

Jueves, 1 de junio (17:00 - 18:15)

**GASTROENTEROLOGÍA Y
HEPATOLOGÍA**

**Sala 9
P172**

17:00

HIPOBETALIPOPROTEINEMIA HETEROCIGOTA: UNA ENTIDAD FRECUENTEMENTE DESAPERCIBIDA

M. Isabel Vega Senra, Agustín de la Mano Hernández, Pilar Codoñer Franch

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

La Hipobetalipoproteinemia heterocigota (HBLH) es un trastorno del metabolismo lipídico caracterizado por valores anormalmente bajos de apolipoproteína B (Apo-B) e hipocolesterolemia. Se transmite con carácter autosómico dominante.

Objetivo: Revisar los casos de HBLH diagnosticados en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital en los últimos 4 años, valorando antecedentes familiares, repercusión clínica y necesidad de tratamiento.

Muestra: Pacientes controlados en Consultas Externas por hipocolesterolemia.

Método: El diagnóstico de sospecha se estableció por los niveles de colesterol, confirmándolo con la determinación de Apo-B junto con el estudio familiar. Se valoraron las alteraciones clínicas y analíticas derivadas.

Resultados: Se revisaron 15 pacientes con edades entre 5 y 14 años. En 13 de ellos se había descubierto el trastorno a consecuencia de un hallazgo casual en un análisis de rutina, y en dos a partir de un estudio familiar por pariente de primer grado afecto de hipobetalipoproteinemia. En ningún caso se encontró estancamiento ponderoestatural ni clínica de malabsorción. Los valores obtenidos fueron:

	Rango	Media	DE
Colesterol (mg/dl)	80-133	97,4	-0,1
LDL (mg/dl)	12-78	41,6	-0,02
APO-B (mg/dl)	21-47,7	33,4	-0,02
TG (mg/dl)	4-63	30,6	-0,015

Nueve pacientes tenían familiares de primer grado (padres o hermanos) afectos de hipobetalipoproteinemia. En 3 pacientes el estudio familiar fue normal, por lo que se consideró mutación de novo, estando el resto pendientes de estudio. Se demostró esteatorrea solamente en 2 pacientes, con niveles de vitaminas liposolubles (A y E) disminuidos, sin presentar sintomatología de déficit vitamínico. Estos 2 pacientes fueron suplementados con aportes vitamínicos por vía oral. Todos mostraron un estudio hematológico y de coagulación normal.

Conclusión: la HBLH es una forma benigna de hipocolesterolemia, que no se suele acompañar de clínica de malabsorción. Es necesario detectar déficits de vitaminas liposolubles siendo suficiente la suplementación por vía oral. Suele haber familiares de primer grado afectos aunque en ocasiones se trata de mutaciones de novo.

P173

17:05

VÓLVULO GÁSTRICO EN EL NIÑO: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Mónica Mantecón Ruiz, M. Carmen García Barreiro, M^a Paz Vior Álvarez, Susana Rey García, Cristina Lorenzo Legerén, Yolanda Pérez Saldeño, Carlos García Rodríguez

Complejo Hospitalario, Ourense.

Introducción: El vólvulo gástrico es una rotación del estómago mayor de 180 grados que produce obstrucción en la mayoría de los casos. Los vólvulos gástricos pueden ser primarios o secundarios a defectos intraabdominales. Y a su vez presentarse de forma aguda tratándose de forma quirúrgica o crónico cuyo tratamiento es más discutido siendo la corrección endoscópica algo novedoso.

Caso clínico: Lactante de 3 meses y medio que ingresa por crisis de llanto, rechazo parcial de alimentación y regurgitaciones abundantes en las últimas 48 horas presentando una exploración dentro de la normalidad. Hemograma, bioquímica, análisis de orina, urocultivo, coprocultivo normales. Durante el ingreso presentó deposiciones líquidas, malolientes, mucosas, verdosas que fueron normalizándose y regurgitaciones. Es dado de alta con el diagnóstico de gastroenteritis y se le manda a control para estudio esófago-gastroduodenal y radiografía de abdomen. Ésta evidenció dilatación generalizada de intestino con sigma redundante a la derecha y elongado, escasez de aire en recto. El estudio esófago-gastroduodenal muestra la curvatura menor del estómago en posición inferior y la mayor en situación superior, con buen vaciamiento gástrico y reflujo gastroesofágico a 1/3 superior de esófago. Diagnosticándose de vólvulo organoaxial de estómago y reflujo gastroesofágico. El tratamiento consistió en realizar una endoscopia con sedación de la paciente introduciendo el endoscopio que pasa a duodeno desvolviéndose a continuación. Dos meses y medio después el lactante se encuentra desvolviéndose y asintomático.

Discusión: El vólvulo gástrico es una entidad clínica infrecuente por ello el interés del caso clínico que presentamos. Más novedoso aún es el tratamiento endoscópico del mismo mediante el cual se resolvió el problema de nuestra paciente. Aunque es un caso aislado, evidencia la posibilidad de resolver el vólvulo gástrico por endoscopia y sin necesidad de intervención quirúrgica.

P174**HIPOBETALIPOPROTEINEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA Y ASOCIACIÓN CON ESTEATOSIS HEPÁTICA**

M. Carmen Millán Olmo, Juan Ignacio Ortuño Sempere, Eva Solera Navarro, Antonio Pereda Pérez

Servicio de Gastroenterología Infantil del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La hipobetalipoproteinemia familiar (HBLF) heterocigota es una dislipemia infrecuente de origen genético. Se manifiestan con niveles anormalmente bajos de Apo B y por tanto de las lipoproteínas que lo contienen: c-VLDL, c-LDL y quilomicrones, con cifras normales de c-HDL. La forma heterocigota sigue un patrón de herencia codominante y a diferencia de la forma homocigota, los sujetos afectados no presentan clínica pero pueden presentar esteatosis hepática. Revisamos 2 casos de HBLF heterocigota y su asociación con hígado graso.

Caso 1: Niño de 8 años con dolor en hipocondrio derecho, obesidad y disfunción hepática. Presenta CT 85, LDL 47, VLDL 7, HDL 31, TG 37 mg/dL, ApoB 34, resistencia a la insulina, déficit inicial de Vitaminas A y E normalizadas con suplementos y coagulación normal. Eco hepatobiliar con notable aumento de ecogenicidad secundario a esteatosis. Lipidograma en ambos progenitores normal.

Caso 2: Niña de 15 meses con cuadro de diarrea prolongada. Presenta CT 54, LDL 9, VLDL 13, TG 66 mg/dL, ApoB 24, hipovitaminosis A y E, coagulación normal. Ecografía hepática normal. Antecedente paterno de hipocolesterolemia no filiada con normalidad en el momento actual en ambos progenitores.

Comentarios: La presencia o no de esteatosis hepática asociada a esta enfermedad parece depender del gen afecto y en último término del nivel de Apoproteínas específicas puesto que si las lipoproteínas contienen ApoB48 pero no ApoB100 la síntesis de VLDL se ve afectada y con ello la capacidad de exportación de triglicéridos de síntesis hepática. Se han descrito mutaciones del gen de la ApoB y formas ligadas al cromosoma 3p21. Un reciente estudio demostró una susceptibilidad del 80% para el acúmulo de TG hepáticos en los casos de defectos en el gen de la ApoB. Otros factores en los que se ha encontrado evidencia son el aumento del tejido graso intraperitoneal y la resistencia a la insulina como es el caso del segundo paciente. Por otra parte los dos casos descritos presentaron un déficit de Vitaminas A y E, más habituales en las formas homocigotas. Ambos mejoraron tras la suplementación oral y se descartó malabsorción intestinal de grasa.

Conclusión: La afectación hepática en la HBLF heterocigota está en función tanto de la amplia variabilidad y expresividad genética como de los factores intercurrentes como la resistencia a la insulina y la obesidad presente en el segundo paciente.

17:10

Métodos: Hemos analizado la dieta de una población de niños sanos de 1-18 años de edad (n = 249) y de sus padres. Se ha utilizado el método de recordatorio de 24 horas, durante tres días. En función de su edad, los participantes fueron divididos en dos grupos: el primero, de los 1 a los 10 años y el segundo, de los 11 a los 18 años.

Resultados: La ingesta media de fibra fue de $14,8 \pm 7,2$ g/día en el primer grupo y de $18,1 \pm 7,9$ g/día en el segundo. El 31,8% de niños en el primer grupo tuvieron una ingesta de fibra por debajo de las recomendaciones (ingesta recomendada de fibra = edad + 5 g fibra/día) mientras que en el segundo grupo, el porcentaje fue del 57,8%. La correlación entre la ingesta de los niños y sus madres fue de 0,569 ($p < 0,001$) en el grupo de edad de 1-10 años, y 0,407 ($p < 0,001$) en el grupo de 11-18 años. La correlación entre la ingesta de los niños y sus padres fue de 0,590 ($p < 0,001$) y 0,220 ($p < 0,05$) en cada grupo, respectivamente.

Conclusiones: La ingesta de fibra en nuestros niños es baja, principalmente entre los 11 y los 15 años, donde más de la mitad de los niños estudiados no alcanzan las necesidades diarias. Existe una correlación positiva en la ingesta de fibra en la dieta entre ambos padres y sus hijos.

P176**APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE DIÁLISIS HEPÁTICA (MARS) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS****17:20**

Begoña Polo Miquel, Ramón Sanchís Ramada, Ester Donat Aliaga, M. Ángeles Calzado Agrasot, Carmen Ribes Koninckx

Servicio de Gastroenterología y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El fallo hepático (FH) reviste una elevada mortalidad, siendo en la mayoría de los casos el trasplante hepático la única opción terapéutica. La escasez de órganos, especialmente pediátricos ha propiciado el desarrollo de sistemas de soporte hepático extracorpóreo (MARS) como puente o alternativa al trasplante.

Objetivo: Establecer la aplicabilidad de una técnica de diálisis hepática (MARS), al tiempo que presentamos nuestra experiencia en Pediatría.

Material y método: Se precisa un catéter de doble luz, un monitor de hemofiltración veno-venosa (CVVH) y el circuito extracorpóreo cerrado de albúmina (MARS).

Pacientes: 8 pacientes de edades comprendidas entre 4 meses-14 años en diferentes situaciones clínicas. El número y duración de las sesiones ha variado en función de la situación clínica y de los resultados clínico-biológicos.

Resultados: En 2 pacientes con prurito refractario, la respuesta ha sido satisfactoria. Objetivamos una reducción significativa del prurito junto a un descenso de los ácidos biliares y otros parámetros bioquímicos de colestasis. En los 2 pacientes con FH en contexto de fallo multiorgánico, en los que se aplica el MARS como terapia de soporte, objetivamos eficacia en cuanto a función de detoxificación, síntesis y mejoría hemodinámica. No precisaron trasplante hepático. En 2 pacientes con FH 2^{ario} a claritromicina y hepatitis autoinmune respectivamente, se objetiva la eficacia del MARS como terapia de soporte en cuanto a función de detoxificación y mejoría hemodinámica. En otros 2 pacientes con FH de etiología no filiada los resultados no son valorables por trasplante inmediato. En todos el tratamiento fue bien tolerado, sin efectos adversos destacables.

P175**INGESTA DE FIBRA DIETÉTICA EN NIÑOS Y PADRES. ¿SON LOS ADULTOS UN MODELO A SEGUIR?****17:15**

María Chiné Segura, Gemma Castillejo de Villasante, Francesca Capdevila Muñoz, Joaquín Escribano Subias

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Sant Joan de Reus y Universitat Rovira i Virgili, Reus (Tarragona).

Objetivos: Estudiar la influencia de la ingesta de fibra dietética de los padres sobre los hijos.

Comentarios: La diálisis hepática, MARS, es un procedimiento seguro en Pediatría -Es una opción terapéutica en el prurito refractario asociado a la colestasis. En nuestros pacientes con disfunción hepática grave el tratamiento de MARS mejoró significativamente la función hepática y la situación hemodinámica. Estamos convencidos de la importancia de contar con este nuevo recurso terapéutico. Se abre una nueva vía de tratamiento que puede mejorar significativamente la calidad de vida en pacientes con colestasis, y servir de soporte hepático en aquellos con disfunción hepática grave en espera de trasplante.

P177 17:25 ÉXITO DE LA DERIVACIÓN PORTO-SISTÉMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPÁTICA (TIPS) EN LA HIPERTENSIÓN PORTAL POR SÍNDROME DE BUDD-CHIARI EN NIÑOS

Cristina Ruiz Serrano, Miriam Blanco Rodríguez, Rocío Benítez Fuentes, Mercedes Bernacer Borja, José Urbano García, Mercedes Ruiz Moreno

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari es una patología poco frecuente en la población pediátrica, de causa generalmente desconocida, que se caracteriza por una obstrucción total o parcial de las venas suprahepáticas e hipertensión portal (HTP). El tratamiento médico es sólo paliativo, previo a la realización del definitivo, y consiste en una derivación portosistémica (quirúrgica o transyugular intrahepática) o trasplante hepático.

Caso clínico: Se trata de una niña de 12 años, sin antecedentes de interés, remitida por presentar lesiones angiomasas ocasionales, astenia, hematomas y epistaxis frecuentes, de un año de evolución. *Exploración física:* telangiectasias en miembros superiores, eritema palmar y hepatoesplenomegalia, sin otros hallazgos patológicos. *Exploraciones complementarias:* tromboopenia, TP 17 segundos, índice de Quick 54%, INR 1,5, TTPA 43,8 segundos, disminución de proteína C y factores de coagulación V y VII, bilirrubina total de 2 mg/dl (directa 0,7 mg/dl), GOT 54 UI/l, GPT 33 UI/l, GGT 191 UI/l, fosfatasa alcalina 403 UI/l y LDH 419 UI/l. serología de virus hepatotropos y estudio de autoinmunidad normales. Ecografía abdominal: hepatomegalia moderada con ecogenicidad heterogénea y esplenomegalia de 16 cm. Ecografía-doppler: sistema porta de calibre aumentado, con flujo hepatópeto. Estudio hemodinámico: gradiente portosistémico de 28 mmHg. Biopsia hepática: lesiones compatibles con obstrucción crónica del flujo, más severa a nivel de suprahepática derecha. Ecocardiograma y cavografía normales. El estudio molecular de trombofilia: susceptibilidad a las trombosis venosas profundas (mutaciones de fibrinógeno y MTHFR en hetero y homocigosis, respectivamente). Fue diagnosticada de síndrome de Budd-Chiari idiopático. Presentó HDA secundaria a la aparición de varices esofágicas, y se realizó derivación portosistémica transyugular percutánea (TIPS), mostrando mejoría progresiva y disminución de la esplenomegalia y de la HTP. Un año después, permanece asintomática y en los controles realizados se objetiva derivación portosistémica funcionante.

Comentarios: La derivación portosistémica intrahepática es una terapia segura y efectiva en pacientes pediátricos con HTP por síndrome de Budd-Chiari criptogenético. La revisión de la literatura evidencia que a medio o largo plazo, es necesario el cambio del dispositivo o el trasplante. No existe gran experiencia en seguimiento a largo plazo tras la colocación de TIPS.

P178 17:30 CALIDAD DE VIDA Y ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

María Jesús Balboa Vega, Federico Argüelles Martín, Filiberto Ramírez Gurruchaga, Rafaela Caballero Andaluz, José González Hachero

Servicio de Gastroenterología Pediátrica y Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la adaptación psicosocial del enfermo permiten determinar el impacto que tienen los distintos tipos de entidades clínicas que constituyen la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en el niño y en su entorno.

Método: Incluimos en nuestro trabajo 50 niños diagnosticados de EII, 14 con enfermedad de Crohn (EC), 14 con colitis ulcerosa (CU) y 22 con colitis indeterminada (CI), con edades entre los 3 y los 16 años, recogiendo datos relacionados con tratamiento (farmacológico, quirúrgico y nutricional), sexo, actividad actual de la enfermedad y años de evolución. Medimos la calidad de vida mediante la versión modificada del cuestionario de calidad de vida de la Universidad McMaster de Ontario "Short inflammatory bowel disease questionnaire" (SIBDQ) con 10 ítems y un rango de 10-70 puntos, siendo mejor la calidad de vida a mayor puntuación del test, paralelamente valoramos la adaptación psicosocial mediante el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) que valora síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y escala prosocial. Se realiza análisis comparativo de las medias obtenidas en ambos cuestionarios según diagnóstico, sexo, tratamiento, actividad y años de evolución, mediante la prueba T-student.

Resultados: Las diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$ más llamativas, se obtienen en niños que reciben tratamiento farmacológico frente a los no tratados, con una peor calidad de vida y más afectación a nivel de las emociones. Los niños con tratamiento quirúrgico y nutricional tienen peor calidad de vida sin diferencias estadísticamente significativas frente a los no tratados. Según el diagnóstico los niños con EC tienen peor calidad de vida respecto a los que padecen CU o CI, sin embargo, los niños con CI presentan más problemas de conducta, con los compañeros y dificultades más crónicas. La enfermedad activa afecta a la calidad de vida y a la esfera emocional y de conducta respecto al paciente en fase de latencia. No se han encontrado diferencias significativas por sexo ni por años de evolución.

Conclusiones: La EII afecta de forma permanente la CVRS siendo la repercusión más marcada en la EC, en la fase activa y en tratamientos continuados. En los niños limita un desarrollo personal adecuado afectando sobre todo a las relaciones con amigos y familia, y produciendo trastornos afectivos secundarios.

P179 17:35 POLIPOSIS INTESTINAL: SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

José L. Alonso Calderón, José M. Cllero Caproni, Rocío Espinosa Gongora

Hospital del Niño Jesús, Madrid.

Antecedentes y objetivos: Las poliposis intestinales son cuadros muy poco frecuentes, especialmente el síndrome de Peutz-Jeghers, de transmisión hereditaria autosómica, que suele debutar en la primera infancia con cuadros obstructivos por

invaginación intestinal, sin embargo con el tiempo apreciamos que aparecen otras manifestaciones clínicas que denotan hemorragia gastrointestinal y manchas melanóticas en mucosa perioral, manos y pies. Además existe una propensión elevada a padecer tumores.

Método: Presentamos la evolución a largo plazo de 3 pacientes portadores de esta poliposis intestinal, durante 18 años de seguimiento, que debutaron con cuadros de obstrucción intestinal, por invaginación causada por pólipos hamartomatosos en la primera infancia. Durante estos años hemos observado que uno ha precisado cinco ingresos por hematemesis y cuadros de pseudoobstrucción, y otro cuatro por rectorragia y hemorragia oculta en heces reiteradamente positiva y anemia ferropénica crónica. En estos dos pacientes existe una poliposis gastrointestinal masiva, habiendo precisado varias intervenciones quirúrgicas y controles periódicos. El tercer caso no ha precisado más que controles periódicos.

Resultados: Un paciente permanece asintomático tras el primer cuadro obstructivo en la primera infancia, sin embargo los otros dos han sufrido varios ingresos e intervenciones por cuadros obstructivos o pseudoobstructivos y de hemorragia gastrointestinal, habiéndose detectado alteraciones ecográficas gonadales incipientes pero no tumores.

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas de hemorragia gastrointestinal (anemia, hematemesis, hemorragia oculta en heces positiva) y dolor cólico intercurrente en estos pacientes traducen la presencia de pólipos gastrointestinales en crecimiento, fácilmente identificables por las manifestaciones clínicas en niños mayores. Su seguimiento y control periódico es necesario para detectar el crecimiento progresivo de los pólipos y elegir el momento adecuado para el tratamiento quirúrgico. La colonización masiva de la mucosa digestiva por pólipos nos plantea serios problemas pronósticos, pensando en la coexistencia de neoplasias (intestinales o gonadales).

P180 17:40 VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ENFERMOS CELÍACOS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

José Antonio Peña Zarza, José Antonio Gil Sánchez, Ana Hervás Matamala, Antonio Rosell Camps, Juana M. Román Piñana

Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Balears).

Introducción: La enfermedad celíaca consiste en una intolerancia digestiva al gluten que produce una atrofia vellositaria intestinal con malabsorción de todos los nutrientes por lo que en muchas ocasiones al diagnóstico de la enfermedad los niños presentan cierto grado de malnutrición.

Objetivo: Valorar el estado nutricional de los niños celíacos de nuestra comunidad al debut de la enfermedad previa a la introducción de la dieta sin gluten.

Material y métodos: *Población diana:* niños diagnosticados de enfermedad celíaca en los últimos 12 meses. *Datos del estudio:* estudio nutricional realizado al diagnóstico previamente a la introducción de la dieta sin gluten incluye peso, talla, IMC, perímetro braquial, pliegue tricípital, pliegue subescapular, Índice nutricional e índice de Waterlow para el peso. Se realiza el cálculo del Z Score comparando los valores obtenidos con el P50 según valores de referencia nacionales para su edad.

Resultados: Se obtienen un total de 20 pacientes de los cuales 13 son niñas y 7 niños. Edades comprendidas entre 11 meses y 10a 11 meses, con una edad media de 6a 11m. *Estudio nutricional:* Índice nutricional Media 91% (rango 80%-101%) Índices Waterlow peso: 90% (rango 80%-106,02%). Calculo Z score: Peso media -0,70 DS (rango -1,65 – +0,45) / Talla media - 0,22 DS (rango -2,1 – +1,28) IMC media -1,13 (rango -3,45 – -0,18) / Perímetro braquial media -1,14 (rango -2,88 – +1,46) Pliegue tricípital media -0,94 (-2,1 – +1,32) / Pliegue subescapular -0,68 (rango -2,06 +0,87).

Discusión y conclusiones: Los niños celíacos de nuestra comunidad presentan al diagnóstico unos valores nutricionales globales discretamente inferiores a la media para su edad pero incluidos dentro del rango normal con algún caso individual con desnutrición más importante. La afectación más destacada es la del perímetro braquial y el IMC. Estos resultados se pueden explicar en relación a una sospecha diagnóstica precoz de la enfermedad celíaca desde atención primaria que agiliza el diagnóstico y al introducción precoz de la dieta sin gluten e impide que el grado de malnutrición sea mayor.

P181 17:45 HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EDAD PEDIÁTRICA. ANÁLISIS DE UNA CASUÍSTICA DE 122 OBSERVACIONES

M. Carmen García Barreiro, Cristina Lorenzo Legerén, Susana Rey García, Mónica Mantecón Ruiz, M^a Paz Vior Álvarez, Celia M. Rodríguez Rodríguez, Patricia Pernas Gómez, Yolanda Pérez Saldeño, Carlos García Rodríguez, Federico Martín Sánchez

Complejo Hospitalario, Ourense.

Introducción: La hemorragia gastrointestinal es un problema poco frecuente en la edad pediátrica pero constituye un motivo de alarma. Los avances de las técnicas de diagnóstico permiten detectar la etiología de casos que antes pasarían desapercibidos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 122 pacientes con hemorragia digestiva, con edades entre los 0 y 14 años, a los que se les realizó una endoscopia.

Resultados: Se analizaron 122 pacientes, 59 (49,6%) con hemorragia digestiva alta y 63 (50,4%) baja. La edad media fue de 6,6 años. La distribución por sexos: 76 (62,3%) varones y 46 (37,7%) mujeres. En la historia clínica de los pacientes no constaba patología digestiva previa (77%). Se constató ingesta previa de fármacos gastrolesivos en 10 pacientes (8,2%). Los síntomas digestivos acompañantes más frecuentes fueron: dolor abdominal en 44 casos (36,1%) y vómitos en 41 (33,6%), como síntoma extradigestivo el más frecuente fue la fiebre 16 casos (13,1%). La repercusión hemodinámica fue escasa, presentando buen estado general el 79,5% de los casos. Ingresaron 90 pacientes (73,8%). Se realiza endoscopia digestiva alta a 74 pacientes (60,6%), siendo los hallazgos más comunes: la hiperemia de mucosa gástrica en 20 casos (16,4%), la nodulación a dicho nivel en 18 (14,7%), no se encontraron hallazgos en 14 (11,4%). La endoscopia fue baja en los 48 restantes (39,4%), no encontrándose alteraciones en 22 pacientes (18% del total, 45,8% de las endoscopias bajas), cuando se apreció patología la más frecuente fue el pólipo en 7 pacientes (5,7%). La etiología del sangrado fue desconocida en 45 casos (36,9%), entre los diagnósticos etiológicos encontramos: gastritis 33 (27%), esofagitis 16 (13,1%), colitis inespecífica 8

(6,5%), pólipos 7 (5,7%), colitis infecciosa 4 (3,3%). La clínica se resolvió sin tratamiento en 40 pacientes (32,8%), recibieron omeprazol otros 40 (32,8%), ranitidina 22 (18%) y polipectomía endoscópica 7 (5,7%). En la evolución sufrieron recaídas el 12,3%, se registró un único éxito, con resolución completa en la mayoría de los pacientes (86,9%).

Conclusiones: Destaca la ausencia de complicaciones graves en nuestra serie, y la escasa repercusión hemodinámica. Sin embargo, se trata de una entidad que puede tener consecuencias graves. Al estudiar los aspectos etiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la hemorragia digestiva en el niño podremos contribuir a la correcta evaluación y manejo terapéutico.

P182 17:50 ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EDAD PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA DE DOS AÑOS

Inés Loverdos Eserverri, Víctor Vila Miravet, Lluïsa Colomer Kamüler, M. Pilar Guallarte Alias, Josefa Rivera Luján, Mònica Vilà de Muga, Vitoria Aldecoa Bilbao, Jacobo Sánchez Pérez, Gisela Viaplana Bartolí, David Bartolí

Unidad de Gastroenterología Pediátrica, Servicio de Pediatría de la Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

Introducción: La endoscopia digestiva (ED) ha supuesto un gran avance en el manejo de los trastornos digestivos pediátricos; a pesar de ello sigue siendo una técnica poco utilizada y realizada habitualmente por especialistas de adultos.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en ED pediátrica en los últimos dos años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo que analiza las endoscopias digestivas realizadas por la unidad de gastroenterología pediátrica del Hospital de Sabadell los años 2004 y 2005. Se recogieron datos acerca de la edad, sexo, indicación de la prueba, tipo de endoscopia, diagnóstico endoscópico y anatomopatológico, así como de intervención terapéutica.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 237 endoscopias digestivas (188 altas; 49 bajas) en un total de 230 pacientes (59,5% niñas; 40,5% niños) con edades comprendidas entre 15 días y 18 años. Las indicaciones para la realización de endoscopia alta fueron diagnóstico/control de celiaquía (43%), dispepsia (16,6%), ingesta de cuerpo extraño (10,8%), sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico (7,5%), vómitos (4,8%), ingesta de cáustico (4,3%), hematemesis (2,1%), disfagia (2,1%) y sospecha de esofagitis alérgica (1,6%). Se tomó biopsia en el 75% de las mismas. Los diagnósticos más frecuentes fueron: normal (36,5%), celiaquía (32,2%), inflamación gastroduodenal (11,8%), cuerpo extraño (8%), esofagitis (5,9%), patología hiatal (2%), úlcus (1,6%), anillo de Schatzky (0,5%) y esófago de Barrett (0,5%). Las indicaciones para realización de endoscopia baja fueron el diagnóstico/control de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (58%), rectorragia (30%), diarrea prolongada (8%) y la sospecha de proctocolitis alérgica (4%). Se tomó biopsia en 40 de ellas. Los diagnósticos más frecuentes fueron: EII (43,8%), normal (20,8%), hiperplasia linfocítica (20,8%), pólipo (6,3%), proctocolitis alérgica (4%), adenoma vellosos (2%) y hemorroides (2%). La prueba fue utilizada como terapéutica en 14 casos de retirada de cuerpo extraño y 4 polipectomías. No hubo complicaciones en ningún caso.

Conclusiones: Los resultados muestran que en condiciones adecuadas y por personal pediátrico especializado la ED resulta una técnica rentable y segura.

P183 17:55 COLESTASIS NEONATAL Y FALLO HEPÁTICO POR DEPLECIÓN DEL DNA MITOCONDRIAL

M^a Rosario González Escudero, Enrique Medina Benítez, Elena Martín, Antonio Baldellou Vázquez, Yolanda Campos, M. Teresa García Silva, Pedro Urruzuno Tellería, Javier Manzanares López-Manzanares

Departamento de Pediatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Antecedentes: Se han descrito síndromes hepatocerebrales por depleción del DNA mitocondrial (DGUOK, POLG1) debidos a defectos nucleares de genes que lo codifican.

Caso clínico: varón de 13 meses, primer hijo de padres sanos, primos segundos. Es visto a los 3 meses, por ictericia sin acolia de 1 mes de evolución. *Hallazgos clínicos:* ictericia, fenotipo normal, hepatomegalia, hipertransaminemia, colesterol elevado, hipotonía leve. Se descartaron causas infecciosas y metabólicas, (tirosinemia, galactosemia, enfermedades del ciclo de la urea, intolerancia hereditaria a la fructosa, acidemias orgánicas, defectos de beta-oxidación y glicosilación de proteínas) diagnosticándose de hepatopatía crónica no filiada. Presentó escasa ganancia ponderal, vómitos, hipoglucemia, escasa movilidad y dificultad de alimentación. A los 13 meses es remitido a nuestro centro por insuficiencia hepática presentando signos de polineuropatía periférica. El EMG mostró polineuropatía desmielinizante y el TAC craneal fue normal. *Otros estudios normales:* médula ósea y biopsia piel para estudio de enfermedad de Nieman Pick tipo C, biopsia de músculo para estudio de la cadena respiratoria mitocondrial (CRM), estudio peroxisomal y del metabolismo de los ácidos biliares. Debido a la mala evolución se realizó trasplante hepático. La pieza de hepatectomía mostró cirrosis micronodular colestática sin especificidad. Por su deterioro no pudo realizarse estudio de CRM en hígado. La evolución del injerto ha sido satisfactoria, pero persistieron las alteraciones neurológicas, apareciendo posteriormente: alteraciones metabólicas (hiponatremia, hipocalcemia, acidosis láctica), intolerancia digestiva y deterioro neurológico (crisis convulsivas, regresión neurológica, apnea central). Se evidenció leucodistrofia severa en la RMN cerebral. El estudio del DNA mitocondrial en músculo mostró depleción del DNA mitocondrial. El estudio del gen DGUOK ha sido negativo. Tiempo de evolución postrasplante 9 meses.

