

Jueves, 7 de junio (17:00 - 18:15)

**DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
Y CIRUGÍA**

Sala 127 (Planta 1)

P164

**COJERA ANTIÁLGICA Y DOLOR, NO SIEMPRE
UNA PATOLOGÍA BANAL**

Ana Jordá Lope, Daniel Palanca Arias

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria)
y Residencia de Cantabria.

17:00

La cojera es un motivo de consulta frecuente en pediatría. La clínica, evolución y pruebas de despistaje inicial suelen dar el diagnóstico. En ocasiones no es suficiente, y ante la persistencia de la clínica hay que indagar en busca de otras causas menos comunes. Presentamos el caso de una niña de 20 meses de vida que acude a urgencias por cojera antiálgica, en extremidad inferior derecha, de un mes y medio de evolución y que no mejora con tratamiento antiinflamatorio y reposo. No acompaña fiebre ni otra sintomatología de interés. No refieren antecedente traumático previo. AF: talasemia menor en la madre y la abuela. AP: sin interés, contacto con la garrapata de su nuevo perro. Exploración física: cojera en la marcha y postura en flexión de cadera y rodilla derechas con discreta rotación interna durante la marcha y sedestación, tolerando el decúbito. Rx y eco de cadera y muslos, estudio reumatológico (FR y anticuerpos antipeptidos citrulinados), hemograma, bioquímica (PCR, enzimas musculares, estudios de función renal y hepática), serologías para borrelia y rickettsias, mantoux, estudio neurofisiológico, gammagrafía de esqueleto con DPD Tc 99 m y eco abdomino-pélvica negativas. Ante la persistencia de la clínica se solicita RMN de columna vertebral donde se objetiva espondilodiscitis L5-S1, con empiema epidural holocordal y condensaciones pulmonares bibasales (no confirmadas en Rx tórax) y TAC con pinzamiento del espacio interóseo L5-S1 con irregularidad de platillos vertebrales e inflamación de tejidos blandos paravertebrales, sin apreciarse abscesos claros. Guiado por TC se realiza PAAF: tinción de auramina, cultivo y PCR de micobacteria tuberculosa negativos. Se instaura reposo y antibioterapia, endovenosa durante 22 días y posteriormente oral, con cloxacilina, metronidazol y cefixima. Durante los 5 primeros días se asocian tuberculostáticos que se suspenden ante la negatividad de los cultivos. No precisa drenaje del absceso. Presenta progresiva mejoría de su cojera, siendo seguida por ortopedia infantil. Con 20 meses es conveniente descartar una causa infecciosa, reumatológica o traumatólogica. El dolor es el único síntoma en ocasiones siendo a veces imprescindible completar estudio con TAC o RM. El ra-

diotrazador gammagráfico pudo retrasar el diagnóstico al no objetivar partes blandas.

P165

**COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN NIÑO
CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**

Francisco Jesús González Ortega, Sandra Duque Fernández de Vega, José Antonio Nievas Gómez, Antonio Medina Claros, José Maximiliano Garófano Jerez

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

17:05

Caso clínico: Niño de 5 años de edad que es traído a la consulta de pediatría por presentar un cuadro diarreico de 15 días de evolución con dolor abdominal asociado, fiebre, leucocitosis y moderada pérdida ponderal. Se realizan sucesivos controles clínicos, con varias actuaciones terapéuticas que no producen mejoría del paciente ante lo cual se llevan a cabo diversos estudios para identificar la etiología exacta de dicho cuadro.

Exploraciones complementarias y resultados: En primera instancia se realizan una ecografía abdominal que resulta normal, un tránsito intestinal que evidencia hiperplasia linfoides nodular, y un enema opaco en el que no se aprecian hallazgos reseñables. El test del H2 espirado es negativo. Se hace también una rectosigmoidoscopia con toma de biopsia que evidencia la de colitis ulcerosa, con la consiguiente instauración de tratamiento corticoideo.

