

INFECTOLOGÍA

P51

ERITEMA NODOSO EN PEDIATRÍA: UNA REVISIÓN DE 70 CASOS

E. Peromingo Matute, M. García Vallecillo, C. Tomé Bravo,
S. López Ros y J. Navarro González

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes: El eritema nodoso (EN) es un síndrome pluri-etiológico que se caracteriza por la presencia de brotes de nódulos cutáneos y subcutáneos, inflamatorios y dolorosos, localizados predominantemente en región pretibial. Es la forma más frecuente de paniculitis en pediatría. Las series españolas publicadas, incluyen a la tuberculosis como causa frecuente de eritema nodoso en niños.

Objetivos: Conocer la etiología del eritema nodoso en nuestro hospital, síntomas acompañantes y distintos datos epidemiológicos.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo, de 70 niños hospitalizados con el diagnóstico de EN desde enero de 1985 a septiembre de 2001. Se han recogido datos epidemiológicos como la edad, sexo y número de casos por año, signos y síntomas clínicos acompañantes, localización de los nódulos y pruebas complementarias realizadas: hemograma, PCR, VSG, ASLO, Mantoux, radiografía de tórax, frotis/cultivo faríngeo y coprocultivo.

Resultados: El número medio de casos por año, hospitalizados por esta causa fue de 4 al año; no encontramos diferencias en la distribución por sexos y la edad media fue de 6,46 años. De los 70 pacientes, 34 tuvieron una etiología tuberculosa (19 de ellos con enfermedad pulmonar activa); 21 fueron catalogados de idiopáticos; 10 de infección estreptocócica; 1 caso de enfermedad de Behçet y 1 de sarcoidosis; en 3 ocasiones se relacionó con el uso de penicilina, previo a la aparición de las lesiones. Dos niños tuvieron brotes recurrentes, uno durante cuatro meses, el otro durante dos años, ambos de etiología desconocida. El 80% tenían una localización pretilial y en el 20% también en antebrazos, muslos o frente. En el 35% apareció fiebre moderada, artralgias en el 17%, síntomas respiratorios en el 24% y en un 9% había antecedentes de GEA, sin aislarse ningún germen en el coprocultivo. En el 95% de los casos estaban elevados los reactantes de fase aguda.

Conclusiones: El diagnóstico del EN es clínico y encontrar la etiología no siempre es fácil, pero en un niño de nuestra zona debemos seguir pensando en la tuberculosis como causa importante. La evolución clínica del EN es benigna y las recurrencias excepcionales, con resolución espontánea de las lesiones

P52 OSTEOMIELITIS INFANTIL: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

M. González Balenciaga, N. Trebolazabala Quirante, J.M. Arana Herrería, I. Pocheville Guruceta y E. Iturralde

Hospital de Cruces, Cruces-Barakaldo.

Introducción: Ante la importancia del diagnóstico precoz de la osteomielitis y adecuado tratamiento, decidimos realizar un estudio de los pacientes afectos de tal patología.

Metodología: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados con este diagnóstico en los últimos 15 años. Revisamos las historias clínicas analizando la edad y sexo, la clínica, pruebas complementarias realizadas, el tratamiento recibido y la existencia de secuelas a largo plazo.

Resultados: Se recogieron 17 casos de osteomielitis aguda, 10 niños y 7 niñas, siendo la media de edad de 9 años. Todos los casos presentaban dolor y 10 pseudoparálisis, 14 casos signos inflamatorios y fiebre. Localización más frecuente el calcáneo. Reactantes agudos elevados en todos los casos. Rx alterada al ingreso en 13. Se realizó gammagrafía ósea en 15 y RMN en 6, viéndose 2 abscesos, 2 piomiositis, 2 derrame articular. 9 hemocultivos positivos (53%), 7 a *S. Aureus*. Cultivo directo de la lesión en 5 casos, 2 positivos (*S. Aureus*). Biopsia en 2 casos demostrándose una inflamación crónica. 13 de los niños habían consultado previamente, diagnosticados de tendinitis, sinovitis o Sever. No incluimos 3 niños diagnosticados de osteomielitis y que se trataban de patología tumoral. Tratamiento: 13 niños cloxacilina, 1 amoxi-clavulánico y 1 SXT. Tiempo medio de tratamiento 32 días. 11 niños inmovilizados con fé-

rula. 2 casos drenaje articular y 1 drenaje absceso pélvico. Complicaciones: 2 artritis sépticas, 2 abscesos y 1 abscesos pulmonares. 12 niños controlados por Ortopedia, un solo caso de rigidez articular como secuela a largo plazo.

Conclusiones: La osteomielitis es una patología poco frecuente en nuestro medio, siendo los adolescentes el grupo de edad más afectado. La vía hematogena sigue siendo el mecanismo más frecuente de infección ósea y el *S. Aureus* el microorganismo predominante. Genera gran número de consultas hasta su diagnóstico definitivo, y sobretodo, hemos de valorar neoplasia ósea ante casos con evolución tórpida. No son frecuentes las secuelas a largo plazo.

P53 LA INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO INMIGRANTE

M. Ortega Molina, M.A. Roa Francia, C. Ramos Navarro,

S. Albi Rodríguez y P. Puyol Buil

Hospital General, Móstoles.

Objetivo: La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la edad pediátrica ha disminuido sensiblemente, fundamentalmente debido a la aplicación de la profilaxis de transmisión vertical. Ésta disminución coincide con el aumento en este país de la población inmigrante, en muchos casos de origen subsahariano, que puede ser el origen de los nuevos casos de ésta infección. Presentamos las características de la infección por VIH en los pacientes inmigrantes atendidos en nuestro centro de la periferia de Madrid.

Material y métodos: Se analizan de forma retrospectiva las características de 4 pacientes inmigrantes, con infección por el Virus de VIH, valorando los siguientes parámetros: edad de diagnóstico, origen, estado inmunológico y virológico inicial y actual, tanto por ciento de pacientes con infección VIH que presenta este colectivo, tratamiento recibido y adherencia al tratamiento.

Resultados: Estos 4 pacientes fueron originarios de Guinea en dos casos, Nigeria y Honduras. Suponen el 80% de los diagnosticados en los últimos 4 años. La edad de diagnóstico fue en el período neonatal en un caso y a los 2,6 y 9 meses en los restantes, la media de carga viral al ingreso fue de 385.000 copias (rango entre 47.100 y 900.000) y media de CD4 al ingreso de 14,75% (3-27%). En la actualidad la carga viral es de 1600 copias en un caso e indetectable en los tres restantes, mientras los CD4 tienen una media, actualmente, del 30,5% (24-38%). La categoría de la clasificación del CDC con la que ingresaron fueron A1 en dos casos, B1 y B3. Los cuatro casos recibieron tratamiento con triple terapia incluyendo un inhibidor de proteasa y únicamente precisó cambio de tratamiento un paciente por fracaso virológico. El grado de cumplimiento terapéutico y seguimiento fue excelente. Estos pacientes difirieron de los restantes casos en la mayor edad y el mayor deterioro clínico y analítico en el momento del diagnóstico.

Conclusiones: La infección por VIH pediátrica en nuestro medio se da fundamentalmente en niños inmigrantes. Estos pacientes acuden con estadios avanzados de la infección por VIH pero su adherencia y respuesta al tratamiento es excelente. En el paciente inmigrante subsahariano siempre debemos tener en cuenta el diagnóstico de infección por VIH ante la presencia de posible patología tropical.

