

Martes, 18 de junio (12,00 - 13,00 h)

### INFECTOLOGÍA

#### **P474** **MENINGITIS POR LISTERIA EN NIÑA** **INMUNOCOMPETENTE**

V. Seidel Padilla, A. Martínez Roig, E. Esteban Torné, A. Santos, N. López Segura y S. Herrero Pérez

Hospital del Mar de Barcelona, Barcelona.

**Antecedentes:** Hay pocos casos descritos de meningitis por *Listeria* en niños inmunocompetentes fuera del período neonatal. Presentamos el caso de una niña de 2 años previamente sana que desarrolla meningitis por *L. monocytogenes* dentro de un cuadro febril inespecífico que finalmente se atribuye a infección aguda por virus de Epstein-Barr (VEB).

**Observación clínica:** Niña de 2 años de etnia gitana sin antecedentes de interés que presenta fiebre desde hace 4 días. En la exploración física destaca regular estado general, fiebre e hiperemia faríngea. Sedimento de orina, hemograma y PCR son normales. A las pocas horas aparece llanto intenso con fotofobia y cefalea. Se detecta meningismo, por lo que se practica punción lumbar: 800 células, con fórmula normal, glucemia 23 mg/dl, proteínas 110 mg/dl. No se observan microorganismos en la tinción Gram y se inicia tratamiento empírico con cefotaxima. A las pocas horas presenta síndrome meníngeo y mejoría del estado general. Estos datos, unidos a los análisis previos, hacen pensar en posible etiología vírica y se solicitan estudios serológicos. El tercer día de ingreso se cambia el tratamiento a ampicilina más gentamicina por crecimiento de *L. monocytogenes* en LCR y sangre. El estudio de inmunidad resulta normal. La serología resulta positiva a infección aguda por VEB. Tras 10 días afebril, aparece fiebre durante una semana coincidiendo únicamente con hiperemia faríngea, exantema macular y leucopenia de 3.160 con predominio linfocitario en la fórmula y anemia, VSG elevada y transaminasas normales. Se descartan las complicaciones de meningitis, infecciones sobreañadidas y fiebre por antibióticos. La evolución posterior es favorable, con mínimas alteraciones electrofisiológicas y de potenciales auditivos evocados de tronco.

**Conclusiones:** En nuestro caso destaca la listeriosis sistémica en una niña inmunocompetente, aunque la coinfección con VEB podría haber producido una inmunosupresión transitoria que hubiera favorecido la aparición de listeriosis. Debido a la resistencia del germen a las cefalosporinas, es importante pensar en esta etiología ante meningitis de evolución no favorable.

#### **P475** **TUBERCULOSIS INTESTINAL POR MYCOBACTERIUM** **BOVIS**

D. Moreno Pérez, M.E. Rojas Gracia, J. Blasco Alonso, Y.M. Chica Fuentes, L. Escudero Ruiz de Lacanal, F.J. García Martín, J.L. de la Mota Ybancos, P. Bermúdez y A. Jurado Ortiz  
Hospital Materno Infantil, Málaga.

**Introducción:** La tuberculosis intestinal es una enfermedad infecciosa excepcional en nuestro medio, prácticamente confinada a países en vías de desarrollo. Presentamos el caso de un niño de origen marroquí con esta patología.

**Caso clínico:** Niño de 2 años, de origen marroquí, que es trasladado a nuestro Centro desde el Hospital de Melilla. Presentaba un proceso de 10 días de fiebre elevada, dolor abdominal, vómitos y deposiciones líquidas, seguido de un cuadro de oclusión intestinal que precisó intervención quirúrgica, apareciendo posteriormente una fístula estercorácea a través de la cicatriz de laparotomía. A la llegada a nuestro Centro precisó nueva intervención, comprobándose una peritonitis plástica miliar, con infiltración granulomatosa de la pared intestinal. Se realizó ileostomía proximal y distal. Ante la sospecha de tuberculosis intestinal se inicia tratamiento con tuberculostáticos (isoniacida, rifampicina y estreptomycinina) por vía parenteral, a pesar de presentar resultados negativos en la tinción de Ziehl-Nielsen en jugo gástrico y biopsia intestinal, así como en el Mantoux. Posteriormente, tras 6 semanas, se consiguió aislar *Mycobacterium bovis* en el cultivo de Löwenstein de la biopsia intestinal. Tras un mes de nutrición parenteral exclusiva, se consiguió el cierre quirúrgico de las ileostomías y la tolerancia digestiva oral de forma progresiva.

**Conclusiones:** La tuberculosis intestinal por *Mycobacterium bovis* es una entidad extremadamente rara en nuestro medio, pero en la que se debe pensar ante niños procedentes de países en vías de desarrollo.

#### **P476** **ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS** **MENINGITIS BACTERIANAS EN NUESTRO MEDIO** **DURANTE EL PERÍODO 1997-2001**

M. Granero Asencio, R. Marín Ravina, M.M. Romero Pérez, J. Romero Cachaza, M. García Gestoso, A. Alejo García-Mauricio y J. González-Hachero  
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las meningitis bacterianas diagnosticadas en la edad pediátrica en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Se analizan datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, tratamiento y evolución de los casos de meningitis bacterianas ingresados en nuestra Sección de Enfermedades Infecciosas durante el período comprendido entre enero de 1997 y diciembre de 2001. Los datos se analizan mediante el programa estadístico SPSS, versión 10.0.

**Resultados:** En el período de estudio ingresaron en nuestra Unidad 4.077 niños, de los cuales el 1,6% (66 casos) se diagnosticaron de meningitis bacteriana. Las edades de los pacientes oscilaron entre 1 mes y 14 años. En el 59% de los casos se cultivó el germen responsable y en el 41% el aislamiento en sangre y LCR fue negativo. Los gérmenes causantes fueron los siguientes: *N. meningitidis* en 31 casos (79,4%), 12 serogrupo B (38,7%) y 19 serogrupo C (61,3%); *H. influenzae* en 3 casos (7,6%); *S. pneumoniae* en 3 casos (7,6%); *M. tuberculosis* en 2 casos (6,4%). El 25% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico domiciliario previo al ingreso. Los síntomas y signos más frecuentes fueron la fiebre, decaimiento, vómitos, alteración del nivel de conciencia y signos meníngeos positivos. El 97% de los pacientes fueron tratados con cefotaxima intravenosa durante una media de 7 días. La mayoría recibió tratamiento concomitante con corticoides por vía intravenosa durante 2 a 4 días. La evolución fue favorable en el 98,6% de los pacientes. La mortalidad fue del 1,4% (1 caso).

**Conclusiones:** El agente responsable más frecuente fue *N. meningitidis*, con un 61,3% de casos por el serogrupo C. En el último año no se diagnosticó ningún caso por este serogrupo, coincidiendo con la introducción de la vacuna. Observamos una escasa incidencia de meningitis por *H. influenzae*, cuya vacunación se inició de forma sistemática en el calendario vacunal de Andalucía en 1998, si bien, extraoficialmente ya se había iniciado en 1995.

## P477

### BACTERIEMIA OCULTA NEUMOCÓCICA

A. Pérez Martínez, M.C. Martínez Martín, J.C. Molina Cabañero, M. de la Torre Espí, M. Menéndez-Rivas Villamil  
Hospital del Niño Jesús, Madrid.

**Antecedentes y objetivo:** La bacteriemia oculta se define cuando se aísla una bacteria patógena en un paciente febril sin foco de infección en la exploración. En la actualidad, el *streptococcus pneumoniae* es el agente etiológico más frecuente (90%). La incidencia de bacteriemia oculta neumocócica (BON) en niños febriles de 3-36 meses de edad es de un 2-3%. Aproximadamente el 10-25% de estos pacientes desarrollarán una complicación si no reciben tratamiento antibiótico. Nuestro objetivo es estudiar las características de BON y sus complicaciones.

