

Jueves, 2 de junio (17:00-18:15 h)

INFECTOLOGÍA

**ZONA PÓSTER I (PLANTA SÓTANO DEL AUDITORIO)  
P92 17:00 h  
HIPOALBUMINEMIA, PÉRDIDA DE PROTEÍNAS  
POR HECE Y DERRAME PLEURAL**

Teresa Molins Castiella, Mercedes Herranz Aguirre, Eva Rupérez García, Félix Sánchez-Valverde Visus, Juan Manuel del Moral Aldaz, Beatriz Solís Gómez, Francisco José Gil Sáenz  
Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

**Introducción:** Presentamos el caso clínico de una paciente con neumonía con derrame pleural, que tiene una pérdida de proteínas por heces con hipoalbuminemia.

**Caso clínico:** Niña de 2 años con neumonía en lóbulo inferior izquierdo, hospitalizada para tratamiento antibiótico parenteral por mal estado general. A las 48 h del ingreso, ante la mala evolución clínica, se realiza nueva radiografía de tórax en la que se objetiva un derrame paraneumónico menor de 10 mm.

**Pruebas complementarias:** Analítica de sangre: 15.400 leucocitos (38% de cayados), PCR 15,8 mg/dl, VSG 51 mm/h, albúmina plasmática 26 g/l. Análisis de orina: normal, no proteinuria. Tripsina en heces: 23,5 U/g. Hemocultivos (2) negativos. Serologías de *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *psittaci* y *trachomatis*, *C. burnetii* y legionella negativas. Se aísla VRS en exudado nasal y antígeno de neumococo en orina. Análisis del líquido pleural: proteínas 51 g/l, glucosa 14 mg/dl, leucocitos 2.800/μl (80% de neutrófilos), antígeno de neumococo positivo. El derrame se resuelve con toracoscopia y colocación de tubo de aspiración durante 4 días. La evolución clínica es satisfactoria y se comprueba la normalización de los niveles de albúmina en sangre y tripsina en heces.

**Comentarios:** Recientemente se ha descrito en la literatura la asociación entre neumonía con derrame pleural y la disminución de albúmina en plasma con pérdida de proteínas por heces. En nuestro servicio hemos observado este hecho en varios pacientes. El mecanismo fisiopatológico está por determinar y estos casos quedan pendientes de revisión cuando se aporten nuevos datos.

**P93 17:05 h  
MENINGITIS: NOTIFICACIÓN A SALUD PÚBLICA Y  
ADECUACIÓN DE LA QUIMIOPROFILAXIS**

Eva Parra Cuadrado, Sara Ocaña López, Clara Molina Amores, Dolores Martín Ríos, Montserrat Neira, Javier Pérez-Lescure Picarzo, Bartolomé Bonet Serra

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid y Área Sanitaria 8, Madrid.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la notificación de las infecciones que causan meningitis, desde el Área de Pediatría de nues-

tro Hospital al Servicio de Salud Pública (SP) del área y analizar la adecuación de la indicación de la quimioprofilaxis (QPX) en los contactos familiares.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas con diagnóstico de meningitis y/o sepsis ingresados en el Área de Pediatría entre enero de 1999 y febrero de 2005 y su comparación con el registro de casos notificados al Servicio de SP del área.

**Resultados:** Se revisan las historias de 155 pacientes de los cuales 56,1% eran varones. La edad media en años fue de 5,41 (4,4). La forma de presentación fue: meningitis (84,5%), sepsis (7,1%), sepsis más meningitis (0,6%) y otras (5,8%). El 18,7% de los pacientes había recibido tratamiento antibiótico previo a su ingreso. De estos, el LCR sugería etiología bacteriana en el 4,5% siendo el cultivo negativo, y clasificándose de meningitis “decapitadas”. El 80,6% de los casos se diagnosticó de meningitis aséptica, el 14,8% bacterianas y el 4,5% “decapitadas”. En los 23 casos de etiología bacteriana se aisló: *N. meningitidis* (65%), *S. pneumoniae* (13%), *M. tuberculosis* (4,3%), *H. influenzae* (4,3%) y otros (17,4%). Se notificó a SP el 81,3% de los casos, (93,7% de los casos de enfermedad meningocócica (EM) y enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b (EIHIb), 100% de otra etiología bacteriana, 78,4% de meningitis asépticas, y 85,7% de decapitadas). Se recomendó QPX en los contactos familiares del 18,1% de los casos. Recibieron QPX el 100% de los contactos familiares de pacientes con EM y EIHIb, el 33,3% de los de meningitis bacteriana de otra etiología, el 40% de los de las meningitis “decapitadas” y el 1,3% de los de las meningitis aséptica.

**Conclusiones:** Existe una adecuada declaración global de los casos de meningitis, EM y EIHIb al Servicio de SP. Si bien se notifican el 100% de las enfermedades bacterianas, es mejorable la notificación de las meningitis asépticas. Una comunicación eficaz entre el pediatra y SP disminuye la aparición de casos secundarios así como la alarma social generada. Cuando la QPX estaba indicada se realizó en todos los casos si bien debemos intentar reducir la administración de QPX cuando no esté indicada debido al riesgo de aparición de resistencias antibióticas.

**P94 17:10 h  
TOXOPLASMOSIS OCULAR EN MUJER DE 14 AÑOS**

Graciela Navarro Legarda, M.ª Carmen González Martínez, Araceli Coredera Sánchez, Esther Aleo Luján, Celia Gil López

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** La toxoplasmosis en inmunocompetentes es una infección sintomática en el 10-20% de los casos. En Brasil presenta una altísima prevalencia y en nuestro medio es varia-

ble (22,5-67,3%). La coriorretinitis por toxoplasma puede ser secundaria a infección congénita o postnatal. Hay pocos datos acerca de su prevalencia, aunque es una manifestación más frecuente de lo que se pensaba.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 13 años que presenta visión borrosa súbita izquierda, "mancha negra" en campo de visión temporal izquierdo y fotopsias ocasionales. Afebril. Neurológico normal. En el fondo de ojo en urgencias se observó una lesión vascular compatible con vasculitis.

Como antecedentes personales destacan que nació en Brasil, embarazo y parto normales, siendo desconocidas las serologías maternas. Fue diagnosticada de hemisíndrome migrañoso a los 11 años.

**Pruebas complementarias:** Sistemático de sangre: normal, PCR = 0,1, VSG = 10, autoanticuerpos: negativos, complemento: normal, angiografía de retina: hallazgos sugestivos de retinitis por Toxoplasma, IgG (Toxoplasma): positivo e IgM: negativo, LCR: IgG (Toxoplasma): negativo, PCR (Toxoplasma): no concluyente. Tres meses antes del evento se le realizó una RM y un EEG, objetivándose un quiste en cisura coroidea izquierda (hallazgo casual) y un foco irritativo-lesivo temporal izquierdo. Ante el diagnóstico de coriorretinitis por Toxoplasma se inicia tratamiento sistémico con sulfadiazina, pirimetamina, dexametasona y ácido fólico (6 semanas) y tratamiento tópico con dexametasona y ciclopléjico (3 semanas). La paciente presentó una mejoría subjetiva a los 7 días de tratamiento, aunque la mejoría angiográfica ya era patente al quinto día. Hemogramas semanales sin alteraciones. A los cuatro meses (última revisión en oftalmología) se objetivó un foco blanquecino en zona superior sin actividad inflamatoria.

**Conclusión:** Dada la alta prevalencia de toxoplasmosis en el país de origen de la paciente, podría tratarse de una infección postnatal. Además, esto podría ser apoyado por el hecho de ser una lesión unilateral y tener serología de infección pasada. Se mantiene el interrogante del quiste cerebral: ¿hallazgo casual o atribuible al Toxoplasma? Es importante tener en cuenta el fenómeno de la inmigración y su relación con determinadas enfermedades emergentes.

## P95 17:15 h NIÑO CON DISNEA BRUSCA, DOLOR TORÁCICO Y FIEBRE

Ana Gutiérrez Amorós, María González Santacruz, Ángela Sempere Pérez, Ana Fernández Bernal, Lorea Ruiz Pérez, Eduardo Martínez Salcedo, José Flores Serrano  
Hospital General Universitario, Alicante.

**Introducción:** el embolismo pulmonar séptico se presenta con fiebre, tos, hemoptisis, dolor torácico, taquipnea, distrés respiratorio e infección distal. Es una complicación de endocarditis, osteomielitis, tromboflebitis, infección tejidos blandos... La etiología más común es en *S. aureus*, frecuentemente meticilín-resistente. Rara vez se piensa en este diagnóstico en niños y las series publicadas son escasas.

**Caso clínico:** niño de 14 años con disnea y dolor torácico bruscos junto con fiebre de 4 días. La semana previa picadura en tobillo izquierdo, tratada con gentamicina oral con mala evolución, se cambia por amoxicilina-clavulánico oral.

**Exploración:** 48 kg, 36,7 °C, 105/67, 95 lpm, 60 rpm. Afectación del estado general, marcado distrés respiratorio (aleteo y tiraje importante), hipoventilación hemitórax derecho con dolor pleu-

ritico. Lesión eritematosa con supuración en tobillo izquierdo de 3 x 2 cm. Pulsos normales. Resto normal.

**Pruebas complementarias:** Hemograma, bioquímica, gases: normales. PCR: 3,3 mg/dl.

**Radiografía de tórax:** Elevación diafragma derecho y pinzamiento seno costodiafragmático derecho. Angio-TC: lesión nodular en campo medio derecho. Control (5 días): disminución del nódulo, que se cavita con lesión similar en seno costodiafragmático derecho. Cultivos: negativos.

**Evolución:** Tratamiento con amoxicilina-clavulánico i.v. con notable mejoría en siguientes horas, queda eupneico, sin distrés, persiste dolor pleurítico leve. Afebril, curación lesiones piernas.

**Discusión:** El embolismo pulmonar séptico se define como abscesos pulmonares múltiples (densidades redondeadas localizadas en la periferia pulmonar) junto con aislamiento de la bacteria responsable (sangre o foco infección). En la radiología se presenta como nódulos pulmonares bilaterales (85%) y difusos (más 2 lesiones en 71%), con formación de cavidades en la mayoría. En ocasiones derrame pleural.

**Conclusión:** La evolución clínico-radiológica de este caso es muy sugestiva de embolismo pulmonar séptico, sin expresión radiológica ni bacteriológica completa por modificación de su historia natural con antibioterapia previa.

Es conveniente conocer las características clínicas y radiológicas de esta infrecuente entidad, en la que es importante un diagnóstico temprano y tratamiento apropiado.

## P96 17:20 h BROTE EPIDÉMICO DE TUBERCULOSIS EN UNA GUARDERÍA DE ZARAGOZA

Rosa M.<sup>a</sup> Macipe Costa, Rebeca Sarrat Torres, Fernando de Juan Martín, M.<sup>a</sup> Antonia Lezcano Carreras, Carmen Marín Bravo, Margarita Bouthelie Moreno  
Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

**Antecedentes y objetivos:** Durante el mes de abril del 2004 apareció un brote de tuberculosis en una guardería de Zaragoza. Nuestro objetivo es describir la clínica y radiología de los niños afectados, así como la estrategia diagnóstica y terapéutica seguida.

**Métodos:** A todos los niños de la guardería se les realizó Mantoux, si fue positivo se les hizo una radiografía de tórax. En aquellos con radiografía patológica se procedió al diagnóstico microbiológico mediante baciloscopia con tinción de Ziehl Neelsen, cultivo en medio sólido de Löwenstein-Jensen y líquido en Bact/ALERT<sup>®</sup>, detección del complejo tuberculosis a partir de muestra directa (DMD), e identificación mediante sondas de hibridación de ácidos nucleicos marcados con luminiscencia. Los pacientes considerados como enfermos fueron tratados con rifampicina, isoniazida y pirazinamida durante 2 meses luego con rifampicina e isoniazida 4 meses más.

**Resultados:** El número de niños que asistían a la guardería era de 94. De ellos 11 fueron derivados a nuestro hospital con un Mantoux positivo. La radiografía fue patológica en 10 de ellos. De estos 10, 3 estaban asintomáticos, 5 presentaba clínica respiratoria, 5 fiebre y 1 eritema nodoso. Las imágenes radiológicas fueron en 9 casos de condensación parenquimatosa y en 5 de adenopatía parahiliar. La baciloscopia fue positiva en 1 niño, el cultivo en 7 niños y la DMD en otros 7, únicamente en un niño todos los exámenes fueron negativos. Tres de los niños presentaron atelectasia lobular y fue necesaria la realización

de broncoscopia y la administración posterior de corticoides. La evolución de todos los casos fue satisfactoria estando asintomáticos al final del tratamiento.

**Conclusiones:** El diagnóstico de la tuberculosis en la infancia es difícil y a veces debe hacerse en base a unos criterios clínicos, radiológicos y epidemiológicos en niños con Mantoux positivo. Las baciloscopias de muestras de jugo gástrico tienen una sensibilidad escasa en niños. Aunque el cultivo sigue siendo el método de elección para el diagnóstico de la tuberculosis, los test de DMD tienen una sensibilidad muy alta y proporcionan unos resultados muy rápidos. La broncoscopia está indicada en sospecha de complicaciones obstructivas. Es importante en el control de la tuberculosis, la realización de estudio de contactos.

### P97 17:25 h ESTUDIO DE LA BACTERIEMIA POR ESCHERICHIA COLI EN NUESTRO SERVICIO

Laura Martínez Mengual, María Fernández Díaz, Cristina Menéndez Arias, Susana Parrondo Garrido, Carlos Pérez Méndez Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias).

**Antecedentes y objetivos:** Estudio descriptivo de la bacteriemia por *E. coli* en un hospital comarcal que atiende una población aproximada de 30.000 niños menores de 14 años.

**Métodos:** Revisión de todas las historias clínicas de niños con bacteriemia documentada por *E. coli* desde el 1 de septiembre de 1992 hasta el 31 de diciembre de 2004.

**Resultados:** Durante este período presentaron bacteriemia por *E. coli* un total de 17 pacientes (10 varones). La media de edad fue de 2,6 meses (rango 0-9 meses). Cinco niños eran menores de 1 mes. Todos precisaron ingreso hospitalario. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (14 casos), irritabilidad (5) y vómitos (4). En el 59% de los casos se documentó leucocitosis ( $> 15.000/\mu\text{l}$ ), el 53% presentaban además neutrofilia ( $> 10.000/\mu\text{l}$ ). En el 76,5% de los pacientes la Proteína C Reactiva fue superior a 40 mg/l. En 14 niños la bacteriemia coexistió con infección simultánea del trato urinario por el mismo germen. En cuatro pacientes se realizó punción lumbar, creciendo *E. coli* en una de estas muestras. El 76% de las cepas aisladas eran resistentes a la ampicilina; todas fueron sensibles a las cefalosporinas de tercera generación. En todos los casos la evolución fue satisfactoria y no se produjo ningún fallecimiento.

**Conclusiones:** 1) Todas nuestras bacteriemias por *E. coli* en los últimos 12 años se han producido en niños menores de 12 meses. 2) El 17% de los casos estaban afebriles. 3) El 41% de los casos no presentaba leucocitosis en el hemograma. Además, en el 23,5% de los niños los valores de la Proteína C Reactiva eran inferiores a 40 mg/l. 4) En la mayoría de los casos la fuente de la bacteriemia fue una infección del tracto urinario.

### P98 17:30 h INCREMENTO DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN OSTEOARTICULAR EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Alberto Barasoain Millán, Itziar Fernández Respaldiza, Rosa Fernández González, Amagoia Andrés Olaizola, Aitziber Pérez Fernández, Maite Labayru Echeverría, J. Miguel Arana Herreras, Itziar Pocheville Gurutzeta Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Objetivo:** Características de la infección séptica osteoarticular (ISOA) en un hospital terciario durante 6 años (1999-2004) así como describir el aumento de su incidencia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de niños entre 0 y 14 años dados de alta con diagnóstico de ISOA. Se recogen datos clínicos, epidemiológicos y evolutivos.

**Resultados:** Se incluyen un total de 70 pacientes con la siguiente distribución anual: 12 (1999); 3 (2000); 4 (2001); 9 (2002); 9 (2003) y 33 (2004). El diagnóstico al alta más frecuente es de artritis séptica (53%) seguido de osteomielitis (34,3%) y osteoartritis (12,9%). Predomina el sexo masculino (63%) y la edad media es de 53,1  $\pm$  51,2 meses. Hasta el 45,7% de los pacientes tienen menos de 2 años. La localización más frecuente de la artritis es la rodilla 15 (40,5%) seguido de cadera 11 (29,7%) y hombro 5 (13,5%). La afectación ósea más habitual es el calcáneo 11 (33,3%) y la cadera 5 (15,2%).

Los hallazgos exploratorios más habituales son el dolor a la movilización (98%), la fiebre (83%) y la inflamación local (78,6%). Hasta 34 (48,6%) presentan algún proceso intercurrente (en su mayoría cuadros catarrales), 16 (22,9%) refieren traumatismo previo y en 8 casos (11,4%) se constata puerta de entrada. El recuento leucocitario de la muestra es de  $13.500 \pm 5.728$  y hasta un 68,2% tienen  $< 15.000$  leucocitos. El aumento de VSG es el hallazgo más constante, normalizándose el 90% a los 20 días. El 34,3% de los hemocultivos son positivos con predominio del *S. aureus*. Se realiza punción articular en un 54,3% de los casos. Al ingreso se encuentra algún tipo de alteración radiológica en 29 casos (41,4%) y 4 presentan lesiones evolutivamente. La RM es patológica en el 100% de los casos de ISAO mientras que la GMN tiene una sensibilidad significativamente menor en la afectación articular exclusiva (41% vs 91,3%). Un 58% reciben tratamiento con amoxicilina-clavulánico con una duración media de 14 días i.v. y 30 total. La evolución fue favorable salvo un caso con equinismo y acortamiento de extremidad.

**Conclusiones:** 1) Se constata un aumento de incidencia de ISAO en 2004 sin evidenciarse cambios epidemiológicos ni microbiológicos. 2) Se observa una alta incidencia de IOA de calcáneo en nuestro centro. 3) La ausencia de alteración analítica no descarta el diagnóstico. 4) La GNM aporta poca ayuda en el diagnóstico de artritis. 5) Más estudios serán precisos para esclarecer este aumento de incidencia

### P99 17:35 h ¿ES ADECUADO EL PROTOCOLO QUE UTILIZAMOS EN LA TBC INFANTIL?

Mercedes Herranz Llorente, Gabriel Cebriá Tornos, M. del Carmen Torres Torres, M<sup>a</sup> José González García, Ana Rodríguez González, José Manuel Casas Gil, Francisco J. Romero Salas, Valentín Carretero Díaz Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

**Caso clínico:** Niño de 5 años, con padre afecto de TBC pulmonar activa en tratamiento con R (Rifampicina), I (Isoniazida) y P (Pirazinamida).

**Clínica:** Asintomático, afebril.

**Exploración física:** Normal.

**Pruebas complementarias:** Hemograma: L 10'5 (N 64'5, L27, M 7'6), Bioquímica: Normal, M (Mantoux): 20x18 mm de induración a las 72 h, radiografía de tórax: normal.

**Protocolo vigente:** Niño mayor de 2 años con contacto conocido, Mantoux + y radiografía de tórax normal  $\rightarrow$  consideramos infección por TBC e iniciamos profilaxis con isoniazida (6 meses).

**Nuestra actitud:** Se recogieron 3 muestras de jugo gástrico para baciloscopia y cultivo, de las cuales todas fueron negativas en

la baciloscopia y en 2 de ellas cultivadas en medio líquido creció M. TBC, por lo que al considerarlo enfermedad, se inicia tratamiento con R + I + P.

**Reflexiones:** En los niños es más frecuente la progresión de infección a enfermedad y que esta se disemine a formas miliares y meníngeas.

Dado que en los niños la imagen radiológica más frecuente es la adenopatía y estas son difícilmente visibles en la radiografía de tórax, ¿podemos quedarnos tranquilos ante una radiografía normal y administrar Isoniazida durante 6 meses, con las consecuencias que esto pudiera tener si fuera un enfermo?

¿Tendríamos entonces que realizar TC torácica ante M+ con contacto bacilífero y radiografía de tórax normal, como recomiendan algunos autores?

¿O deberíamos realizar aspirado de jugo gástrico en todo niño con las características descritas, aún sabiendo que la sensibilidad del aislamiento de M. TBC en jugo gástrico es muy baja?

En general, la alta prevalencia de resistencias en los últimos años hace propugnar la recogida de muestras, ya sea de jugo gástrico o de esputo inducido.

## P100 17:40 h HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO EN NIÑO DE 13 AÑOS

Araceli Alós Muñoz, Nuria Marco Lozano, María Jesús Ferrández Berenguer, Elisa Climent Forner, Eladio Ruiz González, Fernando Vargas Torcal

Hospital Universitario de Elche, Alicante.

**Introducción:** El Herpes Zoster es una entidad clínica típica de la edad adulta, sólo en un 5% de los casos se da en niños. Se manifiesta en forma de erupción vesicular dispuesta a lo largo de un dermatoma sensitivo, en la mayoría de los casos de localización torácica, aunque también podemos encontrarlo en la región trigeminal, lumbar y cervical. Dicho exantema suele acompañarse de dolor neuropático, aunque existen casos en los que este dolor precede a las lesiones dermatológicas, hecho que dificulta el diagnóstico inicial. Presentamos el caso de un niño de 13 años que padece un Herpes Zoster oftálmico, cuya primera manifestación es una cefalea hemicraneal

**Caso clínico:** Escolar varón de 13 años que consulta en varias ocasiones por cefalea hemicraneal derecha de aparición reciente, acompañado de hiperemia conjuntival ipsilateral, fotofobia y fotofobia. Tras haber realizado una exploración física exhaustiva, hemograma, TC craneal y radiografía proyección de Waters, sin hallazgos, y ante la sospecha de migraña, se pauta tratamiento escalonado con Ibuprofeno vía oral, Metamizol i.v. y por último Sumatriptán, sin mejoría. El paciente permanece durante 5 días refiriendo dolor a pesar del tratamiento. En ese momento comienza a evidenciarse erupción vesicular en párpado inferior derecho y región supraciliar del mismo lado. Dada la sospecha, se realiza una interconsulta al servicio de Oftalmología, donde observan una Queratitis herpética del ojo derecho. Llegado al diagnóstico de Herpes Zoster Oftálmico, se inicia tratamiento con Aciclovir i.v., y Aciclovir pomada oftálmica, junto con antibiótico tópico, objetivándose desaparición del dolor y mejoría progresiva de las lesiones cutáneas hasta su resolución.

