

Sábado, 3 de junio (10:45 - 12:15)

INFECTOLOGÍA

Sala 1+2

753

10:45

INFECCIONES RESPIRATORIAS POR BOCAVIRUS: UN NUEVO AGENTE EN LA PATOLOGÍA INFECCIOSA EN NIÑOS

Cristina Calvo Rey, M. Luz García García, Gloria Rodrigo García, Amparo González Vergaz, Pilar Pérez Breña, Inmaculada Casas, Francisco Pozo

Servicio de Pediatría del Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorios del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El bocavirus (HBoV) es un parvovirus descrito por primera vez al aislarse en secreciones respiratorias de 17 niños con patología respiratoria en septiembre de 2005. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de las infecciones virales confirmadas por bocavirus en niños hospitalizados por infección respiratoria en un hospital de segundo nivel.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las infecciones virales confirmadas por bocavirus en niños hospitalizados por fiebre o infección respiratoria en la temporada 2004-2005. Para el diagnóstico virológico se realizó una nested-PCR (reacción en cadena de polimerasa) para bocavirus en muestras de aspirado nasofaríngeo almacenado y congelado de los niños ingresados por infección respiratoria o fiebre. Las muestras se analizaron en el laboratorio de gripe y virus respiratorios del Instituto de Salud Carlos III de Majadahonda. Se describen las características clínicas de estos pacientes.

Resultados: Se estudiaron 304 muestras procedentes de niños de todas las edades hospitalizados por infección respiratoria o fiebre. Se detectó al menos un virus en el 75,9%, siendo el virus respiratorio sincitial (VRS) el más frecuente (40%). Se identificó HBoV en 55 pacientes (23,8% de los aislamientos positivos). En 12 pacientes el bocavirus fue el único agente identificado, mientras que en los casos restantes se aisló al menos otro virus en el aspirado nasofaríngeo. Las infecciones por HBoV se detectaron en dos picos epidémicos, uno en invierno y otro en primavera. El 75% de los niños fueron menores de 2 años. Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron bronquiolitis en 12 casos (20,7%) y bronquitis espástica o crisis asmática en 30 (55,2%). Presentaron fiebre el 72%, hipoxia el 55,2% e infiltrado radiológico el 32,8% de los niños. Recibieron tratamiento antibiótico el 32,8% de los pacientes. La duración media del ingreso fue 4,79 + 3,5 días.

Conclusiones: El bocavirus emerge como un nuevo agente implicado en las infecciones respiratorias de los niños. Las características clínicas son similares a las de otras infecciones virales respiratorias. Posiblemente suponga un importante porcentaje de las hospitalizaciones por infección respiratoria en la infancia.

754

10:55

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD EN 52 CASOS DE PALUDISMO EN PEDIATRÍA

Juan Arnáez Solís, Miguel Ángel Roa Francia, Javier Blumenfeld Olivares, Rebeca Villares Alonso, Marta Ortega Molina, María Arriaga Redondo, Cristina Ortiz-Villajos Maroto, Áurea Cervera Bravo, Pedro José Pujol Buil

Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

Introducción: El paludismo es una enfermedad emergente en nuestro medio en relación al aumento de la inmigración y de los viajes frecuentes a países endémicos. Su presentación clínica es muy variada y es preciso una buena anamnesis y la sospecha clínica para llegar al diagnóstico así como la detección de la comorbilidad acompañante para un tratamiento adecuado.

Material y método: Revisamos la presentación clínica y la patología acompañante de 52 casos de paludismo atendidos en nuestro hospital en el área sur de Madrid entre 1995 y Junio de 2005.