**Métodos:** se han revisado de forma retrospectiva los pacientes con BON que consultaron en el servicio de Urgencias del Hospital Niño Jesús en el año 2000, analizando: edad, temperatura, leucocitos, cifra absoluta de neutrófilos (CAN), proteína C reactiva (PCR), desarrollo de complicaciones, y concentración mínima inhibitoria (CMI) a penicilina y cefotaxima.

**Resultados:** Un total de 11 pacientes (6 niñas y 5 niños) presentan BON. La media (X), mediana (M) y desviación estándar (DS) para los parámetros estudiados se muestran en la tabla:

	Edad	Temperatura	Leucocitos	CAN	PCR (mg/dl)
X	2,33	39,67	19664,55	13507	3,33
M	2	40	19900	12654	3
DS	1,51	0,71	5074,17	5865,06	0,58

Recibieron tratamiento antibiótico 7 niños (63%). Fueron ingresados 3 pacientes (27%) inicialmente y 2 en una consulta posterior. Desarrollaron complicaciones 2 niños (18%), 2 neumonías. La CMI a penicilina se expone en la tabla:

	CMI	Penicilina	CMI	Cefotaxima
	Sensible < 0,06 g/l	Intermedia 0,1-1 g/l	Sensible < 0,5 g/l	Intermedia 1-2 g/l
Bacteriemia	2	7	8	2
Neumonía	2		1	

**Conclusiones:** En nuestra serie las características de BON son: edad < 2,5 años, fiebre > 39,5, leucocitosis > 19.500, CAN > 12.000 y PCR > 3. Un 18% de las BON presentaron complicaciones pese al tratamiento antibiótico. Se encontró resistencia intermedia del neumococo a la penicilina en un 63%, siendo sensible a la cefotaxima en un 81%.

## P478

### DISCITIS. REVISIÓN DE 10 AÑOS

A. Sarasua Miranda, J.J. Uriz Monaut, P. Gómez Cabanillas, E. Pérez Ruiz, J. Mintegui Aramburu y A. Ruiz Benito  
Complejo Hospitalario Donostia, San Sebastián.

**Introducción:** La discitis es una inflamación aguda de un disco intervertebral, localizada generalmente a nivel lumbar. Se presenta en niños menores de 5 años sin predilección por el sexo. Se caracteriza por dolor lumbar, adelgazamiento del espacio intervertebral y erosión de la superficie vertebral adyacente. La etiología es poco conocida, aunque se supone de origen infeccioso secundaria a una bacteriemia. El patógeno más comúnmente aislado es el *St. aureus*.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo que recoge todos los niños menores de 3 años diagnosticados de discitis en nuestro hospital desde enero 1990 a diciembre 2001.

**Objetivos:** El análisis de características epidemiológicas, clínicas, métodos de diagnóstico, tratamiento y evolución de las discitis en nuestro medio.

**Resultados:** Los casos estudiados han sido 6 (4 niños y 2 niñas). La media de edad al ingreso fue de 20 meses (rango entre 13 y 29 m). El tiempo medio de evolución clínica previa al diagnóstico fue de 20 días con un rango comprendido entre 1 semana y 1 mes. El principal síntoma fue el rechazo a la deambulación (4/6) y la postura antiálgica en hiperextensión (3/6). Otros síntomas fueron el dolor abdominal (1/6) y la fiebre (1/6). En la exploración física 3 de ellos presentaban S. de Lassègue positivo al ingreso. La leucocitosis fue superior a 10.000 en dos casos, la PCR fue negativa en todos y la VSG osciló entre 23 y 106 mm/hora. El hemocultivo resultó negativo en todos. Se realizó Rx de columna al ingreso a 4 y fue patológica en 1 caso que presentaba una evolución clíni-

ca de 1 mes. La RNM fue patológica en todos los casos (6/6). Se practicó gammagrafía en tres casos y en todos mostró hipercaptación patológica del área afecta. Todos recibieron tratamiento antibiótico y antiinflamatorio durante 3-4 semanas presentando una evolución favorable.

**Conclusiones:** El rechazo de la marcha, el dolor con la sedestación y con la movilización de las extremidades inferiores son los principales síntomas en la discitis. El estado general suele ser bueno y es poco frecuente la fiebre. La evolución clínica previa al diagnóstico generalmente es prolongada. La RNM es la prueba más específica en el diagnóstico.

## P479

### GRAN MASA PARACARDÍACA Y SÍNDROME HIPER-IGE

J. Blasco Alonso, D. Moreno Pérez, Y.M. Chica Fuentes, L. Escudero Ruiz de Lacanal, O.M. Escobosa Sánchez, C. Serrano Recio, S. Ortega Pérez, F.J. García Martín y A. Jurado Ortiz  
Hospital General Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Las infecciones por género *Staphylococcus* son de especial interés en pediatría por su gravedad, frecuencia, diversidad clínica y dificultad diagnóstica. La estafilococia pulmonar predomina en la primera infancia, siendo característica la formación de neumatoceles y abscesos, lo cual se favorece en situaciones de ID local o sistémica. Los signos de alarma de ID son: infecciones anormales en número o gravedad (en especial respiratorias), hipocrecimiento, malnutrición o cuadros malabsortivos e infecciones por oportunistas.

**Observación clínica:** Niño marroquí de 3 años, con antecedentes de infecciones respiratorias de repetición y disnea de esfuerzo progresiva. Presentaba fiebre, deterioro del estado general, palidez importante, malnutrición (peso y talla por debajo de percentil 3), datos de enfermedad respiratoria crónica (como acropaquias) y dificultad respiratoria progresiva (tiraje, polipnea, hipoventilación izquierda), hepatomegalia discreta y taquicardia sinusal. En Rx y TC de tórax, neumatoceles múltiples, de predominio izquierdo. Se aisló un *S. aureus* en el hemocultivo. El estudio inmunitario fue normal salvo aumento mantenido de Ig E total (4590 UI/ml; 4240 UI/ml al alta). Recibió tratamiento IV con cloxacilina y clindamicina durante 4 semanas, diagnosticándose de síndrome de Job y neumonía estafilocócica con neumatoceles múltiples. Tras buena respuesta inicial, se detectó masa paracardiaca izquierda, con contenido hiperdenso e hiperecogénico, que desplazaba corazón sin infiltrarlo. Para cubrir posible *Aspergillus* se inició Anfotericina B liposomal. Al comprobarse crecimiento de la masa con disfunción miocárdica secundaria pese a tratamiento, se decidió exéresis por toracoscopia, sin aislarse gérmenes en su interior. Dada la buena evolución posterior, se dio el alta con diagnóstico de absceso frío pulmonar. Actualmente el paciente se encuentra estable, en tratamiento profiláctico con cotrimoxazol e IGEV mensual.

**Discusión:** Con frecuencia las estafilococias localizadas son expresión de una bacteriemia no controlada por el organismo. La neumonía abscesificante por estafilococo se presenta como síndrome bronconeumónico con afectación importante del estado general. Diferenciación entre neumatocele, absceso pulmonar y quiste congénito puede ser difícil. Es importante sospechar las ID para aplicar medidas que prevengan a infecciones graves por gérmenes habituales u oportunistas.

## P480

### NEUROCISTICERCOSIS: NEUROIMAGEN Y TRATAMIENTO. COMENTARIOS SOBRE UN CASO TÍPICO

N. Muñoz Jareño, J.J. Borraz Torca, R. Gómez Casares, F. Balboa de Paz, B. Nieves Soriano, J. Careaga Maldonado y J. Campos Castelló

Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

**Introducción:** La neurocisticercosis es producida por la fase larvaria de la *Taeniae Solium*. Constituye la parasitosis del SNC más frecuente, siendo endémica en algunos países en desarrollo. En nuestro medio, actualmente, la mayoría de los pacientes son inmigrantes procedentes de estos países. Presentamos el caso de una niña de 6 años, procedente de Ecuador, con un cuadro clínico y una evolución característicos de esta enfermedad.