P54**COMPLICACIONES DE LA VARICELA EN NIÑOS SANOS: REVISIÓN DE 14 AÑOS**

N. Hernández González, M.J. García Miguel, F. Baquero Artigao y F. del Castillo Martín

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Analizar las complicaciones, epidemiología, momento de aparición y días de ingreso de los niños con varicela entre los años 1987-2000.

Material y métodos: Revisión de las historias clínicas de los niños inmunocompetentes de entre 1 mes y 14 años de edad que ingresaron con complicaciones de la varicela en un período de 14 años (1987-2000).

Resultados: Ingresaron 202 niños presentando 237 complicaciones. Edad media $3,8 \pm 3,1$ años; el 53,3% varones; el 57% de los ingresos se produjeron entre los meses de mayo y julio. El número de días de evolución desde la aparición del exantema hasta la manifestación de la complicación fue de $4,0 \pm 2,6$ días (media de ingreso de $7,0 \pm 5,0$ días). Las complicaciones más frecuentes fueron las cutáneas: 131 casos (55,2%), neurológicas: 45 (18,9%), neumonías: 28 (11,8%)- 5 con derrame pleural-, gastroenteritis agudas: 14 (5,9%), otorrinolaringológicas: 13 (5,4%): 7 otitis medias- una de ellas con mastoiditis asociada- 4 faringoamigdalitis y 2 sinusitis; artritis 4 (1,6%)- 2 bacterianas y 2 reactivas- y 2 osteomielitis (0,8%). Dentro de las cutáneas, el impétigo fue la más frecuente (54,2%), seguida de celulitis (31,3%). Las neurológicas más frecuentes fueron las cerebelitis (33,3%) y las crisis febriles (28,8%); meningitis (17,7%), encefalitis (15,5%), 2 crisis no febriles y 1 caso de síndrome de Guillain-Barré. Las que antes se manifestaron fueron las convulsiones febriles (el 100% aparecieron antes de los 3 días del inicio del exantema variceloso), siendo las cerebelitis las más tardías ($6,2 \pm 2,7$ días). El 85,7% de las neumonías aparecieron en menores de 4 años, las meningitis afectaron a los niños más mayores (media $7,1 \pm 3,8$ años). *S. pyogenes* fue la bacteria más frecuentemente aislada dentro de las complicaciones bacterianas: 46% de los frotis cutáneos, 60% del líquido pleural, en los 2 casos del líquido articular y en el 10,8% de los hemocultivos.

Conclusiones: 1) Las complicaciones cutáneas son la primera causa de ingreso por varicela, siendo el impétigo la más frecuente. 2) Las cerebelitis son las complicaciones neurológicas más frecuentes y las más tardías en manifestarse. 3) *S. pyogenes* es el germen más frecuentemente aislado. 4) El 55% de los niños eran menores de 3 años. 5) El 57% de los ingresos fue entre los meses de mayo y julio.

P55**ENCEFALITIS: COMPLICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS EPSTEIN-BARR**

M. Ortega Molina, J. Torres Mohedas, C. Ramos Navarro, M. Villares Alonso, A. Cuñarro Alonso y M.A. Roa Francia

Hospital General, Móstoles.

Introducción: La mononucleosis infecciosa por el Virus de Epstein-Barr (VEB) es una enfermedad frecuente en la infancia. Las complicaciones neurológicas de la infección por VEB se pueden dar hasta en un 7% de los casos, siendo la manifestación más frecuente la parálisis facial. La meningoencefalitis

por el VEB es infrecuente (< 1% de los casos). Presentamos un caso de encefalitis por VEB.

Caso clínico: Niña de cinco años que acude al servicio de urgencias de nuestro centro por presentar un episodio convulsivo (crisis generalizada tónico-clónica) coincidiendo pico febril que se mantuvo durante 50 minutos cediendo tras la administración de 2 dosis de diazepam y perfusión de 400 mg de fenitoína iv. Cuatro días antes había comenzado con fiebre y síntomas catarrales. En la exploración física pasada la poscrisis se objetivó; somnolencia llamativa, adenopatías cervicales e inguinales, hepatoesplenomegalia e hipertrofia amigdalar. La analítica mostró leucocitosis con 60% linfocitos (8% atípicos) y aumento de transaminasas. Los anticuerpos heterófilos frente al VEB fueron positivos. Ingresó con los diagnósticos de mononucleosis infecciosa por VEB y status convulsivo. Los días siguientes persistió la somnolencia de forma patológica, apareciendo hiperreflexia y temblor distal de miembros, por lo que se realizan; TAC (muestra hipodensidad nodular en lóbulo frontal izquierdo), EEG (muestra trastorno global en la actividad bioeléctrica de fondo con brotes ondas lentas/agudas multifocales en áreas frontal y frontotemporal), RNM (muestra lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 en corteza y núcleos de la base), Punción lumbar (muestra bioquímica normal y cultivo estéril con PCR para enterovirus y herpesvirus negativo y IgVCAVEB = 32). Buena evolución clínica. Asintomática en revisión al mes del alta.

Conclusiones: A pesar de que la encefalitis como complicación de la infección aguda por VEB es infrecuente, se debe tener en cuenta ya que supone hasta el 5% del total de encefalitis víricas agudas. El diagnóstico se debe realizar combinando datos clínicos, analíticos y de neuroimagen. Aunque en la gran mayoría de las ocasiones la recuperación es completa (85% de casos), supone la causa más importante de mortalidad por el VEB.

P56**CELULITIS ORBITARIA Y PERIORBITARIA: REVISIÓN DE 45 CASOS Y PROPUESTA DE UN PROTOCOLO**

L. Martínez Rodríguez, I. Ferré Franch, F. Martínez Huguet y J. Sala Franco

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

La celulitis orbitaria es una enfermedad relativamente frecuente en la edad pediátrica. Suele aparecer como complicación de una sinusitis aunque otras posibles causas son traumatismos, infecciones oculolacrimales, picaduras de insectos, infecciones dentarias, de la piel, etc. Se clasifican en celulitis periorbitaria (inflamación presptal) y celulitis orbitaria (inflamación postseptal). La etiología de la celulitis varía según la puerta de entrada, siendo los gérmenes más frecuentes *Haemophilus influenzae* B, *staphylococcus aureus* y *streptococo pneumoniae*. Debido a su localización, esta enfermedad puede presentar complicaciones graves que es posible evitar con el diagnóstico y tratamiento precoces.

Se revisan 45 casos de celulitis (12 orbitarias y 33 periorbitarias) ingresadas en nuestro hospital durante los últimos 10 años (período comprendido entre 1999-2001), de pacientes menores de 14 años. Se evalúa: puerta de entrada, agente etiológico (hemocultivo, cultivo secreción conjuntival, cultivo drenaje absceso), los métodos diagnósticos (radiología

convencional y TAC), el tratamiento administrado y la respuesta al mismo.

Se comprueba una disminución del *Haemophilus influenzae* como agente etiológico lo que se atribuye a la importante cobertura de la vacuna así como un aumento en la incidencia de las mordeduras de animales, canes fundamentalmente. La baja rentabilidad de los cultivos plantea la necesidad del apoyo en datos clínicos y epidemiológicos para elaborar un adecuado abordaje terapéutico. En función de los datos recogidos y revisiones bibliográficas de nuestro medio, proponemos un nuevo protocolo terapéutico que contemple las actuales características epidemiológicas de esta enfermedad infecciosa.