Resultados: El rango de edad al diagnóstico fue de 17 días a 14 años (mediana de 6,1 años). El principal motivo de consulta fue la fiebre, en 40 de los 52 casos (77%), objetivada en la exploración en 35 de ellos (87,5%). Otros síntomas frecuentes fueron las alteraciones gastrointestinales (vómitos y diarrea) en 20 casos, la cefalea (11) y los síntomas catarrales (10). En 39 pacientes (75%), se encontró hepatomegalia (5), esplenomegalia (12) o ambas (22), en la exploración física. Doce pacientes estaban asintomáticos al diagnóstico; habían acudido para una exploración rutinaria o bien referían una clínica intermitente previa (en su mayoría, fiebre). Sólo 15 casos (28,8%) no mostraban una coinfección por alguna patología infecciosa, destacando las parasitosis intestinales en 29 de los 37 (78,3%) de los cuales, 15 (51,7%) estaban infestados por tres o más parásitos. La parasitosis intestinal más frecuente fue la *trichuriasis* en 22 casos, seguido de la *ascariasis* en 13 y la *giardiasis* en 9. Además, se detectaron tres casos de infección tuberculosa y dos con tuberculosis pulmonar.

Conclusiones: 1. Los datos clínicos guía fueron la fiebre y la hepatoesplenomegalia, en el 67% y el 75%, respectivamente. 2. La parasitosis intestinal estuvo presente en el 56%, siendo las

más frecuentes la *trichuriasis*, la *ascariasis* y la *giardiasis*. 3. Debemos descartar patología acompañante potencialmente grave como la tuberculosis, presente en forma de enfermedad pulmonar en 2 pacientes y en forma de infección tuberculosa en otros tres.

755

PAPEL DEL RINOVIRUS EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

M. Elena Frías García, Cristina Calvo Rey, M. Luz García García, Teresa Bracamonte Bermejo, Luis Echeverría Zudaire, Pilar Pérez Breña, Inmaculada Casas

Servicio de Pediatría del Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorio del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El rinovirus se considera un agente causal de cuadros catarrales banales, sin embargo se ha descrito como un agente inductor de exacerbaciones asmáticas en adultos y niños mayores. En nuestro medio no se ha descrito el papel del rinovirus en infecciones respiratorias de niños hospitalizados. El objetivo de este trabajo es describir las infecciones confirmadas por rinovirus en niños hospitalizados por infección respiratoria en un hospital de segundo nivel.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de las infecciones confirmadas por rinovirus en niños hospitalizados por fiebre o infección respiratoria en la temporada 2004-2005. Para el diagnóstico virológico se realizó inmunofluorescencia y reacción en cadena de polimerasa (PCR) en aspirado nasofaríngeo. Se describen las características clínicas de los pacientes.

Resultados: Se describen un total de 76 niños hospitalizados con infección por rinovirus, lo que supuso el 25% de los pacientes hospitalizados por procesos respiratorios o fiebre. El rinovirus fue el segundo agente viral identificado tras el virus respiratorio sincitial (29,9% de los hospitalizados). El 71,1% de los pacientes fueron menores de 2 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron sibilancias recurrentes en el 60,5%, bronquiolitis en 23,7%, neumonía en el 7,9% e infección respiratoria de vías altas en el 5,3%. Presentaron fiebre > 38° C el 57,9% de los niños e infiltrado radiológico el 23,7%. Presentaron hipoxia el 43,4% de los niños. En niños mayores de 2 años el diagnóstico fue crisis asmática en 21 de los 22 casos.

Conclusiones: Las infecciones por rinovirus son responsables de un importante porcentaje de los ingresos por infección respiratoria, solo precedidos en frecuencia por el VRS. En nuestra serie son el agente vírico más frecuentemente asociado con episodios de sibilancias recurrentes en niños mayores de 2 años, y el segundo en los más pequeños.

756

DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO EN MENORES DE 3 AÑOS

Eider Oñate Vergara, Alberto González García, Itziar Sota Busselo, Nagore Crespo Azpiroz, Joseba Landa Maya, Ángeles M. Ruíz Benito, Gustavo Cilla, Eduardo González Pérez-Yarza

Unidad de Lactantes y Unidad Cuidados Intensivos del Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción: La neumonía bacteriana es la causa más frecuente de derrame pleural (DP) en los niños. La identificación

del agente etiológico es fundamental para realizar el correcto tratamiento.