**Conclusiones:** El Herpes Zoster es una enfermedad rara en la edad pediátrica, siendo poco usual la afectación de la región trigeminal, y atípico el debut en forma de dolor neuropático previo al exantema. De cualquier modo estamos ante una entidad que debemos tener en cuenta a la hora de realizar el diagnósti-

co diferencial de la cefalea de aparición reciente resistente al tratamiento habitual.

## P101 17:45 h INFECCIONES POR INFLUENZA EN LACTANTES HOSPITALIZADOS

Fernando Martín del Valle, Miriam Centeno Jiménez, Cristina Calvo Rey, M. Luz García García, Inmaculada Casas Flecha, Pilar Pérez-Breña

Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

**Antecedentes:** Las infecciones por influenza son una importante causa de morbilidad en lactantes a menudo infraestimada por su clínica inespecífica.

**Objetivos:** Describir las infecciones confirmadas por influenza en niños menores de 2 años atendidos en un hospital de nivel 2. Como objetivo secundario, se pretende comparar las infecciones por influenza en lactantes hospitalizados con las infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) en la misma población.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de las infecciones confirmadas por influenza en los niños < 2 años hospitalizados por fiebre o infección respiratoria entre 1991-2003. Para el diagnóstico virológico se realizó inmunofluorescencia y reacción en cadena de polimerasa (PCR) en aspirado nasofaríngeo. Se realiza una comparación con un grupo de lactantes de similares características ingresados por infección por VRS.

**Resultados:** Se describen un total de 100 lactantes hospitalizados con infección por influenza. Las infecciones por influenza supusieron el 4,1% de los pacientes hospitalizados por procesos respiratorios o fiebre. Se aisló influenza A en el 87,1% de los casos, influenza B en el 10% y C en el 2,8%. La edad media fue  $8,3 \pm 5,9$  meses, y los diagnósticos más frecuentes fueron bronquiolitis (38%), sibilancias recurrentes (25%), infección respiratoria de vías altas (19%) y neumonía (9%). Presentaron fiebre > 38 °C el 83% de los niños e infiltrado radiológico el 65%. Presentaron hipoxia el 44% de los niños. En los < 6 meses la fiebre fue menos frecuente ( $p = 0,049$ ), y en los diagnósticos predominaron las infecciones respiratorias de vías altas ( $p = 0,01$ ). Los niños afectados de infección por influenza tuvieron mayor edad ( $p = 0,002$ ), presentar con mayor frecuencia fiebre ( $p < 0,0001$ ), y un porcentaje más elevado de infiltrados radiológicos ( $p < 0,001$ ) que los niños con infección por VRS. Se encontró mayor porcentaje de bronquiolitis en el grupo de VRS ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones:** Las infecciones por influenza en lactantes suelen causar fiebre elevada, pueden manifestarse como bronquiolitis o episodio de sibilancias recurrentes y se acompañan con frecuencia de infiltrados radiológicos. Los menores de 6 meses presentan un cuadro clínico algo más leve. Existen diferencias importantes en el cuadro clínico que produce la infección por VRS.

## P102 17:50 h ABSCESO PULMONAR CON DISEMINACIÓN BRONCÓGENA CONTRALATERAL

David García Aldana, Cristina Herraiz Perea, Adela Sánchez Carrión, Javier Torres Borrego, Francisco Ortiz Vergara

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** El absceso pulmonar es un proceso parenquimatoso supurativo y circunscrito, que progresa a necrosis cen-

tral y cavitación, cuya localización más frecuente es en lóbulos superiores en lactantes y segmento apical de lóbulos inferiores en niños mayores. Se clasifican en primarios (niños previamente sanos) siendo *S. aureus* el patógeno principal, o secundarios (pacientes con patología de base) en los que predominan los anaerobios.

**Caso clínico:** Niño de dos años con fiebre de dos semanas de evolución sin otros síntomas, diagnosticado de neumonía cavitada de LSD. En la auscultación pulmonar se apreciaba una discreta hipoventilación en hemitórax derecho y soplo anórfico, sin signos de distrés respiratorio. Ante la persistencia de la clínica y hallazgos radiológicos, a pesar de antibioterapia intravenosa de amplio espectro, se realizó TC de tórax que puso de manifiesto una colección cavitada de pared gruesa con niveles hidroaéreos, en LSD. En el TC de control, 10 días más tarde, permanecía la cavidad, aunque ya sin niveles, visualizándose además una imagen de condensación en LSI. El diagnóstico microbiológico (hemocultivo, BAL) fue negativo, siendo únicamente la antigenuria a neumococo positiva. La evolución clínica y radiológica fue favorable.

**Comentarios:** Es posible que las neumonías complicadas tengan correlación con el aumento de neumococos resistentes a Penicilina, siendo dicha resistencia en nuestro hospital del 43% en el último año. En el 80-90% de los casos los abscesos pulmonares responden a tratamiento antibiótico, y su duración vendrá determinada por la evolución clínica y radiológica. Sin embargo pueden existir complicaciones extrapulmonares y pleuropulmonares secundarias, entre otros, a la diseminación broncogénica por rotura del absceso. En los casos refractarios al tratamiento médico se recomienda un drenaje percutáneo con catéter.

### P103 17:55 h SÍNDROME DE SWEET ASOCIADO A MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Ana Abeledo Gómez, Laura Juan García, Lidia Tomás Mallebrera, Alejandro Sánchez Lorente, José Luis Tortajada Soriano, Roberto Hernández Marco, Sara Pons Morales  
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

**Introducción:** La dermatosis neutrofílica aguda febril, o síndrome de Sweet, se caracteriza por: fiebre; comienzo abrupto de nódulos o placas eritematosas dolorosas; leucocitos > 8.000 y/o neutrófilos > 70% y/o VSG > 20 y/o PCR positiva; evidencia histopatológica de infiltrados neutrofílicos, sin vasculitis; y respuesta a corticoides.

**Caso clínico:** Niña de 3 años que refiere fiebre diaria de 15 días de evolución (máx. 40 °C). Asocia tos seca, mucosidad nasal, anorexia e intensa irritabilidad. Ha recibido varios antibióticos sin mejoría. En la exploración hay un buen estado general, aunque está irritable. Dos lesiones maculopapulosas, inflamatorias, dolorosas, en hombro derecho y muñeca izquierda, esta última es también pustulosa. Se auscultan crepitantes finos en ambas bases del tórax. Horas después aparece una erupción maculopapular, eritematoviolácea, confluyente, infiltrada, en la espalda y aftas orales. Hemograma: 12.200 leucocitos/ $\mu$ l (83,5% neutrófilos); Hb 10,6 mg/dl, Hto 30,7%; plaquetas 160.000/ $\mu$ l. PCR 256. VSG 77 mm/h. La serología de *M. pneumoniae* es positiva, y la de VIH, VHS, VEB y CMV son negativas. Los cultivos de sangre, orina y piel son negativos. Radiografía de tórax: infiltra-

do intersticial bilateral, compatible con neumonía atípica. En la biopsia cutánea informan de infiltrado inflamatorio en dermis superficial y profunda, constituido por PMN e histiocitos (S-100 negativos) a nivel perivascular, intersticial y perianaxial, sin signos de vasculitis. Con el diagnóstico de síndrome de Sweet se instaura tratamiento con corticoides. La fiebre desaparece y las lesiones involucionan progresivamente. En la actualidad, transcurridos 6 meses, vuelve a ingresar por rebrote del cuadro.

**Comentario:** El síndrome de Sweet se presenta predominantemente en adultos. Es muy raro en niños y generalmente de etiología infecciosa, como en este caso, en que coexiste con una infección por *M. pneumoniae*, asociación que no hemos encontrado referida previamente en la literatura. Otras posibles causas, especialmente en adultos, se relacionan con neoplasias, sobre todo hematológicas. Dicho motivo y las frecuentes recidivas en la infancia, obliga a un control evolutivo prolongado.

### P104 18:00 h TRATAMIENTO CON ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN UN CASO DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA REBELDE AL TRATAMIENTO TÓPICO

Laura Sánchez García, Pedro Rubio Aparicio, Fernando Baquero Artigao, Cristina Rubio, Raúl de Lucas, María Jesús García de Miguel  
Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

**Introducción:** La leishmaniasis es una enfermedad producida por especies de protozoos del género *Leishmania* que se transmite a través de la picadura del mosquito de la familia Phlebotominae. Puede presentar diferentes formas clínicas: cutánea localizada (botón de Oriente), cutánea difusa, mucocutánea y visceral (kala-azar). La leishmaniasis cutánea del Viejo Mundo (botón de Oriente) es una patología tradicionalmente considerada benigna y con buena respuesta al tratamiento convencional en pacientes inmunocompetentes. Presentamos el caso de un niño sano con mala respuesta a la terapia tópica.

**Caso:** varón sin antecedentes de interés que desde los 2 meses de vida presenta lesión papulosa de 0,5 cm de diámetro en región cigomática izquierda. Resto de exploración normal. Se realiza biopsia diagnosticándose de leishmaniasis cutánea y se comienza tratamiento con antimoniales intralesionales (antimoniato de meglumina) y posteriormente con Imiquimod y anfotericina B tópicos, sin respuesta satisfactoria. Se decide instaurar tratamiento sistémico con Anfotericina B liposomal intravenosa (3,5 mg/kg/d) durante 10 días, con rápida mejoría de la lesión. En la última revisión a los dos meses del alto, sólo se aprecia lesión cicatricial residual.

**Discusión:** La leishmaniasis cutánea localizada aguda aparece como una lesión única, en áreas expuestas evolucionando hacia los estadios de pápula, nódulo y úlcera con costra grisácea. El diagnóstico se basa en el estudio anatomopatológico. El tratamiento de elección son los antimoniales pentavalentes por vía i.m. o intralesional, disminuyendo en este caso los efectos secundarios sistémicos. Reservada para los casos de falta de respuesta a los mismos se encuentra la anfotericina B tópica o sistémica. Otros tratamientos alternativos son la crioterapia, la hipertermia, la resección quirúrgica y el sulfato de paramomicina tópica.

**Conclusión:** La buena evolución de nuestro paciente gracias al tratamiento con anfotericina B liposomal tras el fracaso con tratamientos tópicos y sin aparición de efectos secundarios nos lle-

va a considerarlo como una buena opción en casos de leishmaniasis cutánea rebelde al tratamiento convencional.

### P105 18:05 h BACTERIEMIA POR NEUMOCOCO RESISTENTE A PENICILINA Y POSTERIOR CONJUNTIVITIS POR EL MISMO GERMEN

Soiartze Ortuzar Yandiola, Beatriz Rodríguez Pérez, Intzane Ocio Ocio, Iratxe Salcedo Pacheco, Antoni Matilla Fernández, Juan I. Montiano Jorge, Concepción Salado Marín, Lourdes Michaus Oquiñena, Manuela de Pablos Gómez, Elena Vera de Pedro  
Hospital Txagorritxu, Vitoria (Álava).

La infección por neumococo resistente a penicilina es cada vez más frecuente siendo hoy en día en nuestro medio aproximadamente del 50%. Hay que tener en cuenta que el neumococo puede quedarse acantonado en las mucosas pudiendo producir reinfección con el mismo microorganismo.

Presentamos un caso clínico de un lactante de un mes y tres semanas de edad que ingresa por síndrome febril con hemocultivo positivo a *Streptococcus pneumoniae* (resistente a penicilina CMI: 4 IGS/ml y cotrimoxazol, resistencia intermedia a cefotaxima 2 UGS/ml y meropenem 0,5 UGS/ml y sensible a vancomicina, eritromicina, clindamicina y levofloxacino). Recibe tratamiento con cefotaxima a altas dosis con evolución clínica satisfactoria. Dos semanas más tarde vuelve a ingresar por síndrome febril. La exploración física es normal, sólo apreciándose exudado purulento en el ojo izquierdo. El hemocultivo es negativo, aislándose en el frotis ocular *Streptococcus pneumoniae* (resistente a gentamicina y tobramicina, resistencia intermedia a amoxicilina y cefotaxima y sensible a eritromicina, tetraciclina, cloranfenicol, ciprofloxacino y rifampicina) que es tratado con rifampicina colirio con evolución favorable. En la fecha actual estamos esperando el resultado del tipaje de ambos neumococos.

Este caso clínico nos llevaría a plantearnos la necesidad de realizar frotis periféricos (faríngeo, nasal y rectal) y de tratar a estos pacientes con quimioprofilaxis con rifampicina tras terminar la tanda habitual de antibiótico intravenoso.

### P106 18:10 h TOS FERINA ¿MALIGNA?

M<sup>a</sup> Rosario González Escudero, Olga Ordóñez Sáez, Pablo Rojo Conejo, Isabel Jiménez López, Shaila Prieto Martínez, Gala López González

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Introducción:** La tos ferina continúa siendo un problema sanitario importante. Los grupos de edad más afectados son los menores de 6 meses, adolescentes y adultos jóvenes, siendo estos dos últimos la fuente potencial de la infección para los niños y lactantes por la pérdida de la inmunidad natural o vacunal con el paso del tiempo. Es en el neonato y lactante donde la enfermedad alcanza su máxima incidencia y gravedad, siendo muchas veces infradiagnosticada dada la alta frecuencia de formas atípicas. Se presenta un caso de tos ferina grave en un neonato de nuestro hospital.

**Caso clínico:** Neonato de 25 días, con cuadro de tos emetizante y dificultad respiratoria de 4 días de evolución. Embarazo no controlado, lactancia mixta con buena ganancia ponderal. EF: distrés respiratorio, subcrepitantes difusos, SaO<sub>2</sub>: 90% sin

aportes externos, radiografía de tórax: infiltrados peribronquiales. Fue ingresado con sospecha de bronquiolitis, instaurándose oxigenoterapia con inicial mejoría. Al 3.<sup>er</sup> día la tos se tornó en accesos, alguno con rubeosis facial. No había contactos familiares con tos persistente. Se instauró tratamiento de forma empírica con eritromicina y se solicitó PCR para *Bordetella pertussis*, que resultó (+), con negatividad de la IFD y cultivo. En el curso de 24 h debutó un cuadro de febrícula, taquicardia y desaturaciones (81% con aportes), siendo trasladada a UVI. La radiografía de tórax mostró un infiltrado bilateral, por lo que se inició antibioterapia. Presentó pausas de apnea que obligaron a intubación, así como crisis tónico-clónicas generalizadas, ausencia de fijación de la mirada, tracción cefálica deficiente, hipotonía axial e hipertonia de miembros. Igualmente mostró datos de bajo gasto cardíaco. Se realizaron EEG, que mostró hiperactividad en hemisferio izquierdo, ecografía cerebral, compatible con la normalidad, y TC y RM, en los que se apreció una afectación encefalopática sugerente de isquemia e hidrocefalia obstructiva comunicante. En ecocardiografía se objetivaron hallazgos de HTP. Al alta presentaba datos de encefalopatía secundaria.

**Comentarios:** Dentro de la morbilidad de la tos ferina grave, conocida por algunos autores como maligna, se incluyen varias complicaciones presentadas por nuestra paciente, como neumonías, HTP o encefalopatía secundaria. La clave para disminuir la enfermedad en el neonato y lactante es prolongar el estado vacunal del adolescente y adulto joven. Para ello resultan útiles las nuevas vacunas acelulares.

### P107 18:15 h OSTEOMIELITIS AGUDA POR *S. PNEUMONIAE*

Fidel Gallinas Victoriano, Francisco José Gil Sáenz, Serafín García Mata, Valentín Baranda Arteta, Beatriz Solís Gómez, Patricia Martínez Olorón, Lourdes Gómez Gómez

Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

**Introducción:** La osteomielitis aguda (OA) es una infección osteoarticular originada por una siembra hematogena que puede presentar dificultades en el diagnóstico, sobre todo en el recién nacido y en el lactante. El agente causal más común es el estafilococo. Presentamos un caso poco frecuente de osteomielitis por neumococo.

**Caso clínico:** Niña de 15 meses de edad, sin antecedente traumático conocido, que acude a urgencias por presentar dolor localizado en muñeca izquierda. En la exploración física se aprecia dolor e impotencia funcional sin signos inflamatorios y en la radiografía de la articulación se objetiva fractura en rodete en la metafisis distal de radio izquierdo. Se indica inmovilización con férula de yeso. A los 11 días acude a revisión en consulta presentando fiebre y dolor en muñeca izquierda. Se retira la férula apreciándose eritema e inflamación importante de todo el antebrazo con marcada impotencia funcional. Se realiza analítica de sangre y se repite radiografía, que muestra una imagen compatible con OA. Analítica: Hematíes 4.590.000/ $\mu$ l. Hb: 11,8 g/dl. Leucocitos: 21.500/ $\mu$ l. VSG: 50. Plaquetas: 672.000/ $\mu$ l. Se instaura tratamiento con cefotaxima y gentamicina i.v. A los 2 días se realiza punción-evacuación con salida de abundante material purulento, y que precisa ser repetido 48 h después. Los hemocultivos resultaron negativos. En el material aspirado se aísla *S. pneumoniae*. Permanece ingresada durante 12 días, recibiendo el alta asintomática.

**Conclusiones:** 1) El diagnóstico de la OA puede ser difícil en fases iniciales, siendo los síntomas más frecuentes el dolor y la impotencia funcional. 2) En ocasiones, la OA puede quedar encubierta por otros procesos como traumatismos o fracturas, que pueden ser el origen del proceso. 3) El microorganismo aislado con mayor frecuencia es el *S. aureus*, aunque puede estar ocasionada por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* o *E. coli*. 4) La lesión puede extenderse y abarcar una extensa superficie, pudiendo ser necesario el drenaje quirúrgico si la evolución no es satisfactoria. 5) El pronóstico a largo plazo es bueno, existiendo menos de un 5% de complicaciones.

## P108 18:20 h

### OTITIS MEDIA CRÓNICA Y MASTOIDITIS TUBERCULOSA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Susana Riesco Riesco, Pilar Díaz Pernas, M. Isabel de José Gómez, Adrián Mariño Enríquez  
Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

La localización atípica de la infección tuberculosa puede aparecer en nuestro medio por aumento de la incidencia de esta infección, y es preciso sospecharla para hacer un diagnóstico adecuado e iniciar tratamiento específico.

**Caso:** Niña de 12 años residente en nuestro país desde hace 8, con viajes esporádicos a Santo Domingo, remitida para estudio de otorrea crónica de 2 años de evolución. En junio de 2002 consulta por presentar otalgia con acúfenos e hipoacusia en oído derecho. Ha presentado tres episodios de vértigo. Se realiza una TC donde se observa ocupación de partes blandas bilateral en el ático. Cinco meses más tarde se interviene quirúrgicamente para vaciamiento radical de oído derecho por otitis media crónica colestomatosa. Posteriormente presenta otorrea derecha blanquecina, espesa, mantenida, que no mejora pese a diferentes tratamientos antibióticos repetidos. En una nueva TC realizada en septiembre de 2003 por aumento de la otorrea se aprecia ocupación inflamatoria de oído derecho. Se decide reintervenir dos meses después sin evidenciarse recidiva de colesteatoma (anatomía patológica: tejido conjuntivo con reacción granulomatosa de células de cuerpo extraño). Durante el año 2004 no hay mejoría en la otorrea, realizándose una TC en septiembre: otomastiectomía radical derecha con ocupación de cavidad quirúrgica con material de atenuación similar a tejidos blandos. En diciembre es intervenida por tercera vez para ampliación de meatoplastia de oído derecho. Se recogen muestras para el cultivo de bacterias, micobacterias y hongos, aislándose *M. tuberculosis*. Se completa estudio de la infección con las siguientes exploraciones complementarias: Mantoux 23 mm; radiografía de tórax: parénquima pulmonar normal; y cultivo de jugo gástrico positivo para *M. tuberculosis*.

**Conclusiones:** Es importante descartar la etiología tuberculosa ante otorreas mantenidas sin respuesta a tratamientos antibióticos, ya que se trata de un cuadro potencialmente curable, pero que sin el tratamiento adecuado puede causar importantes secuelas.

Ante el aumento de la incidencia de enfermedad tuberculosa es preciso sospechar localizaciones atípicas ante procesos infecciosos prolongados (articulaciones, mastoides, etc.). Estas localizaciones pueden cursar sin ninguna sintomatología sistémica ni afectación pulmonar, como ocurre en el caso descrito.

## P109 18:25 h

### PALUDISMO: ENFERMEDAD IMPORTADA DE MAYOR PREVALENCIA

Ana Peña Busto, Cristina de las Heras Díaz-Varela, Carolina López Martínez, Patricia Company Maciá, Irene Álvarez González, Inés Esteban Díez, Alberto Fernández Villamor  
Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño (La Rioja).

**Introducción:** El paludismo es una parasitosis que en España fue erradicada en el año 1964 y que, sin embargo, actualmente cada año se registran unos 200 nuevos casos importados desde el Trópico.