En un control rutinario posterior se observa un ligero aumento de transaminasas y de fosfatasa alcalina, ante lo cual se realiza nueva ecografía abdominal en la que se observan cambios fibróticos en relación con la pared de las vías biliares, así como marcadas irregularidades en su calibre luminal sin esteatosis significativa del parénquima adyacente. Tras esto se realiza una colangiografía en la que se aprecia signos de colangitis asociados a importante estenosis de las vías biliares extrahepáticas e irregularidad de calibre en las intrahepáticas. Los hallazgos anteriores conducen al diagnóstico definitivo de colangitis esclerosante primaria.

Conclusión: La colangitis esclerosante primaria es una entidad patológica que ocurre fundamentalmente entre la 3ª y 4ª década de la vida, aunque también se han descrito casos en la infancia. Típicamente se descubre asociada a enfermedad inflamatoria intestinal. Su diagnóstico preciso es muy importante ya que esta enfermedad evoluciona progresivamente hacia hepatopatía crónica y cirrosis con el consiguiente aumento de incidencia del hepatocarcinoma y de otras complicaciones como hipertensión portal, ascitis, sangrado de varices esofágicas y esplenomegalia.

P166**HEMORRAGIA TÍMICA POSTRAUMÁTICA**

Nagore Crespo Azpiroz, Vanesa Cancela Muñiz, Izaskun Olaciregui Echenique, María Estévez Domingo, Agustín Nogués Pérez

Servicio de Pediatría y Sección de Radiología Infantil del Servicio de Radiología del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción: La hemorragia tímica es un proceso muy poco frecuente en la infancia. Se han descrito casos de hemorragias tímicas neonatales por déficit de vitamina K y hemorragias por patología tumoral, motivo de presentación de un adolescente con hemorragia tímica tras traumatismo torácico.

Caso clínico: Niño de 13 años que acude a urgencias por dolor intenso en hemitorax izquierdo y distrés respiratorio tras recibir traumatismo directo sobre el torax hacía 2 días. *Antecedentes personales:* talasemia menor. *Exploración física:* regular estado general. Imposibilidad para permanecer tumbado por el dolor. ACP: hipoventilación bilateral. Resto de exploración física, sin hallazgos patológicos.

Exploraciones complementarias:

- Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica y coagulación normales.
- Rx y TC torax: masa mediastínica anterior. Importante derrame pleural izquierdo.
- RM torácica: lóbulo tímico izquierdo con imagen nodular poliglobulada en su interior, expansiva, cuyas características de señal son compatibles con los de la sangre.
- Marcadores tumorales: negativos.

Evolución: ante la sospecha de patología tumoral al ser esta la causa más frecuente de hemorragia, y la presencia de derrame pleural, se realizó punción evacuadora del derrame (líquido pleural, hemático; negativo para células malignas) y biopsia de la masa mediastínica (tejido tímico sin lesión histológica), donde se encuentra la hemorragia sin hallazgos de patología tumoral. Buena evolución posterior, con reabsorción del hematoma y del derrame pleural espontáneamente.

Comentarios: Las hemorragias tímicas en la adolescencia son procesos poco frecuentes siendo excepcionales las causas traumáticas.

17:10

transfontanelar no 2º día de vida confirmó el hallazgo pre-natal; a los 2 meses además del quisto mostró ligera hidrocefalia y a los 4 meses reveló dilatación biventricular, con ausencia del septo pelúcido. A RMN cerebral indicó agenesia del septo pelúcido e hipoplasia derecha ligera de las vías ópticas. Ante la sospecha de displasia septo-óptica, se realizó el examen fundoscópico ocular, cuyo resultado mostró atrofia del nervio óptico derecho. Perfil hormonal sin alteraciones hasta la fecha. Crecimiento estatura-ponderal adecuado con perímetro cefálico en el percentil 95 y desarrollo psicomotor dentro de los parámetros normales, excepto estrabismo convergente a la derecha desde los 10 meses de edad. Espera potenciales evocados visuales.

