

Viernes, 3 de junio (15:30-17:00 h)

ATENCIÓN PRIMARIA

ZONA PÓSTER I (PLANTA SÓTANO DEL AUDITORIO)
P380 **15:30 h**

RAQUITISMO CARENCIAL EN NIÑO INMIGRANTE

Josep Vicent Balaguer Martínez, Francisco Codina García,
 Inmaculada Morató Fornaguera

CAP de Lloret de Mar, Girona y Corporació de Salut del Maresme i la
 Selva-Hospital Comarcal de Blanes, Girona.

Introducción: El raquitismo carencial es una entidad que prácticamente había desaparecido en nuestro medio. Con la llegada de población inmigrante es, de nuevo, un diagnóstico a tener en cuenta.

Caso clínico: Niño subsahariano de 11 meses que presenta estancamiento ponderal (desarrollo hasta el momento en P > 97). Mal seguimiento del programa de salud y dificultad idiomática con la madre. Alimentación exclusiva con lactancia materna y cereales.

Exploración: BEG. Fontanela de 2 x 2 cm. No craneotabes. No erupción dentaria. Discreto rosario costal. Muñecas ensanchadas. Genu valgo. Resto de exploración normal.

Exploraciones complementarias: hematología: Hb = 8,5 g/dl, Hto = 30 %, HCM = 15,5 pg, CHCM = 28 % i VCM = 55 fl, resto normal.

Bioquímica hemática con Ca = 6,95 mg/dl, P = 3,4 mg/dl, fosfatasa alcalina = 3.382 U/l, PTH = 94 pg/ml, ferritina = 4,6 ng/ml. Radiografía de muñeca: Metáfisis desfleadas, ensanchadas y con forma de cáliz. Cortical adelgazada y desmineralización ósea.

Tratamiento: Se pauta vitamina D3 4.000 U/día durante 8 semanas y feroterapia 5mg/kg/día durante 4 meses. Consejo dietético.

Tras el tratamiento Hematología: Hb = 11,6 g/dl, HTO = 37 %, VCM = 64 fl. Bioquímica: Ca = 9,6 mg/dl, P = 5,2 mg/dl, fosfatasa alcalina = 384 U/l, ferritina = 20 ng/ml. Normalización de imágenes radiológicas.

Comentarios: Debemos valorar los signos raquíuticos en los niños sin tener en cuenta el estado nutricional general, que puede ser normal. La primera medida profiláctica contra el raquitismo en niños inmigrantes consiste en asegurar el seguimiento y la educación maternal sobre los cuidados y alimentación. Si no es posible debemos plantear profilaxis con vitamina D3, especialmente en niños de piel oscura. En caso de mala cumplimiento de la profilaxis a dosis diaria pausada, puede ser de utilidad la administración de megadosis en la consulta.

P381

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO (II)

15:35 h

M. Pilar Pereira García

Centro de Salud de Milladoiro, Ames (A Coruña).

En los últimos años ha habido un resurgimiento del interés de los Pediatras de Atención Primaria (Pap) por conocer nuestra situación sociolaboral y nuestras propias inquietudes, se han publicado distintos estudios realizados por los Pap en distintas comunidades autónomas. No hay ningún estudio similar en Galicia por lo que decidimos objetivar nuestra realidad profesional y analizar el trabajo diario en el Área Sanitaria de Santiago, mediante una encuesta.

Material y métodos: Se remitió por correo durante el mes de mayo de 2004 a todos los profesionales que estaban ejerciendo como Pap en el área sanitaria de Santiago de Compostela, A Coruña, una encuesta anónima para valorar, entre otros factores, las características de la consulta programada (CP) y a demanda (CD). Los datos fueron procesados utilizando el programa Microsoft Access 2003.

Resultados: Se enviaron 54 encuestas, respondieron a la misma 38 Pap (70,37%). El 47% (18) tiene a su disposición una consulta, dos o más: 20 (53%). Tienen un cupo ≤ 900 TIS: 20 (65%), 901-1100 TIS: 5 (13%). Opinan que el cupo óptimo que debería atender un Pap es ≤ 800 TIS: 20(53%), 900-1000 TIS: 8(37%). Consultan una media de ≤ 20 pacientes/día en invierno: 9 (24%), 21-30: 16 (42%), ≥ 30: 13 (34%). La cantidad de CD que tienen le parece adecuada a 22 (58%), mucha a 15 (39%). Tienen ayuda de enfermería en la CD: 10 (26,3%), de auxiliar de enfermería en la CD: 1(3%). Hacen visita domiciliaria 5 (13%). Hace CP el 92% de los Pap, entre 11 y 20 CP/semana el 26%, entre 21 y 30 el 37%. Tiene ayuda de enfermería en la CP: 19 (50%). Realiza CP de niño sano el 97%, talla baja 58%, obesidad el 53%, asma el 47%, enuresis el 34%.

Conclusiones: El 65% de los Pap entrevistados tiene un cupo ≤ 900 TIS, más de la mitad creen que un cupo óptimo no debería ser mayor de 800 TIS. En la CP no tienen ayuda del personal de enfermería la mitad de los Pap. Casi todos los Pap hacen CP del niño sano, más de la mitad hacen CP de talla baja y obesidad, en menor porcentaje CP de asma y enuresis.

P382 15:40 h EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PEDIÁTRICA SOBRE TABAQUISMO PASIVO

Elena Andreu Alapont, Eva Pamplona Roger,
Llanos Esteve Oñate, José M^a Baldo Torrenti
Centro de Salud Quart de Poblet, Valencia.

Antecedentes: La población infantil es muy vulnerable a la exposición del humo de tabaco por los importantes efectos tóxicos y patologías que genera.

Objetivo: Analizar el efecto del consejo breve antitabaco sobre el tabaquismo pasivo infantil en Atención Primaria, con el fin de lograr un ambiente doméstico libre de tabaco, lo que a su vez disminuiría la morbilidad respiratoria asociada.

Métodos: Estudio de intervención prospectivo lineal realizado en una consulta de pediatría de un Centro de Salud periurbano durante un año (10/2003-10/2004). Se identificaron los padres o convivientes fumadores a través de las revisiones de salud o de las consultas por patología bronquial u ótica. Se realizó una encuesta inicial sobre el hábito tabáquico y su presencia en el ambiente doméstico, en 5' se informó sobre sus riesgos y se recomendaron unas pautas concretas y breves: cese total del tabaquismo pasivo/activo; no fumar en casa independientemente de la presencia del niño; usar ambientes domésticos exteriores; reducir el consumo de cigarrillos. En visitas posteriores se les reinterroga sobre su comportamiento, conocimientos y actitudes para valorar el efecto de esta intervención. Realizamos una comparación de proporciones apareadas basadas en la distribución binomial.

Resultados: fuman ambos padres 41%, sólo el padre 36%, sólo la madre 20%.

	Basal n = 198	1. ^a n = 180, 33 d	2. ^a n = 166, 64 d	3. ^a n = 142, 102 d
Fuman sólo en el exterior	60 (30%)	112 (62%)*	90 (54%)*	111 (78%)*
Fuman en casa	138 (70%)	68 (38%)*	76 (46%)*	31 (22%)*
	Basal n = 138	1. ^a n = 68, 33 d	2. ^a n = 76, 64 d	3. ^a n = 31, 102 d
Fuman en casa:				
Presencia niño	101 (73%)	17 (25%)*	29 (38%)*	6 (19%)*
Ausencia niño	37 (27%)	51 (75%)*	47 (62%)*	25 (81%)*
Significación respecto a la visita basal: *p < 0,001.				

Conclusiones: El consejo breve antitabaco realizado ofrece un beneficio global muy importante en cuanto al cese de la exposición pasiva del niño, asumiendo las limitaciones de una comprobación real, dado lo simple de la intervención. Este efecto es mayor si existe continuidad en la intervención.

P383 15:45 h PROFESIONALES SANITARIOS Y MALTRATO INFANTIL

Elena Andreu Alapont, Carmen Fraile Pardo, María José Sanz Oses
Centro de Salud Quart de Poblet, Valencia.

Antecedentes y objetivo: Los profesionales de la salud tenemos una importante responsabilidad en la detección y abordaje del maltrato infantil (MI). El objetivo fue evaluar el interés y conocimientos sobre el tema así como experiencia personal en

tre los profesionales sanitarios de un área de salud asistentes a un curso de formación coincidente con la implantación de un nuevo protocolo sociosanitario.

Métodos: Encuesta anónima dirigida a pediatras, enfermeros y médicos de familia cumplimentada antes del comienzo del curso que incluye preguntas acerca del número de casos detectados en los últimos 5 años, tipos, características de la notificación y coordinación sociosanitaria así como dificultades encontradas.

Resultados: Se han valorado 64 encuestas (48 pediatras, 8 médicos y 8 enfermeros) con una antigüedad media en su puesto de 16 años. El 92% considera el MI un tema prioritario de salud, detectándolo en 82 casos (1,3 casos/profesional) como MI Activo (físico y emocional) y en 333 casos como Negligencia o Pasivo (5 casos/profesional). Violencia conyugal asociada: 4,8%. La notificación sistemática se hizo en 30 casos (47%): Juzgado 12 (40%), Unidad Trabajo Social UTS 7 (25%) ambos 11 (35%). Razón principal de la "no notificación" (53%): miedo 20%, inseguridad diagnóstica 31%, falta de conocimiento del sistema de notificación 40% y desconfianza institucional 9%. La coordinación sociosanitaria se estableció con: UTS del centro de salud 81%, UTS Municipal 12%, Planificación Familiar 25%, U Salud Mental 25%. La mayor dificultad en la intervención clínica radica en: practicar la coordinación sociosanitaria 82%.

Conclusiones: La detección es escasa así como la notificación. Son necesarios los cursos de formación para aumentar los conocimientos y la sensibilización de los profesionales implicados sobre esta patología creciente y de gran gravedad. Debe potenciarse la coordinación del personal sanitario con los trabajadores sociales a través de canales de comunicación fluidos como los nuevos sistemas de notificación implantados pero aun infrutilizados en la práctica general.

P384 15:50 h AGENESIA DE PERICARDIO COMO CAUSA DE CARDIOMEGALIA ASINTOMÁTICA

Isabel Benavente Fernández, Simón Pedro Lubián López, Manuel Mendoza Jiménez, M. Esther Guerrero Vega, Juan Mena Romero, Enrique Robles Caballos

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

La agenesia de pericardio es una entidad poco frecuente. Puede presentarse en forma aislada o acompañando a otras malformaciones cardiopulmonares. Suelen cursar sin síntomas, aunque en ocasiones, puede ser causa de muerte súbita.

Caso clínico: Varón de 22 meses que acude a urgencias por presentar desde 10 días antes, cuadro de fiebre y tos productiva. Se realiza radiografía de tórax para descartar cuadro bronconeumónico apreciándose imagen de cardiomegalia, se ingresa para estudio. *Exploración física:* Buen estado general, bien hidratado y coloreado, pulsos palpables y simétricos, buen relleno capilar, SS 1-2/6 de carácter funcional, buena entrada de aire bilateral, abdomen blando depresible sin masas ni megalias, resto normal. *Exámenes complementarios:* ECG: ritmo sinusal a 115 lpm. AQRS: 50° con PR: 0,12 de y QT: 0.28. Ecocardiografía movimiento septal anómalo, desplazamiento posterior de la base cardíaca. Radiografía de tórax: levoposición cardíaca, gran prominencia del tronco de salida de la arteria pulmonar y del borde izquierdo cardíaco con separación del ápex del hemidiafragma izquierdo e interposición de parénquima pulmonar junto con prominencia de borde mediastínico derecho que apa-

renta imagen de cardiomegalia. TC y RM de tórax: borde mediastínico derecho se corresponde al timo que se interpone entre el pulmón y borde cardíaco derecho. Se observa aire entre hemidiafragma izquierdo y el corazón por ausencia de hemipericardio izquierdo. Se observa imagen compatible con quiste de duplicación esofágica.

Conclusiones: Ante el hallazgo casual de imagen de cardiomegalia asintomática es necesario tener en cuenta la posibilidad de agenesia de pericardio como causa subyacente.

P385 15:55 h AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE ALGUNS FATORES SÓCIO-CULTURAIS NO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO, ENTRE MULHERES ADULTAS

Denise Neves Pereira, Silvana Salgado Nader, Caroline Togni, Cláudia Chitolina, Paulo Nader
Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre (Brasil).

Antecedentes e objetivos: O objetivo deste trabalho foi avaliar algumas variáveis potencialmente influentes no nível de conhecimento sobre aleitamento materno, entre mulheres adultas.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal, cujos dados foram obtidos através de um questionário com 37 questões sobre aleitamento materno a mulheres adultas que aguardavam na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde, em Canoas (RS), Brasil. Todas as entrevistas foram feitas por uma acadêmica de medicina, devidamente treinada. O "n" calculado foi de 240, para um $\alpha = 0,05$ e um $\beta = 0,20$. Os testes utilizados foram χ^2 e Mann-Whitney.

Resultados: Foram entrevistadas 283 mulheres adultas, com média de idade $34,6 \pm 12,5$ anos, sendo 79% casadas, com número médio de filhos $2,8 \pm 1,9$, sendo que 68,9% tinha mais de 4 anos de estudo e a grande maioria tinha baixo nível sócio-econômico (renda média = $2 \pm 1,2$ salários-mínimos). A grande maioria (84,1%) havia amamentado seus filhos (mediana, 6 meses) e 73,8% tinha sido amamentada quando criança (mediana, 12 meses). Noventa e quatro por cento soube enumerar vantagens do leite materno para os bebês, enquanto que uma grande parcela delas (35,7%) não sabia citar vantagens para a mãe. A grande maioria (85% e 78,8%, respectivamente) sabia o que poderia aumentar ou diminuir a lactação. Uma grande parcela (53,4%) referiu ser necessário oferecer chá ou água e 17% acreditava existir leite fraco, mesmo considerando que o LM fosse suficiente até os 4-6 meses (81,7%).

Não se encontrou correlação entre o nível de escolaridade, a idade, o nº de filhos tidos e/ou amamentados, as que já haviam feito pré-natal ou participado de grupo de gestantes ($p > 0,05$). Apenas, foi verificada uma tendência entre as que eram casadas, de dizer o tempo correto de aleitamento materno exclusivo ($p = 0,09$).

Conclusões: Apesar das intensivas campanhas para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, ainda verifica-se um número significativo de mulheres que desconhecem as vantagens, a qualidade e a técnica da alimentação ao seio, independentemente do fato de ter sido amamentada, ter amamentado anteriormente ou ter recebido orientações através de pré-natal ou grupo de gestantes.

P386 16:00 h TUBERCULOSIS PULMONAR EN UN LACTANTE MANIFESTADA CON FALTA DE MEDRO Y BUEN APETITO

María Pino Velázquez, M^a Jesús Redondo Granado, Anna T. Zlatanova Gueorguieva
Centro de Salud Rondilla I, Valladolid.

Niña con Pc 10-25 de talla y 3 de peso desde el nacimiento que a partir del noveno mes de vida presenta estancamiento ponderal con buen estado general y apetito persistentemente bueno. Exploración física normal. Se realiza analítica general encontrándose elevación de reactantes de fase aguda (VSG, ferritina y plaquetas), inmunoglobulinas normales, urocultivo, coprocultivo y parásitos en heces negativos. Al persistir el estancamiento de peso se realizan por protocolo anticuerpos antigliadina y antiendomisio (negativos), serología TORCH (negativa), electrolitos en sudor (normales), test de xilosemia (normal) y PPD positiva (12 mm). Se solicita radiografía de tórax apreciándose condensación neumónica en lóbulo medio. En este momento se detecta auscultación patológica en hemitórax derecho. Diagnóstico: tuberculosis pulmonar.

Conclusión: La tuberculosis, como otras infecciones crónicas, se pueden manifestar con falta de medro pero buen apetito como intento de compensación del hipercatabolismo presente en estas situaciones.

P387 16:05 h ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: BRONQUIOLITIS EN UN CENTRO DE SALUD

Elena María Roca Pegalajart, Montserrat Martínez Sánchez, María Dolores Rubia Montáñez, M. de la Paz Ortuño del Moral, Eva Millán Otón, José Antonio Peña Roncel-Moriano, Alfonso Miguel Muñoz Ureña, Silvia Navarro Sánchez, Alfonso de Miguel Gómez, Rosa María Garcá Arsac
Centro de Salud San Antón, Cartagena (Murcia) y Centro de Salud San Javier, Murcia.

Antecedentes: El diagnóstico de bronquiolitis es clínico, basado en la historia típica y el examen físico. En cuanto a su manejo terapéutico han existido diversidad de opiniones, por lo que queremos conocer qué ocurre con la bronquiolitis, qué hacemos y cómo lo hacemos en nuestra población.

Objetivos: Conocer la incidencia de bronquiolitis en la población menor de 18 meses de edad adscrita a nuestro centro de salud, durante el período comprendido en los años 2003 y 2004. Describir el manejo terapéutico realizado en los episodios diagnosticados como bronquiolitis.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Seleccionaremos los casos diagnosticados de bronquiolitis (primer episodio de sibilancias asociado a evidencia clínica de infección viral en un niño menor de 18 meses), en el período 01/01/2003 a 01/01/2005, en la población pediátrica de nuestro Centro de Salud San Antón Cartagena, mediante manejo de Historia Clínica OMI-AP, Análisis estadístico para variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados: Población total a estudio: 485. N^o casos: 94. Incidencia Bronquiolitis: 9,69%. Edad media: 6,99 meses (DE: 4,02). N^o días de tratamiento con corticoides: 4,96 días (DE: 4,39). Frecuentación: 2,65 (desv. St. 2,01). Duración episodio: 10,25 días (DE 7,38). 71% de casos entre 3 y 12 meses. 57,4% niños, 42,6% niñas. 36,2% de casos con 2 episodios antes de los 18 meses.

8,5% casos solicitada radiografía. 23,4% asistidos en Hospital. 5,3% ingresados. 55,3% uso de Inhaladores. 27,7% uso de corticoides inhalados. 71,3% de corticoides vía oral. 22,3% cumplían criterios de asma infantil. En casos con tratamiento inhaladores la duración del episodio fue de 11,54 días y en los no tratados 7,96 días con $p = 0,07$. En casos con tratamiento corticoides inhalados la duración del episodio fue 10,38 días y una frecuentación de 3,77 y en no tratados 4,41 días y frecuentación de 2,18 con $p = 0,001$. X^2 ingreso vs corticoides orales (75,06/17,02) asociación significativa para los que sí fueron ingresados ($p < 0,00001$).

Conclusiones: La incidencia de bronquiolitis en nuestra población es ligeramente elevada con respecto a series realizadas en otros estudios. El tratamiento con corticoides orales e inhalados, así como B2inhaladores se pauta en los casos más sintomáticos y con mayor duración del episodio.

P388 PIGMENTACIÓN DENTAL EXTRÍNSECA POR BACTERIAS CROMÓGENAS

María Dolores Romero de Paz, Alicia Lois Díaz,
Mar García Mateos, Centro de Salud San Fernando II, Madrid.

Introducción: La pigmentación dental es causada por múltiples condiciones locales y sistémicas. Existen dos tipos de pigmentaciones dentales: extrínsecas e intrínsecas.