Objetivo: Valorar la incidencia y la etiología de DP asociado a neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, mediante revisión de historias clínicas codificadas como DP (CMBD, CIE-9-MC), entre enero 2000 y diciembre 2005, en niños y niñas mayores de 1 mes y menores de 3 años. Para el diagnóstico de DP, se exigió Rx-tórax compatible y confirmación ecográfica. Se evaluaron las variables edad al diagnóstico (ED), sexo, sintomatología, bioquímica, gasometría, características físicas y bioquímicas del líquido pleural, estudio microbiológico, estancia hospitalaria, evolución y tratamiento.

Resultados: Se diagnosticaron 26 DP en 429 pacientes diagnosticados de NAC (casos por años: 2/85; 5/105; 7/74; 2/39; 5/56; 5/70). La ED fue 23,4 meses (rango 8-35), distribuidos en 12 niños (46,2%) y 14 niñas (53,8%). Tres casos (11,5%) habían recibido 2 dosis de vacuna antineumocócica conjugada 7-valente. El tiempo medio desde inicio de fiebre hasta el diagnóstico fue de 6,3 días (rango 3-15). El DP se localizó en un 65,3% (n = 17) en el lado derecho. Cinco casos (19,2%) cumplían criterios (Light) de empiema. En 7 casos (26,9%) se obtuvo confirmación microbiológica; el método diagnóstico más rentable fue el cultivo del líquido pleural con una rentabilidad del 23% (3 aislamientos en 13 muestras) en comparación con hemocultivo (5/24) 20,8% y serología (1/13) 7,7%. El agente causal más frecuente fue *Streptococcus pneumoniae* (6 casos, 85,7%). En un caso se obtuvo serología positiva para *mycoplasma pneumoniae*. Los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* fueron 23F, 19A en dos ocasiones, 1, 3 y 6B. Del total de DP, 13 (50%) se resolvieron exclusivamente con antibióticos (estancia media 10,9 días). En 13 casos se realizó drenaje pleural y 6 de ellos con fibrinolíticos (estancia media 14,2 días).

Conclusión: En los últimos 3 años se observa un ligero incremento de incidencia de derrame pleural asociado a neumonía adquirida en la comunidad. Los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* aislados a partir del año 2000 no están incluidos en la vacuna antineumocócica conjugada 7-valente.

757

RECUPERACIÓN DE LINFOCITOS T CD4+ EN NIÑOS INFECTADOS VERTICALMENTE POR EL VIH-1 EN TARGA DURANTE UN PERIODO DE SEGUIMIENTO DE 6 AÑOS

Salvador Resino García, Rosa Resino García, M. Dolores Gurbindo Gutiérrez, Juan Antonio León Leal, José Tomás Ramos Amador, Luis Ciria, M. Isabel de José Gómez, María José Mellado Peña, M. Ángeles Muñoz Fernández

Estudio Multicéntrico.

Antecedentes y objetivos: Durante estos últimos años se han publicado muchos estudios en niños infectados por el VIH-1 que han mostrado un incremento de linfocitos T CD4+ durante la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), incluso cuando la carga viral (CV) no es controlada perfectamente. Además, el umbral de linfocitos T CD4+ en el que se debe iniciar la TARGA en niños VIH está todavía por definir exactamente. Así, el objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de la TAR-

11:05

11:15

11:25

GA en la recuperación de linfocitos T CD4⁺ durante un periodo de seguimiento de 6 años.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico retrospectivo en 113 niños infectados verticalmente por el VIH-1 que fueron estratificados según los valores del %CD4⁺ antes de iniciar la TARGA (< 5%; 5-15%; 15-25%; >25%). Los criterios de inclusión de los niños fueron: a) Iniciar TARGA con inhibidor de proteasas; b) Tener al menos 6 años de seguimiento en TARGA; c) Disponer de valores de CD4⁺ o CV antes de iniciar TARGA; d) haber recibido terapia antirretroviral con análogos de nucleósidos antes de iniciar la TARGA.