**Caso clínico:** Se trata de una niña de 6 años que acude por un cuadro de desconexión con el medio seguido de movimientos clónicos de miembro superior izquierdo que se extienden a miembro inferior homolateral con desviación de la mirada hacia arriba y a la derecha, de 5 minutos de duración. **Antecedentes personales:** procedente de Ecuador; residencia en España desde hace un año. Sin patología de base. **Pruebas complementarias:** sistemático de sangre, bioquímica, tiempos de coagulación normales; L.C.R. :0 células con bioquímica normal. TC craneal: foco de baja densidad en sustancia blanca a nivel de cuerpo de ventrículo lateral izqdo, con edema vasogénico occipital dcho. RMN cerebral: lesiones con realce en anillo rodeadas de edema vasogénico a nivel de surcos cerebrales occipitales dcho. EEG con intensa asimetría interhemisférica y gran lentificación en hemisferio dcho. Serología : anticuerpos anticisticercosis positivos 1/64. **Evolución :** recibe tratamiento con albendazol (28 días), fenobarbital y dexametasona, manteniéndose asintomática, disminuyendo progresivamente las lesiones en las pruebas de imagen realizadas posteriormente.

**Discusión:** La neurocisticercosis es poco frecuente en la infancia en nuestro medio. La forma de presentación más habitual la constituyen las crisis convulsivas (principalmente parciales secundariamente generalizadas). Para el diagnóstico es fundamental el contexto epidemiológico (inmigrantes o viajeros procedentes de áreas endémicas), junto con la clínica, las pruebas de imagen y los test serológicos. La evolución en pediatría suele ser benigna, por lo que algunos autores proponen únicamente tratamiento sintomático; reservando los fármacos antihelmínticos para las formas parenquimatosas graves.

## P481

### SACROILEITIS EN LA INFANCIA

J.J. Uriz Monaut, A. Sarasua Miranda, P. Gómez Cabanillas, E. Pérez Ruiz, J. Mintegui Aramburu y A. Ruiz Benito  
Complejo Hospitalario Donostia, San Sebastián.

**Introducción:** La artritis infecciosa de la articulación sacroilíaca supone el 1,5% de las artritis infecciosas y se presenta habitualmente entre los 7 y los 14 años. En la mayoría de los casos hay fiebre, dolor en la nalga y negativa o dificultad para andar. El estudio gammagráfico de estos pacientes es clave en su diagnóstico. Presentamos tres casos atípicos por su edad de presentación.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo que recoge todos los casos de sacroileítis en niños menores de tres años diagnosticados en nuestro hospital de agosto de 2000 a diciembre de 2001.

**Objetivo:** Análisis descriptivo de las características epidemiológicas, clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución de las sacroileítis en nuestro medio.

**Resultados:** Se estudiaron un total de tres casos con una edad media al ingreso de 12,6 meses. El tiempo medio de evolución clínica previo al diagnóstico fue de 6,6 días (rango entre 4 y 10 días). El principal síntoma que motivó la consulta fue el rechazo a la deambulación-sedestación (100%) acompañado de fiebre (66%). Pruebas complementarias: leucocitosis con fórmula normal en 2 de los casos, PCR media de 52 (rango de 35 a 61) y VSG de 64 (rango de 36 a 107). Hemocultivo negativo en todos los casos. Al ingreso la radiografía simple de sacroilíacas normal. La gammagrafía con contraste mostró en todos los casos acúmulo patológico de radiofármaco en una de las articulaciones sacroilíacas. En 2 de los casos, se realizó RMN en la que se confirmó la afectación articular sin afectación ósea. Fueron tratados con cefotaxima y cloxacilina i.v. una media de 12 días, y cloxacilina/amoxicilina-clavulánico v.o. 10,5 días más. La evolución posterior ha sido favorable con remisión completa de los síntomas y sin secuelas.

**Conclusiones:** 1) El reconocimiento de los signos y síntomas característicos de las sacroileítis junto a la gammagrafía ósea reduce sustancialmente el retraso en el diagnóstico correcto. 2) La sacroileítis se debe incluir en el diagnóstico diferencial cuando se sospeche una artritis de cadera u otras patologías como osteomielitis de pelvis o fémur, absceso o infección de disco intervertebral, neoplasias o infecciones intra o retroperitoneales. 3) El pronóstico en pacientes pediátricos es excelente tras tratamiento adecuado.

## P482 TUBERCULOSIS ENDOBRONQUIAL EN LACTANTE DE DOS MESES

V. Alonso, J. Blasco Alonso, J.M. Romero Urbano, C. Vida Fernández, E. Pérez Ruiz y F.J. García Martín  
Hospital General Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** La tuberculosis es una infección producida por Micobacterias que cursa con manifestaciones variadas, las más frecuentes en el aparato respiratorio. La incidencia es mayor en edades precoces, máxima en los 2-4 años. En nuestro caso se diagnosticó en una lactante de 2 meses.

**Caso clínico:** Lactante mujer de 2 meses con antecedentes de bajo peso para edad gestacional y lactancia artificial. Presentaba tos y mucosidad en los días previos. En las últimas horas apareció dificultad respiratoria progresiva y febrícula. Presentaba aceptable estado general, palidez marcada, tiraje sub e intercostal y polipnea. A la auscultación hipoventilación bilateral moderada. Se realizó una Rx tórax que evidenció engrosamiento peribronquial bilateral y atelectasia del LSD. Dado los datos clínicos y antecedentes de madre con tos y expectoración importantes, se realiza Mantoux que fue positivo (1 cm). Igualmente, se comprobó con Mantoux y Rx tórax la tuberculosis materna. Se practicó entonces fibrobroncoscopia que halló adenopatías que producían compresión

extrínseca mayor del 50% a nivel bronquial y PCR positiva a M. tuberculosis en lavado bronquio-alveolar. Se inicia terapia tuberculostática con isoniacida, rifampicina y pirazinamida y esteroides sistémicos dada la obstrucción bronquial. Tras tres semanas de tratamiento dada la notable mejoría se procedió al alta.

**Conclusiones:** La forma principal de contagio es la vía aérea interpersonal por lo que la lesión inicial más frecuente es la pulmonar. Ante situaciones de alta sospecha clínica, como un cuadro similar a una bronquiolititis, de evolución tórpida o con posibles fuentes de contagio debe comprobarse el viraje de la prueba tuberculínica. En nuestro medio, la rentabilidad del Mantoux es alta y facilita el diagnóstico precoz de la enfermedad, fundamental para el éxito del tratamiento.

## P483 COLONIZACIÓN DEL TRACTO URINARIO POR ASCARIS LUMBRICOIDES

R. Perera Soler, R.A. Montesdeoca Melián, M.T. Herráiz Culebras, J.L. Aparicio Sánchez y R. López Almaraz  
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

**Introducción:** La ascariosis es una de las parasitosis humanas más prevalentes, siendo más frecuente en niños en edad preescolar. Presentamos el caso inusual de una niña con colonización del tracto urinario por *Ascaris lumbricoides*.

**Caso clínico:** Niña de 4 años de edad, con antecedentes personales de hábito estreñido, dolor abdominal recurrente y disminución del apetito en los meses previos. Treinta y seis horas antes de su ingreso presenta dolor abdominal de tipo cólico y lumbar izquierdo, fiebre de hasta 40°C, náuseas y vómitos. En la exploración física destaca: regular estado general, palidez cutánea, peso y talla inferiores al percentil 3, microadenias cervicales e inguinales y lengua saburral pastosa. Abdomen normal y puñopercusión renal izquierda positiva. En las pruebas complementarias se observa leucocitosis con neutrofilia, reactantes de fase aguda elevados; hematuria microscópica, piuria y bacteriuria de mediana intensidad en el sedimento urinario con test de concentración urinario patológico. Hemocultivos (x2) y urocultivos (x2) negativos. En los estudios de imagen destaca una pielectasia izquierda leve en la ecografía y aumento de tamaño renal con focos de hipocaptación en riñón izquierdo y función disminuida (42%). Se inició tratamiento con cefotaxima endovenosa, persistiendo picos febriles a los cinco días. Al recogerse nueva muestra de orina de control, se observa la salida a través del meato urinario de un gusano anaranjado de aproximadamente 25 cm de longitud con aspecto de adulto macho de *Ascaris lumbricoides*, momento en el que se inicia tratamiento con mebendazol, remitiendo la fiebre tras 24 horas de iniciada la terapia antiparasitaria. Tres semanas después se realiza cistouretrografía miccional (CUMS), en el cual se observa reflujo grado III-IV en riñón izquierdo que fue intervenido posteriormente.