Conclusiones: 1. En colestasis intrahepática con afectación neurológica central o periférica descartar depleción del DNA mitocondrial. 2. La normalidad de la CRM en músculo no descarta estos defectos. 3. La RNM es necesaria pretrasplante en estos casos por la complejidad y demora de los estudios diagnósticos.

P184 18:00 NEFROLITIASIS, BARRO BILIAR Y HEPATITIS TÓXICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON CEFTRIAXONA

M. Carmen Millán Olmo, Juan Ignacio Ortuño Sempere, Eva Solera Navarro, Pedro José Ortega López, Antonio Pereda Pérez

Servicio de Gastroenterología Infantil y Servicio de Nefrología Infantil del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La ceftriaxona se elimina por vía renal y biliar, donde puede precipitar en forma de sales de calcio y formar barro biliar y litiasis tanto a nivel vesicular como renal, siendo habitualmente de curso asintomático. Presentamos el caso de un niño, que asoció nefrolitiasis sintomática, barro biliar y hepatitis tóxica

Caso clínico: Varón de 13 años que ingresa por status asmático y fiebre. Recibe Ceftriaxona iv a dosis de 75 mg/K/día. El día 16 de ingreso inicia irritabilidad, vómitos y oliguria. Tras confirmar una litiasis renal se suspende la Ceftriaxona. Cinco días más tarde presenta de nuevo irritabilidad y vómitos. En la ecografía se halla barro biliar. Tras iniciar ictericia creciente se encuentra un aumento de transaminasas con predominio del patrón de colestasis. Evolucionó hacia un descenso de las enzimas de citolisis pero con un empeoramiento del patrón de colestasis hasta el día 36. En las ecografías y en la colangiografía se evidencia abundante barro sin signos de colecistitis y con vía biliar permeable. La mejoría fue progresiva con normalización completa analítica en el día 67. El barro biliar continuó, sin asociar clínica, hasta su resolución completa tras 8 meses quedando una pequeña litiasis de 0,5cm residual.

Discusión: Se ha descrito, asociado a Ceftriaxona, la formación de barro biliar y litiasis entre un 12-45% y la aparición de nefrolitiasis en un 7,8%. La concurrencia de ambos cuadros es poco frecuente. Las hepatitis tóxicas por Ceftriaxona son extremadamente infrecuentes encontrándose tan sólo 2 casos publicados en los que la se da asociada a una anemia hemolítica. El paciente presentado comenzó el cuadro de hepatitis entre la 3ª y la 4ª semana, tiempo de latencia habitual en las hepatitis tóxicas, se descartaron otras causas y mejoró tras la supresión en un periodo de 2-3 meses. Por otra parte el aumento de las transaminasas fue de tipo mixto (citólítico y coléctástico) y no se pudo justificar por la presencia de barro biliar ya que la vía biliar fue permeable en todo momento.

Conclusiones: Nuestro paciente presentó un infrecuente caso de hepatitis tóxica enmascarada en un principio por la aparición de barro biliar y nefrolitiasis sintomática secundaria al uso de Ceftriaxona.

P185 18:05 ENFERMEDAD DE WILSON: VARIABILIDAD CLÍNICA, COINCIDENCIA GENÉTICA. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

Nuria Boronat González, Eva María García Amaya, Manuela Torres, Javier García Planells, Antonio Pereda Pérez
Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia y Unidad de Genética Médica, Sistemas Genómicos.

Introducción: La enfermedad de Wilson es un trastorno del metabolismo del cobre, de herencia autosómica recesiva. Es de difícil diagnóstico, dado que presenta escasa expresividad clínica, afectación hepática aislada en época infantil, hasta estadios avanzados de la enfermedad, en que se presenta con un espectro clínico muy variable. En la actualidad el diagnóstico de certeza es la cuantificación de cobre hepático. ¿Podría serlo en el futuro el estudio genético?. Se presentan 4 casos clínicos pertenecientes a 2 familias de etnia gitana.

Casos clínicos: *Familia 1:* Paciente de 8 años, que presenta hipertransaminasemia de 6m de evolución. En el estudio realizado: serologías virus hepatotropos negativas, eco abdominal normal, A1AT, AFP y autoanticuerpos no órgano-específicos negativos. Metabolismo del cobre: Cu 93ug/dl, ceruloplasmina 23 ug/dl, Cu en orina 24h 187 ug/L y Cu en tejido hepático 674ug/g de peso seco. El padre del paciente se diagnostica de Síndrome de Shy Drager por clínica autonómica y pseudoparkinsoniana, presentando bioquímica positiva para enfermedad de Wilson y anillo de Kayser-Fleischer. Se realiza estudio gené-

tico (antecedentes de consanguinidad) apreciándose mutación c1708-1G>A, compatible con diagnóstico de enfermedad de Wilson en nuestro paciente y en su progenitor. *Familia 2:* Paciente de 10 años, con hipertransaminasemia de 1 año de evolución. Se realiza estudio de extensión: serología virus hepatotropos negativo A1AT, AFP y autoanticuerpos no órgano específicos negativos. Metabolismo del cobre: Cu 73 ug/dl, Cu en orina 24h 216 ug/L y Cu en tejido hepático 267 ug/g peso seco. El padre del paciente presentaba disfunción hepática severa no filiada y anillo de Kayser Fleischer positivo. Se realiza estudio genético (antecedentes de consanguinidad), obteniéndose mutación c1708 1G>A, compatible con E. Wilson tanto en nuestro paciente como en su progenitor. El diagnóstico de enfermedad de Wilson fue simultáneo en nuestros dos pacientes y sus progenitores, dada la confirmación genética.

Conclusiones: Un alto índice de sospecha clínica de enfermedad de Wilson es fundamental para su diagnóstico en pacientes con hipertransaminasemia mantenida. En los casos presentados, la patología de ambos progenitores contribuyó de forma importante al diagnóstico. En el momento actual el diagnóstico genético es confirmatorio y en un futuro próximo puede ser la prueba diagnóstica definitiva.

P186 18:10 LA DIETA SIN GLUTEN EN CELIACOS ¿PROTEGE DEL DESARROLLO DE OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES?

Juan Ignacio Ortuño Sempere, M. Carmen Millán Olmo, Eva Solera Navarro, María José Artés Martínez, Antonio Pereda Pérez
Digestivo Pediátrico del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Es bien conocida la asociación entre celiaquía y otras enfermedades autoinmunes. Se discute el que la dieta exenta de gluten (DEG) evite el desarrollo de dichas enfermedades, dado el efecto estimulador que tiene el gluten sobre el sistema inmune.

Pacientes: Revisión de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de celiaquía de los últimos 30 años, seleccionando las de 4 pacientes, que tras un periodo prolongado de DEG controlada y rigurosa (entre 3 y 13 años), desarrollaron otro proceso autoinmune relacionado. Estos pacientes consultaron entre los 2 y los 10 años de vida, 2 de ellos por clínica de malabsorción intestinal, 1 por aumento de las transaminasas y el 4º por ser familiar de 1er grado de un paciente celiaco, llegándose al diagnóstico de celiaquía, en base a la lesión histopatológica típica. La paciente estudiada por aumento de transaminasas tuvo un debut diabético, tras 4 años con DEG, uno de los pacientes estudiado por malabsorción desarrolló a los 13 años un síndrome poliglandular autoinmune, consistente en diabetes mellitus tipo 1, asociando una enfermedad de Graves – Basedow. El otro paciente estudiado por malabsorción, desarrolló a los 8 años de la retirada del gluten una tiroiditis de Hashimoto. Finalmente, el paciente diagnosticado de celiaquía por estudio familiar, fue diagnosticado de Nefropatía IgA, tras 7 años con DEG.

Conclusiones: La DEG en celiacos es obligada, de por vida, y de forma rigurosa. Restituye la normalidad de la mucosa intestinal, y evita la malabsorción. La protección del desarrollo de otros procesos autoinmunes, no se constató en los pacientes estudiados. El mejor conocimiento de la etiopatogenia de estas enfermedades, permitirá establecer otras medidas preventivas, además de la DEG, si es posible.

P187 18:15 HIPERPLASIA NODULAR FOCAL HEPÁTICA EN LA INFANCIA

Olga García Mialdea, Elena Balmaseda Serrano, Ana Pérez Pardo, M^a Elena Cabezas Tapia, Ester Gil Pons, Jorge Víctor Sotoca Fernández, María Mayordomo, Lourdes García Villaescusa, Carolina Gutiérrez Junquera

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Introducción: La hiperplasia nodular focal es un tumor hepático benigno muy poco frecuente en la infancia. Etiológicamente, parece ser debida a una malformación vascular congénita (shunt o hiperperfusión localizada) que produce una hiperplasia hepatocelular, aunque también se ha relacionado con anticonceptivos orales, hemangiomas, drepanocitosis y traumatismo hepático previo.

Caso clínico: Niña de 9 años, sin antecedentes de interés, que ingresó por presentar dolor abdominal periumbilical de 48 horas de evolución, acompañado de vómitos y fiebre de forma intermitente. Como antecedentes familiares presentaba padre diagnosticado de colitis ulcerosa y abuela paterna fallecida por cáncer hepático. En las pruebas de laboratorio no se encontraron hallazgos significativos; observándose en la ecografía abdominal una masa sólida con ecogenicidad aumentada. En la TAC abdominal se apreció imagen de 4cm, mal definida, isodensa con parénquima hepático, sugestiva de hiperplasia nodular focal. En la RMN con contraste se observó lesión de 4cm en el segmento siete periférico discretamente hipointensa sin contraste intravenoso y mínimamente hiperintensa (en T2 y STIR) con una captación de contraste muy precoz en fase arterial, que fue lavándose en fases más tardías, con realce tardío de la cicatriz. La gammagrafía hepática corroboró el diagnóstico al apreciarse hipercaptación en región externa de lóbulo derecho. El tratamiento fue conservador, mediante ecografías seriadas.

Conclusión: La hiperplasia nodular focal se presenta en un 85-90% de los casos como una lesión única y bien circunscrita, no encapsulada, homogénea e hipervascular, con cicatriz estrellada central en un 50% de los pacientes. La mayoría son asintomáticas, diagnosticándose de forma casual como en el caso presentado. El tratamiento es conservador en dichos pacientes, reservándose la cirugía para casos sintomáticos. El diagnóstico diferencial se debe plantear con otros tumores benignos hepatocelulares (adenoma hepático). La combinación de la información obtenida mediante técnicas de imagen (sobre todo resonancia magnética y gammagrafía) permiten un diagnóstico muy exacto de esta patología, sin necesidad de procedimientos invasivos.

P188 18:20 SÍNDROME X E HÍGADO GRASO: NORMALIZACIÓN TRAS TRATAMIENTO MÉDICO-DIETÉTICO Y CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA

Sara León Cariñena, Ana López Montes, Francisca Moreno Macián, Antonio Pereda Pérez

Servicio de Digestivo y Servicio de Endocrinología del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Se ha observado un incremento significativo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la última década. En pediatría las consecuencias de esta "epidemia" es la aparición

de enfermedades del adulto en los jóvenes como diabetes tipo II y riesgo de enfermedad cardiovascular, así como esteatosis hepática, esteatohepatitis y evolución a cirrosis. Se precisa un alto índice de sospecha en pacientes obesos de detectar síndrome metabólico y/o hígado graso (EHNA). Para el diagnóstico del síndrome metabólico o síndrome X se precisan 3 de los siguientes signos: obesidad abdominal, dislipemia aterogénica, HTA, resistencia a la insulina y estado protombótico.

Caso clínico: Niña de 6 años remitida a CEX de Endocrinología por sangrados menstruales y obesidad con IMC 21 ($p > 95\%$ para su edad y sexo). A la exploración física destaca obesidad abdominal e hirsutismo. Entre las exploraciones complementarias que se realizan destaca hiperinsulinismo con resistencia a la insulina (índice de HOMA de 8,9), aumento de triglicéridos (509 mg/dL), disminución de HDL (30 mg/dL) e hiperandrogenismo. Se realiza TAC craneal que resulta normal y se descarta síndrome de ovario poliquístico. Controles de TA normales. Es diagnosticada de síndrome metabólico e hiperandrogenismo, descartándose pubertad precoz. En la evolución persiste obesidad, aparece acantosis nigricans en zona de cuello y nuca y se detecta hígado graso en control ecográfico a los 12 años por lo que se remite a Gastroenterología. Se inicia tratamiento con Metformina, restricción dietética y ejercicio físico consiguiéndose normalización de los parámetros analíticos, desaparición del hígado graso y acantosis nigricans, y normalización del IMC en 16 meses.

Conclusiones: El mal pronóstico a medio-largo plazo del síndrome X hace necesario un diagnóstico precoz dada la reversibilidad del cuadro en estadios iniciales, siendo eficaces las medidas terapéuticas y cambios en el estilo de vida, para lo que es necesario un apoyo cercano y control por parte del profesional médico. La acantosis nigricans es un marcador útil de la severidad de la obesidad. Sugerimos que todos los pacientes obesos sean estudiados para EHNA.

P189 18:25 ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE DEBUT PRECOZ A PROPÓSITO DE UN CASO

Susana Melendo, Esther Lera Carballo, Josefa M^a Suñé Gracia, Óscar Segarra Cantón, Merce Boronat Rom, Dámaso Infante Pina, M. del Carmen Ferrer Blanco, Ramón Tormo Carnice, Antonio Carrascosa Lezcano

Servicio de Pediatría General y Adolescentes y Servicio de Gastroenterología Infantil del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: En estos últimos años estamos asistiendo a un incremento en la prevalencia de la enfermedad inflamatoria en el ámbito pediátrico, tanto de las formas clásicas (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) de debut a lo largo de adolescencia o preadolescencia, como de formas de debut más precoz, y de mayor dificultad tanto diagnóstica como terapéutica.

Caso clínico: Paciente varón de 15 meses que ingresa por presencia de sangre en heces de forma intermitente desde los 5 meses de vida. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, recibiendo posteriormente lactancia mixta con fórmula hidrolizada, Beikost introducido según protocolo de área de salud de referencia, sin restricciones ni complicaciones. Al ingreso en nuestro centro presenta una afectación pondoestatural respecto somatometría al nacimiento (peso: de p75 a p25 y talla: de p50 a p25). A nivel analítico destaca la presencia de de

una anemia ferropénica, una proteína C reactiva de 5,2 mg/dL y una VSG de 41mm. Se intenta descartar tanto una etiología alérgica (IgE total normal y RAST a leche, huevo, soja y pescado negativas) como una etiología infecciosa (coprocultivos para bacterias, virus y parásitos negativos, toxina *Clostridium difficile* en heces y PCR para CMV negativa) como posibles responsables del proceso. Se realiza fibroendoscopia digestiva alta (duodeno edematoso y de aspecto atrófico) y baja (colon con pérdida de patrón vascular, de mucosa friable y con presencia de lesiones ulcerativas iniciadas en el margen anal y que se extienden de forma continua a lo largo de todo el tramo explorado). El estudio anatomopatológico pone en evidencia un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario compatible con una enteropatía inflamatoria indeterminada.

Conclusiones: Una historia de sangrado intestinal crónico, una vez descartada la etiología alérgica e infecciosa (causas principales de colitis a edades tempranas de la vida) nos debería alertar y alentar a descartar una posible causa inflamatoria responsable. Los criterios de Oporto, publicados en julio de 2005 por el IBD Working Group de la ESPGHAN, nacen con el propósito de estandarizar el diagnóstico de una enfermedad cuya morbilidad a lo largo del tiempo no es despreciable y que en ocasiones requiere de tratamientos agresivos, especialmente en estas formas de histología indeterminada y de debut anormalmente precoz.

P190 18:30 ICTERICIA MUCOCUTÁNEA Y LESIONES DÉRMICAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS CON AFECTACIÓN CUTÁNEA Y VISCERAL

Juan Navarro Morón, Jesús Carrera Martínez, Lidia Atienza Contreras, María Teresa Benavides Medina, Verónica García Sánchez, José Luis Lechuga Campoy, Francisco Javier Merino López, Tomás Aguirre Copano

Servicio de Pediatría y Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La Histiocitosis X es una enfermedad infrecuente en la infancia con predominio en varones. Las manifestaciones clínicas son muy variables siendo posible el diagnóstico mediante el estudio anatomopatológico.

Caso clínico: Lactante varón de 7 meses de edad con cuadro de 48 horas de rinorrea, febrícula, decaimiento e ictericia. Orinas colúricas. Heces acólicas. Candidiasis cutánea y ótica. Antecedentes personales y familiares sin interés. *Exploración física:* Ictericia de piel y mucosas. Lesiones fúngicas en pliegues axilares y cuello. Lesiones escamo-costrosas en cuero cabelludo. Hepatomegalia de 3 traveses de dedo. *Análítica:* Hb: 8,8; Plaquetas: 765000; GOT: 243; GPT: 198; Bilirrubina total: 7,1; Bilirrubina conjugada: 3,39. GGT: 1017; Fosfatasa alcalina: 2179; Colesterol: 902; Triglicéridos: 563; Ratio colesterol total/HDL: 41; LDL: 662; PCR: 1,93; Proteinograma: aumento de la fracción alfa 2; Alfa-1-antitripsina: 207,6; Ceruloplasmina: 201; Aminoácidos en sangre y orina, perfil tiroideo: normales. Marcadores tumorales, Mantoux; Serología de virus hepatotrofos, Ac antinucleares, antimitocondriales, antimúsculo liso, antiLKM, anticitosol hepatocito LC-1, anticorteza adrenal, antiendomiso, antitransglutaminasa y anticuerpos tiroideos: negativos; Test del sudor: 17 mEq/l; Eco Abdominal: "Hepatomegalia, con aumento de la ecogenicidad que sugiere afectación parenquimatosa hepática.

No signos de dilatación de la vía biliar."; Gammagrafía hepatobiliar: "Severa colestasis intrahepática sin visualización de paso del trazador a intestino"; Rx Tórax, Mapeo óseo, Médula ósea: sin hallazgos; Biopsia de piel: "Inmunotinción positiva para S100"; Biopsia hepática: "Colestasis, ausencia de espacios porta, focos de fibrosis e inflamatorios con PMN y abundantes histiocitos S100 positivos". Se instauró tratamiento citotóxico según su estadificación de Histiocitosis X multisistémica con afectación cutánea y visceral con candidiasis mucocutánea asociada.

Conclusiones: En las Histiocitosis X es muy infrecuente la presencia de ictericia mucocutánea de manera inicial; este hecho hace que en síndromes colestásicos, donde las pruebas complementarias iniciales no nos orienten a su diagnóstico etiológico, haya que plantearse la biopsia como prueba diagnóstica. Así mismo, una vez diagnosticada la Histiocitosis X, esta misma prueba nos valora su extensión y su estadificación, muy necesaria para discernir entre los distintos tratamientos.

P191 18:35 ALCALOSIS METABÓLICA E HIPOELECTROLITEMIA COMO PRESENTACIÓN TÍPICA DE FIBROSIS QUÍSTICA EN EL LACTANTE PEQUEÑO: ESTUDIO DE 7 CASOS

Parisá Khodayar Pardo, M. José López García, Mercedes Andrés Celma, Marcos Romero

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Antecedentes y objetivos: El desbalance electrolítico supone un 5,4% de los hallazgos iniciales en 20.096 pacientes del Registro Nacional de la Fibrosis Quística (FQ) en 1995, lo que demuestra que es una forma de presentación inicial de la enfermedad poco frecuente. Exponemos 7 casos de FQ que fueron diagnosticados a raíz de esta forma de debut en nuestro centro.

Casos clínicos:

Datos	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Dco	6,5 m	12 m	11 m	4 m	23 m	7 m	9 m
Estanc pond(t)	Sí (1,5 m)	Sí (2 m)	Sí (RN)	Sí (1 m)	No	Sí (1 m)	No
> vol heces	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí
Tos	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No
Deshidr	Grave	Grave	Leve	Leve	Moder	Moder	Grave
HipoNa	Leve	Leve	Leve	Leve	No	Leve	Leve
Alcalos	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí
HipoCl	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
HipoK	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí

Discusión: El dco. de la FQ se realizó a nivel hospitalario tras el ingreso por la deshidratación y depleción electrolítica, se empleó la prueba de cloruros en sudor que fue claramente positiva en todos los casos; resulta llamativo que no se planteara esta hipótesis a pesar de la clínica compatible con la enf. en los meses previos y la disponibilidad de una prueba diagnóstica totalmente inocua, pudiendo haberse evitado esta descompensación metabólica aguda. La clínica asociada fue de hiporexia de forma mayoritaria (apareciendo vómitos en sólo 2 de los casos) y la época de presentación fue fuera del periodo estival lo que sugiere factores etiopatogénicos diferentes a los que explican el habitual "golpe de calor" en la FQ: todos los lactantes coinciden en la forma de alimentación (artificial o mixta de instauración reciente e introducción de alimentación complementaria de forma tardía), no en el caso de 23 m que no presentó desequilibrio

electrolítico; la tendencia dietética actual de disminución de la concentración de sodio en la alimentación infantil puede haber sido el desencadenante en sujetos susceptibles.

NEONATOLOGÍA

Sala 4

P192

17:00

MODELO EXPERIMENTAL NOVEDOSO PARA LA VALORACIÓN DE LA RESPUESTA ANTIOXIDANTE AL ESTRÉS OXIDATIVO POR QUÍMICA DE FENTON EN LA PREMATURIDAD

Máximo Vento Torres, Sara León Cariñena, Raquel Escrib González, M. Pilar Sáenz González, M. Isabel Izquierdo Macian, Ana Gimeno Navarro, Juan Sastre Belloch, Miguel Asensi Navarro Servicio de Neonatología del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia y Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina y Departamento de Fisiología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valencia.

Antecedentes y objetivos: La capacidad antioxidante del prematuro está disminuida por la escasa respuesta de las enzimas antioxidantes ante una agresión por radicales libres (Lee F 1979). La presencia de hierro libre en sangre y en tejidos (SNC), favorece la química de Fenton dando lugar a la formación de radical hidroxilo de gran toxicidad. El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto del hierro libre en la prematuridad mediante un modelo no invasivo experimental novedoso y el efecto quelante de la desferoxiamina.

Métodos: Se extrajeron 3 mL de sangre de cordón de pretérminos de 24–28 s de gestación. Un grupo se incubó con hierro (4 x capacidad máxima de transporte de transferrina), y otro grupo igual pero añadiendo desferoxiamina. El grupo control lo formaron RN a término sanos. A los 5 y 30 minutos se tomaron alícuotas que se centrifugaron a 500g x 10min (4°C), se aspiró el sobrenadante plasmático y se lavaron los eritrocitos con solución de ClNa 9%. El pellet celular fue hemolizado en agua destilada. Se determinaron glutatión reducido y oxidado y malondialdehído por cromatografía líquida de alta presión.

Resultados:

Valor GSH/GSSG	5 min	30 min
Control	2,6	1,9
Prematuro (hierro)	2,7	5,4†,‡
Prematuro (hierro + desferal)	2,3	2,0
Valor MDA (nmol/ml)	5 min	30 min
Control	4,8	4,3
Prematuro (hierro)	13,5†,‡	11,8†,‡
Prematuro (hierro + desferal)	3,8	3,2

†p < 0,01 vs. Control; ‡p < 0,01 vs. Prematuro (hierro + desferal).

Conclusiones: La incubación con hierro produce un estrés oxidativo importante mediante la química de Fenton en prematuros con actividad antioxidante limitada. La adición de un quelante, elimina el factor de agresión, y normaliza los resultados. Este modelo puede ser utilizado para el estudio no invasivo de la función oxidativa.

P193

17:05

RELACIÓN ENTRE LA PUNTUACIÓN DE APGAR AL MINUTO Y CINCO MINUTOS DE VIDA Y EL NIVEL DE ESTRÉS OXIDATIVO EN PREMATUROS

Francisco Contreras Chova, Julio Ochoa Herrera, Francisco García Iglesias, Eduardo Narbona López, Antonio Molina Carballo, Manuel González-Ripoll Garzón, Antonio Bonillo Perales

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Granada y Hospital Torrecárdenas del SAS, Almería.

Objetivos: Análisis de la repercusión que sobre el nivel de radicales libres y la actividad enzimática antioxidante representa el estado físico y la adaptación neonatal en los primeros minutos de vida extrauterina, reflejado en el score de Apgar al minuto y a los 5 minutos (Apgar 1/5), a lo largo del período neonatal precoz (primeros 7 días de vida extrauterina) en prematuros (RNPT), aspecto del que se dispone de escasa información en la literatura científica hasta la fecha.

Material y métodos: 84 RNPT con edades gestacionales comprendidas entre las semanas 26 y 36, y peso al nacimiento 630-2500 gramos. Se obtienen muestras hemáticas de cordón, y a las 3 horas, 72 horas y 7 días de vida, determinándose el nivel de hidroperóxidos de membrana (ng/ml), así como la actividad catalasa, superóxido dismutasa (SOD) y glutatión peroxidasa (GPX) eritrocitarias. Se procede al análisis de dichos datos mediante el test de la (t) de Student para muestras independientes, considerando como variables: Apgar al minuto (0-5/6-10) y a los 5 minutos de (0-5/6-10) de vida extrauterina.

Resultados: Mayor nivel de hidroperóxidos en niños con puntajes de Apgar 1/5 menores (0-5), con diferencias significativas ($p < 0,005$) a las 72 horas de vida en los valores de Apgar 5. Descenso de la actividad catalasa y GPX en niños con Apgar 1/5 0-5, con diferencias significativas ($p < 0,005$) a las 3h en la actividad GPX y a los 7 días de vida en la actividad GPX y catalasa.

Conclusiones: Tanto el nivel de radicales libres como los mecanismos antioxidantes en prematuros, en el período neonatal precoz (primeros 7 días de vida extrauterina), se ven directamente influenciados por el estado clínico inicial, reflejado mediante score de Apgar y la adaptación perinatal inmediata. Se detecta un mayor nivel de radicales libres y descenso en la actividad antioxidante enzimática en aquellos RNPT cuyos puntajes de Apgar 1/5 fueron inferiores.

P194

17:10

ESTUDIO DE LA MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

Héctor Salvador Hernández, Margarita Marulanda Rendón, Cristina Soler Carreras, Francesc Botet Mussons, Josep Figueras Aloy

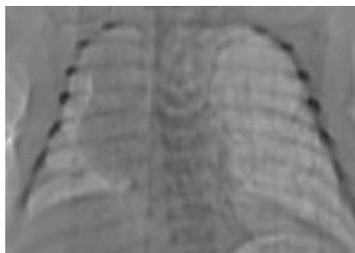
Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

La Malformación Adenomatoidea Quística (MAQ) es la malformación pulmonar congénita más frecuente. Afecta generalmente a un solo lóbulo y excepcionalmente asocia otras malformaciones. La incidencia es igual en ambos sexos. En los últimos años el diagnóstico prenatal ha aumentado presentando una nueva situación clínica.

Material y método: Se revisan las historias clínicas de seis recién nacidos con el diagnóstico prenatal de MAQ del año 2005.

Se estudiaron los aspectos clínicos, la radiografía de tórax y la tomografía computada pulmonar.

Resultados: Todos los recién nacidos fueron a término, sin complicaciones en el período perinatal, Apgar normales y pH de arteria umbilical normal. Ninguno de los niños presentó signos de dificultad respiratoria. La radiografía de tórax fue normal en uno de los niños y presentaba hallazgos sugestivos en los otros cinco. El estudio de tomografía computada de tórax confirmó el diagnóstico prenatal de MAQ en cinco de ellos y de secuestro pulmonar en otro.



Comentarios: El avance en la ecografía prenatal nos presenta nuevos problemas clínicos en niños por otra parte aparentemente sanos. Todos estos recién nacidos fueron asintomáticos e incluso en un caso había regresión de las lesiones ecográficas prenatales. No obstante es obligado el estudio radiológico y la confirmación del diagnóstico por tomografía. En el seguimiento de estos niños se plantea la duda sobre la indicación quirúrgica, si es obligada la cirugía en todos ellos, aún asintomáticos, o bien es preferible esperar a la presentación de trastornos respiratorios especialmente infecciones. No existe evidencia de la posibilidad de malignización de éstas lesiones.

P195 17:15 ENCEFALOPATÍA HIPERAMONIÉMICA POR INMADUREZ. UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

Patricia Barros García, M^a José González García, Mercedes Herranz Llorente, Ana Rodríguez González, M. Jesús López Cuesta, Valentín Carretero Díaz

Servicio de Pediatría del Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El amonio es un producto nitrogenado que proviene del catabolismo de las proteínas. Su acúmulo produce toxicidad celular y a nivel del sistema nervioso. Sus causas en el período neonatal pueden ser adquiridas (hiperamoniemia transitoria, asfisia perinatal, fallo hepático y otras) o hereditarias (trastornos del ciclo de la urea, acidemias orgánicas, alteración de la oxidación de los ácidos grasos) presentándose de forma rápidamente progresiva y fatal sin tratamiento. La clínica consiste en letargo, dificultad para la alimentación, a veces irritabilidad o tetania, quejido, hipotonía, convulsiones, apneas y coma. Para el diagnóstico debemos obtener muestras de sangre y orina lo antes posible e iniciar tratamiento nutricional, suplemento de metabolitos y aclaramiento de tóxicos aun si saber la causa. En casos que no respondan puede ser necesario diálisis o exanguinotransfusión.

Caso clínico: RN pretérmino de bajo peso adecuado a la edad gestacional, niña, EG: 31 semanas, peso 1490g. Sin antecedentes familiares de interés. Embarazo controlado de curso normal. Ecografías normales. Controles serológicos del embarazo negativos. Parto espontáneo, eutócico. Apgar 7/7. Reanimación superficial. Presenta distrés respiratorio inmediato por enfermedad de membrana hialina de buena evolución con ventilación mecánica y surfactante. A las 36h de vida, letargo progresivo, pérdida de la actividad espontánea y reactividad y coma pro-

fundo. Gasometría, glucemia, función hepática y renal, LCR y Eco cerebral, normales. Hemocultivo y PCR negativos. Amonio en suero 590µg/dl. Láctico normal. Se inicia tratamiento con nutrición parenteral con alto aporte de glucosa y lípidos y sin proteínas para inhibición del catabolismo endógeno, suplementos de arginina, carnitina y biotina y aclaramiento de tóxicos mediante la administración de fenilbutirato con buena respuesta. La evolución favorable del paciente y la normalidad de los estudios metabólicos apoyan el diagnóstico definitivo de encefalopatía hiperamoniémica por inmadurez.