Caso clínico: Niño de 22 meses de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés. No ingesta previa de antibióticos ni de suplementos de sales de hierro. Diversificación normal de alimentos. Presenta pigmentación negruzca adherida a las caras vestibulares y palatinas de todos los dientes, formando un ribete en la región cervical de los mismos. El resto de la exploración física es anodina.

Discusión: Ante una pigmentación dental, debemos diferenciar si se trata de una pigmentación extrínseca o intrínseca mediante la exploración física. Se valorará la distribución del pigmento y la afectación de uno o varios dientes. Puede ser de ayuda el raspado suave, que desprenderá la pigmentación extrínseca. Se hará una historia clínica completa, reflejando ingesta previa de medicamentos, higiene y hábitos dietéticos. Las pigmentaciones dentales extrínsecas se definen como depósitos localizados en la superficie del diente. Su origen es múltiple: microbiano, alimenticio, tabáquico y profesional. Las pigmentaciones dentales intrínsecas afectan al interior del esmalte y a veces a la dentina. Se pueden originar durante la formación del diente (fluorosis, Tetraciclina) o posteriormente (caries, lesión de la pulpa, traumatismos...). El caso que nos ocupa se trata de una pigmentación de origen microbiano. Se produce por bacterias cromógenas que se encuentran en la boca. Una de ellas es el Bacilo Melanogénico, que actúa sobre las sales de hierro y precipita óxido ferroso sobre los dientes dando una coloración negruzca. Es de fácil eliminación, pero recidiva con facilidad.

Conclusiones: Las alteraciones de la coloración dental son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. Es importante conocer los distintos tipos de pigmentación dental y su origen. De esta forma se aplicarán medidas preventivas, recomendando cambios en la alimentación, higiene dental, o se hará un tratamiento etiológico siempre que sea posible.

P389 URTICARIA CRÓNICA SECUNDARIA A INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA

Marta Suárez Rodríguez, Marta Martín Izquierdo, Patricia Basteró Miñón, Sergio Aguilera Albesa, Elena Santamaría Martínez, David Lozano Díaz, Aizpea Echebarría Barona, M.^a Genoveva Miranda Ferreiro, Moira Garraus Oneca, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: Presentamos el caso de un niño de 5 años afecto de urticaria crónica en el contexto de cuadros de faringoamigdalitis de repetición.

Caso clínico: Niño de 5 años y medio que consulta por presentar lesiones habonosas, pruriginosas y evanescentes de 10 meses de evolución. El inicio del cuadro coincidió con un episodio de faringoamigdalitis aguda. El paciente ha recibido tratamiento crónico con antihistamínicos orales sin presentar mejoría clínica.

En el momento de la consulta presenta empeoramiento de los síntomas clínicos con incremento del número de lesiones habonosas, así como angioedema de pies, manos y genitales. Esta reagudización del cuadro fue precedida por un episodio de fiebre y odinofagia.

En la exploración física destaca únicamente la presencia de las lesiones cutáneas previamente descritas, así como pilares faríngeos levemente hiperémicos.

El estudio del paciente se completa con la realización de test de atopia, determinación de niveles plasmáticos de IgE total y específica, test de activación de basófilos y Prick test, encontrándose todos los resultados dentro de la normalidad.

Basándonos en la historia clínica del paciente, así como en la bibliografía consultada, se decide determinar niveles plasmáticos de antiestrepolisinas (ASLO) y realización de cultivo faríngeo. El resultado del cultivo fue negativo, sin embargo se obtuvieron títulos elevados de ASLO. Ante la sospecha de una urticaria crónica secundaria a una infección estreptocócica se instaura tratamiento antibiótico con penicilina oral.

A las tres semanas el paciente es reevaluado en consulta observándose una desaparición completa de las lesiones cutáneas.

Discusión: Las infecciones virales, bacterianas, micóticas y parasitarias pueden provocar urticaria por mecanismos inmunológicos tipo I y III. En el caso de las urticarias secundarias a infecciones bacterianas los gérmenes implicados con mayor frecuencia son el estreptococo y el estafilococo.

Dada la efectividad y bajo coste del diagnóstico y tratamiento de estas entidades, sería conveniente descartar su implicación en todo cuadro de urticaria crónica.

P390 CONSUMO DE TABACO Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Rosa Jiménez Feijoo, Ana Losilla Casanova, Cristina Pérez Sáez, Susana Larripa de la Natividad, Laura Rosell I Belmonte, Milagros Jiménez Salas, David Sabaté Lisner, CAP Llibertat, Reus (Tarragona).

Antecedentes: El consumo de tabaco constituye un problema de salud pública. La adolescencia es un período de riesgo de inicio al consumo de tabaco. El tabaco esta considerado como

la "droga portal" pudiendo llevar al consumo de otras drogas como marihuana y alcohol.

Objetivos: 1) Conocer el consumo de tabaco y otras drogas en adolescentes. 2) Detectar factores de riesgo para el consumo de tabaco.

Diseño: Estudio observacional transversal, mediante encuesta estandarizada anónima.

Población y muestra: Se seleccionó al azar uno de los centros de enseñanza secundaria, de nuestra ciudad. En el estudio, se incluyeron un total de 200 alumnos, con rango de edad de 11 a 16 años.

Se realizó una encuesta anónima auto-cumplimentada en el centro, donde se recogieron variables personales, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Así como drogadicción familiar, rendimiento escolar y actividad deportiva.

Resultados: Del total de la muestra el 50,5% han probado el tabaco, un 9% consumen diariamente. El 86,5% han tenido contacto con el alcohol y un 13,5% son consumidores habituales. El 27,5% ha consumido cannabis y de ellos un 3,5% diariamente. El consumo de cannabis se asoció al consumo de tabaco. El 1% de la muestra son consumidores de anfetaminas y un 2,5% ha probado la cocaína. De los consumidores de tabaco, encontramos que el 57,1% son hijos de padres fumadores, el 89,9% tiene un rendimiento escolar regular-bajo, y ausencia de actividad física deportiva.

Conclusiones: 1) Un porcentaje significativo de adolescentes consume tabaco y otras drogas. 2) Los factores de riesgo más importantes, en relación al consumo de tabaco son: falta de actividad física, padres fumadores y rendimiento escolar bajo. 3) Se debería incidir en la prevención del consumo de drogas en asistencia primaria desde el inicio de la adolescencia, por ser un período de alto riesgo.

P391 16:25 h CONFIDENCIALIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.^a Dolores Pérez Cárceles, Juan Enrique Pereñíguez Barranco, Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz, Aurelio Luna Maldonado
Universidad de Murcia, Murcia y Centro de Salud de Espinardo, Murcia.

Antecedentes y objetivos: Actualmente, los problemas de salud en la adolescencia se han hecho mucho más complejos: violencia, comportamiento sexual, consumo de tóxicos, hábitos alimenticios, etc. A pesar de que numerosos estudios han mostrado que la falta de confidencialidad es la principal barrera para que los adolescentes no utilicen los servicios sanitarios, poco se conoce acerca de la confidencialidad en la asistencia sanitaria a los adolescentes en Atención primaria. El objetivo del estudio fue conocer cuando family physician informan a los padres de pacientes menores de edad y valorar la confidencialidad de estos profesionales ante diferentes situaciones sanitarias en la adolescencia y la prescripción de determinados tratamientos.

Método: Cuestionario validado descriptivo realizado por 227 médicos de familia de la Región de Murcia. España.

Resultados: 18,5% de los médicos proporcionan información siempre a los padres cuando el paciente es menor de 18 años, el 38,8% cuando el paciente es menor de 16 años. Cuando el menor acude solo a la consulta el 79,3% les advierten que informarán a sus padres. Ante situaciones de riesgo el 90,3% de los profesionales informarían a los padres, mientras que el me-

nor porcentaje de profesionales que los informarían serían ante enfermedades de transmisión sexual. La frecuencia con la que los profesionales informan a los padres ante la prescripción de diferentes tratamientos varía en función de la edad del menor y del tratamiento prescrito.

Conclusiones: La Atención Primaria está en un lugar privilegiado para atender al sujeto adolescente, sin embargo, debe de ponerse más atención por parte de estos profesionales para no vulnerar el derecho de confidencialidad de estos pacientes.

INFECTOLOGÍA

P392 15:30 h ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS DESDE UN PUNTO DE VISTA ETIOLÓGICO EN LOS MENORES DE 24 MESES

Clara Molina Amores, Eva Parra Cuadrado, M. Mercedes Bueno Campaña, Miguel Ángel Martínez Granero, José Valverde, M. del Mar Espino Hernández, Bartolomé Bonet Serra
Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Objetivo: describir las diferencias en el cuadro clínico en los distintos grupos etiológicos de pacientes menores de 24 meses de edad ingresados por infección respiratoria en nuestra Unidad en la temporada epidémica actual. Presentamos resultados provisionales hasta enero del 2005.

Material y métodos: estudio prospectivo de 109 pacientes menores de 24 meses ingresados por infección respiratoria. Se dividieron en tres grupos según resultados de antígeno (Ag) para VRS, y para gripe en lavado nasal. Se comparan antecedentes personales (prematuridad, broncospasmo), asistencia a guardería, ambiente epidémico familiar, cuadro clínico, tratamiento al ingreso y complicaciones.

Resultados: se realiza Ag de VRS en lavado nasal en 105, y Ag de gripe A y B en 78. De todos ellos 59 (54,6%) fueron VRS (+), 10 (9,2%) fueron gripe A (+), y 29 (26,4%) fueron VRS (-) y Ag de gripe A y B (-). No hubo ningún caso con Ag de gripe B (+). Se perdieron 7 casos y se excluyeron 4 en los que no se había realizado Ag de VRS. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los parámetros evaluados. Comparamos además los pacientes VRS (+) con el resto de infecciones respiratorias. Solo se encontraron diferencias significativas en el tratamiento farmacológico al ingreso (100% de los VRS (+) frente al 88,9% de los VRS (-), $p = 0,009$). Analizamos la mediana de edad de los que recibieron tratamiento antibiótico que fue de 11,8 meses frente a 4,1 meses de los que no lo recibieron ($p = 0,006$). Al estratificar por grupos etiológicos estas diferencias se mantiene en el grupo del VRS (+) pero no en el otro grupo considerado. Las complicaciones más frecuentes por orden fueron la otitis, conjuntivitis, y neumonía. Al analizarlas, se objetivó que la edad media de pacientes que las presentaron dentro del grupo VRS (+) fue de 13,2 meses frente a los 3,99 meses del resto de las infecciones ($p = 0,003$).

Conclusiones: No encontramos diferencias en la edad, antecedentes personales ni cuadro clínico entre los pacientes VRS (+) y los afectos de infecciones respiratorias producidas por otros virus. La edad es un factor de riesgo de complicaciones y uso de antibióticos en niños infectados por VRS.

P393**15:35 h****FACTORES DE GRAVEDAD EN NIÑOS MENORES DE CUATRO MESES CON TOS FERINA CONFIRMADA POR CULTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Ana Gómez-Zamora, María Jesús García de Miguel, Marta García Fernández de Villalta, Cristina Schuffelmann Gutiérrez, Sergio Maeso, M. Isabel de José Gómez, Fernando del Castillo Martín, Fernando Baquero Artigao

Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

Objetivos: Estudiar los casos de tos ferina confirmada por cultivo en niños menores de cuatro meses y analizar los factores clínicos y analíticos relacionados con una mayor estancia hospitalaria y una mayor gravedad.

Métodos: Estudio retrospectivo de los niños hospitalizados menores de cuatro meses con infección por *Bordetella pertussis* confirmada por cultivo pernasal, durante un período de once años (1994-2004). Se ha realizado un estudio estadístico descriptivo de las características clínicas y epidemiológicas; así como un estudio estadístico analítico mediante los test T-Student y correlación de Pearson, para identificar los factores relacionados con una mayor estancia hospitalaria y con la necesidad de ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Resultados: Se identificaron 58 pacientes menores de cuatro meses con cultivo positivo para *Bordetella pertussis*. La estancia media fue de 11,23 días y la edad media fue de 2,03 meses. Once pacientes requirieron ingreso en UCI (18,9%) y fallecieron 2 de ellos, ambos menores de 2 meses, con un síndrome de tos ferina maligna (letalidad, 3,4%). El 41,4% de los niños había recibido la 1.ª dosis de DTP. El 44,8% había tenido contacto con una posible fuente de contagio. En 49 casos se había realizado de forma simultánea la detección del antígeno de VRS en moco nasal, siendo la tasa de coinfección del 20,4%. En cuanto al estudio analítico se comprobó que la edad era inversamente proporcional a los días de ingreso (coeficiente de correlación: -0,3), los días de oxigenoterapia (CC: -0,37) y los días de ingreso en UCI (CC: -0,4) en el grupo de niños que no habían recibido la 1.ª dosis de DTP, no observándose esta relación en los que sí la recibieron. Eran factores de riesgo estadísticamente significativos ($p < 0,03$) para el ingreso en UCI la edad, la leucocitosis, la neutrofilia y la existencia de fiebre o apnea; la presencia de cianosis y apnea se relacionó ($p < 0,04$) con un mayor tiempo de estancia en UCI. La coinfección con VRS y la existencia de dificultad respiratoria se relacionaron con oxigenoterapia más prolongada.

Conclusiones: La tos ferina sigue siendo una enfermedad grave en el lactante con una morbimortalidad inversamente proporcional a la edad, sobre todo en los niños que no han recibido la 1.ª dosis de DTP.

P394**15:40 h****ENFERMEDADES IMPORTADAS EN PEDIATRÍA**

Margarita Fornés Guzmán, Anna Knörr Puigdemont, Francisco Almazán Castro, Noemi Contreras Balada, Montserrat Giménez Pérez

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) y Universidad Autónoma, Barcelona.

Introducción: En los últimos años el creciente intercambio de habitantes entre países se ha traducido en un incremento de enfermedades importadas, siendo la población infantil especialmente vulnerable.

Métodos y materiales: Presentamos una selección de 13 casos de enfermedades importadas en los últimos 6 años en un Servicio de Pediatría de un hospital universitario.

Resultados: Cinco casos de fiebre tifoidea: 4 inmigrantes (3 de Marruecos y 1 de Bangladesh) y 1 español que viajó a Egipto, todos presentaron fiebre elevada (duración media 7,6 días); 4 presentaron diarrea y 1 estreñimiento; 1 esplenomegalia; se diagnosticaron 4 por hemocultivo y 1 por serología y coprocultivo; se trataron con diferentes pautas antibióticas (duración media 14,4 días). Dos casos de malaria: Un niño nacido en nuestro país que viajó a Gambia a visitar a sus familiares, realizó la quimioprofilaxis antimalárica incompleta, consultó por fiebre elevada de 4 días, se detectó hepatomegalia, anemia normocítica y en la gota gruesa se visualizaron *P. falciparum*; el otro caso fue un niño que llegó de Costa de Marfil 1 año antes, presentaba picos febriles cada 48 h desde hacía 6 días, se detectó hepatomegalia y transaminitis, la gota gruesa mostró *P. ovale*. Un caso de dengue en niño que llegó 8 días antes de Ecuador, con fiebre elevada de 4 días de evolución y epistaxis, se detectó leucopenia y plaquetopenia, diagnosticado por serología con buena evolución sin tratamiento. Un caso de piomiositis tropical en niño gambiano con impétigo, fiebre y tumoración en muslo, el TC mostró absceso muscular, siguió tratamiento antibiótico y desbridamiento quirúrgico aislándose *S. aureus*. Tres casos de neurocisticercosis en latinoamericanos, todos se presentaron con convulsiones afebriles (2 focales y 1 estatus epiléptico), las pruebas de imagen detectaron 1 lesión nodular en cada caso, todos recibieron tratamiento anticomercial y 1 además tratamiento antiparasitario.

Conclusión: Los pediatras en nuestro medio deben identificar los niños que pertenecen a grupos de riesgo (inmigrantes, viajes y adopciones internacionales) e incluir dichas enfermedades en su diagnóstico diferencial, orientando la anamnesis según país de origen y signos guía, ello permite un diagnóstico e inicio del tratamiento precoces que en muchos casos evitarán complicaciones y secuelas.

P395**15:45 h****OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SÉPTICA EN NIÑOS INMUNOCOMPETENTES. REVISIÓN DE LOS CASOS DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS EN H.U. DE SALAMANCA**

Alexandra Villagrà Albert, Dorotea Raquel Fernández Álvarez, Manuela Muriel Ramos, Montserrat Berrocal Castañeda, Luis Manuel Prieto Tato, Vega Murga Herrera, M.ª Aránzazu Fuentes Ortiz, Beatriz Nieto Almeida
Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Antecedentes y objetivos: La osteoartritis infecciosa tiene un comienzo insidioso, por lo que debemos de tener alto índice de sospecha, pues un diagnóstico tardío conllevaría mayor morbilidad. El microorganismo más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus*. La edad más afectada son los menores de 5 años. Nuestro objetivo es revisar las características clínicas y bacteriológicas de todos los niños que han padecido osteomielitis y/o artritis séptica en los últimos 6 años, así como el comportamiento de la Proteína C Reactiva (PCR).

Métodos: Presentamos una revisión observacional retrospectiva, de 15 casos de osteomielitis y/o artritis séptica recogidos en nuestro servicio, desde enero de 1998 a julio del 2004.

Resultados: De un total de 15 casos, 7 (46,6%) fueron osteomielitis, 7 (46,6%) fueron artritis sépticas y 1 caso (6,6%) pade-

ció ambas. Un 80% tenían 9 años o menos. El 100% de los casos de artritis y un 87,5% de osteomielitis, fueron en miembros inferiores. Todos los casos tenían dolor e impotencia funcional, pero el 26,6% cursaron sin fiebre y un 40% no tenían signos externos de infección. Se obtuvo cultivo positivo en un 40%, siendo el germen más frecuente el *S. aureus* (26,6%). También se aisló un caso de *Streptococcus pneumoniae* y otro de *Enterobacter cloacae*. En 2 casos, se hizo un estudio anatomopatológico: en uno se diagnosticó de artritis tuberculosa y en otro se descartó un Sarcoma de Ewing. En un 60%, la PCR era mayor de 5mg/dl. Se hizo una radiografía en el 80% de los casos, siendo normal en un 41,6% y una gammagrafía en el 66,6%, siendo patológica en todos, excepto en un caso de artritis. La duración del tratamiento fue entre 3-4 semanas, con Cloxacilina i.v. en un 60% y asociadas a Cefotaxima en el 44,4% y a Gentamicina en un 33,3%. Resto según antibiograma, pasando a vía oral al alta. La tuberculosa se trató con asociación de 4 antibióticos. Se hizo drenaje quirúrgico en un 40%. Sólo 1 caso evolucionó a una osteomielitis crónica.

Conclusiones: Ante todo niño con fiebre, dolor e impotencia funcional debemos sospechar una osteoartritis. La PCR mayor de 5mg/dl ha sido un dato orientador en un 60% de los casos. La gammagrafía ósea es la prueba de imagen más sensible. El *S. aureus* es el germen más frecuentemente aislado en nuestra serie.