P57

MASTOIDITIS AGUDA EN LA INFANCIA. ESTUDIO DE 19 CASOS

E. Pérez Belmonte, M.J. Lozano de la Torre, V. Madrigal Díez, A. Mazón Gutiérrez, M.J. Conde Ruiz, C. López Vilar, G. Lunar Soriano, C. Martínez Pedrosa, A. Pérez Guerrero y A. Ruiz González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La mastoiditis aguda es una infección de las celdas mastoideas asociada a lesión de la estructura ósea trabecular de la mastoidea. Se produce como complicación de la otitis media aguda (OMA), siendo más frecuente en niños pequeños.

Objetivo: Revisión de los casos de mastoiditis aguda diagnosticados en nuestro Hospital en los últimos 5 años.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes menores de 14 años ingresados en nuestro Hospital con el diagnóstico de mastoiditis aguda, entre el 1 enero de 1997 y el 31 diciembre 2001.

Resultados: Se estudiaron 19 pacientes, 10 varones y 9 niñas. La edad media fue de 3 años con un rango de edad entre 6 meses y 11 6/12 años. Siete casos se diagnosticaron en el último año, siendo todos los pacientes menores de 3 años. Catorce de los 19 niños habían sido diagnosticados de otitis media aguda y tratados con antibióticos (betalactámicos y macrólidos). Los otros 5 pacientes debutaron con manifestaciones clínicas de mastoiditis. El 100% de los casos presentaron signos de inflamación mastoidea y despegamiento del pabellón auricular, asociando fiebre en el 84,2%. Todos presentaron leucocitosis (> 12000) y en 10 de 13 la PRC era > a 5 mg/dl. Se realizó cultivo de exudado ótico en 10 casos (52,6%), siendo positivo en 4, 3 de ellos tratados previamente con antibiótico. Se realizó Rx mastoideas en 11 niños (8 normal y 3 hallazgos sugestivos de otomastoiditis). La TAC confirmó el diagnóstico de mastoiditis en los 9 pacientes en que se realizó. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con antibioterapia endovenosa durante un mínimo de 7 días. Cinco pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, ninguno en los últimos 2 años. Un paciente de 10 años presentó un absceso de Bezold.

Conclusiones: La mastoiditis aguda ocurre principalmente en niños menores de 3 años y puede representar la primera evidencia de enfermedad ótica. En nuestro estudio hemos observado una mayor incidencia en el último año, detectándose en algunos casos un tratamiento incorrecto de su OMA. El tratamiento médico precoz de la mastoiditis puede evitar la intervención quirúrgica.

P58

NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS CARINII*. REVISIÓN DE UNA DÉCADA

Y.M. Chica Fuentes, J. Blasco Alonso, O.M. Escobosa Sánchez, L. Escudero Ruiz de Lacanal, V. Alonso, E. Pérez Ruiz, F.J. García Martín y A. Jurado Ortiz

Hospital General Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El *P. carinii* (PC) es un patógeno oportunista que infecta sobre todo a niños menores de cuatro años; produce neumonía intersticial severa casi exclusivamente en pacientes inmunodeprimidos. Sigue siendo un reto para el pediatra, pese a que la profilaxis adecuada ha reducido su incidencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 14 casos diagnosticados entre 1990 y 2002 en nuestro centro, analizando variables epidemiológicas, datos clínicos y analíticos y sobre todo métodos de diagnóstico etiológico. Asimismo se valora el tratamiento recibido y evolución posterior.

Resultados: Las edades oscilaron entre 3 meses y 10 años, siendo igual número de varones y de mujeres, diez caucásicos, dos de raza gitana y dos de origen africano. Se encontró claro predominio por debajo de 12 meses de edad (71,4%) y entre los meses de junio y octubre (71%). En diez de los catorce casos la infección por PC fue la primera manifestación de inmunodeficiencia (ID): seis SIDA, cuatro ID congénitas (dos Combinadas Severas, un síndrome hiper-IgE y un déficit de expresión MHC-II) y cuatro hemopatías malignas (dos LNH y dos LLA). En todos, la clínica fue similar, con afectación moderada del estado general, fiebre y dificultad respiratoria progresiva, generalmente con hepatoesplenomegalia. La Rx tórax demostró patrón intersticial bilateral en todos excepto en uno. La LDH aparecía elevada, siendo la media de 1722 U/l. En diez pacientes se logró el diagnóstico etiológico a través de fibrobroncoscopia por lavado bronco-alveolar (LBA), practicándose en cuatro lavado a ciegas a través de tubo endotraqueal. La identificación del parásito fue por IFD en cuatro casos, cinco por metenamina argéntica, coincidiendo ambas en tres, y sólo por citología en otros dos. Todos recibieron TMP-SMX al menos 21 días y sólo ocho, por su gravedad (hipoxemia marcada), corticoides sistémicos. Nueve pacientes requirieron ventilación mecánica, durante 11 días de media. Como complicaciones destacables, tres derrames pleurales y cuatro fallecimientos.

Conclusiones: Un cuadro de neumonía intersticial aguda en un paciente inmunodeprimido hace obligado el despistaje de infección por PC. El diagnóstico de elección es el LBA, tomado a través de fibrobroncoscopia y el tratamiento de inicio ha de ser precoz con TMP-SMX, asociando corticoides en casos graves, para reducir la gran morbimortalidad que presenta el cuadro.

P59

ERITEMA NODOSO INDUCIDO POR QUERION DE CELSO: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

I. Sánchez Ganformina, E. Peromingo Matute, M. García Vallecillo, S. López Ros, P. Macías y J. Navarro González

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El eritema nodoso inducido por Querion de Celso puede ser interpretado como una reacción de hiper-

sensibilidad alérgica individual como resultado de la respuesta inmune del huésped a los productos alergénicos liberados desde el sitio de la primoinfección, pudiendo producir inmunocomplejos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un escolar de 4 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por una lesión en cuero cabelludo, única, sobrelevada con supuración "en espumadera" y alopecica de 1 semana de evolución. En cara anterior de ambas piernas aparecen nódulos subcutáneos, violáceos y dolorosos. No refiere ninguna otra sintomatología. En los exámenes complementarios realizados se objetivan eosinofilia relativa y aumento de la velocidad de sedimentación globular. Se diagnostica de eritema nodoso inducido por Querion de Celso y se instaura tratamiento con griseofulvina oral a 20 mg/kg al día, repartida en dos dosis y Ketoconazol tópico. Los nódulos subcutáneos regresaron espontáneamente en unos 10 días y fue dado de alta, el seguimiento lo realiza el servicio de Dermatología.

Discusión: Lo interesante de este caso estriba en que la asociación eritema nodoso y Querion de Celso no es habitual. Son muy pocos los casos recogidos en la literatura. Las infecciones desencadenantes más comunes comprenden: faringitis estreptocócica, tuberculosis, yersiniosis, histoplasmosis, etc. Puede ser la primera manifestación de una enfermedad inflamatoria intestinal, una sarcoidosis; o aparecer tras una exposición a sulfamidas, fenitoínas, o anticonceptivos orales. Siempre hay que excluir la posibilidad de una enfermedad subyacente. Remite espontáneamente en el transcurso de 3 a 6 semanas. Es necesario aliviar el dolor, y el tratamiento está basado en el reposo en cama, la elevación de los miembros inferiores y la utilización de antiinflamatorios no esteroideos.

P60 NIÑOS ADOPTADOS. PATOLOGÍA IMPORTADA

P. Martín Fontelos, M. García López-Hortelano, J. Villota Arrieta, M.L. Pérez Jurado, M.J. Clilleruelo Ortega, M. Subirats Núñez, V.M. Martínez Padial y M.J. Mellado Peña
Hospital Carlos III, Madrid.