Conclusiones: Pensar en este diagnóstico y el tratamiento precoz es crucial para la vida del niño.

P196 17:20 ¿SON LOS FACTORES DE RIESGO INFECCIOSO MATERNOS PREDICTORES DE PROCESOS SÉPTICOS EN EL RECIÉN NACIDO?

Soledad Caballero Balanzá, María Pont Colomer, Blanca Garrido García, José Luis Fayos Soler, Consuelo García Vicent, Empar Lurbe Ferrer, Inmaculada Romero Andreu

Servicio de Pediatría, Sección de Neonatos del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Objetivos: Describir los factores de riesgo infeccioso más frecuentes en nuestra maternidad y determinar si son predictores de sepsis. Comprobar la utilidad de los marcadores clínico-analíticos del recién nacido en su detección.

Métodos: Estudio prospectivo (1/06/05 al 31/12/05) en el que se incluyen los recién nacidos de nuestra maternidad con riesgo infeccioso: colonización materna por estreptococo grupo B (EGB) tratado incorrectamente, rotura prolongada de membranas (RPM>24 h), infección de vías urinarias (ITU) o fiebre materna periparto y corioamnionitis. Se recogen datos acerca de la edad gestacional, parto, peso, tratamiento antibiótico materno y resultados analíticos del recién nacido. Se efectúa seguimiento de estos recién nacidos hasta los 3 meses de vida para detectar sepsis precoz o tardía.

Resultados: De 1088 recién nacidos, 87 (8%), presentaban algún factor de riesgo infeccioso, de los cuales 39 (44,82%), eran RPM; 43 (49,42%), eran EGB positivo, 4 (4,59%), ITU periparto, y en 1 (1,14%) coexistían EGB e ITU. De estos 87 niños, 4 (4,59%) ingresan por cuadros sépticos de inicio precoz, estando colonizadas las madres de 2 de ellos por EGB (ambos con parto vaginal), uno por RPM y el último ITU materna periparto no tratada. El resto de parámetros no tuvieron relevancia como factor predictor. La incidencia de sepsis en nuestro estudio ha sido de 3,6‰. Un 2,5% de las RPM, un 4,65% con EGB positivo, y un 25% de las ITU maternas periparto, desarrollaron sepsis clínica. En el 100% de los casos, el pico máximo de la PCR (proteína C reactiva) se dio entre las 12-24 horas de vida (media: 7 mg/dl, rango: 0,3-16,88). No encontramos diferencias en el recuento leucocitario, salvo en uno de los pacientes con sepsis, que presentó leucopenia. El único signo clínico común en todos ellos, fue el mal estado general.

Conclusiones: La incidencia de sepsis de transmisión vertical en nuestra serie (3,6‰) es mayor que la obtenida en otros estudios consultados (2,5‰). El factor de riesgo más importante es el EGB (50% de las sepsis encontradas), cuya incidencia ha ido disminuyendo con las medidas profilácticas maternas. Nuestro porcentaje por RPM es del 2,5%; 33 de las madres (84%) habían recibido tratamiento antibiótico. Dada la importancia de

una actuación rápida en la sepsis neonatal, destacamos el valor de los antecedentes maternos, la clínica y el aumento de la PCR, frente al hemocultivo, que es tardío.

P197 17:25 RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL DE ASTURIAS (PADAI): MUCHO MÁS QUE UN CRIBADO DE HIPOACUSIAS

M^a Begoña Álvarez Muñoz

Grupo de Trabajo del PADAI, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Asturias y Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias.

Objetivos: Tratar, rehabilitar, acompañar, informar y asesorar, a los niño/as con hipoacusia y a sus familias, desde un planteamiento de atención universal, integral y coordinado, que parte de una detección precoz del déficit de audición, y dentro del mismo programa, se completa el diagnóstico, se trata, rehabilita y sigue, desde el nacimiento, hasta los 18 años de edad.

Antecedentes: Puesta en marcha del programa en junio del 02. Universalización en octubre del 2004. *Ámbito de trabajo:* sanitario, social y educativo.

Métodos: Resultados de actividad del programa en dos poblaciones diferentes y dentro de siete subprogramas específicos. Explotación de la base de datos del PADAI.

Resultados: (Junio 02-Diciembre 05). (Se dispone de más información). 1. *Niños/as de programa de cribado:* sometido a prueba de cribado de hipoacusia utilizando Otoemisiones Acústicas (OEA), con carácter universal: 19193 niños/as. 2. *Niños/as de fuera de Programa de Cribado:* hipoacusias de aparición tardía o existentes antes de la puesta en marcha del programa de cribado universal. 433 niños/as (151 hipoacusias neurosensoriales). *Programas específicos:* 1. Programa de Cribado Universal de Hipoacusia en Recién Nacidos: prevalencia de hipoacusia en nuestra población: 3,44%. 2. Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil en Atención Primaria: Trabajo con pediatría. Información y formación. Seguimiento de los casos. 3. Programa de Atención Temprana-rehabilitación: 46 casos. 4. Programa de Atención a las Familias: 158 familias. 5. Programa de Audioprótesis. Banco de Audífonos nuevos y usados: niños/as en situación económica desfavorecida y candidatos a implante coclear. 6. Programa de Rehabilitación de Implantes Cocleares: 15 niños/as. 7. Programa de Atención al niño/a hipoacúsico en la Escuela: 168 niños/as.

Conclusiones: Satisfacción de clientes externos (niños/as y familias) e internos (encuesta de satisfacción del equipo). Atención adecuada y coordinada, con un equipo multidisciplinar. Adecuación de recursos.

P198 17:30 RECOMENDACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS PUBLICADAS EN ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ANGLOSAJONES DE FINALES DEL SIGLO XIX

Antonia Martín Perdis, Esperança Ponsell Vicens, Pilar Ferrer de Sant Jordi Montaner, Victoria A. Ferrer Pérez, Damiana Pérez Mariano, Pilar Jaramillo Peña

Departamento de Enfermería y Fisioterapia y Departamento de Psicología de la Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca (Baleares).

Introducción: El inicio de la neonatología se sitúa en el siglo XIX gracias fundamentalmente a la obra *The Nursling*, escrita por

Pierre Budin (1846-1907). Los prematuros estaban destinados a morir, al igual que la mayoría de neonatos con malformaciones. P. Budin y M. Couney fueron los pioneros de la asistencia en incubadoras de los recién nacidos prematuros y, de esta forma, ayudaron a modificar algunas de las actitudes pesimistas con respecto a estos niños. Esta actitud caló en los diferentes Estados gracias a la emergente reforma social, los movimientos de beneficencia del s. XIX y las revistas científicas de la época.

Objetivos: Analizar las recomendaciones sobre alimentación neonatal que se realizan en 3 artículos científicos anglosajones publicados a finales del siglo XIX.

Material y método: Análisis de contenido de los artículos: *Incubators and milk laboratory feeding* (1897); *The care of premature and feeble infants* (1898); *The care and feeding of premature infants* (1898).

Resultados: Los autores reconocen la prematuridad como objetivo de estudio de la medicina y manifiestan preocupación por la elevada tasa de prematuridad existente. La termorregulación y la alimentación como cuidados básicos que garantizan la supervivencia de estos niños. Se analizan los diferentes métodos de calentar a los prematuros y recomiendan la lactancia materna como forma de alimentación por encima de las leches artificiales que empiezan a comercializarse, si bien con opiniones diversas.

Conclusiones: Las recomendaciones de los neonatólogos del s. XIX, la termorregulación y la alimentación, son básicamente similares a las actuales aunque con diferencias derivadas de los avances tecnológicos (terapia ventilatoria, etc). Se recomienda la lactancia materna como alimento de elección para los neonatos prematuros.

P199 17:35 SÍNDROME DEL NIÑO ZARANDEADO. UNA CAUSA EVITABLE DE HEMORRAGIA CEREBRAL

Santiago Gallego Vela, Elena Lucas Sáez, M. Teresa Urgel Gómez, Matilde Viñas Viña, José M. Pérez González, Gerardo Rodríguez Martínez, M. Pilar Samper Villagrasa, Purificación Ventura Facci
Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

La estimulación enérgica mediante sacudidas es una reacción frecuente de los cuidadores de lactantes con crisis de sofocación. Hay evidencia clínica de la asociación entre estas maniobras y la aparición de lesiones intracraneales cerebrovasculares sin lesión externa, por fenómenos de aceleración-desaceleración.

Observación: RN de 38 semanas. Parto con ventosa. APGAR 7/9. A las 26 h de vida presenta episodio de cianosis con interrupción del llanto, que el padre resolvió mediante sacudidas sin sujeción cefálica. A las 2 horas, tras hipotonía con cianosis generalizada se traslada a nuestro centro. *Exploración:* constantes biológicas normales. FA llena. Tumor de parto occipital derecho. Hipotonía axial. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Reflejos primarios del RN y osteotendinosos normales. *Exámenes complementarios diagnósticos:* Hemograma, estudio de coagulación y de otros desórdenes bioquímicos normales. Ecografía transfontanelar y TAC craneal: hemorragia intraventricular con ventriculomegalia sin desviación de la línea media. LCR: hematíes espiculados. Fondo de ojo: hemorragias retinianas bilaterales. EEG y PEATC normales. *Evolución y tratamiento:* tras su ingreso presenta episodios repetidos de hipotonía, palidez e hipoxemia, sacudidas clónicas de EII, mioclonías palpebrales izquierdas y mirada ausente, con hipoactividad espontánea. Se administra fenobarbital ev pautado

con control farmacológico. En los días siguientes, se normaliza la situación clínica, dándose de alta a los días. Actualmente (10m de edad), la exploración neurológica (ítems de desarrollo neurológico) es normal. La ecografía tranfontanelar de control evidencia regresión de las lesiones cerebrovasculares y las hemorragias retinianas han desaparecido.

Consideraciones: 1. En el RN a término, la hemorragia intracraneal constituye la tercera causa de convulsión neonatal, tras encefalopatía hipóxico-isquémica e infecciones del SNC. 2. La mayoría de hemorragias intracraneales son intraparto, aunque es necesario descartar los traumatismos postnatales fortuitos o intencionados. 3. El síndrome del niño zarandeado no debe ser considerado únicamente como una forma de maltrato infantil, ya que en numerosas ocasiones se debe a la falta de información de los cuidadores.

P200 17:40 MASA ABDOMINAL DE DIAGNÓSTICO PRENATAL: SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR INTRAABDOMINAL

Marta Costa Romero, Elena Taborga Díaz, Antonio Ramos Aparicio, Carlos M. Martínez-Almoyna Rullán, Mónica García Castro, Laura Somalo Hernández, Juan Mayordomo Colunga, Aleida Ibáñez Fernández, José Blas López Sastre

Sección de Neonatología y Sección de Cirugía Infantil del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

El diagnóstico prenatal de masa abdominal es relativamente frecuente. Presentamos una paciente con una masa abdominal diagnosticada en la intervención quirúrgica y confirmado en el estudio anatomopatológico de secuestro pulmonar extralobar (SPE). El SPE es causa poco frecuente de masa abdominal.

Caso clínico: Recién nacido mujer que ingresa en Neonatología ante la existencia de masa abdominal retroperitoneal diagnosticada prenatalmente mediante ecografía. A la exploración únicamente llama la atención la presencia de una masa abdominal en fosa renal izquierda. **Exámenes complementarios:** Ecografía: masa bien definida de 4 centímetros de diámetro mayor con ecogenicidad uniforme. TAC abdominal: Masa hipodensa de 4 cm en situación craneal al riñón izquierdo, independiente del mismo, que comprime la glándula suprarrenal ipsilateral. Marcadores tumorales y catecolaminas dentro de límites normales. Con el diagnóstico prequirúrgico de neuroblastoma congénito fue intervenida. En la intervención se constató la existencia de una masa blanda que se extiende hacia el hiato esofágico cuya vascularización arterial procede directamente de la aorta y el retorno venoso drena a la vena cava inferior a través de 2 venas. El periodo posquirúrgico cursó sin incidencias. En el examen anatomopatológico se observó la existencia de alvéolos, bronquios, tejido pleural y cartilaginoso, diagnosticándose de secuestro pulmonar extralobar intraabdominal.

Comentario: El SP es una masa de tejido pulmonar anormal, no funcionante, comunicado o no con árbol traqueobronquial. Su vascularización arterial procede directamente de la aorta, y el drenaje venoso es hacia la ácigos o intercostales. Representa el 0,15-6% de las malformaciones pulmonares. Se diferencia en intralobar (90%) y extralobar (10%) y éstos en intratorácico o extratorácico (10%) La gran mayoría son hallazgos casuales, siendo generalmente asintomáticos. El SPE representa el 2% de las masas abdominales diagnosticadas prenatalmente, y aunque regresa espontáneamente, debe realizarse la exéresis quirúrgica si el diagnóstico es incierto.

P201 17:45 VALORACIÓN DE LA EXPOSICIÓN PRENATAL A COCAÍNA, OPIÁCEOS Y MDMA DURANTE EL EMBARAZO

Jaime Lozano Blasco, Josefina Díaz Ledo, Óscar García Algar, S. Pichini, P. Zuccaro, E. Marchei, M. Pellegrini, J. Murillo, C. Puig, Oriol Vall Combelles

Departamento de Pediatría del Hospital del Mar, Barcelona y Istituto Superiore di Sanita, Roma (Italia).

Introducción: Las investigaciones actuales muestran que los hijos de madres consumidoras de drogas de abuso tienen mayor riesgo de padecer trastornos del comportamiento y del desarrollo como resultado de la exposición prenatal y de las distocias familiares a las que se asocia su consumo. Es importante para el cuidado prenatal y pediátrico conocer el abuso de estas sustancias por las madres, para mejorar el diagnóstico y facilitar determinadas intervenciones.

Material y métodos: Entre octubre del 2002 y febrero del 2004 se contactó con 1151 parejas madre-hijo de entre los nacidos en ese periodo en el Hospital (n = 1439), que cumplieron los criterios de inclusión y estuvieron de acuerdo en participar en el estudio se tomo dos muestra de meconio, una en las primeras 24 horas de vida, y una segunda entre las 24 y las 48 horas de vida. Se utilizó metodología estandarizada usando cromatografía líquida de alta resolución acoplada a espectrómetro de masas para detectar simultáneamente metabolitos de opiáceos, cocaína, anfetaminas.

Resultados: En el análisis de las 830 primeras muestras de meconio encontramos un 7,9% de positividad a drogas de abuso. De ellas, fueron positivas a opiáceos un 6,3%, a cocaína un 3,1%, y a MDMA un 0,1%. La prevalencia de consumo de drogas utilizando la entrevista materna en 549 parejas madre-hijo fue de 2,5% para cualquier tipo de drogas (10,9% utilizando el análisis de meconio). Ni el nivel socioeconómico ni la etnia de los padres parece asociarse al consumo de drogas. Las madres consumidoras de drogas tienen mayor número de embarazos previos y de abortos (p < 0,05). El consumo de cocaína, y de cocaína y opiáceos se asocia al consumo de otras sustancias de abuso como tabaco y cannabis.

Discusión: Los resultados presentados son un preliminar de nuestro estudio de prevalencia de drogas. En este estudio ponemos de relevancia el alto consumo de cocaína y opiáceos de forma no reconocida en nuestra población. Los parámetros somatométricos de los recién nacidos no se han podido relacionar con el consumo las drogas estudiadas durante el embarazo, por la posible asociación con el consumo de cannabis, tabaco o alcohol.

P202 17:50 SEGUIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

Sergio José Quevedo Teruel, Fernando Pérez Iglesias, Gloria Rodrigo García, M^a José Santos Muñoz, Gonzalo Ares Mateos, Alejandro López Escobar, Sección de Neonatología Servicio de Pediatría del Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Objetivos: Valorar los cambios lineales de peso en recién nacidos (RN) de muy bajo peso al nacer con referencia a las curvas de peso intrauterino españolas (Carrascosa) y norteamericanas (Alexander).

Material y método: Estudio retrospectivo de 64 neonatos con peso al nacimiento menor de 1500 gramos, nacidos resultado de embarazo simple en los años 2004 y 2005 en el Hospital Severo Ochoa de Leganés. Se aplica como medida para valorar el estado nutricional el Zscore de la media del peso al nacer, a los 28 días y a las 36 semanas de edad corregida, según las curvas de crecimiento intrauterino de Carrascosa y Alexander.

Resultados: Se estudian 64 niños (46,9% mujeres) de menos de 1500 gr. con un peso medio de 1096 ± 296 gr (niños: 1166 gr, niñas: 1010 gr).

	Niños		Niñas	
	Alexander	Carrascosa	Alexander	Carrascosa
Zscore al nacer	-1,017	-1,197	-0,771	-0,944
Zscore 28 días	-1,857	-2,251	-1,729	-2,617
Zscore 36 semanas	-2,251	-2,724	-2,28	-4,268

Discusión: Se observa un aumento de la desviación del patrón de crecimiento intrauterino en nuestros niños, siendo mayor la desviación con las curvas españolas que con las americanas. La explicación de este hecho tiene que ver con una mayor dispersión de las curvas estadounidenses, probablemente porque engloban a poblaciones diferentes en cuanto al su peso al nacer.

Conclusiones: Las curvas que mejor se ajustan a nuestra población a la hora del seguimiento nutricional son las españolas.

P203 17:55 HERMAFRODITISMO VERDADERO EN RECIÉN NACIDO CON GENITALES AMBIGUOS

María Jesús Salado Reyes, Simón Pedro Lubián López, Jesús Carrera Martínez, Manuel Matías Vega, Tomás Aguirre Copano
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Un recién nacido presenta genitales ambiguos cuando la anatomía de sus genitales externos no permiten definir su sexo. La designación del sexo es considerada para el médico como un reto dado la dificultad diagnóstica además de ser una urgencia, debido la ansiedad de los padres y la presión ejercida por la sociedad. Presentamos un caso de un recién nacido con genitales ambiguos y el proceso de asignación del sexo.

Caso clínico: Recién nacido a término con somatometría normal, hijo de madre sin antecedentes de interés y que no toma medicamentos durante el embarazo. En la exploración se aprecia tubérculo genital que impresiona de clítoris de 2,5 x 1,5 cm., los pliegues uretrales están parcialmente fusionados y las eminencias genitales tienen aspecto escrotal, gónadas palpables en bolsa y meato proximal. Análisis sanguíneo y de orina normales. Niveles hormonales incluidos 17-OH progesterona dentro de la normalidad. Cariotipo 46 XX. Antígeno SRY negativo. Ecografía ginecológica: no se aprecia útero ni ovarios. Permeabilidad del conducto peritoneo-vaginal bilateral con presencia de gónadas. Citoscopia: seno urogenital con desembocadura vaginal a 2 cm. del introito. No se aprecia claramente hocico de tenca. Vagina de longitud y calibre adecuado. Vejiga de gran capacidad, hipotónica. Ostio entreabierto. Laparoscopia: no se identifica útero. Estructuras que no dan apariencia clara de trompas. Conducto peritoneo vaginal permeable bilateral. Inguinotomía bilateral: gónadas con apariencia de ovario con lo que parece fimbria y trompa muy fina. Se realiza biopsia siendo la histología compatible con ovotestes. El recién nacido permanece asin-

tomático durante todo el ingreso y con tensiones arteriales dentro de la normalidad. Después de todo el estudio realizado, se llega al diagnóstico de hermafroditismo verdadero.

Conclusiones: Dada la infrecuencia de esta patología hemos considerado interesante comunicar este caso. El recién nacido deber ser atendido por un equipo multidisciplinario y llevarse a cabo un estudio hormonal, cromosómico y anatómico que conlleve a la asignación de género y nombre.

P204 18:00 ENCEFALOPATÍA NEONATAL Y HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR TRAS EXPOSICIÓN INTRAÚTERO A PAROXETINA

Rosa Batista Ferreira, Laura Sánchez García, Clara García-Bermejo García, Alfredo García-Alix Pérez, José Quero Jiménez
Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

Introducción: El uso de paroxetina en el tercer trimestre como tratamiento de la depresión materna se ha asociado a un síndrome neurológico por privación y/o toxicidad del fármaco en el neonato, hasta en un 30% de los casos. La paroxetina inhibe la función plaquetaria, sin embargo, las complicaciones hemorrágicas en el recién nacido son excepcionales.

Caso: Presentamos el caso de un recién nacido con encefalopatía por paroxetina que mostró una hemorragia intraventricular grado II al tercer día de vida. Recién nacido a término de peso adecuado para la edad gestacional (38 semanas, 3.360 gramos), con exposición intraútero a paroxetina por depresión materna desde el 6º mes de gestación (30 mg/día). En el examen físico del 3º día de vida presenta fiebre, hipocinesia e hipotonía cervicoaxial y de extremidades superiores acusada. Tremor de baja frecuencia y alta amplitud, hiperreflexia osteotendinosa y clonus aquileo. El rasgo más distintivo fue el pobre rango de estados así como de la variabilidad de éstos a lo largo del examen. El temblor desapareció a los 3 días, la fiebre a los 7 días y permaneció con la alteración neuroconductual referida durante 2 semanas. *Estudios complementarios:* estudio de coagulación normal, plaquetas normales, electroencefalograma normal, cultivos para bacterias y virus normales y punción lumbar normal. Ecografía cerebral: hemorragia intraventricular grado II.

Conclusión: Nuestro paciente aporta evidencia adicional de que la encefalopatía por paroxetina cursa con un cuadro que difiere de otras encefalopatías por privación. La presencia de hemorragia intraventricular es atribuible a la alteración de la función plaquetaria secundaria al uso de este medicamento. Existen dos casos previos con hemorragia intracranial, por lo que creemos obligado realizar ultrasonografía cerebral a todos los hijos de madre en tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina.

P205 18:05 ¿HASTA QUÉ PUNTO ES FIABLE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL PREMATURO PARA LA DETECCIÓN DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE?

Bárbara Fernández Barrio, Manuel Crespo Hernández, Juan José Díez Tomás, Julián Rodríguez Suárez, Julia Barreiro Daviña
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, Sección de Cardiología Infantil del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

Antecedentes y objetivos: El ductus arterioso persistente (DAP) representa la comunicación entre grandes arterias más frecuente al nacimiento y se halla íntimamente relacionada con

la prematuridad. El objeto del estudio fue analizar la precisión de los signos físicos característicos (soplo "en maquinaria", pulsos saltones, repercusión hemodinámica) para diagnosticar un DAP significativo.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal observacional de 30 prematuros ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales (UCIN) entre Octubre 2004 y Marzo 2005. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos y pruebas complementarias (electrocardiograma -ECG- y ecocardiografía-doppler). Los datos se expresan como media (desviación estándar).

Resultados: La relación varón-mujer de la muestra fue de 1,30, con una media de edad gestacional de 31,52 semanas (3,21). La media de horas de vida al examen físico fue de 33,4 horas (13,68). La media de peso y longitud al nacimiento fue de 1718,3 gramos (580,1) y 41,5 centímetros (4,4) respectivamente. Todos los pacientes presentaban ECG normal. En 11 pacientes (36,6%) se detectó un ductus arterioso persistente mediante ecocardiografía; este grupo de pacientes presentaba significativamente una menor edad gestacional y un menor peso y longitud al nacimiento respecto a aquellos que mostraban el ductus cerrado. Sólo el 36% de los prematuros con el ductus abierto presentaban soplo, de los cuales, sólo la mitad era un soplo "clásico" (rudo, continuo, en maquinaria), lo que supone un 18% de incidencia. Los signos clínicos "clásicos" de ductus arterioso persistente en nuestro estudio poseen escasa sensibilidad: 27% para los pulsos saltones y 18% para el soplo "clásico". No obstante, parece que la capacidad discriminativa del soplo aumenta con el tiempo: la sensibilidad para detectar un ductus permeable es de un 18% para el soplo al nacimiento, un 36% para el soplo en las primeras 48 horas y hasta el 50% a los 10 días de vida. Del mismo modo, la presencia de síntomas (inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria) es poco sensible (36%), pero muy específica (100%).

Comentarios: El ductus arterioso persistente es asintomático en un porcentaje no desdeñable de prematuros, concediendo a los signos clínicos clásicos de DAP un valor diagnóstico limitado, y otorgando a la ecocardiografía un papel fundamental.

P206 18:10 SILDENAFILO COMO TRATAMIENTO PARA LA HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA SECUNDARIA A DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Cristina Pérez Aragón, Simón Pedro Lubián López, Manuel Mendoza Jiménez, Isabel Benavente Fernández, Juan Mena Romero, Manuel Matías Vega, Ángeles Cervantes Orube, Enrique Robles Caballos, Tomás Aguirre Copano

Sección de Neonatología, Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El uso de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil), está ampliamente aceptado para la disfunción eréctil en adultos. No obstante, su mecanismo de acción, no solo se limita a la célula muscular lisa de los cuerpos cavernosos del pene. La fosfodiesterasa 5, está presente en los vasos sanguíneos y en las plaquetas, y esto explica que pueda favorecer la vasodilatación en poblaciones especiales de pacientes con fallo cardíaco congestivo o tener un efecto benéfico en la hipertensión pulmonar. Esta perspectiva, nos ofrece nuevas posibilidades terapéuticas, de las que ya existe bibliografía y que quizás requieran investigaciones más exhaustivas.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 5 meses de vida, ingresada en nuestra unidad desde su nacimiento, por prematuridad. **Antecedentes personales:** producto de 1ª gestación. Cesárea urgente a las 29 semanas de gestación, por oligoamnios, CIR e inversión de flujos. Apgar 5/9. Peso al nacimiento: 590 grs. Presenta displasia broncopulmonar severa, iniciándose tratamiento con corticoides y diuréticos. A los 5 meses de vida, se detecta por ecocardiografía, hipertensión pulmonar severa (75 mmHg). Se inicia tratamiento con sildenafil vía oral a una dosis de 2 mg/Kg/ 6h. Al séptimo día de iniciado el tratamiento se realiza ecocardiografía de control, no detectándose signos de hipertensión pulmonar. Se mantiene el tratamiento con sildenafil hasta su fallecimiento a los 7 meses y medio de vida por sepsis tras intervención quirúrgica por reflujo gastroesofágico. No se observaron efectos secundarios al tratamiento con sildenafil. Nuestra paciente, presentaba retinopatía grado II, previa al tratamiento con sildenafil.

Conclusiones: El sildenafil, podría ser útil en casos seleccionados de hipertensión pulmonar en neonatos, sobre todo cuando no es posible la terapia con óxido nítrico, y en casos resistentes a tratamiento convencional. Se necesitan más estudios respecto a la inocuidad del fármaco en neonatos.

P207 18:15 HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA. CASUÍSTICA ENERO 1995 - DICIEMBRE 2005

Andrea Bordoy Riera, Arantza Vivanco López, Izaskun Miner Kanflanka, Itziar Sota Busselo, Patricia Esparza Paz, Miren Apilánez Urquiola, Juncal Echeverría Lecuona, Ángel Rey Otero, Miguel A. Cortajarena Altuna, Luis Paisán Grisolia

Servicio de Neonatología del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos: Conocer la casuística de la hernia diafragmática congénita (HDC), diagnóstico prenatal (DP), localización del defecto, las malformaciones asociadas, el manejo ventilatorio y la mortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo, mediante revisión de historias clínicas, de casos ingresados en un hospital de tercer nivel, en el periodo entre enero 1995 y diciembre 2005. Se analizaron datos epidemiológicos, diagnóstico prenatal, lugar de procedencia, localización de la HDC, edad gestacional, peso, presencia de anomalías asociadas, modalidad de ventilación y necesidad de óxido nítrico y/o surfactante, parámetros ventilatorios y gasométricos [Índice de oxigenación (IO) e Índice ventilación (IV)].

Resultados: Se analizan 11 casos de HDC durante el periodo de estudio, con una incidencia de 15/100.000 RN vivos/año, 55% (6/11) varones, 45% (5/11) mujeres. DP 36% (4/11), ningún caso de DP del periodo entre 1995 a 1999 y un 56% (4/7) de los casos diagnosticados prenatalmente del 2000 al 2005. Procedencia de otros centros 27% (3/11). Localización: defecto diafragmático posterolateral izquierdo 64% (7/11), derecho 27% (3/11) y bilateral 9% (1/11). Edad gestacional media 38,4 ± 0,96 sm. Peso medio 3085 ± 0,573 g. Anomalías congénitas asociadas en 54% (6/11): un ventrículo derecho bicameral con CIV y CIA asociada, un caso de dextrocardia, dos casos de ectopia renal, un secuestro pulmonar con doble vena cava superior y un síndrome de Sotos. Ventilación de alta frecuencia 27% (3/11). Óxido nítrico inhalado en 36% (4/11). Surfactante endotraqueal en 73% (8/11). El IV medio 395 ± 133,2 en los vivos y 1040 ±

28,3 en los fallecidos, el IO medio $14,3 \pm 2,9$ en los vivos y de $42,75 \pm 3,9$ en los fallecidos. La mortalidad fue del 36% (4/11); un caso de HDC bilateral 25% (1/4), 2 casos de HDC izquierda 50% (2/4) y un caso de HDC derecha 25% (1/4).

Comentarios: La incidencia de HDC es baja en comparación con otras series. Hay una mayor frecuencia de HDC izquierda. Tenemos un bajo porcentaje de diagnóstico prenatal, aunque ha mejorado en los últimos 5 años. Hay un alto porcentaje de asociación a malformaciones. Los IV y IO fueron de utilidad en el pronóstico, asociando índices más elevados con la mortalidad. En nuestro estudio, la mortalidad es similar a otras series, sin observar relación con la localización de la hernia.

INFECTOLOGÍA

Sala 7

P208

17:00

¿ES EL TEST RÁPIDO DE *STREPTOCOCCUS PYOGENES* UNA PRUEBA FIABLE PARA EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA?

Olalla Álvarez Blanco, Nuria Boronat González, José Miguel Sahuquillo, Ana Valentín, Jaime Boscà Berga, M. Gobernado
Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología del Hospital la Fe, Valencia.