Comentarios: El cuadro neurológico asociado a este síndrome es extremadamente variable y depende de las estructuras afectadas (nervio óptico, parénquima cerebral, cuerpo caloso, lobo posterior de la hipófisis). Es imprescindible el seguimiento multidisciplinar en estos casos. Las deficiencias hormonales pueden aparecer más tarde, necesitando de rastreos periódicos. La sustitución hormonal realizada precozmente revierte una situación potencialmente grave, evitando secuelas importantes o permanentes.

Están descritos casos de diagnóstico pre-natal de agenesia del septo pellucidum. En este caso, a pesar de la ecografía pre-natal no se evidenció ausencia del septo pellucidum, esta fue fundamental para que se hiciera el diagnóstico precoz en la infancia asintomática.

P168**UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA RENAL TRAS UN PRIMER EPISODIO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. RETROSPECTIVO DE UN AÑO**Antonio Morales Martínez, Rocío Calvo Medina, María Mercedes Chaffanel Peláez, David Moreno Pérez, José López López, Ana Cerdón Martínez, Antonio Jurado Ortiz
Hospital Materno-Infantil, Málaga.

El papel de las pruebas de imagen tras un primer episodio de infección del tracto urinario (ITU) es muy controvertido. Diversos trabajos discuten la utilidad de la ecografía renal en el paciente con ITU, y desdénan su utilidad sobre todo si se dispone de ecografía prenatal en centro especializado por encima de las 30 semanas de edad gestacional. La evidencia de dilatación calicilar en ecografía puede identificar a pacientes con reflujo vesicoureteral (RVU) de alto grado.

Material y métodos: Se revisaron las pruebas de diagnóstico por imagen en los 206 pacientes ingresados por ITU entre junio 2005 y junio 2006. Rango de edad: 0 a 30 meses; media 3'75 meses; 48% varones, 3 pacientes habían sido intervenidos de rvu. Se realizó CUMS en 197 pacientes evidenciándose rvu en 43 pacientes, 44% bajo grado (uno y dos) y 56% de alto grado (tres a cinco), 23 bilaterales y 20 unilaterales. Se realizaron 196 ecografías renales resultando patológicas un 23,5%. La ecografía fue patológica en el 70'8% de pacientes con rvu alto grado y en el 42% de los de bajo grado. Se obtuvo un valor predictivo negativo y positivo de 39'6% y 96'7% respectivamente de ecografía para rvu alto grado; valores calculados para cualquier anomalía ecográfica, estos valores se incrementan (sobre todo el predictivo negativo) si definimos ecografía sugerente como aquella en que se evidencia dilatación. Otras anomalías en pacientes sin rvu fueron ectasia pielocalicilar, agenesia renal y pelvis bifida.

P167**DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA UNILATERAL**

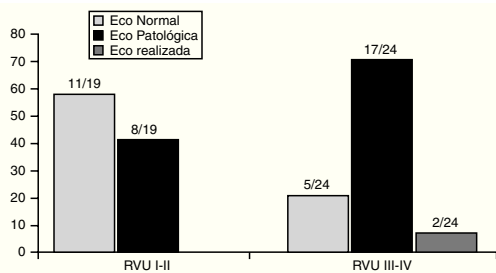
Gabriela Pereira, Ana Antunes, Cristina Almeida, José Matos Cruz, Almerinda Pereira, Carla Sá

Servicio de Pediatría, Servicio de Oftalmología y Unidad de Medicina Fetal del Hospital de São Marcos, Braga (Portugal).

Introdução: O Síndrome de De Morsier ou displasia septo-óptica (DSO), foi descrito por De Morsier em 1956, sendo uma malformação complexa do desenvolvimento que se caracteriza por agenesia ou hipoplasia do septum pellucidum, hipoplasia do nervo óptico, podendo estar presente ou não uma disfunção hipotálamo-hipofisária.