Resultados: Durante los dos primeros años de seguimiento en TARGA, los niños VIH tuvieron un incremento del %CD4⁺ y descenso de la CV estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Durante los últimos 4 años en TARGA se encontró un descenso significativo de la CV, pero no hubo un incremento del %CD4⁺ porque después del segundo año de seguimiento en TARGA se alcanza una meseta donde se estabilizan el %CD4⁺. Además, el grupo de niños VIH-1 con CD4⁺ <5% en el momento de iniciar la TARGA no consiguieron tener una media de CD4⁺ >25% por año durante los 6 años de TARGA. También, los niños VIH-1 con CD4⁺ 5-25% en el momento de iniciar la TARGA tuvieron gran dificultad para alcanzar CD4⁺ >30% al menos 6 ó 12 meses.

Conclusión: La acción de la TARGA durante un periodo largo de tiempo permite recuperar el porcentaje de linfocitos T CD4⁺ y el control de la CV en niños infectados verticalmente por el VIH. Sin embargo, iniciar la TARGA con inmunosupresión severa dificulta enormemente la recuperación del porcentaje de linfocitos T CD4⁺ hasta valores normales.

758

INFECCIONES VIRALES RESPIRATORIAS MÚLTIPLES: ¿SON DIFERENTES DE LAS SIMPLES?

Carolina Blanco Rodríguez, Cristina Calvo Rey, M. Luz García García, José María de Cea Crespo, Miguel F. Sánchez Mateos, Inmaculada Casas, Pilar Pérez Breña

Servicio de Pediatría del Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Laboratorio de Gripe y Virus respiratorios del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes y objetivos: Desde la introducción en los últimos años de las técnicas de PCR múltiple para el diagnóstico virológico de las infecciones respiratorias, se describen con mayor frecuencia infecciones dobles y triples, sin que esté claro si esto confiere o no mayor gravedad. Nuestros objetivos son describir las características clínicas de las infecciones virales confirmadas por dos o más agentes en lactantes hospitalizados, así como compararlas con las infecciones por simples por virus respiratorio sincitial (VRS).

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de las infecciones virales confirmadas en niños < 2 años hospitalizados por fiebre o infección respiratoria en las temporadas 2000-2003. Para el diagnóstico virológico se realizó inmunofluorescencia y reacción en cadena de polimerasa (PCR) en aspirado nasofaríngeo para VRS A y B, adenovirus, influenza A, B y C, parainfluenza 1, 2, 3 y 4, metapneumovirus, enterovirus y coronavirus. Se describen las características clínicas de los pacientes con infecciones múltiples. Se compara este grupo de pacientes con otro de 86 niños infectados por VRS en las mismas temporadas.

Resultados: Se estudiaron 749 muestras procedentes de niños < 2 años hospitalizados por infección respiratoria. Se detectó al menos un virus en el 65,9%, siendo el virus respiratorio sincitial (VRS) el más frecuente (76,1%). Se identificaron dos o más virus en 86 pacientes (17,4% de las muestras positivas). Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron bronquiolitis (52%) y episodios recurrentes de sibilancias (44%). Presentaron fiebre el 80,2% de los niños (38,7°C + 0,5 de media) con una duración de 3,9 + 2,9 días y precisaron oxigenoterapia el 70,9% (mínima saturación 89% + 2 con una duración de 4,5 + 6,4 días). Tuvieron infiltrado radiológico el 34,9%. La duración del ingreso fue de 6 + 5,4 días. En relación con la infección por VRS las infecciones virales múltiples presentaron de forma significativa, mayor fiebre ($p = 0,0001$), una mayor duración del ingreso ($p = 0,05$), acontecieron en niños mayores ($p = 0,006$), recibieron con más frecuencia antibióticos ($p = 0,03$) y causaron más episodios de sibilancias recurrentes ($p = 0,01$).