Objetivos: Analizar la fiabilidad y validez de un test rápido para la identificación de *streptococcus pyogenes* en exudado faríngeo de pacientes pediátricos con faringoamigdalitis aguda.

Métodos: Se recogieron dos muestras de exudado orofaríngeo de 93 pacientes que acudieron a puertas de urgencia de nuestro hospital entre febrero y abril del 2005 con criterios clínicos de faringoamigdalitis aguda. Una de las muestras se procesó inmediatamente utilizando el kit Strep-A de Inverness Medical®, de acuerdo con las instrucciones del fabricante. La segunda muestra se remitió al laboratorio de microbiología para cultivo en agar sangre y posterior lectura a las 24 y 48 horas. La identificación de las colonias de estreptococos beta-hemolíticos del grupo A se realizó mediante su susceptibilidad a la bacitracina y su aglutinación con el kit Slidex® Strep-to-Kit.

Resultados:

	Test +	Test -	Total
Cultivo +	18	0	18
Cultivo -	13	62	75
Total	31	62	93

Los valores obtenidos para nuestra muestra de población son: sensibilidad 100%; especificidad 82,7%; valor predictivo positivo 58,1%; valor predictivo negativo 100%.

Conclusiones: El test rápido citado tiene una sensibilidad y especificidad adecuadas para orientar sin riesgos el tratamiento, lo que unido al fácil manejo y aplicación permite una prescripción más adecuada del tratamiento antibiótico en la faringoamigdalitis aguda.

Contessotto, et al. Empleo racional de los antibióticos en pediatría. Anales de pediatría 2000; 52: 212-219.

P209

FIEBRE TIFOIDEA EN LACTANTE SANA

17:05

Juana Barja Tur, M. Luisa Herreros Fernández, Luis M. Ruiz Velasco, Marco A. Motta Calderón, Alfonso González Laguillo
Clínica Moncloa, Madrid.

Caso clínico: Lactante de 22 meses con fiebre elevada de una semana de evolución, anorexia y decaimiento progresivos, y en las últimas 24 h. tos seca, aftas orales, vómitos y diarrea. Exploración física: aceptable estado general. Decaimiento. Gingivitis con aftas linguales, ulcera oral de 1 cm. Hiperemia faríngea. Halitosis. Soplo sistólico. *Pruebas complementarias:* Anemia microcítica hipocrómica, Fórmula normal. PCR 255 mg/dl. RX tórax y orina normal. Pendiente cultivos y aerología. *Evolución y tratamiento:* Ingreso y tratamiento sintomático. Deterioro progresivo con mal estado general, somnolencia intensa, y aumento de tos, dolor abdominal y deposiciones. Presenta palidez cutánea con mala perfusión periférica, exantema maculoso rosado de escasos elementos y hepatoesplenomegalia. Glasgow 15 sin meníngeos. Ante el cuadro clínico y la presencia de bacilos G - en el hemocultivo, tras punción lumbar normal, se inicia antibioterapia con Cefotaxima y Gentamicina IV. A las 48 horas, tras crecimiento de *Salmonella typhi* en hemocultivo y coprocultivo, se continúa con Ceftriaxona. Evolución lenta pero favorable, desapareciendo fiebre y exantema al 4º día de tratamiento, la somnolencia al 5º, y la diarrea al 9º. Investigación del entorno detectando cuidadora Boliviana portadora asintomática.

Conclusiones: A pesar de la baja incidencia de la fiebre tifoidea en nuestro país, ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de niños con fiebre prolongada, más aun si hay clínica compatible, y contacto con personas procedentes de zonas con alta prevalencia de la enfermedad. Revisada la bibliografía continúa la controversia en cuanto al antibiótico de elección, vía de administración y duración más adecuada de la terapia antibiótica. Las Cefalosporinas de 3ª generación son una alternativa terapéutica adecuada en nuestro medio, evitando el uso de quinolonas. Tras el diagnóstico debe investigarse el entorno para detectar portadores asintomáticos y tomar las medidas higiénico-sanitarias oportunas.

P210

ESPONDILODISCITIS: APORTACIÓN DE NUEVOS CASOS EN EL ÚLTIMO AÑO

17:10

Eva González Colmenero, M. Luisa González Durán, María Suárez Albo, M. del Mar Portugués de la Red, Evaristo García Martínez, Concepción Soler Regal, José Antonio Couceiro Gianzo, Jesús Antelo Cortizas
Complejo Hospitalario Xeral-Giés, Vigo (Pontevedra).

Introducción: La espondilodiscitis es una entidad relativamente infrecuente en la infancia. Se trata de un proceso inflamatorio del disco y de los cuerpos vertebrales adyacentes de etiología no siempre conocida, aunque probablemente infecciosa (*S. aureus*). La clínica es poco específica por lo que su diagnóstico es tardío. Suele presentarse como una alteración de la marcha, rechazo de la sedestación, dolor referido a caderas o miembros inferiores, y otros síntomas menos frecuentes como estreñimiento o dolor abdominal. A pesar de ser una entidad poco habitual, en nuestro centro se han diagnosticado tres casos en lactantes en el último año.

Clínica: Se trata de tres lactantes, 2 niñas y 1 niño, de edades comprendidas entre 8 y 20 meses, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Uno de los pacientes había presentado una IVRA 20 días antes del cuadro. El tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta su diagnóstico, varió entre 5 y 15 días. Clínicamente los tres referían rechazo de la sedestación y dolor a la hiperextensión lumbar. En uno de los casos cojera y dolor en miembro inferior izquierdo, siendo diagnosticado inicialmente de Sinovitis transitoria. Otro presentó estreñimiento y crisis de dolor abdominal de 5 días de evolución. En la analítica destaca una leucocitosis moderada, acompañada de una VSG elevada, la PCR no alcanzó valores tan elevados. Uno de los hemocultivos resultó positivo para *S. viridans*. En las pruebas de imagen, se detectó en Rx de columna, disminución del espacio intervertebral; la gammagrafía mostró hipercaptación a nivel de L4-5 en dos de los casos y en el otro a nivel de L1-2; en RM lesión en el disco intervertebral con absceso paravertebral en dos de los casos. El tratamiento recibido fue antiinflamatorios (AINES), reposo y antibioterapia inicialmente endovenosa y posteriormente oral. La duración del tratamiento osciló entre 4 y 7 semanas. La evolución en todos ellos fue favorable.

Conclusión: La espondilodiscitis debe sospecharse ante un paciente con rechazo de la sedestación, de la bipedestación o de la marcha. Ante esta clínica es importante tener un alto índice de sospecha y realizar las pruebas complementarias precisas para su diagnóstico y tratamiento precoz consiguiendo una rápida mejoría y evitando secuelas tardías como rigidez de columna vertebral o fusión de los cuerpos vertebrales.

P211 17:15 INFECCIONES GASTROINTESTINALES PRODUCIDAS POR ROTAVIRUS Y/O ADENOVIRUS EN EL DEPARTAMENTO 02 DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN (2002-2004)

Carlos José Téllez Castillo, Julia Colomer Revuelta, María Dolores Tirado Balaguer, Rosario Moreno Muñoz, M^a Teresa González-Beato Merino, Flavia Pronzato Cuello, Jesús Lucas García

Sección de Microbiología y Servicio de Pediatría del Hospital General, Castellón y Departamento de Pediatría y Obstetricia de la Universidad de Valencia.

Objetivo: Conocer la frecuencia de infecciones gastrointestinales producidas por rotavirus, adenovirus y la coinfección por ambos agentes en la población de 0 a 14 años de nuestro medio.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los coprocultivos (petición que incluye la detección de antígeno de rotavirus y adenovirus) de los pacientes en edad pediátrica (0 – 14 años) procesados desde el año 2002 al 2004. De los pacientes que presentaron infección por rotavirus y/o adenovirus se recogieron datos referentes a sexo, edad, servicio de procedencia y mes y año de la infección. Para la detección de los virus se utilizó un test de aglutinación de látex (Biomerieux®).

Resultados: Se estudiaron 5786 niños, detectándose rotavirus en el 8,1% (470/5786), adenovirus en el 4,9% (286/5786) y ambos agentes en el 0,5% (27/5786). El porcentaje anual de casos del 2002 al 2004 fue de rotavirus 7,4%, 9,9% y 7,7%; de adenovirus 4,4%, 4,5% y 5,6%; y de coinfección 0,2%, 0,4% y 0,8%. El 54,9% de las infecciones por rotavirus, el 53,1% de las de ade-

novirus y el 58,9% de las coinfecciones se dieron en pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado por rotavirus y/o adenovirus fue el de 1-4 años (61,2%) seguido del grupo <1 año (23,8%). El 59% de los pacientes infectados procedían de la red ambulatoria, y el 41% del hospital. Un 63,9% de los niños hospitalizados tenían rotavirus y un 36,1% adenovirus. Los rotavirus se presentaron preferentemente en invierno y principios de primavera (diciembre 5,7%, enero 18,8%, febrero 33,6%, marzo 13,4% y abril 6,6%).

Conclusiones: En nuestro medio, al igual que lo que sucede en otras partes de España, las infecciones gastrointestinales por rotavirus fueron más frecuentes que por adenovirus. El porcentaje de coinfección por rotavirus y adenovirus ha aumentado con los años. El grupo de edad con mayor número de pacientes infectados fue el de 1-4 años, seguido del grupo <1 año. La mayoría de pacientes con infección por rotavirus y/o adenovirus procedía de la red ambulatoria. La infección por rotavirus fue la predominante entre los pacientes hospitalizados. Sólo hemos encontrado una distribución estacional en la infección por rotavirus, que se presentó preferentemente en invierno.

P212 17:20 ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REVISIÓN, ANÁLISIS RETROSPECTIVO E IMPORTANCIA EN NUESTRO MEDIO

M^a Dolores Gómez Bustos, M^a Carmen Cuadrado Caballero, Carmen Ruiz Ledesma, Joaquín Romero Cachaza, José González Hachero

Sección de Infectología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivo: Revisión y análisis retrospectivo de los casos diagnosticados de enfermedad de Kawasaki en nuestro hospital en los últimos 10 años.

Material y métodos: Hemos recogido 22 casos donde se analizaron: edad, sexo, estación del año, días de fiebre previos a la consulta, duración total de la fiebre, criterios clínicos de enfermedad de Kawasaki, exámenes complementarios. *Tratamiento:* día de inicio, pauta empleada y respuesta al mismo. *Complicaciones* de la enfermedad.

Resultados: Encontramos 16 casos en varones y 6 en hembras, siendo 18 ≤ 5 años. En 21 casos se cumplen criterios clínicos de enfermedad de Kawasaki, destacando otros síntomas como dolor abdominal, vómitos, diarrea, hepatomegalia e irritabilidad en lactantes. Leucocitosis y trombocitosis en 22 casos, anemia (11 casos), aumento de VSG y PCR en 22 casos, aumento de las transaminasas en 5 casos, hipoalbuminemia en 8 casos, piuria estéril en 7 casos. Urocultivo negativo en 22 casos, hemocultivo positivo a *S. Aureus* en 1 caso. Serología IG M positiva a V.E.B. en 2 casos. A excepción de 4 casos todos reciben tratamiento, 12 casos con la pauta de 400mg/kg durante 4 días y 6 casos con la pauta de 2gr/kg día. 2 casos recibieron corticoides orales: por derrame pericárdico y uveítis. La ecocardiografía se realizó en 20 casos. *Complicaciones:* 3 casos desarrollaron lesiones aneurismáticas a pesar del tratamiento, Uno de los casos recibe tratamiento con heparina subcutánea. En un caso meningitis linfocitaria.

Conclusiones: La enfermedad es más frecuente en varones menores de 5 años siendo otoño y primavera las estaciones más frecuentes. La duración media de la fiebre: 5 días antes de la primera consulta y 7,8 días en total. El signo menos fre-

cuenta: linfadenopatía cervical > 1,5 cm. La mayoría de los exantemas son maculo-papulosos generalizados presentando descamación a los 10 días de la fiebre. La fiebre desaparece a las 48 horas del inicio del tratamiento en un 90%. Las complicaciones son más frecuentes en menores de 5 años. El diagnóstico precoz es difícil pues los síntomas son inespecíficos, lo que hace que la orientación diagnóstica no sea la correcta confundiendo con entidades frecuentes. El inicio precoz del tratamiento condiciona el pronóstico. En los lactantes la clínica es más inespecífica siendo más frecuentes las complicaciones cardiovasculares.

P213 17:25 FORMA AGRESIVA DE HIDATIDOSIS MÚLTIPLE HEPÁTICA Y PERITONEAL DISeminada

Mercedes Herranz Llorente, M^a José González García, Ana Rodríguez González, Patricia Barros García, Vicente Pitarch Esteve, María José Alonso Cabeza, María José López Rodríguez, Amparo López Lafuente, Francisco J. Romero Salas, Valentín Carretero Díaz

Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

La equinocosis o enfermedad hidatídica es una enfermedad producida por la ingesta de quistes de equinococcus. La clínica depende de la localización del quiste ya que ésta se produce por la expansión del mismo o por su rotura y en el caso de los quistes hepáticos cursan con dolor constante o intermitente del cuadrante derecho superior derecho del abdomen, o ictericia en los quistes hepáticos. El diagnóstico clínico se basa en los datos epidemiológicos y los síntomas dependiendo de la localización, completado por pruebas de imagen. Podemos encontrar eosinofilia hasta en casi la cuarta parte de los pacientes. *Examen directo*: con examen de las heces. El diagnóstico absoluto lo confirma la extirpación quirúrgica. Intradermorreacción de Casoni positiva en el 80% de los casos. Serología: fijación de complemento (FC), aglutinación, precipitación, inmunofluorescencia indirecta (IFI), enzimoimmunoensayo (ELISA) y test de desgranulación de basófilos humanos. El tratamiento es quirúrgico, teniendo mucho cuidado con la rotura y vaciamiento del quiste. *Tratamiento médico*: mebendazol (30-50 mg/kg/día).

Caso clínico: Niño de 13 años, marroquí sin antecedentes importantes y con estado de vacunación desconocido que es remitido a nuestro hospital por masa epigástrica y hepatomegalia dolorosa. El niño refiere cefalea esporádica y molestias abdominales que describe como "calambres" de corta duración. En la exploración física presenta una hepatomegalia dolorosa de aproximadamente 4-5 cm debajo del reborde costal y masa epigástrica de difícil delimitación, siendo el resto de la exploración normal. *Pruebas complementarias*: hemograma: normal, ionograma: normal, Rx tórax: normal, TAC abdominal: 20-23 formaciones quísticas de distintos tamaños y localizaciones, la mayor parte de localización peritoneal con extensión a pelvis derecha y saco de Douglas y hepático. IgE total: 435 KU/L, IgE específica *Echinococcus*: 7,04 KU/L (clase 3), Serología hidatidosis: 1/4000 (inmune). TAC craneal: normal. *Evolución*: se inicia tratamiento médico en nuestro Centro y se remite a otro Centro Hospitalizado por requerir UCI pediátrica para la estancia postoperatoria.

Comentarios: Presentamos este caso por lo raro de formas tan agresivas en la evolución de la hidatidosis intestinal y peritoneal.

P214 17:30 PARASITACIÓN RECURRENTE POR *GIARDIA LAMBLIA* EN NIÑOS PROCEDENTES DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL

M^a Carmen González Martínez, María José Mellado Peña, Milagros García Hortelano, María José Cirreruelo Ortega, Julián Villota Arrieta, Pablo Martín Fontelos
Servicio de Pediatría, Unidad de Pediatría Tropical del Hospital Carlos III, Madrid.

Introducción: La *Giardia lamblia* es el parásito intestinal con mayor incidencia mundial, en zonas tropicales y en niños de 1-4 años. En países en vías de desarrollo la prevalencia es de 20-30%. La transmisión es persona-persona vía fecal-oral o por la ingesta de agua o alimentos contaminados con quistes infectivos. En zonas endémicas la infección suele ser asintomática aunque puede presentarse como diarrea aguda o como un síndrome crónico de malabsorción. El diagnóstico se realiza por su identificación en heces, recomendándose tres muestras seriadas.

Objetivo: Valorar la prevalencia de parasitación por *G. lamblia* en nuestra población de niños adoptados, su respuesta al tratamiento convencional: Metronidazol (15 mg/kg/día en 3 dosis, 5-7 días) y determinar las resistencias a dicho fármaco.

Material y métodos: Niños procedentes de adopción internacional vistos en nuestro servicio, en el periodo 1999-2005.

Resultados: De un total de 1231 niños adoptados se diagnostican 226 parasitados por *G. lamblia*. La procedencia de estos 226 niños fue: Asia 140 (62%), Europa del Este 43 (19%), Sudamérica 28 (12,4%), África 15 (6,6%). La prevalencia de parasitación en nuestros niños adoptados fue del 18,3%. La edad osciló entre los 8 meses y los 12 años. Un total de 26 niños (11,5% de los parasitados) presentó recurrencia tras el primer ciclo terapéutico: 11 remitieron con un segundo ciclo de Metronidazol (42% de los recurrentes), 4 con tres ciclos de Metronidazol (15,3%), 11 necesitaron un fármaco alternativo (42%) y 2 casos precisaron tres o más fármacos para la erradicación.

Comentarios: La giardiasis es una parasitosis frecuente en los niños procedentes de adopción internacional que debe ser tratada por el riesgo de parasitación crónica y desarrollo de malabsorción intestinal. La recurrencia a pesar de tratamiento correcto es elevada, aunque suele resolverse con dos-tres ciclos de Metronidazol.

P215 17:35 LEISHMANIASIS VISCERAL. EXPERIENCIA DE NUESTRO HOSPITAL EN EL TRATAMIENTO CON ANFOTERICINA B

Inmaculada Raya Pérez, Rafael González de Caldas Marchal, Marina Calvo Fernández, Carmen Montes Mendoza, Francisco Ortiz Vergara, Antonio Burón Romero, David García Aldana, Francisco Miguel Pérez Fernández, Silvia Manuela Calero Cortés, M^a Dolores Martínez Jiménez

Unidad de Infecciosos y Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La *Leishmaniasis* visceral en el lactante sigue siendo una patología infecciosa de interés en nuestro medio. En el momento actual con la indicación de la anfotericina B como tratamiento de base ha cambiado la cronobiología de esta patología.

Material y métodos: Revisamos los casos de Leishmaniasis visceral pediátrica entre los años 2000-2005. En enero del 2004 se

introduce en nuestro Centro el tratamiento con Anfotericina B liposomal. Se recogieron como variables: edad, entorno, presentación clínica, datos complementarios, respuesta al tratamiento y evolución tras el alta hospitalaria.

Resultados: Se revisaron 11 casos. La media de edad en los pacientes tratados con anfotericina B fue de 11,6 meses (6 pacientes: 3 menores de 6 meses y 4 menores de 12 meses), en los tratados con antimonio fue de 21,8 meses (solo un paciente menor de 12 meses). Existe un aumento de casos en 2005: 5 pacientes. Pertenecían al ámbito rural, tres de ellos estaban en contacto con animales domésticos. Debutaron con un síndrome febril sin foco, con una duración media de 9,4 días, presentando todos esplenomegalia y en 9 hepatomegalia. La serie roja fue la más alterada en el momento del ingreso, necesitando transfusión de concentrados de hematíes 6 pacientes. Se confirmó el diagnóstico mediante el estudio serológico (EIA, IFI) en la mayoría de los casos, obteniéndose en algunos PCR específica. Se realizó punción con aspirado de médula ósea en 8 pacientes, siendo diagnósticas 2. En los pacientes tratados con anfotericina B la fiebre cedió a los 3,8 días de media tras instauración del tratamiento, siendo su estancia hospitalaria de 16 días. En los tratados con antimonio de la fiebre cedió a los 5,2 días y la estancia hospitalaria fue de 20,2 días de media. Los pacientes tratados con anfotericina fueron seguidos a los 2 y 6 meses del alta. Uno de ellos tuvo una evolución tórpida complicándose con una neumonía, derrame pleural y trombosis venosa profunda, repitiéndose el ciclo a los dos meses del alta hospitalaria, siendo la evolución favorable.

Comentarios: La *leishmaniasis* visceral debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de síndrome febril prolongado. Es de reseñar la incidencia en lactantes menores de 12 meses (5) en nuestro medio. El tratamiento con anfotericina liposomal parece que disminuye la morbilidad y la estancia media hospitalaria.

P216 17:40 HERPES SIMPLE CUTÁNEO ZOSTERIFORME NEONATAL

Laura Affumicato, Francisco Javier Del Boz González, Marta Cruz Cañete, Francisco Jesús García Martín, Antonio Jurado Ortiz, Antonio Morales Martínez, David Moreno Pérez, M^a. Lorena Moreno Requena, M^a. Juliana Serrano Nieto, Ángel Vera Casaño
Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La mayoría de los casos de herpes neonatal se deben a transmisión vertical durante el parto. La infección perinatal se manifiesta durante el primer mes de vida. *Existen tres categorías principales:* 1) infección localizada en la piel, los ojos y la boca, 2) infección del SNC, 3) infección diseminada. El dato característico de la infección por VHS neonatal son las lesiones cutáneas vesiculares, ulceradas, presentes sólo en el 30-40% de los niños infectados. En alrededor del 70% de los recién nacidos con infección localizada no tratada esta progresa hasta la enfermedad del SNC o la forma diseminada.

Caso clínico: Recién nacida de 9 días de vida que presenta lesiones vesículo-pustulosas, algunas umbilicadas en su centro, localizadas de forma metamérica en costado derecho. No presenta ningún otro síntoma ni signo asociado. *Antecedentes Personales:* embarazo controlado. Prurito vaginal no filiado. Parto vaginal. RNAT 40 semanas, PRN 3580 (AEG). Fractura de clavícula por trauma del parto. P. Neonatal: sin incidencias. *Antecedentes Maternos:* cursó la varicela a los 9 años, no contacto conocido du-

rante el embarazo con casos de varicela. *Pruebas Complementarias:* Hemograma y PCR normales; hemocultivo y cultivo de lesiones cutáneas negativos; PCR en sangre de VVZ negativo; Igs y subpoblaciones linfocitarias normales; serología a VVZ IgG positivo, IgM negativo; VHS IgG positivo, IgM positivo. Anatomía patológica de biopsia de lesiones compatible con infección por virus herpes. Las lesiones de la paciente eran clínicamente indistinguibles de un herpes zoster. Se inició tratamiento con aciclovir i.v. con resolución progresiva de las lesiones.

Comentarios: El diagnóstico diferencial de una erupción vesiculosa en el recién nacido es extenso. La colaboración entre pediatras y dermatólogos pediátricos proporciona una ayuda muy importante para establecer un diagnóstico y mejorar la evolución de enfermedades potencialmente graves como la infección neonatal por VHS.

P217 17:45 AFECTACIÓN HEPATO-ESPLÉNICA EN LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ignacio Ledesma Benítez, María Rosón Varas, Raquel Álvarez Ramos, Cristina Iglesias Blázquez, Juan José de Paz Pérez, Juan Pablo Martínez Badás

Servicio de Pediatría del Hospital de León, León.

Antecedentes y objetivos: La Enfermedad por Arañazo de Gato (EAG), producida por *Bartonella Henselae*, es una entidad habitualmente benigna y autolimitada. La afectación hepato-esplénica consiste en la formación de granulomas necrosantes en hígado y/o bazo. Presentamos un caso de EAG con afectación hepatoesplénica de evolución prolongada.

Caso clínico: Niño de ocho años de edad, previamente sano, que presenta dolor en región axilar y epitroclear derecha con fiebre alta de 5 días de evolución que no mejora tras tratamiento con Amoxicilina- Ac. clavulánico. En la exploración física presenta lesión costrosa en falange distal del quinto dedo de la mano derecha junto con adenopatía axilar y tumoración epitroclear dolorosa en brazo derecho. En los exámenes complementarios se constata leucocitosis leve y PCR 67 mg/l. Mantoux y serologías de virus hepatotropos, VIH, y *B. Henselae* (IFI) negativas. Radiografía de codo derecho y gammagrafía ósea normales. En la ecografía de partes blandas, se observan dos imágenes compatibles con adenopatías epitrocleares. Tras tratamiento con cefotaxima y cloxacilina IV durante 14 días, desaparece la fiebre, pero persiste el dolor con aumento de la tumoración epitroclear. En este momento, el paciente refiere mordedura de gato en el quinto dedo de la mano derecha dos meses antes del inicio del cuadro. Ante sospecha de EAG se inicia tratamiento con claritromicina oral durante 14 días y se repite serología de *B. Henselae* con títulos positivos de IgM 1:40 y de IgG 1:256. A pesar de la ausencia de clínica abdominal, se realiza ecografía abdominal, apreciándose múltiples lesiones focales hipocogénicas a nivel hepato-esplénico. Durante la evolución, se produce abscesificación de la tumoración epitroclear, que requiere extirpación quirúrgica. En los últimos 6 meses, permanece asintomático, con disminución del número de lesiones hepato-esplénicas en ecografías abdominales seriadas.

Conclusiones: La EAG debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de los cuadros de linfadenopatías regionales y fiebre, incluso si no se refiere contacto con gatos. La negatividad inicial de la serología de *B. Henselae* no descarta la enfermedad, sobre todo si el contacto es reciente. Ante toda EAG es reco-

mendable la realización de ecografía abdominal para diagnosticar posibles complicaciones a nivel hepático-esplénico aunque no haya sintomatología específica.

P218 17:50 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUBERCULOSIS EN LACTANTE

Marta Bouzón Alejandro, Silvia Dosil Gallardo, José Ángel Porto Arceo, Elena V. Rodrigo Sáez, Carmen Curros Novo
Servicio de Lactantes del Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

Introducción: La forma clínica más frecuente de tuberculosis en los lactantes es el complejo de Ranke o primoinfección tuberculosa activa no evolutiva, que comprende la sintomatología respiratoria, el cuadro radiográfico de foco pulmonar primario, adenopatía reactiva y la positividad en la baciloscopia y/o cultivo del bacilo de Koch.

Caso clínico: Lactante de 8 meses, sin antecedentes personales de interés y asintomático, que es remitido a nuestro centro para completar estudio por presentar PPD positivo tras contacto diario con familiar diagnosticado de tuberculosis pulmonar. En la radiografía de tórax se evidenció una lesión cavitada en el segmento superior del lóbulo inferior derecho y adenopatías hiliomediaísticas ipsilaterales. En aspirado gástrico se observó BAAR y la reacción en cadena de la polimerasa y el cultivo en medio Lowenstein fueron positivos para *Micobacterium tuberculosis*. Se estableció tratamiento los dos primeros meses con isoniazida, rifampicina y piracinamida y, los cuatro meses restantes con isoniazida y rifampicina. A los dos meses de iniciar el tratamiento presentó un cuadro de dificultad respiratoria leve y sibilancias. Se realizó una radiografía de tórax evidenciándose imagen atelectásica en lóbulo superior derecho con reducción de la lesión cavitada previa. La broncoscopia practicada reveló un granuloma que se extirpó y se analizó por anatomía patológica apoyando el diagnóstico de tuberculosis. Se añadieron corticoides durante un mes. Durante los seis meses de tratamiento se constató una evolución favorable.

Conclusión: A pesar de que la evolución de la tuberculosis pulmonar en el lactante es favorable en el 90% de los casos, en ocasiones se observan complicaciones como neumonía o bronconeumonía caseosa, caverna primaria, derrame pleural, enfisema o atelectasia o diseminación linfohematógena. Ante la persistencia o aparición de sintomatología respiratoria iniciado el tratamiento debemos sospechar una posible complicación de la enfermedad.

P219 17:55 HIPONATREMIA AGUDA Y CONVULSIÓN GENERALIZADA EN PACIENTE CON BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

Cecilia Herbozo Nory, Jesús González de Buitrago Amigo, Ricardo Martino Alba, José Ángel Gómez Carrasco, José Enrique García de Frías
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

Introducción: El virus respiratorio sincital es la principal causa de infección respiratoria grave en la infancia. Aunque las complicaciones respiratorias son las más frecuentes, también se ven complicaciones de otra índole. La hiponatremia es frecuente en el curso de una bronquiolitis severa y esta a su vez puede asociarse con la aparición de convulsiones, que suponen la complicación neurológica más frecuente en estos pacientes.

Caso clínico: Varón de mes y medio con tos, rinorrea, febrícula y rechazo parcial de las tomas de 24 horas de evolución. Diagnosticado de bronquiolitis por VRS, fue tratado inicialmente con fluidoterapia iv y oxigenoterapia intermitente. A las 24 horas del ingreso presentó crisis convulsiva tónico-clónica generalizada coincidiendo con hiponatremia (Na 121mEq/l), que cede tras la administración de Cloruro sódico al 3%.

Conclusiones: Los lactantes menores de 6 meses tienen mayor susceptibilidad a desarrollar complicaciones graves en el contexto de una bronquiolitis. En el manejo de estos pacientes, es necesario considerar la posibilidad de alteraciones hidroelectrolíticas e instaurar una adecuada fluidoterapia.

P220 18:00 ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA SECUNDARIA A VIRUS HERPES SIMPLE

Miguel F. Sánchez Mateos, Carolina Blanco Rodríguez, Sergio José Quevedo Teruel, Gema Iglesias Escalera, M^a Llanos Carrasco Marina
Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Introducción: La encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del SNC poco frecuente y más habitual en la infancia. Suele estar precedida por una enfermedad infecciosa o vacunación. Clínicamente se caracteriza por afectación neurológica multifocal que suele asociar síntomas inespecíficos de enfermedad aguda (fiebre, vómitos, cefalea,...). El curso suele ser monofásico, aunque pueden aparecer recaídas. El diagnóstico se basa en la sintomatología y los hallazgos de la resonancia magnética (RM).