**Caso clínico:** Niño de 2 años y niña de 5 años con relación tía-sobrino entre sí, procedentes de Guinea, son remitidos al hospital por cuadro de distensión abdominal y deposiciones diarreicas desde hace una semana, tiempo que llevan en nuestro país. Se encontraban afebriles y sin ninguna otra sintomatología acompañante. *Antecedentes personales:* el niño refería haber sido transfundido en varias ocasiones por anemia sin filiar. La niña no relatava antecedentes de interés. *Exploración física* (semejante para ambos): Bien hidratados y profundos. Palidez de mucosas. Auscultación cardiopulmonar con soplo sistólico I-II/VI. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen distendido, blando, no doloroso. Hepatomegalia en ambos niños de 2-3 traveses de dedos, así como polo de bazo en los dos. Resto de exploración normal. *Pruebas complementarias:* Hemograma que evidenció disminución del hematocrito, hematíes y hemoglobina, plaquetas normales y leucocitos totales normales con eosinofilia, PCR normal, bioquímica normal, hipergammaglobulinemia IgG, ecografía abdominal donde se confirmó la existencia de hepatomegalia con parénquima normal y cierta esplenomegalia. Radiografía de tórax y de abdomen normales, coprocultivo: negativo, virus negativos y en el estudio de parásitos, *Trichuris trichiura* en el niño. *Evolución:* ante estos resultados y dada la procedencia geográfica se hizo una extensión de sangre para gota gruesa donde se confirmó la existencia de *Plasmodium falciparum*. Se instauró tratamiento con sulfato de cloroquina y clindamicina durante 7 días. En ambos se realizó posteriormente una inmunocromatografía en la que se confirmó su erradicación. Seguidos en consultas se va viendo la mejoría analítica.

**Conclusión:** La gran cantidad de movimientos intercontinentales y nuevas conductas como es la adopción de niños de países extranjeros, ha hecho que el paludismo tenga cada vez una mayor incidencia en nuestro país. De aquí la importancia de saber y reconocer esta enfermedad emergente en la población infantil.

## URGENCIAS

### P110 17:00 h

#### CARACTERÍSTICAS Y MANEJO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE LOS TRAUMATISMOS DE TOBILLO

Alberto Barasoain Millán, Itziar Iturralde Orive, Susana Capapé Zache, Nerea Trebolazabala Quirante, Elena Mora González, Ana Fernández Landaluce, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Mikel Santiago Burrutxaga, Santiago Mintegi Raso, Javier Benito Fernández  
Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Objetivo:** Describir características y manejo de los traumatismos de pie/tobillo atendidos en Urgencias de Pediatría (UP).

**Material y métodos:** estudio prospectivo de 123 traumatismos de pie/tobillo atendidos en UP entre agosto 2004-noviembre 2004.

**Resultados:** de los 123 niños, 105 (85,7%) correspondieron a traumatismos de tobillo y 18 (14,6%) al antepié. La edad media fue 101,28 +/- 41,43 meses (rango 13 m-13a). Casi el 70% se atendieron entre las 15 y 24 h. De los 123, 86 (70%) fueron atendidos por residentes de pediatría de primer y segundo año y residentes de familia. El mecanismo de lesión más habitual fue la torsión (64; 52%). La mayoría de los niños (105; 85,4%) consultaron en las primeras 24 h y hasta 68 (55,3%) en las primeras 6 h. Casi el 25% de los niños consultan en algún servicio médico previo a la atención hospitalaria. Treinta y dos niños (26%) recibe algún tipo de tratamiento, en su mayoría analgésicos (20; 62,5%).

El signo clínico más frecuente fue el edema en 102 (83%), siendo leve en 67 (67,6%), 21 (17%) tienen calor y eritema. De los 123, tienen dolor articular leve o moderado (80; 73%), cojera (71; 58%) y negativa a deambular (20; 16%).

Cinco niños aportaban radiografías normales. De los 118 restantes, se solicitó radiografía en 95 (80,5%). En todos los casos de traumatismo de tobillo (n = 105) con signos de Ottawa positivo se realizó radiografía (47; 44,8%) versus 39 (67,2%) de los 58 casos con Ottawa negativo (p < 0,01). Previo a la realización de la prueba el médico piensa que puede existir patología ósea en 46 (48,4%) casos. La radiografía se interpretó como patológica en 12 (7 fracturas, 5 dudas diagnóstica).

De los 123, 33 (26,8%), son remitidos al Servicio de Traumatología: 7 por fractura, 14 por dudas diagnósticas y 12 para colocación de férula. Los niños con Ottawa positivo fueron remitidos a traumatología con mayor frecuencia (16/47; 34% vs 10/58; 17,2%), no siendo la diferencia significativa. El resto (90; 73,1%) fueron manejados en UP: tratamiento analgésico 49 niños (54,4%) e inmovilización + analgesia 41 (45,5%).

Los diagnósticos en UP fueron: trauma/contusión (116; 94,3%) y fractura (7; 5,6%).

**Conclusiones:** La mayoría de los niños con traumatismo de tobillo/antepié pueden ser manejados en UP, con tratamiento antiinflamatorio y/o inmovilización sin necesidad de ser remitidos al Servicio de Traumatología. Existe un sobreuso de la radiología simple en esta patología, por lo que es necesario delimitar su uso teniendo en cuenta tanto la clínica como la exploración, así como recibiendo mayor formación en esta patología.

## P111 17:05 h REACCIÓN AGUDA SEVERA TRAS INGESTIÓN ACCIDENTAL DE GLUTEN. ¿SHOCK GLIADÍNICO?

Juan Arnáez Solís, Rebeca Villares Alonso, Salomé Albí Rodríguez, Eugenio Garrido Borreguero, Mercedes Sebastián Planas, Marta Villares Alonso, Pedro José Pujol Buil  
Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

**Introducción:** La manifestación clínica de shock en la enfermedad celiaca es excepcional. Se describe a continuación un caso clínico con esta presentación.

**Caso clínico:** Niño de 2 años y 2 meses seguido en la Consulta de Digestivo Infantil con diagnóstico desde el año de vida de enfermedad celiaca. Desde entonces con dieta exenta de gluten. Antecedentes personales sin interés. En el último control, a

los 18 meses, los anticuerpos antigliadina eran positivos y los antitransglutaminasa negativos con sospecha de transgresiones dietéticas.

Acude a urgencias con mal estado general, después de la ingesta de papilla de cereales con gluten, administrada accidentalmente en la guardería. El niño previamente estaba asintomático sin procesos infecciosos concurrentes. No había ingesta de medicamentos ni traumatismos previos. En la guardería presenta un vómito bilioso con decaimiento progresivo. A su llegada a urgencias 2 h después, estaba pálido, mal perfundido, obnubilado con pupilas normocóricas y reactivas; buena ventilación; abdomen blando, globuloso y timpánico, sin dolor. Se monitoriza con PA 80/55, FC 137 y se administra O<sub>2</sub> en mascarilla. Recibe tratamiento con sueroterapia y metilprednisolona intravenosa. La analítica que se realiza resulta normal. Ecografía abdominal normal. Permanece 27 h en observación, desapareciendo progresivamente el estupor con un vómito bilioso aislado sin fiebre, diarrea ni otra sintomatología posterior. Prick cutáneo a trigo negativo.

**Discusión:** El personal de urgencias que atiende el caso interpreta las manifestaciones descritas dentro de un cuadro clínico de shock. Ante la ausencia de sintomatología infecciosa, traumatismo y evolución clínica, se relaciona el mismo con sobrecarga aguda de gluten. En la revisión bibliográfica realizada en medline tan sólo hemos encontrado un artículo publicado en el año 1958 titulado "Additional research on the injurious effect of wheat flour in celiac disease. I. Acute gliadin reaction (gliadin shock)", publicado en la revista *Helv Paediatr Acta*. La ausencia de otras reseñas bibliográficas hace el caso excepcional. No obstante considerando el episodio parece prudente no realizar provocación con gluten.

## P112 17:10 h CARACTERÍSTICAS DE LOS TRAUMATISMOS PERIFÉRICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Alberto Barasoain Millán, Itziar Iturralde Orive, Susana Capapé Zache, Nerea Trebolazabala Quirante, Elena Mora González, Ana Fernández Landaluce, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Jesús Sánchez Etxaniz, Javier Benito Fernández

Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Objetivo:** Características de los traumatismos periféricos atendidos en urgencias de pediatría (UP) de un hospital terciario.

**Material y métodos:** estudio prospectivo de 500 traumatismos periféricos atendidos en UP en el período comprendido entre agosto-2004 y noviembre-2004.

**Resultados:** se recogieron datos de 500 niños con traumatismos periféricos que recibieron atención inicial en UP. La edad media fue 95,41 meses ± 46,23 meses (mínimo 1 mes-máximo 14 años). Fueron atendidos entre las 16 y 24 h (317; 63,4%), entre las 8 y 15 h (172; 34,4%) y 11 (2,2%) entre la 1 y 7 h. Los residentes de 1.º año, 2.º año y residentes de familia atendieron casi al 70% de los niños. El 90% acuden en las primeras 24 h tras el traumatismo. De los 500, 115 (23%) reciben algún tipo de tratamiento previo a la consulta hospitalaria. El mecanismo más frecuente fue la caída accidental (204; 40,8%), seguido del traumatismo directo (186; 37,2%) y la torsión (87; 17,4%). La localización más frecuente fue muñeca/antebrazo (146; 29,2%),

seguido de dedos (130; 26%) y tobillo/pie (123; 24,6%). El hallazgo clínico más frecuente fue edema leve (269; 53,8%) seguido de dolor leve a la movilización (210; 42%).

Se solicitó radiología simple en 433 (86,6%) casos, a pesar de que en 161 niños (37,1%) se piensa que no existe patología ósea. De los 500, tuvieron fractura 114 (22,8%). Fueron remitidos al Servicio de Traumatología algo menos de la mitad de los niños (212; 42,4%). De los 212, 114 fueron remitidos por fractura, 67 por dudas diagnósticas, 28 para colocación de férula y 3 por otros motivos. Los diagnósticos de los niños atendidos en UP exclusivamente (288; 57,6%) fueron: 198 contusiones, 90 esguinces, 3 subluxaciones, 9 otros. De los 288 atendidos exclusivamente en UP, 182 (63,1%) reciben tratamiento analgésico, 103 (35,7%) inmovilización + analgesia y 3 (1%) deslucación.

**Conclusiones:** Muchos de los traumatismos que se producen en los niños pueden ser atendidos exclusivamente por el pediatra en UP sin necesidad de consulta al traumatólogo, ya que se tratan de traumas leves que se pueden resolver con analgesia y/o inmovilización. El número de radiografías realizadas a estos niños es muy elevado por lo que sería aconsejable tratar de delimitar su uso basándonos en signos clínicos y mecanismo de producción que nos hagan sospechar fuertemente la existencia de fractura.

### P113 17:15 h CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Francisco Ferouelle Novillo, Cecilia Soria Cortés, Virtudes Cañadas Franco

Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción y objetivos:** La creciente demanda asistencial de los servicios de urgencia obliga a realizar una valoración previa ó a establecer unos sistemas de selección que determinen la prioridad de la urgencia, para poder dar una atención adecuada (1 a 3) a la severidad de los casos.

Priorizar al paciente en función de la gravedad y objetivar clínicamente la decisión de dicha priorización.

**Material y métodos:** Informatización del Servicio de Urgencias Pediátricas, mediante el programa informático "Estación Clínica" de Siemens.

Diseño de formularios en ordenador (en ítems) de triage, observación enfermería, análisis clínicos, informes e historias médicas. En cada página se visualizan todos los datos del paciente (valoración médica, pruebas realizadas o pendientes, tratamiento administrado, alergias).

**Resultados:** 59.755 triages realizados de septiembre 2003 a enero de 2005.

**Patologías más frecuentes:** Fiebre (36%), vómitos (11%), dificultad respiratoria (9%), dolor abdominal (8%), tos (8%), lesiones en piel (6%), diarrea (5%), irritabilidad (3%), traumatismo extremidad inferior (3%), traumatismo extremidad superior (3%).

**Priorizaciones de triage:** 2% (1), 16% (2), 82% (3).

**Especialidades:** Pediatría (45.116), cirugía (5.684), trauma (8.955).

**Triages por turnos:** Mañana (18.544), tarde (26.977), noche (13.421).

**Tiempos de espera para cada priorización:** Prioridad 1 (< 15 min-64%, > 15 min-36%), Prioridad 2 (< 30 min-85%, > 30 min-15%), Prioridad 3 (< 1 h-83%, de 1-2 h-14%, > 3 h-3%).

**Discusión y conclusiones:** La utilización de una escala de triage en urgencias pediátricas es útil y fiable para seleccionar a los pacientes que precisan asistencia y tratamiento urgente.

### P114 17:20 h REGISTRO DE RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

María Macho Díaz, Nerea Trebolazabala Quirante, Elena Mora González, Ana Fernández Landaluce, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Javier Benito Fernández, Miguel Ángel Vázquez Ronco

Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Introducción:** El registro de todas las llamadas telefónicas realizadas desde urgencias de Pediatría (UP) para comunicar un resultado de microbiología, es otra de las actividades asistenciales que debemos realizar. Con el se pretende tener controlados todos los resultados y que no quede ningún episodio de urgencias pendiente de diagnóstico o tratamiento definitivo.

**Objetivo:** Conocer el rendimiento y utilidad que hemos encontrado en nuestro registro de llamadas microbiológicas.

**Material y método:** Estudio descriptivo del total de llamadas telefónicas realizadas desde UP para comunicar un resultado microbiológico entre el 1 de octubre de 2003 y 31 de enero de 2004.

**Resultados:** Se realizaron un total de 470 llamadas (media 29,4/mes). *Por tipo de cultivo:* Urocultivo: 282 (60%), frotis faríngeo: 140 (29,8%), hemocultivo: 11 (2,3%), cultivo LCR: 3 (0,6%). Otros resultados: 34 (7,2%).

|                 | Niñas 297 (63,2%) | Niños 173 (36,8%) |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Urocultivo      | 213 (75,5%)       | 69 (24,5%)        |
| Frotis faríngeo | 62 (44,3%)        | 78 (65,7%)        |
| Hemocultivo     | 7 (63,6%)         | 4 (36,4%)         |
| Cultivo LCR     | 1 (33,3%)         | 2 (66,7%)         |
| Otros cultivos  | 14 (41,2%)        | 20 (58,8%)        |

La media de días desde la recogida del cultivo y la llamada telefónica fue de 3,3 días (1-10). La indicación dada a los padres fue por tipo de cultivo:

|                 | Suspender ATB | Inicio de ATB | Volver a UP | No variaciones |
|-----------------|---------------|---------------|-------------|----------------|
| Urocultivo      | 208 (73,7%)   | 28 (9,9%)     | 4 (1,4%)    | 42 (14,9%)     |
| Hemocultivo     | 0             | 1 (9%)        | 3 (27%)     | 7 (64%)        |
| Frotis Faríngeo | 6 (4,2%)      | 121 (86,4%)   | 0           | 13 (9,3%)      |
| Cultivo LCR     | 0             | 0             | 1 (33,3%)   | 2 (66,6%)      |
| Otros cultivos  | 3 (8,8%)      | 19 (55,8%)    | 0           | 12 (35,3%)     |

**Conclusiones:** El registro de resultados microbiológicos es una herramienta útil para el seguimiento total del niño hasta su diagnóstico definitivo.

La mayoría de las llamadas realizadas fueron para suspender el tratamiento ante un urocultivo negativo (sobre todo en niñas) e iniciarlo por un frotis faríngeo positivo.

**P115****17:25 h****TRANSPORTE MEDICALIZADO A UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

María Macho Díaz, I. Abalos Roman, Nerea Trebolazabala Quirante, Elena Mora González, Javier Benito Fernández, Mikel Santiago Burrutxaga  
Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Introducción:** El Transporte Medicalizado (TM) permite una asistencia avanzada en ruta por un equipo especializado. El primario (TMP) se realiza desde el lugar en que se produce la emergencia hasta el Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP). El secundario (TMS) desde un centro asistencial hasta el de referencia más especializado.

**Objetivo:** Conocer la patología, el proceso de traslado y la situación clínica del enfermo a su llegada al SUP.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo-descriptivo de los episodios de TM al SUP realizado por personal sanitario especializado no pediátrico.

**Resultados:** Se registraron 98 episodios desde mayo de 2004 a enero de 2005. La ambulancia medicalizada fue el único vehículo utilizado. El 71 % corresponden a TMP y un 29 % a TMS. El TMP fue demandado desde el domicilio (70%) y la vía pública (30%). Hubo aviso previo al SUP en el 15%. Las patologías fueron: convulsiones 42% y accidentes 37%. Se monitorizaron constantes vitales en el 91%. Se administró O<sub>2</sub> en un 14% y otras intervenciones farmacológicas en el 18%. A su llegada al SUP presentaron una situación inestable el 14%. Los destinos posteriores fueron: ingreso 48%, alta 37%, UCIP 8%, quirófano 4%, y fallecido 1,4% (1). El TMS fue demandado desde un Centro Hospitalario (54%) y C. de Salud (46%). En el 68% hubo aviso previo al SUP. Las patologías más frecuentes fueron: neurológicas 31%, quirúrgica 28% e infección bacteriana severa (IBS) 14%. Se monitorizó en el 93%, se administró O<sub>2</sub> en un 43% y otras intervenciones farmacológicas en el 14%. El 7% presentaron una situación inestable. Los destinos fueron: ingreso 46%, alta 21%, UCIP 18%, quirófano 11%, y fallecido 3,5% (1 caso).

**Conclusiones:** 1) La patología neurológica, traumatológica, quirúrgica y la sospecha de IBS representaron la mayor parte de los episodios. 2) Las emergencias verdaderas en el TMP y los enfermos en situación grave o crítica en el TMS representaron menos de la cuarta parte de los casos. 3) Existen diferencias entre el TMP y TMS que deben contemplarse en la formación pediátrica del personal sanitario responsable del transporte. 4) La comunicación y coordinación entre las organizaciones que participan en el TM son mejorables.

**P116****17:30 h****ESTRIDOR PERSISTENTE Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Gracia M. García Lara, Silvia García Huete, José Manuel García Puga  
Centro de Salud Salvador Caballero, Granada, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada y Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

**Introducción:** La curiosidad incesante de los niños, especialmente menores de 5 años por reconocer, tocar y llevarse a la boca objetos, hace que la ingesta de cuerpo extraño sea un motivo de consulta frecuente en Pediatría. Su repercusión clínica dependerá de la naturaleza de este, localización y grado de obstrucción. Constituye un problema de salud pública represen-

tando el 40% de las muertes accidentales por ahogamiento en menores de 1 año.

**Caso clínico:** Paciente de 3 años de edad, con antecedentes de prematuridad y bronquitis obstructiva no mediada por IgE, que consulta por atragantamiento presenciado por los padres, presentando a su llegada a Urgencias dificultad respiratoria y estridor laríngeo. El estudio radiológico no evidencia cuerpo extraño y tras administrar corticoides hay mejoría clínica evidente por lo que se descarta, enviándose a su Pediatra de cabecera para seguimiento. Durante 4 meses tras el episodio, consulta en varias ocasiones por procesos intercurrentes acompañados de estridor y tos crupal "en brotes" que ceden con corticoides; no obstante, siendo la auscultación respiratoria normal sin olvidar el antecedente descrito, se solicitan estudios radioscópicos todos normales y exploración de vía aérea superior que es retrasada por la mejoría total con medicación. Durante este período, requiere en 2 ocasiones ingreso hospitalario por dificultad respiratoria moderada, auscultación pulmonar con sibilantes y siempre normalización de esta tras los episodios, decidiéndose en el último de ellos realizar TC y RM cervicales que evidencian edema laríngeo y material hipodenso en región subglótica y tercio superior de la luz traqueal respectivamente. En la exploración de vía aérea bajo anestesia, se extrae con pinzas de Magyl fragmento de platina de 15 mm, produciéndose mejoría clínica inmediata aunque persiste mínimo estridor inspiratorio sólo perceptible a la auscultación.

**Conclusiones:** La prevención mediante la información a padres y educadores a cerca de la manipulación de objetos es el aspecto más trascendental. Habrá que permanecer "ojo avizor" para su detección precoz, no olvidando la sintomatología crónica que estos producen tanto por obstrucción parcial, como por inflamación local. No infravalorar la información que aporta el paciente para hacer el diagnóstico diferencial, evitando así tratamientos innecesarios y retrasar la eliminación de un cuerpo extraño que puede comprometer la vida del niño.

**P117****17:35 h****APLICABILIDAD DE UN TRIAGE TELEFÓNICO REALIZADO POR MÉDICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

Ana Fernández Landaluce, Amagoia Andrés Olaizola, Nerea Trebolazabala Quirante, Elena Mora González, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Jesús Sánchez Etxaniz, Mikel Santiago Burrutxaga, Santiago Mintegui Raso, Javier Benito Fernández  
Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Introducción:** La consulta telefónica es una herramienta de trabajo que está cobrando mayor importancia en los últimos años. Existe controversia sobre la aplicabilidad de este tipo de triage en los Servicios de Urgencias pediátricos (SUP).

**Objetivo:** comprobar la aplicabilidad de un triage telefónico realizado por médicos en urgencias de pediatría.

**Pacientes y método:** Se estudian las consultas telefónicas registradas en un SUP entre 1-10-03 y 3-10-04, analizando: 1) registro llamadas (n = 2560). 2) Cumplimiento de las recomendaciones administradas (pacientes a los que se recomendó acudir y muestra aleatoria de los que no recibieron consejo de acudir). 3) Satisfacción de los padres (encuesta telefónica durante de 1 mes). Se estableció un protocolo de respuesta y los MIR recibieron formación específica.