P396 **15:50 h**
COMPLICACIONES OSTEOARTICULARES POSVARICELOSAS

Izaskun Miner Kanflanka, Nagore Crespo Azpiroz, Carmen García Pardos, Francisco Javier Mintegui Aramburu, Ángeles M. Ruiz Benito, Agustín Nogués Pérez
 Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción: Las complicaciones de la varicela son infrecuentes, estimándose en 2,3/1000 casos en menores de 15 años. Las más frecuentes son sobreinfección cutánea bacteriana, neumonía bacteriana y cerebelitis aguda, siendo raras las osteoarticulares (que pueden ser por sobreinfección bacteriana, reactivas o producidas por el propio VZV).

Observación clínica:

	Caso 1 (1 mes)	Caso 2 (2 años)	Caso 3 (14 meses)
Clínica	Inflamación de rodilla izquierda (horas)	Dolor de codo izquierdo (9 días), fiebre (4 días)	Dolor codo derecho y fiebre (2 días)
Antecedente	Varicela 13 días antes (aciclovir i.v., 5 días)	Varicela 20 días antes del ingreso	Varicela 6 días antes del ingreso
Analítica	Leucocitos 31.700/µl PCR 103 mg/dl VSG 125 mm/h	Leucocitos 12.400/µl PCR 85 mg/dl VSG 103 mm/h	Leucocitos 15.000/µl PCR 190 mg/dl VSG 94 mm/h
Pruebas diagnósticas	Radiografía (Rx): osteomielitis distal de fémur izquierdo Ecografía (Eco): leve aumento de líquido Hemocultivo: (-)	Rx: artritis de codo Reacción perióstica de húmero distal Cultivo de líquido articular: negativo (-) Hemocultivo: (-)	Rx: normal Eco: normal Gammagrafía: captación de tibia distal Hemocultivo: (-)
Diagnóstico	Artritis rodilla izquierda Osteomielitis fémur	Artritis codo izquierdo Osteomielitis húmero	Osteomielitis distal tibia derecha
Tratamiento (semanas)	Cloxacilina (CLO) + cefotaxima (CEF) (5)	Lavado quirúrgico CLO + CEF (5)	CLO + CEF (5)
Evolución	Sin secuelas	Sin secuelas	Sin secuelas

Comentarios: Las complicaciones osteoarticulares de la varicela por sobreinfección bacteriana no son excepcionales. La mayoría son por *Streptococcus pyogenes*. Por ello, a pesar de presentar cultivos negativos, se recomienda el tratamiento antibiótico empírico para evitar las posibles secuelas secundarias a artritis u osteomielitis bacteriana. Probablemente el uso generalizado de la vacuna en edad pediátrica reduciría la incidencia de varicela y por tanto sus complicaciones.

P397 **15:55 h**
CELULITIS ORBITARIA COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS ETMOIDAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Blanca Garrido García, María Pont Colomer, Natividad Pons Fernández, Beatriz Cremades Romero, Julio Álvarez Pitti, José Ardit Lucas, Carmen Lecuona López, Concepción Tomás Rates, Vicente Álvarez Ángel
 Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: La celulitis orbitaria es la complicación grave más común de las sinusitis. Es un proceso de gran trascendencia por sus potenciales complicaciones tanto oculares como sistémicas, entre ellas los abscesos subperiósticos son las más importantes, aunque también pueden aparecer abscesos cerebrales y daños visuales definitivos.

Caso clínico: Varón de 27 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por edema palpebral derecho y fiebre (máx. 39 °C) de 48 h de evolución en el contexto de cuadro cataral de 5 días de duración. Consultó al inicio del cuadro siendo diagnosticado de dacrioadenitis pautándosele tratamiento con amoxicilina-clavulanico oral, ofloxacino tópico y dexametasona tópica pese al cual la clínica fue en aumento. A la exploración el paciente estaba decaído y presentaba dolor orbital muy intenso, enrojecimiento y tumefacción palpebral, hiperemia y edema de la conjuntiva, exoftalmos, discreta disminución de la movilidad ocular con reflejos pupilares conservados. En el hemograma presentaba leucocitosis con neutrofilia con una PCR elevada. Se realiza TC orbital observándose masa de localización extraocular, en la vertiente interna del cono orbitario, que desplaza al globo ocular y al nervio óptico, englobando en su interior al recto interno. Pansinusitis con afectación predominantemente derecha, todo ello sugestivo de celulitis orbitaria secundaria al cuadro de sinusitis del paciente. Ante la clínica y las exploraciones complementarias se inicia antibioterapia sistémica y se realiza etmoidectomía anterior y legrado adenoideo, siendo la evolución favorable con mejoría clínica y analítica.

Conclusión: Las enfermedades de la órbita son poco frecuentes, habitualmente su diagnóstico y manejo resulta difícil, porque en esta zona anatómica asientan muchas afecciones que se expresan clínicamente de forma muy semejante. Más del 90% de las celulitis orbitarias se producen por una sinusitis etmoidal, debido a que las paredes orbitarias, en especial la lámina papirácea, son particularmente delgadas y pueden tener frecuentemente dehiscencias óseas. Ante un paciente de estas características, los antecedentes de IRS persistentes deben hacernos sospechar una sinusitis y luego su complicación más frecuente, la orbitaria, para iniciar un manejo adecuado de forma precoz.

P398**16:00 h****MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. REVISIÓN**

María Jesús Balboa Vega, Concepción Hidalgo Figueroa, Joaquín Romero Cachaza, Ángel Alejo García-Mauricio, José González Hachero

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: La mononucleosis infecciosa es una enfermedad aguda especialmente frecuente en edad pediátrica. Realizamos una revisión retrospectiva de 41 casos de síndrome mononucleósico, ingresados en nuestra Unidad de Infecciosos, en los últimos 7 años.

Material y métodos: Se revisan características de edad, sexo, época del año de mayor incidencia, días de estancia hospitalaria, clínica, agente etiológico, alteraciones de fórmula leucocitaria, frotis de sangre periférica, afectación hepática, inmunológica y proteinograma.

Resultados: La distribución en cuanto al sexo fue del 61% niños y 39% niñas. Las edades oscilaron entre 1 y 13 años, con una media de 5 años. La estancia media hospitalaria fue de 8,6 días. La estación de mayor incidencia el verano, siendo el mes más frecuente agosto (14,63%). Destacó como agente etiológico el virus de Epstein-Barr (53,65%) seguido de Citomegalovirus (19,51%); en el 24,39% la serología resultó negativa, aislándose un caso por parvovirus B19. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y adenopatías con el mismo porcentaje (87,8%), esplenomegalia (73,17%), exudado faringoamigdalario (65,85%), hepatomegalia (63,41%), exantema morbiliforme (29,26%), edema palpebral (19,51%) e ictericia (2,4%). Todos presentaron leucocitosis con linfomonocitosis, excepto uno que tuvo granulopenia. En el frotis de sangre periférica se visualizaron linfocitos activados en el 80,48%, y células linfomonocitarias en el 17%. Las transaminasas se elevaron en el 80,48%. La inmunidad celular se afectó en el 73,68% con inversión del cociente CD4/CD8 y la humoral en un 34,2% con aumento de inmunoglobulinas, principalmente IgM (28,94%). El proteinograma se vio alterado en el 66,6% de los casos, con descenso de albúmina y elevación de gamma, alfa 1 y alfa 2 globulinas.

Conclusiones: La causa más frecuente de síndrome mononucleósico típico es la primoinfección por virus de Epstein-Barr, como ocurre en nuestra revisión; no encontrando rasgos diferenciales en clínica ni exámenes complementarios con respecto al CMV. La afectación sistémica es el principal motivo de ingreso. La evolución de todos los niños hospitalizados fue favorable, normalizándose al control del mes la inmunidad celular en el 75% y las transaminasas en el 70% de los casos.

P399**16:05 h****REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE TUBERCULOSIS INFANTIL EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA EN EL ÁREA SUR DE MADRID**

Marta Ruiz Jiménez, Alejandro López Escobar, María Baro Fernández, María Arriaga Redondo, Cristina Calvo Rey, Bárbara Rubio Gribble, Miguel Ángel Roa Francia, Jesús Ruiz Contreras Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

Introducción y objetivo: La TBC es una enfermedad que presenta una gran variabilidad de manifestaciones clínicas que hacen que su diagnóstico sea complejo. El objetivo es analizar las

peculiaridades de la enfermedad Tuberculosa en los primeros dos años de vida.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 35 pacientes, con edades comprendidas entre 1 y 28 meses, diagnosticados de enfermedad tuberculosa, entre los años 1997-2004, en el Área Sur de Madrid (Hospital 12 de Octubre, Hospital Severo Ochoa, Hospital de Móstoles y Hospital Universitario de Getafe).

Resultados: Edad: $13,9 \pm 7$ meses, siendo el 40% de los casos menores de 1 año. Sexo: 42,8% mujeres y 57,2% varones. Procedencia: 6 casos (17,14%) hijos de inmigrantes, pero nacidos en España. Foco de contagio: se encontró en 27 casos (77,14%). Motivo de consulta: fiebre 45,71%, Mantoux positivo y contacto TBC 37,14%. Clínica al diagnóstico: Sintomáticos el 74,3% (fiebre 62,8%, tos 48,7%, afectación estado general 17,14%). Exploración física: normal en 62,85%. Mantoux: negativo en 2 pacientes, media de induración $16,5 \pm 4$ mm. Estudio bacteriológico en jugos gástricos: baciloscopia positiva en 3 casos (8,57%), cultivos positivos en 18 (51,42%). Radiología: patrón parenquimatoso (31,4%), ganglionar (28,6%) y mixto (20%). Parenquimatoso: 94,3% unifocales de predominio en lado derecho, lóbulo medio localización más frecuente. Ganglionares: localización principal hiliar derecha. 1 caso de TBC miliar y 2 derrames pleurales. Se realizó TC a 6 pacientes (4 por normalidad radiografía de tórax y 2 por radiografía de tórax dudosa), todos ellos patológicos. Formas extrapulmonares: 4 casos (2 TBC meníngeas, 1 TBC miliar y meníngea y 1 osteomielitis tuberculosa).

Conclusiones: 1) La mayoría de los pacientes de la serie están sintomáticos en el momento del diagnóstico. 2) Los lactantes son más susceptibles de desarrollar formas extrapulmonares, especialmente enfermedad diseminada y meningitis. 3) Se ha obtenido un alto porcentaje de cultivos positivos, frente a un bajo rendimiento de la baciloscopia, lo que confirma que es infrecuente que un niño sea foco de contagio. 4) Es importante la realización de otras pruebas de imagen (TC) cuando la radiografía de tórax es normal y existe una sospecha clínica de enfermedad tuberculosa. 5) Es fundamental el estudio de los contactos de enfermos tuberculosos.

P400**16:10 h****SÍFILIS PRIMARIA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

M. Teresa Fábrega Valverde, Raquel Real Terrón, Ali Abdelkader Abdelah, Sheila Sánchez Gonzalo, Isabel Sáez Díez, Esther Piñán López, Juan F. Mesa Vázquez, Manuel Portillo Márquez, Antonio Vilela Serrano, José M. Arroyo Fernández

Hospital del Insalud de Mérida, Badajoz.

Introducción: La sífilis adquirida presenta en la actualidad gran interés por el aumento de la incidencia en la adolescencia. Se distingue una primera fase caracterizada por chancro sífilítico y posteriormente aparecen linfadenopatías que suelen ser bilaterales e indoloras.

Caso clínico: Paciente de 13 años que consulta por presentar adenopatías bilaterales dolorosas en región inguinal, de 20 días de evolución, sin otra sintomatología. Antecedentes personales: no refiere contacto con animales y niega relaciones sexuales. **Exploración:** adenopatías inguinales bilaterales, dolorosas a la palpación, la mayor de 3 x 2 cm, sin signos inflamatorios, no adheridas a planos profundos. No afectación de otra región gan-

glionar. Abdomen: esplenomegalia 2-3 cm bajo reborde costal izquierdo. Resto de exploración sistemática normal.

Exámenes complementarios: Hemograma y Frotis sangre periférica: normal. VSG 37 mm. Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, Na, K, GOT, GPT normales. PCR 23,7 mg/l. Sedimento de orina y Urocultivo: negativo. Hemocultivo: negativo. Serología vírica (virus de hepatitis A, B y C, CMV, VEB y VIH), rosa de Bengala y Ac antibrucela y Toxoplasma: negativo. RPR positivo y Ac antitreponema P (IgG e IgM) positivo. Título 1/2. Mantoux negativo. Radiografía de tórax normal. Ecografía abdominal: múltiples adenopatías inguinales bilaterales, la mayor 3¼ cm. Bazo de tamaño límite para la edad del paciente. PAAF: linfadenopatía reactiva.

Ante diagnóstico de sífilis primaria, se inicia tratamiento con penicilina con buena evolución.

Comentarios: Aunque nuestro paciente se trataba de un adolescente y negaba la práctica de relaciones sexuales, creemos conveniente que ante toda adenopatía inguinal en la edad pediátrica, se debe investigar la presencia de enfermedades de transmisión sexual. El caso que presentamos no refería chancro y las adenopatías eran dolorosa, algo inusual en la sífilis primaria.

P401

ENCEFALITIS POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR

Clara Téllez Labao, David Moreno Pérez, M^a Mercedes Chaffanel Peláez, Marta García Ramírez, Francisco Jesús García Martín, Antonio Jurado Ortiz

Hospital Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga.

16:15 h

Introducción: La infección por virus de Epstein-Barr (VEB) ocurre habitualmente durante la infancia, siendo la mononucleosis infecciosa su cuadro más característico. Ocasionalmente produce situaciones más graves, como el síndrome de Alicia en el País de las Maravillas, caracterizado principalmente por desorientación témporo-espacial, llegando a veces a una verdadera encefalitis.

Caso clínico 1: Varón de 9 años que cursando un cuadro de amigdalitis de 15 días de evolución presentó 2 episodios convulsivos generalizados y un episodio convulsivo parcial complejo. Intercrisis se objetivó desorientación témporo-espacial sin alteración del nivel de consciencia, focalidad o signos meníngeos. Presentaba un exantema maculopapuloso. No adenopatías ni hepatoesplenomegalia. Pruebas complementarias: IgM e IgG positiva para VEB; LCR: 40 leucos/ μ l (80% MN), glucosa normal y proteínas 1,40 g/l, cultivo negativo, ausencia de virus en LCR por cultivo o PCR; EEG: lentificación moderada basal y focalidad frontotemporal derecha; RM cráneo: lesiones desmielinizantes en ambos núcleos lenticulares. Tratamiento: aciclovir y ácido valproico. La evolución clínica fue favorable. Seguimiento durante 2 años con recuperación completa.

Caso clínico 2: Mujer de 12 años con cuadro de alteración del comportamiento, desorientación témporo-espacial, crisis de agitación psicomotriz, alucinaciones, crisis de desconexión del medio con mirada fija y movimientos distónicos, oscilaciones del nivel de consciencia y crisis convulsivas complejas. Pruebas complementarias: IgM e IgG positivas para VEB con triplicación del título de IgG a las 2 semanas; LCR: 95 leucos/ μ l (98% MN), glucosa y proteínas normales, cultivo negativo, ausencia de vi-

rus en LCR por cultivo o PCR; EEG: lentificación basal con focalidad frontotemporal anterior; TC y RM craneal con contraste: normales. Tratamiento: anticomiciales, sedantes (midazolam y clobazam), neurolépticos (haloperidol), claritromicina y ganciclovir. Buena evolución progresiva presentando bradipsiquia y disfasia al alta hospitalaria, con recuperación completa al cabo de un mes.

Conclusiones: La encefalitis es una manifestación grave aunque muy rara de la infección por VEB ya sea en el contexto de un síndrome mononucleósico o como única manifestación clínica. A pesar de la afectación neurológica del cuadro, la evolución final suele ser muy favorable.

P402

DÉFICIT DE EXPRESIÓN MOLÉCULAS II DEL COMPLEJO MAYOR DE HISTOCOMPATIBILIDAD

M^a del Mar Serrano Martín, M^a Mercedes Chaffanel Peláez, David Moreno Pérez, Francisco Jesús García Martín, Antonio Jurado Ortiz
Hospital Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga.

16:20 h

Introducción: El déficit de expresión de moléculas de clase II del complejo mayor de histocompatibilidad (MHC-II) es una inmunodeficiencia primaria combinada AR. Es más frecuente en el norte de África. Suele resultar letal en los primeros 12 meses de vida siendo muy importante el diagnóstico precoz.

Objetivos: Estudio retrospectivo de los casos de déficit de MHC-II en el Hospital Materno-Infantil de Málaga en los últimos 10 años.

Casos clínicos: *Caso 1:* Varón procedente de Marruecos, desde los 9 meses con infecciones recurrentes (neumonía y sepsis por *S. aureus*, muguet oral, dermatitis candidiásica, diarreas intermitentes y colangitis) y desnutrición grave. Dos hermanos fallecidos a los 6 y 7 meses con clínica similar. *Caso 2:* Varón de 4 meses con neumonía por *P. carinii*, demostrado por inmunofluorescencia indirecta (IFI) en lavado broncoalveolar (LBA). Consanguinidad paterna, 3 tíos maternos con inmunodeficiencia, 2 fallecidos en el primer año de vida, el tercero buena evolución tras TPHA. Buena evolución tras tratamiento con cotrimoxazol (sustituido por pentamidina ante toxicodermia) y corticoides. *Caso 3:* Varón procedente de Marruecos desde los 6 meses con infecciones respiratorias de repetición, y desde los 8 meses con cuadro de mononeuritis múltiple de predominio en MMII; con RM craneomedular y electroneurograma patológicos. Empeoramiento respiratorio durante el ingreso, catalogándose de neumonía por *P. carinii*, demostrado por IFI en el LBA. Consanguinidad paterna, 1 hermano fallecido a los 8 meses por infección respiratoria similar. Buena evolución con cotrimoxazol i.v. y corticoides. Posteriormente cursó sepsis por *Enterobacter cloacae* e ITU por *E. coli*.

En todos los pacientes se sospechó el diagnóstico dados el cuadro clínico y el estudio inmunitario inicial: CD4 bajos con linfocitos T absolutos normales, anticuerpos HIV (-), Ig bajas con células B normales. En todos se observó déficit de expresión de MHC-II. Los casos 1 y 2 recibieron TPHA de donante HLA idénticos, con buena evolución; el tercero está en espera de donante.

Comentarios: Sospechar déficit de MHC-II en lactantes con infecciones recurrentes y/o oportunistas, si los CD4 son bajos y no están infectados por VIH, sobre todo si proceden del Norte de África.

P403**PIOMIOSITIS EN LACTANTES**

Eider Oñate Vergara, Carmen García Pardos, Izaskun Olaciregui Echenique, Itziar Sota Busselo, Francisco Javier Mintegui Aramburu, Ángeles M. Ruiz Benito, Agustín Nogués Pérez
Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

16:25 h

Introducción: La infección aislada del músculo estriado es excepcional en lactantes. El dolor subagudo y localizado en el área muscular es la clínica habitual, asociando posteriormente fiebre y afectación del estado general. La presentación más frecuente es en niños mayores y en algunos casos se constata el antecedente traumático.