**Comentario:** La afectación del tracto urinario secundaria a una infestación parasitaria por *Ascaris lumbricoides* es excepcional, habiéndose descrito casos de colonización por parte del parásito adulto a través de la uretra, sin existir evidencia de que sea posible el desarrollo de la larva a individuo adulto en el interior del tracto urinario.

**P484****OTITIS Y NEUMONÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

L.A. García Llop, C. Grafiá Juan, P. Coll Más y A. Asensi Alcoverro  
Centro de Salud de Manises, Manises.

**Introducción:** Las Otitis, Neumonías y Enfermedad Invasiva por Neumococo han adquirido un gran interés en los últimos tiempos. En este trabajo queremos conocer su importancia real en la práctica diaria en la consulta de un centro de salud.

**Material y métodos:** Se ha recogido todos los diagnósticos generados por las 230.020 consultas realizadas entre 1993 y 2001 en el Centro de salud de Manises, donde trabajan cuatro pediatras que atienden a 4560 niños hasta 14 años.

**Resultados:** Se han diagnosticado 9.692 Otitis (OMA: 9109, Otitis Serosa: 311 y Otitis Externa: 272), lo que supone el 4,2% de todas las consultas. *Distribución por edad:* Hasta 1 año: 15,2%, de 1 a 2 años: 15,6%, de 2 a 4 años: 24,4%, más de 4 años: 44,8%. Las Otitis suponen el 4,02 de cada 100 consultas en menores de 1 año, 4,92 en niños de 1 a 2 años, 4,93 en niños de 2 a 4 años y 3,97 en mayores de 4 años. Los niños menores de 1 año tienen 0,61 episodios de otitis al año, 0,66 los de 1 a 2 años, 0,54 los de 2 a 4 años y 0,20 los mayores de 4 años. La OMA es más frecuente en febrero y marzo, mientras que las otitis externas suceden más frecuentemente en agosto. Se han diagnosticado 381 Neumonías (6,6% en menores de 1 año, 18,1% en niños de 1 a 2 años, 30,7% en niños de 2 a 4 años y 44,6% en mayores de 4 años). Por cada 100 niños menores de 1 año aparecen 1,01 neumonías al año, 2,96 en niños de 1 a 2 años, 2,61 en niños de 2 a 4 años y 0,76 en mayores de 4 años. La Neumonía fue más frecuente en febrero, marzo y abril y apareció un pico en 1996 cuando se duplicó la incidencia media de los 9 años del estudio.

**Conclusiones:** 1) La Otitis es un proceso infeccioso frecuente que representa el 4,2% de todas las consultas. 2) Hasta los 2 años, aparecen más de 60 episodios anuales de otitis por cada 100 niños. 3) La Neumonía, mucho menos frecuente, tiene una mayor incidencia entre 1 y 4 años (más de 2,6 casos anuales por cada 100 niños).

**P485****LEISHMANIASIS VISCERAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

L. Castells Vilella, S. Uriz Urzainqui, J.A. Mairal Cazcarra, C. Young, M.J. López Liñán, J. Quilis Esquerri y J.A. Pallarés Arranz  
Hospital de Terrassa, Terrassa.

La Leishmaniasis visceral o Kala-azar es una enfermedad infecciosa producida por una especie de *Leishmania* transmitida desde un reservorio, generalmente el perro, al hombre a través de una picadura de mosquito tipo *Phlebotomus*. La tríada clínica típica consiste en fiebre, palidez cutánea y esplenomegalia. La demostración del protozoo en el aspirado medular o por técnicas de PCR confirman el diagnóstico. Aportamos dos casos tratados con anfotericina B liposomal con buena respuesta.

**Caso 1:** Niña de 9 meses con fiebre alta de una semana, palidez cutánea y distensión abdominal. Exploración: febril, afectación del estado general, palidez cutáneomucosa, hepatoesplenomegalia. Hemograma: 6.200 leucocitos/mm<sup>3</sup> con linfocitosis, anemia y plaquetopenia leve, PCR 46 mg/l y proteinograma con incremento de gglobulina e IgG. En el aspi-

rado medular se observan leishmanias, que se confirman por cultivo parasitológico y PCR, tratándose con anfotericina B liposomal (4 mg/Kg/día durante 5 días y 6ª dosis al décimo), con buena respuesta.

**Caso 2:** Niña de 12 meses con fiebre de 10 días de evolución. Exploración: afectación del estado general, palidez cutáneomucosa y esplenomegalia. Hemograma: leucopenia con linfocitosis, anemia y plaquetopenia; PCR 55 mg/l y elevación de IgG. El aspirado medular demuestra la presencia de abundantes leishmanias. Se trata con anfotericina B liposomal, con posterior normalización clínico-analítica. A los 10 días de finalizar tratamiento, presenta febrícula y tumoración con signos flogóticos en dorso de muñeca derecha y radiología normal. A los 4 días, aparece imagen radiológica lítica en epífisis distal de radio, con hipercaptación gammagráfica. El aspirado medular, serología y PCR a *Leishmania* son negativos, por lo que, dada la cronología clínica, se orienta como una osteomielitis séptica secundaria a la propia inmunodeficiencia por la leishmaniasis. Se establece antibioterapia empírica endovenosa, con resolución clínica progresiva.

**Conclusiones:** El Kala-azar es una enfermedad infrecuente, siendo la cuenca mediterránea zona de alta incidencia. Debe sospecharse en todo niño con fiebre, pancitopenia y esplenomegalia. El tratamiento de elección es la Anfotericina B liposomal por su elevada eficacia e inocuidad. La pancitopenia suele ser responsable de sus complicaciones. Destacamos la osteomielitis, generalmente causada por otros gérmenes que aprovechan la situación de inmunodeficiencia.

**P486****ENCEFALITIS COMO COMPLICACIÓN DE NEUMONÍA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAEA**

L. Sentchordi Montané, A.M. Crespo Alonso, R.M. Velasco Bernardo, M.P. Sánchez Miranda, M.D. Márquez Moreno, M.A. Granados y J.A. Alonso Martín

Hospital Virgen de la Salud Complejo Hospitalario, Toledo.

**Introducción:** El *Mycoplasma pneumoniae* es el agente causal de entre 10 y 20% de todas las neumonías. Es un germen que puede producir patología asociada con relativa frecuencia. Hemos revisado nuestra casuística de los 3 últimos años encontrando que en 24,05% de los pacientes con neumonía, el agente causal ha sido *Mycoplasma pneumoniae*, presentando en dos casos manifestaciones extrapulmonares.

**Caso clínico:** Varón de 14 años con fiebre, vómitos y malestar general de unos días de evolución, que comienza con sensación de visión doble. En la exploración física destaca una temperatura de 39 °C, decaimiento y nistagmus horizontal, siendo el resto de la exploración neurológica normal. Fondo de ojo normal. ACP: Hipoventilación en campos derechos. Resto: normal. Exploraciones complementarias: Sistemático de sangre: discreta leucocitosis con desviación izquierda. Rx de tórax: Condensación a nivel de LSD. Mantoux: negativo. PCR: 24 mg/l. LCR: Proteínas 140 mg/dl, Glucosa 54 mg/dl, Células: 245 (89L, 11N). Cultivo de LCR: negativo. Crioaglutininas: positivas 1/64. Serología de *Mycoplasma pneumoniae*: positiva 1/64. Se inicia tratamiento con Claritromicina durante 15 días siendo la evolución favorable. No se administraron Corticoides dada la buena evolución del caso.