Caso: Niña de 4 años con antecedente de cuadro catarral una semana antes que acude a urgencias por cuadro de 24 horas de cefalea, fiebre e irritabilidad. En la exploración física destaca un regular estado general, adenopatías laterocervicales bilaterales y rigidez de nuca con meníngeos positivos. En las siguientes 72 horas disminución progresiva del nivel de conciencia hasta un Glasgow de 9, disfasia y hemiparesia izquierda con hiperreflexia y Babinsky positivo. Se realiza una analítica mostrando 22.670 leucocitos con neutrofilia y una PCR 11,7 mg/L. TAC sin contraste normal. LCR: presión de apertura 110 mmH₂O, 24 leucocitos/mm³ (mononucleares), proteínas 34 mg/dl y glucosa 54 mg/dl. EEG: actividad de fondo lentificada. Se inicia tratamiento con cefotaxima y aciclovir por la sospecha de meningoencefalitis aguda infecciosa. Ante el empeoramiento inicial se realiza RM donde se aprecian múltiples lesiones hiperintensas en T2 en ambos tálamos, ínsula derecha, subcorticales y corticales de ambos hemisferios y protuberancia central compatibles con EMAD por lo que se inicia metilprednisolona IV a 30 mg/kg/día 5 días seguido de pauta descendente posterior vía oral. Dada la escasa respuesta inicial a los corticoides se añade inmunoglobulina IV a 0,8 g/kg/día 5 días apreciándose mejoría clínica progresiva hasta recuperación total a los 20 días. Se suspenden la cefotaxima y el aciclovir tras constatar la negatividad de los cultivos de LCR, hemocultivos y PCR para herpes simple en LCR. Entre las serologías realizadas se observa seroconversión frente a virus herpes simple como posible desencadenante.

Comentarios: Ante un cuadro neurológico florido de aparición aguda o subaguda en la infancia es importante descartar una EMAD mediante la realización de una RM para iniciar precozmente el tratamiento con corticoides y/o inmunoglobulina.

P221 TUBERCULOSIS SISTÉMICA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

18:05

M. José Santiago Lozano, Rosa M. Velasco Bernardo, Rosario Solaguren Alberdi, María Jesús Navarro Carmona, Beatriz Martín-Sacristán Martín, M^a Dolores Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel, María Herrera López, Irene Ortiz Valentín, José Antonio Alonso Martín

Servicio de Pediatría del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: Aunque la Tuberculosis (TBC) es una patología emergente en nuestro medio, la presentación como forma sistémica en un adolescente inmunocompetente es excepcional.

Caso clínico: Niño de 14 años, ingresado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, donde está siendo estudiado por anorexia y estado depresivo, con mala respuesta al tratamiento; desde tres días antes presenta: diarrea, sin productos patológicos, vómitos de contenido gástrico, dolor abdominal y fiebre de hasta 39°C. Pérdida de aproximadamente 6 Kg en los últimos meses, con anorexia llamativa. La familia lo relaciona con el fallecimiento del padre año y medio antes. No antecedentes familiares ni personales de interés. A la exploración física destaca el aspecto caquético. Actitud lenta y depresiva. Palidez cutáneo-mucosa. Resto de exploración incluida la abdominal normal. Hemograma: Hb.: 8,9 g/dL.; Htco.: 27%. Leucocitos: 21.700 (89%N). Plaquetas: 544.000. VSG: 81/120. Ferritina: 830 mg/dL. Estudio de coagulación normal. Bioquímica: glucosa, urea, iones, creatinina, calcio, amilasa y lipasa normales. Sistemático de orina: Piuria, sin otras alteraciones. Urocultivo: estéril. Ecografía abdominal: se observa segmento intestinal con engrosamiento, en flanco y fosa iliaca derecha que sugiere cambios inflamatorios y asas de delgado con pared engrosada y contenido líquido. **Evolución:** tras la sospecha de abdomen quirúrgico, se realiza laparotomía, presentando tiflitis (engrosamiento de ciego a lo largo de 8 cm.) apéndice flemonoso y dos adenopatías en la base apendicular. Se realiza biopsia de adenopatías evidenciándose múltiples granulomas caseificantes, por lo que se realizó Ziehl en orina, jugo gástrico y adenopatía, siendo todos positivos. El Mantoux fue negativo y en la Rx. de tórax presentaba cavernas en vértices. A los 8 días crece *Mycobacterium Tuberculosis* en orina, jugo gástrico y adenopatía. Se realizó punción lumbar y gammagrafía ósea que fueron normales. Así mismo se realizó serología de HIV, estudio de linfocitos e inmunoglobulinas, siendo todos normales. Se inició tratamiento con cuatro tuberculostáticos evolucionando favorablemente.

Comentarios: Aunque la TBC. sigue siendo un cuadro frecuente en nuestro medio, a veces la forma de presentación es muy solapada. En las formas sistémicas, cuando el cuadro está muy avanzado, el Mantoux puede ser negativo.

P222 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL "BABY-COCKTAIL" COMO TRATAMIENTO DE INICIO EN LACTANTES CON INFECCIÓN POR VIH

18:10

M^a. Lorena Moreno Requena, David Moreno Pérez, Laura Affumicato, Marta Cruz Cañete, Francisco Jesús García Martín, Antonio Jurado Ortiz

Unidad de Infectología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Tras el diagnóstico de la infección VIH en el primer año de vida, es primordial un descenso precoz de la carga viral. Existen diversas pautas; la denominada "Baby-cocktail"

(BC), consistente en el empleo de 4 fármacos (zidovudina, lamivudina, abacavir y nevirapina), una potencia antirretroviral y ahorro de inhibidor de proteasa. Tras la introducción de emtricitabina (FTC), sería posible usar este fármaco en lugar de lamivudina.

Objetivos: Describir nuestros resultados con la pauta BC.

Métodos: Dos lactantes con infección por VIH tratados con la pauta BC.

Resultados: *Caso 1:* Diagnóstico de la infección por VIH a los 6 meses, con categoría A2 (CD4 21%) y carga viral > 500.000 copias/mL. Carga viral indetectable y CD 4 normales a las 8 semanas del inicio del BC (con lamivudina). A los 18 meses, se realizó simplificación terapéutica, suspendiéndose la nevirapina. Actualmente tiene 28 meses, en tratamiento con zidovudina, FTC y abacavir, se encuentra asintomático y con carga viral indetectable. *Caso 2:* Enviado desde otro Centro. Origen marroquí. Diagnóstico de la infección por VIH a los 8 meses, con categoría B3 (hepatoesplenomegalia, hipertrofia parotídea; CD4 3 %) y carga viral > 500.000 copias/mL. Tras el inicio de la pauta BC (pero con FTC en vez de lamivudina), se objetivó descenso rápido de la carga viral: 3500 copias/mL a la semana, e indetectable a las 8 semanas. Inmunidad normal a las 12 semanas. Actualmente tiene 12 meses, manteniendo misma pauta terapéutica y situación clínico-analítica. Ambos pacientes han seguido una adecuada adherencia terapéutica, presentando buena tolerancia gastrointestinal y metabólica.

Conclusiones: La terapia BC puede ser una opción eficaz como terapia de inicio en niños menores de 12 meses infectados por VIH. Permite ahorrar de inicio el uso de inhibidores de proteasa, pudiendo reservarse para más adelante si fuera necesario. En caso de buena evolución, el siguiente paso podría ser la simplificación a 3 análogos a la edad de 18-24 meses.

P223 LEISHMANIASIS VISCERAL: TRATAMIENTO DE CORTA DURACIÓN CON ANFOTERICINA B LIPOSOMAL

18:15

Ana Gutiérrez Amorós, Raúl Silvestre Beneyto, María González Santacruz, Dulce Montoro Cremades, M. del Carmen Vicent Castelló, José Flores Serrano

Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La *leishmaniasis* visceral, endémica en el sur de Europa, producida en España por *L. Infantum*, tiene una incidencia máxima en el litoral Mediterráneo. Se presenta con fiebre prolongada, leucopenia, anemia y hepatoesplenomegalia. Los derivados antimoniales eran el tratamiento de elección, pero ante la larga duración de la terapia, su toxicidad y fracasos terapéuticos, se han desarrollado nuevos tratamientos: anfotericina B liposomal (ABL), con eficacia demostrada. En un estudio reciente, se trataron 32 niños con ABL 4 mg/kg/d, días 1 a 5 y 10 (total 24 mg/kg). Se demuestra su eficacia sin fracaso terapéutico (día 21) con curación de 90% a los 6 meses (2 recidivas, curan tras misma pauta). Sugieren, al igual que otros autores, que una dosis total acumulada de 20 mg/kg sería suficiente.

Caso clínico: Niño de 23 meses, inmunocompetente, con fiebre prolongada. A la exploración: palidez, microadenopatías, soplo I/VI. Hepatoesplenomegalia de 4 cm bajo rebor-

de costal. Resto normal. En la analítica destaca pancitopenia con elevación de transaminasas, hipergammaglobulinemia e hipoalbuminemia. Sangre periférica con linfocitosis y linfocitos activados, sin blastos. Punción medular: presencia de amastigotes, celularidad escasa. Se trata con ABL pauta corta, dosis total acumulada: 20 mg/kg (días 1-5 y 10). Queda afebril el 4º día de tratamiento, con disminución de las megalias (2 cm) y mejoría analítica. A los 21 días en control médula ósea: presencia de alguna leishmania aislada. Se administra segundo ciclo de ABL con dosis total de 24 mg/kg (10 días). Permanece afebril, con disminución de megalias (0,5 cm). Control a los 21 días: médula normal. Seguimiento normal, sin toxicidad.

Conclusiones: En este caso se produjo un fracaso terapéutico tras tratamiento con ABL en pauta corta, a pesar de que la evolución clínica y analítica fueron favorables. En el primer ciclo se administró, tal y como es sugerido por diversos autores, una dosis total acumulada de 20 mg/kg, en 6 dosis durante 10 días. Tras objetivar el fracaso terapéutico se administra nuevo ciclo con dosis total acumulada de 24 mg/kg, consiguiéndose la curación, si bien duplicando los días de ingreso y las exploraciones complementarias. Dado que el tratamiento con ABL, además de mayor eficacia con menor toxicidad, presenta como principal ventaja una disminución de los días de ingreso, creemos importante establecer la dosis óptima para tener menores fracasos terapéuticos, sin aumentar los efectos secundarios.

18:20 P224 INFECCIÓN POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI* EN SÍNDROME DE WEST. A PROPÓSITO DE UN CASO

Amparo Carreño Beltrán, David Crespo Marcos, María José Solana García, Cristina Iglesias Fernández, Carmen Gutiérrez Regidor, M. Luisa Navarro Gómez, José Antonio Gómez Campderá, Teresa Hernández-Sampelayo Matos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

La mayor parte de las infecciones por *Pneumocystis jiroveci* cursan asintomáticas en etapas tempranas de la vida. En individuos inmunodeficientes la infección puede desarrollarse clínicamente. Hay pocos datos de pautas de profilaxis en tratamientos prolongado con corticoides.

Caso clínico: Lactante de 5 meses con fiebre y rechazo de las tomas de 36 horas de evolución, con intensa dificultad respiratoria creciente en las últimas doce horas. *Antecedentes personales:* enfermedad de West en tratamiento con ácido valproico y ACTH. *Antecedentes familiares:* Padre diagnosticado de tuberculosis activa hace cinco días. *Exploración física:* Tª 37,3°C, FC 160 lpm, FR 50 rpm, TA 138/78. Regular estado general. Subcianosis de mucosas. Relleno capilar lento. Obesidad troncular. Quejido intermitente. Taquipnea y tiraje subcostal moderado. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar: crepitantes en ambas bases. Abdomen blando y depresible, hígado a 1 cm. de reborde costal derecho. Fontanela anterior normotensa. Irritabilidad y decaimiento. *Exámenes complementarios:* Hemograma: Hb 14,5 g/dl, Hto 40%, leucocitos 24.600 (70% granulocitos); gasometría venosa: pH 7,42, pCO₂ 40, pO₂ 34, bicarbonato 27; bioquímica: GOT 112 UI/L, GPT 36 UI/L, ácido láctico 1,6 mM/L, PCR 36,9 mg/dl; RX tórax: infiltrados en base derecha, retrocardíacos y ápex iz-

quierdo; LCR: 5 leucocitos/mm³, 640 hematíes/mm³, glucosa 73 mg/dl, proteínas 11,7 mg/dl. Hemocultivo y cultivo LCR estériles. Serologías VIH, VHB, VHC, toxoplasma negativas. Mantoux negativo. Cultivos BAAR en jugos gástricos negativos. Tinción brocoaspirado: *Pneumocystis jiroveci*. El paciente ingresa en UCI donde precisa intubación y soporte hemodinámico. Se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima y teicoplanina, y profilaxis con isoniazida y rifampicina. A las 24 horas se inicia tratamiento con trimetopim-sulfametoxazol y metilprednisolona a 2 mg/kg/día.

Conclusiones: Se debe iniciar profilaxis de manera pautada en niños con inmunodeficiencias significativas, con trimetopim-sulfametoxazol como primera opción. En VIH y tumores hematológicos hay guías para el inicio de profilaxis. En enfermedades con uso continuado de corticoides a altas dosis, como el síndrome de West, de comienzo muy precoz, no se ha establecido la pauta. Altas dosis de ACTH deben ir acompañadas de profilaxis versus *Pneumocystis*.

18:25 P225 TUBERCULOSIS ABDOMINAL DE CURSO RÁPIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Verónica Sánchez García, José Manuel Gallego Soto, Araceli Quevedo Vía, Eduardo Almagro Vázquez, Fernando Rubio Quiñones, Arturo Hernández González, Tomás Aguirre Copano
Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La tuberculosis abdominal es una entidad infrecuente, representando el 0,5% de los casos nuevos y el 11% de las formas extrapulmonares. Migración, farmacoresistencia y VIH han aumentado su frecuencia en los últimos años.

Caso clínico: Mujer de 13 años, que consulta por cuadro de 14 días de fiebre, distensión y dolor abdominal y pérdida de 3 Kg. AP: Neumonía con derrame hace un año (Mantoux negativo). Padre: Tuberculosis pulmonar (no conviviente). A la exploración destaca regular estado general, abdomen globuloso y timpanizado, signo de oleada ascítica. *Exploraciones complementarias:* Hemograma, bioquímica, virus B, C y VIH, proteinograma, inmunoglobulinas, radiografía de tórax, Mantoux, médula ósea y marcadores tumorales: Negativo, excepto, CA 125: 384. En ecografía se aprecia abundante líquido libre, realizándose paracentesis (800 leucocitos con 95% de mononucleares, proteínas: 4 g/l, ADA: 68 µl/l; cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis*, BAAR positivo). RMN: Engrosamiento peritoneal (epiplon en torta). Se realiza laparotomía exploradora y toma de biopsia donde se observan granulomas necrotizantes tuberculoideos.

Resultados: Aunque el resultado del líquido fuese indicativo de tuberculosis, su instauración en poco tiempo y el deterioro brusco de la paciente (precisó ingreso en UCIP) parecía indicar neoplasia abdominal. Una vez confirmado el diagnóstico, se instaura tratamiento antituberculostático y corticoideo. En revisión a los tres meses presenta Mantoux positivo y CA 125 de 75.

Conclusiones: Ante cuadro de dolor abdominal y síndrome febril prolongado (sólo un 10% presenta clínica inferior a un mes), es preciso tener en cuenta como posible diagnóstico la tuberculosis abdominal. En nuestro caso, ante el repentino empeoramiento clínico, parecía indicar patología neoplásica. Descenso en los niveles de CA 125 nos indica la buena respuesta terapéutica.

NEFROLOGÍA

Hall 1

P226

17:00

INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIA A ESCLEROSIS MESANGIAL DIFUSA. REVISIÓN DE CASOS DE 1973 A 2006

Ana Pilar Nso Roca, Marta Benito Gutiérrez, Antonia Peña
Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid.

Antecedentes: La esclerosis mesangial difusa es una enfermedad renal de mal pronóstico que desemboca en insuficiencia renal terminal. Puede darse aisladamente pero suele asociarse a pseudohermafroditismo masculino y predisposición a tumor de Wilms, constituyendo el Síndrome de Denys-Drash.

Métodos: Hacemos una revisión de todos los casos de esclerosis mesangial difusa de nuestro hospital desde 1973. Comparamos la evolución de los mismos teniendo en cuenta variables como fenotipo, cariotipo, función renal, tumor de Wilms y supervivencia, entre otras.

Resultados: De los 11 casos estudiados, 5 eran síndrome de Denys-Drash (3 con genitales ambiguos y 2 femeninos), 9 desarrollaron insuficiencia renal terminal en una media de 30 meses, 4 fueron trasplantados y la enfermedad no recidivó en ninguno de ellos. En 6 de los casos, se realizó nefrectomía profiláctica y 2 de ellos presentaban tumor de Wilms. Se produjeron 7 fallecimientos, siendo la sepsis la causa de muerte más frecuente.

Conclusiones: La nefropatía secundaria a esclerosis mesangial difusa es de mal pronóstico, sobre todo si se asocia a síndrome de Denys-Drash ya que empeora el riesgo vital. Ante un paciente con proteinuria de inicio precoz y deterioro rápido de la función renal, hay que descartar este síndrome para el manejo temprano de sus complicaciones. Del mismo modo, en niños con genitales ambiguos hay que descartar la proteinuria.

P227

17:05

GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA, FORMAS INFRECUENTES DE PRESENTACIÓN

Raquel Sánchez García, Inmaculada Vives Piñera, Carmen Vicente Calderón, Salvador Gracia Manzano
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

La mayoría de los niños con GNA post-infecciosa consultan por aparición repentina de hematuria macroscópica junto a edemas. Sin embargo y de forma infrecuente, la manifestación más precoz puede ser una crisis de HTA, edema pulmonar o I.R. Aguda. Ocasionalmente se presenta con hallazgos urinarios mínimos, e incluso en la fase más precoz la principal anomalía urinaria puede ser piuria en vez de hematuria. Otros son asintomáticos. Exponemos 3 casos de presentación infrecuente.

Caso 1: Niña de 6 años. Consulta por fiebre, dificultad respiratoria y edemas palpebrales de 4 días de evolución. Vómitos desde hace 24 h. Microhematuria y oliguria. HTA. Exámenes complementarios (EC) al ingreso: Urea 66 mg/dl, Creatinina 0,83 mg/dl. Ccr estimado 72 ml/m/1,73 m² En la exp. física y radiológica se aprecian signos de edema agudo de pulmón y ascitis. Ingreso en UCIP. *Evolución hospitalaria (EH):* Mejoría de la IRA, apareciendo macrohematuria con proteinuria de rango nefrótico que se negativizan al 10º día. C3 19 mg/dl, ASLO 294 U/ml.

Normalización C3 en 2,5 sem. Actualmente normal tras un año de seguimiento.

Caso 2: Niña de 7 años. Consulta por vómitos de 48 h de evolución y dolor abdominal. Oliguria. HTA. Antec. Personales: Faringoamidalitis hace 20 días. EC al ingreso: Urea 228 mg/dl, Creatinina 3,65, Ccr. Estimado 32 ml/min/1,73m², microhematuria e índice proteínas/creat 0,34. Ingreso en UCIP. *EH:* 4 días en UCI mostrando mejoría de su IRA con trat. conservador, proteinuria de rango nefrótico y macrohematuria. HTA que se normaliza al 4º día con trat. ASLO 1118 U/ml, C3 11 mg/dl, frotis faríngeo: Streptococcus pyogenes. Seguimiento 1,5 años: C3 normal en 12 sem, persiste microhematuria. Resto normal

Caso 3: Varón de 5 años. Consulta por fiebre de 48 h. de evolución, vómitos, edema facial y oliguria. Normotenso. EC a su ingreso: urea 116 mg/dl, Creatinina 2,35 mg/dl, Ccr estimado 25,3 ml/min/1,73 m². Microhematuria, índice proteínas / creatinina 1,32, y piuria. *EH:* En días sucesivos: microhematuria, proteinuria de rango nefrótico, normotenso y mejoría progresiva de su IRA. C3 42 mg/dl, ASLO 20 U/ml, urocultivo y frotis faríngeo negativos. A los 4 meses solo persiste microhematuria. Normalización de C3 en 4 semanas.

Comentarios: tener en cuenta las distintas formas de presentación de esta patología, de pronóstico favorable en la mayoría de los casos.

P228

17:10

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Gloria Herranz Carrillo, Myriam Herrero Álvarez, Ainhoa Salvador Sainz, Rocío Manchado Garabito, Begoña de Miguel Lavisier, Bruno Nievas Soriano

Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en lactantes con una prevalencia estimada de entre un 4-7%, siendo esta edad la de mayor riesgo de aparición de daño renal con posible desarrollo de secuelas a largo plazo.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los lactantes diagnosticados de ITU.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los casos de ITU diagnosticados durante el año 2005 en niños menores de 24 meses seguidos posteriormente en consultas de Nefrología infantil de nuestro hospital.

Resultados: Se estudiaron un total de 43 pacientes (mediana de edad 3,5 meses) constituyendo el grupo más numeroso el de lactantes entre 1 mes y 12 meses de edad (67,5%) seguido del grupo de menores de un mes (20%) y del grupo de 12 a 24 meses (12,5%), con predominio del sexo masculino (63%). Solo 2 casos presentaban antecedentes de malformaciones congénitas urinarias diagnosticadas previamente mediante ecografía. La fiebre fue el síntoma de debut más común (80%) disminuyendo su frecuencia al aumentar la edad del paciente (p = 0,08). Solo un 9% presentaba sintomatología miccional específica. El método inicial de recogida de sedimento de orina más usado fue la bolsa perineal presentando hasta un 36% de falsos positivos (con cultivo estéril). El germen más frecuente fue E. coli (80%) sin ninguna resistencia encontrada a cefalosporinas de segunda generación. Todos los hemocultivos positivos (10%) fueron en menores de tres meses hospitalizados. El 80% de los reflujos vesicoureterales (RVU) encontrados fue de tipo II. Se realizó gam-

magraña renal a los seis meses a 16 pacientes de los cuales 2 presentaron cicatrices renales, no encontrándose relación estadísticamente significativa entre las mismas y valores de PCR, tratamiento precoz o existencia de RVU.

Conclusiones: Predominio de ITU en niños hasta los dos años de vida con mayor frecuencia de segundos episodios en niñas. La fiebre fue el principal motivo de consulta especialmente en los menores de 12 meses. El valor predictivo positivo del sedimento de orina recogido por bolsa perineal fue del 64%. Se detecta en el seguimiento un 32% de RVU, la mayoría de grado II. Presentaron cicatrices renales a los seis meses un 12,5% de los pacientes.

P229 17:15 PRIMERA INFECCIÓN URINARIA: ¿ES DISTINTA EN EL PERIODO NEONATAL?

Eva Parra Cuadrado, M. del Mar Espino Hernández, Adoración Granados Molina, Sara Jimeno Ruiz, José Martínez Orgado, Mercedes Mitjavila Casanovas
Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: Tradicionalmente se asume que las infecciones urinarias en periodo neonatal se producen por vía hematogena, presentando una incidencia similar en varones y mujeres con una menor incidencia de reflujo vesicoureteral (RVU).

Objetivo: Analizar las diferencias entre la infección urinaria en periodo neonatal y en edades posteriores (lactantes y preescolares) desde el punto de vista clínico, analítico, evolución, frecuencia de malformaciones urinarias asociadas y de secuelas posteriores (cicatrices renales).

Material y métodos: estudio retrospectivo en el que se analizan las historias clínicas de los casos de ITU neonatal (ITUN) y los de ITU en preescolares (ITUP) comparando los datos clínicos, analíticos, la ecografía en fase aguda y los resultados de la cistouretrografía (CUMS) y del estudio de cicatrices renales con gammagrafía-DMSA^{99mTc}.

Resultados: Se incluyen 88 pacientes: 47 diagnosticados en periodo neonatal (edad media 15,3 ± 7 días) y 41 en periodo preescolar (edad media 10,1 ± 9,9 meses). En el grupo ITUN el 80,4% fueron varones vs 39% en el grupo ITUP (p < 0,05). El 74,5% de los pacientes de ITUN presentaron hipertermia frente al 95% en el grupo ITUP (media 37,5 ± 1°C vs 38,9 ± 0,7°C) (p < 0,05). En la analítica, 44,6% del grupo ITUN presentó PCR elevada vs 78% (75,6 ± 30 vs. 61,8 ± 53) (p < 0,05), no encontrando diferencias en la desviación izquierda en el hemograma, ni en la presencia de nitritos, leucocitos ni bacterias en el sedimento de orina. El germen más frecuente en el urocultivo fue E.Coli en ambos grupos (85,1% en ITUN vs. 90% en ITUP). El 14,9% de los pacientes de ITUN mostró RVU en la CUMS: de ellos, 72% fue grado II. En el grupo ITUP presentó reflujo el 17,6% (85% grado II). No se encontraron diferencias entre ambos grupos. En el grupo ITUN 5 niños (11,1%) presentaron cicatrices en la gammagrafía renal-DMSA vs 11 (26,8%) pacientes con cicatrices en el grupo ITUP (diferencia estadísticamente significativa P < 0,05).

Conclusión: La infección urinaria es más frecuente en varones en el primer mes de vida. La hipertermia y la elevación de la PCR fueron más llamativas en el grupo de pacientes mayores de un mes. A pesar de lo descrito en la literatura, en nuestra serie la incidencia de RVU fue similar en ambos grupos y las secuelas parenquimatosas fueron más frecuentes en los niños mayores de un mes.

P230 17:20 LITIASIS RENAL EN LA INFANCIA: NUESTRA CASUÍSTICA

M. Juliana Ballesta Martínez, Inmaculada Vives Piñera, Carmen Vicente Calderón, Raquel Sánchez García, Fuensanta Alemán Lorca, Salvador Gracia Manzano

Sección de Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: Analizar la casuística de la litiasis renal en la infancia durante 20 años en nuestro hospital.

Método: Realizamos un estudio retrospectivo de los casos de litiasis renal diagnosticados en nuestro hospital, valorando: antecedentes familiares, factores predisponentes, parámetros analíticos y radiológicos, tratamientos empleados y evolución.

Resultados: Se estudiaron 45 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 4,11 años (rango: 3 meses a 10 años y 4 meses) siendo un 62,2% varones. Un 51,1% tenían antecedentes familiares. Como factores predisponentes identificamos: alteraciones metabólicas (hipercalciuria 54,8%, hipocitaturia 13,3%, hiperuricosuria 10%, cistinuria 7,6%, hiperoxaluria 6,1%) alteraciones urológicas en un 47,7% (18,2% hidronefrosis, 11,4% reflujo vesicoureteral, 9,1% estenosis de la unión pieloureteral) ITU 22,7%. La manifestación clínica más frecuente fue la hematuria en un 31,1% asociado o no al dolor abdominal, un 24,4% se presentaron como ITU y un 15,6% fue un hallazgo casual. En los pacientes que presentaron ITU los gérmenes identificados fueron: E. coli 14%, Proteus mirabilis 11,6%, Klebsiella 3,3% y enterococo 2,3%, no se identificó el germen en 25,6%. El diagnóstico de litiasis se realizó mediante ecografía en 80% de los casos. La litiasis se localizó a nivel renal (riñón, calices y pelvis) en el 74,3% de los casos, de los cuales un 12,6% eran coraliformes, el 15,3% en uréter, el 7,6% en vejiga y un 2,5% de los casos en más de una localización. No hubo diferencias en cuanto al lado de la localización del cálculo. En un 51,1% se analizó su composición siendo el de oxalato cálcico el más frecuente (65,2%). En cuanto al tratamiento, un 67,4% se resolvieron espontáneamente o con tratamiento médico. Un 20,9% recidivaron.

Conclusiones: 1. La litiasis renal predomina en varones y el 51% de los casos presentan antecedentes familiares. 2. Estos pacientes presentan como factores predisponentes más frecuentes la hipercalciuria y malformaciones de la vía urinaria. 3. El estudio metabólico permite en un alto porcentaje el diagnóstico etiológico. 4. La ecografía renal es una prueba muy útil para su diagnóstico y seguimiento. 5. La gran mayoría de estos pacientes evolucionan favorablemente con tratamiento conservador.

P231 17:25 POLIURIA-POLIDIPSIA COMO SÍNTOMAS CARDINALES DE FALLO RENAL EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SÍNDROME BRANQUIO-OTO-RENAL

Pablo Cid Galache, Luis Padilla Hernández, Luis Carlos Ortiz González, Alicia Quesada Alguacil, Francesca Perin, Laura Moreno Galarraga, Joaquín Pedrero Vera, David Barajas de Frutos, José Luis Barrionuevo Porras, Raúl Hoyos Gurrea
Unidad de Nefrología Pediátrica, Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada.

Caso clínico: Paciente de 12 años enviado para estudio por su médico por detectar en analítica realizada por síndrome febril una urea de 141 mg/dl y creatinina de 3,03 mg/dl, que se confirmó al repetirla. *Antecedentes personales:* Fístula branquial en

cuello. Dacriocistitis hace 2 años. Hipoacusia en estudio, otitis repetidas que precisan drenaje transtimpánico. Refieren los padres poliuria y polidipsia desde lactante. Hiporexia y nicturia. No infecciones urinarias. **Antecedentes familiares:** Padre y hermano con fenotipo similar. **Exploración física:** Leptosómico, dolicocefalia, línea capilar posterior baja en tridente, sinofridia leve, pabellones auriculares despegados, fistulas branquiales de-rechas en cuello, mediales al esternocleidomastoideo. Cara aplana-da, vello en dorso, escroto en chal. Testes I de Prader. Hallux valgus en pie izquierdo, braquidactilia en 4º y 5º dedos de la mano. Peso (27,6 kg) y talla (136,4 cms) en percentil 3. TA: 97/62 mmHg. **Pruebas complementarias:** Estudio dismorfológico: puede encuadrarse en un síndrome Branquio-oto-renal. **Estudio nefrourológico:** Ecografía renal: RD pequeño (6,4 cm) muy hiperecogénico. Ausencia de R. izquierdo. Función renal: urea 143; creatinina 3,04; FG/talla 25 ml/min/1,73 m², Pr/Cr urinaria de 1,5. Proteinuria estimada 24 hs 1,2 grs. - ANA y ENAs, negativos. Inmunoglobulinas y complemento normales. Serologías virales: Negativas. Hemograma: Hemoglobina 9,6 gr/dl Hematocrito 29,8% Plaquetas y leucocitos normales. Bioquímica: Normal excepto P 5,2 mg/dl, úrico 7,2 mg/dl. Urea 143 y creatinina 3,04, mg/dl. ASLO 720 U/L, PCR 1,3 mg/dl. Metabolismo fosfocálcico: PTHi 319 pg/ml RTP 34% Beta crosslap 4185 pg/ml, osteocalcina 235 ng/ml. Gasometría venosa: pH 7,29 PCO₂ 36 HCO₃ 17,4 mmol/l. **Evolución:** Función renal: Empeoramiento de la FG, ha descendido en el plazo de un mes de 25 ml/min/1,73 m² a 21 (creatinina actual 3,44 mg/dl y urea de 175 mg/dl). **Diagnóstico:** 1) Insuficiencia renal crónica (IRC) preterminal, 2) Hipoplasia-displasia renal, 3) Trastornos secundarios a la IRC (Osteodistrofia, acidosis, anemia, hipocrecimiento, poliuria-polidipsia), 4) Síndrome branquio-oto-renal.