Observación clínica:

	Caso 1 (9 meses)	Caso 2 (16 meses)
Motivo de consulta	Fiebre de 5-6 días, dolor lumbar intenso	Febrícula de 8 días y fiebre alta en los últimos 3 días
Antecedentes personales	2 días antes, paseo en asiento trasero de bicicleta 3 h	Sin interés
Exploración física	Dolor a la movilización de columna lumbar, sedestación y rotación de cadera derecha ROT normales EES normales	Bultoma en zona subescapular derecha, doloroso a la palpación, sin otros signos inflamatorios externos
Pruebas complementarias	PCT: 2 ng/ml PCR: 13,64 mg/dl Leucocitos: 21.000/ μ l (N-80%) VSG: 31 mm/h Hemocultivo, negativo	PCT: 2 ng/ml PCR: 8,75 mg/dl Leucocitos: 8.100/ μ l (N-52%) VSG: 81 mm/h Hemocultivo, negativo
RM	Los músculos psoas ilíaco, obturador interno, piriforme y glúteo mayor derechos presentan una alta señal en secuencias STIR	Aumento de volumen y de señal STIR a nivel de los músculos dorsal ancho y oblicuo interno derechos con colección abscesificada en su interior
Tratamiento	Cefotaxima + cloxacilina IV 2 semanas + 2 semanas oral	Cefotaxima + cloxacilina IV 2 semanas + 2 semanas oral
Evolución	Curación	Curación

Comentarios: El diagnóstico de miositis se basa en la sospecha clínica a través de la historia clínica y la confirmación por las técnicas de imagen. En algunos casos sería necesaria la punción-aspiración. El tratamiento antibiótico precoz permite la evolución correcta de esta patología.

P404**BACTERIEMIA POR SALMONELLA NO TYPHI EN NIÑOS**

Cristina Menéndez Arias, M. Cristina Cuadrillero Quesada, Laura Martínez Mengual, María Fernández Díaz, Carlos Pérez Méndez
Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias).

16:30 h

Objetivos: Revisión de aspectos clínicos y de laboratorio en pacientes pediátricos con bacteriemia por *Salmonella no typhi* (SNT).

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de niños menores de 14 años con hemocultivo positivo para *Salmonella no typhi* entre septiembre de 1992 y marzo de 2004.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 20 casos de bacteriemia por SNT (12 varones). La media de edad fue de 25,6 meses (rango 2-95 meses). Nueve niños (45%) eran menores de 1 año. Sólo un paciente presentaba patología subyacente (síndrome de Down). Diez pacientes ingresaron tras la evaluación inicial con la siguiente clínica: síndrome febril sin foco en 5 casos, diarrea aguda febril en 3 casos, neumonía en 1 caso y artritis séptica de cadera en 1 caso. De los 10 pacientes restantes, 8 ingresaron para recibir tratamiento antibiótico (5 asintomáticos y 3 con fiebre elevada persistente). Dos niños evolucionaron favorablemente sin ingreso (uno con cotrimoxazol oral y otro sin tratamiento). El 25% de los casos presentaba aún hemocultivo positivo para SNT 48 h después de la extracción del primero, incluida una lactante que estaba asintomática. Durante su evolución presentaron diarrea 16 pacientes (10 en el momento de la recogida del hemocultivo, tres entre 4 y 11 días antes y otros tres con posterioridad). El coprocultivo fue positivo para SNT en el 85% de los casos. Hubo dos casos con infecciones extraintestinales: 1 artritis séptica de cadera y 1 neumonía. Ningún paciente precisó cuidados intensivos. El recuento medio de leucocitos y neutrófilos fue de 11.897/ μ l y 6.380/ μ l respectivamente. En 4 de los 11 niños en los que se determinó la Proteína C Reactiva (PCR) esta fue inferior a 20 mg/l. El 25% de las cepas fueron resistentes a ampicilina y el 10% lo fueron al cotrimoxazol. Todos fueron sensibles a cefotaxima. Los 20 niños se recuperaron sin complicaciones.

Conclusiones: La bacteriemia por SNT es infrecuente pero debe ser considerada en lactantes. En el 80% de los casos se acompaña de diarrea que puede ser no coexistente con la bacteriemia. No es infrecuente la normalidad del recuento leucocitario y la PCR. Es necesario descartar la persistencia de bacteriemia sobretodo en menores de 1 año, aunque estén asintomáticos. La tasa de resistencia a la ampicilina desaconseja su uso como tratamiento antibiótico en estos casos.

P405**REVISIÓN DE ARTRITIS SÉPTICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE UN PERÍODO DE 12 AÑOS (1993-2004)**

Myriam Herrero Álvarez, Roi Piñeiro Pérez, Miriam González Macías, Gloria Herranz Carrillo, Luis M. Antón Rodríguez, Bruno Nievas Soriano,
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

16:35 h

Introducción: La artritis séptica es un cuadro infrecuente en la infancia con una clínica heterogénea que requiere un diagnóstico de sospecha y tratamiento precoz para evitar secuelas.

Objetivos: Estudiar los aspectos epidemiológicos, clínicos, radiológicos, analíticos, microbiológicos y terapéuticos en nuestro medio durante los últimos 12 años.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes menores de 14 años con artritis séptica desde 1993 a 2004 en nuestro hospital.

Resultados: Se diagnosticaron de artritis séptica 12 pacientes, 83% varones. El 93% eran menores de 5 años y, de ellos, el 60% menores de 2 años. El 50% presentó antecedentes relevantes. La semiología clínica más frecuentes fue: impotencia funcional (92%), dolor a la movilización (83%), fiebre (67%), signos inflamatorios (50%) y dolor en reposo (50%). En el 93% la afectación fue monoarticular, siendo la articulación más afectada

tada la rodilla (42%) seguida de la cadera (33%), y otras localizaciones (16%). Se objetivó leucocitosis con desviación izquierda en el 25% de los casos, la PCR y la VSG aparecen elevadas en el 75% de los casos. Las técnicas de imagen realizadas han sido radiografías, alteradas en el 50%, y ecografías, anormales en todos los casos en los que se realizó. Los hemocultivos fueron positivos en el 50% y el germen más frecuente fue el *S. aureus* (50%) seguido por *S. Pneumoniae* (33%). El cultivo del líquido articular fue igualmente positivo en el 33% de los casos. El tratamiento antibiótico se ha realizado en el 83% de los casos con la combinación de cefotaxima y cloxacilina vía intravenosa y continuación oral, con una mediana de duración 28 días, y se ha realizado artrocentesis o artrotomía inmediata en el 42% de los casos.

Conclusiones: Objetivamos hallazgos similares a los de otros estudios, destacando un porcentaje mayor de hemocultivos positivos y menor de cultivos positivos del líquido articular. En los últimos años llama la atención la aparición de casos clínicos y radiológicamente compatibles con artritis infecciosa, pero con cultivos negativos en los medios habituales, lo que podría corresponder con el aumento de *Kingella kingae* como agente infeccioso que se ha objetivado en otras series.

P406 16:40 h ESPONDILODISCITIS LUMBAR ALTA EN UN LACTANTE DE 7 MESES DE VIDA

Alejandro Luque Moreno, Antoni Bergadá Masó, Ángel Liarte, Andreu Peñas Aguilera, Pablo Sáez Pérez, Cristina Serra Amaya, Jaume Macià Martí

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivo: Presentación de un caso de espondilodiscitis en un lactante de 7 meses de vida.

Historia clínica: Lactante varón marroquí de 7 meses de vida acude con clínica de irritabilidad, hipodinamia y anorexia de dos semanas de evolución. Tendencia al decúbito lateral derecho con rechazo al decúbito supino. Sin antecedentes de interés.

Exploración física anodina salvo palpación a nivel dorsolumbar izquierdo de una tumoración 2 cm sin signos inflamatorios.

Exploraciones complementarias: Radiografía frente y perfil de raquis donde se observa en la proyección lateral un desplazamiento posterior de L1 y un pinzamiento articular L1-L2; RM donde se objetivan lesiones vertebrales L1 y L2 y del disco correspondiente con manguito paravertebral y afectación epidural; PPD 9 mm induración transversal sin haber sido vacunado con la BCG; estudio familiar con hermano y padres con PPD de más de 15 mm y radiografía tórax sin lesiones sugestivas de TBC; hemocultivos bacterianos y aspirados gástricos sin aislamiento de gérmenes; TC toracoabdominal sin adenopatías ni alteraciones pulmonares evidentes; HLAB27 y serología brucela negativa.

Discusión: La espondilodiscitis en pediatría afecta generalmente a menores de 5 años sin predilección racial ni de sexo. Es de causa habitualmente infecciosa, generalmente estafilocócica, y las localizaciones más habituales son L3-L4 y L4-L5. El diagnóstico se demora en semanas pues la manera de presentarse es tremendamente insidiosa e inespecífica. La técnica de elección para su diagnóstico es la RM. El aislamiento del germen causal es difícil: los cultivos convencionales son negativos en 2/3 de los casos e incluso la biopsia dirigida por TC sólo consigue aislar al germen en la mitad de las ocasiones. El tratamiento consiste en antibióticos antiestafilocócicos e inmoviliza-

ción de la columna. En el caso que aquí se expone, dada la positividad del test de Mantoux, la nacionalidad africana y la RM tan sugestivas y, pese a la negatividad de los cultivos y del TC toracoabdominal, se recomienda añadir al tratamiento triple terapia antituberculosa durante 9 meses.

P407 16:45 h HISTOPLASMOSIS E INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS

Mireya Orío Hernández, Amaia Bilbao Garitagoitia, Julio García, M. Isabel de José Gómez

Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

La histoplasmosis es una enfermedad infrecuente en nuestro medio y excepcional en niños.

Niño de 11 años, ecuatoriano con hemofilia A, que ingresa por fiebre prolongada, astenia, sangrado gingival y nasal agudo. Presenta regular estado general, caquexia, fiebre 39 °C, sangrado por fosa nasal y afta gingival, adenopatías múltiples, hepatomegalia y artropatía hemofílica. Analítica: pancitopenia (Hb: 8,6 g/dl; Leuc.: 4.560/ μ l (N 90,5%; L 7,8%); Plaquetas: 61000/ μ l). Cuantificación de factor VIII inferior al 1%. CD4: 1% = 5 μ l CD8: 81%. Cultivos para bacterias, hongos y parásitos en sangre, orina y heces negativos. Se descartaron *Leishmania* spp. y *Plasmodium falciparum*; las serologías fueron negativas, salvo de VIH, con carga viral superior a 270.000 copias/ml. Radiografías de tórax reiteradamente normales; ecografía abdominal: múltiples adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. PAAF de adenopatía cervical: linfocitos atípicos. No pudo realizarse estudio de médula ósea.

Se diagnostica de infección por VIH estadio C3 y se inicia terapia antirretrovírica de gran actividad, profilaxis con cotrimoxazol oral y antibioterapia i.v. de amplio espectro, sin mejoría. Se administró tratamiento transfusional y f.VIII. El paciente sufre un deterioro clínico con dolor abdominal, melenas y hematemesis y aumento de hepatoesplenomegalia, LDH y transaminasas, desarrollando shock hipovolémico, que causó su fallecimiento.

En la necropsia: infiltración masiva por *H. capsulatum* de ganglios, bazo, médula ósea y pulmones; afectación multifocal de testículos, hígado, riñones y tiroides.

Conclusiones: 1) La histoplasmosis es una entidad a considerar ante un cuadro de fiebre, hepatoesplenomegalia y pancitopenia en niños infectados por VIH. 2) Es una enfermedad infrecuente en nuestro medio, pero que se debe sospechar si existe antecedente de residencia en zonas endémicas. 3) La radiografía de tórax normal no descarta histoplasmosis diseminada en niños inmunodeprimidos. 4) Es preciso iniciar tratamiento precoz ante la sospecha de histoplasmosis.

P408 16:50 h TUBERCULOSIS Y PALUDISMO, DOS PATOLOGÍAS EMERGENTES. REVISIÓN DE 9 AÑOS

Juan Arnáez Solís, Miguel Ángel Roa Francia, Marta Ortega Molina, María Arriaga Redondo, Nuria Gutiérrez Cruz, Marta Villares Alonso, Pedro José Pujol Buil

Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

Introducción: La tuberculosis y la malaria son patologías emergentes en los últimos años atendiendo al aumento de la población inmigrante en nuestro país.

Objetivo y método: Revisión retrospectiva de los casos de paludismo y tuberculosis en la población pediátrica en los últimos 9 años. Se analizaron parámetros: edad, sexo, origen, datos clínicos, analíticos y de pruebas de imagen, diagnóstico y tratamiento recibido.

Paludismo: Se recogen datos de 49 casos (78% nacidos en Guinea Ecuatorial). El 68% eran varones. Edad: 6,2 años (0,1-14,5). Hubo 10 casos (20%) de paludismo del viajero. En el 79% la sospecha diagnóstica fue en urgencias. Datos clínicos: fiebre (75%), gastrointestinales (40%), respiratorios (25%), cefalea (23%); hepatoesplenomegalia (45%), esplenomegalia (28%), hepatomegalia (11%), auscultación alterada (30%). Datos analíticos. VSG (> 20 mm/hora): 93%; PCR (> 10 g/dl): 54%; trombopenia (< 100.000 plaq./ μ l): 19%; anemia (< 10 g/dl): 53%; leucopenia (< 5.000 leuc./ μ l): 25,5%. Métodos diagnósticos: microscopía, serología y PCR. La especie predominante fue *P. falciparum* (68%), seguido de *P. ovale* (11,5%). La parasitación fue escasa: < 1% (82%), 1-2% (14%). El tratamiento más utilizado fue quinina + sulfadoxina/pirimetamina en el 74% con una duración global media en los 49 casos de 5,4 días (2-19); mediana 3 días.

Tuberculosis: Se recogen datos de 39 casos. Edad: 4,7 años (0,2-14); el 62,5% eran < 5 años. El 46% eran varones. Presentación clínica: fiebre aislada (10,3%), acompañando a síntomas respiratorios en el 38,5%. Dos casos presentaban eritema nodoso y un caso de meningitis tuberculosa y un caso de adenitis cervical tuberculosa. El 77% tenía radiografía de tórax alterada, el 48,5% con afectación parenquimatosa. En 7 casos (18% del total de tuberculosis) el Mantoux fue positivo y la radiografía de tórax normal. En el 25% se realizó TC. Bacteriología positiva en jugo gástrico en el 64%. Todos recibieron tratamiento con tres fármacos, y la meningitis con un cuarto fármaco, respondiendo favorablemente. Se encontró el contacto en el 67%, siendo todos contactos intrafamiliares.

Conclusiones: El paludismo y la tuberculosis son patologías en aumento que en ambos casos exigen un alto índice de sospecha para evitar, en el primer caso, la letalidad potencial y en el segundo, la propagación y las complicaciones de la enfermedad.

P409 16:55 h PALUDISMO GRAVE EN PEDIATRÍA. EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN UN PALUDISMO DEL VIAJERO

Juan Arnáez Solís, Miguel Ángel Roa Francia, María Arriaga Redondo, Nuria Gutiérrez Cruz, Javier Blumenfeld Olivares, Abdulkareem Alarabe Alarabe, Áurea Cervera Bravo, Pedro José Pujol Buil

Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

Introducción: El paludismo es una enfermedad habitualmente de evolución benigna sin embargo no debemos olvidar su potencial letalidad sobre todo en los casos de paludismo del viajero.

Caso clínico: Niña de 6 1/2 meses llegada de Guinea hacía una semana con fiebre y tos de 8 h de evolución sin hallazgos en la exploración física. Recibió profilaxis antipalúdica con proguanil y quinina. Vive habitualmente en España. 24 h después continúa con fiebre, sin signos en la exploración. Analítica: Hb 11,7 g/dl. Recibe tratamiento con amoxicilina. Regresa 4 días

después por persistencia de la fiebre, dolor abdominal y decaimiento. En el ingreso: leucos 15.250/ μ l, Hb 7,7g/dl; parasitación *Plasmodium* 4%. Gota gruesa/frotis fino: *Plasmodium falciparum* 6,4%. Orina: piuria. Urocultivo: *E. coli* 10⁴-10⁵ UFC/ml. Ingresos con los diagnósticos de paludismo, anemia, trombopenia y sospecha de infección urinaria. Después de 3 dosis de quinina oral y cefotaxima i.v. continúa febril y más decaída. Se repite la analítica: leucos 26.090/ μ l, Hb 6,1g/dl, plaquetas 100 10³ ul; GOT/GPT 70/36, albúmina 2,7 g/dl, PCR 13,6 mg/dl, VSG 108 mm/h. Gota gruesa: *P. falciparum* 7,2%. Ante el empeoramiento clínico con una mayor desconexión del medio y aumento de la parasitación se decide traslado a la UCIP para tratamiento antipalúdico i.v. y transfusión sanguínea. *A posteriori*: PCR positiva a *P. falciparum* y serología positiva (IgG1/160).

Discusión: En nuestro hospital hemos atendido 50 casos de paludismo pediátrico en los últimos 7 años; tres de ellos con parasitemias > 2% (3%, 4% y 5%, respectivamente). Ninguno transfusión sanguínea. En esta niña, la ausencia de signos clínicos y los resultados analíticos anodinos, dificultaron la sospecha diagnóstica. La profilaxis antipalúdica realizada no es efectiva en Guinea. A pesar de la ausencia de afectación pulmonar, renal y posiblemente cerebral, el diagnóstico de malaria grave obliga la monitorización y el tratamiento en una UCIP.

Conclusiones: 1) Los casos de paludismo suele tener un curso benigno, sobre todo en pacientes semiinmunes aunque debemos ser cautelosos en aquellos paludismos del viajero con parasitemias elevadas. 2) Se debe monitorizar la parasitemia estrechamente las primeras horas del tratamiento. 3) Es necesario sospechar la malaria ante un viaje reciente a zona endémica de paludismo y fiebre.

P410 17:00 h COMPLICACIONES INTRACRANEALES SECUNDARIAS A INFECCIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Carmen Ruiz Ledesma, María José Carbonero Celis, Andrea Campo Barasoain, María Dolores Gómez Bustos, Francisco Javier Freire Domínguez, Antonio Gómez Calzado, José González Hachero

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: Comunicar dos casos de abscesos intracraniales secundarios a infecciones ORL recogidos en los últimos 10 años.

Material y método: *Caso 1:* niña de 13 años que ingresa por vómitos y estupor de 3 h de evolución. Antecedentes: otitis media supurada derecha 2 semanas antes. Exploración: regular estado general, estupor. No signos meníngeos ni de focalidad. Otorrea derecha. Exámenes complementarios: hemograma: 22000 leucocitos, 86% de segmentados; TC cráneo: Área hipodensa temporoparietal derecha de cerebritis sin efecto masa, área biconvexa hipodensa con captación periférica compatible con absceso epidural en lóbulo temporal adyacente a mastoides, ocupación de celdillas mastoideas; cultivo de exudado ótico: positivo para *S. milleri*. Diagnóstico: absceso epidural y cerebritis temporoparietal derecha secundaria a otomastoiditis. *Caso 2:* Niña de 11 años, con fiebre, síntomas catarrales y edema palpebral de 10 días de evolución, ingresa por convulsión generalizada de 20 min de duración. Exploración: tras fase pos-

tictal, buen estado general, consciente. Edema palpebral más acentuado en párpado derecho. Dolor a la presión sobre senos maxilares y frontales. Rinorrea posterior. No signos meníngeos ni de focalidad neurológica. Exámenes complementarios: Hemograma: 24.600 leucocitos, 83% segmentados; PCR 128 mg/l; TC cráneo: pansinusitis, celulitis orbitaria derecha e imagen biconvexa, isodensa, adyacente a la calota con borde hiperdenso compatible con absceso epidural, a nivel frontal derecho. Diagnóstico: absceso epidural frontal secundario a pansinusitis y celulitis orbitaria. Resultados: en ambos casos se instaura tratamiento con cefotaxima, vancomicina y metronidazol. En el primer caso, a la semana, el área de cerebritis evoluciona a absceso y aumenta de tamaño, con desviación de la línea media y deterioro del nivel de conciencia, siendo necesario aspiración estereotáxica del absceso con posterior evolución favorable. En el segundo, la evolución es favorable con total desaparición del absceso al mes del ingreso.

