIA  
AMERICANA DE PEDIATRÍA DISPONIBLE EN ESPAÑOL**

F. Meza Ortiz

*Hospital General de Acapulco, Secretaría de Salud  
del Estado de Guerrero, México.*

**Antecedentes:** En México la capacitación para la reanimación neonatal utiliza el programa estandarizado para la reanimación del recién nacido diseñado por la AAP y la AAC.

**Objetivo:** Determinar si en el paquete de evaluación escrita del PRN disponible en su edición en español existen preguntas con problemas de traducción, de formato u otro.

**Métodos:** Estudio analítico retrospectivo de las hojas de respuestas de los exámenes de los cursos de Reanimación Neonatal impartidos al personal sanitario capacitado de junio 2007 a diciembre 2008 en el estado de Guerrero, México, análisis estadístico con el programa EpiInfo®.

**Resultados:** Se estudiaron 221 alumnos de los cuales 137 (62%) fueron mujeres y 84 (38%) fueron hombres. No hubo diferencias por sexo. Del total de 94 preguntas, se encontraron 20 (21%) que se consideraron por el programa difíciles. De ellas 5 tuvieron distribución anormal y 15 distribución normal. Las lecciones con más

**18:20****P515****TROMBOSIS DE SENO VENOSO EN RECIÉN NACIDO  
POR DÉFICIT DE ANTITROMBINA III**C. Gómez Rodríguez, M.A. Hurtado Mingo,  
J.M. Núñez Solís, F. Jiménez Parrilla,  
A. Pérez Sánchez y A. Losada Martínez*Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío,  
Sevilla, España.*

**Antecedentes y objetivos:** La incidencia reportada de trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) en los niños ha ido incrementándose en los últimos años, representando los recién nacidos un 43%. Es importante el diagnóstico etiológico precoz e instaurar tratamiento ante la posibilidad de recurrencia.

**Métodos:** Revisión de un caso mediante análisis de historia clínica.

**Resultados:** Exponemos el caso de un recién nacido que ingresa por sospecha de asfisia perinatal. Gestación de 37 semanas, que cursa con amenaza de aborto finalizada mediante parto instrumental. A su ingreso presenta subcianosis peribucal, cefalohematoma parieto-occipital con crepitación, ligera hipotonía axial con escasa motilidad espontánea, clonías generalizadas, con buena respuesta a estímulos y resto de exploración normal. En las pruebas complementarias se evidencia acidosis metabólica (pH 7,13; CO<sub>2</sub> 34,3; EB -17; bicarbonato 11; láctico 6mg/dl), con normalidad de las demás pruebas. La RMN cerebral sin contraste muestra trombosis del seno longitudinal superior (TSLs) con pequeños infartos hemorrágicos parietales bilaterales. Tras el inicio del tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular y ante la no efectividad del mismo, hematología realiza estudio de trombofilia comprobándose un déficit de antitrombina III (AT III). Finalmente se inicia tratamiento sustitutivo intravenoso con buena respuesta.

**Conclusiones:** 1. Destacar la importancia de las pruebas de imagen en el diagnóstico precoz de lesiones cerebrales asociadas a sintomatología neurológica. Las diferentes técnicas de RMN son las técnicas de elección en este diagnóstico. 2. Los estados protrombóticos (déficit de AT III, de proteína C y S) se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de niños con TSVC. También se debe descartar deshidratación intensa. 3. La clínica va a estar influenciada por la edad del paciente, la extensión y localización del trombo, así como por la presencia o no de infarto venoso. 4. El déficit de AT III puede ser hereditario (autosómico dominante) o adquirido (más frecuente). En estos casos no es efectivo el tratamiento con heparina.

**18:25**

## P516 18:30

### TROMBOSE DA VEIA RENAL EM RECÉM-NASCIDO

N. Cordeiro Ferreira, E. Abreu, V. Mendes, P. Barbosa, J. Rocha y A. Pereira

*Hospital de São Marcos, Braga, Portugal.*

A trombose venosa em recém-nascido (RN) é rara, sendo em 10% dos casos por trombose venosa renal (TVR). A prematuridade, asfixia perinatal, desidratación, sépsis, policitemia, malformações cardíacas, diabetes materna e colocação de cateter vascular são factores predisponentes.

**Caso clínico:** RN internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais por prematuridade e dificuldade respiratória. Mãe com Diabetes Mellitus tipo I, hemoglobina glicosilada A1C 7,5 g/dl. Parto cesariana às 33 semanas por sofrimento fetal. Apgar 6/8/9. Antropometria P 2.295 g; C 45 cm; PC 30,7 cm, adequada à idade gestacional. Na admissão foi diagnosticado Doença Membrana Hialina grau I, hipoglicemia (glicose 28 mg/dl), icterícia (bilirrubina total 5,28 mg/dl). Foi colocado cateter na veia umbilical prontamente retirado por trajecto errado. Ventilado em NCPAP FiO<sub>2</sub> a 28%, fez perfusão de glicose a 12,5% em veia periférica, iniciou fototerapia. D3 Choro inconsolável, trémulo, 23.000 plaquetas, PCR 17,39 mg/l, iniciou ampicilina e gentamicina. D4 Choro, irritabilidade, hematúria macroscópica, abdómen doloroso à palpação, massa no hipocôndrio e flanco direito. Ecografia abdominal: Trombose veia renal direita. Iniciou vigilância clínica e ecografias seriadas. Ecocardiograma: CIA. Ecografia transfontanelar: Hemorragia subependimária grau I. Ecografia abdominal em D13: trombo endoluminal na veia cava inferior. Inicia Heparina não fraccionada, substituída por Enoxaparina em D19. D21 Ecografia abdominal: fluxo na veia cava inferior e veia renal preservado. Ecografia transfontanelar D22: Hemorragia subependimária grau I e leucomalácia periventricular. D26 Suspendeu Enoxaparina e iniciou Dalteparina. Alta em D28, com idade corrigida 37s + 3d, valores de tensão arterial adequados e função renal normal. Orientado para Consulta Externa de Imuno-Hemoterapia, teve alta após completar 3 meses de Dalteparina. Seguido em consulta de Neonatologia, actualmente com 2 anos, apresenta atraso de desenvolvimento psicomotor. Apresenta rim normal e função renal conservada. Apresentamos este caso pela raridade e porque face à triade massa no flanco, hematúria e trombocitopenia deve ser colocada a hipótese de diagnóstico de trombose da veia renal.