Antecedentes y objetivo: Nuestra Unidad de Pediatría tropical que clásicamente atendía a inmigrantes y viajeros, asiste a un incremento de la patología importada con motivo de las adopciones de niños procedentes de países en vías de desarrollo. El objetivo de este trabajo es presentar estos datos. **Método:** Realizamos en 376 niños adoptados examen de salud: Historia clínica, exploración, analítica básica, PPD, serología: VHB, VHC, VIH, RPR y parásitos en heces. Si el niño procede de zona endémica: gota gruesa/PCR para paludismo, microfilaria en sangre y piel y despistaje de esquistosomiasis en orina.

Resultados: La edad osciló entre 3 meses y 16 años (edad media: 2,7 a), 278 son niñas, y 98 varones. Procedencia: 211 India, 66 China, 52 Europa (22 Rusia, 18 Rumania, 6 Bulgaria, 3 Ucrania, 2 Polonia, 1 Hungría), 43 Sudamérica (10 Colombia, 7 Méjico, 5 Perú, 3 Guatemala, 3 Panamá, 3 Ecuador, 3 Bolivia, 3 Paraguay, 2 Brasil, 1 Nicaragua, 1 Venezuela, 1 S. Domingo, 1 El Salvador), 4 África (2 Marruecos, 1 Camerún, 1 Mali). Patología: Parasitación intestinal 145 (39%): Giardiasis, trichuriasis, ascariasis, teniasis, amebiasis, y pa-

rasitación mixta. Malnutrición 131 (35%). Anemia 127 (34%): a. ferropénica 110 (30%), talasemia 14, a. drepanocítica 3. Hepatitis B 27 (7%): crónica 16 (4%), curada 11 (3%). Infección TB 22 (5,8%). Bronconeumonía 23 (6%). Infección crónica por citomegalovirus 22 (5,8%), de ellos > 95% presentaban malnutrición. Paludismo 18 (5%): 11 *viva x*, 4 *falciparum*, 1 *malariae*, 2 mixta; nuestros casos de malaria por *P. falciparum* recibieron halofantrina. Otras: ITU, GEA, retraso psicomotor, otitis, varicela, molluscum contagioso.

Conclusiones: 1) Las patologías más prevalentes encontradas en niños adoptados son parasitación intestinal, malnutrición y anemia. 2) Los parásitos intestinales más resistentes al tratamiento son *Giardia lamblia* e *Hymenolepis nana* 3) Destacamos la elevada incidencia de infección crónica por citomegalovirus asociada con malnutrición. 4) La prevalencia de infección TB y HVB es superior a la de la población pediátrica de nuestro medio. 5) En nuestra experiencia, halofantrina es segura y eficaz en el tratamiento del paludismo por *P. falciparum* en niños, con escasos efectos secundarios y excepcional resistencia.

P61 MANEJO ANTIBIÓTICO EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

A. Vázquez Florido, E. Peromingo Matute, J.A. León Leal, C. Muñoz Román, G. Calderón López, M.S. Camacho Lovillo, J.M. López Corona y M. Madruga Garrido
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes: La mayoría de las infecciones de las vías respiratorias pediátricas suelen ser de etiología vírica y por tanto, no precisan antibioterapia. A pesar de ello la prescripción de antibióticos es una práctica clínica frecuente.

Objetivos: Conocer el porcentaje y tipo de antibióticos utilizados en las infecciones respiratorias pediátricas en nuestro Hospital.

Material y métodos: En el área de urgencias del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y durante el período de tiempo comprendido entre el 1 al 7 de marzo del 2001, estudiamos a 238 pacientes con infecciones respiratorias agudas, de una muestra de 500 niños seleccionados al azar. Se excluyeron de nuestro estudio todos los niños con alguna patología asociada.

Resultados: El 49% de los niños con infecciones respiratorias son tratadas con antibióticos, y los más frecuentemente usados son: amoxicilina-clavulánico (43%), amoxicilina (31%), macrólidos (18%) y cefalosporinas (8%). El 81% de las faringoamigdalitis son tratadas con antibióticos: 52% con amoxicilina-clavulánico, 38,5% amoxicilina, 5,7% cefalosporinas orales y 3,8% macrólidos. En las neumonías se prescribe antibióticos en el 100%: 41% macrólidos, 27,6% amoxicilina, 20,7% amoxicilina-clavulánico y 10,2% cefalosporinas orales. En las otitis media aguda se administró antibióticos en el 94%: 50% con amoxicilina-clavulánico, 18,7% con amoxicilina, 18,7% con cefuroxima-axetilo y 18,7% con otros. En las sinusitis se prescribió antibióticos en el 66%: 50% con amoxicilina y 50% con amoxicilina-clavulánico. En las bronquitis el 13,5% fueron tratadas con antibióticos: 57% con amoxicilina-clavulánico, 14,5% con amoxicilina y 28,5% con eritromicina.

Conclusiones: Las infecciones respiratorias representan un alto porcentaje de las consultas realizadas en el servicio de urgencias de los hospitales infantiles. A pesar de que la mayoría de las infecciones respiratorias son de etiología vírica, existe una alta proporción de niños tratados con antibioterapia. Pensamos, que ayudaría elaborar más guías de práctica clínica, con el fin de poder reducir al máximo el porcentaje de antibióticos prescritos en este tipo de patologías.

P62

ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN EL TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS VISCERAL

S. González de la Gándara, M.J. Hernández Bejarano, S. de Arriba Méndez, F.J. Fernández Pastor, L. San Feliciano Martín, M.A. Arias Consuegra, C. Hernández Zurbano, G. Escudero Bueno, J. Blázquez García y R. Payo Pérez
Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: La leishmaniasis visceral (L. visceral) es una zoonosis transmitida por insectos del género *Phlebotomus* y cuyo reservorio principal es el perro. Dado que es más frecuente en países de la cuenca mediterránea y presenta mayor incidencia en lactantes y niños pequeños, consideramos que su conocimiento es importante para los pediatras que desarrollan su trabajo en nuestro medio.

Objetivos: Conocer las ventajas del tratamiento con anfotericina B liposomal (ABL) frente a los antimoniales pentavalentes (AP).

Material y métodos: Se recogen retrospectivamente las historias de dos niños diagnosticados de L. visceral en el servicio de lactantes de nuestro hospital; el primero de ellos tratado con AP (1995), y el segundo, tratado con ABL (2001). Comparamos su evolución clínica en función del tratamiento recibido.

Caso 1: Lactante de 22 meses, no vacunada y de vida ambulante con hermana tratada tres años antes de L. visceral. Ingresa por fiebre de varias semanas de evolución, anorexia, diarrea y vómitos. Esplenomegalia de 12 cm. Se practican diferentes estudios llegando a la confirmación del diagnóstico por estudio de médula ósea. Se inicia tratamiento con N-metil glucamina i.m. a 25 mg/kg/día, llegando a una dosis de 100 mg/kg/día al cuarto día, no remitiendo la fiebre durante su ingreso (alta voluntaria al decimotercer día).

Caso 2: Lactante de 18 meses, sin antecedentes de interés, que ingresa por fiebre de tres semanas de evolución, anorexia, pérdida de peso y astenia. Destaca palidez y esplenomegalia (4 cm.). De nuevo se confirma el diagnóstico por estudio de médula ósea. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal a 3 mg/kg/día i.v. durante 5 días. Poniéndose una dosis de recuerdo al décimo día. Tras dos días de tratamiento la fiebre comienza a remitir. Al quinto día de tratamiento es dada de alta, encontrándose afebril y con mínima visceromegalia.