Conclusión: La poliuria-polidipsia debe ser tenida en cuenta en la anamnesis de cualquier consulta pediátrica debiendo ser incluido el fallo renal en el diagnóstico diferencial junto a otros cuadros como la diabetes mellitas, diabetes insípida y la polidipsia-poliuria de causa psicógena.

P232 17:30

ENFERMEDAD POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE: CONCOMITANCIA DE NEUMONÍA, ENCEFALITIS AGUDA DISEMINADA Y GLOMERULONEFRITIS

Ana Mar Ruiz Sánchez, Ana M. Campos Aguilera, Antonio Miguel Daza Torres, Gabriel Miguel Cara Fuentes, Patricia Aguilera López

Hospital Torrecárdenas del SAS, Almería.

Introducción: *Mycoplasma pneumoniae* es responsable de gran variedad de manifestaciones clínicas, incluyendo síntomas respiratorios y extrarrespiratorios. Tanto la afectación renal que generalmente se presenta como glomerulonefritis aguda hipocomplementémica, como la encefálica descrita habitualmente como encefalitis aguda diseminada, descritas en la literatura son poco frecuentes. La triple asociación de neumonía, encefalopatía y glomerulonefritis presentes en nuestro caso no han sido descritas en la bibliografía.

Caso clínico: Niña de 10 años ingresada en UCIP trasladada por servicios de emergencia sanitaria por episodio de pérdida de conciencia. Diagnosticada cuatro días antes de neumonía en tratamiento con macrólido. Se realiza TAC craneal, punción lumbar y triage de orina con resultados negativos. Pasa a planta a las 48 horas tras extubación para seguimiento con buen nivel

de conciencia y escaso trabajo respiratorio. 48 horas más tarde presenta de forma brusca crisis convulsiva generalizada que cede con diazepam intravenoso. Se constata hipertensión arterial y afectación de parámetros de función renal con oliguria, hematuria macroscópica y descenso del complemento. La serología a *M. pneumoniae* es positiva en dos ocasiones con título 1/160 La Resonancia nuclear magnética cerebral muestra lesiones compatibles con encefalitis aguda diseminada. Evoluciona favorablemente sin reaparición de clínica neurológica, desaparición del cuadro respiratorio, persistiendo al alta moderada afectación de función renal e hipocomplementemia, con tensión arterial normal bajo tratamiento hipotensor.

Discusión: 1. No hemos encontrado en la literatura ningún otro caso que describa conjuntamente el triple diagnóstico (neumonía, encefalitis y glomerulonefritis) asociado a infección *M. pneumoniae*. 2. El pronóstico y evolución fue favorable en nuestro caso. 3. En las series revisadas la hipertensión arterial severa ha sido un hallazgo extremadamente infrecuente.

P233 17:35

MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN 20 PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEFROPATÍA POR REFLUJO: MARCADORES PREDICTIVOS DE FRACASO RENAL

M. Isabel Vega Senra, Agustín de la Mano Hernández, Amaya Clement Paredes

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

La nefropatía por reflujo vésicoureteral (RVU) se define como la existencia de cicatrices renales secundarias a RVU. Un 10% de los pacientes afectos desarrollarán hipertensión arterial (HTA), que será un determinante principal para el desarrollo de Insuficiencia Renal. La MAPA proporciona una mejor estimación que la presión arterial (PA) casual en la relación entre el daño renal y la PA.

Objetivos: 1. Valorar la incidencia de nefropatía por RVU en nuestro hospital en los últimos 14 años con análisis descriptivo de los resultados. 2. Valorar la posibilidad de detección precoz de alteraciones tensionales que puedan indicar el inicio de fracaso renal en estos pacientes, para establecer una actuación precoz. **Muestra:** Pacientes diagnosticados de RVU con edades entre 6 y 20 años.

Método: Se valoró la afectación renal mediante gammagrafía en todos los pacientes con RVU. Se determinó en cada paciente la función renal (Creatinina, microalbuminuria y filtrado glomerular: FG). Se realizó MAPA valorando medias, carga tensional y variabilidad nictameral.

Resultados: Se revisaron un total de 58 pacientes (44 mujeres y 14 hombres) valorando los siguientes parámetros: A. Lateralidad del RVU: riñón derecho: 8; riñón izquierdo: 32; Bilateral: 18. B. Grado de RVU tomando cada riñón por separado: I: 8; II: 21; III: 22; IV: 23; V: 1. C. Edad en el momento del diagnóstico: < 1 año: 17; 1-3 años: 12; 3-6 años: 18; > 6 años: 11. D. Factores de riesgo asociado en 9 pacientes. E. Nefropatía: 20 pacientes, 12 de los cuales presentaban RVU grado IV-V. De estos pacientes, un 10% presentaban un Índice de Masa Corporal mayor del 25% que por sí mismo podría actuar como factor de riesgo para la HTA. El 18% presentaban microalbuminuria significativa. El 45% presentaba hiperfiltración (FG > 145). Ninguno presentaba HTA en el momento del estudio. El 72% presentaba una variabilidad nictameral de tensión arterial sistólica (TAS) alterada.

Conclusiones: La mayor incidencia de RVU en el sexo femenino puede verse influenciada por una frecuencia más elevada de pielonefritis aguda que condiciona el estudio de RVU, pudiendo estar infradiagnosticado en el varón. A mayor grado de reflujo, mayor prevalencia de nefropatía. La existencia de hiperfiltración, microalbuminuria y una variabilidad nictameral de TAS alterada, podrían ser marcadores que indicaran riesgo de progresión a fracaso renal.

P234 17:40 TRES HERMANOS AFECTOS DE ACIDOSIS TUBULAR RENAL TIPO I

Silvia Meavilla Olivas, Mireia Biosca Pàmies, Zulema Pinillos Hernández, Rocío García García, José Luis Olivares López, César Loris Pablo

Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza y Departamento de Nefrología del Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La acidosis tubular renal es una entidad poco frecuente, habitualmente se transmite con herencia autonómica recesiva, produce retraso de crecimiento y alteraciones metabólicas. Ocasionalmente puede asociarse a sordera neurosensorial. Comunicamos el caso de tres hermanos hijos de un matrimonio sano, consanguíneo, procedente de Marruecos, afectados de acidosis tubular renal distal tipo I, con distintos grados de sordera.

Caso clínico 1: Niña de 4 años diagnosticada a los 6 meses. Presentaba: anorexia, vómitos, sed intensa, irritabilidad, gran retraso pondoestatural, hipotonía axial y aspecto microsómico. Soplo sistólico II/VI, desdoblamiento fijo de 2º tono. Pruebas complementarias alteradas: EAB: pH: 7,26, PCO₂: 27, CO₃H: 12,1; EB = -13,3; Cl: 117 mEq/l. Orina: pH: 7,7, Anión GAP: ± 40, Calciuria/Creatinuria: 0,7, con CO₃H: 0,17. Ecografía renal: nefrocalcinosis. Sordera leve. ECO-Doppler: CIA-Ostium Secundum (6 mm). Tratamiento: bicarbonato. Audífono.

Caso clínico 2: Niña de 2 años, P: 12,2 Kg (P 10); T: 88cm (P25); pH: 7,31; PCO₂: 29,1 mmHg; CO₃H: 14,2 mEq/L; E.B: -10,3 mEq/l; Ca/Cr: 0,81; no nefrocalcinosis; sordera neurosensorial grave. Tratamiento: Implante coclear, bicarbonato y potasio.

Caso clínico 3: Niño de 1 año; P: 9,4Kg (P25); T: 76 cm (P50); pH: 7,27; PCO₂: 25,1 mmHg; CO₃H: 11,1 mEq/l; EB:-14,1 mEq/l; Ca/Cr: 0,76; no nefrocalcinosis; sordera neurosensorial moderada. Tratamiento: bicarbonato.

Comentarios: Se trata de tres hermanos afectados de acidosis tubular renal tipo I con distinto grado de penetrancia. La sordera asociada se produce porque el gen implicado (ATP6V1B1) se expresa además en la cóclea y el saco endolinfático. Cabe destacar la consanguinidad de primer grado de los padres.

P235 17:45 HIDRONEFROSIS CONGÉNITA GRADO I: ES SEGURO NO REALIZAR CISTOGRAFÍA?

Clara Molina Amores, M. del Mar Espino Hernández, Adoración Granados Molina, Eva Parra Cuadrado, Begoña Adiego Burgos, José C. Albillos Merino, Sara Jimeno Ruiz, Francisco Javier Regidor Sáez, Bartolomé Bonet Serra

Área de Pediatría y Neonatología, Área Obstetricia y Ginecología y Área Diagnóstico por la Imagen de la Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Antecedentes: La baja incidencia de reflujo vesicoureteral (RVU) en las hidronefrosis congénita (HN) de bajo grado ha puesto en duda la necesidad de realizar ureterocistografía miccional seriada

(CUMS) a las HN grado I (clasificación Sociedad de Urología Fetal: visualización de pelvis con diámetro AP superior a 7 mm en la semana 34 de gestación). En nuestro centro se procedió a obviar dicha prueba en las HN grado I en mayo de 2001.

Objetivos Determinar si los pacientes afectados de HN grado I han presentado infecciones urinarias (ITU), RVU o evolución desfavorable del grado de HN.

Material y métodos Estudio de cohorte con los pacientes diagnosticados de HN a partir de mayo del 2001. Los pacientes afectados de HN grado I no reciben profilaxis y no se realiza CUMS. Analizamos consultas a urgencias, cultivos, presencia de ITU, evolución de la HN y malformación del tracto urinario. Los pacientes con grado II, III y IV reciben profilaxis. Se les realiza una ecografía al mes y medio. Si se confirma una HN grado II o superior le realiza una CUMS. Si la HN es superior a grado III y si no tiene RVU se realiza un renograma.

Resultados Se realizó diagnóstico prenatal de HN grado I en 101 mujeres. La ecografía postnatal fue normal en 60 niños; HN grado I en 24; grado II en 14; grado III en 2 y 1 tenía un riñón pélvico. Un paciente con ecografía postnatal normal presentó una ITU, la CUMS no mostró RVU, y la gammagrafía detectó una cicatriz. En la CUMS de los pacientes con HN grado II postnatal no detectamos ningún RVU. Un paciente con ecografía postnatal grado I evolucionó a grado III, siendo intervenido de una estenosis de la unión pieloureteral. A los 2 pacientes con ecografía postnatal grado III se le realizó CUMS y no se objetivó RVU. El renograma de uno de ellos fue no obstructivo y al alta persiste la dilatación. En el otro paciente se resolvió la hidronefrosis. La edad media de alta fue 8 meses.

Conclusiones Estos resultados apoyan la validez del protocolo de estudio de las HN grado I, al ser nula la incidencia de RVU en este grupo. La realización de la CUMS a estos pacientes no supone una prevención de las complicaciones que, por otro lado, son muy escasas. Según la edad media de alta, se podría definir el momento idóneo de hacer la ecografía postnatal, para obviar exploraciones repetidas.

P236 17:50 SÍNDROME DE BARTTER TIPO III. A PROPÓSITO DE UN CASO

Silvia Souto Hernández, Josune Hualde Olascoaga, Verónica Etayo Etayo, Eva Gembero Esarte, Irene Garralda Torres, Francisco José Gil Sáenz, M^a José Azanza Agorreta, Inmaculada Nadal Lizabe

Servicio de Pediatría del Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

Objetivo: Aportación de caso clínico de Sd de Bartter tipo III o clásico demostrando la posibilidad de realizar diagnóstico fiable a pesar de la ausencia del estudio genético. *Sd de Bartter:* Afección hereditaria, autosómica recesiva. Tubulopatía caracterizada por: alcalosis metabólica, hipokaliemia, hiperaldosteronismo hiperreninémico con TA normal. *Existen tres tipos: Bartter neonatal*, tipo I y II, caracterizados por polihidramnios, hiper calciuria-nefrocalcinosis y retraso del crecimiento. *Bartter clásico:* menor frecuencia de hiper calciuria-nefrocalcinosis, sin polihidramnios, afectación del crecimiento. *Sd de Gilteman*, considerado como variante de la enfermedad, hipomagnesemia, escasa sintomatología, sin alteración del crecimiento.

Caso clínico: Niña de 17 meses con antecedente de retraso ponderoestatural desde el tercer mes. Remitida a nuestro centro por presentar hipokaliemia severa, en el contexto de episo-

dio de debilidad muscular generalizada, anorexia, poliuria y polidipsia. *Exploración:* TA 109/57, deshidratación, dificultad a la sedestación y sostén cefálico. *Analítica:* K 1,6 mmol/l, Cl 93 mmol/l, pH 7,47, HCO 24, 7 mmol/l. reninemia 1281 mU/l, aldosteronemia 864 ng/l. Función renal: FG normal. EF Na 2,17% (N: 0,5-0,8), EFK 54,7% (N: 8-12), EFCl 3,8% (N: 0,4-1,2), Cau/Cr: 0,88 (N: 0,5). *Pruebas complementarias:* ECG: Depresión del ST en III, aVR y V1. Aplanamiento ondas T. Ecografía renal: normal. Nos encontramos ante una función tubular alterada con pérdida de Na, Cl y K en orina en un contexto poliúrico, con TA normal a pesar del hiperaldosteronismo hiperreninémico. Ante la sospecha de Sd de Bartter se inicia tratamiento con indometacina, además del aporte de potasio, con mejoría inmediata de la anorexia y del resto de la clínica, con ascenso de la curva ponderal estable y cotidiano. Se realiza confirmación diagnóstica mediante pruebas funcionales: Expansión salina hipotónica demostrando reabsorción distal de Cl disminuida con excreciones fraccionales de Na, K y Cl elevadas.

Conclusiones: A pesar de la ausencia de estudio genético, el cual aportaría el diagnóstico definitivo, es posible asegurar que nos encontramos ante un Sd de Bartter clásico o tipo III basándonos en los datos clínicos, ecográficos y analíticos.

P237 17:55 NEFROPATÍA LÚPICA. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

Cristina Marimón Blanch, Susana Hernández Pérez, Carolina Mendoza Mayor, Andrés Morales, Luis Enrique Lara Moctezuma, Ramón Vilalta Casas, José Nieto

Unidad de Nefrología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivo: Descripción de los casos tratados de nefropatía lúpica en nuestro centro entre 1998 y diciembre 2005.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de nefropatía lúpica según criterios de la ARA durante el período indicado. Se evaluaron las variables edad al diagnóstico de LES, edad al diagnóstico de nefropatía, sexo, antecedentes familiares, función renal, HTA, complemento, autoanticuerpos (ANA, antidsDNA), biopsia renal, tratamiento y evolución.

Resultados: Se encontraron 37 casos diagnosticados de LES, de los cuales 17 presentaban afectación renal. Entre los casos con nefropatía, se encontraba predominio de sexo femenino (88,2%), con antecedentes familiares de enfermedad sistémica en el 29,4%. La edad media al diagnóstico de LES fue de 12,6 años (3 meses-21 años) y la de nefropatía lúpica de 13,5 años (3 meses-21 años), siendo en 9 de los 17 casos (52,9%) un criterio diagnóstico más. Presentaron hematuria 11 casos (64,7%) y proteinuria 12 (70,6%), de los cuales en 9 era de rango nefrótico. Al diagnóstico presentaron disminución del filtrado glomerular sólo 5 pacientes (29,4%). Todos los casos presentaron positividad para anticuerpos antinucleares y 13 (76,5%) para anticuerpos anti-DNA de doble cadena. Se realizó biopsia renal en 15 pacientes, siendo el tipo histológico IV (clasificación de la WHO) el más frecuente. Detallamos también el tratamiento de inducción empleado, así como el de mantenimiento y el de las recaídas. La evolución fue hacia la remisión completa en 11 (64,7%) pacientes y hacia insuficiencia renal crónica, con necesidad de hemodiálisis en 5 casos (29,4%), llegando actualmente al trasplante renal 4 de ellos.

Conclusiones: La incidencia de nefropatía en pacientes diagnosticados de lupus es del 45,9% con predominio de sexo femenino. En un 29,4% de los casos se hallaron antecedentes familiares de enfermedad sistémica. La nefropatía del tipo histológico IV es la más frecuente. El tratamiento con corticoides y ciclofosfamida ha sido el tratamiento más eficaz. En nuestra experiencia, la ciclofosfamida vía oral ha tenido la misma eficacia que en bolus reportado en la literatura. La ciclosporina es una alternativa eficaz al tratamiento mencionado cuando no se observa respuesta. Ningún paciente trasplantado ha recaído de la nefropatía lúpica.

P238 18:00 TROMBOSIS DE LA ARTERIA RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

María José Fernández Reyes, José M. García Blanco, Emilia Hidalgo Barquero del Rosal, Ana Navarro Dourdil, José Manuel Vagace Valero, Natalia Bejarano Ramírez, Ana M^a Grande Tejada, Mercedes Oliva Gragera

Unidad de Nefrología Infantil, Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil, Badajoz.

Introducción: La trombosis de vasos renales se da en el 2-4% de los recién nacidos ingresados en UCIN, la causa más frecuente es la cateterización de vasos umbilicales.

Caso clínico: *Antecedentes:* padres árabes, consanguíneos. Madre con diabetes gestacional insulino dependiente mal controlada. Parto eutócico, a término, peso al nacimiento: 3540 gr. Ingresa al nacer en su hospital de origen por cuadro malformativo. A los 5 días de vida presenta HTA grave y hematuria macroscópica y ante la persistencia del cuadro se remite a nuestro hospital para completar estudio y tratamiento. A su ingreso en UCIP confirma la HTA grave, la presencia de hematuria macroscópica y se palpa, en abdomen, una masa de situación medial compatible con riñón derecho. Además, presenta rasgos dismórficos, antebrazos cortos, agenesia de pulgares y pies zambos. *Exámenes complementarios:* Alteración de la coagulación, urea y creatinina altas, hematuria macroscópica, proteinuria en rango nefrótico e índices de función renal normales. Prueba de imagen: riñones en herradura, ausencia de flujo sanguíneo en arteria renal derecha. Ecografía cerebral normal. *Exámenes posteriores:* Función renal normal. Normalización progresiva de la coagulación. Renina y aldosterona elevadas. Estudios isotópicos: 2/3 del riñón derecho afuccionantes y ausencia de fase vascular en riñón derecho. Controles ecográficos: disminución progresiva del tamaño del riñón derecho hasta su completa desaparición. Estudio cardiológico: fosa oval permeable. *Juicio clínico:* Trombosis de arteria renal derecha. Riñones en herradura con anulación funcional del riñón derecho. Datos clínicos compatibles con Síndrome de Baller-Gerold. *Actitud terapéutica:* tratamiento antihipertensivo con enalaprilato y labetalol IV. Tratamiento trombolítico: activador tisular del plasminógeno IV, heparina IV y SC posteriormente y finalmente, ácido acetil salicílico como, tratamiento domiciliario.

Conclusión: Aunque la trombosis de arteria renal es infrecuente, debemos de tenerla en cuenta en todos los neonatos con HTA y hematuria macroscópica por su repercusión sobre la función renal, pudiendo anularla totalmente (como en el caso de nuestro paciente) a pesar de instaurar un tratamiento trombolítico precoz.

P239 18:05 DIFERENTE RESPUESTA AL MICOFENOLATO EN DOS PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO CÓRTICO- DEPENDIENTE

María Eril Rius, Antonio de Francisco Profumo,
Agustí Rodríguez-Palmero Seuma, Noemi Contreras Balada,
Sofía Benítez Fusté, Guillem Pintos Morell
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Antecedentes: El síndrome nefrótico (SN) es la patología glomerular más común en la edad pediátrica, siendo la glomeruloesclerosis focal y segmentaria una causa importante de insuficiencia renal crónica terminal. Uno de los tratamientos más utilizados en el SN corticoidependiente (SNCD) es la ciclosporina, en asociación o no a corticoesteroides. La utilización prolongada de ciclosporina puede provocar cambios tubulointersticiales que pueden obligar a su sustitución. Recientemente, la utilización de micofenolato mofetil como alternativa a la ciclosporina se ha demostrado efectiva en algunos casos de SNCD.

Casos clínicos: Presentamos los casos de dos niñas con SNCD de larga evolución, con posible toxicidad a la ciclosporina, y respuesta variable al cambio de tratamiento (micofenolato por ciclosporina). *Caso 1:* Debut de proteinuria, edemas y oliguria a los 2 años, con buena respuesta inicial a los corticoides pero reaparición de proteinuria en la fase de descenso. Antes de iniciar tratamiento inmunosupresor se realizó biopsia renal sin objetivarse alteraciones histológicas significativas. Durante 4 años ha sido tratada con ciclosporina con brotes de proteinuria coincidiendo con cuadros infecciosos intercurrentes. Recientemente se ha podido realizar la sustitución de ciclosporina por micofenolato para intentar reducir dosis de corticoides (presenta hirsutismo, catarata subcapsular y frenación del crecimiento) y por disminución del filtrado glomerular estimado a 70 ml/min/1,73 m, manteniéndose en remisión con mínimas necesidades de corticoides. *Caso 2:* Debut de SN a los 4 años, con recaídas frecuentes de proteinuria al descender la dosis de corticoides. Se añadió ciclosporina al tratamiento y se mantuvo durante 7 años. La biopsia renal a los 5 años de tomar ciclosporina mostró glomerulonefritis por cambios mínimos, con fibrosis intersticial focal leve probablemente debida al tratamiento con ciclosporina. Por este motivo, y por el retraso de crecimiento, hace 8 meses se inició el tratamiento con micofenolato, sin poderse realizar con éxito la sustitución por efectos secundarios gastrointestinales, y sin conseguir una remisión estable de la proteinuria.

Conclusiones: 1. La respuesta individual al tratamiento inmunosupresor puede ser tan variable como en los casos descritos. 2. Los cambios genéticos recientemente demostrados afectando la síntesis de proteínas del podocito (como la podocina y la nefrina) podrían aportarnos información adicional sobre esta diversa respuesta al tratamiento inmunosupresor.

P240 18:10 ¿ES NECESARIA LA CUMS EN EL RIÑÓN ÚNICO?

Juan J. Gilbert Pérez, Cristina Herráiz Perea, Elena García Martínez, Montserrat Antón Gomero
Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La incidencia de reflujo vesicoureteral (RVU) en los pacientes con riñón único es del 20% al 30%. Aunque la evolución del riñón único es favorable, la nefropatía por reflujo po-

dría condicionar un peor pronóstico. En la actualidad, existe cierta controversia sobre la necesidad de realizar cistouretrografía miccional seriada (CUMS) en pacientes con riñón único asintomáticos, puesto que es una prueba invasiva no exenta de riesgos y el diagnóstico del RVU no siempre evita la nefropatía por reflujo.

Objetivos: Conocer la incidencia de RVU en pacientes con riñón único funcionante en nuestro centro, así como la validez de la ecografía abdominal para el diagnóstico de signos indirectos de RVU en comparación con la CUMS.

Material y métodos: Estudio analítico, retrospectivo, de una cohorte de pacientes con riñón único controlados en nuestro hospital desde marzo de 1991 a octubre de 2005.

Resultados: Se recogieron un total de 80 niños con riñón único (54 varones) con una edad media al diagnóstico de de 1,29 ± 0,65 años (0-11,4). Se realizó CUMS a 67 pacientes (83,7%), detectándose RVU en 18 casos: 4 grado II, 5 grado III, 6 grado IV y 3 grado V. La sensibilidad de la ecografía abdominal como método diagnóstico de signos indirectos de RVU en comparación con la CUMS fue del 50%, que se incrementó a 75% para RVU de alto grado (IV y V). El RVU se resolvió espontáneamente durante el seguimiento de los pacientes en 8 casos y en 2 tras tratamiento quirúrgico.

Comentarios: La incidencia de RVU en pacientes con riñón único es mayor que en la población normal. La ecografía podría ser un método diagnóstico válido para el RVU de alto grado en pacientes con riñón único. Son necesarios estudios que valoren la incidencia de nefropatía por reflujo en pacientes con riñón único a largo plazo.

URGENCIAS

Hall 1 17:00 P241 IMPACTO DE UNA PRESENTACIÓN DE PARACETAMOL CON CIERRE DE SEGURIDAD EN LA PREVENCIÓN DE LAS INTOXICACIONES ACCIDENTALES POR ESTE FÁRMACO

Borja Gómez Cortes, Itziar Iturralde Orive, Goizalde López Santamaría, Silvia García González, Susana Capapé Zache, Ana Fernández Landaluce, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Beatriz Azkunaga Santibáñez, F. Javier Benito Fernández, Santiago Mintegi Raso

Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: Los fármacos son los principales responsables de las consultas por sospecha de intoxicación en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP), sobre todo el paracetamol. Más del 80% de las intoxicaciones por paracetamol se deben a una única presentación líquida. Recientemente se ha comercializado una nueva presentación con cierre de seguridad y una diferente jeringa dosificadora.

Objetivo: Estudiar el impacto de la comercialización de la nueva presentación con cierre de seguridad en la incidencia de intoxicaciones por dicho fármaco.

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo (año 1999 vs. año 2004, pre y postcomercialización de la nueva presentación) que incluyó los pacientes menores de 14 años que

consultaron por posible intoxicación por paracetamol. Se analizaron datos demográficos, exploraciones realizadas, tratamiento recibido y destino.

Resultados: Se registraron 161 posibles intoxicaciones en 1999 y 171 en 2004, representando los fármacos más del 50%. Se registraron 19 ingestas accidentales de paracetamol en 1999 (21,8% de las intoxicaciones por fármacos) vs. 25 en 2004 (25%, $p = 0,83$). Una única presentación causó más del 90% de las ingestas accidentales de paracetamol en ambos periodos (18/19 en 1999 vs. 23/25 en 2004). En ambos periodos casi la mitad de los pacientes fueron menores de 36 meses. El 100% de las intoxicaciones acaecidas en el 2004 en menores de 18 meses se debieron a un error en dosificación (7 de los 25 pacientes que consultaron en 2004 por una posible intoxicación por paracetamol fueron menores de 18 meses). A su llegada, más del 95% de los pacientes se encontraban asintomáticos. Se realizaron exploraciones complementarias en 12 niños en cada año (63,2% vs. 48%), solicitándose en todos ellos el nivel de paracetamol en sangre. En 1999 recibieron tratamiento 7 niños (36%) frente a los 16 (64%) en el 2004 ($p = 0,13$), básicamente administración de carbón activado. Se administró NAC a un niño de cada grupo. Ningún niño ingresó en planta ni tuvo afectación hepática; todos evolucionaron bien.

Conclusiones: La adición de un cierre de seguridad a la presentación líquida implicada en más del 80% de las intoxicaciones accidentales por paracetamol no se ha acompañado de una disminución de estos episodios registrados en un SUP. El cambio de la jeringa dosificadora podría explicar, al menos parcialmente, el fracaso de esta medida preventiva.

P242 17:05 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Goizalde López Santamaría, Borja Gómez Cortes, Itziar Iturralde Orive, Ana Fernández Landaluze, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Elena Mora González, María González Balenciaga, F. Javier Benito Fernández, Santiago Mintegi Raso

Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Objetivo: Analizar las modificaciones en el método diagnóstico y en el tratamiento de los niños menores de 14 años que consultan por una posible intoxicación en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) en los últimos 10 años.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo observacional desarrollado en 3 fases de 12 meses (1993, 1999, 2004) que incluye todos los episodios correspondientes a los niños menores de 14 años que consultaron en un SUP por una posible intoxicación. Se registraron exploraciones complementarias practicadas y tratamiento recibido.

Resultados: Durante los 3 periodos se registraron 532 episodios de posible intoxicación: los fármacos fueron los tóxicos implicados en más del 50% de los episodios, destacando los anti-térmicos (1/3 de las intoxicaciones). El tiempo medio en acudir al SUP se redujo en más de una hora en los últimos 5 años (1 h y 23 minutos en 2004) y también el porcentaje de pacientes que habían recibido tratamiento previo (19,6% en 1999 vs. 6,4% en 2004). En 1999 y 2004 se realizaron pruebas complementarias en un tercio de los casos (34% en 1999 y 32,7% en 2004) sin ob-

servarse cambios entre los 3 periodos en cuanto a las pruebas practicadas. Se realizó decontaminación gastrointestinal a un tercio de los pacientes (32% en 1993, 38% en 1999 y 35,6% en 2004); de los tratados recibió jarabe de Ipecacuana el 65% en 1993 y ninguno en el 2004 ($p < 0,000001$); carbón activado el 48% en 1993 vs. el 98,3% en el 2004 ($p < 0,000001$) y lavado gástrico al 4% de 1993 y 1,6% en 2004 ($p = 0,64$). Se utilizó antídoto en 9 casos en 1999 (3 intoxicaciones por fármacos y 6 por CO) y en 7 en el 2004 (4 intoxicaciones por CO, 2 por fármacos y 1 alimentaria). En los últimos 5 años el 40% de los que consultaron por posible intoxicación recibió el alta sin practicarse ninguna prueba complementaria ni recibir ningún tratamiento. El porcentaje de pacientes manejados ambulatoriamente aumentó entre 1993 y 2004 (95,5% vs. 99,4%: $p = 0,02$); aumentando también los pacientes que permanecieron unas horas en la Unidad de Observación (30 en 1993 a 54 en 2004, $p = 0,0002$).

Conclusiones: El abordaje del niño con una posible intoxicación ha variado de manera significativa en los últimos 10 años. No se han detectado cambios en cuanto a la realización de pruebas complementarias. El carbón activado se ha convertido en el método de decontaminación gastrointestinal de elección en las intoxicaciones atendidas en el SUP, habiendo quedado desterrado el jarabe de ipecacuana.