**Resultados:** Se registraron 59.088 episodios y se recibieron 2.560 llamadas (1 llamada/23 episodios) El 48% se recibieron entre las 17 y las 23 h. Todas las llamadas fueron contestadas por un médico (72% MIR, 28% adjunto). El motivo de llamada más frecuente fue la consulta sobre síntomas. El 82% de las consultas fueron resueltas mediante instrucciones de manejo domiciliario. Se recomendó acudir a nuestro SUP a 274 pacientes (27 de forma urgente) De estos, un 29% no acudió, la mayoría por mejoría de los síntomas y todos evolucionaron bien. 20 pacientes (7,2%) precisaron ingreso en el Hospital (6 en planta, 14 en Observación). Del grupo al que no se recomendó acudir para valoración, el 21% acude e ingresa el 0,9% del total (vs. 7,2% de los que se recomendó acudir,  $p < 0,0001$ ). De las familias encuestadas, más del 90% describió como útil el consejo y correcto el trato recibido. Refirieron un cumplimiento global del 96%. El 75% de ellos habría acudido a nuestro servicio si no hubiera existido la posibilidad de consultar telefónicamente. Mediante la consulta telefónica, en 1 mes habríamos evitado 115 visitas a nuestro SUP.

**Comentarios:** Realizada tras un período formativo previo y de forma protocolizada la consulta telefónica en un SUP es una herramienta segura y relativamente útil para el triage de los pacientes, con un alto grado de satisfacción por parte de las familias.

## P118 17:40 h LA COMUNICACIÓN ORAL POR PARTE DE LA FAMILIA EN LA VISITA DE URGENCIAS

Montserrat Gispert-Saüch Puigdevall, Xavier Codina Puig, Francisco Codina García, M. Pilar Gussinye Canabal, Verónica Pérez Herrera, Margarida Catalá Puigbó

Hospital General de Granollers, Barcelona y Corporació de Salut del Maresme i la Selva-Hospital Comarcal de Blanes, Girona.

**Objetivo:** Describir y analizar la actitud y forma de comunicación del acompañante en relación con las circunstancias de la visita.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo de 300 visitas espontáneas realizadas en el servicio de urgencias en 2 hospitales en los períodos de enero de 2004 y febrero de 2005. Se recogen las variables: edad del paciente, parentesco del acompañante, motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes relacionados con el motivo de consulta, número de hijos y diagnóstico. Se relacionan con el tiempo de exposición inicial, la actitud de la familia y el tipo de comunicación: *a)* descriptiva (describe únicamente los síntomas), *b)* interpretativa (interpreta los síntomas-diagnóstica) y *c)* resolutive (indica la forma de resolución).

**Resultados:** El acompañante es la madre en 249 visitas (83%); el tiempo de evolución es menor de 12 h en 110 (37%); en 81 casos (27%) hay antecedentes relacionados con el motivo de consulta. En 237 (79%) el tiempo de exposición inicial es inferior a 30 s; la comunicación es descriptiva en 243 (81%), interpretativa 45 (15%) y resolutive 13 (4%); la familia es valorada como "sensata" 204 (68%), "alborotada" 48 (16%), "muda" 7 (2,3%), "que culpa" 14 (4,7%), "intelectual" 18 (6%) y "ensimismada" 9 (3%). No hay diferencias significativas en los dos períodos estudiados.

**Conclusiones:** 1) En la visita "tipo" el acompañante es la madre la cual consulta por un proceso de corta duración, exponiendo brevemente el motivo, de forma descriptiva y mostran-

do una actitud sensata. 2) Un tiempo de exposición inicial mayor se relaciona con la existencia de antecedentes y con un tiempo de evolución más largo. 3) La comunicación no descriptiva (interpretativa o resolutive) es más habitual cuando existen antecedentes. 4) La actitud "sensata" es independiente de la edad del niño y del tiempo de evolución siendo menor en las familias sin hermanos y si el acompañante es el padre. 5) Uno de cada cuatro acompañantes muestra una actitud que dificulta la comunicación.

## P119 17:45 h MANEJO Y CARACTERÍSTICAS DE LAS QUEMADURAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO (SUP)

Ana Fernández Landaluce, M<sup>a</sup> Isabel Vega Martín, Amagoia Andrés Olaizola, Susana Capapé Zache, Nerea Trebolazabala Quirante, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Jesús Sánchez Etxaniz, Mikel Santiago Burrutxaga, Elena Mora González, Santiago Mintegui Raso

Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Objetivo:** Conocer el perfil de las quemaduras que atendemos en nuestro SUP, el manejo de las mismas, y el papel del pediatra de urgencias. Diseñar las situaciones de mayor riesgo potencial de quemadura en nuestro entorno.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de las quemaduras atendidas en un SUP entre mayo-diciembre 2004. Se recogen datos demográficos, mecanismo de la quemadura, grado y superficie corporal quemada (SCQ), destino y su manejo.

**Resultados:** Se atendieron durante ese período 101 episodios de quemadura. Más del 65% eran varones y casi la mitad (45%) menores de 3 años.

El contacto con un sólido caliente en 1.º lugar y las escaldaduras en 2.º, son las causas más frecuentes. Tanto de forma aislada como en los casos múltiples la localización más frecuente es la extremidad superior. La mano está afectada en el 32% de los casos (75% de las quemaduras por sólido caliente) y la cara en el 20% (33% de las escaldaduras). La SCQ es igual o menor al 5% en el 75% de los casos. En el grupo de SCQ > 10%, el 36% son debidas a escaldaduras y el 14% a llama. En el 70% de las quemaduras la afectación era de 2.º grado y en 7 casos era de 3.º grado (3 quemaduras por llama, 3 escaldaduras y 1 por electricidad).

El 51% de los pacientes fueron valorados por un cirujano plástico, siendo el resto manejados exclusivamente por el pediatra de urgencias. La mayoría (87%) de los pacientes fueron dados de alta tras el tratamiento en SUP. Cinco precisaron ingreso en planta, 3 en cuidados intensivos y 2 en la unidad de quemados. La probabilidad de ingreso fue muy superior en los casos de llama o explosión (OR 38,5 IC 95% 4,71-402). Ninguno de los niños con quemadura por contacto con un sólido caliente precisó ingreso.

**Comentarios:** la mayoría de las quemaduras en nuestro entorno son de escasa gravedad y pueden ser manejadas de forma ambulatoria, siendo el mecanismo más frecuente el contacto con sólidos calientes (hornos, planchas...) La escaldadura es el 2.º mecanismo en frecuencia y en este caso se asocia con el grupo de quemaduras más severas, junto con las producidas por llama. En casi la mitad de las consultas por quemadura en nuestro servicio, el paciente es manejado por el pediatra de urgencias.

**P120****ETIOLOGÍA DE LA FIEBRE SIN FOCO EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES E INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA**

Clara Molina Amores, Eva Parra Cuadrado, Miguel Ángel Martínez Granero, M. Mercedes Bueno Campaña, Juan Carlos Rivas Crespo, M. del Mar Espino Hernández, Bartolomé Bonet Serra, Francisco Javier Fernández Sánchez

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

**Objetivos:** Valorar la etiología de la fiebre sin foco en lactantes menores de 3 meses durante la temporada epidémica por virus influenza. Presentamos los resultados preliminares desde noviembre de 2004 a enero de 2005.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de los casos de lactantes menores de 3 meses que acuden a urgencias por fiebre igual o superior a 38 °C axilar, sin foco infeccioso objetivable, durante la temporada actual de pico epidémico de gripe. Incluimos 18 pacientes. Se determinó antígeno gripal en lavado nasal en sólo 12 casos, además de las exploraciones complementarias habituales según nuestro protocolo diagnóstico de fiebre sin foco.

**Resultados:** Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias: hemograma en 18 pacientes (100%), hemocultivo en 17 (94,4%), urocultivo por sondaje o punción suprapúbica (PSP) en 14 (77,7%), punción lumbar en 10 (55,5%) y radiografía torácica en 9 (50%). Aunque la determinación del antígeno gripal no se realizó en todos los pacientes, en 4 de los 12 casos el resultado fue positivo (33,3%); los otros diagnósticos finales fueron bronquiolitis (4, 2 de ellas con virus respiratorio sincitial positivo), infección de vía respiratoria alta (2) y fiebre sin foco sin diagnóstico etiológico en los otros 2. De los 6 casos en los que no se determinó el antígeno gripal, uno fue diagnosticado de infección urinaria y en el resto no se obtuvo diagnóstico etiológico. Salvo un caso diagnosticado de gripe en el servicio de urgencias, el resto de los pacientes ingresaron en espera de resultados de cultivos, 8 de ellos con antibioterapia empírica (44,4%). La positividad del antígeno gripal motivó la suspensión del tratamiento antibiótico en uno de los dos casos en los que se había iniciado.

**Conclusiones:** Estos datos permiten concluir que en épocas de epidemia de gripe la infección por virus influenza debería considerarse entre las causas de fiebre sin foco en lactantes menores de 3 meses. El diagnóstico precoz evitaría muchos estudios complementarios y en algunos casos pruebas con complicaciones (PSP o sondaje vesical, punción lumbar). Además podría evitar el inicio o mantenimiento de un tratamiento antibiótico e incluso el ingreso hospitalario.

**P121****TORTÍCOLIS. ¿SIGNO CLÍNICO DE ALERTA?**

Elisabeth Blarduni Cardón, Esther Zuazo Zamalloa, M. Amalia Pérez Sáez, Elena Moreno Arnedillo, Elvira Palacios López, M.ª José Azanza Agorreta, M. del Mar Lertxundi Etxebarria, Leonor Arranz Aranda

Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa.

**Introducción:** La tortícolis es la inclinación lateral de la cabeza y rotación del mentón en sentido contrario. No es un diagnóstico específico, sino un signo clínico que expresa un trastorno subyacente. Aunque la mayoría de estos trastornos son benignos, se pueden encontrar causas graves.

**17:50 h**

A propósito de dos casos (un astrocitoma y una sospecha de granuloma eosinófilo), hemos revisado las tortícolis atendidas en el último año.

**Material y métodos:** Revisión de los casos que acuden a Urgencias de Pediatría en el período comprendido entre enero y diciembre de 2004 con tortícolis como motivo de consulta.

**Resultados:** Fueron atendidos en Urgencias 7.258 niños (0 a 14 años). Consultaron por Tortícolis 14 (0,19%): Causa muscular 7, Adenitis cervical 2, tortícolis congénita 1, tortícolis paroxística benigna 1, lesión craneal (Sospecha de granuloma eosinófilo) 1, astrocitoma cerebeloso 1, e idiopática 1.

**Caso 1:** Varón de 19 meses con tortícolis intermitente de 2 meses de evolución, asociado a infecciones respiratorias, y posteriormente inestabilidad. RM craneal: masa intra-axial en hemisferio cerebeloso derecho. Diagnóstico: Astrocitoma pilocítico cerebeloso.

**Caso 2:** Mujer de 3 años que acude por tortícolis de 3 semanas de evolución. Se objetiva contractura muscular y se trata con Antiinflamatorios con mejoría parcial. Persiste la clínica durante un mes. TC craneal: lesión de partes blandas, con erosión de la región inferior de la escama del occipital. Sugestiva de Granuloma eosinófilo.

**Conclusión:** La presentación y/o evolución atípica, puede orientarnos hacia una forma de tortícolis no benigna, siendo necesario realizar pruebas de imagen en estos casos.

**P122****REGISTRO DE ANALGESIA Y SEDACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

Silvia García González, Susana Capapé Zache, Mikel Santiago Burrutxaga, Nerea Trebolazabala Quirante, Elena Mora González, Ana Fernández Landaluze, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Jesús Sánchez Etxaniz, Javier Benito Fernández

Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia en analgesia con analgésicos mayores, sedación por vía parenteral y/o con óxido nitroso vía inhalada para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados en UP.

**Material y método:** Estudio prospectivo de 93 procedimientos realizados en UP con analgésicos mayores, sedantes por vía parenteral y/o con óxido nitroso (ON) por vía inhalada entre octubre 2003 y diciembre 2004.

**Resultados:** Se realizaron 93 procedimientos, en 49 se utilizó el ON, sobre todo en la reparación de heridas en 32 casos (68,1%). En dos niños se asoció a ketamina + midazolam + atropina para la retirada de molluscum y una exploración genital. En la mayoría (90%) se consiguió efecto en  $\leq 5$  min y casi el 75% de los niños reciben el alta en los primeros 30 min tras finalizar el procedimiento.

En 46 casos se utilizó fármacos por vía parenteral. La asociación farmacológica más utilizada en 18 casos fue: ketamina +/-midazolam +/-atropina (2 junto con ON), seguida de la asociación fentanilo + midazolam en 11. En 13 se utilizó midazolam de forma aislada, en 3 ketamina, en 2 propofol y en 1 tiopental. Globalmente el procedimiento más frecuente fue la reparación de heridas (15, 32,6%), seguido de pruebas de imagen (10; 21,7%) y reducción de fracturas (6; 13%). En 44 (95,6%) se consiguió el efecto deseado en  $\leq 10$  min independientemente de los fár-

**18:00 h****17:55 h**

macos utilizados. La duración del procedimiento fue  $\leq 30$  min en 44 casos (91,3%).

En 9 niños ocurrieron efectos secundarios: vómitos (2), desaturación (3), nistagmo (2), clonías + vómitos (1), diplopía + nistagmo (1), todos ellos se resolvieron espontáneamente o tras administrar O<sub>2</sub>. En una ocasión se requirió antídoto por un error de dosificación. Permanecen en la Unidad de Observación 31 (67,3%), recibiendo el alta en  $\leq 6$  h la mayoría (86,5%) de los niños. Quince (32,6%) ingresan en planta por su patología de base.

**Conclusiones:** La utilización de pautas de analgesia y sedación para procedimientos en UP ha sido satisfactoria. Existen diversas opciones farmacológicas útiles para la realización de estos procedimientos. Estos fármacos parecen seguros y eficaces ya que, consiguen el efecto deseado con pocos efectos secundarios y menores cuándo se producen.

### P123 18:05 h SOLUCIONES DE REHIDRATACIÓN ORAL: HÁBITOS POBLACIONALES EN SU USO PARA EL MANEJO DE LAS GASTROENTERITIS AGUDAS EN LA INFANCIA

Javier de las Heras Montero, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Susana Capapé Zache, Elena Mora González, Nerea Trebolazabala Quirante, Ana Fernández Landaluce, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Mikel Santiago Burrutxaga, Santiago Mintegui Raso, Javier Benito Fernández  
Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Objetivo:** Conocer el grado y adecuación de las soluciones de rehidratación oral (SRO) para el manejo de las gastroenteritis agudas (GEA) por parte de los padres en nuestra población.

**Material y método:** Estudio prospectivo aleatorio de 199 encuestas realizadas a los acompañantes de los niños que consultaron en Urgencias de Pediatría (UP) en el período comprendido entre el 15-12-2004 y el 31-1-2005.

**Resultados:** Se encuestaron 199 familias, en más de la mitad de los casos (67,2%) la persona encuestada fue la madre. De los 199, 97 (48,7%) habían tomado en alguna ocasión SRO, siendo la edad media de estos niños  $50,46 \pm 42,59$  meses (rango 2 meses-180 meses) y la distribución por sexos similar (47,7% varones *versus* 52,3% mujeres). Las SRO más utilizadas fueron las soluciones líquidas en algo menos de la mitad de los casos (42; 47,2%). La mayoría de los niños (92,7%) toman SRO según indicación de su pediatra (62; 63,9%) o por indicación en UP (28; 28,9%). La mayoría (94; 96,9%) administran la SRO según cantidades pautadas por pediatra (54; 55,7%) o a demanda (40; 41,2%). Algo más de la mitad (53; 54,6%) encuentran dificultad para la administración de SRO. Casi el 80% cree en la utilidad de las SRO.

Del total de encuestados 64 (72,1%) han tomado en alguna ocasión SRO casera y/o coca-cola o zumos para el manejo de las GEA. Cerca de la mitad de los niños 15 (42,8%) que toman SRO casera lo hacen por indicación de un pediatra.

**Conclusiones:** El uso de las SRO para el manejo de las GEA esta extendido en nuestra población, haciéndose en general un buen uso de estas siguiendo las indicaciones de los profesionales. En el ámbito poblacional se valora la utilidad de las SRO a pesar de encontrar en ocasiones dificultades para su administración. Hoy en día se siguen utilizando SRO no óptimas como SRO caseras o coca/zumos para el manejo de las GEA, siendo estas incluso recomendadas por los pediatras.

### P124 18:10 h EXPLORACIÓN FÍSICA: PAPEL EN EL MANEJO DE LA CELULITIS PERIORBITARIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

María Macho Díaz, Elena Mora González, Santiago Mintegui Raso, Susana Capapé Zache, Nerea Trebolazabala Quirante, Ana Fernández Landaluce, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Jesús Sánchez Etxaniz, Javier Benito Fernández  
Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

El manejo del niño con celulitis periorbitaria/orbitaria ha cambiado en los últimos años, de tal manera que muchos pacientes con celulitis periorbitaria son actualmente manejados de manera ambulatoria. Uno de los retos del pediatra de Urgencias es identificar en la valoración inicial aquellos pacientes susceptibles de tener una evolución más complicada y requerir un manejo intrahospitalario.

**Objetivos:** Analizar si, en la valoración inicial realizada en Urgencias, existe algún factor que identifique los niños con celulitis periorbitaria/orbitaria que requieren ingreso hospitalario y/o presentar una evolución complicada.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes (0-14 años) diagnosticados de celulitis periorbitaria/orbitaria y absceso perióstico, durante los años 2003 y 2004 en Urgencias de pediatría (UP).

**Resultados:** De un total de 166 pacientes, 43 (25,9%) fueron menores de 24 meses y 82 (49,4%) varones. Un tercio consultó por síntomas de menos de 12 h de evolución. El motivo de consulta más frecuente fue el bultoma y la patología ocular en el 73,5% de los pacientes.

Los diagnósticos finales recibidos fueron: celulitis periorbitaria 151 (90,9%) y celulitis orbitaria 15 (9,1%, 11 de los cuáles asociaron además absceso perióstico).

En los pacientes mayores de 24 meses, la presencia de al menos uno de los siguientes signos: proptosis, alteración de la visión, dolor ocular en la exploración física, edema que imposibilita la apertura ocular o eritema equimótico se asoció a una OR para ingreso en planta de 8,61 (3,14 < OR < 24,26; IC del 95%) y se asoció a un RR de 4,97 (1,63 < RR < 15,15) con la presencia de hallazgos post-septales (incluido absceso perióstico) en la TC.

**Conclusiones:** En los niños mayores de 24 meses con celulitis periorbitaria/orbitaria, la exploración física es un instrumento capital de cara a definir los pacientes que pueden presentar complicaciones y requerir tratamiento intrahospitalario.

### P125 18:15 h REVISIÓN DE QUEMADURAS EN UN PERÍODO DE 6 AÑOS

Alba Manjón Herrero, Soledad Martínez Regueira, M. Consuelo Calviño Costas, M. Esther Vázquez López, M. Isabel López-Conde, Ramón Morales Redondo  
Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

**Introducción:** Los accidentes constituyen la primera causa de mortalidad en los primeros 15 años de vida, ocupando las quemaduras el segundo lugar en frecuencia tras los accidentes de tráfico. Tienen importancia por varias razones: 1) El gran número de enfermos que genera anualmente. 2) La prolongada

hospitalización. 3) La prolongada convalecencia. 4) La repercusión económica. 5) la gran morbimortalidad.

**Objetivos:** Se pretende revisar todos los casos de niños con quemaduras durante 6 años en nuestro centro hospitalario para conocer los datos epidemiológicos, agente causal, tipo de quemadura, tiempo de hospitalización y repercusión en estos niños, así como valorar la posibilidad de medidas preventivas en este tipo de accidentes.

**Material, pacientes y métodos:** Se revisan las historias clínicas de 175 niños menores de 14 años que ingresaron en nuestro centro por quemaduras, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2001. Se estudiaron: 1) Las características epidemiológicas: edad, sexo, estación del año, medio rural o urbano, lugar de producción de la quemadura y agente causal. 2) Tipo de quemadura según su profundidad y extensión, así como localización corporal. 3) La indicación de traslado a centro de referencia de quemados. 4) Necesidad de autoinjerto. 5) Tiempo de hospitalización.

**Comentarios:** En nuestra serie los accidentes por quemadura fueron más frecuentes en < 4 años (66,2%), sobre todo en < 2 años (73%) y más en niños (56,57%) que en niñas (43,42%). En el medio rural se observaron más casos (66,1%). En verano la incidencia fue mayor (29,1%). El agente principal fue la escaldadura (62,2%) y el lugar el interior del hogar (72,5%), sobre todo en la cocina. Las lesiones más frecuentes fueron las de extensión < 10% (90,28%) y de 2º grado (42,8%), con una localización más frecuente en EESS (49,71%). La necesidad de autoinjerto (4%) y la estancia media (10,89 días) son considerables. El traslado a centro de quemados supuso el 2,28%.

**Conclusiones:** Estas valoraciones nos deben hacer reflexionar que el niño está expuesto a un peligro potencialmente importante e incluso mortal y que se puede prevenir con medidas de educación sanitaria ya que es en la propia casa donde con más frecuencia se producen.

## GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA

### ZONA PÓSTER II (PLANTA SEGUNDA DEL AUDITORIO)

**P126** **17:00 h**

#### PLANTEAMIENTO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN LA OBSTRUCCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR

José M. Rumbao Aguirre, Elena Gómez Guzmán, Juan J. Gilbert Pérez, Cristina Herraiz Perea, Macarena Ibáñez Ruiz, Jesús Jiménez Gómez, Emilia García Menor  
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Objetivos:** La obstrucción de la vena cava inferior es una patología grave con un progresivo deterioro de la función hepática. Conocer la etiología y los planteamientos terapéuticos nos permitirá un adecuado abordaje de estos pacientes.