Conclusiones: Las infecciones virales múltiples son muy frecuentes en lactantes hospitalizados (17% de las infecciones respiratorias virales), causan sobre todo bronquitis espásticas, cursan con fiebre elevada y tienden a prolongar el ingreso.

759

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS PEDIÁTRICAS EN ESPAÑA: HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

M. Ángeles Martín Sobrino, José Ignacio Collar del Castillo, Daniel Gómez Sánchez, Marta Sánchez Palomares, Ana Isabel Uribe Larrea Sierra, Beatriz Beseler Soto, Miguel Tomás Vila, José M. Paricio Talayero, Itziar Oyagüez Martín

Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta, Denia (Alicante), Servicio de Pediatría del Hospital Francisco de Borja, Gandía (Valencia) y Departamento Médico de Sanofi Pasteur MSD, Madrid.

Antecedentes y objetivos: Los rotavirus (RV) son la principal causa de gastroenteritis grave en niños. El objetivo de este estudio fue estimar el impacto de las gastroenteritis agudas (GEA) por rotavirus en España.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en tres niveles asistenciales de la Comunidad Valenciana: Atención Primaria, urgencias y hospital, desde Sep-04 a Sep-05. Se recogió una muestra de heces en aquellos niños < 5 años con síntomas de gastroenteritis aguda que precisaron atención médica en alguno de los centros participantes. El diagnóstico de RV en la muestra fecal se realizó mediante ELISA y el genotipo se determinó mediante PCR.

Resultados: Se recogieron un total de 801 casos de GEA con un pico de frecuencia máxima (18%) en los meses de Enero-Febrero. En el 33% de estas GEAs se detectó la presencia de rotavirus. La proporción de rotavirus en las GEAs atendidas en los diferentes niveles de asistencia médica fue: 53% de los hospitalizados, 35% en atendidos en Urgencias y 25% en Atención Primaria. Los serotipos más frecuentes fueron G1 (60,5%) y G9 (29%). Además se identificaron los siguientes: G3 (6%), G2 (2,6%), G4, G6 y G10 (<1%).

Conclusiones: Rotavirus es responsable de la tercera parte de las GEA en menores de 5 años, causando importante afectación clínica y considerable gasto sanitario pues ocasiona más del 50% de las hospitalizaciones por GEA.

11:45

11:35

760

PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES POR METAPNEUMOVIRUS EN LACTANTES HOSPITALIZADOS

M. Carmen Vázquez, M. Luz García García, Cristina Calvo Rey, Carolina Blanco Rodríguez, Ángel Arregui Sierra, Pilar Pérez Breña, Inmaculada Casas

Servicio de Pediatría del Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorio del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El metapneumovirus humano (hMPV) es un virus RNA de reciente descripción, clínica y virológicamente similar al virus respiratorio sincitial (VRS). Nuestros objetivos son describir la prevalencia y las características clínicas de las infecciones virales confirmadas por hMPV en lactantes hospitalizados, así como comparar las infecciones por hMPV y VRS.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de las infecciones virales confirmadas en niños < 2 años hospitalizados por fiebre o infección respiratoria en las temporadas 2000-2005. Para el diagnóstico virológico se realizó inmunofluorescencia y reacción en cadena de polimerasa (PCR) en aspirado nasofaríngeo para VRS A y B, adenovirus, influenza A, B y C, parainfluenza 1, 2, 3 y 4, metapneumovirus, enterovirus y coronavirus. Se describen las características clínicas de los pacientes con infección por hMPV. Se compara este grupo de pacientes con otro de 88 niños infectados por VRS en las mismas temporadas.