Caso clínico: Criança do sexo masculino, actualmente com 2 anos de idade. 1º Filho de pais saudáveis e não consanguíneos. Gestação vigiada, sem referência a qualquer medicação ou tóxicos. Serologias maternas negativas. A ecografia pré-natal do 2º trimestre mostrou quisto do septo pelúcido, confirmado por RMN cerebral fetal. Parto eutócico às 39 semanas. Índice de Apgar 9/10. Sem intercorrências no período neonatal. A ecografia

17:15



Discusión: La ecografía fue una herramienta no invasiva con buenos resultados para detectar y descartar rvu de alto grado. Es necesario valorar en cada centro la utilidad de la ecografía pues su valor variará dependiendo de la habilidad del explorador. En caso de buenos resultados podría retrasar o incluso evitar la cistografía.

P169 17:25 NEUMATOSIS INTESTINAL POR MEMBRANA DUODENAL DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

Nagore Crespo Azpiroz, Vanesa Cancela Muñiz, Agustín Nogués Pérez, Uxue Astigarraga Irueta, Iñaki Eizaguirre Sexmilo
Servicio de Pediatría, Sección de Radiología Infantil del Servicio de Radiología y Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción: La neumatosis intestinal se define como la presencia de aire en el espesor de la pared intestinal. Es un hallazgo relativamente frecuente en el periodo neonatal pero infrecuente en otras edades. Se ha relacionado con trasplantes de órganos sólidos, isquemia, inflamación y obstrucción intestinal. Se presenta un caso de una lactante de 4 meses con neumatosis intestinal por membrana duodenal con mínima perforación.

Caso clínico: Lactante mujer de 4 meses de edad que acude a urgencias por vómitos potprandiales de contenido bilioso, 5-7/día, en últimos 3 días. *Antecedentes personales:* PRN 3.240 g. Regurgitadora habitual. Vómitos de frecuencia irregular desde el nacimiento.

Exploración física: Peso: 5.000 g, FC 165 lpm, FR 44 rpm, T³(ax) 36°, TA 110/65. Regular estado general, irritable. Palidez cutánea. Ojos hundidos. Signo del pliegue positivo. Frialdad de extremidades. ACP: normal. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Resto, sin interés.

Exploraciones complementarias:

- Análítica sanguínea: Hemograma normal. Bioquímica: urea 91 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, Cl 75 mEq/L, Na 126 mEq/L, K 4 mEq/L. Gasometría venosa: pH 7,55; pCO₂ 38 mmHg; BA 33 mmol/L; EB 9,7 mmol/L.

- Rx simple de abdomen: Dilatación de 1ª y 2ª porción duodenal y gástrica. Aire intramural. Aireación del colon

- Transito digestivo superior: Dilatación de estómago y duodeno hasta la 3ª porción. Estenosis parcialmente obstructiva

Evolución: Ante la sospecha de obstrucción duodenal incompleta, se realiza laparotomía evidenciándose una membrana duodenal en la 3ª porción del duodeno que es reseca. Buena evolución posterior, iniciando alimentación enteral al 6º día de la intervención con normalización de la radiología en controles posteriores.

Comentarios: La neumatosis intestinal es un proceso poco frecuente en lactantes así como el diagnóstico de una membrana duodenal a los 4 meses del nacimiento.

Pequeñas perforaciones en la membrana duodenal pueden provocar sintomatología larvada dando lugar a un diagnóstico tardío.

P170 17:30 UTILIDAD DEL TC EN LA VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA Y COMPLICACIONES DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL INFANTIL

Ángela Ruiz de Arévalo García, José Pozo Sánchez, Antonio Medina Claros, José Maximiliano Garófano Jerez
Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño de 3 años con AP de de hipoacusia neurosensorial, con colocación de implante coclear 2 semanas antes de acudir al Servicio de Urgencias por un cuadro de náuseas, vómitos y sensación vertiginosa, sin otros síntomas. *Pruebas complementarias:* Se realizó una radiografía simple (proyección de Stenvers) donde se sospecha mala colocación del electrodo del implante coclear. Se realiza TC donde se confirma la colocación del electrodo en el canal semicircular lateral y no en la espira basal de la cóclea.