P243 17:10 TRAUMATISMO DENTAL EN PEDIATRÍA: CARACTERÍSTICAS Y PAPEL DEL PEDIATRA

Elena Mora González, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Ana Fernández Landaluze, Silvia García González, María González Balenciaga, Susana Capapé Zache, Eider Astobiza Beobide, Santiago Mintegi Raso, F. Javier Benito Fernández

Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: Las lesiones dentales tras un traumatismo, aunque generalmente no son graves, pueden ser causa de ansiedad en las familias. Además, no siempre pueden ser valoradas inmediatamente por un odontólogo y es el pediatra el primero en atenderlas, jugando un papel fundamental en su manejo inicial.

Objetivo: Conocer las características de los traumatismos dentales atendidos en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP). Evaluar la actuación del pediatra de Urgencias ante ellos y en concreto en los casos de reimplantación de dientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los traumatismos bucodentales (TBD) atendidos en un SUP entre Marzo y Diciembre 2005. En los casos de reimplantación urgente, se contactó telefónicamente días después con la familia para conocer el resultado de nuestra actuación.

Resultados: Se atendieron 108 casos de TBD (heridas y lesiones dentales). El 53,7% de los casos eran varones y el 61,1% menores de 3 años. Entre las 20 y las 10 horas acudió el 48% de los casos y en el 75% la causa fue una caída accidental. De los 108 casos totales, 61 eran lesiones dentales, afectando a los dientes primarios en un 82% de los casos y a varios dientes en un 26,6%. Las luxaciones fueron más frecuentes que las fracturas (85,2% vs. 14,8%, respectivamente), aumentando esta diferencia en los dientes primarios (92% vs. 8%) y disminuyendo en los permanentes (54,5% vs. 45,5%). Los dientes más frecuentemente dañados fueron los incisivos centrales supe-

riores en ambos tipos de lesiones (100% en caso de fractura). En el 100% de los casos se recomendó dieta blanda y analgesia, y antibiótico en un 16,3%. Se reimplantaron 3 dientes, con éxito en los dos casos con los que se pudo contactar. Ningún caso fue derivado para valoración urgente por un cirujano maxilo-facial.

Conclusiones: Los traumatismos dentales más frecuentes son las luxaciones, en general leves. La mayoría de las consultas por TBD pueden ser resueltas por un pediatra con formación adecuada. Su actuación generalmente consistirá en valorar la lesión, tranquilizar a la familia y orientarla sobre la gravedad, pronóstico y cuidados del diente hasta que pueda ser valorado por un odontólogo que realice su tratamiento definitivo. Los pocos casos de reimplantación de dientes se realizaron con éxito, reforzando nuestra idea de que debemos familiarizarnos con esta técnica.

P244 17:15 PIELONEFRITIS EN RIÑÓN ECTÓPICO EN EL CONTEXTO DE UN CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO Y MASA RETROPERITONEAL

Aizpea Echebarría Barona, Ainhoa Largo Iglesias, Isabel Vera Arlegui, David Lozano Díaz, Marta Suárez Rodríguez, Marta Martín Izquierdo, Moira Garraus Oneca, M^a Genoveva Miranda Ferreiro, Patricia Basteró Miñón

Departamento de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: Presentamos el caso de una niña en la que se diagnostica un riñón ectópico por un cuadro de dolor abdominal inespecífico y fiebre.

Caso clínico: Niña de 6 años que acude derivada de otro centro para estudio de masa abdominal retroperitoneal. Aporta analítica (leucocitos: 20.900/ml) y pruebas de imagen. En la ecografía abdominal se objetiva masa retroperitoneal de ecogenicidad homogénea y vascularizada de 6,5x 5 cm, sin visualización de riñón derecho y en la TAC abdominal sin contraste se confirman los hallazgos previos sin lograr caracterizar la masa. La paciente presenta un proceso febril (máximo 40°C) de 48 horas de evolución asociado a vómitos e intenso dolor abdominal (sordo y continuo). Deposiciones normales y diuresis conservada. No refiere antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración física presenta regular estado general, con buena coloración de piel y mucosas. Hemodinámicamente estable. No signos meníngeos y no focalidad neurológica. El abdomen es doloroso, blando y depresible. No se constata signos del psoas, obturador ni Blumberg. No se palpan visceromegalias y el peristaltismo está aumentado. Se solicita analítica con los siguientes resultados: Proteína C reactiva: 27,4 mg/dL. Leucocitos: 14.500/L con 82,5% de neutrófilos. Urea: 0,34 g/L, creatinina: 0,7 mg/dL. Enzimas hepáticas y coagulación sin alteración. En el sedimento de orina se observa intensa bacteriuria con 30-40 leucocitos por campo. Se decide ingreso para estudio y se inicia tratamiento endovenoso con amoxicilina-clavulánico y metronidazol. Se programa una TAC abdominal con contraste donde se confirma que la masa retroperitoneal corresponde al riñón derecho ectópico localizado en pelvis y pielonefritis renal aguda bilateral de predominio izquierdo. La paciente evoluciona satisfactoriamente tras tratamiento con amoxicilina-clavulánico y gentamicina.

Discusión: La ectopia renal es habitualmente un cuadro asintomático pero su asociación con pielonefritis puede simular un cuadro de apendicitis, absceso o tumor. Por lo tanto es una entidad que debería considerarse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal con imagen radiológica de masa. La TAC abdominal con contraste constituye una técnica apropiada para el diagnóstico de masas abdominales. Del mismo modo es importante ampliar el estudio para descartar posibles complicaciones o anomalías asociadas como la hidronefrosis y el reflujo vesicoureteral.

P245 17:20 MEDICINA ALTERNATIVA VERSUS MEDICINA CIENTÍFICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Carolina Sanz Cortes, Jorge Frontela Losa, José Luis Carretero Ares, Begoña Cueva Oliver, Marco Gómez de la Fuente, María Dolores Gallart Martínez, Antonina Melnikova Kutnesova, Marina Riva Bay, María Teresa Cabral Ruano, M^a de La O García Baeza Hospital General Universitario, Alicante y Consellería de Salud, Alicante.

Objetivos: Analizar la prevalencia de utilización de la terapéutica alternativa entendida como tal aquella no convencional o pautada de forma galénica, en un Servicio de Urgencias de un hospital de 1º nivel.

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal mediante realización de cuestionarios cerrados, valorando los siguientes ítems: tipo de población, lugar de residencia, raza, edad niño, edad padres, sexo, nivel educativo de los padres, si consume hierbas/sustancias de herbolario o recogidas por ellos, para qué, si notó alivio, y si tiene efectos secundarios. Preguntas sobre si conoce otras consultas alternativas a la medicina de su Centro de Salud/Hospital (Homeópatas, curanderos, sanadores, otros), si las conoce por algún familiar o persona allegada, la razón o patología que le motivó para acudir, en qué lugar /provincia, y cuánto tuvo que abonar.

Resultados: 151 pacientes: 72 134 (87,8%) son población urbana/semiurbana. Raza caucasiana 122 (80,8%). Edad media: Niños: 52,11 meses, padre: 35,37 años, madre: 33 años. Sexo: 81 (53,6%) varones. Nivel de estudios padres: 74 (49%) de las madres tienen estudios medios/universitarios frente a 67 (44,4%) padres. 57 (37,7%) de los pacientes o familiares hacen tratamientos distintos a los pautados por su médico. 39 pacientes (25,8%) utilizan remedios de herboristería, 33 (21,9%) notan mejoría. La utilizan para dispepsia/trastornos gastrointestinales 19 (12,58%). Conocen otras consultas: 36 (22,1%) a homeópata, curanderos 26 (17,3%). Las conocen por familiares 36 (23,8%). Pacientes o familiares que acudieron a dichas consultas 43 (28,47%), 11 (7,7%) por problemas asmáticos, 9 (6,3%) por osteomusculares. Acuden a Alicante 21 (13,9%). Los honorarios en 11 (7,3%) fue la voluntad.

Conclusiones: Existe una alta tasa de pacientes y/o familiares que utilizan remedios distintos a los pautados por su pediatra, para enfermedades muy diversas, y que no son comunicadas posteriormente. Al no existir una normativa especificada sobre la medicina alternativa/complementaria en nuestro país, su utilización es controvertida. La existencia de interacciones es posible con algunos de los tratamientos pautados, con lo que sería importante recabar esta información en las historias clínicas.

P246**17:25****UTILIDAD DE UN DETECTOR DE METALES EN LA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO METÁLICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO**

Maite Maruri Elizalde, Rosa Fernández González, Ana Fernández Landaluze, Elena Mora González, Silvia García González, María González Balenciaga, Susana Capapé Zache, Jesús Sánchez Etxaniz, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Santiago Mintegi Raso
Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: El detector de metales puede usarse como alternativa sencilla, barata y libre de radiación para la detección de cuerpos extraños (CE) metálicos ingeridos.

Objetivo: Evaluar la utilidad del detector de metales para identificar y localizar los CE metálicos ingeridos y el impacto que su uso conlleva en la reducción de la realización de radiografías en un servicio de urgencias de pediatría (SUP).

Pacientes y método: Estudio retrospectivo de los niños atendidos en un SUP durante los años 2004 y 2005 por sospecha de ingesta de CE. Se recogen datos epidemiológicos, tipo de CE, clínica, uso de pruebas complementarias, tratamiento, destino y reconsulta.

Resultados: En el periodo analizado fueron atendidos 408 niños por posible ingesta de CE, de los cuales 178 eran CE metálicos (75 monedas, 42 bolas metálicas, 8 pilas de botón, 53 otros) Casi la mitad eran niños entre 2 y 5 años, con discreto predominio de varones. La mayoría (84%) estaban asintomáticos. Se usó el detector de metales en 105 pacientes (59% del total; 65,8% en caso de moneda y/o bola metálica), siendo el resultado positivo el 69% de los casos (80% en caso de moneda y/o bola metálica). Se realizó Rx en 24 de los 33 casos con resultado negativo en el detector (que mostraba CE en 10: 3 monedas, 1 bola metálica y 6 otros cuerpos metálicos), en 3 casos en los que el detector localizó el CE por encima del diafragma y a 11 de los 69 de localización infradiafragmática (todos en la Rx por debajo del diafragma). Se evitó la realización de Rx a 58 pacientes con CE infradiafragmático. Trece de estos reconsultaron: 11 lo hicieron > 1 semana después por no expulsión del CE y se mantuvo el tratamiento expectante y los otros 2 reconsultaron por síntomas, precisando 1 de ellos endoscopia a las 24h por vómitos (en su 2ª visita se reafirmó por detector y Rx la localización infradiafragmática).

Comentarios: El detector de metales es útil en un SUP para reconocer y localizar los CE metálicos ingeridos, en especial las monedas y/o bolas metálicas. Su uso permite evitar de forma segura la realización de Rx cuando el CE es detectado por debajo del diafragma.

P247**17:30****HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA, UNA FORMA DE PRESENTACIÓN TARDÍA E INFRECUENTE**

Lucía Martín Viota, Angelines Concepción García, Begoña Martínez Pineda, Cristina León Quintana, Cristina Villafuella Álvarez, Ricardo López Almaraz, Ana Sancho Pascual
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Introducción: La hernia diafragmática congénita (HDC) o hernia de Bochdalek consiste en el paso del contenido abdominal hacia la cavidad torácica a través de un defecto en la zona posterolateral del diafragma. Estas lesiones suelen acompañarse de hipoplasia pulmonar y malrotación intestinal, pudiendo asociar

anomalías en otros órganos. La mayoría de los lactantes con HDC presenta dificultad respiratoria grave en las primeras horas de vida, siendo la presentación fuera del período perinatal infrecuente y, pudiendo por ello, pasar desapercibida.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de quince meses de vida, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias por irritabilidad y llanto continuo de unas doce horas de evolución, con episodios de flexión de extremidades inferiores sobre el abdomen y palidez cutánea. Refería cuadro de gastroenteritis aguda en los cinco días previos, habiendo cedido los vómitos y las deposiciones diarreicas aunque persistía mala tolerancia oral. En la exploración física destaca irritabilidad, taquicardia, respiración superficial, hipoventilación en base del hemitórax izquierdo y abdomen timpanizado y doloroso a la palpación de forma difusa. La ecografía de abdomen aporta datos compatibles con adenitis mesentérica e informa de la presencia de un pequeño derrame pleural izquierdo, en la radiografía de tórax se objetiva porción colónica en hemitórax izquierdo, confirmándose finalmente su presencia, junto con contenido gástrico, con TAC torácico. Se intervino sin incidencias, reduciéndose las vísceras al abdomen y cerrándose el defecto diafragmático.

Comentarios: La hernia diafragmática congénita debe sospecharse en todo niño con síntomas respiratorios o gastrointestinales inusuales unidos a anomalías en las pruebas de imagen.

P248**17:35****GASTROENTERITIS AGUDAS EN URGENCIAS: IMPACTO Y MANEJO DE LOS EPISODIOS MÁS SEVEROS**

Nagore Martínez Ezquerro, Sonia Blázquez Trigo, Edurne Ciriza Barea, Santiago Mintegi Raso, F. Javier Benito Fernández, Beatriz Azkunaga Santibáñez

Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Objetivo: Estudio del grado de severidad de las gastroenteritis agudas (GEA) que acuden a Urgencias de Pediatría así como su tratamiento y evolución posterior. Se consideró GEA severa aquella en la cuál el pediatra apreció, basándose en la exploración física, cierto grado de deshidratación (DH) y practicó una analítica para comprobar el grado de la misma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los niños que consultaron por GEA en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) en 2004.

Resultados: De los 59.783 episodios registrados en el SUP en 2004, 3.891 correspondían a GEA (6,5%). De los 3.891 episodios, 216 fueron catalogados como cuadros severos, la mayoría con DH inferior al 5%. 76 niños (35,1%) presentaron $Urea_s > 40$ mg/dl y 12 tenían un $Na_s > 150$ mEq/l. Cuarenta y nueve (22,6%) había consultado previamente. De los 216 se inició RH IV en 143 (66,2%) de los cuales a 34 (23,7%) se les administró una expansión inicialmente. Más del 80% de los niños con DH estimada inferior al 3% fueron manejados con rehidratación oral, mientras que más del 70% de los niños con DH > 3% recibieron rehidratación IV. Ingresaron en planta 12 (5,6%) y ninguno en UCIP. De los manejados ambulatoriamente reconsultaron 12 (5,8%) de los cuales ingresaron en planta 4.

Conclusiones: La gran mayoría de los niños con GEA que consultan en un SUP lo hacen por cuadros leves y pueden ser manejados ambulatoriamente. Existe una tendencia a sobreestimar

por la exploración física el grado de deshidratación que estos pacientes presentan. Si bien la RH I.V. se utiliza más en niños con grados de DH más elevados, esta forma de rehidratación se usa de forma excesiva en detrimento de la RH oral.

P249 17:40 ¿EXISTEN FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONTAMINACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA?

M. Isabel Suinaga Errasti, Estíbaliz Bárcena Fernández, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Elena Mora González, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Silvia García González
Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Objetivo: Intentar determinar la existencia de factores que influyan en la contaminación de los hemocultivos extraídos en urgencias de pediatría.

Pacientes y método: Se realiza un estudio retrospectivo de los hemocultivos extraídos en Urgencias de Pediatría desde 1 Enero al 30 Abril 2005 a pacientes entre 0 meses y 14 años. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, microbiológicos así como el día semana y turno en que se extrae el hemocultivo.

Resultados: Durante este periodo de tiempo se extrajeron 1006 hemocultivos a niños de entre 0 meses y 14 años. Del total de los hemocultivos, 16 (1,6%) resultaron positivos, 870 (86,5%) negativos y 120 (11,9%) contaminados. Entre 0 y 3 meses se recogieron 168 hemocultivos resultando 43 (25,5%) contaminados; de 3 a 24 meses se extrajeron 530 con 54 (10,1%) contaminados y en niños mayores de 24 meses se recogieron 308 siendo 23 (7,4%) contaminados. Existe un porcentaje superior de hemocultivos contaminados en el primer grupo de edad (0-3 meses) siendo esta diferencia significativa ($p = 0,001$). No encontramos diferencias entre los hemocultivos extraídos durante el fin de semana (sábado-domingo) (13,7%) frente al resto de la semana (11%), ($p = 0,2$). Curiosamente hay una tendencia a una mayor contaminación de los hemocultivos en los extraídos durante el turno de mañana (15%) frente al turno de guardia (tarde-noche) (10,7%), ($p = 0,06$).

Conclusiones: La menor edad es el único factor que se ha asociado a un porcentaje mayor de contaminación de hemocultivos en nuestro servicio. No hemos encontrado mayor número de hemocultivos contaminados en periodos de mayor presión asistencial. Por todo ello sería conveniente seguir un procedimiento riguroso en la extracción de hemocultivos que evite la contaminación de las muestras.

P250 17:45 OBSERVACIÓN SIN ANTIBIÓTICOS COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO INICIAL EN LA OTITIS MEDIA AGUDA: REDUCCIÓN DE UN 20-25% DE LAS PRESCRIPCIONES ANTIBIÓTICAS

Aránzazu Hernández Fabián, Itziar de la Fuente Díez, Ana Fernández Landaluce, María González Balenciaga, Silvia García González, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Elena Mora González, Eider Astobiza Beobide, F. Javier Benito Fernández, Santiago Mintegi Raso
Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: La otitis media aguda (OMA) es la principal causa de prescripción antibiótica en la infancia. En 2003 se introdujo la observación sin antibióticos como opción de tratamien-

to inicial en pacientes con OMA no severa (temperatura $< 39^{\circ}\text{C}$ y dolor no intenso) y criterios de bajo riesgo (edad > 2 años, no acudir a guardería, no OMA de repetición, no Ab el mes previo, no hospitalizaciones recientes).

Objetivo: Evaluar el impacto que tiene sobre las prescripciones antibióticas el implantar en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) la observación sin antibióticos como opción de tratamiento inicial en paciente seleccionados con OMA.

Pacientes y método: Estudio de los niños diagnosticados de OMA en un SUP en los meses de Octubre entre 2001 y 2005. Se registran datos demográficos y tratamientos recibidos. En los pacientes diagnosticados de OMA en 2005 se realizó un seguimiento telefónico 7-10 días tras acudir a Urgencias.

Resultados: Previa a la implantación de la observación como opción de tratamiento inicial en pacientes seleccionados, cerca del 100% de los pacientes con OMA recibían tratamiento antibiótico en Urgencias. En octubre de 2005, 243 niños recibieron el diagnóstico de OMA, 22 fueron excluidos por estar recibiendo antibiótico antes de acudir a Urgencias, ser inmunodeprimidos o menores de 3 meses. De los 221 restantes, 60 (27,1%) no recibieron Ab en Urgencias. En base al protocolo establecido, de los 161 pacientes que recibieron Ab 26 lo hicieron de manera inadecuada, y 7 pacientes que debieron recibir Ab no lo hicieron. De los 221 niños con OMA, se contactó con 133, de los cuales, 35 (26,3%) no recibieron tratamiento Ab en el SUP. En la visita al pediatra, de estos 35, 12 (34,2%) recibieron Ab, y de los 98 que recibieron Ab en Urgencias, éste fue retirado a 5 (5,1%). De los 133 pacientes con OMA atendidos en el SUP no recibió Ab tras la valoración por el pediatra el 21% de los mismos. Todos evolucionaron bien.

Conclusiones: La observación sin antibióticos como opción de tratamiento inicial en pacientes seleccionados con OMA (OMA no severa y criterios de bajo riesgo) en un SUP se asocia con una reducción de las prescripciones antibióticas en alrededor de un 20-25% de los pacientes con OMA.

P251 17:50 TRANSPORTE MEDICALIZADO DE CONVULSIONES FEBRILES A UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Iñaki Avalos Román, Mikel Santiago Burrutxaga, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Susana Capapé Zache, Elena Mora González, María González Balenciaga, Eider Astobiza Beobide, Maite Maruri Elizalde, F. Javier Benito Fernández
Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: Las convulsiones febriles son una patología que frecuentemente demanda de transporte medicalizado (TM) al servicio de urgencias pediátricas (SUP).

Objetivo: Conocer la incidencia de las convulsiones febriles en el TM, el procedimiento de su traslado y su destino final tras valoración en el servicio de urgencias pediátricas.

Material y método: Estudio prospectivo-descriptivo de los transportes en ambulancia medicalizada al SUP desde mayo del 2004 a enero del 2006.

Resultados: Se registraron 159 TM de los cuales 44 fueron convulsiones febriles (23%). En el 82% fue solicitado desde el domicilio. El rango horario con mayor demanda fue de 16:00 a 24:00 horas (68%). No hubo diferencias entre los diferentes días de la semana. El 78% de los episodios se localizan entre los me-

ses de noviembre a abril. No hubo diferencias entre sexos y el 14% tenían más de 3 años. Durante el transporte se monitorizó al 89% de los pacientes: frecuencia cardíaca 75%, saturación de oxígeno 77%, control de temperatura 46% y frecuencia respiratoria 32%, se realizó test neurológico (AVPU o Glasgow) en el 21% y tensión arterial 11%. Recibieron tratamiento el 50%: oxígeno 30%, anticomociales 11% y canalización de vía 9%. Hubo aviso previo al SUP en el 5% de los episodios, la duración media del transporte fue de 30 minutos. La situación clínica de los pacientes a su llegada al SUP fue estable en el 95% y el traslado se valoró, por el pediatra receptor, como adecuado en el 95%. El 61% recibieron el alta tras valoración por el pediatra del SUP; el 36% ingresó en la unidad de observación durante un máximo de 24 horas; un caso fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Conclusiones: 1. Las convulsiones febriles fueron la patología más frecuente que requirió de TM al SUP. 2. Únicamente en el 20% de los casos se consideró necesario realizar un test neurológico para valorar el estado de conciencia. 3. Se administró anticomociales durante el traslado al 11% de los pacientes. 4. El 61% no requirió ingreso hospitalario.

P252 17:55 OBSERVACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: VALORACIÓN DE SU UTILIDAD

Elena Montesinos Sanchís, Julio Álvarez Pitti, Sandra Solaz Barrios, Laura Aranda Grau, Natalia Julve Chover, José Juan Alcón Sáez, Ester Navarro Bagán, Salvador Ibáñez Micó, Soledad Caballero Balanzá, María Pont Colomer

Servicio de Pediatría del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: Las urgencias de pediatría han sufrido una frecuentación creciente en los últimos años, lo que ha obligado a la creación de las unidades de observación. El objetivo de este trabajo es analizar la actividad de nuestra unidad, con la finalidad de evaluar su utilidad y optimizar los recursos disponibles.

Material y métodos: Estudio prospectivo incluyendo todos los niños que permanecieron en observación en el periodo comprendido entre el 15 de diciembre de 2005 y el 31 de enero de 2006. Se cumplimentó un protocolo de recogida de datos, en el que se incluyen como variables: la edad, fecha y hora de ingreso, motivo de la observación, exploraciones complementarias solicitadas, técnicas y tratamientos pautados, fecha y hora de alta, destino y diagnóstico al alta (según codificación del Grupo de trabajo de codificación diagnóstica de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría).

Resultados: En el periodo citado se atendieron en nuestro servicio 2617 urgencias, de las cuales 184 (7%) permanecieron en observación (4,1 pacientes/día). La edad media de los pacientes ingresados fue de 29 meses. La patología respiratoria fue la que motivó mayor número de ingresos (48%), seguida de la digestiva (35%) y la neurológica (8%). Se solicitaron exploraciones complementarias en 112 pacientes (60%). Por orden de frecuencia: analítica de sangre (48%), radiografía (39%), analítica de orina (16%) y de heces (15%). La terapéutica más empleada fue la medicación inhalada (50%), seguida de fluidoterapia intravenosa (30%), antitérmicos (29%) y rehidratación oral (25%). La estancia media fue de 6 horas (rango: 0,33-28). El diagnóstico al alta más frecuente agrupó a procesos respiratorios (bronquitis obstructiva, bronquiolitis y asma), seguido de procesos di-

gestivos (gastroenteritis y vómitos). El 72% de los pacientes fue dado de alta y un 28% precisó ingreso.

Conclusiones: Pese al reducido tiempo del estudio, el hecho de que casi las tres cuartas partes de los niños que permanecieron en la observación fuera remitido al domicilio, justifica la utilidad de la misma en nuestro servicio de urgencias. La estancia media obtenida es similar a otros estudios. Las patologías más prevalentes estarían relacionadas con el momento de estudio, así como la terapia empleada en las mismas.

ONCOLOGÍA

Hall 1 P253 17:00 HIPONATREMIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO POST-TRANSPLANTADO: ¿QUÉ HACER CUANDO APARECEN LOS SÍNTOMAS? A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucas Moreno Martín-Retortillo, María del Mar Andrés Navarro, M^a Magdalena Peinador García, Julia Balaguer Guill, Jose M. Fernández Navarro, Amparo Verdeguer Miralles, Victoria Castel Sánchez

Sección de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La hiponatremia es frecuente durante el transplante de precursores hematopoyéticos (TPH), hasta en un 40% de los casos infantiles. Nuestro objetivo es analizar las peculiaridades de su diagnóstico y tratamiento en el post-TPH.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 8 años diagnosticada de Leucemia Linfoblástica B común Riesgo Estándar en Octubre 2002 que presenta recaída hematológica a los siete meses y la segunda remisión completa se consolida con TPH alogénico de sangre de cordón umbilical de hermano HLA-identífico. Como complicaciones previas presenta mucositis grave, sepsis por *Streptococcus mitis* e hipertensión arterial (HTA). En el día \pm 20 presenta una natremia que llega a 117 mg/dl, asociando desorientación y bradipsiquia con diuresis y peso conservados, HTA leve (140/100 mmHg) y peso mantenido, con osmolaridad plasmática baja y urinaria alta. Urea, pH y resto de iones normales. Recibía tratamiento con espironolactona en dosis descendente. Se descartan pérdida extrarrenal, hipotiroidismo, insuficiencia adrenal, o patología SNC. Las etiologías más probables son Síndrome Pierde Sal versus Secreción Inadecuada de ADH (SIADH) sin que el cuadro clínico/bioquímico encaje con ninguna de estas dos categorías. Por ello se realiza una corrección inicial y un manejo intermedio, pues el cuadro no mejora tras tratamiento como un SIADH (restricción hidrosalina). Posteriormente se pauta una corrección en perfusión continua y un aporte hídrico a mantenimiento con mejoría progresiva hasta la normalización.

Conclusiones: Sugerimos una aproximación fisiopatológica a la hiponatremia en el post-TPH: Corrección rápida cuando hay síntomas neurológicos (convulsiones o coma). Manejo intermedio (fluidos y aporte Na) cuando el diagnóstico no es claro. Puede ser preciso valorar el volumen extracelular mediante medición de la presión venosa central. No utilizar fórmulas clásicas para corregir el déficit de Na.

P254 17:05 LINFOMA MALT DE CONJUNTIVAS EN PACIENTE PEDIÁTRICA INMUNODEFICIENTE

M^a. Jesús Alonso Ballesteros, Pilar Solís Sánchez, Manuel García Tejeiro, Graciana Fuentes Páez, José María Herreras Cantalapiedra, M^a Antonia Saornil Álvarez

Servicio de Pediatría, Servicio de Oftalmología y Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Niña de 5 años de edad diagnosticada de inmunodeficiencia tipo hiperIgM y Síndrome de CHARGE. En tratamiento con gammaglobulina i.v cada 3 semanas. En los controles clínicos de la paciente, presenta ojos rojos y lagrimeo que se atribuye a conjuntivitis alérgica dada su inicio estacional, siendo tratada con antihistamínicos. Aparición de exudado purulento, con cultivo de estreptococo, por lo que se asocia antibiótico tópico y posteriormente general, según antibiograma, sin mejoría evidente, justificando la evolución tórpida por el déficit inmunológico. Por persistencia de la sintomatología se realiza nueva exploración oftalmológica con hallazgo de lesiones nodulares, asalmonadas e infiltrativas, tomándose biopsia de conjuntiva, siendo el diagnóstico de Linfoma MALT, sin hallazgos clínicos, analíticos, inmunológicos o de imagen sugerentes de existencia de proceso maligno a otros niveles. Ante la existencia de solo dos casos en niños descritos en la literatura revisada, se decide tratamiento con Interferón alfa, de forma tópica en lugar de subconjuntival como habían sido tratados los otros dos pacientes, con buenos resultados. Se calcula la dosis según la administrada por vía general en otros tumores pediátricos (hemangiomas: 3 millones U/m²/día) y se convierte en tópica, calculando una concentración de 250.000 U./gota, que se aplican cada 8 horas durante 4 meses. Se elige esta vía para evitar mayores efectos secundarios dada la patología de base de la paciente. La evolución ha sido buena, al año de haber iniciado tratamiento y únicamente se ha objetivado una adenopatía subangulomandibular llamativa de tamaño (3 x 3 cm), aproximadamente al mes del inicio, que remitió al retirar la medicación unos días, habiendo realizado previamente exploraciones complementarias para hacer diagnóstico diferencial con posible etiología inflamatoria o tumoral. Creemos que el interés del caso radica en el tipo de tumor, apenas descrito en pediatría y la novedad del tratamiento empleado con excelente respuesta a corto plazo.

P255 17:10 PRONONOMA MELANÓTICO CEREBRAL

Beatriz Fernández Vallejo, Ascensión Muñoz Mellado, Marta Suso Fernández, Juan Pablo García Íñiguez, Mercedes Domínguez Cajal, Ana Carboné Bañeres, Carlota Calvo Escribano
Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: Los tumores cerebrales son, después de las leucemias, los procesos malignos más frecuentes en la infancia. El prononoma melanótico cerebral, es un tumor raro, con una rápida progresión cuando se localiza en SNC.