Conclusiones: Los abscesos intracraneales son complicaciones poco frecuentes de infecciones ORL pero muy importantes desde el punto de vista de su gravedad. En los últimos años ha mejorado su pronóstico gracias a la TC y RM como métodos de diagnóstico precoz y a los avances en el tratamiento médico y quirúrgico.

NEONATOLOGÍA

ZONA PÓSTER II (PLANTA SEGUNDA DEL AUDITORIO)

P411 **15:30 h**

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN NEONATO CAUSADA POR DUPLICACIÓN CECAL QUÍSTICA

Susana Cora López, Cristina Flor Parra, Carlos Sáenz Reguera, Lucas Durán de Vargas, Antonio González-Meneses González-Meneses

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La invaginación intestinal en el período neonatal es una entidad rara y las duplicaciones intestinales quísticas son anomalías congénitas infrecuentes (sobre todo en localización cecal). Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño, localización anatómica y revestimiento mucoso que posea.

Caso clínico: Recién nacida de 3 días que ingresa por presentar rechazo de las tomas, decaimiento y deposiciones con sangre roja de varias horas de evolución.

Antecedentes personales y familiares: Madre de 39 años, tercigesta, tercipara. Embarazo de 273 días. EGB positivo (profilaxis completa) y AgHBs negativo. Amniorrhexis de 3 h, líquido claro. Tras parto espontáneo nace niña de 2.640 g de peso y test de Apgar 10, 10 a los 1 y 5 min.

Exploración clínica: Regular estado general. Hipotónica. Poco activa. Piel seca. Ictericia rubínica. Fontanela normotensa. Buena respuesta a estímulos. Abdomen no distendido, blando y depresible sin masas ni visceromegalias palpables. Resto de la exploración física sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina: 22,9 g/dl, Hematócrito: 69,3%. Resto normal. Estudio de coa-

gulación y perfil bioquímico: Normales. Bilirrubina Indirecta: 6 mg/dl. EAB: Acidosis mixta. PCR: 0,9 mg/l. Orina: Normal. Urocultivo y hemocultivo: Negativos. Punción lumbar: LCR claro y normotenso con bioquímica normal y cultivo negativo. Radiografía de abdomen: Imagen en escarapela-aire intraluminal en hipocondrio derecho. Ecografía y TC abdominal: A nivel de flexura hepática masa quística con ecos de bajo nivel en su interior e imagen sugestiva de gas en pared. Al identificar en TC imagen de aspecto nodular en contacto e inferior a lesión quística, se realiza nueva ecografía y se identifica imagen característica de invaginación intestinal. Durante intervención se objetiva masa en ángulo hepático que se reduce de tamaño con manipulación y al exteriorizarla se identifica duplicidad quística intraluminal a nivel cecal, realizando resección de la misma y anastomosis.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: Macro: Duplicación quística intestinal intraluminal no comunicante de 2 cm de diámetro. Micro: Pared intestinal compatible con duplicación intestinal.

Conclusiones: Las duplicaciones intestinales son malformaciones de muy baja incidencia, suelen manifestarse en recién nacidos como cuadro de obstrucción intestinal y/o hemorragia digestiva o bien actuar como punto guía de invaginación o vólvulo, que a su vez son entidades muy infrecuentes en esa etapa de la vida.

P412

INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR ROTAVIRUS EN UNA UNIDAD NEONATAL

15:35 h

Marta Fletas Torrent, Raquel Monfort Gil, Joan Badía Bernusell, M. Carmen Figaro Volta, Mónica Domingo Puiggrós, Meritxell Torrabías Rodas, Ana Pérez Benito
Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

La infección por rotavirus es la causa más frecuente de diarrea nosocomial en niños, provocando un cuadro de fiebre, vómitos y diarrea acuosa. En recién nacidos son frecuentes las formas asintomáticas o con diarrea leve pero pueden provocar enfermedad severa en prematuros. Presentamos las medidas tomadas ante un caso de infección por rotavirus en nuestra unidad neonatal.

Caso índice: Paciente afecto de síndrome de Haddad, consistente en hipoventilación central más enfermedad de Hirschsprung, ingresado desde el nacimiento por requerir ventilación mecánica durante las fases de sueño. Portador de bolsa de colostomía. A los dos meses de vida presenta cuadro de gastroenteritis por rotavirus que le provoca deshidratación moderada. Ante el caso de infección nosocomial por rotavirus se practican coprocultivos seriados a los niños que en este momento están ingresados en la unidad neonatal. Se detectan dos nuevos casos de infección (uno de ellos asintomático y el otro con deposiciones dispépticas sin otros síntomas). Se realizan medidas de aislamiento estricto de los casos infectados, además de investigación de rotavirus en el personal sanitario. No aparecen nuevos casos y los infectados evolucionan favorablemente hasta su curación.

Comentario: Aunque nuestros tres casos se solucionan sin complicaciones, la detección de rotavirus en una unidad neonatal obliga a tomar medidas estrictas de control, aislamiento e investigación de posibles contagios dentro de la unidad.

P413 15:40 h

EVALUACIÓN NUTRITIVA DE LOS MENORES DE 1500 GRAMOS DESDE NACIMIENTO HASTA EL ALTA EN UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

Belén García Avilés, Juan Andrés Pastor Peidro, M^a Mar Urán Moreno, Verónica Rocamora Romero, Julio Galiano Olivares, Raquel Almendral Doncel, Ana de la Morena, Manuel Moya, Concepción Ruipérez, Katia Hervás
Hospital Universitario San Juan, Alicante.

Objetivos: Estudio retrospectivo en prematuros menores de 1.500 g, para evaluar el tipo de alimentación y su repercusión en los parámetros antropométricos medidos al alta.

Métodos: Analizar retrospectivamente aspectos relacionados con la nutrición, las infecciones y su relación con los valores somatométricos al alta durante 14 meses (octubre 2003-diciembre 2004), de los prematuros de menos de 1.500 g.

Resultados: De un total de 445 niños ingresados en ese período, 14 son menores de 1.500 g (3,14%), con una media de peso al nacimiento de 1.231 g (-1,09 DE) y una edad gestacional media de 28 + 6 (28 + 3-33 + 1).

Reciben nutrición parenteral el 100% iniciándose a las 26,5 h de media (9-60 h). Con unos aportes iniciales de 7,6 g/kg HC, 0,87 g/kg de proteínas, 0,62 g/kg de lípidos. La nutrición enteral se inicia a las 17,1 h (5-45 h) de forma intermitente recibiendo al 6º día un 42% lactancia materna y en el momento del alta un 28%.

La edad media a la que alcanzaron el aporte de 120 kcal/kg/día fue de 8,6 días (5-20 días) de las cuales un 68% provenían de la nutrición parenteral y un 32% de la nutrición enteral. Los máximos aportes fueron de media 125,2 kcal/kg/día (123,7-145) de las cuales 53% las aporta la NPT y el 40% la nutrición enteral. La duración media de la nutrición parenteral fue de 17,8 días (10-29 días)

La máxima pérdida de peso fue un 9,9% alcanzada a los 4,5 días recuperando el peso del nacimiento a los 9,8 días.

El peso al alta fue de 2.224 g (-1,26 DE). La talla de 44 cm (-1,8 DE). El perímetro cefálico de 32 cm (-1,28 DE). La edad posconcepción al alta 36 + 2 semanas de media. Días de ingreso de media fueron 36,3 días.

Un 72% tuvieron sepsis clínica, 2 pacientes tuvieron un tapón meconial por lo que se retrasó el inicio de nutrición enteral. Tolerancia digestiva completa.

Conclusiones: Se obtiene un patrón de crecimiento ascendente a partir del 10º día de vida que coincide con la edad a la que se alcanza el máximo aporte de kcal/kg/día.

Pensamos que un inicio de nutrición precoz (primeras 12 h de vida), favorece la tolerancia digestiva y contribuye a mejorar los índices somatométricos finales.

P414 15:45 h

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FRACTURAS PATOLÓGICAS. OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniel Blázquez Gamero, Roi Piñeiro Pérez, Gemma Villar Villar, M. Isabel Armadá Maresca, Gloria Herranz Carrillo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

La Osteogénesis Imperfecta es una patología muy poco frecuente que ocasiona un aumento de la fragilidad ósea y que

puede presentarse sin antecedentes familiares previos, por lo que es importante descartarla ante el diagnóstico diferencial de fracturas patológicas.

Se presenta el caso de una niña de 22 días de vida que acude a nuestro servicio por llanto inconsolable de 10 h de evolución. A la exploración presenta impotencia funcional del miembro inferior izquierdo, con tumefacción y crepitación en tercio proximal de fémur. No refieren traumatismo relevante previo. Llama la atención la presencia de escleras azules. Como antecedentes personales destacan: embarazo con controles ecográficos y serológicos normales, parto eutócico a las 41 semanas de edad gestacional y fractura de clavícula izquierda al nacimiento. Al realizar una radiografía anteroposterior del fémur aparece una fractura de tercio proximal del fémur izquierdo. La serie ósea muestra fracturas en arcos costales posteriores del lado izquierdo y laterales del lado derecho, fractura de clavícula izquierda, de tercio distal del húmero izquierdo, y tercio distal del radio, con luxación radiocubital proximal izquierda, junto a adelgazamiento cortical e incurvación de huesos largos y una disminución generalizada de la densidad ósea. Presenta huesos wormianos en el cráneo. La RM descarta la presencia de hematomas subdurales.

El sistemático de sangre, la bioquímica, la fosfatasa alcalina, el metabolismo fosfocálcico, la ceruloplasmina y el cobre fueron normales, descartándose cuadros como la hipofosfatasa y el Síndrome de Menkes, que pueden cursar con alteraciones radiológicas parecidas. Finalmente se diagnostica de fracturas múltiples en el contexto de una Osteogénesis Imperfecta de tipo III.

Conclusiones: Se pone de manifiesto la importancia de realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial de la etiología de las fracturas en un neonato, descartando la posibilidad de malos tratos y teniendo en cuenta todas aquellas patologías que aumentan la fragilidad ósea como la Osteogénesis imperfecta.

P415 15:50 h

GASTROSQUISIS VERSUS ONFALOCELE GIGANTE. ESTUDIO DIFERENCIAL

Amparo Calvo Gómez-Rodulfo, Elena Taborga Díaz, Belén Fernández Colomer, David Peláez Mata, Laura Somalo Hernández, Alejandro Pérez Guirado, Juan Mayordomo Colunga, Mónica García González
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Antecedentes y objetivos: La gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal que da lugar a la evisceración del contenido intestinal, mientras que el onfalocele se produce por una alteración en el desarrollo embriológico del intestino fetal. Cuando el onfalocele es de gran tamaño y no está recubierto por saco peritoneal pueden confundirse ambas patologías, que sin embargo son muy diferentes.

Métodos: Presentamos 4 recién nacidos (RN), 2 con gastrosquisis y 2 con onfalocele gigante.

Casos clínicos: RN mujer a término, bajo peso para la edad gestacional. Prenatalmente se detecta aumento de alfafetoproteína y en ecografía del tercer trimestre sospecha de gastrosquisis. Parto por cesárea. Defecto de pared abdominal con salida de asas intestinales al exterior. Cobertura inmediata con técnica estéril e intervención inicial a las 8 h de vida por la téc-

nica de Bianchi. Reintervención a la semana de vida por adherencias. Buena tolerancia enteral a partir del 10 día de vida.

– RN varón a término de peso adecuado (PAEG). Gestación gemelar. Presenta en ecografía prenatal asas intestinales dilatadas fuera de la cavidad abdominal. Al nacer se aprecia defecto de pared abdominal con asas intestinales en el exterior del abdomen (gastrosquisis) que se cubren con técnica estéril. Intervenido en la primera hora de vida. Preciso nuevas intervenciones por cuadros oclusivos, con reconstrucción definitiva del tránsito intestinal al 4º mes de vida.

– RN mujer pretérmino PAEG. Al nacer presenta defecto umbilical (onfalocele) sin saco con exteriorización de asas intestinales, estómago y trompas de Falopio. Intervenido a las 6 h de vida con reintroducción de asas y cierre del defecto umbilical. A los 15 días de vida se inicia alimentación enteral con éxito.

– RN mujer a término PAEG. En ecografía prenatal se aprecia onfalocele. Al nacer presenta defecto umbilical con exteriorización de asas intestinales. Intervenido a las 7 h. de vida con reducción del onfalocele, reconstrucción de la pared abdominal y umbilicoplastia. A los 6 días de vida se inicia alimentación con éxito.

Conclusiones: Se presentan los casos y se hace una descripción de las características diferenciales de estas patologías, así como del abordaje inicial, con protección en sala de paros de las vísceras mediante técnica estéril y reintroducción precoz en la cavidad abdominal, evitando la inflamación de las asas intestinales.

P416 15:55 h HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD

José David Herrero Morín, M. Nuria Fernández González,
Gil Daniel Coto Cotallo, José Blas López Sastre
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Antecedentes y objetivos: El manejo neonatológico actual de la hernia diafragmática congénita (HDC) incluye ventilación de protección pulmonar y estabilización preoperatoria. Aunque se ha logrado un avance pronóstico evidente, la mortalidad de la HDC es todavía importante. Creemos de interés analizar los factores que podrían predecir el pronóstico vital de estos pacientes.

Pacientes y métodos: Se revisaron los casos de HDC de diagnóstico precoz ingresados al nacimiento en un hospital de tercer nivel sin disponibilidad de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), entre los años 1991 y 2003, cuyo manejo priorizó la estabilización quirúrgica (27 pacientes, 59,3% varones). Se compararon datos epidemiológicos, terapéuticos y evolutivos en pacientes supervivientes y fallecidos en período neonatal.

Resultados: Cinco de los 27 pacientes analizados (18,5%) fallecieron durante el período neonatal (3 antes y 2 después de la cirugía). No hubo diferencias significativas entre fallecidos y supervivientes en cuanto a edad gestacional, peso al nacimiento o puntuación en el test de Apgar. No hubo diferencias en la proporción de diagnóstico prenatal ni en la presentación clínica entre ambos grupos. Desarrollaron oliguria en las 12 h posteriores a la cirugía 6/22 del grupo de supervivientes y 2/2 del grupo que posteriormente fallecerían ($p < 0,05$). La mortalidad se aso-

ció a mayor acidosis, necesidad de FiO_2 y $PaCO_2$, así como a menor PaO_2 prequirúrgicas ($p < 0,05$). El índice ventilatorio prequirúrgico fue significativamente mayor en el grupo de fallecidos.

Conclusiones: La acidosis, la hipoxemia pese a elevada FiO_2 y la hipercapnia previas a la intervención quirúrgica se asocian a mala evolución. La diuresis conservada en el período posquirúrgico inmediato podría reflejar alta probabilidad de evolución favorable.

P417 16:00 h "COLLODION BABY"

M. Cristina Puente Sánchez, M. Elvira Garrido-Lestache Rodríguez-Monte, M. Soledad Jiménez Casso, Alfredo García-Alix Pérez, Carlos Santana Rodríguez, Mª Cinta Moraleda Redecilla, Teresa Raga Póveda, M. Teresa Penela Vélez de Guevara, Modesto Herrera Martín

Hospital General, Segovia y Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

Introducción: El término "collodion baby" describe los niños que nacen cubiertos de una película amarillenta y brillante semejante al celofán. El fenotipo colodión suele ser la manifestación inicial de diversos tipos de ictiosis congénitas, aunque en un 10% de los casos puede evolucionar hacia la curación espontánea.

Caso clínico: Recién nacido varón de 34 semanas de gestación. Peso 2.285 g (p50-75). Padres no consanguíneos. Antecedente de ictiosis en abuelo paterno.

A la exploración, el bebé está recubierto por una membrana brillante a tensión que comprime todo el cuerpo, produciendo deformidad en la cara con facies inexpressiva, ectropión bilateral y eclabium. Fisuras en las comisuras labiales, orificios nasales estrechos y orejas rígidas hipoplásicas. Manos y pies edematosos, ligeramente contracturados en semiflexión. No alteraciones ungueales. No otras malformaciones externas evidentes. Los estudios complementarios realizados (hemograma, bioquímica, ionograma, PCR, hemocultivo, fondo de ojo, ecocardiografía, ecografías cerebral y abdominal) fueron normales, siendo el cariotipo 46 XY. La biopsia cutánea revela hallazgos compatibles con ictiosis laminar. No se objetivaron mutaciones en el gen de la transglutaminasa 1.

Al ingreso se inició fluidoterapia intravenosa y antibioterapia empírica. Se mantuvo en incubadora con humedad máxima y ambiente térmico neutro, extremándose las medidas de asepsia. Se aplicó crema emoliente estéril tópica y pomada ocular humectante 2 veces al día. A los 8 días de vida fallece a causa de shock séptico por *E. coli* y encefalopatía aguda grave en el contexto de una enterocolitis necrosante.

Comentarios: El bebé colodión es la expresión neonatal precoz y transitoria de diferentes trastornos de la queratinización, fundamentalmente de la eritrodermia ictiosiforme congénita y la ictiosis laminar, ambas de segregación recesiva y con una incidencia $< 1/300.000$ casos. Estos niños presentan importantes problemas de supervivencia por el riesgo de infección, las dificultades respiratorias, de succión, termorregulación y control del equilibrio hidroelectrolítico. Deben evitarse jabones con hexaclorofeno y queratolíticos como el ácido salicílico o la urea, por el potencial riesgo de toxicidad favorecido por la mayor absorción percutánea.

P418 16:05 h EFECTO DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN SOBRE LA SEPSIS NEONATAL PRECOZ

Marta Murillo Vallés, María Eril Rius, Wilfredo Coroleu Lletget, Antonio Natal Pujol, Joan Bel Comos, Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Objetivos: Presentar la incidencia de sepsis neonatal precoz (SNP) antes y después de la introducción del protocolo de la CDC para la prevención de las infecciones neonatales por estreptococo grupo B (SGB).

Métodos: Todos los casos de SNP de niños nacidos en nuestro hospital fueron identificados retrospectivamente. Los casos fueron divididos en dos períodos: A) de 1988 a 1995 hubo 10.189 nacidos vivos (NV) a los que se administró profilaxis antibiótica intraparto (PAI) sólo cuando la madre presentaba factores de riesgo; B) de 1998 a 2003 hubo 10.090 NV y se efectuó cribado universal de colonización materna por SGB y PAI a todas las madres colonizadas. Se administró tratamiento antibiótico, previa recogida de hemocultivo y cultivo de LCR, a los niños que presentaban signos clínicos o analíticos de infección. En el período B se realizó cribado analítico, además, a aquellos niños que eran hijos de madre colonizada por EGB y no habían recibido PAI o esta era incorrecta. Se consideró sepsis demostrada cuando había signos clínicos o analíticos de infección y el cultivo de sangre o LCR eran positivos. Se consideró sepsis probable cuando había signos clínicos o analíticos de infección pero los cultivos eran negativos.