**Métodos:** A partir de nuestro caso se analizan las posibles etiologías (tabla). Acorde con la función hepática y la clínica se establecen las opciones terapéuticas.

**Evolución:** Los estudios etiológicos resultaron normales. Dentro de las causas hematológicas se detectó un anticuerpo anticardiolipina débilmente positivo. La función hepática permanece conservada. Aún siendo negativos los marcadores au-

toinmunes, la mejoría clínica al instaurar tratamiento con corticoides así como la existencia de vasculitis retinianas, úlceras perianales e historia previa de artritis nos sugiere una patología autoinmune, siendo la enfermedad de Behçet (EB) la causa más probable. Las pruebas de imagen (ecografías abdominales, ecocardiografías, cavografías y angiioresonancia hepática) nos localizan el trombo desde la bifurcación de las renales hasta el límite de la aurícula derecha, permaneciendo sólo la suprahepática derecha permeable. La vena porta se mantiene no trombada. Esto, junto con la función hepática estable y una clínica asintomática, hacen que el tratamiento más adecuado sea la anticoagulación oral (aco) tras fibrinólisis previa.

**Comentarios:** La EB constituye una causa poco frecuente de obstrucción de vena cava inferior. Su tratamiento consiste en instaurar corticoides. El tratamiento definitivo se basa en la presencia de síntomas y en la función hepática. En asintomáticos se trata con aco. En sintomáticos con función hepática normal se planteará la angioplastia. Cuando se altera la función, la alternativa es el trasplante hepático.

#### Etiología de la obstrucción vena cava inferior

|   |
|---|
| Trombosis   |
| Mieloproliferativos   |
| Síndrome antifosfolípido  |
| Hemoglobinuria paroxística nocturna                               |
| Alteración de la coagulación, fármacos                            |
| Miscelánea:   |
| Behçet, celiaquía, sarcoidosis, colitis ulcerosa, conectivopatías |
| Invasión endoluminal  |
| Compresión externa  |
| Infecciosas, quistes, neoplasias, aneurismas, poliquistosis       |
| Insuficiencia cardíaca congestiva                                 |
| Obstrucción membranosa  |
| Origen desconocido  |

**P127**

#### HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA: APORTACIÓN DE UN CASO

Sonia Díaz Rielo, Ana Aguirre Unceta-Barrenechea, Raquel Fernández Martínez, Javier Calzada Barrena, María García Barcina, Helena Lorenzo Garrido, Emilio Martín Bejarano  
Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

**Introducción:** La hemocromatosis hereditaria es una enfermedad autosómica recesiva que cursa con sobrecarga férrica progresiva en células parenquimatosas del organismo, lo que en último término resulta en insuficiencia funcional. En la gran mayoría de los casos es producida por mutación en el gen HFE, localizado en el brazo corto del cromosoma 6.

Presentamos el caso clínico de una niña de 9 años que acude a consultas externas de gastroenterología infantil por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, periumbilical, prácticamente diario, de largo tiempo de evolución que se ha incrementado en los últimos 2 meses. Aporta una analítica realizada en su ambulatorio con un hierro de 158 µg/dl, ferritina 193 ng/ml y transferrina 186 mg/dl.

**Exploración:** Peso 24,600 kg (P10-25), talla 122,5 cm (P3-10). Resto sin hallazgos significativos.

**Exámenes complementarios:** 1) Hematimetría y bioquímica normales. 2) Metabolismo férrico: hierro 147  $\mu\text{g}/\text{dl}$ , ferritina 122 ng/ml, transferrina 200 mg/dl, índice de saturación de transferrina 58%. 3) Estudio molecular genético: homocigoto mutado para la posición C282Y del gen HFE compatible con hemocromatosis hereditaria.

**Evolución:** Se sigue una actitud conservadora realizándose controles periódicos clínicos y analíticos de las constantes del metabolismo férrico y función hepática.

**Discusión:** La hemocromatosis hereditaria se desarrolla en la mayor parte de los casos en la vida adulta, siendo poco frecuente su presentación en la infancia. Se diagnostica cada vez más como hallazgo incidental, ante una elevada saturación de transferrina o ferritina elevada y menos en base a criterios clínicos. La determinación de las mutaciones del gen HFE está indicada en todo individuo con evidencia de sobrecarga férrica y ha modificado el protocolo diagnóstico de esta enfermedad.

## P128

### PERFIL CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS

M. Teresa Fernández Castaño, M. Carmen de Fuentes Acebes, José Manuel Marugán de Miguelsanz, Raquel Álvarez Ramos, Ignacio Ledesma Benítez, Laura Regueras Santos, Cristina Iglesias Blázquez

Hospital de León, León.

**Objetivo:** Análisis de las formas de presentación clínica de la enfermedad celiaca y de su variación en el tiempo.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, de las variables clínicas de la enfermedad celiaca, en los casos diagnosticados en nuestro centro desde 1.991 hasta 2.004. La comparación de variables cuantitativas se realiza por el test t de Student, y de variables cualitativas por Chi2 (error alfa del 5%), con el programa SPSS.

**Resultados:** Se han diagnosticado 75 nuevos casos de la enfermedad, con una edad media de  $46,8 \pm 43,4$  meses, 47 de los cuales eran mujeres (62,7%). Presentan forma clásica el 69,3%, oligosintomática el 22,7%, y detectados en cribado el 8%, con una edad media de 26,7, 87,4 y 103,1 meses respectivamente. El número de casos/año ha ido creciendo progresivamente pasando de 2,71 casos/año de media entre 1991-1997, a 8 casos/año entre 1998-2004. En la clásica los síntomas más frecuentes son: diarrea crónica (82,7%), distensión abdominal (80,8%), anorexia (76,9%) y malnutrición (75%), y en las formas oligosintomáticas el síntoma guía para el diagnóstico fue dolor abdominal recurrente en 6 casos, talla baja 4, anemia ferropénica 4, y otros (3 niños). Los 6 casos de cribado fueron 5 en familiares de primer grado, y 1 en síndrome de Down. Globalmente presentaron enfermedades asociadas de interés 11 niños: déficit de IgA 2 casos (2,6%), dermatitis herpetiforme (2,6%), diabetes (2,6%), hipotiroidismo (2,6%), epilepsia (1,3%), hipogammaglobulinemia (1,3%), y síndrome Kartagener (1,3%). Presenta ferropenia el 71,8%, y elevación de GPT el 45%. No hay diferencias entre formas clásicas y el resto en la edad de introducción de gluten, duración de lactancia materna, ni ferropenia, pero sí de aumento de GPT, mayor en las clásicas ( $p < 0,05$ ). Fue DQ2 positivo el 56,9% homocigoto, el 41,3% heterocigoto, y sólo 1 niño (1,33%) fue DQ2/DQ5 negativo.

17:10 h

**Conclusiones:** Se observa un incremento progresivo en el diagnóstico de enfermedad celiaca, y formas no clásicas. Casi todos son DQ2 y/o DQ5 positivos, y casi la mitad presentan hipertransaminasemia al diagnóstico, más en las formas clásicas.

## P129

### INDICACIONES DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO EN EL HOSPITAL NACIONAL "GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN". LIMA (PERÚ)

Isabel Soledad Casas Gallegos, Fernando Bobadilla Chang, José Carlos Chamán Ortiz, Martín Padilla Machaca  
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima (Perú).

17:15 h

**Objetivos:** Determinar las indicaciones más frecuentes de THP (Trasplante hepático pediátrico), los resultados de los 4 primeros THP realizados así como las características clínico epidemiológicas de los pacientes en lista de espera.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó 33 pacientes menores de 18 años con diagnóstico de enfermedad hepática en el Servicio de Cirugía y Trasplante de Hígado de un Hospital peruano nivel IV durante el período 2000-2003.

**Resultados:** El 58% correspondió al sexo masculino. Cerca del 45% eran menores de 2 años. El grupo sanguíneo O (+) fue el más frecuente (70%).

El 70% procedía de zona urbana.

La indicación más frecuente de THP fue AVBEH (Atresia de vías biliares extrahepática) (46%). El 53% fue sometido a Hepatoportoenterostomía de Kasai, de estos del 74% se realizó entre los 60-100 días de vida.

El 76% (25) presentaba Cirrosis hepática.

Fueron clasificados como Child B 48%, UNOS 2B 64% y PELD  $\leq 10$  en 64%.

Los hallazgos más frecuentes fueron ictericia e hipertransaminasemia (90%).

El 3% presentó infección por Hepatitis viral B y Hepatitis viral C. El 30% (10) de los pacientes atendidos fallecieron desde su inclusión al programa.

El 40% presentaba desnutrición crónica y 61% hipoalbuminemia. El 12% (4) de los pacientes fueron sometidos a THP, siendo la indicación más frecuente la AVBEH. El 75% fue con donante vivo relacionado.

El retrasplante fue 0%.

El 50% de los postrasplantados de hígado presentó desnutrición crónica.

**Conclusiones:** La AVBEH constituye la indicación más frecuente de THP. La evolución de los 4 pacientes postrasplantados es buena con lo que podemos afirmar que el THP en nuestro país es una realidad constituyendo una alternativa terapéutica para los niños con enfermedad hepática terminal.

## P130

### QUISTES PRIMARIOS EPIDERMÓIDES EN BAZO

Patricia Pernas Gómez, Celia M. Rodríguez Rodríguez, M. Carmen García Barreiro, Cristina Lorenzo Legerén, Susana Rey García, Gemma Novoa Gómez, Clara García Cendón, Yolanda Pérez Saldeño, Manuel Garrido Valenzuela, Balbino Gómez del Teso  
Complejo Hospitalario, Ourense.

17:20 h

**Introducción:** Los quistes en bazo se clasifican como primarios o secundarios según presenten o no revestimiento epitelial.

Los quistes primarios son excepcionales en pediatría dividiéndose en parasitarios y no parasitarios (congénitos benignos o neoplásicos). Debido a su baja incidencia no hay suficiente evidencia sobre el tratamiento ideal aunque se intenta una cirugía cada vez más conservadora.

**Caso clínico:** Escolar de 12 años que consulta por dolor abdominal de 3 meses de evolución de carácter intermitente y localización difusa. Clínicamente sólo destaca discreto dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas sin masas ni visceromegalias. Hemograma, frotis periférico, pruebas de coagulación, bioquímica convencional, pruebas reumáticas, inmunoglobulinas, orina y test del hidrógeno espirado, sin alteraciones. En ecografía abdominal se observan 2 imágenes quísticas en bazo, adyacentes, de aproximadamente 53 x 59 mm y 37 x 37 mm. En la tomografía (TC), aparecen 2 lesiones en parte anterior del bazo de 6 y 3 cm de diámetro. La de mayor tamaño con calcificaciones en la pared. Planteándose el diagnóstico diferencial de quistes parasitarios y quistes primarios congénitos se realiza serología de hidatidosis con resultado negativo y niveles de CEA < 0,3 ng/ml, Ca 19,9 175 U/ml alfafetoproteína 1,4 ng/ml. Se realiza esplenectomía total, apareciendo 2 lesiones quísticas ocupando toda la cara medial del bazo. La histología reveló que se trataban de quistes primarios con revestimiento epitelial escamoso y cápsula fibrosa densa. La evolución posterior fue favorable con descenso de los niveles de Ca 19,9 a 17 U/ml al cabo de 1 mes de la intervención.

**Discusión:** Aunque raros, los quistes esplénicos no parasitarios han aumentado su incidencia con la extensión de la ecografía. Esta y la TC son de elección para el diagnóstico. De gran interés es la producción, como en este caso, de Ca 19,9 por las células de tipo escamoso de la pared del quiste y la normalización tras la cirugía como en otros trabajos publicados. El tratamiento debe ser lo más conservador para evitar complicaciones infecciosas. Nuestro caso requirió esplenectomía total debido a la localización y a la imposibilidad de dejar al menos un 25% del órgano libre.

### P131 17:25 h ENFERMEDAD CELÍACA, DIABETES TIPO I Y TIROIDITIS AUTOINMUNE: FORMA DE PRESENTACIÓN Y PREVALENCIA DE SU ASOCIACIÓN

Anna Champer Blasco, Amadeu Roca I Comas, Francisco Javier Herrero Espinet, M. del Mar Peñas Boira, José Sánchez Jiménez, Anna Ballester Martínez

Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella, Barcelona y Corporació de Salut del Maresme i la Selva-Hospital Comarcal de Blanes, Girona.

La asociación de Enfermedad Celíaca (EC) y enfermedades endocrinológicas de base inmunológica es conocida. Existe una fuerte asociación entre EC y Diabetes tipo I (DM). También se ha descrito una asociación, menos importante, en EC y enfermedad tiroidea autoinmune (TA). No se conoce la asociación entre EC y otras endocrinopatías de base inmunológica.

**Objetivos:** 1) Conocer la prevalencia de la asociación de EC, DM y TA en nuestro medio. 2) Investigar la forma de presentación de estas asociaciones.

**Métodos:** Estudio prospectivo iniciado en noviembre 2002. *Casos:* se incluyen los pacientes diagnosticados de EC, DM y/o TA. Registro de sexo, edad y año de la enfermedad de debut, así como el tiempo de latencia y año de debut de las enfermedades asociadas. *Determinaciones periódicas:* Ac antitiranglutaminasa (TTG), Ac antiendomiso (EMA), Ac anti GAD, Ac anti

Insulina (IAA), anti IA2. *Diagnóstico de EC:* se realiza mediante Biopsia Intestinal (Marsh 3 o superior). Estudio estadístico: métodos estadísticos descriptivos.

**Resultados:** Se incluyen un total de 62 casos. Enfermedad de debut: DM: 25 casos (40%), sexo 16 niños/9 niñas, edad media 11,5 años (DE:  $\pm$  3,9 Rango: 1-14). TA: 17 casos (23%), sexo 3 niños/14 niñas, edad media 10,4 años (DE:  $\pm$  2,59 Rango: 6-14). EC 20 casos (32%), sexo 7 niños/13 niñas, edad media 4,6 años (DE:  $\pm$  3,4 Rango: 1-13). Patología asociada: EC con DM: 2 casos y DM con TA: 2 casos. Tiempo de latencia entre el diagnóstico de DM y la otra enfermedad: 3 años (DE  $\pm$  2,31). No se observan otras combinaciones en esta serie.

**Conclusiones:** La prevalencia de asociación entre estas tres enfermedades es del 6%. El 10% de celíacos presenta también una Diabetes. La enfermedad inicial en el 100% ha sido la DM. La asociación DM con TA (3%) y DM con EC (3%) se presentan con la misma frecuencia. El intervalo de tiempo entre el debut diabético y el diagnóstico de otra enfermedad asociada es de 3 años (DE  $\pm$  2,31).

### P132 17:30 h SÍNDROME HEPATOPULMONAR: UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA EN EL NIÑO

Juan J. Gilbert Pérez, Cristina Herraiz Perea, José M. Rumbao Aguirre, Elena Gómez Guzmán, Macarena Ibáñez Ruiz, Emilia García Menor, Jesús Jiménez Gómez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** El síndrome hepatopulmonar (SHP) es una complicación poco frecuente que se presenta en pacientes con hepatopatía crónica, consecuencia de la hipertensión portal que conlleva vasodilatación y formación de shunt a nivel pulmonar. Su manifestación clínica fundamental es la hipoxemia, realizándose el diagnóstico mediante ecocardiografía, gammagrafía pulmonar y arteriografía pulmonar.

**Caso clínico:** Niño de 10 años de edad, diagnosticado de atresia de vías biliares e intervenido a los 2 meses de edad, con realización de anastomosis portoentérica de Kasai, que ingresa por fiebre de 24 h de evolución. En la exploración se observa cianosis central, acropaquias, auscultación normal, abdomen globuloso y signos de ascitis. En las exploraciones complementarias destaca la ecografía abdominal donde se observa un hígado cirrótico, signos de hipertensión portal y ascitis, la ecocardiografía muestra paso de microburbujas de suero salino agitado a cavidades izquierdas, sugestivo de la existencia de shunt arteriovenosos pulmonares y en la gammagrafía pulmonar realizada con Albúmina marcada con tecnecio (TcMAA) se visualizan órganos sistémicos, indicativo de presencia de cortocircuito derecha-izquierda, siendo el 32,1% el flujo venoso pulmonar que contribuye a la actividad sistémica. Ante el diagnóstico de síndrome hepatopulmonar y el empeoramiento de la función hepática se incluye en lista para trasplante hepático ortotópico. En la actualidad se encuentra ingresado en nuestro centro precisando oxígeno continuo y en tratamiento por peritonitis bacteriana espontánea.

**Comentarios:** El síndrome hepatopulmonar es una entidad muy poco conocida, siendo el único tratamiento efectivo el trasplante hepático. El grado de afectación pulmonar marcará el pronóstico tras este, de ahí la importancia de su diagnóstico precoz y seguimiento exhaustivo de los niños con afectación hepática.

**P133****PANCREATITIS CRÓNICA ASOCIADA A MUTACIÓN DEL GEN CFTR**

Nathalie Dedieu, Daniel Fuentes, Lucrecia Suárez Cortina, Héctor Escobar Castro

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**17:35 h**

En los últimos años, la prevalencia de la pancreatitis crónica idiopática (PCI) ha disminuido gracias a la identificación de factores etiológicos como microlitiasis, alteraciones genéticas y enfermedades autoinmunes. Se estima que aproximadamente el 20% de los pacientes con PCI son portadores de al menos una mutación del gen regulador transmembrana de la fibrosis quística (CFTR), siendo aconsejable descartarlas mediante un estudio genético exhaustivo.

Presentamos el caso de un niño de 8 años con dolor abdominal agudo severo de 48 h de evolución y vómitos biliares. A la exploración solo destacaba un dolor abdominal difuso algo más intenso en epigastrio. *Análítica:* leucocitosis con elevación de amilasa, lipasa y tripsina séricas. Ecografía abdominal compatible con pancreatitis aguda. El cuadro se resolvió favorablemente pero a los dos años y medio presentó un nuevo episodio de pancreatitis. En este momento la tomografía axial computarizada demostró un páncreas atrófico con pseudoquiste estableciéndose el diagnóstico de pancreatitis crónica (PC) confirmandose mediante colangiografía magnética. El paciente presentaba una función pulmonar normal así como un test del sudor negativo. Se realizó entonces estudio del gen CFTR utilizando electroforesis de gel gradiente desnaturalizante (DGGE) y polimorfismo de conformación de cadena simple (SSCP). Se utilizaron marcadores intragénicos IVS8-6(T), IVS8CA e IVS17bTA encontrándose una mutación clasificada como I148T con haplotipo 7T-16-7/9T-23-7, identificada también en su padre. Esta mutación del CFTR, generalmente asociada a insuficiencia pancreática, es muy rara en nuestro medio, encontrándose con mayor frecuencia en la región de Saguenay-Lac-Saint-Jean en Canadá y en el sur de Italia. Este caso es el primero hasta donde sabemos de PC asociada a esta mutación.

Aunque la PC sin alteración pulmonar es una de las múltiples variantes atípicas de la fibrosis quística (FQ), algunos autores proponen denominar estas entidades como "fibropatías" al no cumplir estrictamente los criterios diagnósticos. Continua siendo motivo de controversia el seguir o no a estos pacientes en unidades especializadas de FQ. Estudios recientes demuestran que la prevalencia de las mutaciones del gen CFTR esta infravalorada, pareciéndonos recomendable realizar un estudio genético en todos los pacientes con PCI.

**P134****ENFERMEDAD DE CROHN Y RETRASO DEL CRECIMIENTO**

José Manuel Jiménez Hinojosa, Javier Blasco Alonso, Yolanda Chica Fuentes, Olga M. Escobosa Sánchez, Vanessa Alonso Morales, M. Pilar Ranchal Pérez, Antonio Madrid Madrid, Carlos Sierra Salinas, Juan Pedro López Siguero, Antonio Jurado Ortiz Hospital Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga.

**17:40 h**

**Introducción:** Aun siendo una entidad con afectación principal del tubo digestivo, la enfermedad de Crohn (EC) puede presentarse inicialmente con alguna de sus múltiples manifestaciones extraintestinales.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 13 años con retraso del crecimiento en el último año sin otros síntomas acompañantes. Antecedentes familiares sin interés clínico. *Antecedentes personales:* Embarazo y parto sin incidencias. Lactancia materna exclusiva hasta los 2 meses; introducción correcta de alimentación complementaria. Anemia ferropénica tratada con suplementos de hierro oral a los 12 años. No menarquia. Resto sin interés clínico. *Exploración:* palidez cutáneo-mucosa, talla baja proporcionada sin dismorfias. Peso: 28,5 kg (< p3). Talla: 133 cm (< p3, -4DE). Acropaquias y uñas "en vidrio de reloj". *Desarrollo mamario:* Tanner II, sin otros signos de desarrollo puberal. Resto normal. *Pruebas complementarias:* hemograma con anemia microcítica hipocroma; bioquímica con ferropenia e hipoferritinemia; VSG: 38 mm; bioquímica sanguínea y de orina, cariotipo, estudio hormonal, anticuerpos anti-gluten, test del sudor, radiografía de tórax: normales; calprotectina en heces elevada (1.145 µg/g heces). Ecografía abdominal con datos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal crónica tipo EC confirmada posteriormente con tránsito enema opaco, gammagrafía con leucocitos marcados y endoscopia con toma de biopsias, con afectación ileocecolica moderada-severa y presencia de fistulas entero-entéricas. Se inició tratamiento con corticoides sistémicos, sulfasalazina y azatioprina orales. Presentó varias recaídas en relación con la disminución de dosis de corticoides, iniciándose tratamiento con infliximab, con buena respuesta posterior.