**Comentarios:** Está descrita, con frecuencia, la meningitis aséptica como complicación de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*. En nuestro caso la complicación neurológica consistió en una meningoencefalitis, que es una forma de presentación rara. El mecanismo de producción parece inmunológico, aunque no está claro.

## P487

### TRES CASOS DE LEISHMANIASIS VISCERAL

M. Fernández Ibieta, J.T. Ramos Amador, B. Rubio Gribble, M. Ruiz Jiménez, A.P. Galera Peinado, M.A. Donoso Sanz, M. Garzón Gómez, A. Aparicio Hernán y J. Herrera Montes  
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

**Introducción:** Entre noviembre de 2001 y enero de 2002, se detectaron 3 casos de Leishmaniasis visceral infantil en nuestro hospital, enfermedad endémica en el área mediterránea y producida por *Leishmania infantum*. Tras la picadura del mosquito flebotomo, los parásitos invaden los monocitos, produciendo síntomas tras 1 a 6 meses: fiebre (variable), palidez, hepatoesplenomegalia indolora, adenopatías, etc. Destaca la pancitopenia con linfocitosis relativa, la eosinopenia, hipoalbuminemia, hiperIgG, hemofagocitosis, etc. La serología en sangre y orina, el frotis de m. o., el cultivo en NNN, la punción esplénica y la PCR para RNA de Leish., son técnicas de diagnóstico. El tratamiento clásico, los antimoniales, esta siendo sustituido por la anfotericina B, debido a las elevadas tasas de resistencia a los primeros.

**Casos clínicos:** 1) Mujer, 8 a., procedente de G. Ecuatorial, con distensión abdominal de tres meses, afebril el último mes. EF.- Bazo: 11 cm, Hígado: 5 cm. PC.- Leucopenia (2384) con linfocitosis, anemia microcítica (hb 7,2). Hipoalbuminemia (2,7). PCR 42. IperIgG. Serología sangre y orina: pos. Frotis m. o.: pos. Cultivo: neg. Tto: anfotericina B liposomal a 3 mg/kg/día 5 días y dosis de recuerdo al 10. Evolución: disminución esplenomegalia al mes. 2) Varón, 9 a., fiebre 7 días. EF.- exantema maculoso, bazo 5 cm, hígado 4 cm. PC.- leucopenia (4050) con linfocitosis. Anemia (hb: 11). PCR: 25. Serología sangre y orina: pos. Frotis m.o.: neg. PCR para RNA Leish.: pos. Cultivo: neg. Tto: igual a caso 1. Evolución: afebril a las 72 horas. 3) Varón, 4 meses, fiebre 15 días. EF.- palidez, adenopatías axilares, bazo 6 cm, hígado 4 cm. PC.- anemia (hb 7,6), microesferocitosis. GOT: 124. Alb: 3,1. PCR: 61. Serología sangre y orina: pos. Frotis m.o.: neg. PCR para RNA Leish.: pos. Cultivo: neg. Tto: igual a casos 1 y 2. Evolución: afebril a las 48 horas.

**Conclusiones:** 1) Es llamativo el aumento de incidencia en nuestra área pediátrica. 2) La anfotericina B es una alternativa eficaz que reduce la hospitalización. 3) El diagnóstico se facilita mediante las nuevas técnicas de PCR y detección rápida de Ag en orina.

## P488

### MENINGITIS NEUMOCÓCICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 3 AÑOS

R.M. Velasco Bernardo, A.M. Crespo Alonso, L. Sentchordi Montané, J. Cobas Pazos y J.A. Alonso Martín  
Hospital Virgen de la Salud Complejo Hospitalario, Toledo.

**Introducción:** La Meningitis Neumocócica ocupa un lugar relevante como causa de morbimortalidad en Pediatría.

**Material y métodos:** Hemos revisado de forma retrospectiva los casos de Meningitis Neumocócicas ingresadas en nuestro servicio en los últimos 3 años.

**Resultados:** De 21 casos de Meningitis bacteriana, 8 (24,1%) han sido Meningitis Neumocócicas. El 58% fueron niñas y el 76,5% menores de 2 años. En la clínica destaca la fiebre en el 100% y el decaimiento. 3 niños habían presentado OMA los días previos, una paciente Meningitis Neumocócica recidivante en 6 meses, siendo diagnosticada de fístula meníngea y un niño presentó sepsis fulminante, con Meningitis en el contexto de una asplenia funcional y heteroatxia. Los cultivos de LCR fueron positivos en el 100%, siendo todos sensibles a Penicilina. Antígeno de Neumococo en LCR positivo en el 85,5%. No ha habido muertes pero el 20% de los niños presentaron complicaciones tempranas y el 40% secuelas permanentes (sordera). Un niño sufrió amputación de ambas piernas.

**Comentarios:** En nuestra experiencia la Meningitis Neumocócica sigue siendo un cuadro muy grave con elevada morbilidad, fundamentalmente en pacientes menores de 12 meses y pacientes con asplenia.

La sordera es la complicación más frecuente, apareciendo en el 40% de los casos.

## P489

### REACCIÓN PARADÓJICA AL TRATAMIENTO TUBERCULOSTÁTICO. CASO CLÍNICO

G. Zeballos Sarrato, J.T. Ramos Amador, B. Rubio Gribble, I. Olabarrieta Amal, M.A. Donoso Sanz, A.P. Galera Peinado, A. Aparicio Hernán, M.L. Lorente Jareño, M. Garzón Gómez y E. Saez Pérez

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

**Introducción:** La incidencia de tuberculosis esta aumentando en países con alta tasa de inmigración. El tratamiento tuberculostático puede producir una respuesta paradójica sistémica que es una complicación conocida pero poco documentada. Los tipos de reacciones paradójicas incluyen desarrollo de lesiones tuberculosas no existentes antes de la terapia o empeoramiento de las iniciales a pesar de una pauta de tratamiento adecuada.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un niño de 17 meses, inmigrante de origen magrebí, que convive con un tío paterno con tuberculosis pulmonar. Ingresó para estudio por eritema nodoso en cresta tibial, bilateral y fiebre intermitente de 15 días de evolución. Mantoux de 13 mm y aspirado de jugos gástricos negativo. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico por adenopatías. Se inicia tratamiento con rifampicina, isoniazida y piracinamida. A los 4 días de iniciado el tratamiento presenta empeoramiento de la sintomatología con estridor inspiratorio de predominio nocturno con aumento de tamaño de adenopatías en radiografía de tórax tras el inicio del tratamiento específico. Tras iniciar tratamiento con prednisona a dosis de 2 mg/kg/día, presenta mejoría gradual del estridor.

**Comentarios:** 1) Es importante tener presente y reconocer el fenómeno de reacción paradójica como respuesta inflamatoria al tratamiento tuberculostático. 2) Esta complicación no indica necesariamente una mala respuesta a terapia, no siendo necesario alterar o retirar el tratamiento tuberculostático. 3) Una pauta de 23 semanas de esteroides con retirada gradual, puede ser muy útil.

## P490 EOSINOFILIA PERSISTENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEUROCISTICERCOSIS

E. Sanz, P. Dobón, C. Serrano, C. Míguez Navarro, E. Maderuelo, M.M. Guerrero, M.L. Navarro Gómez, C. Garzo y J.A. Gómez Campderá  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** La cisticercosis es una zoonosis endémica en países subdesarrollados causada por la larva de *Taenia solium*. La neurocisticercosis es la parasitación cerebral más frecuente. La infección se contrae por vía fecal-oral al ingerir los huevos de *T. Solium*, que atraviesan la pared intestinal y a través de la sangre se depositan en su forma larvaria en los tejidos (SNC, ojos, músculo, subcutáneo...). Aunque la mayoría de los enfermos están asintomáticos, la neurocisticercosis puede producir convulsiones, déficits neurológicos, hipertensión intracraneal e incluso hidrocefalia obstructiva. Presentamos el caso de un niño procedente de un área endémica con eosinofilia persistente y neurocisticercosis.