Resultados: La incidencia de SNP demostrada fue de 2,16/1.000 NV en el período A frente a 0,6/1.000 NV en el B. La incidencia de SNP probable fue de 4,32/1.000 NV en el período A frente a 9,02/1.000 NV en el B.

Conclusiones: La disminución de sepsis demostrada refleja el efecto positivo de la administración de PAI sobre la transmisión del EGB. El incremento de sepsis probable podría deberse a dos factores: 1) la elevada frecuencia de tandas incorrectas de PAI hace que se efectúe cribado de infección a niños asintomáticos y probablemente no infectados; 2) la administración de PAI evitaría la positividad de los cultivos en algunos niños infectados, pero no la aparición de signos clínicos o analíticos de infección. Para aumentar la rentabilidad diagnóstica, se están aplicando nuevas técnicas como la amplificación del ADN bacteriano mediante reacción en cadena de la polimerasa.

P419 16:10 h MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN MADRES ADOLESCENTES Y SUS RECIÉN NACIDOS EN EL 2003

Cristina Flor Parra, Susana Cora López, María Jesús Balboa Vega, Lucas Durán de Vargas, Antonio González-Meneses González-Meneses

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Revisión de morbilidad perinatal en madres menores de 18 años y morbilidad neonatal en los recién nacidos (RN) de estas en el Hospital Virgen Macarena en el año 2003.

Material y métodos: Se revisaron datos de edad materna, procedencia, edad gestacional (EG), tipo de parto, sexo del RN, peso del RN, peso respecto a la edad EG, número de RN que

ingresaron en la unidad de neonatología, complicaciones en los RN y nº de éxitos. Se compararon los datos obtenidos con los de las madres mayores de 18 años en el mismo año.

Resultados: Los partos en mujeres < 18 años en el 2003 fueron 54 lo que supone el 1,4% del total de partos en dicho año. Estos partos fueron todos únicos, siendo 50 los partos múltiples que se produjeron en dicho año (49 de 2 RN y 1 de tres). La distribución por edades fue: 17 años: 29 (53,7%); 16 años: 17 (31,4%); 15 años: 6 (11,1%); 14 años: 2 (3,7%). La procedencia fue rural en 30 casos (55,5%) y urbana en 24 (44,4%). Se realizaron 14 cesáreas (25,9%) en las madres < 18 años (siendo el porcentaje de cesáreas generales de un 18,5%). La EG media fue de 268,44 días, siendo inferior a 37 semanas (partos prematuros) en 13 casos (24,07%), mientras que en madres \geq 18 años hubo un 7,5% de partos pretérmino. La distribución por sexos fue: 34 varones (62,9%) y 20 mujeres (37,1%). La distribución por pesos fue: < 2500 g, 10 (18,5%); 2.500-3.000 g, 12 (22,2%); 3.000-4.000 g, 30 (55,5%); > 4.000 g, 2 (3,7%). La media de peso fue de 2.948,27 g. En las madres \geq 18 años los RN de peso inferior a 2.500 g fueron 287 (0,07%). Tres RN fueron de bajo peso para la EG (5,5%) respecto a un 4,2% en el otro grupo. De todos los RN, ingresaron en la unidad de neonatología 14 (25,9%), respecto a un 13,6% de ingresos de RN de madres \geq 18 años. Sólo un RN presentó una malformación congénita (CIV membranosa subaórtica). Se registró un éxitus entre los RN de madres adolescentes (1,8%) y 18 en los RN de madres \geq 18 años (0,48%). La estancia media en la Unidad de Neonatología de los RN de madres adolescentes fue de 22,69 días (desde 60 min hasta 135 días).

Conclusiones: El% de partos en adolescentes en el 2003 fue significativo. Hubo un% mayor de cesáreas y partos pretérmino, de RN de bajo peso para la EG, de ingresos en Neonatología y de éxitus entre los RN de madres adolescentes. Sería por tanto importante evitar o controlar los embarazos en mujeres adolescentes pues parece tratarse de un grupo de riesgo en cuanto a morbilidad perinatal.

P420 16:15 h HEMATOMA EPIDURAL EN RECIÉN NACIDO DEBIDO A VACUOEXTRACCIÓN

Lourdes Ortiz Ortiz, Raquel Velasco García, Carolina Torres Chazarra, Lucía Galán Bertrand, Ruth Gilabert Rico, Manuel Claver Durán, Jenaro Jover Cerdá
Hospital General de Elda, Alicante.

Introducción: Llamamos hematoma epidural a la hemorragia localizada entre la parte interna del cráneo y la duramadre. Suele deberse al sangrado de la arteria meníngea media o de los senos venosos y en muchos casos se acompaña de una fractura craneal lineal o localizada a lo largo del recorrido de una sutura. Su escasa prevalencia en neonatos (2% de hemorragias intracraneales) se explica porque en ellos la duramadre es delgada y está estrechamente unida al cráneo, siendo difícil su laceración.

Caso clínico: RN que ingresa por depresión neonatal grave. Embarazo normal. Parto espontáneo a la 40 semana. LA claro. Cefálica. 45 min de aplicación de vacuoextracción finalizando mediante fórceps. Nace varón, Apgar 1/4/6. Se intuba y se ventila con ambú y FiO₂ 100%. A los 15 min inicia gasping. Al ingreso: PN: 3.280 g. Cefalohematoma extenso no fluctuante con

lesión erosiva posvacuo. Lesiones por pala de fórceps en cuello. Hematoma palpebral izquierdo. FA normotensa. Hemorragia conjuntival bilateral. Pupilas mióticas. Ausencia de actividad espontánea, sin respuesta estímulos. A la hora de vida respuesta en retirada con ROT exaltados. Moro ausente, succión mordiente. Hipotonía generalizada. Al ingreso se conecta al respirador (ventilación mecánica suspendida a las 20 h). Se administra una dosis de 20 mg/kg IV de fenobarbital. A la hora de vida, gases arteriales: pH 7,16, pCO₂ 39, pO₂: 66 Bic: 13,6 EB: -14,9. CPK máxima de 2,197 a las 24 h con posterior descenso. GOT 75 U/l, GPT: 32 U/l; LDH: 1.602 U/l. Urea, Cr, Na, K y Ca normales. Presenta cuadro de encefalopatía hipóxico-isquémica con Sarnat II. No convulsiones. Ecografía cerebral: Asimetría de ventrículos laterales. Se realiza TC craneal: "imagen compatible con hematoma epidural parietal derecho. Efecto masa sobre ventrículo lateral derecho. y desviación contralateral de la línea media".

Discusión: La presencia de signos de hipertensión intracraneal, focalidad neurológica, convulsiones..., es indicación de TC urgente. En nuestro caso, fue la discordancia entre la severidad del cuadro clínico y la discreta repercusión analítica, junto con el antecedente de vacuoextracción prolongada, la que nos hizo tomar la decisión de adelantar el estudio de imagen que confirmó la sospecha clínica.

P421 16:20 h RETINOPATÍA DEL PREMATURO. CASUÍSTICA DE NUESTRO HOSPITAL

Rosa Salina Guirao, José Luis Alcaraz León, Fuensanta Alemán Lorca, Juan José Quesada López, Ángel B. Brea Lamas, Juan José Agüera Arenas, Manuel Cidrás Pidre, Vicente Bosch Jiménez, Carlos Orduna Magan, Mercedes Hernández Martínez
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Antecedentes y objetivos: La retinopatía del prematuro (ROP) es una causa frecuente de morbilidad neurosensorial en los recién nacidos prematuros y muy especialmente en los muy inmaduros. El aumento de las tasas de supervivencia de los recién nacidos de muy bajo peso se ha seguido de una mayor prevalencia de otras patologías derivadas de la prematuridad, entre ellas la ROP. Nuestro propósito es conocer la incidencia de ROP en nuestra unidad y factores patogénicos asociados.

Sujetos y métodos: Pacientes nacidos entre el 1 de octubre de 2003 y 31 de diciembre de 2004 (15 meses) en nuestro hospital, con < 28 semanas de edad gestacional y/o ≤ 1000 g de peso al nacimiento, que han sido tratados en nuestra unidad y han sobrevivido al mes de vida. Se realiza evaluación oftalmológica entre el mes y dos meses de vida y controles hasta la completa vascularización de la retina. Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico con comparación entre los grupos sin ROP o con ROP leve y ROP umbral. Se utilizaron el test de la chi-cuadrado, la odds ratio y la comparación de medias.

Resultados: Durante el período revisado nacieron en nuestro hospital 59 niños de las características indicadas de los cuales son éxitus 23 (38,9%), se trasladó un niño y no fue seguido otro. Se evalúan, por tanto, 34 casos de los cuales no presentaron ROP 11 (32,4%), 9 tuvieron ROP leve (26,5%) y 14 (41,2%) padecieron ROP que precisó tratamiento. En el análisis realizado, la edad gestacional, los días de oxigenoterapia y el número

de transfusiones se correlacionaron con la aparición de ROP grave ($p < 0,05$). Otros factores como el peso al nacimiento o la gravedad del distrés respiratorio no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: La ROP continúa siendo una secuela neurosensorial importante del prematuro. Los datos de incidencia y factores asociados de nuestra muestra son similares a los encontrados en la literatura.

P422 16:25 h VARIABILIDAD DE LA GLUCEMIA EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO

Ana Almansa García, Isabel Valcárcel García, Manuel Cidrás Pidre, Juan José Agüera Arenas, Ángel B. Brea Lamas, María José Arroyo Marín, M. Gloria Ortega Bernal, Juan José Quesada López, Inmaculada Vives Piñera, Vicente Bosch Jiménez
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Antecedentes: La glucemia se controla estrechamente en los recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) por riesgo de hipo e hiperglucemia. Los aportes de glucosa se ajustan según los niveles en sangre.

Objetivos: Ver la evolución de la glucemia y de los aportes intravenosos de glucosa en una muestra de RNMBP.

Métodos: Historia clínica de 10 RNMBP. Datos recogidos: peso, edad gestacional, fecha y hora de nacimiento, todas las glucemias realizadas junto con los datos de: aporte de glucosa, nutrición parenteral y enteral. La glucemia utilizada para los cálculos es la que se ha realizado con el método a pie de cuna.

Resultados: Edad gestacional de 26 a 31 semanas. Peso de nacimiento de 740 a 1.300 g. Total de glucemias recogidas: 245. Glucemia inicial en la primera hora de vida: 20 a 85 mg/dl. Aporte de glucosa inicial de 4 a 5 mg/kg/min.

Correlación de Pearson entre glucemia y aporte de glucosa 0,076, $p = 0,235$ (no significativa); entre glucemia y hora de vida 0,273, $p < 0,001$ (figs. 1 y 2).

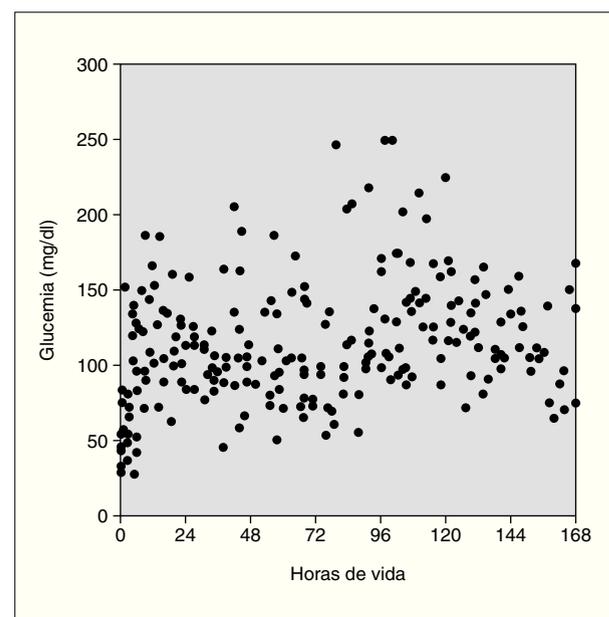


Figura 1. Glucemia según hora de vida.

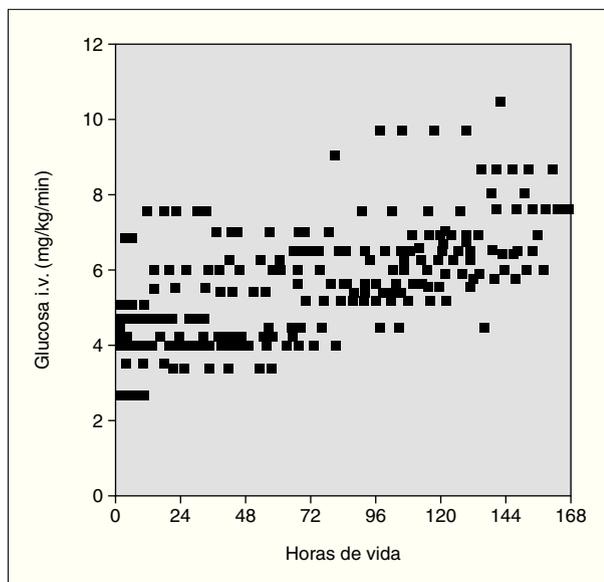


Figura 2. Glucosa i.v. según hora de vida.

Conclusiones: Existe una gran variabilidad en la glucemia de los recién nacido de muy bajo peso en la primera semana de vida, sin apreciar relación estadísticamente significativa con los aportes inmediatos de glucosa intravenosa.

P423 16:30 h ATRESIA DE ESÓFAGO CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ASOCIADA A ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO

Raquel Amo Rodríguez, Francesca Perin, Laura Moreno Galarraga, Carina Llopis Baño, Carmen Fuentes Gutiérrez, Manuela Peña Caballero, Manuel Samaniego Muñoz
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Baleares) y Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La atresia esofágica con fístula traqueoesofágica (bolsón superior ciego con comunicación del inferior a traquea) se puede presentar asociada a malformaciones de la línea media, en casi la mitad de los casos, como el síndrome VACTERAL (malformaciones vertebrales, radio y renal, agenesia ano-rectal, cardíacas...), sin embargo el desarrollo de EHP en el curso postoperatorio de atresia esofágica es bastante infrecuente. **Objetivos:** Conocer la forma de presentación clínica de EHP en el curso postoperatorio atresia esofágica tipo III, que en ocasiones puede confundir con las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica.

Caso clínico: Recién nacido a término, con peso bajo. Hidrámnios. Sospecha de atresia con Fístula traqueoesofágica. Apgar: 7-8. Reanimación tipo III. Presenta abundante sialorrea, desaturaciones que precisan aspiración frecuente y dificultad de la sonda nasogástrica al paso al tubo digestivo, confirmándose en radiografía de tórax y abdomen: bolsón superior donde se enrolla la sonda nasogástrica y ausencia de aire en cámara gástrica: sospecha de atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal. Se interviene de forma urgente en las primeras 24 h de vida, realizándose una toracotomía posterolateral derecha, se procede al cierre de la fístula y anastomosis terminal sin tensión de los bolsones. El postoperatorio evoluciona favora-

blemente, comprobándose con esofagograma que no existen fistulas tras la intervención. Al 7º día postoperatorio, comienza con cuadro de vómitos proyectivos, continuos, no biliosos, avidez por las tomas, dilatación gástrica persistente en las radiografías de abdomen, e hipertrofia del canal pilórico en las ecografías; sugerentes de estenosis hipertrófica de píloro. El diagnóstico se confirma durante la cirugía (a los 10 días del postoperatorio) realizándose laparotomía transversa y pilorotomía extramucosa (técnica de Ramsted). Posteriormente presenta evolución satisfactoria y buena tolerancia digestiva.

Conclusiones: 1) Aunque se trata una asociación poco frecuente y escasamente descrita en la bibliografía. 2) Es preciso descartarla facilitando un diagnóstico y tratamiento precoz, minimizando las posibles complicaciones del curso clínico.

P424 16:35 h AMIOPLASIA CONGÉNITA Y CONSUMO MATERNO DE COCAÍNA

Giorgia Sebastiani, Francesc Botet Mussons, Josep Figueras Aloy, África Pertierra Cortada, José Manuel Rodríguez Miguélez
Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: La artrogriposis múltiple congénita es un síndrome caracterizado por contracturas congénitas no progresivas de 2 o más articulaciones. En la amioplasia, la forma más frecuente de la artrogriposis neurógena, la afectación inicial se encuentra en las neuronas del asta anterior de la médula, las raíces nerviosas o el nervio periférico. Su incidencia se estima 1/10.000 recién nacidos y es de aparición esporádica. Se ha postulado como causa de amioplasia congénita una necrosis de la médula espinal fetal debida a hipotensión sistémica que provocaría una isquemia celular del asta anterior. Se exponen 2 casos de amioplasia congénita, ambos niños son hijos de madres consumidoras de cocaína. Revisando la literatura y los mecanismos de acción de la cocaína es posible suponer una relación entre el consumo de cocaína durante el embarazo y las malformaciones propias de amioplasia congénita.

Casos clínicos: Presentamos 2 recién nacidos hijos de madres cocainómanas. Ambos fueron prematuros de 34 y 28 semanas respectivamente. En ambos neonatos se evidenciaron al nacimiento malformaciones de extremidades, hipotonía, atrofia muscular y clínica de incontinencia esfinteriana. RM sin alteraciones. En los electromiogramas se evidenció en el primer caso signos de denervación parcial de los músculos del territorio metamérico S1-S2 bilateral y en el segundo denervación central entre L2-L4.

Discusión: La cocaína inhibe la conducción nerviosa impidiendo la fijación de la noradrenalina en los receptores nerviosos, aumentando sus niveles plasmáticos. Este mecanismo produce vasoconstricción placentaria y disminución de la circulación materno-fetal, provocando hipoxia fetal y alteraciones vasculares en el feto con riesgo de variaciones bruscas de la presión sanguínea y de hemorragia en el Sistema Nervioso Central. En ambos casos las características clínicas descritas al nacimiento fueron debidas a denervación de la médula espinal a diferentes niveles. Los defectos encontrados en nuestros pacientes podrían estar asociados a consumo materno de cocaína durante el embarazo, que produciría vasoconstricción del pequeño lecho vascular e isquemia-infarto por disrupción vascular en la médula espinal del feto.

P425**16:40 h****REPERCUSIÓN DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO (RNMBP)**

Izaskun Dorransoro Martín, Jesús Pérez Rodríguez, José Jonay Ojeda Feo, Alberto Martín Vega, José Quero Jiménez Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La Rotura Prematura de Membranas (RPM) es la causa de un 20-55% de todos los partos pretérmino. La RPM se ha relacionado con la aparición de diversas patologías en el neonato, fundamentalmente a nivel infeccioso, pulmonar, esquelético, intestinal y neurológico.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 321 historias clínicas de RNMBP nacidos en el Hospital La Paz. Los casos se dividieron en dos grupos: RPM \geq 5 días (grupo 1) y RPM \geq 24 h y $<$ 5 días (grupo 3). Para cada caso se eligió un control similar en peso (P) y edad gestacional (EG) con bolsa rota $<$ 24 h (grupos 2 y 4 respectivamente). Se analizaron parámetros antenatales, distrés respiratorio (DR), infección precoz (IP), leucomalacia periventricular (LPV), enterocolitis necrosante (NEC), deformidades y mortalidad (M).