Discusión: 1) La resistencia a los AP es posible y, a priori, no previsible. 2) No se han descrito resistencias a ABL en inmunocompetentes. 3) La ABL presenta mejor tolerancia y mayor biodisponibilidad que los antimoniales. 4) La duración del tratamiento se reduce a 5 días frente a las 3-4 semanas requeridas con AP 5) Actualmente la anfotericina B liposomal es una terapia efectiva y se propone como primera línea de tratamiento de L. visceral.

P63

INFARTO CEREBRAL EN MENINGITIS TUBERCULOSA

C. Tomé Bravo, M.L. Calderón-Fedriani, J.S. Parrilla Parrilla, J. Márquez-Rivas, G. Ferreras-Iglesias y C. Cintado Bueno
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

La meningitis tuberculosa es la infección de las meninges por *Mycobacterium tuberculosis*, generalmente en el curso de una primoinfección por diseminación hematológica. Es la forma más grave de TBC extrapulmonar, y no son infrecuentes las complicaciones meningovasculares como vasculitis de arterias de mediano calibre, ocasionando AIT e infartos.

Caso clínico: Varón de 11 años que ingresa por afectación del estado general, vómitos, cefalea intensa y fiebre alta. Historia previa de febrícula, náuseas y cefaleas, en las 2 últimas semanas, tratado con antibióticos por diagnóstico de sinusitis. Al ingreso: Regular estado general, febril, consciente, signos meníngeos(+), no exantemas ni petequias. A las 48 horas comienza con disminución progresiva del nivel de conciencia, parálisis del III y VI par bilateral y hemiparesia izquierda, compatible con HTIC que requiere ventriculostomía de urgencia.

Pruebas complementarias: Hemograma (leucocitos 11.600, neutrófilos 74%, linfocitos 13%). PCR, LDH y VSG elevadas. Hemocultivos(-). Punción lumbar: líquido claro, 92 células, 95% mononucleares, glucosa 0,28, proteínas 1,4, controles repetidos sin modificaciones. Gram, Ziehl Neelsen, cultivos repetidos y PCR de virus neurotrópicos(-). ADA normal; Rx tórax: normal. Baciloscopias seriadas(-). Mantoux(-). VIH(-). Löwestein LCR: se aíslan 2 colonias de *Mycobacterium tuberculosis*. TC craneo seriados: microcalcificación aislada parieto-occipital izquierda y aparición de imagen hipodensa en cápsula interna derecha. RMN craneo: Isquemia de cabeza del núcleo caudado, región anterior de núcleo lenticular y cápsula interna del lado derecho, con afectación del tracto óptico supraselar derecho del quiasma óptico, probablemente secundario a vasculitis que afecta a la arteria cerebral media derecha. Arteriografías cerebrales: normales. EEG: Afectación cerebral difusa moderada de predominio derecho.

Evolución: A pesar de encontrarse en estadio II-III, se evidencia mejoría clínica desde la primera semana de tratamiento con 4 tuberculostáticos y corticoides. Actualmente sin secuelas.

Conclusiones: Llegar al diagnóstico de certeza es difícil. La sospecha clínica justifica el inicio de tratamiento específico, con objeto de reducir las graves secuelas y el éxitus.

P64

PALUDISMO EN LA EDAD PEDIÁTRICA. ESTUDIO EN INMIGRANTES

A. Cuñarro Alonso, M. Villares Alonso, C. Ramos Navarro, A. Cervera Bravo, M.A. Roa Francia y M.R. Cogollos
Hospital General, Móstoles.

Antecedentes y objetivos: Ante la llegada de cada vez mayor número de inmigrantes, y de patologías nuevas o poco frecuentes en nuestro país se hace preciso una adecuada y constante formación. Por lo anterior hemos estudiado los casos de paludismo en nuestro hospital de la periferia de Madrid.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo del período 1998-2001 donde se atendieron un total de 26 casos y se analizaron los parámetros: sexo, edad, tipo de *Plasmodium*, sintomatología, tratamiento, recaídas, y si habían viajado recientemente a su país de origen, habiendo recibido profilaxis o no.

Resultados: Se atendieron un total de 26 casos: 21 niños y 5 niñas, todos de origen guineano. La clínica más frecuente fue de fiebre más esplenomegalia, pero también se detectó esta patología en niños asintomáticos; y con menos frecuencia presentaron vómitos, cefalea, e ictericia. En dos casos hubo anemia hemolítica severa de mecanismo inmunológico. Se evidenció *Pl. falciparum* en 19 casos, ovale en 2, spp. en 2 y doble parasitación por *Pl. falciparum* y *malariae* en otros 3 casos. Tres niños eran menores de un año, nueve casos entre uno y cinco años, ocho entre seis y diez, y seis entre 11 y 15 años. Cinco del total eran pacientes que siendo residentes en España se habían desplazado a su país de origen por un corto período de tiempo, sin haber recibido ninguno de ellos profilaxis previa. Se objetivó *Pl. falciparum* en cuatro de ellos y ovale en uno. En el diagnóstico se empleó la gota gruesa y el frotis fino, y se confirmaron los resultados y la efectividad del tratamiento con la Reacción en Cadena de la Polimerasa. El tratamiento empleado fue Quinina + Sulfadoxina-Pirimetamina en 18 pacientes, Halofantrina en 6, y Cloroquina + Primaquina en 2 niños. Todos los pacientes curaron.

Conclusiones: En Guinea es importante el Paludismo por *Pl. falciparum* resistente a Cloroquina e incluso empiezan a aparecer resistencias a Sulfadoxina-Pirimetamina, y tendremos que tenerlo en cuenta para el tratamiento. La utilización de PCR para *Plasmodium* facilita la identificación del parásito y permite conocer si los pacientes han curado. Los inmigrantes residentes en nuestro país o nacidos aquí y que viajan a zonas de alta prevalencia, deben recibir profilaxis si se desplazan por un período inferior a cuatro meses. Por último, tener presente dicha patología e investigar su posible existencia, independientemente de si hay o no clínica asociada.

P65 ENCEFALITIS HERPÉTICA NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.P. Galera Peinado, A. Muñoz Serrano, B. Rubio Gribble, M. Garzón Gómez, J. Blázquez Fernández, I. Olabarrieta Arnal, C. Ferrero Martín, J.T. Ramos Amador, J. Martínez Sarrier y J. Herrera Montes
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Antecedentes: Aunque las infecciones herpéticas en período neonatal son infrecuentes en nuestro país, se asocian a una elevada morbimortalidad. Es fundamental un diagnóstico precoz, con frecuencia difícil por la falta de sospecha, ya que el tratamiento mejora el pronóstico.