**Caso clínico:** Varón de 10 años de origen peruano, asintomático, que consulta por eosinofilia moderada (2.100 eosinófilos totales) objetivada en analítica de control tras ser adoptado 30 meses antes. Recibió tratamiento antiparasitario con metronidazol por detectar huevos de *Entamoeba coli* en heces primero y posteriormente por aislamiento de *Blastocystis hominis*, con coprocultivos de control negativos pero persistiendo la eosinofilia. Presenta exploración física normal. Hemograma: leucocitos 8.900 (linfocitos 33%, granulocitos 26%, eosinófilos 34,6%), VSG 17 mm. Inmunoglobulinas: Ig G,M,A normales, IgE 1892 KU/l. Ecografía abdominal y Rx tórax normales. PPD negativo. Parásitos en orina negativo. Serología VHB, VHC, VIH, leishmania, ameba, triquina y equinococo negativa. Serología a cisticercosis (IgG) positivo. Se realiza TAC craneal detectándose calcificaciones a nivel silviano y en hipocampo derecho. Se trata con albendazol a 15 mg/kg/día (2 semanas) asociando metilprednisolona los 5 primeros días, bien tolerado. A las 2 semanas de finalizar el tratamiento presenta analítica normal sin eosinofilia. El paciente está asintomático y pendiente de neuroimagen de control.

**Conclusiones:** 1) La neurocisticercosis debe sospecharse en pacientes procedentes de áreas endémicas que presenten eosinofilia persistente. 2) El diagnóstico se basa en pruebas de neuroimagen y serológicas. 3) El tratamiento de la neurocisticercosis es controvertido. El albendazol acelera la resolución de las lesiones radiológicas y de los síntomas en pacientes con clínica neurológica. En pacientes asintomáticos no existen datos suficientes, en estudios controlados, que demuestren que el tratamiento farmacológico sea superior al placebo.

## P491 MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS EN LAS NEUMONÍAS POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*. ESTUDIO DE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

P. Dobón, R. Alonso, E. Sanz, K.B. Brandstrup, C. Serrano, C. Míguez Navarro, M.L. Navarro Gómez y J.A. Gómez Campderá  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** *Mycoplasma pneumoniae* constituye una de las causas más frecuentes de neumonía en pacientes mayores de 5 años, si bien no se pueden descartar incluso en meno-

res de 3 años, constituye la causa más frecuente de neumonía bacteriana en los meses de primavera-verano. Dichos cuadros pueden cursar con manifestaciones extrarrespiratorias, en donde las manifestaciones cutáneas juegan un papel importante presentando muy diversas variaciones clínicas que van de cuadros insignificantes y autolimitados (exantemas maculosos, maculo-papulosos, pruriginosos, Síndromes Mononucleósicos, Eritemas Nodosos....etc), a cuadros graves de gran relevancia clínica (Síndrome de Steven Jonson, Acrodermatitis papulosa, Síndrome de Kawasaki).

**Objetivos:** Estudiar las características epidemiológicas de las diferentes dermatitis que aparecen en el curso de las neumonías por *M. pneumoniae*, según distribución estacional, edad, sexo y tratamiento de las neumonías que son diagnosticadas en el Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario.

**Material y métodos:** Se analiza de forma prospectiva la infección por *M. pneumoniae*, diagnosticada en el servicio de urgencias de nuestro hospital a partir de un protocolo de actuación que se sigue en todos los procesos neumónicos durante un período de 6 años de 1 de mayo de 1995 a 31 de diciembre del 2002.

**Resultados:** Durante el período de estudio se diagnostican un total de 244 neumonías por *M. pneumoniae*, de las cuales 45 de ellas (18,4%), se acompañaban de manifestaciones dermatológicas, con un mayor número de casos en pacientes varones (28/17; 62,2%), la edad media de presentación fue de 5,2 años, encontrándose el 68,8% de los pacientes con manifestaciones dermatológicas entre los 5 y los 11 años (31 de los 45 casos). A lo largo del estudio hemos encontrado dos picos epidémicos durante los meses de enero-agosto de 1998 y febrero-septiembre del 2001, con una incidencia de 152 casos de neumonía (68/84; 62,3% del total de casos diagnosticados), en donde 32 (14/18) de los pacientes presentaban manifestaciones dermatológicas (21%), por 13 casos durante el resto de período que duró el estudio, durante los períodos no epidémicos, con 72 neumonías diagnosticadas durante dicho período (8,55% de los casos).

**Conclusiones:** 1) las dermatitis constituyen una manifestación frecuente en las infecciones por *M. pneumoniae*, 2) las dermatitis aparecen con más frecuencia durante los períodos epidémicos. 3) las dermatitis afectan más frecuentemente al sexo masculino. 4) no existe una clara relación entre la aparición de las dermatitis y el tipo de tratamiento empleado para la neumonía.

## P492 LEISHMANIASIS VISCEAL INFANTIL: CINCO CASOS CLÍNICOS

A. Arévalo Garrido, G. Gómez López, B. Espín Jaime, J. de la Cruz Moreno, R. Ibáñez Ruiz, R. Rodríguez García, M.I. Illán Rueda, J. Momblan de Cabo y F. González Rivera  
Hospital General de Especialidades Ciudad de Jaén, Jaén.

**Introducción:** La Leishmaniasis visceral (LV), constituye una enfermedad endémica de los países de la cuenca mediterránea y en España es especialmente frecuente en la costa Catalana, Andalucía central y mediterránea, Madrid y Toledo.

**Objetivos:** Realización de un estudio descriptivo de los hallazgos clínicos y analíticos iniciales, así como la respuesta terapéutica, de 5 casos afectos de LV.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas, desde Mayo de 2000 hasta Febrero de 2002.

**Resultados:** El número de pacientes es de 5; de ellos, 4 niños y 1 niña, de edades comprendidas entre 7 y 30 meses. Cuatro mantienen un contacto habitual con perros. Todos presentaban al ingreso síndrome febril prolongado, palidez mucocutánea, y en 4 casos, marcada hepatoesplenomegalia. Hemograma: leucopenia (5 casos), neutropenia y linfocitosis relativa (4 casos), anemia hipocrómica (5 casos), plaquetopenia (4 casos). Bioquímica sanguínea: PCR, VSG elevada (5 casos), hierro bajo (5 casos), ferritina elevada (4 casos), aumento de transaminasas y lactato deshidrogenasa (4 casos), triglicéridos elevados (5 casos), colesterol descendido (3 casos), albúmina disminuida (3 casos), hipergammaglobulinemia (4 casos). Serología CMV, VEB, TABM: negativa (5 casos). Serología Leishmania: hemaglutinación positiva (4 casos), IFI positiva (5 casos). Visualización de Leishmania en aspirado de médula ósea (3 casos). Esplenomegalia visible en Eco abdominal (5 casos). En 3 de los 5 pacientes se realizó tratamiento con anfotericina B liposómica (Anl) iv, desapareciendo la fiebre a las 24-48 h en dos casos; el tercer caso tras permanecer febril durante 5 días, se decide iniciar nueva terapéutica con antimonio de meglumina im., cediendo la fiebre 24 h después. Los dos casos restantes se trataron con antimonio de meglumina remitiendo la fiebre tras 48 h.

**Conclusiones:** 1) A pesar de las campañas de desinsectación continuamos teniendo alta prevalencia de LV infantil, fundamentalmente en ambiente rural, y familias humildes, en relación a la alta frecuencia de perros afectados por la enfermedad. 2) El tratamiento clásico de la LV con antimonio pentavalente continúa siendo una opción válida para el control de la enfermedad. Desde 1997 la Anl es aceptada como indicación, con una alta eficacia (97%), y buena tolerancia, si bien, su administración iv. y su elevado coste dificulta su uso.