Discusión: La TC es la técnica empleada de forma inicial para la evaluación de la hipoacusia neurosensorial infantil, permitiendo en algunos casos demostrar su causa, así como una herramienta fundamental para el cirujano previa al trasplante coclear y una técnica clave para el diagnóstico de posibles complicaciones tanto precoces como tardías.

Presentamos el caso antes reseñado y realizamos una revisión de la imagen normal del conducto auditivo tras la implantación coclear, así como de las patologías más frecuentes que contraindican la colocación del implante coclear (agenesia coclear, neurinoma del acústico...) y los hallazgos más importantes por imagen que pueden sugerir posibles complicaciones (fístula de LCR, mala colocación del electrodo, patología postquirúrgica del VII par, alteraciones vasculares...).

P171 17:35 NEFROBLASTOMATOSIS BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandra Duque Fernández de Vega, Francisco Jesús González Ortega, José Antonio Nievas Gómez, José Maximiliano Garófano Jerez, Antonio Medina Claros, Mercedes Noguerras, Francisco Ramírez Garrido
Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La nefroblastomatosis representa un complejo de entidades patológicas definidas por la persistencia de elementos nefrogénicos embrionarios más allá de la semana 36 de gestación, los cuales conservan la capacidad de evolución hacia nefroblastoma. Dicha transformación maligna es excepcional (< 1% de los casos), por lo que se considera una enfermedad de buen pronóstico. Los restos nefrogénicos se asocian con frecuencia al síndrome de Beckwith- Wiedemann, a la hemihipertrofia y la aniridia, teniendo en tales casos un riesgo mayor de desarrollar un tumor de Wilms, de ahí que en estos casos los niños deban ser seguidos muy de cerca.

Caso clínico: Niño varón de 2 años de edad que es remitido al Servicio de Radiodiagnóstico de nuestro Hospital para ecogra-

fía de control por infecciones urinarias de repetición. Durante la exploración sonográfica renovesical se observa la existencia de múltiples tumores sólidos en el parénquima de ambos riñones. Posteriormente se realiza una TC para afinar el diagnóstico, siendo informada como nefroblastomatosis. La biopsia de uno de los tumores confirmó la sospecha diagnóstica (nefroblastoma -tumor de Wilms- con componente mixto epitelio estromal y áreas blastomatosas de tipo multifocal.). Se muestran las imágenes radiológicas más representativas y realizamos una revisión del tema.

Figura: Sección ecográfica de uno de los riñones en los que se aprecian múltiples imágenes nodulares de distribución cortical y ecogenicidad menor a la del parénquima circundante correspondientes a restos nefrogénicos.



Discusión: La nefroblastomatosis se define como la presencia difusa o multifocal de restos nefrogénicos hiperplásicos. Se han encontrado en el 1% de las autopsias de los recién nacidos. Beckwith et al. revisaron el complejo nefroblastomatosis proponiendo una nueva terminología y clasificación aparte de referir una asociación del 41% entre tumor de Wilms y persistencia de restos nefrogénicos.

P172 LA TORACOSCOPIA EN EL MANEJO DE LOS SECUESTROS PULMONARES

17:40

Daniel Cabezalí Barbancho, Indalecio Cano Novillo, Araceli García Vázquez, María López Díaz, Raquel Tejedor Sánchez, María Isabel Benavent Gordo, Andrés Gómez Fraile

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El secuestro pulmonar es una rara malformación congénita que puede ser causa de infecciones recurrentes o hemoptisis. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en el manejo de esta patología mediante toracoscopia.