**Comentarios:** Destaca en este caso la ausencia de correlación entre la afectación intestinal y los síntomas digestivos, que están ausentes, siendo la única manifestación el importante retraso pondoestatural y del desarrollo sexual. Subrayar además el papel de la calprotectina como marcador de inflamación intestinal para descartar la enfermedad en estos casos, al ser una prueba no cruenta, sencilla de realizar, de bajo coste, y con una elevada sensibilidad. Comentar la buena evolución tras terapia con infliximab, indicado en casos de EC fistulizante con mala respuesta a tratamiento corticoideo.

**P135****TRICOBEOZAR GÁSTRICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD CELÍACA**

Sonia Marcos Alonso, Matilde Somoza Martín, Manuel Bravo Mata, Adolfo L. Bautista Casanovas, M. Pilar Pavón Belinchón, Lydia Monasterio Corral

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

**17:45 h**

**Antecedentes y objetivos:** La enfermedad celíaca posee una amplia variedad de formas clínicas de presentación. Nuestro objetivo es exponer un cuadro atípico de debut de EC.

**Caso clínico:** Niña de 5 años que ingresa en nuestra unidad por dolor y masa abdominal. Su familia refería que en los dos últimos años la niña ingería hilos de toallas, papel, pelo de muñecas y el suyo propio llegando a presentar áreas de alopecia. Los datos somatométricos en el momento del ingreso eran normales para su edad. En la exploración física presentaba un aspecto general aceptable y, destacaban: palidez mucocutánea, sequedad de piel y pelo ralo y quebradizo. Se auscultó un soplo sistólico eyectivo y multifocal. El abdomen estaba distendido y se palpaba una masa localizada en epigastrio y zona paramedial izquierda, de 4 x 6 cm, de consistencia dura, indolora, no adherida a planos profundos y con borde inferior romo. En el hemograma y en el estudio de hierro destacaba una anemia microcítica hipocroma. La radiografía de simple de abdomen

evidenció una marcada distensión abdominal, con un estómago ocupado por una imagen de alta densidad rodeada de un halo de gas. En el tránsito esófago-gástrico se observó una importante masa en el interior del estómago. Ante la presencia de pica, anemia ferropénica y distensión abdominal se determinaron los anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa IgA los cuales fueron positivos. Se realizó un estudio familiar de celiaquía a los padres que fue negativo. El diagnóstico definitivo de enfermedad celíaca se confirmó mediante una biopsia de mucosa de yeyuno proximal que demostró una atrofia vellositaria total (grado V de la clasificación de Metayer).

Ante el diagnóstico clínico-radiológico de tricobezoar gástrico secundario a pica, se realizó extirpación del mismo mediante laparotomía. Además, se inició dieta exenta de gluten y terapia sustitutiva con hierro.

En los cinco meses transcurridos desde el diagnóstico la evolución ha sido favorable. Se ha constatado un incremento del peso (16%) y, de la talla (2,5%). El déficit de hierro se ha corregido y la pica, según refiere la familia, ha desaparecido.

**Conclusiones:** El tricobezoar podría constituir una forma más de presentación clínica y ante su presencia debería ser descartada una enfermedad celíaca.

### P136 ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

17:50 h

Hugo Braga Tavares, Andreia Teles, Rosete Nogueira,  
Fernando Rodrigues, Cristina Costa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.

Os autores descrevem dos casos clínicos de crianças de 8 e 13 anos de idade, com história de impactação alimentar recorrente com evolução arrastada. Ambas realizaram Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que evidenciou aspectos macroscópicos de Esofagite, tendo iniciado tratamento com inibidor da bomba de prótons e sucralfato. Por recorrência de episódio de impactação alimentar foi repetida a EDA, tendo-se verificado presença de mucosa esofágica estriada e manutenção de critérios macroscópicos de Esofagite. Procedeu-se à realização de biopsia de mucosa esofágica que revelou infiltrado eosinofílico (> 20/campo de maior ampliação), critério diagnóstico de Esofagite Eosinofílica (EE). A pHmetria realizada excluiu Refluxo Gastro-Esofágico (RGE) num dos casos. Foi ainda efectuado estudo imunoalergológico que confirmou, num dos casos, a presença de alergia IgE mediada. Após instituição de corticoterapia verificou-se melhoria clínica e endoscópica evidente.

A Esofagite Eosinofílica é uma entidade clínica recentemente descrita, sub-diagnosticada, que pode ser suspeitada fortemente pelo aspecto endoscópico e cuja identificação é fundamental para uma terapêutica adequada.

### P137 COLESTASIS INTRAHEPÁTICA CON DESAPARICIÓN DE CONDUCTOS BILIARES TRAS ADMINISTRACIÓN DE AMOXICILINA-ÁCIDO CLAVULÁNICO (AAC)

17:55 h

Beatriz Larrú Martínez, M. Loreto Hierro Llanillo, M. Carmen Díaz Fernández, M. del Carmen Camarena Grande, Ángela de la Vega Bueno, Esteban Frauca Remacha, Paloma Jara Vega  
Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

**Introducción:** A pesar de que en adultos es bien conocida la colestasis hepática inducida por fármacos, sólo hay descritos en

la literatura cinco casos en niños; tres tras toma de ACC y dos secundarios a Carbamazepina e Ibuprofeno.

**Métodos:** Revisión retrospectiva del caso y de la bibliografía relacionada.

**Resultados:** Se trata de una niña de 2 años y 11 meses sin antecedentes personales ni familiares de interés salvo la toma de AAC (40 mg/kg/d) durante 8 días previos a la aparición de un cuadro de un mes de evolución de intenso prurito, ictericia, heces hipocólicas y coluria con hepatomegalia de 4 cm en la exploración. En los controles analíticos se observó aumento progresivo de los parámetros de colestasis con cifras máximas de; Bilirrubina total: 21,8 mg/dl, Bilirrubina conjugada 13,23 mg/dl, GGT: 1.253 U/l, Fosfatasa alcalina: 3.765 U/l, GOT: 301 U/l y GPT: 219 U/l. En la biopsia hepática se confirmó marcada colestasis de tipo intrahepático con pobreza extrema de conductos biliares. Tras descartar una etiología autoinmune, metabólica o infecciosa del proceso se comenzó tratamiento con fenobarbital, resinolectiramina, vitaminas liposolubles y ácido ursodesoxicólico (AUD). La paciente mejoró progresivamente con desaparición completa de la ictericia a los 6 meses. Un año después del comienzo del cuadro se repitió la biopsia hepática en la que solo se objetivó moderada fibrosis portal con mínima alteración inflamatoria. Tras la interrupción del tratamiento con AUD la paciente no presentó manifestaciones clínicas ni analíticas de colestasis.

**Conclusiones:** Aunque la colestasis intrahepática con desaparición de los conductos biliares es una enfermedad rara en niños previamente sanos, puede tener un curso potencialmente grave por lo que debe considerarse cuando se empleen anti-bióticos como AAC.

### P138 CUERPOS EXTRAÑOS EXTRAÍDOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN LOS ÚLTIMOS 9 AÑOS

18:00 h

José Antonio Gil Sánchez, Susana Fuertes Blas, Cristina Maroto García, Antonio Rossell Camps, Juana M. Román Piñana  
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Baleares).

**Introducción:** La ingesta de cuerpo extraño constituye el segundo motivo de endoscopia digestiva alta urgente en la edad pediátrica. En la mayoría de los casos, los cuerpos extraños serán eliminados a través de recto y no ocasionarán ningún problema. En otros casos, el cuerpo extraño puede quedar estacionado en diferentes partes del aparato digestivo lo que puede obligar a su extracción con mayor o menor celeridad dependiendo del tipo de cuerpo extraño o de su localización.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los cuerpos extraños extraídos por endoscopia digestiva alta, en Hospital Son Dureta, entre 1996 y 2005.

**Objetivo:** Conocer la distribución por edad y sexo, así como las características y localización en el aparato digestivo de los cuerpos extraños extraídos por endoscopia durante el período de tiempo evaluado.

**Resultados:** Se han realizado un total de 16 extracciones (9 en niños y 7 en niñas). La edad media ha sido de 3 años y dos meses, con un intervalo entre 6 años y 15 meses. Los cuerpos extraños extraídos fueron de distinta morfología, siendo los más

frecuentes las monedas (7) y en menor cantidad las pilas de botón (3), alimentos (3), clips de pelo (2) y agujas (1). La localización más frecuente donde se han hallado estos objetos es el estómago (8), seguido del esófago (7), y finalmente del duodeno (1). No se han producido complicaciones en ninguno de los pacientes que forman parte de nuestro estudio.

**Conclusiones:** En nuestra área no hay variaciones desde el punto de vista epidemiológico con respecto a lo que se refleja en la literatura, siendo los objetos más frecuentes las monedas, la localización de los mismos, en la mayoría de los casos el estómago y la edad de los pacientes inferior a 5 años. El tratamiento consistirá en la observación de la eliminación por vía rectal o en la extracción. El tomar una u otra actitud dependerá del tipo de objeto ingerido, de su localización y del tiempo de estancia en el aparato digestivo.

### P139 18:05 h HEMATOMA INTRAMURAL DUODENAL POSBIOPSIA EN NIÑOS

Montserrat Izquierdo Renau, Ana López Montes, Cinta Sangüesa Nebot, Carmen Ribes Koninckx, Antonio Pereda Pérez  
Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Para el diagnóstico de enfermedad celiaca es preceptivo el estudio histológico de la mucosa intestinal. La biopsia intestinal se realiza habitualmente con cápsula de Watson-Crosby, incorporándose recientemente técnicas endoscópicas.

El hematoma duodenal intramural es una complicación infrecuente de estos procedimientos. Nuestro centro cuenta con una experiencia de más de 30 años en la realización de biopsias intestinales con cápsula sin presencia de complicaciones.

Se comunican 2 casos de hematoma duodenal intramural tras biopsia endoscópica remitidos a nuestra unidad. Se revisan aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

**Caso 1:** Niño de 12 años, dolor abdominal y vómitos 24 h tras realización de biopsia. Hematoma en 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> porción de duodeno evidenciado por ecografía y TC. Aumento de amilasa. Tratamiento conservador con nutrición parenteral total durante 21 días. Resolución comprobada por ecografía en un mes.

**Caso 2:** Niña de 5 años, dolor abdominal, defensa y vómitos biliosos 24 h posbiopsia. Diagnóstico de hematoma duodenal en 3.<sup>a</sup> porción de duodeno e íleon proximal por ecografía y TC. Elevación de la amilasa. Actitud expectante con nutrición parenteral total y resolución en un mes.

**Conclusiones:** 1) En nuestra experiencia, el hematoma intramural duodenal es una complicación infrecuente de la biopsia intestinal. Debe sospecharse ante la presencia de clínica obstructiva tras un período libre de sintomatología en las primeras horas tras la biopsia. 2) El tratamiento consiste en una actitud expectante, con nutrición parenteral total. Se reserva la cirugía para casos de mala evolución. 3) Nuestros pacientes cursaron con hiperamilasemia transitoria. En la literatura se recogen casos de pancreatitis crónica secundaria. 4) En nuestra experiencia y en la literatura revisada, esta complicación aparece con mayor frecuencia asociada a biopsia por endoscopia. 5) Sería conveniente la realización de las biopsias intestinales en centros especializados de gastroenterología y endoscopia pediátrica.

### P140 18:10 h DISMINUCIÓN DEL FACTOR XIII DE COAGULACIÓN COMO CAUSA DE HEMORRAGIA SEVERA INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Miriam Blanco Rodríguez, Cristina Ruiz Serrano, Rocío Benítez Fuentes, Ana Leal Orozco, Mercedes Bernacer Borja, Mercedes Ruiz Moreno

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Introducción:** Entre los síntomas asociados a la enfermedad de Crohn, en raras ocasiones, puede existir hemorragia intestinal resistente al tratamiento convencional. El estudio habitual no suele evidenciar fácilmente la causa del sangrado.

**Caso clínico:** Varón de 13 años de edad que consultó por fistula anal ulcerada desde hacía un mes. EF: Talla en P10 (talla diana en P50), discreto edema de labios superior e inferior y gran lesión ulcerada a nivel perianal y anal que se extendía hacia recto, sin otras alteraciones aparentes. Los estudios de hematimetría, VSG, bioquímica sanguínea básica, inmunoglobulinas, tiempos de coagulación y autoinmunidad, fueron normales. Una endoscopia rectal y colónica manifestó diversas úlceras, una de ellas fistulizada, en colon e íleon terminal. Las biopsias intestinales mostraron ileocolitis granulomatosa, compatible con enfermedad de Crohn. Se inició tratamiento médico con mesalazina, esteroides y antibióticos, añadiéndose posteriormente azatioprina ante la evolución tórpida de la úlcera perianal. Mejoró clínicamente hasta que, a los siete meses del diagnóstico, comenzó con hemorragia digestiva severa, que fue recidivante y requirió ingreso y varias transfusiones de concentrado de hemáties. El estudio de coagulación fue normal, pero ante la asociación, publicada en raros casos, de consumo del factor XIII de coagulación con esta entidad, se realizó su cuantificación, encontrándolo en una actividad del 44%. Su reposición a dosis de 15 mg/kg/día se acompañó de progresiva disminución de las melenas hasta desaparecer totalmente en 7 días, coincidiendo con actividad del factor XIII del 97%. Dos años después, el paciente se mantiene asintomático, con buena nutrición y magnífico estado general, habiendo desaparecido totalmente la fistula y úlcera perianal.

**Comentarios:** La actividad del factor XIII se asocia de manera inversa a la gravedad clínica y a la tasa de sangrado digestivo en la enfermedad de Crohn. En casos de hemorragia digestiva asociada a enfermedad inflamatoria intestinal debe estudiarse el factor XIII y reponerlo si tuviera baja actividad. Hasta ahora no se conoce la vinculación del descenso de dicho factor con la enfermedad de Crohn.

### P141 18:15 h COLEDOCOLITIASIS EN PEDIATRÍA: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO MEDIANTE ESFINTEROTOMÍA Y EXTRACCIÓN

Sara Marín Uruña, Manuel Pérez-Miranda Castillo, Hermógenes Calero Aguilar, Carlos Alcalde Martín, Rafael del Villar Galán  
Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

**Introducción:** La litiasis biliar en niños es una patología muy poco frecuente. Su incidencia en menores de 16 años se encuentra entre el 0,15 y el 0,22%, con mayor prevalencia en la pubertad. La terapéutica bilioendoscópica mediante colangio-

pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el estándar en adultos y se emplea cada vez más en niños, aunque en nuestro medio la experiencia es escasa.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un niño de 5 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de vómitos y abdominalgia de 2 semanas de evolución. Refiere coluria e ictericia. Astenia y leve decaimiento. Afebril. A la exploración destaca ictericia en cara y tronco y un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con hígado de 1 cm bajo reborde costal. No se palpa bazo. Resto normal.

Análiticamente destacan signos de colestasis: bilirrubina total de 7,5 mg/dl con componente directo de 6,5 mg/dl, GOT: 205 U/l, GPT 392 U/l, GGT 251 U/l. Resto normal. Ecografía abdominal: Cálculo de 10 mm de diámetro en la vesícula y severa dilatación de la vía biliar intrahepática y del hepatocolédoco (12,6 mm de diámetro) con gran cálculo impactado (12 mm de diámetro).

Ante el diagnóstico de coledocolitiasis se decide realizar, bajo anestesia general, extracción del cálculo por CPRE. Tras la esfinterotomía endoscópica, el cálculo se fragmenta mediante litotricia mecánica, extrayéndose completamente en varios fragmentos. La evolución posterior del niño es favorable, sin complicaciones de la técnica. Al día siguiente se inicia tolerancia oral satisfactoriamente. Normalización analítica progresiva. No signos clínicos ni analíticos de infección. Es dado de alta a las 72 h, comprobando mediante colangiografía la ausencia de cálculos en el colédoco. Pendiente de colecistectomía.

**Conclusión:** La extracción endoscópica de cálculos del colédoco mediante CPRE es una técnica segura y eficaz también en niños. La CPRE urgente seguida de colecistectomía en un segundo tiempo parece una opción más resolutive y menos invasiva que la colecistectomía con coledocotomía por vía abierta que hasta hace poco se realizaba. En centros de alto volumen la mayor parte de la patología biliopancreática infantil puede tratarse endoscópicamente mediante CPRE.

## P142 18:20 h ESOFAGITIS INDUCIDA POR DOXICICLINA

Miriam Blanco Rodríguez, Cristina Ruiz Serrano, Rocío Benítez Fuentes, Nieves Domínguez Garrido, Mercedes Bernacer Borja  
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Introducción:** La esofagitis asociada a tratamientos farmacológicos es frecuente en adultos, pero excepcional en pediatría. Se debe fundamentalmente a la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos y de tetraciclinas, produciéndose cuando estas últimas se toman con escasa cantidad de agua o en posición de decúbito.

**Caso 1:** Paciente de 16 años con un cuadro de 5 días de evolución de dolor epigástrico, disfagia para sólidos y líquidos, que no ha mejorado con omeprazol. En tratamiento con doxiciclina por acné desde hace 15 días, ingiriendo los comprimidos antes de acostarse y con escasa cantidad de agua.

**Exploración física:** Aceptable estado general. Dolor continuo en región infraesternal. ACP y abdomen normales. No otros hallazgos patológicos.

**Pruebas complementarias:** Hemograma y bioquímica normales. Radiografía de tórax: sin alteraciones. ECG: normal. Esofagos-

copia: erosión en tercio medio, cardias y esófago distal normales. Biopsia mucosa esofágica: erosión inespecífica.

**Evolución:** Tras suspender el tratamiento con doxiciclina mejora progresivamente hasta desaparecer los síntomas, normalizándose la endoscopia a las 4 semanas.

**Caso 2:** Paciente de 15 años que presenta odinofagia, disfagia progresiva para sólidos y líquidos junto con dolor retroesternal, desde hace una semana. Recibe tratamiento con doxiciclina por acné desde hace 3 semanas.

**Exploración física:** Regular estado general. Normocoloreada. Dolor retro e infraesternal. Abdomen normal. ACP normal. No otros hallazgos patológicos.

**Pruebas complementarias:** Hemograma y bioquímica sanguínea normales. Radiografía de tórax normal. ECG normal. Esofagos-copia: erosión en tercio medio esofágico con placas de color blanco-amarillento. Biopsia de mucosa esofágica: presencia de úlceras con invasión de la submucosa por hifas. Cultivo positivo para *Candida albicans*.

**Evolución:** mejoría progresiva tras la suspensión de la doxiciclina y la administración de nistatina.

**Comentarios:** Es fundamental una completa historia clínica que refleje los tratamientos que recibe el paciente. Se debe instruir acerca de la forma de administración de fármacos como las tetraciclinas, para evitar determinados efectos secundarios. Dada la posible colonización por *Candida albicans* en la esofagitis por tetraciclinas, conviene añadir antifúngicos al tratamiento de la misma.

## P143 18:25 h CORRELACIÓN CLÍNICO-ENDOSCÓPICA EN 63 CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Patricia Pernas Gómez, Yolanda Pérez Saldeño, Clara García Cendón, Celia M. Rodríguez Rodríguez, M. Carmen García Barreiro, Cristina Lorenzo Legerén, Susana Rey García, Gemma Novoa Gómez, Carlos García Rodríguez, Santiago Fernández Cebrián  
Complejo Hospitalario, Ourense.

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta (HDA) es poco frecuente en pediatría y no suele tener repercusiones graves pero la menor eficacia de los mecanismos compensadores en el niño hace necesaria una evaluación completa de la misma.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 63 casos de HDA a la totalidad de los cuales se practicó una endoscopia digestiva alta (EDA). Los datos fueron sometidos a tratamiento estadístico.

**Resultados:** De 63 casos de HDA, el 55,9% eran niños y el 44,1% niñas. Edad media fue de 6,6 años. El 50,8% correspondía a sangre roja fresca, el 37,7% a "posos café" y coexistía hemorragia digestiva baja (HDB) en un 11,5%. En 24 pacientes existía antecedente de enfermedad digestiva; 36,6% reflujo gastroesofágico, 34,1% dolor abdominal recurrente, 12,2% esofagitis, 9,8% gastritis, 4,9% intolerancia a proteínas de leche de vaca y 2,4% duodenitis. En estos pacientes se encontraron diferencias en cuanto a la presentación siendo la más frecuente en forma de sangre roja, aunque con  $p > 0,05$ . Otros síntomas acompañantes fueron: vómitos 90%, dolor abdominal 54%, diarrea 8% y epistaxis 2%. El nivel medio de hemoglobina fue de 12,8 (IC 95% 12,4, 13,2), hematocrito 38,3% (IC 95% 37,1, 39,5) y plaquetas 328.460 (IC 95% 302.590, 354.330). Sólo en un 4,3% las pruebas de coagulación presentaban alguna alteración. Los niveles de hemoglobina y hematocrito fueron menores en los

casos que coexistía HDA y HDB y en presentación en "posos de café" sin llegar a la significación estadística. La media de PAS fue de 109,3 (IC 95% 104,4, 114,2) y PAD 60,2 (IC 95% 54,8, 65,5). Los hallazgos endoscópicos más frecuentes: Hiperemia mucosa gástrica 37,7%, erosiones superficiales gástricas 23%, hiperemia duodenal 23%, reflujo gastroesofágico 19,7%, nodulación duodenal 14,8%, sin hallazgos 19,7% y otros.

**Conclusiones:** Destaca la presencia de antecedente de enfermedad digestiva en 38% de los casos y ausencia de complicaciones graves, sin repercusión hemodinámica, confirmando que en edad pediátrica la HDA no suele tener consecuencias graves. Endoscópicamente se demuestra ausencia de lesiones en un alto porcentaje y baja incidencia de úlceras digestivas. Ante estos datos y a pesar de que la EDA es el método diagnóstico de elección se plantea su uso sólo en casos seleccionados.