## P517 18:35

### FLÚTER AURICULAR EN EL PERÍODO NEONATAL

A. Mirás Veiga, O. López Suárez, A. Pérez Muñuzuri, S. Martínez Soto y J.R. Fernández Lorenzo

*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

**Antecedentes y objetivos:** El flúter auricular (FA) es una arritmia rara en la infancia, más frecuente en el período neonatal. El riesgo de desembocar en un fallo cardíaco congestivo hacen vitales su detección y tratamiento precoces. Pretendemos conocer las características clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de los neonatos que presentaron FA en una UCIN.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que presentaron episodios de FA en los últimos 10 años en una UCIN. No se incluyeron postoperados cardíacos.

**Resultados:** Se registraron 4 casos, 3 de ellos detectados antenatalmente por taquiarritmia fetal (26, 32 y 37 semanas de gestación). Un paciente debutó a los 11 días de vida, presentó solamente un episodio y fue el único en el que se evidenció cardiopatía (aorta bivalva y red de Chiari). Dos pacientes presentaron múltiples episodios en las primeras 48 horas de vida, y en un caso se evidenció un

único episodio, y en las primeras 24 horas de vida. La media de frecuencia cardíaca durante el FA fue de 300 lpm, siendo 2:1 la conducción más frecuente. Ninguno presentó fallo cardíaco secundario al FA. Precisarón cardioversión eléctrica sincronizada para revertir a ritmo sinusal 3 pacientes. En un caso se cardiovertió con digoxina. En la tabla se muestran los tratamientos de mantenimiento que se prescribieron al alta, así como los años de seguimiento. Todos los pacientes permanecieron asintomáticos a largo plazo.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Tratamiento de mantenimiento	Propranolol (3 años)	Digoxina (1 año)	Digoxina (14 días)	Propranolol (actualmente)
Años de seguimiento	5	3	3	2

**Conclusiones:** El flúter auricular puede aparecer en el período neonatal, debutando habitualmente como una taquiarritmia fetal. La mayoría de los pacientes no asocian ninguna cardiopatía. Suele responder a la cardioversión eléctrica sincronizada. La recurrencia pasado el período neonatal es excepcional.

## P518 18:40

### ESFEROCITOSIS HEREDITARIA: REVISIÓN DE CASOS

P. Aymerich Salas, M. Porcar Almela, M. del Cañizo Moreira, A. Navarro Ruiz, I. Sanz Ruiz, S. Aparicio Gonzalo, R. Margalef Canuto, D. Ramón Pérez, T. Aracil Pedro y C. Salido Capilla

*Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España.*

**Introducción:** La Esferocitosis Hereditaria (EH), es la anemia hemolítica congénita más frecuente en el mundo, siendo en un 75% de los casos autosómica dominante. Los signos clínicos más frecuentes son: anemia (50%) con reticulocitosis, ictericia (15%) y esplenomegalia (50%). Su tratamiento es de soporte y pueden llegar a precisar transfusiones ante durante las crisis hemolíticas.

**Material y métodos:** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los casos de esferocitosis hereditaria diagnosticados en un hospital de segundo nivel entre el año 2002 y 2008.

**Resultados:** Se recogieron un total de 5 niños, 3 varones (60%) y 2 mujeres (40%). Durante el período perinatal fueron diagnosticados 3 casos, con una mediana de edad de 35 días y un rango entre 14 horas y 7 meses. Uno de los casos (20%) tenía antecedentes familiares de EH. Presentaron ictericia al nacimiento el 100% de los casos (bilirrubina total media de 19,07 mg/dl), a consta de la bilirrubina indirecta. De los 5 casos, 2 de ellos presentaron esplenomegalia con una media de edad de 6 meses. Y todos ellos con test de Coombs directo negativo. Al nacimiento ninguno tenía anemia (hemoglobina media de 16,05 g/dl) pero 2 de ellos (40%) sí la presentó posteriormente. El diagnóstico en todos ellos fue confirmado por la presencia de esferocitos en sangre periférica, y ello se vio respaldado por el test de resistencia globular osmótica, que lo tenía alterado. Respecto al tratamiento, se les pautó ácido fólico desde su diagnóstico a 3 pacientes (75%). Durante su evolución 1 paciente (20%) requirió transfusión sanguínea coincidiendo con una crisis hemolítica y fue ésta la única complicación que han presentado. Ninguno de ellos ha precisado esplenectomía.

**Conclusiones:** Ante toda ictericia neonatal se debe realizar una exhaustiva anamnesis y exploración física para hacer un correcto diagnóstico diferencial; teniendo presente en todo momento la historia familiar de anemia hemolítica. Entre éstas, la más frecuente, la esferocitosis hereditaria cuya tríada clásica es anemia, ictericia y esplenomegalia.