Descripción del caso: niña de 27 días de vida que acude a urgencias por estatus convulsivo asociado a febrícula. Como antecedentes presentaba una gestación controlada no patológica con parto eutócico y la aparición al 5º día de vida de lesiones vesiculosas en cuero cabelludo, en punto de monitorización de electrodo. Por este motivo tuvo dos ingresos previos en otros hospitales en los que había sido tratada con betalactámicos y aciclovir intravenosos, y tratamiento tópico

para las lesiones cutáneas, quedando pendiente de resultados de cultivos virales de estas lesiones, que tras ingresar en nuestro hospital se confirmaron positivos para virus herpes simplex (HSV). Presentó alteración en la bioquímica del LCR, con 275 células (predominio de mononucleares), glucosa: 40, proteínas: 363, hematíes: 3630, y en el EEG, con reacción en cadena de la polimerasa en LCR negativa para herpes y pruebas de neuroimagen normales. Se decidió tratamiento con aciclovir a dosis de 60 mg/kg/día durante 21 días, con buena tolerancia. A los dos meses presentó una recidiva cutánea en la que se objetivó inmunohistoquímica positiva para HSV tipo 2 y con RM craneal notablemente alterada, por lo que recibió un nuevo ciclo similar al previo. A seis meses vista, continúa con profilaxis secundaria domiciliaria con este fármaco y presenta leve retraso psicomotor con microcefalia.

Comentarios: 1) Es importante una sospecha y tratamiento precoces para mejorar el pronóstico en las infecciones herpéticas neonatales. 2) El tratamiento con dosis altas de aciclovir durante 3 semanas fue bien tolerado. 3) Las pruebas de neuroimagen pueden ser normales inicialmente, lo cual no descarta la existencia de encefalitis. 4) Puesto que las recurrencias son frecuentes, puede ser de utilidad la profilaxis secundaria con aciclovir oral durante períodos prolongados.

P66 ENCEFALITIS EN LA INFANCIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

S. Esteban, J. Pilar Orive, Y.L. Fernández, J.L. Bayón, J. Latorre, M.T. Hermana e I. Pocheville Guruceta
Hospital de Cruces, Cruces-Barakaldo.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas de los niños diagnosticados de encefalitis en nuestro hospital.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes pediátricos (niños entre 1 mes y 14 años) hospitalizados con diagnóstico de encefalitis, entre enero de 1991 y diciembre de 2001.

Resultados: Se describen veintidós casos, 16 niños y 6 niñas, con una edad media de 6,7 años (rango 10 meses-13 años). Los síntomas predominantes al inicio del cuadro fueron: fiebre (91%), depresión del nivel de conciencia (68%) y convulsiones (59%). Dieciséis (72,7%) requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. El líquido cefaloraquídeo mostró una media de 160 células (rango entre 1 y 900) de predominio linfocitario, presentando pleocitosis el 95,4% (21 casos). En 9 casos se obtuvieron datos microbiológicos del posible agente causal implicado. Los resultados positivos fueron: serologías Ig M de Epstein-Barr virus (2), Virus Varicela Zoster (1), Coxsackie virus (4), *M. Pneumoniae* (2), *C. Pneumoniae* (2) y PCR en LCR de Herpes Simplex Virus en un caso. Para el tratamiento específico de la encefalitis se utilizó aciclovir en el 77% de los casos, bien sólo o combinado, antibióticos (50%) y corticoides (18%). La evolución clínica fue favorable, con presencia al alta de secuelas neurológicas leve en 7 casos (31,8%) que desaparecen posteriormente, salvo en 1 caso.

Comentarios: La Encefalitis en nuestro medio es una patología poco frecuente y requiere en muchas ocasiones hospitalización en cuidados intensivos. En nuestra serie se identificó una posible etiología infecciosa en el 40,9% de los casos.

El Aciclovir se empleó como tratamiento empírico inicial en el 77% de los pacientes hasta descartarse la infección por Herpes Simplex virus. La evolución fue favorable en nuestros pacientes, presentando únicamente uno de ellos una hemiparesia residual.

P67

ENFERMEDAD ESTAFILOCÓCICA DISEMINADA EN UNA PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

A. Roca Jaume, S. Vilanova Fernández, B. Osona Rodríguez de Torres, J. Figuerola Mulet, J.M. Román Piñana y S. Zibetti
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: La enfermedad estafilocócica diseminada es una patología infrecuente en la infancia, que se ve favorecida por la malnutrición. Se presenta un caso clínico de trombosis venosa profunda, osteomielitis, neumonía y lesiones cutáneas en el contexto de enfermedad diseminada por *Staphylococcus Aureus* en una paciente con anorexia nerviosa.

Caso clínico: Paciente de 11 años de edad, que durante su estancia en la unidad de psiquiatría presenta un cuadro de fiebre, odinofagia y algias generalizadas. Frotis faríngeo: *Staphylococcus aureus* meticilín sensible, iniciándose tratamiento con cloxacilina oral. Posteriormente, 5 días después de iniciarse el tratamiento antibiótico se instaura un cuadro de hipotensión arterial, insuficiencia respiratoria y mala perfusión periférica. Detectándose hemocultivo positivo a S.A. A la exploración física, regular estado general, palidez subictérica, piel caliente, relleno capilar enlentecido, AP: algún estertor húmedo en base izquierda. ABDOMEN: hígado palpable 1.5 cm por debajo de reborde costal. Resto de la exploración normal. Requiere su ingreso en UCI para ventilación mecánica, soporte inotrópico y antibiótioterapia. Evolución: persiste la fiebre, con aparición de dolor en muslo izquierdo y lesiones cutáneas. El estudio con gammagrafía ósea, TAC y RMN permiten el diagnóstico de osteomielitis de fémur izquierdo. Como hallazgo acompañante, sin presentar clínica, se detecta trombosis de vena femoral izquierdo. Se completa tratamiento antibiótico endovenoso con cloxacilina y terapia anticoagulante.

Comentarios y conclusiones: 1) La malnutrición puede ser un factor de riesgo de enfermedad diseminada por *Staphylococcus aureus*. 2) La osteomielitis aguda y la trombosis venosa profunda son dos inherentes en la enfermedad diseminada por *Staphylococcus aureus*. 3) La presencia de la osteomielitis aguda y de la trombosis venosa profunda requieren un tratamiento agresivo con antibióticos apropiados, anticoagulantes y drenaje quirúrgico, con un control multidisciplinario cercano hasta la curación del cuadro.

P68

TUBERCULOSIS CAVITARIA EN UN LACTANTE, SIN PRESENCIA DE INFECCIÓN VIH

F. Cosseria Sánchez, M. Loscertales Abril, C. Tomé Bravo y C. Cintado Bueno
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La tuberculosis es un problema de salud pública de primer orden ya que es la causa infecciosa más importante de mortalidad en todas las edades. La presentación en lactantes con cavitaciones pulmonares y la inexistencia de

infección VIH concomitante constituyen un hallazgo inusual en nuestro medio que merece ser estudiado, tanto desde el punto de vista clínico como epidemiológico.

Caso clínico: Lactante varón de 6 meses, 6º hijo de una familia con bajo higiénico social. Tiene ingresos repetidos por cuadros respiratorios agudos desde el primer mes, requiriendo asistencia en UCI en una ocasión. Diagnósticos previos: síndrome coqueluchoide y bronconeumonía.

Ingresó por fiebre elevada de 48 horas evolución y afectación del estado general. Exploración: Sensación de enfermedad, piel pálido grisácea. Deficiente desarrollo estatura-ponderal por debajo P3. Hipoventilación y crepitantes en hemitórax izquierdo. Resto exploración sin hallazgos. Datos complementarios de interés: leucocitosis relativa con linfocitosis (69%), VSG 107, Proteína C reactiva 28, Mantoux negativo, serología VHB, VHC y VIH negativa. Rx tórax: condensación en lóbulo superior e inferior izquierdo.