### P493

#### MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN LACTANTES SIN FACTORES DE RIESGO: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

O. Rubio Cabezas, L. Ayala Bernaldo de Quirós, J. Cano Fernández, E. de la Torre Montes de Neida, G. Yep Chullen y J.M. Melendi Crespo

Hospital del Niño Jesús, Madrid.

**Introducción:** *Streptococcus pneumoniae* es la causa más frecuente de bacteriemia y otitis media aguda bacteriana en niños menores de 2 años y una causa común de neumonía, meningitis y sinusitis.

**Caso 1:** Lactante de 8 meses con fiebre de 3 días de evolución y crisis convulsiva focal. Presenta buen estado general y exploración física normal. Análisis de sangre: 30800 leucocitos (62% neutrófilos, 6% cayados), PCR 19,8 mg/dl. LCR: 56 células (94% PMN), glucosa 60 mg/dl, proteínas 31 mg/dl, cultivo: *S. pneumoniae*. Radiografía tórax y TC craneal normales. Como complicación presenta estatus convulsivo focal, sin secuelas.

**Caso 2:** Lactante de 6 meses con fiebre de 2 días de evolución, mirada en sol poniente e hipotonía. Presenta mal estado general, aspecto séptico, ptosis palpebral izquierda y midriasis arreactiva izquierda. Análisis de sangre: 6800 leucoci-

tos (40% neutrófilos, 24% cayados), PCR 17,8 mg/dl. LCR: 490 células (52% PMN), glucosa 5 mg/dl, proteínas 229 mg/dl, cultivo: *S. pneumoniae*. TC craneal normal. Presenta numerosas complicaciones: crisis convulsivas focales con hemiparesia izquierda, atrofia cerebral, hipoacusia bilateral e hidrocefalia.

**Caso 3:** Lactante de 6 meses con fiebre de 3 días de evolución, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral. Tiene afectación del estado general, con irritabilidad, e impresión de dolor a la movilización de cuello y tronco. Análisis de sangre: 21060 leucocitos (78% neutrófilos, 3% cayados), PCR 3,4 mg/dl. LCR: células incontables (90% PMN), glucosa 0, proteínas 530 mg/dl, cultivo: *S. pneumoniae*. Complicaciones: equivalente convulsivo y hemiparesia izquierda.

**Conclusiones:** El neumococo puede afectar a cualquier niño, especialmente a menores de 2 años. De las meningitis bacterianas, la neumocócica es la de mayor mortalidad y la que produce secuelas neurológicas más graves. Destacamos como único antecedente reseñable en los tres casos la asistencia a guardería. Consideramos imprescindible la introducción de la vacuna neumocócica en el calendario vacunal español.

### P494

#### NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS CARINII* Y CITOMEGALOVIRUS EN LACTANTE INMUNOCOMPETENTE

M.M. Roncero, O. Serrano Ayestarán, G. Arriola, R. Rodríguez, D. Gurbindo, J.A. Gómez Campderá y J. López-Herce  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

La neumonía por *P. carinii* es una patología casi exclusiva de pacientes con inmunodepresión, siendo totalmente excepcional su aparición en niños inmunocompetentes.

Presentamos el caso de una lactante de 3 meses previamente sana y sin factores de riesgo que ingresa en nuestro hospital por un cuadro de dificultad respiratoria de 48 horas de evolución acompañada de tos en accesos y rechazo de las tomas. Se encuentra afebril y manteniendo saturaciones por encima del 95% con aire ambiente. A la exploración física destaca una importante taquipnea con tiraje subcostal sin afectación de la ventilación pulmonar y una hepatoesplenomegalia de 3 cm. El hemograma, la bioquímica y la gasometría fueron normales excepto una leucocitosis de 20.000 con predominio linfo-monocitario y LDH de 936U/L. La Rx Tórax mostraba infiltrado intersticial en ambos campos pulmonares superiores. Se inicia tratamiento con ampicilina y cefotaxima. A las 24 horas presenta empeoramiento clínico-radiológico con hipoxemia (saturación 80%) por lo que ingresa en UCIP; donde presenta neumotórax espontáneo, precisando intubación y asistencia respiratoria importante. Se realiza lavado bronquioalveolar (LBA), y se inicia tratamiento de forma empírica con TMP-SMX y metilprednisolona. El LBA (+) para *P. carinii*. A las 12 horas se añadió ganciclovir e inmunoglobulina antiCMV por antigenemia positiva a dicho microorganismo. Preciso ventilación mecánica durante 5 días, con buena evolución respiratoria. Se completa el estudio con los siguientes resultados: Inmunidad celular, CD3/CD4/CD8, células B, ADA/PNP, inmunoglobulinas: normales. HIV y estudio de S. De DiGeorge negativos.

Cariotipo 46 xx. Después de un año la paciente permanece asintomática, habiéndose repetido varias veces el estudio inmunológico que ha sido normal.

**Conclusiones:** Aunque su presencia en inmunocompetentes sea excepcional, debe sospecharse una infección por *P. carinii*, ante una neumonía intersticial con hipoxemia severa, neumotórax espontáneo y mala evolución clínico-radiológica a pesar de tratamiento convencional, por lo que se debe reevaluar LBA.

– Debemos tener presente la posible asociación entre *P. carinii* y CMV, tanto para su diagnóstico como para su tratamiento.

## P495

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS NEUMONÍAS EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

M.D. Garcés-Sánchez, J. Díez-Domingo, T. Álvarez Mulero, M.V. Planelles Cantarino, A. Ballester Sanz, C. Peidró Boronat, J. Villaroya Luna, A. Jubert Rosich, J. Colomer Revuelta y C. Casaní Martínez

Instituto Valenciano de Vacunas, Valencia.

**Objetivo:** Analizar la incidencia de neumonías en niños menores de 5 años de la Comunidad Valenciana, y su impacto sanitario.

**Sujetos y método:** Cohorte retrospectiva sobre 1.039 niños nacidos en 1995 y 1996 y seguidos por el mismo pediatra durante los primeros 5 años de vida. Se eligieron 15 pediatras con una distribución rural y urbana similar a la de la población de la Comunidad Valenciana. Se obtuvieron los datos de las historias de salud.

**Resultados:** Presentaron neumonía clínica o radiológica 216 niños (20,8%) durante los primeros 5 años de vida. En éstos se diagnosticaron 307 neumonías, 202 fueron neumonías clínicas (clínica compatible y auscultación de crepitantes) 49 casos fueron neumonías intersticiales o bronconeumonías, y 56 casos fueron neumonías con condensación lobar o segmentaria.

49 casos requirieron ingreso hospitalario durante 3 a 180 días, con una mediana de 7 días de hospitalización (P5: 4 días, P95: 13.8 días). 3 casos requirieron hospitalización en UCIP.

**Conclusiones:** La incidencia de neumonía en niños menores de 6 años en la Comunidad Valenciana fue de 5.909 neumonías/100.000 niños/año, y el 16% de éstas requieren ingreso hospitalario

## P496

### LA PIOMIOSITIS, UN DIAGNÓSTICO NO EXCEPCIONAL

M. Gómez Manchón, C. Olivas López de Soria, J.A. Gómez Carrasco, P. Sevilla Ramos, A. Carrasco, M. Murga y E. García de Frías

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

**Introducción:** La piomiositis (PM), también llamada PM tropical por ser más frecuente en países con climas templados, es una rara infección aguda de etiología bacteriana que afecta al músculo esquelético produciendo un absceso muscular. El antecedente de herida o infección puede estar o no presente. En el 90% de los casos el agente etiológico es el *S. aureus*. Los hemocultivos son positivos en un 5-35% de los casos.

**Objetivo:** Comunicar la experiencia de los 5 casos diagnosticados en el Servicio de Pediatría del HUPA desde el año 1995 hasta la fecha.