Métodos: Desde el año 2004 al 2006 dos pacientes con secuestro pulmonar fueron tratados mediante toracoscopia. La cirugía se llevó a cabo con neumotórax controlado a baja presión (6-8 mm Hg) y bajo flujo (1.5-2.5 L/ min), material de 3mm y 3 o 4 trócares dependiendo de la dificultad de la disección. Analizamos de manera retrospectiva los materiales empleados en la intervención, las técnicas utilizadas para la resección, tiempos quirúrgicos, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, resultado final y tiempo de seguimiento.

Resultados: La lesión se localizó en lóbulo inferior derecho en los dos pacientes. En un caso el secuestro fue intrapulmonar y en el otro extrapulmonar. La resección fue completada por vía completamente toracoscópica en ambos pacientes. Se dejó tubo de drenaje endotorácico en los dos casos. Un paciente presentó en el postoperatorio un enfisema subcutáneo. Los pacientes estuvieron ingresados 4 y 5 días respectivamente. Actualmente los pacientes están asintomáticos con un tiempo de seguimiento medio de 1 año y 6 meses.

Conclusiones: La toracoscopia es una vía de abordaje válida para la resección de secuestros intra y extralobares, permitiendo una disección precisa de la arteria aberrante sistémica. Una resección precoz evita infecciones posteriores que pudieran dificultar la cirugía.

P173 ATRESIA DE VÍAS BILIARES. REVISIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES

17:45

Nagore Martínez Ezquerro, Maite Maruri Elizalde, Cristina Uribe Avellanal, Julio López Bayón, Yolanda López Fernández, Plácido López Álvarez-Buhilla, Carmen Torres Piedra, Elena Pérez Estévez, Amaia Sojo Aguirre

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

Introducción: La atresia de vías biliares extrahepáticas (AV-BEH) es una entidad que resulta de un proceso inflamatorio destructivo que afecta a conductos extrahepáticos y que lleva a una fibrosis y oclitización del tracto biliar y cuya evolución natural conduce a una cirrosis precoz de evolución fatal.

Objetivo: Revisar un grupo de pacientes analizando los factores que puedan influir en el comportamiento y pronóstico de la enfermedad.

Metodología: Estudio retrospectivo de 12 pacientes describiendo diferentes aspectos como la clínica, los métodos diagnósticos y el curso evolutivo.

Resultados: El 58,3% son mujeres. La edad media al diagnóstico fue $59,33 \pm 22,13$ días. La manifestación clínica característica es ictericia con hipo/acolia. Un paciente presenta un S. de poliesplenia y otro tenía diagnóstico previo de quiste de cólecodo. El hallazgo analítico más importante es la elevación marcada de la GGT (732 ± 438 U/L) junto a una hiperbilirrubinemia a expensas de la conjugada ($7,59 \pm 1,78$ mg/dl). La ecografía hepática muestra algún tipo de anomalía en el 91,6% de los casos, siendo el hallazgo más frecuente la no visualización de la vesícula, y la gammagrafía hepato-biliar en todos los pacientes presenta una alteración en la eliminación del trazador, ofreciendo una sensibilidad del 100%. El estudio histológico muestra los hallazgos más característicos (proliferación ductal y colestasis intrahepatocitaria), documentando también diferentes grados de fibrosis o cirrosis. La cirugía mediante portoenterostomía se realizó en 11 pacientes con una edad media de $64,45 \pm 10,12$ días. El otro paciente fue sometido directamente a trasplante al ser el diagnóstico tardío. De estos 11 pacientes, 2 no restablecen flujo. En el momento de esta revisión la situación es la siguiente: 4 trasplantados, de los que uno falleció, y 8 con hígado nativo (algunos presentan cirrosis con hipertensión portal en diferentes estadios de compensación y 1 está en lista de espera del Tx). Hay 3 niños con > 10 años de evolución y los últimos 3 casos están en el primer año de seguimiento.