Resultados: La incidencia de RPM de más de 24 h en los RNMBP en nuestro centro es de un 49,2%. Se muestran algunos de los resultados:

Grupo	número	EG	P (gr)	DR (%)	IP (%)	LPV (%)	NEC (%)	M (%)
1	32	201 \pm 13	1.128	84,4	31,3*	15,6**	6,3	12,5
2	32	201 \pm 14	1.068	93,8	6,3	0	6,3	9,4
3	19	194 \pm 18	935	78,9	10,5	10,5	5,3	10,5
4	19	194 \pm 18	907	94,7	26,3	5,3	10,5	15,6

*p < 0,01; **p = 0,05.

Conclusiones: 1) La RPM en RNMBP no aumenta el DR, probablemente en relación con el uso más generalizado de corticoides antenatales. 2) La IP es más frecuente en los casos con BR \geq 5 días, incluso si la madre ha sido tratada correctamente con antibióticos. La RPM $<$ 120 h no produce un aumento de este tipo de patología. La analítica realizada en las primeras horas de vida puede ser considerada útil en el cribado de infección precoz. 3) Existe un aumento de la patología neurológica (LPV) en el grupo de RPM \geq 120 h. 4) La corioamnionitis se asocia a una mayor incidencia de hiperecogenicidad en aquellos con RPM \geq 120 h. 5) La presencia de deformidades esqueléticas o contracturas articulares en relación con la rotura prematura de membranas tiene una incidencia muy baja en este grupo de niños de muy bajo peso y procedentes de embarazos únicos.

REUMATOLOGÍA**P426****15:30 h****UN INVIERNO PARA CONOCER EL ERITEMA NODOSO**

Josep Escolà Escribà, José Antonio Peña Zarza, Lucía Lacruz Pérez, Francesc Ferrés i Serrat, M. Dolores Rodrigo Jiménez, Juana M. Román Piñana

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Baleares).

Las erupciones cutáneas son un motivo de consulta frecuente en Urgencias de Pediatría. Dentro de los procesos inmunológi-

cos, la púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es un diagnóstico frecuente, pero existen otros que se prestan a diagnósticos erróneos. Este es el caso del eritema nodoso (EN), un síndrome caracterizado por brotes de nódulos cutáneos y subcutáneos inflamatorios y dolorosos, localizados predominantemente en la región pretibial de los miembros inferiores.

Objetivo: comentar los casos de EN vistos en nuestro servicio desde el pasado verano, comparándolos con los casos de PSH durante el mismo período.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos de EN y PSH atendidos en nuestro Servicio desde junio de 2004 a febrero de 2005, con los datos demográficos de los pacientes, clínica, antecedentes infecciosos y estudios inmunológico y microbiológico realizados, así como la evolución a corto-medio plazo.

Resultados: En total se han recogido 13 pacientes: 6 diagnosticados de EN y 7 de PSH. Hay un predominio del sexo femenino en los casos de PSH: 5 niñas frente a 2 niños (71%), y ningún predominio en los casos de EN (50%). La edad media en el caso del EN fue de 6,5 años (19 meses-11 años), y en la PSH de 7,5 años (5-11 años). Los casos de EN tenían su incidencia por igual en otoño e invierno, siempre precedidos de un proceso infeccioso. En su estudio microbiológico hay 2 casos con serología de virus Epstein-Barr IgM (+) y un caso con cultivo de virus respiratorio sincitial (+). Los casos de PSH aparecen en verano y en invierno, con antecedente infeccioso claro en un 50% de los casos, sin evidencias microbiológicas. El estudio inmunológico únicamente mostró en un caso de EN una positividad de los ANA (1/160), con ANCA positivos 1/20 (MPO y PR3 negativos).

Comentario: Es muy importante diferenciar ambos cuadros clínicos, conociendo que el eritema nodoso es una paniculitis (la inflamación se localiza en el tejido celular subcutáneo) sin vasculitis. Como en nuestros casos, la etiología suele ser infecciosa y puede corroborarse hasta en un 80% de los casos (en nuestros pacientes en un 50%). Las causas más frecuentes son la TBC, la infección estreptocócica, y dentro de los virus, el VEB (única coincidencia en nuestros pacientes). Es frecuente su asociación a alguna patología de base (Enfermedad Inflamatoria Intestinal, LES, vasculitis, etc.), por lo que se realizará un seguimiento en Reumatología Pediátrica.

P427**15:35 h****OSTEOMIELITE CRÓNICA RECORRENTE MULTIFOCAL. CASO CLÍNICO**

Laura Soares, António Carlos Borges, Manuel Salgado

Hospital São Miguel, Oliveira de Azeméis (Portugal), Hospital de Crianças Maria Pia, Porto (Portugal) y Hospital Pediátrico, Coimbra (Portugal).

A Osteomielite Crónica Recorrente Multifocal (OCRM) é um processo inflamatório ósseo raro, de etiologia indeterminada, que atinge geralmente crianças e adolescentes, afectando preferencialmente as clavículas, fémures, tibias distais e, ocasionalmente, a mandíbula.

Caso clínico: Rapaz, 11 anos sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, iniciou períodos de febre, claudicação, artrite nas articulações coxo-femural e tibio-társica direitas com evolução de 1 mês. Laboratorialmente reagentes de fase aguda (Velocidade de Sedimentação e Proteína C Reactiva) elevados, hemoculturas negativas, serologias (Brucella, hepatite A, B e C, vírus Epstein-Barr) negativas. Reacção Mantoux 25 mm, pesquisa BK suco gástrico negativo.

Radiografías da bacia e articulação tibio-társica direita sem alterações. Cintilograma ósseo (Tecnécio^{99m}) com foco de fixação óssea no íliaco direito. Ressonância Magnética Nuclear (RM) da articulação tibio-társica direita, coxo-femural direita e bacia com lesões líticas na asa do íliaco e extremidade distal do perónio direito. Biópsias ósseas: histologia compatível com osteomielite crónica. Perante a hipótese de osteomielite crónica por BK, fez tuberculostáticos (2 anos), com boa evolução, normalização dos reagentes fase aguda (VS), mantendo alterações ósseas residuais. Manteve-se assintomático durante 4 anos.

Em Março 2004 iniciou tumefacção da hemiface esquerda. Realizou Ortopantomografia que demonstrou lesões líticas e periostite do ramo esquerdo do maxilar inferior e Cintilograma ósseo com intensa actividade metabólica óssea do lado esquerdo do maxilar inferior, compatível com osteomielite, confirmando o diagnóstico de OCRM.

P428 15:40 h DISCITIS EN EL NIÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Pont Colomer, Blanca Garrido García, Natividad Pons Fernández, Beatriz Cremades Romero, Julio Álvarez Pitti, Pablo I. Badía Ferrando, José Ardit Lucas, Carmen Lecuona López, Concepción Tomás Rates, Vicente Álvarez Ángel
Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción y objetivos: La discitis es una inflamación aguda del disco intervertebral y de las vértebras adyacentes (espondilodiscitis). Destacamos la necesidad de tener presente esta entidad como parte del diagnóstico diferencial en pacientes, especialmente en los menores de 5 años, con irritabilidad y rechazo a la deambulación de evolución insidiosa.

Caso clínico: Varón de 19 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por cuadro de estreñimiento y rechazo de la deambulación de 2 meses de evolución, que en los últimos 15 días se ha hecho total. Durante ese período de tiempo presenta varicela y cuadro de GEA. Excepto durante estos cuadros, el paciente ha permanecido afebril. Refiere estancamiento ponderal los últimos tres meses. A la exploración destaca rechazo del paciente a caminar, sentarse o permanecer de pie, con pérdida de la lordosis fisiológica y dolor a la presión sobre las apófisis espinosas de la región lumbar. Dificultad para la flexión del tronco, deambulando con aumento de la base de sustentación. Tono muscular discretamente disminuido en miembros inferiores, con reflejos normales. Ante la clínica se realiza una RM cerebroespinal, informada como hallazgos compatibles con discitis L1-L2 sin aparente afectación del canal espinal. Se lleva a cabo recogida de cultivos, serologías infecciosas, Mantoux y analítica habitual, siendo todos los resultados negativos, salvo una discreta elevación de la VSG. Se mantiene al paciente en reposo, inmovilizándose la zona lumbar con corsé ortopédico, tratamiento antiinflamatorio y se inicia antibioterapia intravenosa empírica con cloxacilina, siendo la evolución favorable, con normalización progresiva de la deambulación.

Discusión: La discitis es una entidad de etiología controvertida ya que, si bien la mayoría de autores coinciden en atribuirle una causa infecciosa, en muchas ocasiones no se consigue llegar a identificar ningún agente patógeno. El tratamiento se basa en tres pilares fundamentales: la inmovilización/reposo, la terapia antiinflamatoria y la antibioterapia, aunque no existe consenso sobre la necesidad de esta última. Se trata de una entidad cuyo

diagnóstico no siempre resulta fácil en etapas iniciales, ya que sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, no obstante su detección precoz es importante, ya que si no se trata adecuadamente puede conllevar secuelas ortopédicas serias.

P429 15:45 h LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y VARICELA COMPLICADA

Andrea Martín Nalda, Susana Hernández Pérez, Mercedes Bernat Rom, Cristina Arnal Guimerá, Consuelo Modesto Caballero
Hospital Materno-Infantil Vall D'Hebron, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En el lupus eritematoso sistémico (LES) existe un estado de inmunosupresión debido a la enfermedad que se intensifica por el tratamiento. Queremos destacar la importancia del tratamiento precoz de las posibles infecciones, tanto virales como bacterianas.

Material y métodos: Niño de 3 años, diagnosticado de LES al año de vida, que acude a urgencias por cuadro febril y deterioro del estado general. A la exploración se observan tres lesiones vesiculares en tronco compatibles con varicela. Se instaura tratamiento sintomático y antibiótico (amoxicilina/clavulánico) como profilaxis de posible sobreinfección bacteriana. Dos días más tarde contacta con el servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar múltiples lesiones vesiculares en piel y mucosas, persistencia de la fiebre y empeoramiento del estado general.

Evolución: Permaneció en observación 24 h, instaurándose tratamiento con aciclovir intravenoso, gammaglobulina, antibioterapia de amplio espectro y medidas de soporte. En la analítica realizada destaca la presencia de trombopenia severa, leucopenia, aumento de las transaminasas, Quick del 58% con dímeros D > 5.000. La radiografía de tórax inicial mostraba algunas imágenes nodulares en lóbulos superior e inferior derechos. Por el inicio de distrés respiratorio al cabo de unas horas, se decide su traslado a la UCI, manteniéndose las medidas de soporte e instaurando oxigenoterapia. En las radiografías y TC de control a las 48 h, se objetivaron condensaciones bilaterales de predominio en lóbulos superiores de carácter neumónico, más compatibles con sobreinfección bacteriana que con neumonía varicelosa. Al tercer día de tratamiento inicia mejoría progresiva pudiendo ser trasladado a planta a los 8 días. Los datos analíticos se normalizaron en su totalidad a los 14 días tras su ingreso.

Conclusiones: La infección por varicela-zóster en pacientes con LES puede tener una evolución tórpida y conducir a situaciones de extrema gravedad si no se instaura tratamiento de forma precoz. El niño con LES, como todo paciente inmunodeprimido, debe ser considerado, ante la infección, como paciente de alto riesgo.

P430 15:50 h INTERLEUCINA 1 RECEPTOR ANTAGONISTA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (AIJ)

Yolanda Peña López, Andrea Martín Nalda, Alba Erra Durán, Merce Boronat Rom, Cristina Arnal Guimerá, Consuelo Modesto Caballero
Hospital Materno-Infantil Vall D'Hebron, Barcelona.

Objetivos: La forma sistémica de AIJ, caracterizada por la presencia de fiebre, exantema y artritis, constituye la forma más

grave de presentación de esta enfermedad. Muchos de los pacientes precisan corticoides a dosis moderadas-altas para el control de las manifestaciones sistémicas. Sin embargo, la utilización de terapia biológica, puede cambiar el curso y pronóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Niño de nueve meses de edad que ingresa por cuadro febril de tres semanas de duración, sin foco aparente, y exantema maculopapular rosado generalizado pruriginoso. Se realiza estudio completo siguiendo el algoritmo diagnóstico de fiebre de origen desconocido. Tanto los cultivos, como serologías, pruebas de imagen y estudio de médula ósea fueron negativos. En la analítica (ver tabla) destacaba la elevación marcada de los reactantes de fase aguda. Se diagnostica por exclusión de AIJ sistémica, apareciendo el componente articular ocho meses más tarde.

Evolución: Se inicia tratamiento con corticoides a altas dosis, con lo que remitió la fiebre, introduciendo posteriormente, con el fin de ahorrar corticoides diferentes tratamientos inmunomoduladores: gammaglobulina i.v., ciclosporina A, tacrolimus y micofenolato que fueron sólo parcialmente efectivos. Ante la imposibilidad de reducir la dosis de corticoides a menos de 1 mg/kg/día, se decide tratamiento con IL1-ra (anakinra). A las 24 h desaparece la fiebre. La evolución analítica es la siguiente:

	Ingreso	Previo IL1-ra	15 días después
Hemoglobina (g/dl)	7,3	7,9	10,5
Leucocitos (10E6/l)	35,000	26,400	10,600
Plaquetas (10E6/l)	551,000	583,000	326,000
VSG (mm/1 h)	84	42	7
PCR (mg/dl)	27,83	13,26	4,21
Ferritina (ng/ml)	21,671		50

Conclusiones: El tratamiento biológico con el antagonista natural de IL1 se muestra eficaz en el tratamiento de la AIJ sistémica resistente a tratamiento inmunosupresor, abriendo la posibilidad de la utilización de otros agentes biológicos que también actúen sobre la cascada inflamatoria.

P431 15:55 h ENFERMEDAD DE KAWASAKI. ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. Esther Vázquez López, Soledad Martínez Regueira, Alba Manjón Herrero, Ana García González, Ramón Morales Redondo
Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Antecedentes: La enfermedad de Kawasaki fue descrita por primera vez en 1967 como un síndrome agudo febril mucocutáneo linfonodular. Hoy, 18 años más tarde, su etiopatogenia sigue siendo desconocida y se ha convertido en la causa más frecuente de enfermedad cardíaca adquirida de la infancia.

Objetivo: Describir nuestra experiencia a lo largo de 10 años, así como características clínicas, evolución y tratamiento de esta enfermedad.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que abarcó desde el 1 de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre de 2003. Se examinaron todas las historias de los pacientes menores de 14 años ingresados en nuestro Hospital diagnosticados de enfermedad de Kawasaki y se analizaron una serie de parámetros como: edad y sexo del niño, estación del año en que se

presenta la enfermedad, comienzo clínico, síntomas y signos de la enfermedad. Inicio, respuesta al tratamiento y complicaciones asociadas. Se realizó también un estudio comparativo de las pruebas complementarias: hemograma, bioquímica general, reactantes de fase aguda, estudio bacteriológico y ecocardiograma.

Resultados: La edad media fue de 4 años y dos meses (rango: de 2 a 8 años), la relación niño/niña fue de 1. El 50% de los casos se diagnosticaron en otoño, el 25% en primavera y el 25% en verano. En los cinco últimos años se diagnosticaron el 75% de los casos. Los síntomas clínicos más frecuentes fueron la fiebre (100%), exantema (100%), enantema (100%), conjuntivitis (100%), linfadenopatías (100%) y afectación de extremidades. Las complicaciones asociadas más frecuentes fueron las gastrointestinales, articulares y cardiológicas. La leucocitosis con desviación izquierda fue lo más frecuente. En el 75% de los casos la cifra total de plaquetas al ingreso se encontraba entre 300.000 y 500.000. En ningún caso apareció anemia y en la mitad se elevaron las transaminasas. Todos los pacientes fueron tratados con acetilsalicílico y el 75% con gammaglobulina. La mortalidad fue del 0% y en ningún caso aparecieron aneurismas coronarios.

Conclusiones: La enfermedad de Kawasaki se ha convertido en la causa más frecuente de cardiopatía adquirida de la infancia. Es fundamental su diagnóstico precoz y tratamiento en todos los casos para evitar secuelas.

P432 16:00 h CUTIS LAXA COMO PARTE DE UN SÍNDROME POLIMALFORMATIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sergio José Quevedo Teruel, Carolina Blanco Rodríguez, Miguel F. Sánchez Mateos, Rafael Díaz-Delgado Peñas, María Vázquez López, Ersilia González Carrasco, M. Nieves Martínez Guardia
Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Antecedentes: La dermatomegalia o Cutis laxa es una rara afección cutánea, congénita o adquirida, caracterizada por una anomalía en las fibras de elastina de la piel, cayendo esta en pliegues péndulos y presentando los niños afectados rasgos faciales envejecidos. En la forma congénita, la variedad dominante suele ser benigna, mientras que la recesiva tiene complicaciones múltiples cardíacas, digestivas, pulmonares, genitourinarias,... existiendo pocos casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una niña de 5 meses que ingresa por cuadro de gastroenteritis aguda. Como antecedentes personales destaca: CIR, RNPT (36 semanas) de BPEG (PRN: 1,800 g) y agenesia de cuerpo calloso. Estaba en seguimiento por consultas externas. Al ingreso se objetiva piel redundante afectando a prácticamente toda la superficie corporal. Raíz nasal ancha con ventanas antevertidas, aumento de filtrum labial y boca de carpa. AC: soplo sistólico I/VI en mesocardio. AP: normal. Abdomen: normal. Genitales externos femeninos: normales. Manos con malformación musculoesquelética con pliegue simiesco completo y supuesta ausencia musculotendinosa del oponente del pulgar con hiperelasticidad interfalángica e imposibilidad para la prensión. Exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica, cariotipo, eco abdominal, fondo de ojo: normal; RM cerebral: agenesia completa cuerpo calloso; ecocardiograma: insuficiencia tricuspídea

leve. Valoración oftalmológica: normal. *Screening* auditivo mediante potenciales evocados auditivos: normal.

Evolución: Tras la sospecha clínica se decide realización de biopsia cutánea, pendiente de resultado definitivo. La paciente cursa con retraso pondoestatural y leve retraso psicomotor, acudiendo a rehabilitación, consiguiendo efectuar la prensión y manteniendo sedestación estable a los 10 meses.

Comentarios: La cutis laxa en la mayoría de las ocasiones se manifiesta con afectación exclusivamente cutánea, no obstante no debemos olvidar que un pequeño porcentaje de los casos, como el que nos ocupa, puede presentar afectación multiorgánica, que requiere un abordaje multidisciplinar.

P433 16:05 h HIPERPERMEABILIDAD SEVERA EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Isaac Marín Valencia, Susana Segura Matute, Iolanda Jordán García, María Cols Roig, Jordi Antón López, Marta Vera Estrada, Jordi Pou Fernández
Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona.

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda sistémica que cursa con aumento de la permeabilidad capilar. Presentamos un paciente con EK con anasarca como forma extrema de manifestación de hiperpermeabilidad vascular.