Resultados: Se estudiaron 1322 muestras procedentes de niños < 2 años hospitalizados por infección respiratoria. Se detectó al menos un virus en el 70,5% (933 casos), siendo el virus respiratorio sincitial (VRS) el más frecuente (76,1%). Se identificó hMPV en 101 casos (10,8% de las muestras positivas). El pico de infecciones por hMPV se detectó en Marzo. El 80% de los niños fueron menores de 1 año. Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron bronquiolitis (49,5%) y episodios recurrentes de sibilancias (45,5%). 54% de los niños precisaron oxigenoterapia y un paciente requirió ventilación mecánica. Se detectó coinfección con otro virus en el 30%, no encontrándose diferencias significativas en las características clínicas con las infecciones simples. En relación con la infección por VRS las infecciones por hMPV fueron significativamente más frecuentes en niños mayores de 6 meses ($p = 0,04$) y el diagnóstico de bronquitis espástica es más frecuente en este grupo ($p = 0,001$).

Conclusiones: Las infecciones por hMPV son responsables de un importante porcentaje de los ingresos por infección respiratoria (10% de las infecciones virales en lactantes). El virus circula

11:55

fundamentalmente en primavera y causa bronquitis espásticas y bronquiolitis. Las características clínicas son similares a las de la infección por virus respiratorio sincitial.

761

INFECCIÓN POR LEUCONOSTOC. ESTUDIO DE 12 NUEVOS CASOS

Luis Martín Jiménez, Francisco Alvarado Ortega, Ester Barrios Miras, Cristina Verdú Sánchez, Ana Gómez-Zamora, Beatriz Blázquez Arrabal, Cristina Rodríguez Rodríguez, Pilar Peña, Francisco Javier Ruza Tarrío

UCIP del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid y Servicio de Microbiología del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La infección por *Leuconostoc* es infrecuente aunque emergente. Presentamos doce nuevos casos pediátricos, analizando las características clínicas, microbiológicas y factores de riesgo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de doce casos de infección ocurridos en diez pacientes ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos entre los años 2000-2005. Se analizan los datos demográficos, factores de riesgo, datos clínicos y analíticos, tratamientos recibidos, de sensibilidad de los aislamientos, co-aislamientos y evolución de la infección.

Resultados: Se analizan 12 casos de infección en diez pacientes. La edad media fue de 22,7 meses, siendo 7 varones y tres mujeres. Todos presentaban cierto grado de inmunosupresión, recibiendo tratamiento inmunosupresor el 66%. La patología de base fue: 5 trasplantes hepáticos, 3 trasplantes de médula ósea, y dos pacientes cardiopatas. Dos pacientes presentaron shock séptico, 4 peritonitis y los seis restantes bacteriemia. El síntoma más frecuente fue la fiebre. La expresión analítica fue pobre, aunque la PCR fue útil como marcador de infección. La evolución fue favorable en todos los casos. En 6 casos se pudo determinar la especie mediante secuenciación de RNA. Todos los aislamientos fueron resistentes a vancomicina y uniformemente sensibles a clindamicina, macrólidos y levofloxacino, y en menor grado (75-87%) a penicilina, ampicilina, amoxiclavulánico, cloranfenicol y meropenem. De los factores de riesgo, el más frecuente asociado fue la nutrición enteral a débito continuo con fórmulas lácteas.

Conclusiones: Aunque nuestro estudio no es concluyente, si sugiere con fuerza la asociación entre infección por *Leuconostoc*, estado de inmunosupresión y alimentación enteral continua con fórmulas lácteas. Ante el aislamiento de un coco gram positivo resistente a vancomicina en un paciente de éstas características es necesario iniciar el tratamiento antibiótico adecuado y realizar los estudios necesarios para su identificación. La penicilina o macrólidos y su asociación con clindamicina o quinolonas en casos graves supone el tratamiento de elección.

12:05