Conclusiones: En nuestra serie, como en otros estudios, los hallazgos clínicos y de los exámenes complementarios son muy característicos y los factores que han influido en la evolución han sido la edad de la cirugía, el restablecimiento del flujo biliar y el daño hepático previo. Es importante mantener un alto índice de sospecha ya que el diagnóstico y tratamiento precoz mejora sustancialmente el pronóstico.

P174

ÚLCERA PÉPTICA EN PEDIATRÍA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS

Gloria Herranz Carrillo, Andrés Bodas Pinedo, Myriam Herrero Álvarez, Cecilia Paredes Mercado, Daniel Blázquez Gamero, Ainhoa Salvador Sanz, Graciela Navarro Legarda, Carlos Maluenda Carrillo

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

17:50

Introducción: La enfermedad ulceropéptica tiene una incidencia baja en la edad pediátrica, constituyendo un hallazgo endoscópico poco frecuente en el niño con sintomatología dis péptica.

Objetivos: Valorar la incidencia de la úlcera gastroduodenal en la infancia y los factores etiológicos relacionados.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los casos de úlcera diagnosticados en nuestro Servicio en pacientes menores de 15 años en los últimos catorce años.

Resultados: Se incluyeron un total de 14 niños diagnosticados endoscópicamente de úlcera gástrica ó duodenal durante el periodo comprendido entre 1993 y 2006, objetivándose un predominio masculino del 64%. La incidencia fue bastante homogénea, variando entre cero y dos casos al año. El 78,6% de los casos lo constituían niños mayores de 9 años, siendo la mediana de 11,5 (rango de edad 3 – 14 años). Se encontraron antecedentes familiares de enfermedad ulcerosa en el 43% de los casos. Presentaban úlcera gástrica un total de 6 pacientes, de los cuales 4 referían ingesta previa de ibuprofeno resultando negativas las biopsias para el test de la ureasa y la tinción para *Helicobacter pylori*. El 50% de estos niños eran menores de 6 años. La forma de debut más frecuente fue la hemorragia digestiva alta (HDA) siendo los vómitos en posos de café el motivo de consulta más frecuente (66% casos). En los 8 pacientes restantes se encontró úlcera a nivel duodenal (57%) confirmándose en 7 de ellos, la presencia de *H. pylori*. La sintomatología insidiosa predominantemente en forma dolor abdominal crónico precedía al diagnóstico en el 90% de los casos, refiriendo la mitad de los pacientes dolor nocturno y relacionado con la ingesta. El 75% de las úlceras duodenales eran no sangrantes en el momento del diagnóstico endoscópico (Forrest IIB-III) mientras que el 50% de las úlceras gástricas presentaba signos de sangrado (Forrest IA-IB)

Conclusiones: Observamos un predominio de úlcera gastroduodenal en varones y un aumento de la misma relacionado con la edad. La úlcera gástrica se asocia a la ingesta de ibuprofeno en la mayoría de los casos, especialmente en menores de 6 años debutando de forma aguda con clínica de HDA. Se confirma la existencia de *H. pylori* en el 90% de los casos de úlcera duodenal.

P175

UTILIDAD DE LA PANENDOSCOPIA DE URGENCIA EN PEDIATRÍA

María Elena Trujillo Toledo, Eduardo Sagaro González, Odalys Lazo Diago, Trini Fragoso Arbelo, Margarita Oduardo Franco, Rubiselda Acosta

Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez La Habana (Cuba).

17:55

Los procedimientos endoscópicos de urgencia para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del tracto digestivo superior en