Caso clínico: Paciente de 2 años y 8 meses que 3 días antes inicia fiebre hasta 40 °C. En la exploración presenta eritema y sequedad labial, edema y eritema de manos y pies, hiperemia conjuntival sin secreciones y exantema maculoso generalizado. Destaca irritabilidad importante por lo que se realiza punción lumbar que muestra meningitis linfocitaria. Ante la sospecha de EK se administra gammaglobulina intravenosa junto con aspirina a altas dosis. El paciente persiste febril con disnea, hipotensión con escasa respuesta a la reposición de volumen, oliguria y distensión abdominal. Las pruebas complementarias muestran anemia (Hb 7,7 g/dl), acidosis metabólica e hipoalbuminemia (24 g/l). La ecografía muestra vesícula biliar distendida, ascitis y líquido pleural bilateral. En la radiografía de tórax se objetivan infiltrados intersticiales bilaterales con discreta cardiomegalia. El ecocardiograma no muestra signos de afectación coronaria (leve insuficiencia mitral). Ante el deterioro se traslada a UCI-P. Se administra 2ª dosis de gammaglobulina, antibióticos y se inicia tratamiento con albúmina, sueroterapia y diuréticos. Presenta buena evolución quedando afebril a las 24 h, remitiendo el cuadro de anasarca, con normalización ecográfica y analítica. A las 2 semanas presenta descamación digital de predominio en manos. Actualmente se encuentra asintomático, libre de secuelas.

Comentarios: La EK se caracteriza por lesión de la pared vascular con aumento de permeabilidad y extravasación de plasma, generando edemas sobre todo en manos y pies. La hiperpermeabilidad vascular extrema es una complicación rara en la EK. Hay que sospecharla en aquellos pacientes con edema generalizado e inestabilidad hemodinámica, realizando diagnóstico diferencial con síndrome de shock tóxico. Hay estudios que sugieren un mayor riesgo de coronariopatía en estos pacientes. El tratamiento aconsejado consiste en control estricto del balance hídrico y diuréticos, junto al tratamiento de base. El tratamiento con albúmina es controvertido.

P434 16:10 h SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

M.ª Dolores Martínez Jiménez, F. José Gómez García, Leonor Gómez Jiménez, Joaquín Gómez Vázquez
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la asociación de trombosis vasculares y anticuerpos antifosfolípidos. Su prevalencia no está bien definida en la edad pediátrica. Clínicamente se divide en primario o idiopático, secundario (generalmente a enfermedades reumatológicas) y catastrófico (muy raro en niños). Existe disparidad en cuanto a los criterios diagnósticos definitivos de SAF en pediatría. El tratamiento se basa en antiagregantes y/o anticoagulantes debiendo ser individualizado.

Caso clínico: Niña de 10 años de edad que consulta por dolor, impotencia funcional y aumento del perímetro de la pantorrilla derecha. Refiere además cefalea de características migrañosas los dos meses previos, pérdida ponderal (aproximadamente 4 kilogramos en el último mes) y síndrome febril sin foco aparente de 7 días de evolución. La exploración física confirma los signos referidos en la pierna derecha junto a piel caliente y brillante, resto de exploración normal. Entre las pruebas complementarias destaca anemia normocítica normocrómica, leucopenia con linfopenia, aumento de VSG, PCR, IgG e IgA y ANA a título elevado, anti-ADN nativo, anticardiolipina IgG positivos. La ecodoppler demuestra trombosis venosa profunda (TVP) en poplítea derecha. TC Y RM craneal fueron normales. Con todo lo anterior el juicio clínico es SAF posiblemente secundario a lupus eritematoso sistémico (LES).

Conclusión: El diagnóstico diferencial de TVP en niños debe incluir el SAF, descartando el LES como causa secundaria más frecuente.

P435 16:15 h INFARTO CEREBRAL EN LACTANTE ASOCIADO A INFECCIÓN POR COXSACKIE Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Eva Solera Navarro, M.ª Mónica García Peris, Marta Aguar Carrascosa, M. del Carmen Otero Reigada, Emilio Monteagudo Montesinos, Inmaculada Clavo
Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

El infarto cerebral es una entidad poco frecuente en la infancia, pero una importante causa de mortalidad y morbilidad a largo plazo. La presentación clínica puede ser difícil de valorar en el lactante al inicio, como mostramos en este caso clínico.

Caso clínico: Lactante de 10 meses con cuadro febril, decaimiento y disminución de la movilidad del miembro inferior izquierdo de 2 días de evolución.

No presenta antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración física al ingreso se objetiva decaimiento, irritabilidad, y miembro inferior izquierdo en rotación externa y abducción con limitación de la movilidad activa, pero movilidad pasiva conservada y no dolorosa de todas las articulaciones. Al 2º día de ingreso asocia además paresia del miembro superior izquierdo por lo que se solicita TC craneal evidenciándose zona hipodensa compatible con infarto silviano subagudo derecho. Posteriormente se completa estudio de imagen con An-

gio-RM, confirmándose el diagnóstico, y mostrando morfología y calibre de vasos dentro de la normalidad. Se completa estudio descartando patología cardíaca y metabólica, objetivándose en el estudio serológico IgM + para Coxsackie B y Ac antifosfolípido (ACA IgG e IgM) altamente positivos (+ + +). Se diagnóstica de infarto cerebral asociado a síndrome antifosfolípido e infección por Coxsackie B, pendiente de control de ACA. Ante dichos resultados se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis antiagregantes. La evolución clínica ha sido favorable, persistiendo en la actualidad hemiparesia de miembro superior izquierdo.

Conclusiones: Dentro de la etiología del infarto cerebral, a parte de las causas más conocidas como enfermedades cardíacas, hematológicas y vasculopatías, es importante tener en cuenta las infecciones virales como un posible factor de riesgo cada vez más frecuente en nuestro medio. La presentación clínica varía en función de la edad, localización del infarto y la causa subyacente. El tratamiento de los ACV en los niños es controvertido, siendo el tratamiento más comúnmente utilizado los antiagregantes. Más del 50% de los supervivientes desarrollan secuelas neurológicas, y entre el 5-20% fallecen.

P436 16:20 h ¿ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL O ENFERMEDAD POR DEPÓSITO?

Carolina Blanco Rodríguez, Sergio José Quevedo Teruel, Rafael Díaz-Delgado Peñas, Miguel F. Sánchez Mateos, M^ª Llanos Carrasco Marina
Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Introducción: Acude varón de 6 años de edad remitido por compromiso articular periférico y sospecha de artritis idiopática juvenil de inicio poliarticular y curso aditivo. La exploración del paciente y su fenotipo orientaron por otra parte el diagnóstico hacia una enfermedad por depósito.

Observación clínica: Niño de 6 años con cuadro de rigidez articular periférica y desviación en ráfaga cubital y en ambos codos acentuada en los últimos 6 meses.

Antecedentes familiares: Tía paterna con Artritis Reumatoide seropositiva y tío materno fallecido a los 5 años por cardiopatía y raquitismo.

Antecedentes personales: Período perinatal normal. Estancamiento estatural detectado a los 3 años. Desarrollo psicomotor normal. Otitis de repetición, adenoidectomía, hipospadias y hernia inguinal intervenidas entre los 2 y 3 años de edad.

Exploración: Peso: P10, talla: P10, PC: p > 97. Buen estado general, fascies peculiar, maxilar displásico. Depósitos nodulares subcutáneos firmes sin cambios de coloración en igual estadio evolutivo en el tercio superior de la espalda. Mancha acrómica en muslo izquierdo. Soplo sistólico II/VI. Hepatomegalia de 2 cm Polo de bazo. Contractura en flexión de interfalángicas proximales, distales y metacarpofalángicas con desviación cubital. No sinovitis palpable. No dolor a la movilización activa o pasiva. Carpos normales. Codo con flexo de 15° irreductible sin derrame sinovial. Axial, miembros inferiores y temporomandibular normales.

Hemograma y bioquímica normal. Ecografía abdominal: hepatomegalia homogénea. Ecocardiograma con insuficiencia mitral leve e insuficiencia aórtica moderada-severa. Estudio radiológi-

co con ensanchamiento de metacarpianos y morfología alterada de 3 últimas vértebras dorsales. Oftalmología normal. Resonancia Magnética cerebral: normal. Aumento de excreción urinaria de heparán y dermatán sulfato. Análisis enzimático de fibroblastos: déficit de iduronosulfatasa. Estudio genético: N350H exón8 gen I.D.S compatible con Síndrome de Hunter.

Discusión: A pesar de la anomalía articular y del primer diagnóstico sugerido, el fenotipo y los estudios complementarios confirmaron el diagnóstico de una enfermedad por depósito.

P437 16:25 h UVEÍTIS EN NIÑOS. APORTACIÓN DE 3 CASOS CLÍNICOS EN 4 MESES

Beatriz Solís Gómez, Francisco Javier Molina Garicano, Marta Bové, Eva Rupérez García, María Sagaseta de Ilurdoz Uranga, Elena Aznal Sáinz, Ana Andoño Ceberio
Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

Introducción: Las uveítis, infrecuentes en pediatría, por lo general se asocian a enfermedades sistémicas como la AIJ (artritis idiopática juvenil), pero en muchas ocasiones son idiopáticas y de presentación aislada. Las consecuencias de un diagnóstico tardío pueden ser vitales para el pronóstico visual del niño. Presentamos 3 casos de uveítis aisladas diagnosticadas en nuestro servicio recientemente en un corto período de 4 meses.

Casos clínicos: *Caso 1:* Niña de 9 años que consulta por pérdida de visión brusca en ojo derecho al despertarse. Valorada por el Oftalmólogo, presentaba una uveítis bilateral de predominio derecho, con afectación de cámara posterior. Los estudios de autoinmunidad (FR, ANA, ANCA), PCR, VSG y microbiológicos (VDRL, *Toxoplasma*, *Toxocara canis*) fueron negativos, no pudiendo determinar la etiología del proceso. *Caso 2:* Niño de 13 años que consulta por hiperemia ocular bilateral (inicialmente solo izquierda), fotofobia y visión borrosa. Se diagnóstica de panuveítis bilateral, no apreciando alteraciones autoinmunes. *Caso 3:* Niña de 7 años remitida por su pediatra al apreciar en la revisión una disminución importante de la agudeza visual de predominio izquierdo con hiperemia ocular bilateral. Presentaba sinequias pupilares bilaterales, importante afectación de cámara anterior y cicatrices en cara anterior de cristalino. La visión se encuentra muy comprometida, probablemente por episodios subclínicos repetidos de uveítis. Al igual que los dos casos anteriores, el estudio de autoinmunidad fue negativo. El estudio de HLA-B27, DR₁ y DR₄ (asociados al S. Vogt-Koyanagi-Harada), ECA (enzima convertidora de angiotensina), función renal, RPR y Mantoux.

Los 3 pacientes fueron tratados con ciclopléjicos, corticoides tópicos y orales, evolucionando de forma adecuada, salvo el caso 3, en el que la agudeza visual se encontraba ya muy afectada. Hoy siguen siendo controlados en consulta, no habiendo presentado sintomatología de ningún tipo.

Conclusiones: 1) Aunque infrecuentes, las uveítis se deben sospechar en todo niño con disminución brusca de la agudeza visual o hiperemia ocular dolorosa. 2) Hemos observado en los últimos 4 meses, más uveítis en niños sanos que en los niños controlados de forma periódica por AIJ. 3) No podemos descartar que estos niños vayan a presentar en el futuro enfermedades sistémicas.

P438 16:30 h POLIARTERITIS NODOSA CON VASCULITIS CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Eva Gargallo Burriel, Jéssica Ortiz, Jordi Antón López,
Vicente Varea, Joan A. Camacho Díaz, Nuria Rovira Girabalt,
Jordi Pou Fernández
Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona.

Caso clínico: Paciente varón de 15 años y 4 meses, que ingresa por cuadro de convulsión tónico-clónica generalizada. Diagnosticado 6 meses antes en otro centro, tras fibroscopias y toma de biopsias, de Enfermedad Inflamatoria intestinal, posible Crohn, a raíz de cuadro de dolor abdominal, pérdida de peso y fiebre (no diarrea ni vómitos). Fue tratado con prednisona y coincidiendo con el descenso, presentó nuevos episodios de dolor abdominal, aumentando de nuevo la dosis. Al ingreso presenta PA elevada (PA 168/103), importante afectación del estado general y agitación. Presenta dos nuevas convulsiones. La TC craneal muestra lesiones sugestivas de isquemia por vasculitis cerebral (VC), que se confirman con RM y angiografía cerebral (VC corticoparietal bilateral de predominio derecho y en zona de cerebral posterior derecha). Se realiza estudio angiográfico de extensión que muestra estenosis 80-90% de la arteria renal derecha, arteria mesentérica inferior con irregularidades distales, troncos supraaórticos y mesentérica superior normales. El renograma isotópico y la gammagrafía confirmaron riñón derecho globalmente pequeño, severamente hipocaptante con anulación funcional y nefromegalia izquierda compensatoria. La función renal estaba conservada. El estudio de la coagulación, las serologías y los cultivos fueron negativos. Una segunda fibroscopia con biopsias mostró cambios anatomopatológicos compatibles con lesiones isquémicas. Ante la sospecha de vasculitis sistémica [poliarteritis nodosa sistémica (PAN)], se inicia bolus de corticoides, prednisona oral (2 mg/kg/día), heparina de bajo peso molecular, aspirina y ciclofosfamida en bolus mensuales, junto con nifedipino y enalapril. La evolución fue favorable, sin nuevas crisis, con descenso progresivo de las cifras de PA y mejoría clínico-analítica, permitiendo el descenso de los corticoides y de los antihipertensivos.

Comentarios: La PAN es una vasculitis necrosante de los vasos de pequeño y mediano tamaño, poco frecuente en la infancia y de afectación multisistémica. La confirmación es mediante la histología, aunque la presencia de hallazgos típicos en la angiografía puede ayudar a su diagnóstico. La PAN es una causa rara de VC, aunque el 50% de los casos puede afectar al SNC, requiriendo tratamiento urgente, siendo de elección los corticoides. Aunque se trate de una entidad poco frecuente siempre hemos de pensar en ella en pacientes con ACV de tipo isquémicos.

P439 16:35 h PIOMIOSITIS PARAVERTEBRAL EN RELACIÓN CON CONTUSIÓN LUMBAR

Carmen Almuíña Simón, M. Esther Vázquez López,
Soledad Martínez Regueira, José Luis Fernández Iglesias,
Ana García González, M. Isabel López-Conde, Alba Manjón
Herrero, Ramón Morales Redondo
Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Introducción: La piomiositis es una infección aguda bacteriana que afecta al músculo estriado y que generalmente se acompa-

ña de la formación de un absceso. El *Staphylococcus aureus* es el agente causal en la mayoría de los casos. Es una patología más frecuente en varones y aunque de baja incidencia en edad pediátrica, su diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental dado que puede acompañarse de graves complicaciones y llevar a la muerte al 1,8% de los pacientes.

Caso clínico: La paciente es una niña de 8 años de edad que se golpeó en la espalda jugando en una cama elástica. El dolor fue en aumento y se le asoció edema y eritema local, incapacidad para realizar movimientos con el tronco y sintomatología general consistente en mal estado general y fiebre elevada. Los reactantes de fase aguda estaban elevados. En el hemograma aparecía una importante leucocitosis con desviación izquierda. Ante el mal estado general y la sospecha clínica de sepsis se inició tratamiento antibiótico empírico con vancomicina y metronidazol tras recogida de hemocultivos en los que se aisló un *Staphylococcus aureus*. Se realizó una RM lumbar inicial en la que se detectó un edema muscular paravertebral (miositis) a la altura de L2-L3. En una TC realizada 8 días después del golpe apareció una imagen compatible con abscesos a ese nivel. En una RM de control a los 20 días se detectó una lesión compatible con osteomielitis en L3 que posteriormente fue confirmada con gammagrafía con Tc 99. El tratamiento antibiótico doble se mantuvo durante 6 semanas alargándose con cloxacilina durante 2 semanas más. A partir de la primera semana la evolución clínica fue claramente favorable. En estos momentos la paciente está asintomática después de haber superado una piomiositis paravertebral acompañada de sepsis y complicada con una osteomielitis vertebral.

Discusión: La piomiositis es una entidad poco frecuente en niños. Su diagnóstico aunque en ocasiones difícil, es necesario para evitar complicaciones graves que pueden llevar a la muerte.

Conclusiones: Debemos tener presente la posibilidad de una piomiositis, especialmente en aquellos pacientes en edad infantil con fiebre, dolor muscular localizado y antecedente traumático accidental o deportivo.

P440 16:40 h SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME SAPHO

Miriam Centeno Jiménez, Sergio José Quevedo Teruel, Yolanda Lage Alfranca, Rafael Díaz-Delgado Peñas
Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Introducción: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) suele presentarse, en niños y adultos jóvenes como CRMO principalmente a nivel de las metáfisis de los huesos largos seguido de la clavícula y la columna vertebral. Presentamos el caso de una niña diagnosticada de síndrome SAPHO cuyo estudio fue motivado por un síndrome febril prolongado.

Caso clínico: Niña 14 años con febrícula vespertina de 37,6 °C de 8 meses de evolución y dolor en zona lumbar izquierda desde hace 10 días. No síndrome miccional. Revisando Historia Clínica, se evidencia desde hace año y medio anemia normocítica no ferropénica y elevación de reactantes de fase aguda. Antecedentes personales: 1) SHU a los 4 años; 2) apendicectomizada (apendicitis catarral) a los 12 años, y 3) en seguimiento en

consultas de: digestivo por DAR (tránsito gastrointestinal y TC abdominal normales), respiratorio por asma extrínseco y traumatología por imagen lítica en peroné derecho.

Antecedentes familiares: Madre con Síndrome de Sjögren.

Exploración física: Obesidad. Pustulosis en pubis y cara interna de los muslos. Queratodermia palmoplantar. Dolor a la palpación en zona lumbar izquierda con Lasègue negativo y a nivel de la articulación esternoclavicular. Tendinitis aquilea izquierda. Hiperlaxitud articular. Ausencia de puntos de fibromialgia. No úlceras orales ni vulvares. Pruebas complementarias: Hemograma: Hb/HTO: 11,7/33,9%, VCM: 79,9 fl, sin leucocitosis. PCR: 20 mg/l y VSG: 36 mm/1.^a hora. Bioquímica: hiperuricemia (6,5 mg/dl). Inmunoglobulinas, C3, C4, norma-

les. FR, ANA y serología de mononucleosis infecciosa y yersinia negativos. Test de Schirmer, test de salivación y fenómeno de Patergia normales o negativos. Pruebas de imagen: Radiografía de tórax normal; RM lumbar: disminución de la señal del disco L5-S1. Imagen nodular menor de 1 cm isointensa en T1 e hiperintensa en T2 adyacente al margen vertebral derecho D8; Gammagrafía torácica: aumento de captación esternoclavicular en asta de toro.

Conclusiones: El síndrome febril prolongado es una forma de presentación poco frecuente del síndrome SAPHO. Consideramos importante destacar el hecho de que ante síntomas sistémicos hay que realizar el diagnóstico diferencial con procesos de etiología reumática.