## INFECTOLOGÍA

### P144 17:00 h TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIRRESISTENTE

Fernando Santos Simarro, Fernando Baquero Artigao, Clara García-Bermejo García, Fernando del Castillo Martín, M<sup>a</sup> Jesús García-Miguel  
Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** Existe poca experiencia en el manejo de la tuberculosis multirresistente en niños. Presentamos un caso de enfermedad pulmonar tuberculosa multirresistente, en tratamiento directamente observado y en seguimiento durante un año.

**Métodos:** Niña de seis años, procedente de Ecuador, enviada a nuestro servicio al haber sido su madre diagnosticada de enfermedad pulmonar tuberculosa multirresistente (resistente a Isoniazida, rifampicina, estreptomina y rifabutina). Se le realiza Mantoux: 18mm. Hemograma: hemoglobina 14,6 g/dl; Hto 41,5%. Leucocitos 6990/ $\mu$ l (N: 41,6%; L: 46,1%; M: 3,4%; E: 6,7%); VSG 13 mm/h. Bioquímica y coagulación normales. Radiografía de tórax: ligero aumento hiliar e imagen de atelectasia laminar en base izquierda. TC torácico: adenopatías pretraqueales retrocava, paratraqueales derechas y subcarinales e infiltrado parenquimatoso en lóbulo medio. Examen de jugo gástrico (3 muestras): no se observan BAAR, cultivo estéril. Se instaura tratamiento de acuerdo con el antibiograma de la madre y directamente observado con pirazinamida, etambutol, levofloxacino, cicloserina y amikacina i.m. durante 2 meses, continuando después con los 4 primeros con el objetivo de completar 18 meses. Durante el seguimiento se realizan controles clínicos, analíticos, estudios de imagen, así como valoración de la función visual (controles oftalmológicos y potenciales evocados visuales). El tratamiento ha sido bien tolerado, destacando como efectos adversos, afectación subclínica de la función visual (retardo en la latencia por ligera afectación desmielinizante de ambos nervios ópticos detectada en los potenciales evocados) y episodios autolimitados de diarrea y dolores musculares. Tras un año de seguimiento, la paciente se mantiene con buen estado general, han desaparecido las adenopatías y persiste imagen residual de atelectasia laminar en base izquierda.

**Conclusión:** El manejo de la tuberculosis pulmonar multirresistente en el niño es complejo. En ausencia de cultivos positivos, el diagnóstico debe basarse en una anamnesis detallada, Mantoux positivo y radiografía de tórax alterada. Cada paciente debe recibir un tratamiento individualizado, con al menos tres fármacos, que debe ser estrechamente vigilado.

### P145 17:05 h LEISHMANIASIS VISCERAL COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL PERSISTENTE EN UN LACTANTE DE TRES MESES DE EDAD

Blanca Álvarez Fernández, Florencio Jiménez Fernández, Marta Bueno Barriocanal, Ana Colmenero Fernández, Luis García Alonso, Beatriz Martín Cuesta

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La leishmaniasis visceral o kala-azar es producida por la *L. infantum* en la región mediterránea, siendo causa de fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y deterioro del estado general. En la serie de Figueras et al, *An Pediatr* 2003;59(6)535-40, el paciente más joven tenía siete meses, siendo muy rara en pacientes menores de tres meses de edad.

**Métodos y resultados:** Lactante de tres meses de edad, con síndrome febril persistente, en el que tras recibir tratamiento por pielonefritis izquierda por *Proteus mirabilis* y dada la anemia persistente, junto con esplenomegalia y empeoramiento del estado general, a pesar del tratamiento antibiótico instaurado y negatización de los urocultivos, se realiza una punción aspiración de médula ósea, observándose la presencia de leishmanias. La serología para leishmania y el antígeno para leishmania en orina fueron negativos. La PCR para leishmania fue positiva. Recibió transfusión de concentrado de hemáties, así como tratamiento con Anfotericina B liposómica, a las dosis de 4 mg/kg/día, los días 1 a 5 y 10, con buena respuesta a la misma.

**Conclusiones:** Destacar la posibilidad de leishmania como causa de síndrome febril persistente en lactantes en los que se asocie anemia y hepatoesplenomegalia, aunque las serologías y antígeno en orina fueron negativos. Así mismo, destacar la buena respuesta con Anfotericina B liposómica a las pautas ya establecidas.

### P146 17:10 h ERITEMA NODOSO: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN EL ÁREA DE SALUD DEL BIERZO

Sara de Castro Valentín, Ana Lucía Martínez Jiménez, Ana I. del Ama Blázquez, Katherine Parra Villegas, José I. Fernández Hurtado, Indalecio Fidalgo Álvarez

Hospital del Bierzo, León.

**Introducción:** El eritema nodoso es una entidad clínica descrita en 1807 por Robert Willan. Se presenta con nódulos cutáneos y subcutáneos inflamatorios y dolorosos de un tamaño de 0,5-5 cm de aparición brusca, localizados de modo bilateral en la región pretibial. La etiología es variada siendo la infecciosa la más frecuente (tuberculosa, postestreptocócica, yersinia, clamidia, salmonella); las causas no infecciosas son excepcionales. Patogénicamente se relaciona con reacciones inmunológicas tipo III y IV y la imagen anatomopatológica es una paniculitis septal sin vasculitis. El diagnóstico se realiza con el cribado de la búsqueda etiológica y el tratamiento es reposo, antiinflamatorios y tratamiento etiológico si procede.

**Pacientes y métodos:** Se revisaron retrospectivamente 8 casos durante el período 1996-2003. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, mes de presentación, síntomas y signos clínicos, pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas.

**Resultados:** 1) La incidencia anual en pediatría fue de un 0,076 por mil ingresos. 2) La edad media de presentación fue de 10,5 años. Más frecuente en varones (75%) y en los meses de invierno (50%). 3) La etiología más frecuente fue infecciosa en 62,5%: dos (25%) TBC, uno impétigo (12,5%), otro de síndrome Mano-boca-pie (12,5%), otro de absceso en rodilla (12,5%), seguida del 25% idiopáticos. 4) El 100% tenían leucocitosis y VSG elevada, con PCR mayor de 5 en el 37,5%. 5) El Mantoux fue (+) en el 37,5% de los casos. 6) El tratamiento médico con antiinflamatorios fue pautado en el 50% de los casos y un 37,5% recibió tratamiento antibiótico específico.

**Conclusiones:** 1) La causa infecciosa sigue siendo en la actualidad la primera como diagnóstico del eritema nodoso, con especial atención a la TBC pulmonar en el 25% de los casos. 2) El tratamiento paliativo y etiológico sigue siendo de primera elección con un pronóstico bueno en el 100% de los casos.

## P147 17:15 h TUBERCULOSIS EN LACTANTES MENORES DE UN AÑO

Nuria Gutiérrez Cruz, Miguel Ángel Roa Francia, María Arriaga Redondo, Rebeca Villares Alonso, Javier Blumenfeld Olivares, Pedro Puyol Buil

Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

**Introducción:** La tuberculosis en el lactante se presenta frecuentemente de forma atípica, con mayor posibilidad de formas diseminadas y con un mayor porcentaje de cultivos positivos.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo en lactantes menores de 12 meses con diagnóstico de tuberculosis, analizando los parámetros de origen, edad, casos índice, clínica, exploración, datos analíticos, bacteriología, estudio radiológico y tratamiento.

**Resultados:** Un total de siete lactantes menores de 12 meses con tuberculosis de un total de 39 casos de tuberculosis infantil recogidos durante ocho años, que suponen un 17,9%; tres varones y cuatro niñas; dos lactantes eran de padres inmigrantes (28,5%). En cinco pacientes (71,4%) se encontró el caso índice en un contacto familiar, el padre en tres de ellos. Todos presentaban fiebre al ingreso, sólo uno con síntomas respiratorios y otro con irritabilidad en relación con meningitis. Todos tenían prueba de Mantoux superior a 10 mm, El cultivo en jugo gástrico era positivo en todos (100%). Dos pacientes presentaban estudio radiológico de tórax normal, pero el estudio mediante TC en el primero y el cultivo en el segundo, permitieron el diagnóstico. Como complicaciones, un paciente presentaba hidrocefalia secundaria a meningitis que precisó válvula de derivación y otro presentó un cuadro de bronquiolitis tras la primera semana de tratamiento, con insuficiencia respiratoria importante.

**Conclusiones:** Nuestros pacientes presentan un resultado excelente en los cultivos (100%). Los pacientes con radiología tórax normal, test de tuberculina positivo y algún dato clínico sugerente de enfermedad activa, hacen necesario un TC para confirmar la ausencia de patología pulmonar. Las complicaciones a esta edad pueden ser importantes, así como las formas diseminadas.

## P148 17:20 h VÍA DE ADQUISICIÓN MATERNA DE VIH Y COINFECCIÓN VHC. RELACIÓN CON LA TRANSMISIÓN VERTICAL VIH

Juncal Echevarría Lecuona, Uxue Astigarraga Irureta, Nere Arostegi Kareaga, José M<sup>a</sup> Arena Ansotegui, Luis Paisán Grisolia, Gustavo Cilla Eguiluz

Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivo:** Analizar la vía de adquisición del VIH en madres VIH (+). Relacionar la vía de infección materna VIH, coinfección VHC y transmisión vertical (TV) VIH.

**Material y métodos:** Madres VIH (+) de Guipúzcoa. Período estudio 2000-2004. Se analiza vía de adquisición VIH materna: Sexual (SX), drogadicción intravenosa (DIV), mixta (MX).

A toda madre VIH (+) se realizó carga viral VHC en el parto, mediante RT-PCR, Estudio de incidencia de tratamiento antirretroviral (TAR) y/o protocolo ACTG076 en el embarazo y parto, y la TV VIH.

**Resultados:** Madres VIH (+) n-50. Madres VIH/VHC (+) n-25 (50%). Vía de adquisición VIH materna: SX n-29 (58%), DIV n-19 (38%), MX n-2 (4%).

| Vía de adquisición VIH/años |            |             |            |            |             |
|-----------------------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| Vía                         | n-6 (2000) | n-19 (2001) | n-8 (2002) | n-7 (2003) | n-10 (2004) |
| SX                          | 3/6 (50%)  | 8/19 (42%)  | 5/8 (62%)  | 5/7 (71%)  | 8/10 (80%)  |
| DIV                         | 3/6 (50%)  | 10/19 (52%) | 3/8 (37%)  | 1/7 (14%)  | 2/10 (20%)  |
| MX                          | -          | 1/19 (5%)   | -          | 1/7 (14%)  | -           |

  

| Vía de adquisición VIH y coinfección VHC |               |             |             |
|--|---------------|-------------|-------------|
| Vía                                      | n-29 (sexual) | n-19 (DIV)  | n-2 (mixta) |
| VIH (n-25)                               | 19/25 (76%)   | 5/25 (20%)  | 1/25 (4%)   |
| VIH-VHC (n-25)                           | 10/25 (40%)   | 14/25 (56%) | 1/25 (4%)   |

Tratamiento antirretroviral en el embarazo y/o ACTG076 46/50 (92%). TV VIH 1/50 (2%) (en madre VHC (-) y no tratada en el embarazo).

**Conclusiones:** 1) Observamos a lo largo de los años un aumento de contagio de VIH por vía sexual en madres VIH (+). 2) La coinfección VHC/VIH no ha influido en la TV VIH en este grupo, en el que el 92% de las embarazadas VIH (+) fueron tratadas con terapia antirretroviral. 3) Destacamos mayor incidencia de vía de contagio DIV en el grupo VIH/VHC (+).

## P149 17:25 h CARACTERÍSTICAS DE LAS PIOMIOSITIS EN NIÑOS

Lucía Llorente Otones, Sara Vázquez Román, Gema Íñigo Martín, Pablo Rojo Conejo, Vanesa Llorente Miguel, Jaime Cruz Rojo, Amalia Martínez Antón, M<sup>a</sup> Rosario González Escudero  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivo:** Revisión de la clínica de presentación, diagnóstico y etiología de la piomiositis en los niños de 0-16 años tratados en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid entre los años 2002 y 2005.

**Metodología:** Los casos se identificaron a través de la base de datos del servicio de infecciosas pediátricas del hospital.

**Resultados:** Se recogieron 7 casos, de los cuales 5 eran varones. La media de edad era de 8,6 años (0,7-14 años). El 71,4% se presentaron en los meses cálidos del año en Madrid (de abril a septiembre). Como antecedentes de interés en un caso existía infección por VIH, en otro traumatismo previo y dos pacientes referían ejercicio vigoroso en los días anteriores. En nuestra serie, las localizaciones más frecuentes fueron la región del psoas-iliaco y el muslo (28,6% respectivamente). El 100% de los pacientes refería dolor al ingreso, un 71% asociaba fiebre, siendo la inflamación y la impotencia funcional menos frecuentes (43%). La duración media de los síntomas previa al ingreso fue de 8 días, y desde el ingreso hasta el diagnóstico definitivo transcurrió una media de 3 días. La prueba de imagen más utilizada fue la ecografía si bien la más rentable resultó ser la resonancia magnética nuclear con una sensibilidad del 100% frente al 33% de la primera. El germen de mayor prevalencia en nuestra serie fue el *S. aureus* (43%) y en dos de los casos no se aisló germen alguno. Sólo dos abscesos se drenaron quirúrgicamente y el resto se trató con antibioterapia, primero i.v. (tiempo medio de ingreso 17 días) seguida de v.o., una media de 26,8 días. Ninguno de nuestros pacientes ha presentado secuelas.

**Conclusiones:** La localización más frecuente en nuestra serie fueron el muslo y la región del psoas ilíaco. El germen mayoritariamente aislado fue el *S. aureus*. La resonancia magnética se establece en nuestra revisión como la prueba de imagen más sensible en el diagnóstico de las piomiositis.

## P150 ENFERMEDAD DE POTT

Ana Aguirre Unceta-Barrenechea, Sonia Díaz Rielo, Ana Vereas Martínez, Beatriz Álvarez Martín, Elisa Garrote Llanos, José Luis Monasterio Vicente, Javier de Arístegui Fernández  
Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

**Introducción:** Entre las formas extrapulmonares de tuberculosis, la afectación osteoarticular es poco frecuente, siendo la Enfermedad de Pott la más relevante. Se origina generalmente por diseminación hematogena, siendo el pulmón el foco primario en el 75% de los pacientes. En la mayoría de los casos, afecta al raquis dorsal, siendo las localizaciones cervicales y lumbosacras más raras.

**Caso clínico:** Niña de 8 años controlada en Ortopedia Infantil por dolor de espalda de 3 meses de evolución y escoliosis, que en las últimas dos semanas presenta una limitación franca de la flexión ventral de la columna, trastorno de la marcha y astenia. *A.P.:* Diagnosticada de LLA-L1 hace 4 años, finalizó quimioterapia hace 2. *E.F.:* Temperatura: 36,6 °C. Abdomen: distendido, masa palpable en FID difícil de delimitar. Limitación de la flexión ventral. Escoliosis. Discreta sobreelevación en región lumbar, Lassegue positivo izquierdo, ROT exaltados en EEII, Babinsky izquierdo. *E. Complementarias:* HRF: 7.900 leucocitos (N 68%, L 23%, M 5%, E 3%), PCR: 9,5 mg/dl, VSG: 80, LDH: 323. Radiografía de columna lumbar: Destrucción de L5. RM lumbar y pélvica: Abscesos paravertebrales extendiéndose hacia psoas. Destrucción completa de L5 condicionando aplastamiento completo y extensión intrarraquídea extradural. Se introduce tubo de drenaje en las colecciones de FID drenando 200 ml de contenido purulento. Líquido: ADA (+) Cultivo micobacterias: (+).

Radiografía de tórax: infiltrado suprahiliar izquierdo, múltiples adenopatías. PPD (+). Estudio microbiológico de esputo: (-). *Tratamiento y evolución:* Isoniazida 10 mg/kg/día, Rifampicina 15 mg/kg/día y Pirazinamida 25 mg/kg/día. Se retira drenaje una vez confirmada la resolución de las colecciones en TC. En controles posteriores se objetiva nuevo absceso que fistuliza a pared anterior de FID. Se decide IQ ante la inestabilidad de la columna vertebral, realizándose drenaje del absceso, curetaje del disco L4-L5-S1 y colocación de injerto de cresta ilíaca izquierda. **Discusión:** La tuberculosis ósea en la infancia recobra interés en nuestro medio con la presencia de pacientes inmunodeprimidos y procedentes de poblaciones endémicas para la tuberculosis. La afectación lumbosacra puede ser oligosintomática, lo que dificulta el diagnóstico precoz. Se aconseja tratamiento tuberculostático 9-12 meses, con control radiológico de las lesiones, aunque debe ser individualizado en cada caso.

## P151 ILEITIS TERMINAL POR YERSINIA SEUDOTUBERCULOSIS: EVITANDO CIRUGÍAS INNECESARIAS

Iñaki Avalos Román, Amagoia Andrés Olaizola, J.M. Arana  
Hospital de Cruces, Baracaldo (Vizcaya).

**Introducción:** La ileitis terminal es uno de los múltiples cuadros que puede provocar la Yersinia pseudotuberculosis en los humanos. Es un germen que tiene como reservorio tanto animales domésticos como silvestres y se transmite por vía fecal-oral.

**Método:** Presentamos 1 caso de un niño con dolor abdominal y fiebre persistentes.

**Resultados:** Niño de 12 años con fiebre de una semana de evolución de hasta 40,2 °C, dolor en fosa ilíaca derecha, vómitos y deposiciones blandas. Estaba correctamente vacunado, frecuentaba medio rural e ingería frecuentemente leche de vaca sin pasteurizar. Había consultado en su ambulatorio y en el Servicio de Urgencias de Pediatría realizándosele urocultivo y radiografía de tórax sin objetivarse patología. Es tratado con Amoxicilina v.o., sin mejoría. Finalmente, ingresa para estudio realizándose radiografía de tórax y abdomen normales, Ecografía abdominal en la que se observa inflamación del ileon terminal con adenopatías en FID y apéndice de aspecto normal. Se amplió estudio con hematemetría, proteinograma, inmunoglobulinas, perfil férrico y hepático que fueron normales (salvo GPT 88), VSG 77 y PCR 12,7, Mantoux negativo. Se solicitaron diversas serologías constatándose positividad para *Yersinia pseudotuberculosis*. El paciente permaneció ingresado sin tratamiento antibiótico con desaparición progresiva de la sintomatología. Tras el alta, fue seguido en consultas externas permaneciendo asintomático aunque con persistencia de adenopatías en FID en ecografía abdominal.

**Conclusiones:** La ileitis terminal por Yersinia pseudotuberculosis es una de las entidades en las que debemos pensar en casos de pacientes con síndrome pseudoapendicular (dolor abdominal y fiebre). Es de gran importancia en estos pacientes, además de una adecuada historia clínica, solicitar una ecografía abdominal dado que la normalidad ecográfica del apéndice debe de orientarnos a este cuadro y evitar así una cirugía innecesaria.

17:35 h

17:30 h

**P152****TUBERCULOMA INTRAMEDULAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON TUBERCULOSIS DISEMINADA**

Pascual Caballero Fernández, David Moreno Pérez, Marta Cruz Cañete, Francisco Jesús García Martín, Antonio Jurado Ortiz  
Hospital Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga.

**17:40 h**

**Introducción:** A pesar de los avances en salud pública en los últimos años, la tuberculosis ha presentado un discreto aumento de incidencia, con aparición creciente de cepas multirresistentes. Asimismo se siguen observando casos graves de tuberculosis extrapulmonar.

**Caso clínico:** Niña de 13 años con fiebre intermitente, cefalea y vómitos de 5 meses de evolución. En las 3 últimas semanas tos, astenia, anorexia y alteraciones visuales (fosfenos). Mantoux negativo hace 3 años, cuando su padre realizó quimioprofilaxis con Isoniazida 6 meses por Mantoux positivo.

**Exploración física:** Mediano estado general. No rigidez de nuca. No dificultad respiratoria. ACR normal. Glasgow 15. No signos de focalidad neurológica. Papiledema bilateral.

**Pruebas complementarias:** Hemograma normal. VSG: 51 mm. PCR: 17 mg/l. Estudio inmunitario básico (subpoblaciones linfocitarias, inmunoglobulinas) normal. VIH negativo. Se estudió la vía IL-12-interferón gamma, no observándose alteraciones funcionales, descartándose déficit de actividad micobactericida. Mantoux positivo (14 mm). Se observan bacilos ácido-alcohol resistentes en esputo y jugo gástrico. Presión de LCR 35 cm H<sub>2</sub>O, con citoquímica normal. Ziehl y Löwenstein de LCR negativos. Radiografía y TC tórax: patrón micronodular diseminado, adenopatías paratraqueales y subcarinales. RM craneal con contraste: múltiples imágenes anulares en sustancia blanca, de hasta 1 cm de diámetro, con edema perilesional. Potenciales evocados visuales normales. RM medular: tuberculoma intramedular a nivel D10, y afectación de cuerpo vertebral C6.

**Tratamiento:** recibió Isoniazida y rifampicina durante 12 meses, pirazinamida los 2 primeros meses, y estreptomina y dexametasona el primer mes, presentando muy buena evolución clínico-radiológica.

**Comentario:** La tuberculosis diseminada grave es muy rara en nuestro medio, sobre todo en pacientes mayores de 5-10 años. Existen escasas comunicaciones de pacientes pediátricos con lesiones intramedulares debidas a tuberculosis.