TC tórax: condensación en lóbulos superior e inferior izquierdos, con cavitación en su interior e imágenes nodulares en pulmón derecho. En TC de control: Ganglios aumentados en todos los compartimentos mediastínicos con calcificaciones y atelectasia lóbulo superior derecho. BAAR en jugo gástrico negativo. Löwestein: 1-10 colonias *Mycobacterium tuberculosis*. Fibrobroncoscopia y aspirado broncoalveolar: aislamiento 100-1000 colonias P aeruginosa.

En el estudio epidemiológico se diagnostica enfermedad tuberculosa, no detectada previamente, en todos los miembros de la familia

Conclusiones: Es destacable la presencia de lesiones cavitarias específicas en un lactante de 6 meses de edad.

Resaltamos la necesidad de descartar infección tuberculosa en niños con procesos respiratorios desde los primeros meses de la vida.

El caso que nos ocupa ha permitido descubrir un foco activo de tuberculosis en zona deprimida de Sevilla.

P69

DIFICULTADES DIAGNOSTICADAS ANTE UNA IMAGEN QUÍSTICA RADIOLÓGICA A PROPÓSITO DE UN DOBLE ABSCESO

C. Lorenzo-Legerén, S. Rey García, P. Casado-Cembreros, G. Nóvoa Gómez y J.L. García-Rodríguez
Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Introducción: Ante una imagen radiológica quística de localización cerebral o pulmonar surgida como hallazgo no esperado en un paciente pediátrico con episodios paroxísticos como única expresión clínica, se producen interrogantes diagnósticos y de actitud terapéutica a cuya aclaración contribuirá la observación que presentamos, correspondiente a un niño con un doble absceso cerebral y pulmonar, cuya interpretación inicial fue errónea.

Caso clínico: Niño de 11 años de edad que ingresa en estado postictal inconsciente después de haber sufrido convulsión parcial que afecta a mano izquierda. En sus antecedentes figuran crisis convulsivas hace 3 años, con focalidad comicial electroencefalográfica y normalidad en las pruebas de imagen, por lo que recibe tratamiento con Carbamazepina. Recuperado de la crisis cerebral la exploración neurológica es normal. En las exploraciones complementarias el único

hallazgo patológico es una masa pulmonar derecha redonda de densidad agua, que evolutivamente presenta nivel hidro-aéreo. Posteriormente un TAC y una RMN craneal evidencian una tumoración parietal posterior y superior derecha. Se descartan aparentemente enfermedades infecciosas y parasitarias. Con la hipótesis diagnóstica de neoplasia cerebral el enfermo es sometido a cura quirúrgica con el hallazgo intraoperatorio de absceso cerebral parietal derecho. Bajo tratamiento antimicrobiano la imagen pulmonar regresa hasta la normalidad.

Discusión y conclusiones: Un absceso parenquimatoso pulmonar en los niños tiene una etiología múltiple, y puede ser primario o metastásico secundario a bacteriemia o embolia séptica, expresándose clínicamente como proceso respiratorio de carácter infeccioso; sin embargo, nuestra observación evidencia la posibilidad de un curso clínico asintomático, cuya primera expresión sea la complicación metastásica en otra localización.

P70

ABSCESO EPIDURAL DE ORIGEN ÓTICO EN UNA NIÑA CON CONVULSIÓN FEBRIL ATÍPICA

S. Martínez González, J. Álvarez Pittí, E. García Ojeda, I. Pocheville Guruceta, J.M. Arana Herrería y M. Chouza Viturro
Hospital de Cruces, Cruces-Barakaldo.

Introducción: La otitis media aguda (OMA) es una patología frecuente en la edad pediátrica, sin embargo las complicaciones tanto intracraneales como extracraneales, constituyen un hallazgo poco frecuente.

Caso Clínico: Niña de 2 años y 6 meses de edad, diagnosticada previamente de OMA en tratamiento con antibiótico tópico, que consulta por fiebre elevada de 24 horas de evolución, asociada a episodios de desconexión, hipertonia generalizada, desviación cefálica y de la mirada, de breve duración, pero que cursan de manera repetida durante un período de una hora en domicilio. A la exploración está consciente, con respuesta a estímulos, temperatura axilar de 38,5 °C, tímpano derecho hiperémico y abombado, con resto de la exploración por aparatos normal. En Urgencias presenta un nuevo episodio de convulsión tónico-clónica generalizada, con desviación de la mirada a la izquierda, de 10 minutos de duración, que cede tras la administración de medicación anti-comicial. En las pruebas complementarias realizadas presenta: leucocitosis con desviación izquierda, PCR elevada, con LCR y radiografía de torax normales; hemocultivo positivo a *Haemophilus Influenzae* no b y *Streptococo pyogenes*; EEG con asimetría interhemisférica con depresión de la actividad del hemisferio izquierdo y lentificación en el derecho. En el TAC se objetiva colección epidural compatible con absceso en región temporal derecha, ocupación de oído medio y de celdillas mastoideas del peñasco derecho. Se instaura a su ingreso tratamiento antibiótico iv, con persistencia de picos febriles inicialmente, manteniendo un excelente estado general, con exploración neurológica normal. La evolución es favorable con tratamiento médico, sin requerir drenaje quirúrgico del absceso. Se realizó seguimiento durante 6 meses tras el alta hospitalaria, manteniéndose asintomática, con normalización del EEG, y objetivándose en el TAC de control la aparición de un área residual temporal derecha.

Comentarios: La convulsión febril atípica asociada a una OMA debe hacernos descartar la presencia de complicaciones intracraneales mediante pruebas de imagen. La existencia de una membrana timpánica íntegra no excluye la posibilidad de una complicación ótica, así como la ausencia de signos externos en la exploración no excluye una mastoiditis. El diagnóstico temprano es importante, ya que la morbi-mortalidad asociada a las complicaciones óticas sigue siendo elevada.

P71

ANÁLISIS TERAPÉUTICO DE LA MASTOIDITIS AGUDA EN NIÑOS

A. Olivar Gallardo, J.M. López Corona, C. Torres González de Aguilar, F. Jiménez Parrilla, J.S. Parrilla Parrilla y C. Cintado Bueno
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La mastoiditis aguda continua siendo una infección potencialmente peligrosa en la era antibiótica, por lo que es preciso una estrecha vigilancia y un tratamiento agresivo para prevenir severas complicaciones.

Objetivo: Analizar el manejo terapéutico y la evolución de la mastoiditis aguda en nuestro centro.

Material y método: Estudio retrospectivo de 38 historias clínicas con diagnóstico de mastoiditis aguda durante un período de 3 años (1998-2000).

Resultados: En todos los casos se instauró de entrada antibioterapia intravenosa, en forma de monoterapia en 52% de los casos y como doble terapia en el 48%. Cefalosporinas de 3ª generación (cefotaxima o ceftriaxona) se usaron en 31 casos, asociándose en 18 casos a un aminoglucósido (amikacina o tobramicina) y en 1 caso a cloxacilina. Otros antibióticos que se han usado: amoxicilina-clavulánico (3), cefuroxima (1) y ceftazidima en un caso de OMC colesteatomatosa. Duración media de 6 días.

En un 52% de los pacientes (19) se asoció al tratamiento antibiótico corticoides del tipo metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg/día como antiinflamatorio durante una media de 3.6 días (2 – 13 días). Se analizó la duración media de los signos inflamatorios en aquellos pacientes tratados con corticoides: 2.3 días y en aquellos tratados sin corticoides: 2.9 días. La duración media de los signos inflamatorios en el total de casos fue de 2.5 días.