Caso clínico: *Historia actual:* Niño de 29 meses en seguimiento por osteoma craneal temporo-parietal desde los 7 meses, ingresa para estudio de papiledema bilateral. *Exploración:* Peso 16 kg (P75-90). Talla 96 cm (P75). PC 54 cm (P > 97). BEG, marcada irritabilidad. Macrocefalia. ACP normal. Abdomen normal. Neurológico: pupilas isocóricas, pares craneales normales, tono y fuerza conservados, marcha normal, sin dismetrías. ROTs conservados. Fondo de ojo: papiledema bilateral. *Pruebas com-*

plementarias: RNM: Afectación de escama temporal derecha compatible con displasia fibrosa. En la parte superior de la lesión cambios de señal con rotura de la tabla interna, y formación de importante masa tumoral que ocupa toda la región parietal derecha, con edema perilesional y efecto masa. Anatomía patológica: Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia, que afecta a hueso temporal y SNC. *Evolución:* Se inicia tratamiento antiedema cerebral previo a cirugía, realizándose resección de masa tumoral y cierre con malla de titanio. Durante postoperatorio presenta trombosis venosa iliofemoral, que evoluciona sin complicaciones. Al alta no se evidencian déficits neurológicos, continuando asintomático hasta el momento actual, seis meses después de la intervención.

Conclusiones: Los tumores neuroectodérmicos melanóticos (progonomas) son neoplasias poco frecuentes, localizadas generalmente en maxilar. Suelen tener un comportamiento benigno. Se han descrito sólo 25 casos de progonoma melanótico cerebral, la mayoría de ellos en cerebelo y línea media. Esta localización implica un comportamiento más agresivo, con rápido crecimiento y una supervivencia media menor a un año. El tratamiento está basado en cirugía, estando poco establecido el papel de la quimioterapia y radioterapia.

P256 17:15 TUMORES ÓSEOS EN LA INFANCIA: IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR TEMPRANO

Javier de las Heras Montero, Rosa Fernández González, Amaia Laita, Iñaki Avalos Román, Víctor Quintero Calcaño, Concepción Múgica, M. Aurora Navajas Gutiérrez

Oncología Infantil y Servicio de Rehabilitación del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

La introducción de la poliQT sistémica ha mejorado el pronóstico de los tumores óseos infantiles, permitiendo cirugías conservadoras de miembros en muchos casos. El tratamiento rehabilitador temprano contribuye a la mejoría funcional y de la calidad de vida de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los tumores óseos infantiles atendidos en nuestro hospital entre 1990 y 2005.

Resultados: Se estudiaron 24 pacientes: 13 SE (Sarcoma Ewing) y 11 OS (osteosarcoma), habiendo antecedentes familiares tumorales en el 44% de OS y en 23% de SE. La edad media al diagnóstico (Dx) fue de 10,4 años en SE y de 9,1 años en OS. El síntoma inicial más frecuente en ambos tumores el dolor. La localización más frecuente en SE fue la pelvis (31%), y en OS la metáfisis proximal de húmero (33%). 3 casos de SE presentaron metástasis (mts) al Dx (2 casos pulmonares, y el 3 en hueso y pulmón). Ningún caso de OS presentó mts al Dx. El esquema de tratamiento (tto) seguido ha sido QT neoadyuvante, cirugía si posible (100% de OS y 55% de SE), siendo sólo en 1 caso mutilante; QT adyuvante y RT en 61% de SE. Han precisado altas dosis de QT con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos 3 casos de SE. De los SE, 6 (46%) han recaído (3 pulmonar y ósea; 3 múltiples); habiendo recaído 3 OS (1 ósea a distancia, otra pulmonar y un 3º con mts múltiples). La mortalidad de SE ha sido 30,8% frente a ningún fallecimiento en OS. Todos los niños y familiares han recibido tto psicológico y en 3 casos han sido tratados por psiquiatría. Recibieron tto rehabilitador 5 casos de SE y 8 de OS, siendo el tiempo medio de derivación de 121 y 165 días respectivamente. Recibieron tto con cinesite-

rapia, electroterapia, terapia ocupacional. Se protetizó a 3 pacientes (1 SE, 2 OS). Todos los pacientes deambulan sin ayuda. Resultados escala funcional Karnofsky: OS 72% y SE 84%. Escala de Ennekin: OS 69% y SE 82%. 3 casos de SE y 5 de OS presentan rigidez articular, presentando 4 SE y 5 OS disimetría.

Conclusiones: Ante la mejoría del pronóstico de los tumores óseos infantiles con cirugías no mutilantes, el tto rehabilitador debe ser una parte más dentro del tto multidisciplinar de dichos tumores, ya que permite la recuperación funcional del paciente para mantener su calidad de vida.

P257 17:20 SÍNDROME OPSOCLONUS-MIOCLONUS: FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA INICIAL INFRECUENTE DE NEUROBLASTOMA

Ana María Fortea Palacios, Lourdes Escrivá Cholvi, Joaquín Donat Colomer, Mercedes Andrés Celma, Carmen Rodríguez Pérez
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: El síndrome de opsoclonus-mioclonus o de Kinsbourne consiste en la asociación de ataxia, opsoclono (movimientos oculares conjugados, rápidos y caóticos) y sacudidas mioclónicas rápidas de cabeza, tronco y miembros, aunque no siempre se manifiestan las mioclonías y el opsoclonus simultáneamente. Otros componentes del síndrome son el temblor masivo y la irritabilidad. En el 50% de los casos se asocia a neuroblastoma, que es el tumor sólido extracraneal más frecuente de la infancia.

Métodos: Presentamos dos casos clínicos de neuroblastoma cuya primera manifestación fue el síndrome de Kinsbourne.

Caso 1: Niña de 2 años que presenta: ataxia truncal, temblor distal intencional, discreta hipotonía, hiporreflexia, opsoclonus e irritabilidad. Rx abdomen: calcificaciones proyectadas sobre área suprarrenal derecha. Ecografía abdominal: calcificaciones en suprarrenal derecha. RM abdominal: tumoración paraespinal derecha abdominal sin afectación suprarrenal ni espinal. Enolasa y lactodeshidrogenasa aumentadas, catecolaminas en orina disminuidas. Biopsia médula ósea: normal. Gammagrafía MIBG (metayodobencilguanidina): sin captaciones patológicas. Tratamiento mediante extirpación de la tumoración y gammaglobulina iv. Anatomía patológica: neuroblastoma en regresión, estadio tipo 1 o 2.

Caso 2: Lactante de 11 meses que presenta: retroceso psicomotor, hipotonía, opsoclonus, mioclonías de párpados, temblor cefálico y de miembros e irritabilidad. Rx tórax: masa paravertebral derecha abdominotorácica. Ecografía abdominal: masa retrocrustral heterogénea. TAC toracicoabdominal: masa en mediastino posterior bien delimitada, sin afectación costal, vertebral ni de canal medular, no atraviesa línea media. Biopsia: neuroblastoma tipo 3. Biopsia médula ósea: no infiltración metastásica. Gammagrafía MIBG: captación en hemiabdomen derecho. Lactodeshidrogenasa, enolasa y catecolaminas en orina elevadas. Tratamiento mediante quimioterapia (utilizando vincristina, ciclofosfamida y epiadriamicina) y gammaglobulina iv. Tras extirpar la tumoración, se mantiene el mismo tratamiento, añadiendo 2 nuevos citostáticos (VM26 y cisplatino).

Conclusiones: Aunque las causas más frecuentes de ataxia aguda son la cerebelitis postinfecciosa y las intoxicaciones, no debemos olvidar que la ataxia puede ser la manifestación precoz de un neuroblastoma, siendo prudente descartarlo con pruebas sencillas como la radiografía y la ecografía.

P258 17:25 GLIOBLASTOMA MULTIFORME INTRARAQUÍDEO PRIMARIO EN UNA NIÑA DE 13 AÑOS

Olga Gómez Pérez, Esther Blanco Alemany, Cristina Moscardó Guilleme, María Tasso Cereceda, Carlos T. Esquembre Menor
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: El glioblastoma multiforme primario intraraquídeo (GMPIR) en niños es una entidad muy poco frecuente. Suele afectar a segmentos cérico-torácicos. Describimos el caso de una niña de 13 años diagnosticada de glioblastoma multiforme primario intraraquídeo con paraplejía secundaria y diseminación leptomenígea posterior.

Caso clínico: Niña de 13 años y 10 meses con historia de un mes de evolución de dolor de espalda con aparición progresiva de parestesias, disminución de fuerza en miembros inferiores y dificultad para la marcha. En la RNM se apreció tumoración sólida intraraquídea aparentemente extra-axial a nivel de segmentos D7, D8 y D9, sin afectación encefálica. Fue intervenida quirúrgicamente mediante laminectomía D7-D8 con extirpación de la masa, quedando con paraplejía completa secundaria. El examen histopatológico reveló la presencia de tumor astrocitario de alto grado de malignidad, compatible con glioblastoma multiforme. Se administró Radioterapia local ± Temozolamida oral. Cuatro meses después presentó recaída local con diseminación leptomenígea sin afectación intracraneal. Se asoció topotecán intratecal, con empeoramiento clínico progresivo, falleciendo a los 11 meses del diagnóstico inicial.

Discusión: El GMPIR suele afectar a individuos jóvenes. La localización tumoral más frecuente es a nivel de médula cervical, seguido de la torácica, aunque muchas veces están afectados ambos segmentos simultáneamente. La RNM tiene gran importancia en el diagnóstico y seguimiento posterior. Actualmente no existen guías terapéuticas claramente establecidas. El tratamiento se basa en la cirugía seguida de radioterapia, sin que esté claramente definido el valor de la quimioterapia adyuvante. La causa principal de muerte suele ser la diseminación metastásica. Hasta el 42% de los pacientes desarrollan metástasis en SNC. Aunque raras, también se han descrito metástasis extraneurales en hígado y bazo. Actualmente, el pronóstico de estos pacientes continúa siendo infausto, tanto en el plano funcional como en la supervivencia, con una media de 10 meses (1-43 meses). Es preciso realizar más estudios clínicos para mejorar el pronóstico de los mismos.

P259 17:30 PINEALOBLASTOMA A LOS 27 AÑOS DE UN LINFOMA NO HODGKIN

Eva Rupérez García, Eva Gembero Esarte, Verónica Etayo Etayo, Teresa Molins Castiella, Silvia Souto Hernández, Pablo De Llano Varela, María Sagasetta de Ilúrdoz Uranga, Francisco Javier Molina Garicano

Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

Introducción: Conocemos el aumento de incidencia de segundos tumores malignos (SMN) en sobrevivientes de cáncer pediátrico. El riesgo de desarrollar un SMN depende del tumor inicial, tratamiento recibido y predisposición genética. En general, la incidencia de STM oscila entre 3-10%. Los pinealoblas-

tomas (PNB) son tumores del sistema nervioso central (SNC) propios de la 2ª-3ª década de la vida, muy infrecuentes (0,1-0,2% de los tumores de SNC) y de mal pronóstico (supervivencia < 40% a los 3 años). Presentamos por su infrecuencia, el caso clínico de un paciente que desarrolló un PNB 27 años después de ser tratado de un LNH abdominal tipo Burkitt.

Caso clínico: Niño de 6 años con LNH tipo Burkitt ileocecal estadio IE según la clasificación de Rapaport. Se realiza cirugía de la masa y tratamiento según el protocolo vigente en ese momento con quimioterapia (QT), radioterapia (RT) y profilaxis meníngea con metotrexate intratecal (IT). Durante el seguimiento, presenta pleocitosis tumoral en líquido cefalorraquídeo por lo que se reestadia en grupo IV y se asocia citarabina IT y RT craneal. La evolución posterior fue favorable. A los 33 años de edad, 27 años más tarde del diagnóstico de LNH, consulta por cefalea, vómitos, fallos de memoria y alteraciones del comportamiento. En las pruebas de neuroimagen presenta una masa isodensa de 1,5 cm de diámetro en epífisis de probable origen tumoral e hidrocefalia secundaria. Se interviene quirúrgicamente y se realiza biopsia con diagnóstico de pinealoblastoma con alto índice de proliferación (Ki-67 positivo > 15%). La sintomatología neurológica mejora y es intervenido quirúrgicamente practicándose resección subtotal de la masa. Posteriormente sigue tratamiento con QT (vincristina) y RT craneoespinal (30 Gy) y al tumor primario (54 Gy) con planificación tridimensional. No existen signos de siembra tumoral a otros niveles y en la actualidad está pendiente de control de neuroimagen tras finalizar tratamiento.

Conclusiones: 1) Recordar la necesidad de un seguimiento a largo plazo de los pacientes tratados por cáncer. 2) Posiblemente dada la poca frecuencia del PNB, no hemos encontrado en la literatura casos publicados que presenten antecedente de haber sido tratados de cáncer primario en la edad pediátrica. 3) No es posible de momento atribuir a los efectos tóxicos del tratamiento, el desarrollo de PNB.

P260 17:35 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS TUMORES CEREBRALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Francisco José Gil Sáenz, Teresa Molins Castiella, Josune Hualde Olascoaga, Eva Rupérez García, Eva Gembero Esarte, María Sagaseta de Ilúrdoz Uranga, Francisco Javier Molina Garicano, Unidad de Oncología Pediátrica
Servicio de Pediatría del Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

Introducción: Los tumores primarios del sistema nervioso central son un grupo heterogéneo de enfermedades que constituyen la 2ª neoplasia en pediatría. En la mayoría de las series la mortalidad ronda el 45%, y la morbilidad sobre todo a nivel neurológico continúa siendo muy importante. Sin embargo el pronóstico ha ido mejorando con el tiempo, sobre todo debido a los avances en quimioterapia, radioterapia y neurocirugía. Presentamos nuestra experiencia en este ámbito de los últimos 27 años.

Material y métodos: Pacientes menores de 15 años diagnosticados de tumor cerebral primario desde el año 1978 al año 2005 en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Variables recogidas: sexo, edad, tipo histológico, localización, patología asociada, tratamiento, supervivencia. Programa SPSS v.12.0 para windows

Resultados: Total de 42 pacientes, 27 (64,3%) hombres y 15 (35,7%) mujeres. Supervivencia global 47,6%, con una media de supervivencia de 46,24 meses (IC 95%: 26,6-65,87). En casos posteriores a 1990 la supervivencia se incrementó al 50%. En total 7 ependimomas supervivencia 71,4%, media 92,57 meses. De 12 ependimomas sobreviven el 50%, media de 55,58 meses. Todos los tumores de tronco fallecieron, supervivencia media de 6,75 meses. Comparando mortalidad en los tumores de tronco frente al resto se obtuvieron diferencias significativas ($p = 0,003$). Comparando las supervivencias de los tumores supratentoriales (69,23%) frente a los infratentoriales (34,6%) se obtuvieron diferencias significativas ($p = 0,04$). Media de supervivencia en supratentoriales: 216,83 meses (IC 95%: 136,66-297), infratentoriales: 65,69 meses (IC 95%: 34,29 -97,08).

Conclusiones: 1) Los tumores cerebrales primarios son una patología que genera una importante morbimortalidad en la infancia y adolescencia, siendo en nuestra serie la supervivencia global muy similar a los datos publicados. 2) Los tumores de tronco cerebral tienen un pronóstico infausto, con una esperanza de vida al diagnóstico inferior al año. 3) La mortalidad es inferior en los tumores supratentoriales siendo por lo general tumores más benignos y con mejor pronóstico a largo plazo.

P261 17:40 ADENOPATIAS CERVICAIS RECORRENTES POR EBV: À ESPERA DE UM LINFOMA

Margarida Figueiredo, Soraia Tomé, Fernanda Carvalho, Sónia Carvalho

Serviço de Pediatría do Hospital de São João de Deus, Vila Nova de Famalicão (Portugal).

A principal causa de adenopatias cervicais é a infecciosa (CMV, Histoplasmose, HIV, Mononucleose, Rubéola, Toxoplasmose, Tuberculose), seguida, em menor frequência, de causas autoimunes (Dermatomiosite, LES, Artrite reumatóide) e oncológicas (Histiocitose primária, Doença de Hodgkin (DH), Linfoma não-Hodgkin, Leucemia). A patologia oncológica é pouco frequente na adolescência sendo a incidência anual de DH, entre os 14 e os 19 anos, de 13,9/1.000.000. Os autores apresentam um caso clínico de um adolescente de 15 anos com adenomegalias cervicais recorrentes com 5 anos de evolução. Adolescente sem antecedentes patológicos de relevo até aos 10 anos, altura em que é referenciado à consulta de Pediatría por adenopatias cervicais volumosas à direita. A primeira biopsia excisional (Outubro de 2000) revelou linfadenite reactiva. Em Junho de 2003 é novamente observado em consulta externa por reaparecimento de adenopatias; efectuou biopsia aspirativa que revelou esfregaço compatível com linfadenite reactiva e em Outubro de 2003, por agravamento das dimensões ganglionares, fez biopsia excisional que foi compatível com Mononucleose Infecciosa (o estudo imunocitoquímico mostrou positividade para o LCA (CD45), L26 (CD20), CD3 e CD30); nesta altura apresentava anticorpos IgG positivos e IgM negativos para o EBV (EBV-VCA e EBV-EBNA). Em Agosto de 2005 por reagravamento franco das dimensões ganglionares e aparecimento de sintomas constitucionais (anorexia e emagrecimento, com perda de 2 Kg em 5 meses) é reinternado para esclarecimento da situação. Dos exames complementares de diagnóstico destaca-se: 1) Velocidade de sedimentação de 87 mm; 2) TAC cervicotoraco-abdominal: "Volumosas adenomegalias latero-cervicais direitas formando extenso conglomerado ao longo das cadeias

jugulo-carotídeas e cervicais posteriores que atingem diâmetros axiais considerados patológicos. Baço com imagens nodulares de menor densidade no seu interior, a que se atribui a mesma etiologia"; 3) Biopsia aspirativa de gânglio submandibular: "Células tipo Reed Sternberg compatível com doença de Hodgkin". Transferido para o IPO para estadiamento e tratamento; feito o diagnóstico histológico de DH, subtipo Esclerose Nodular. Os autores destacam a importância deste caso dada a cronicidade das adenopatias, obrigando a várias biópsias, "à espera" de uma degeneração neoplásica.

P262

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LOS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER PEDIÁTRICO

M^a Magdalena Peinador García, M^a del Mar Andrés Moreno, Lucas Moreno Martín-Retortillo, Julia Balaguer Guill, Victoria Castel Sánchez, Agustina Barahona Clemente, Jordi Bernabeu Verdú

Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La mayoría de los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer lograrán sobrevivir tras completar el tratamiento (en este momento la supervivencia global está en torno al 76%). En la actualidad, 1 de cada 900 jóvenes que cumplen 20 años es un superviviente de cáncer. Existen grandes retos médicos inherentes a este éxito, como son: lograr el mayor grado de salud en este grupo de pacientes predispuestos a sufrir las complicaciones relacionadas con el cáncer o con el tratamiento que recibieron; estudiar las secuelas tardías, que a menudo se ponen de manifiesto décadas después de haber finalizado el tratamiento; así como facilitar la transición de los cuidados desde el oncólogo pediátrico al médico de atención primaria y a las especialidades de adultos. Una dificultad añadida al realizar este seguimiento es la gran heterogeneidad en cuanto al tipo de cáncer sufrido, el órgano o sistema afecto, o los tratamientos recibidos. Para conseguir estos objetivos es necesario coordinar la atención a este grupo especial de pacientes.

Pacientes y métodos: En nuestra unidad se diagnostican alrededor de 100 nuevos tumores cada año, que reciben tratamiento según los diferentes protocolos en curso. Desde hace un año se lleva a cabo una Consulta de Seguimiento a Largo Plazo, a la cual acceden los pacientes tras la curación (al menos 5 años de evolución). Los controles están basados en las recomendaciones de la Comisión Nacional de Efectos Secundarios de la Sociedad Española de Oncología Pediátrica, que son una adaptación del Estudio "Long Term Follow up Therapy Based Guidelines" del United Kingdom Children's Cancer Group. Se recogen datos sobre la enfermedad (fecha al diagnóstico, inicio y fin de tratamiento, recaídas), el catéter venoso central (fecha inserción y retirada, complicaciones), los tratamientos recibidos (quimioterapia, radioterapia, cirugía, trasplante de médula ósea), desarrollo puberal, déficits establecidos, nivel de estudios alcanzado y controles por especialidades.

Comentarios: En las últimas décadas, se ha incrementado el número de supervivientes de cáncer pediátrico, por lo que en este momento el reto es disminuir las secuelas a largo plazo. Es importante realizar programas de seguimiento a largo plazo para la detección precoz y tratamiento de las secuelas, si aparecen.

17:45

P263

FIEBRE Y NEUTROPENIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. ACTITUD EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Silvia Manuela Calero Cortés, Francisco Miguel Pérez Fernández, David García Aldana, M^a Dolores Martínez Jiménez, Marina Calvo Fernández, Inmaculada Raya Pérez, Rafael González de Caldas Marchal, Carmen Montes Mendoza, M. Elena Mateos González, M. José Peña Rosa

Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

17:50

Fundamentos y objetivos: Revisar la actuación y manejo de un paciente oncológico con fiebre y neutropenia en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Las infecciones son una complicación frecuente en los pacientes con cáncer. Son la causa más frecuente de ingreso y condicionan la muerte en un importante porcentaje de casos.

Observaciones clínicas: Primero se deben concretar dos conceptos, se define fiebre como una determinación $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ axilar/oral y/o 38°C axilar/oral que persista como mínimo una hora; se define neutropenia como recuento de neutrófilos $\leq 500/\text{mm}^3$. Este protocolo también se aplica a pacientes con recuento de neutrófilos $< 1.000/\text{mm}^3$ y que hayan recibido ciclo de quimioterapia en los 3-4 días previos y se espere descensos posteriores de la cifra de neutrófilos. La evaluación inicial de un niño con neutropenia y fiebre requiere un examen físico completo y metódico al igual que una detallada historia clínica. A continuación se efectuará una serie de estudios complementarios (hemograma, hemocultivo de vía central y periférica, bioquímica completa, análisis de orina, urocultivos x2, frotis faríngeo de virus y bacterias, radiografía de tórax, coprocultivo y detección de toxina de *Clostridium difficile* y otras pruebas según sospecha clínica). Ingresarán todos los niños que cumplan los criterios de fiebre y neutropenia, se iniciará tratamiento antibiótico y se suspenderá todo tratamiento quimioterápico (excepto los corticoides). Además se adoptarán otras medidas generales: aislamiento respiratorio hasta alcanzar cifra de neutrófilos $> 500/\text{mm}^3$, lavado de manos...

Comentarios: Hay consenso absoluto en que tras la evaluación inicial, todo paciente neutropénico con fiebre debe ingresar y recibir tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro (Cefotaxidima \pm Teicoplanina \pm Amikacina). Hay situaciones que determinan distinto tratamiento: celulitis en la zona de la vía central, infección por virus herpes simple, infección por virus de la varicela - herpes zoster, tiflitis o mucositis; ya que tienen tratamiento y actitudes específicas.

P264

NIÑO DE SEIS AÑOS CON FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA Y TUMORACIÓN EN RODILLA DERECHA

Verónica Rodas Arellano, María García de Paso Mora, Moisés Rodríguez González, María Solís Reyes, Jesús Brea Páez, Juan Antonio León Leal

Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

17:55

Niño de 6 años que consulta por presentar fiebre de 18 días de evolución. En la exploración física destaca: tumoración 3x4 cm, en rodilla derecha, no dolorosa, hiperpigmentada, con hipertrichosis, que no produce impotencia funcional. Se palpan 2 adenopatías de consistencia gomosa de 1-2 cm en región inguinal derecha. Constatamos antecedentes de pérdida de peso y astenia en los últimos meses. En las pruebas complementarias realizadas destacan: anemia de trastornos crónicos, trombocitosis,

elevación de fosfatasa alcalina y transaminasas. PCR y VSG elevadas con FR, ASLO y autoanticuerpos negativos. En la gammagrafía se aprecia hipercaptación en condilo interno, rótula y pala iliaca derecha con una RM en la que se observa lesión encapsulada, no infiltrante y no captante en T2. Nuestro Servicio de Radiología informa que los hallazgos son compatibles con sarcoma sinovial. La histología ganglionar no fue concluyente y la biopsia de la lesión fue compatible con el diagnóstico de sarcoma sinovial. Con todo ello se realizó exéresis de la lesión que no infiltraba la articulación. Nuestro paciente está pendiente actualmente de valoración de tratamiento quimioterápico.

Discusión: El sarcoma sinovial es un tumor poco frecuente 5-10% de los tumores de partes blandas, que representan en torno al 1% de los tumores malignos del organismo. Su mayor incidencia ocurre en torno a los 30 años de vida siendo poco frecuente en niños. Sus manifestaciones clínicas son escasas, motivo por el cual suelen ser de diagnóstico tardío. Su manifestación más frecuente es la aparición de un nódulo indoloro en extremidad inferior, que se pone de manifiesto por un aumento brusco de la velocidad de crecimiento. La zona más frecuente de aparición es la rodilla, siendo especialmente poco frecuente en manos y pies. Actualmente existen dos temas de controversia principales, el primero es la presencia en varias series de pacientes con este tumor de una translocación t(X; 18) (p11; q11), y su posible relación con el control del crecimiento de dicho tumor. El otro tema compete a la aplicación de tratamiento quirúrgico del paciente con quimioterapia o no, disyuntiva ante la cual nos enfrentamos ahora con nuestro paciente.

P265 18:00 HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGHERGANS MULTISISTÉMICA Y REFRACTARIA

Teresa Molins Castiella, Josune Hualde Olascoaga, Eva Gembero Esarte, Eva Rupérez García, Federico García Bragado, Joaquín Esparza Estaun, María Sagasetta de Ilúrdoz Uranga, Gemma Asin Felipe, Francisco Javier Molina Garicano

Unidad de Onco-hematología Pediátrica del Servicio de Pediatría, Servicio de Anatomía Patológica, Servicio de Radiología Pediátrica del Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

Introducción: Presentamos un caso de Histiocitosis de células de Langhergans que por su comportamiento creemos interesante su comunicación.

Caso clínico: Paciente de 21 meses procedente de Colombia donde fue diagnosticada primero de Leucemia, aplasia y de Histiocitosis de Langhergans. Siguió tratamiento con vimblastina, corticoides, Metotrexate sin respuesta. Le comentan buscar otra información. Recibió en 9 meses cerca de 100 Transfusiones. Julio de 2005 ingresa en nuestra Unidad, donde se aprecia niña con sensación de enfermedad, pálida, con gran distensión abdominal y diversas manifestaciones en la piel y en región genital de aspecto hemorrágico. Nutrición escasa. Auscultación normal Boca normal Abdomen: hepatomegalia de 2-3 centímetros y esplenomegalia gigante que llega a pelvis dura y no dolorosa. Múltiples manifestaciones de aspecto hemorrágico en la piel. La analítica muestra anemia severa, leucopenia con neutropenia y trombopenia. No otras alteraciones llamativas. Estudio radiológico muestra imágenes óseas y TAC cerebral normal. Se revisan preparaciones sin poderse llegar a diagnóstico. Estudios complementarios negativos en relación a otras enfermedades autoinmunes, anemias o aplasias o enfermedades linfoproliferativas. A las dos se-

manas estudio biopsico de piel que confirma la presencia de CD1 y de Histiocitosis de células de Langhergans. Se inicia tratamiento con ciclos de 2 Cda de la SEHOP hasta en dos ocasiones una vez al mes, corticoides y factores de estimulación de granulocitos y radioterapia al bazo previas inmunizaciones. Respuesta nula y sigue precisando transfusiones de plaquetas y de hematies. Septiembre de 2005 y a la vista de los excelentes resultados comunicados en relación con esta enfermedad en el congreso internacional de Histiocitosis con la administración de Citarabina junto al 2 Cda se instaura este esquema terapéutico apreciándose una clara y evidente respuesta. Actualmente la paciente tras 3 ciclos y una vez evaluada se encuentra en aparente remisión completa después de los estudios realizados.

Conclusiones: La histiocitosis es una enfermedad en cierta manera enigmática con buen pronóstico en formas localizadas y con grandes expectativas en las formas generalizadas con afectación de órganos. Las nuevas combinaciones de quimioterapia pueden aumentar la incidencia de curaciones.

P266 18:05 IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA LA DURACIÓN DEL PRIMER INGRESO EN NIÑOS CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA EN INDUCCIÓN

Lucas Moreno Martín-Retortillo, M^a del Mar Andrés Moreno, M^a Magdalena Peinador García, Julia Balaguer Guill, José M. Fernández Navarro, Pilar Ortí Martínez, Teresa Alapont Puchades, Victoria Castel Sánchez

Sección de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: La Leucemia Linfoblástica (LLA) es la primera causa de cáncer infantil. La implantación de la hospitalización domiciliaria (HD) ha cambiado la perspectiva del periodo de inducción, evitando estancias prolongadas, yatrogenia y estrés emocional al paciente y su familia con LLA de reciente diagnóstico. Pretendemos evaluar el efecto de HD en estos pacientes.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de casos y controles analizando niños diagnosticados de LLA en Hospital La Fe comparando el grupo A: año 1995 (n = 16) con el grupo B: años 2004 y 2005 (n = 20). La variable principal fue la duración del primer ingreso. También se valoraron los reingresos, los días de estancia en domicilio, las complicaciones y los acontecimientos adversos graves.

Resultados: De los 28 días que dura la inducción, la duración media del primer ingreso fue de 26,06 (± 5,12) días en grupo A y de 10,40 (± 2,21) días en grupo B (p < 0,001). En estos últimos un 80% de los niños reingresaron, siendo la principal causa Fiebre y Neutropenia (87,5% de los casos). La media de días totales de ingreso durante la inducción (± sd) fue de 26,06 (± 5,12) en grupo A y de 17,20 (± 5,66) en grupo B (p < 0,001), reduciéndose el tiempo total de ingreso en 8,86 días (5,16-12,56). No se produjo ningún acontecimiento adverso grave en los niños del grupo B.

Conclusiones: El servicio de hospitalización domiciliaria permite reducir la estancia en un tercio, suponiendo un importante beneficio físico y psicológico para los niños y sus familias así como económico para la sanidad pública. El seguimiento intensivo de forma telefónica, complementado con visitas a domicilio y al Hospital de Día permite un adecuado control clínico en el periodo de inducción de las LLA, ciertamente crítico en cuanto complicaciones y necesidades de recursos sanitarios se refiere, se desarrolle con la mayor normalidad posible.