**P153****ABSCESO ILÍACO EN NIÑO NO INMUNODEPRIMIDO**

Cristina Ortiz-Villajos, M<sup>a</sup> Jesús Ceñal González-Fierro, Nuria Gutiérrez Cruz, Marta Ortega Molina, Eugenio Garrido Borreguero, María Arriaga Redondo, Rebeca Villares Alonso, Juan Arnáez Solís, Miguel Ángel Roa Francia, Pedro Puyol Buil  
Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

**17:45 h**

La piomiositis es una infección del músculo esquelético que en general conlleva a la formación de un absceso. Siendo más frecuente en países tropicales, se ha observado un aumento de incidencia en pacientes inmunocomprometidos en nuestro medio. El germen causante más común es el *S. aureus*. Presentamos un caso de un varón de 10 años sano y sin antecedentes patológicos con el diagnóstico de absceso en músculo iliaco izquierdo.

**Caso clínico:** Paciente que acude a urgencias en 2 ocasiones por lumbalgia. Ingresó por intenso dolor lumbar, glúteo y en articulación sacroilíaca izquierda con importante impotencia funcional. Fiebre (39,5) y lumbalgia intermitente leve desde hace 15 días, con antecedente de 2 caídas sobre la región glútea con hematoma posterior AF; poliquistosis renal. EF: normal. Pruebas complementarias; leucocitosis moderada; PCR 23,9; Igs normales; serología brucella y Mantoux negativos. Hemocultivo: se aísla *S. aureus*. Radiografía lumbar, pelvis y sacro normales. RM lumbar normal. Eco renal normal. Ecocardiograma normal. TC abdomen-pelvis: piomiositis afectando músculo iliaco izquierdo con absceso de 2-2,5 cm de diámetro, mínima afectación del músculo piriforme izquierdo. TC control: absceso de 1 cm. Gammagrafía ósea: aumento captación en articulación sacroilíaca izquierda en relación con proceso en curso. Al ingreso se inicia tratamiento con cefotaxima y cloxacilina i.v. Ante el resultado del TC pélvico y hemocultivo se continúa tratamiento únicamente con cloxacilina IV que se mantiene durante 3 semanas y posteriormente vía oral durante 15 días. El paciente se siguió posteriormente en consultas con normalización clínica y radiológica.

**Comentario:** Los abscesos musculares son cuadros que por su rareza en pocas ocasiones en nuestro medio se plantean como posible diagnóstico ante dolor muscular localizado con signos inflamatorios e infecciosos. No obstante el incremento de pacientes inmunocomprometidos y la ocasional aparición en pacientes sin patología previa hace necesario plantearse dicha posibilidad. En algunas ocasiones se ha encontrado antecedente de traumatismo o ejercicio extenuante previo que en nuestro podría estar presente. El diagnóstico temprano es difícil y puede suponer el retraso de un tratamiento exitoso en la gran parte de los casos.

**P154****TUBERCULOSIS ABDOMINAL**

Ana Pérez Pardo, Miguel Lillo Lillo, Rafael Ruiz Cano, Jerónimo González Piñera, M. Soledad Fernández Córdoba, Javier Pison Chacón, Olga García Mialdea, Elena Cabezas Tapia, Ester Gil Pons, Elena Balmaseda Serrano  
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**17:50 h**

**Introducción:** La incidencia de la infección tuberculosa está aumentando en nuestro medio debido, entre otras causas, a la población inmigrante de zonas endémicas y al incremento del número de pacientes inmunodeprimidos por el VIH y tratamientos farmacológicos.

Entre las manifestaciones extrapulmonares, la tuberculosis abdominal es una entidad poco frecuente y aún lo es más dentro de la edad pediátrica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un niño de 7 años de origen rumano que ingresó en nuestro hospital por cuadro de fiebre de hasta 40 °C, astenia, anorexia y pérdida de peso de 14 días de evolución. En la exploración destacaba la presencia de distensión abdominal. El Mantoux fue negativo inicialmente, aunque se positivizó en controles posteriores. Mediante técnicas de imagen se constató la presencia de líquido ascítico generalizado. El análisis bioquímico demostró la presencia de líquido turbio con características de exudado y valor de ADA de 94 U/l. El diagnóstico se confirmó histopatológicamente por la

existencia de granulomas tuberculoideos no caseificantes en las biopsias peritoneales.

**Conclusión:** El diagnóstico de la tuberculosis abdominal es difícil, ya que la forma de presentación es insidiosa y los estudios microbiológicos y radiológicos no son siempre concluyentes. El valor de ADA en líquido ascítico es una buena ayuda diagnóstica. Para su confirmación es preciso recurrir al análisis histopatológico de los tejidos afectados.

### P155 ABSCESO CEREBRAL SIN ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA INFECCIOSA RECIENTE

17:55 h

Sandra Rovira Amigo, Beatriz Fernández Vallejo, Irene Álvarez González, Cristina de las Heras Díaz-Varela, Inés Esteban Díez, Margarita Bouthelie Moreno

Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño (La Rioja) y Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

**Introducción:** Los abscesos cerebrales son una patología infecciosa poco frecuente en la infancia, con máxima incidencia entre los 4 y 8 años. Como factores predisponentes destacan infección contigua, cardiopatía congénita con shunt derecha-izquierda (embolización paradójica tras foco infeccioso periférico) y diseminación hematogena tras endocarditis o neumonía. Presentamos un caso clínico en el que no se determinó su etiopatogenia, como ocurre en un 10-15% del total.

**Caso clínico:** Niña de 8 años que 10 días antes de su ingreso comienza con cuadro de fiebre (máximo 38,7 °C axilar), cefalea hemicraneal derecha pulsátil, fotofobia y vómitos (sin sensación nauseosa previa), junto con anorexia, decaimiento y somnolencia progresivos. Afebril los 4 últimos días. No refieren proceso infeccioso las últimas semanas. No antecedentes personales ni familiares de interés.

**Exploración física:** Regular estado general. Palidez cutánea. Aceptable hidratación. ORL normal. ACP y abdomen normal. Neurológico: Glasgow 14/15 con tendencia a la somnolencia; resto de exploración neurológica normal.

**Pruebas complementarias:** Hemograma y bioquímica: 13800 leucocitos/ $\mu$ l con 77,3% de neutrófilos, PCR 28 mg/l, resto normal. Fondo de ojo: edema de papila bilateral. TC cerebral: lesión ocupante de espacio en lóbulo frontal derecho de 6 cm de diámetro con gran efecto masa e importante edema perilesional. RM cerebral: la lesión referida muestra una imagen en anillo con características en las distintas secuencias que sugieren absceso cerebral. **Evolución:** Tras el diagnóstico se inicia tratamiento antiedema con Dexametasona, profilaxis antiepiléptica con Ac. Valproico y se procede al drenaje neuroquirúrgico del absceso. Se obtienen 40 ml de material purulento con abundante flora mixta aerobia y anaerobia, aislándose *Haemophilus aphrophilus* y *Streptococcus mitis*. Se pauta tratamiento antibiótico i.v. con Cefotaxima y Metronidazol, que se mantienen durante 20 días. Interconsulta ORL: no se evidencia causa ORL que justifique el cuadro. Ecocardiograma normal.

**Conclusión:** El absceso cerebral es una entidad que debe considerarse como diagnóstico diferencial ante cualquier cuadro clínico de fiebre, signos y síntomas de hipertensión intracraneal y/o alteraciones del comportamiento, a pesar de no evidenciarse foco infeccioso primario.

### P156 HEPATITIS B CRÓNICA, ¿CURACIÓN COMPLETA CON EL TRATAMIENTO?

18:00 h

Virginia Carranza Parejo, Patricia Calleja Cabeza, Rocío Risquete García, Joaquín Romero Cachaza, Ángel Alejo García-Mauricio, José González Hachero  
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivo:** Exposición de dos casos clínicos de hepatitis B crónica con buena respuesta al tratamiento.

**Material y método:** *Caso 1:* Niña de tres años de edad, de origen rumano, procedente de un centro de acogida, que con dos años presenta hepatomegalia, hipertransaminasemia y marcadores positivos frente al VHB (Ag HBs, Ag HBe y Ac HBe). Biopsia hepática: se objetiva hepatitis crónica activa. *Caso 2:* Niña de seis años de edad, adoptada y de origen indio, que con dos años presenta hipertransaminasemia y marcadores positivos frente al VHB (Ag HBs, Ag HBe y Ac HBe). Tipo de transmisión del VHB: vertical. Biopsia hepática: hepatitis crónica activa con puentes de fibrosis.

**Resultados:** *Caso 1:* El tratamiento con IFN  $\alpha$ 2b recombinante más lamivudina normaliza las transaminasas, determina la aparición de Ac HBe y AcHBs y negativiza el ADN viral a los 4 meses. *Caso 2:* El tratamiento con IFN  $\alpha$ 2b recombinante normaliza las transaminasas y determina la aparición de AcHBe a los seis meses y negativiza el ADN viral a los ocho meses.

**Comentarios:** En ambos casos existen marcadores de respuesta al tratamiento; pero se consigue la curación completa sólo en el primer caso, quedando el segundo como portador asintomático. La duración del tratamiento fue de un año en el primer caso y de seis meses en el segundo. Se evidencia así cómo la terapia combinada con lamivudina consigue un efecto beneficioso mayor que la monoterapia. En ambos casos se desconoce si existe vacunación contra el VHB. Actualmente se continúa el seguimiento de las pacientes en la unidad de infectología pediátrica del HUV. Macarena, manteniéndose los resultados expuestos y sin evidenciar, por tanto, recaídas.

### P157 ESPONDILODISCITIS PIÓGENA EN EL LACTANTE: A PROPÓSITO DE CASO

18:05 h

Alberto Sánchez Calderón, Blanca Santos Ruiz, Antonio Francisco Medina Claros, M. Villa Hernández Gómez, Montserrat Cobo Peralta  
Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

**Introducción:** La espondilodiscitis piógena es una enfermedad infecciosa poco frecuente en el lactante. En niños, el germen aislado con más frecuencia es el *S. aureus*, aunque sólo consigue aislarse el microorganismo en el 50%. La localización más frecuente es la lumbar, seguida por la torácica y cervical. Aunque es posible la presentación aguda, en lactantes es más frecuente un cuadro clínico de evolución insidiosa en el que la irritabilidad y la disminución de la movilidad son los signos predominantes.

**Caso clínico:** Lactante de 11 meses de edad, remitida por su pediatra por cuadro de irritabilidad e impotencia funcional de miembros inferiores de 10 días de evolución, en el contexto de un cuadro faringo-amigdalario tratado con antibioterapia por vía oral (amoxicilina-clavulánico).

**Exploración a su ingreso:** Mediano estado general. Irritabilidad marcada. Apirética. Movilidad espontánea de miembros inferiores reducida, con dolor a la movilización pasiva. Ligera tumefacción dolorosa a nivel de columna lumbar alta. Resto de la exploración: compatible con la normalidad.

**Exámenes complementarios:** Hemograma: normal. VSG: elevada. Bioquímica con PCR: 0,6 mg/dl. Cultivos centrales: negativos. Mantoux: negativo. Catecolaminas en sangre: normales. Radiografía de columna dorso-lumbar y TC de columna vertebral, RM: espondilodiscitis L1-L2 con pequeño absceso posterior con posible drenaje a nivel de agujeros de conjunción, sin compromiso medular.

**Evolución clínica:** A su ingreso, se plantea el diagnóstico diferencial entre lesión ocupante de espacio (neuroblastoma) y proceso infeccioso (espondilodiscitis). Tras las realización de pruebas complementarias, se inicia antibioterapia intravenosa (Cefotaxima + Cloxacilina). Tras cinco semanas de tratamiento antibiótico, la paciente presenta una buena evolución clínica y radiológica que mantiene en controles posteriores.

**Conclusiones:** 1) La espondilodiscitis en el lactante suele presentarse con un cuadro inespecífico de irritabilidad e impotencia funcional. 2) Ante estos signos, un alto índice de sospecha y los métodos de imagen, pueden darnos un diagnóstico precoz. 3) En la mayoría de los casos, no se consigue llegar al diagnóstico etiológico, por lo que la clínica y las pruebas de imagen juegan un papel esencial.

## P158 18:10 h ENDOCARDITIS NEUMOCÓCICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y TRATAMIENTO CON FOSFOMICINA EN VARÓN DE 11 AÑOS

Antonio Sánchez Andrés, Nuria Boronat González,  
Juan Ignacio Ortuño Sempere, M. del Carmen Otero Reigada,  
M. Amparo Pérez Tamarit, Francesc Asensi Botet  
Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

**Introducción:** La endocarditis infecciosa, es una entidad poco frecuente en pediatría, cuya mayor incidencia se produce en pacientes con lesiones cardíacas predisponentes, cirugía cardíaca o estados de inmunodeficiencia. *Streptococcus pneumoniae* es la causa más frecuente de bacteriemia adquirida en la comunidad y de neumonía en niños, siendo la endocarditis por dicho germen una entidad rara en la infancia, aunque muy grave. Debido a la extensión de las cepas penicilín-resistentes, la endocarditis neumocócica se ha convertido en una enfermedad reemergente y muy agresiva, produciéndose en la actualidad incluso en pacientes sin patología predisponente, requiriendo en todos los casos un tratamiento agresivo, asociado y multidisciplinar.

**Caso clínico:** Presentamos un caso de endocarditis neumocócica en un varón de 12 años de edad, que asociaba como patología de base una Comunicación Interventricular Membranosa, que presentó buena respuesta a tratamiento asociando Penicilina y Gentamicina, y posteriormente Fosfomicina, durante un total de 6 semanas.

**Discusión:** Adjuntamos una revisión bibliográfica acerca de las distintas etiologías de las endocarditis, así como las respuestas terapéuticas a los distintos tratamientos antibióticos pautados, incluyendo pautas menos habituales como el trata-

miento antibiótico asociando Fosfomicina, especialmente indicado en cepas de neumococo resistentes a Penicilina. La importancia de nuestra revisión incide en la necesidad de un tratamiento antibiótico asociado desde el inicio, buscando de modo empírico la combinación más efectiva, que en nuestro caso, incluyó el uso de Fosfomicina asociado a Penicilina a altas dosis y a Gentamicina, 3 fármacos que tienen efectos sinérgicos y aditivos frente a *Streptococcus pneumoniae* con resistencia a la Penicilina. Reseñar que la resistencia a Penicilina es de tipo dosis dependiente, por lo que no es necesario suspender el antibiótico, basta con aumentar la dosis o, como en nuestro caso, asociar otros antibióticos que potencien su acción frente al germen.

## P159 18:15 h ABSCESO ORBITARIO POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS: UNA ETIOLOGÍA EXCEPCIONAL

Marta Taida García-Ascaso, Enrique Palomo Atance,  
Izaskun Dorronsoro Martín, Julio Guerrero Fernández,  
Luis Albajara Velasco, José Manuel Abelairas Gómez  
Hospital Materno-Infantil La Paz, Madrid.

Niña de 12 años de raza negra (antecedentes personales y familiares sin interés) que consulta en varias ocasiones en otro hospital por cuadro de 5 semanas de evolución consistente en cefalea frontal, febrícula, vómitos y edema palpebral bilateral intermitente. Finalmente presenta diplopía intermitente y edema palpebral con proptosis. Se le realiza un TC orbitario donde se aprecia una tumoración retroorbitaria bilateral y se inicia, ante febrícula mantenida, tratamiento con cefotaxima y clindamicina. Se realiza biopsia en la que no se aisló germen alguno y, motivo por el cual, se diagnostica de pseudotumor orbitario, añadiéndose tratamiento con prednisona. Ante el riesgo de que la tumoración pueda ser maligna se decide traslado a nuestro hospital.

**Evolución:** A su llegada presenta una proptosis axial en órbita izquierda con quemosis, oftalmoplejía completa, midriasis unilateral y pérdida de visión total en dicho ojo. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y vancomicina por vía intravenosa así como con prednisona vía oral. Se realiza una orbitotomía transeptal izquierda drenándose lo que parece un absceso orbitario masivo. En las muestras tomadas se aísla un *Streptococcus intermedius* sensible al tratamiento realizado y el estudio anatomopatológico no mostró signos de malignidad. Se decide completar un mes de tratamiento con ceftriaxona con buena evolución. De manera progresiva, la movilidad ocular así como la proptosis del ojo izquierdo se van recuperando a pesar de lo cual se pierde de manera completa la visión, quedando intacta la del ojo derecho.

**Conclusión:** *Streptococcus intermedius* (grupo *S. milleri*), es comensal habitual de la cavidad oral, tracto gastrointestinal y genital, pero puede ocasionar infecciones piógenas e invasivas, con tendencia a la formación de abscesos y con posibilidad de bacteriemia. *S. intermedius* es la especie menos frecuente del grupo *S. milleri*, y la que tiene mayor propensión a la formación de abscesos piógenos (especialmente hepáticos, cerebrales y de cabeza y cuello). El interés de este caso radica en la excepcionalidad de un absceso orbitario de probable origen sinusal por este germen.

## P160 18:20 h OBTENCIÓN CORRECTA E INTERPRETACIÓN ADECUADA DE LOS HEMOCULTIVOS

Laura Moreno Galarraga, Gabriel Reina González, M<sup>a</sup> Carmen Liébana Martos, Irene Pedrosa Corral, Consuelo Miranda Casas, Alicia Alguacil Frías, Francesca Perin, Luis Carlos Ortiz González, Pablo Cid Palacios, Silvia Paulos Viñas

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Los procesos febriles constituyen el principal motivo de las visitas a urgencias en pediatría. La presencia de algún microorganismo en el torrente sanguíneo posee una gran importancia clínica, por la gravedad del cuadro asociado. La significación de un hemocultivo positivo debe ser evaluada según 3 criterios: cuadro clínico del paciente, agente aislado y número de hemocultivos positivos.

Con frecuencia se producen contaminaciones por microorganismos normalmente presentes en la microbiota de la piel (Estafilococos coagulasa negativos, *Corynebacterium* spp., *Bacillus* spp., *Streptococcus* spp., *Propionibacterium* spp.).

Para la correcta obtención del hemocultivo debemos realizar 2 extracciones con un intervalo de 15-30 min, en 2 sitios anatómicos distintos y por venopunción (nunca a través de catéteres), antes de administrar antibióticos y coincidiendo con el pico febril. La cantidad de sangre se valorará según el peso corporal. Para evitar las contaminaciones debemos: 1) Buscar la vena que permita más fácilmente la extracción con mínima manipulación; 2) limpiar con Alcohol 70° y desinfectar la zona de punción con clorhexidina en solución alcohólica; 3) dejar secar antes de pinchar; 4) no tocar el punto de punción (si es necesario desinfectar guante o dedo); 5) desinfectar los tapones de los frascos de hemocultivos.

En nuestro hospital entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2004 se recogieron un total de 2.344 hemocultivos en pediatría, de los cuales un 8,1% fueron probables contaminaciones (crecimiento de un microorganismo epitelial en un único hemocultivo) y un 1,8% tuvieron un resultado positivo de significación dudosa (crecimiento en dos hemocultivos de estos potenciales contaminantes). Entre las distintas secciones destacaron las altas tasas de contaminación en la UCI (14% probables contaminaciones y 5,6% de significación dudosa) y las bajas cifras correspondientes a preescolares (4,9% probables contaminaciones y 1,6% de significación dudosa).

Los falsos positivos en hemocultivos llevan asociados un incremento de los costes (tratamiento antibiótico innecesario, prue-

bas complementarias), un alargamiento de la estancia hospitalaria y unas molestias innecesarias para el paciente.

El pediatra debe llevar a cabo tanto la interpretación adecuada de los resultados, como la supervisión de la correcta técnica de extracción descrita.

## P161 18:25 h TUBERCULOSIS PLEURAL EN UNA NIÑA DE ONCE AÑOS

Teresa Molins Castiella, Mercedes Herranz Aguirre, Eva Rupérez García, Enrique Bernaola Iturbe, Luis Torroba Álvarez, María Garatea Rodríguez, Eva Gembero Esarte

Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

**Introducción y objetivos:** La tuberculosis pleural es una patología poco frecuente en la actualidad. Presentamos el caso de una niña tratada en nuestro servicio.

**Caso clínico:** Niña de 11 años conviviente con enfermo tuberculoso, presenta en la prueba de tuberculina una induración de 15 mm (no vacunada frente a BCG) y una radiografía de tórax normal. Se indica quimioprofilaxis secundaria con isoniazida, que rechazan. Veinte meses después, consulta por astenia, febrícula, tos y dolor costal. En la exploración física hipoventilación de hemitórax derecho y en la radiografía de tórax condensación en lóbulos medio e inferior derechos y derrame pleural organizado. Pruebas complementarias: Análisis de aspirado gástrico: no se identifican BAAR, ARN específico y cultivo positivos para *M. tuberculosis* complex. Ecografía: derrame pleural hiperecogénico tabicado. TC: condensación alveolar, adenopatías y derrame. No afectación endobronquial ni cavitaciones. Se realiza toracoscopia con videoasistencia, con limpieza y colocación de tubo de drenaje pleural. Análisis de líquido pleural: 300 leucocitos/ $\mu$ l con 70% de monocitos, proteínas 5,8 g/dl, ADA 90,2 U/l y LDH 1.100 U/l, cultivo positivo para *M. tuberculosis* complex. Biopsia pleural: granulomas tuberculoides. Inmunogenotipo idéntico a la cepa aislada en el contacto. Inicia tratamiento con isoniazida, rifampizina, pirazinamida y metilprednisolona. Precisa drenaje pleural durante 12 días y se administra urocinasa. A los 20 días, se remite a domicilio. La pauta de tratamiento es de 6 meses (INZ + RFP + PZM 2 meses y INZ + RFP 4 meses más). Buena evolución clínica.

**Comentarios:** La tuberculosis pleural constituye, en algunas series el 22% de los casos y aparece fundamentalmente en niños mayores. El interés fundamental de este caso es remarcar la importancia de tratar la infección tuberculosa para prevenir el desarrollo de la enfermedad.