El tratamiento antibiótico inicial era completado con miringotomía en 11 casos de los 25 con tímpano íntegro (44%) [en cuanto al manejo quirúrgico se realizó 11 miringotomía (44%) de un total de 25 casos con tímpano íntegro] e incisión y drenaje de absceso subperióstico en 6 casos. No se colocó ningún tubo de aireación transtimpánica ni se realizó ninguna mastoidectomía.

Tras el alta hospitalaria se continuo con antibioterapia oral, principalmente amoxicilina-clavulánico o cefuroxima-axetilo por un período medio de 7 días.

Conclusiones: El tratamiento antibiótico debe instaurarse desde los primeros momentos, usándose una antibioterapia efectiva contra las bacterias que más comúnmente causan OMA. Igualmente importante es la disminución de la presión tanto en oído medio como en proceso mastoideo mediante la realización de miringotomía o la inserción de tubo transtimpánico de forma precoz.

La asociación de un corticoide sistémico no modifica de forma significativa la evolución de los signos inflamatorios o complicaciones en la mastoiditis aguda.

P72

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 18 AÑOS

L. Falcón Neyra, M.S. Camacho Lovillo, R. Roldán Guerrero, A. Olivares Gallardo y J.A. León Leal
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes: Cada día nacen en el mundo 1.600 recién nacidos infectados por VIH. La tasa de transmisión en países desarrollados es del 3,6-8%. España es el país europeo con el mayor número de casos de SIDA por transmisión vertical, entre 1981 y 1999 se han declarado 826 casos de niños infectados por transmisión vertical representando un 92% de los casos de SIDA pediátrico en este período. En España el mayor número de mujeres VIH se encuentran en edad reproductiva. Gran parte de estas mujeres pertenecen a estratos deprimidos siendo difícil el acceso a la asistencia perinatal.

Objetivos: Revisión de tasa de infección VIH en hijos de madres seropositivas en nuestro centro de 1983 a 2001.

Material y métodos: Hemos estudiado 208 casos de hijos de madre VIH basándonos en la historia clínica para la obtención de datos. Se encontraron 52 casos de infección VIH, en 50 de ellos no se realizó terapia antirretroviral. En 1990 el 85% de las madres seropositivas habían contraído la infección por vía parenteral, el 15% restante por vía sexual. En los 4 últimos años un 54% de madres se contagiaron por vía sexual y un 10% sin factor de riesgo conocido las madres. En muchos de estos casos la madre desconocía su estado de portadora.

Conclusiones: El aumento en los últimos años de mujeres fértiles infectadas por VIH por vía sexual o desconocida y la existencia de una profilaxis antirretroviral efectiva para evitar la transmisión vertical hace necesario la instauración del test gestacional de VIH universal.

P73

ABSCESO PARAVERTEBRAL Y EPIDURAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M.O. Blanco Barca, M. Somoza, L. Iglesias Diz, J. Cutrín y F. Alvez
Hospital Clínico Universitario - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

El objetivo es mostrar un caso clínico, muy poco frecuente, como es el desarrollo de un absceso paravertebral L2-L4 y epidural L2-C2, en un paciente sano, no sometido a ningún factor traumático o infeccioso desencadenante, salvo la realización de una endodoncia tres días antes del comienzo del cuadro, en la cual no se realizó antibioprofilaxis. Se acompaña de iconografía donde se puede apreciar la intensa afectación medular.

Se trata de una niña de 13 años, sin antecedentes familiares o personales relevantes, que comienza con dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores, siendo diagnosticada inicialmente de lumbalgia. A los tres días comienza con fiebre, alcanzando 38 °C como temperatura máxima. Se realizó entonces un hemograma y recuento leucocitario, constatándose una importante leucocitosis con desviación izquierda y au-

mento de la velocidad de sedimentación globular (100 mm a la 1ª hora). Ingresó en ese momento en su hospital de referencia, demostrándose a la exploración afectación del estado general, dolor lumbar que se irradia a las extremidades inferiores y posteriormente hacia el cuello, tumefacción a nivel de la segunda vértebra lumbar (L2), sin presentar afectación neurológica sensitivomotora. Las exploraciones de imagen realizadas (TAC y RMN) demostraban un absceso a nivel de la musculatura paravertebral derecha a nivel de L2. Se instauró en ese momento cobertura antibiótica (cefotaxima y cloxacilina), presentando en los cultivos de sangre un crecimiento de *staphylococcus aureus* sensible a la cloxacilina. A los once días del comienzo del cuadro (tres días después del comienzo de la antibioterapia) se constató, mediante RMN, extensión del absceso paravertebral hasta L4, afectación de articulación interofisaria L2-L3 y extensión a través del agujero de conjunción al espacio epidural, presentando una extensión desde L2 hasta la segunda vértebra cervical (C2), con compresión de las raíces medulares. Se decidió en ese momento el traslado a nuestro centro. Se realizó quirúrgico de la zona, con toma de muestras y colocación de un catéter de drenaje, creciendo en los cultivos del pus drenado un *staphylococcus aureus* sensible a la antibioterapia realizada hasta ese momento. La antibioprofilaxis se realizó empíricamente con vancomicina y meropenem, posteriormente con clindamicina y cloxacilina durante un total de cuatro semanas al conocer los resultados microbiológicos, con buena evolución clínico-radiológica posterior, sin presentar secuelas neurológicas.

P74

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

R.M. Garrido Uriarte, S.M. Rupérez Peña, M.Y. Ruiz del Prado, M.L. Poch Olivé, F. Cucalón Manzanos y M. Fuentes Calvo
Complejo Hospitalario de San Millán-San Pedro. Logroño.

Introducción: La toxoplasmosis congénita es una enfermedad con una prevalencia de 1/1.000 recién nacidos vivos, que puede condicionar la aparición de encefalopatías y secuelas en el desarrollo.

Caso clínico 1: Primer gemelo, sexo femenino, edad gestacional: 35 semanas, peso de recién nacido: 2.070 gr, Apgar 9 - 10. Parto distócico mediante cesárea. Serología materna: IgM toxoplasma: negativa. *Exploración física:* ausencia de signos malformativos, soplo cardíaco cuya ecocardiografía demuestra persistencia de ductus arterioso, resto de exploración compatible con la normalidad. *Pruebas complementarias:* IgM en sangre de cordón: 44 mg/dl (4,3 - 27), hemograma y PCR normales. IgM específica de toxoplasma: positiva. Líquido cefalorraquídeo: pleocitosis mononuclear y proteinorraquia. Ecografías cerebral y abdominal: normales. Exploración oftalmológica: normal. Otoemisiones acústicas: normales. Radiografía de cráneo: normal.

Caso clínico 2: Segundo gemelo, sexo varón, peso recién nacido: 2.130 gr, Apgar 9 - 10. Exploración y pruebas complementarias superponibles a las del caso 1.

Evolución: Ante el diagnóstico de toxoplasmosis congénita subclínica, se inicia tratamiento con pirimetamina a dosis de 1,5 mg/24 h y sulfadiacina a 100 mg/12 h más ácido fólico durante 21 días, y se repetirán 4 ciclos de 21 días durante el primer año.

Conclusión: La toxoplasmosis congénita es importante por el riesgo de secuelas que comporta. Debido a que la seropositividad de mujeres en edad fértil está disminuyendo gracias a la mejora de las condiciones higiénico sanitarias, hay que insistir en estas medidas para evitar la primoinfección, controlando la posible seroconversión durante el embarazo. Es importante iniciar el tratamiento temprano para evitar secuelas y mejorar el desarrollo de los niños afectados.