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

**Conclusiones:** A pesar de ser considerada una patología rara en nuestro medio, la PM no es excepcional. Es importante tenerla en cuenta ante dolor muscular localizado y fiebre. Los estudios de imagen que obtuvieron una mayor rentabilidad diagnóstica fueron la RM o TC. Aunque en la literatura la cirugía se aplica a una mayoría de casos, en 4 de nuestros 5 pacientes la antibioterapia parenteral fue suficiente para resolver el proceso. En el quinto caso, con 27 días de evolución previos a inicio de antibioterapia, se practicó punción-aspiración.

## P497

### DESENLACE FATAL DE TOXICIDAD MITOCONDRIAL SECUNDARIA A TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO INFECTADO POR VIH

K.B. Brandstrup, M.L. Navarro Gómez, E. Sanz, P. Dobón, M.M. Guerrero, C. Garzo, M.A. Muñoz-Fernández y J.A. Gómez Campderá

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha logrado mejorar las expectativas de supervivencia y la calidad de vida de los niños infectados por VIH, aunque menos frecuente que en adulto se ha descrito toxicidad debido a la misma con desenlaces fatales a veces.

**Material y métodos:** Paciente diagnosticado de infección VIH por transmisión vertical con 15 años de edad en el contexto de una neumonía por *P. carinii*. En ese momento presenta un estudio inmunológico con CD4% 1,59 (12/mm<sup>3</sup>),

Tabla (Abstract 495)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sexo	Mujer	Mujer	Varón	Mujer	Mujer
Edad (años)	11	1,3	11	10	11
Localización dolor	Región glútea	Muslo + rodilla	Región inguinal	Región Inguinal	Región lumbar
Músculo	Piramidal	Cuadriceps	Obturador	Glúteo medio	Psoas
Intervalo fiebre-inicio tratamiento	5 d	5 d	14 d	3 d	27 d
Hemocultivo	Negativo	Negativo	<i>S. Aureus</i>	<i>S. Aureus</i>	Negativo
Antibiótico parenteral	14 días	15 días	21 días	7 días	
Antibiótico total	49 días	15 días	36 días	15 días	
Cirugía/Punción	No	No	No	No	Sí
P. imagen	TC, RM, G-grafía	RM	RM	RM, G-grafía	RM, G-grafía

CD8% 12,96, CD4/CD8 0,12, carga viral para VIH 26.800 copias/mm<sup>3</sup>. Se instaura tratamiento antirretroviral con estavudina, didanosina y efavirenz, que inicialmente es tolerado sin toxicidad, con buena adherencia al mismo y mostrando eficacia virológica e inmunológica, al mes la carga viral es indetectable y CD4% 3 (128/mm<sup>3</sup>), CD8% 35, CD4/CD8 0,08. Clínicamente se encuentra asintomático tras superar la neumonía por *P. carinii*. A los 6 meses del inicio de terapia antirretroviral, en control analítico muestra elevación moderada de transaminasas (GOT 80 U/l, GPT 70 U/l) y del ácido láctico 3,8 mM/l sin sintomatología acompañante. Tres meses después en control ambulatorio refiere un cuadro de 3 semanas de evolución de dolor abdominal, náuseas y vómitos, por lo que ingresa, ECO abdominal normal. Se retiran corticoides que estaba tomando a días alternos a dosis muy bajas y se administra omeprazol y ranitidina, Ph 7,34, pCO<sub>2</sub> 21, Bicarbonato 11,5, se administra sueroterapia y mejora clínica y analíticamente y a los 4 días se le da el alta, reingresando por recaída de la clínica digestiva con dolores en miembros inferiores y parestesias en plantas de los pies, pérdida de 10 kg a la exploración presenta mal estado general, con respiración profunda y taquipnea, auscultación pulmonar normal, abdomen dolorimiento difuso y en el control analítico muestra pH 7,29, exceso de base -12, pCO<sub>2</sub> 28, anión GAP 26, ácido láctico 15 mM/l, GOT 214 U/l, GPT 171 U/l, amilasa y CPK normales. CD4% 8 (181/mm<sup>3</sup>), CD8% 51, CD4/CD8 0,16, carga viral indetectable. Se retiran antirretrovirales y se corrige acidosis con bicarbonato y se inicia tratamiento con camitina, corticoides, riboflavina y gammaglobulina hiperinmune, con muy mala evolución progresando en 10 días la clínica neurológica de disminución de fuerza, abolición de reflejos osteotendinosos y alteración de la sensibilidad, presenta dos crisis convulsivas tónicoclónicas generalizadas y coma profundo arreactivo que precisa ingreso en UCIP y falleciendo. Los exámenes complementarios muestran por neurofisiología una polineuropatía sensitivo motora axonal. El estudio de Resonancia Nuclear Magnética es normal incluido estudio de espectrofotometría, Estudio de LCR normal, incluido estudio de virus por PCR así como carga viral indetectable para VIH en el mismo.

**Comentarios:** A pesar de reconocer la mejoría que el tratamiento TARGA ha supuesto en la infección VIH no debemos olvidar la toxicidad que esta terapia puede producir. Dada la falta de monitorización de toxicidad de dicha terapia al carecer de parámetros que nos ayuden a medirla precozmente es muy importante tener una actitud de precocidad diagnóstica para retirar dicha terapia ante la sintomatología de sospecha dada la irreversibilidad y la fatalidad de la clínica que puede conllevar. Se necesitan pruebas de laboratorio más específicas y precoces para anticiparnos al daño que esta terapia puede ocasionar.

## P498 MASTOIDITIS AGUDA EN EL NIÑO: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

A. Olivar Gallardo, F. Jiménez Parrilla, J.M. López Corona  
y C. Cintado Bueno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La mastoiditis aguda es la complicación intratemporal más común de la otitis media, pudiendo dar lugar a un amplio y grave número de complicaciones.

**Objetivos:** Evaluar la presentación, factores de riesgo y manejo diagnóstico de la mastoiditis aguda en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de historias clínicas de niños con diagnóstico al ingreso de mastoiditis aguda entre 1998-2000.

**Resultados:** Se obtiene un total de 38 casos, siendo el 57% de casos mujeres, rango de edad 7 meses- 13 años (media 3,7 años), representando los < 2 años el 36% de los pacientes. En 3 casos eran OMC (1) y OMC colestomatosa (2).

Su presentación clínica fue: fiebre 83%, hinchazón retroauricular 94%, dolor sobre mastoides 80%, desplazamiento auricular 61%, otalgia 77%, otorrea 34%. A la exploración perforación timpánica 36%, abombamiento 39% y normal 25%.

Se obtuvo cultivo de exudado ótico en 12 casos, 8 casos tras perforación espontánea, aislándose *Pseudomonas* (7), *E. coli* (1), *Serratia* (1), y 4 tras paracentesis, obteniéndose 3 *Strept. Pneumoniae* y 1 *Strept. pyogenes* grupo A. En tres de estos últimos casos estaban con tratamiento antibiótico previo.

La TAC se realiza al 56% de los pacientes (20): normal 10%, ocupación celdillas 55%, flemón retroauricular 50%, destrucción ósea 10%, absceso retroauricular 30%.

Tiempo medio de estancia hospitalaria 6 días. Como complicaciones 2 parálisis facial y 6 abscesos subperiósticos que precisaron drenaje quirúrgico, con resolución completa posterior de todos los casos.

**Conclusiones:** La mastoiditis aguda afecta especialmente a niños pequeños, siendo la presentación clínica más común eritema retroauricular, desplazamiento lóbulo de la oreja, fiebre y otalgia en un contexto de OMA. El tratamiento antibiótico para la OMA no evita el desarrollo de una complicación como la mastoiditis. El diagnóstico etiológico puede obtenerse por cultivo del exudado ótico tras paracentesis, no resultando útil dicho cultivo tras perforación por las probabilidades de contaminación. La mastoiditis es una entidad fundamentalmente clínica y las pruebas de imagen como la TAC deben realizarse cuando exista sospecha de complicaciones o mala evolución.