niños son una práctica habitual en pediatría. Realizamos esta comunicación con el objetivo de identificar las afecciones que motivaron la realización de una endoscopia de urgencia en nuestro hospital, y reportar la experiencia acumulada en 16 años de trabajo. Se revisaron los informes endoscópicos de 739 pacientes menores de 18 años, de ambos sexos, a quienes se les realizó una panendoscopia de urgencia con endoscopio flexible pediátrico o vídeo endoscopio, bajo anestesia general con intubación endotraqueal en nuestro Servicio de Gastroenterología desde enero de 1990 a diciembre del 2006. Las indicaciones mas frecuentes fueron: ingestión de sustancias cáusticas 470 (63,6%), hemorragia digestiva alta 250 (33,9%), e ingestión de cuerpo extraño 19 (2,5%). La ingestión de sustancias cáusticas fue accidental en 466 niños (99,1%) e intencional solamente en cuatro. La sosa cáustica fue la sustancia ingerida con mayor frecuencia 275 (58,5%). Se observaron lesiones orales en 151 (32%) y faringolaríngeas en 66 (14%). En la endoscopia se visualizaron lesiones esofágicas en 218 (46,3%), distribuidas de la siguiente forma: 67 (30%) esofagitis grado I, 47 (21,5%) grado II, 63 (28,8%) grado III, y 40 (18,3%) grado IV. Los hallazgos endoscópicos en los niños con hemorragia digestiva fueron: gastritis aguda hemorrágica 103 (41,2%), várices esofágicas 50 (20%), úlcera gastroduodenal 27 (10,8%), entre otros. El cuerpo extraño encontrado con mayor frecuencia fue la moneda (57,8%), predominó la localización gástrica (84,2%) y la extracción endoscópica se realizó en el (73,6%). En nuestra serie no se reportaron complicaciones, se destacaron las causas accidentales por lo que se debe insistir en la divulgación y prevención de estos accidentes. Consideramos que la pan endoscopia es un proceder rápido, seguro y de gran utilidad para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las afecciones del tractos digestivo superior que constituyen urgencias en pediatría.

P176

PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN 2 PACIENTES MENORES DE 24 MESES

Olalla López Suárez, Alicia Mirás Veiga, Carmen Curros Novo, José Ángel Porto Arceo, Elena V. Rodrigo Sáez, Adolfo L. Bautista Casanovas

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

18:00

Introducción: El pseudoquiste pancreático se produce como consecuencia de un proceso inflamatorio y/o traumático. Su contenido es estéril y rico en enzimas pancreáticas. Debe sospecharse ante una elevación persistente de amilasa, ya que es asintomático salvo complicaciones. El 40-50% de los pseudoquistes se resuelven espontáneamente. Deben drenarse los mayores de 6 cm y/o que persistan más de 6 semanas por el riesgo de complicaciones que esto supone.

Caso 1: Niña de 19 m, sin antecedentes de interés. Cuadro de 10 h de vómitos y afectación del estado general. Exploración física: abdomen blando, doloroso en hipocondrio derecho, sin masas ni visceromegalias, peristaltismo conservado. Analítica al ingreso: leucocitosis con desviación izquierda, trombocitosis, VSG 2 mm/1ª hora, GOT 48 UI/L, GPT 59 UI/L, GGT 44UI/L, amilasa 894 UI/L y lipasa 8117 UI/L. Estudios de imagen: ecografía al ingreso con ecogenicidad pancreática normal y líquido libre retroperitoneal; por persistencia de la clínica y de la elevación enzimática se repite a los 4 días y se realiza un TC abdominal con evidencia de un pseudoquiste de 75 x 56 x 82 mm

en cola de páncreas. Tratamiento: cistogastrotomía con buena evolución posterior.

Caso 2: niña de 20 m, sin antecedentes de interés. Cuadro de 2 semanas de vómitos, fiebre y dolor abdominal epigástrico. Al ingreso en su centro de referencia, ecografía de abdomen: quiste epigástrico de 38 x 24 mm de diámetro. Mejoría clínica inicial con tratamiento conservador, empeoramiento brusco a los 7 días, por lo que es remitida a nuestro centro, donde se observa una elevación aislada de lipasa con amilasa normal (2838 UI/L y 79 UI/L respectivamente). Se repite la ecografía, con evidencia de un pseudoquiste de 10 cm de diámetro máximo que se comprueba mediante TC abdominal. Tratamiento: cistogastrotomía, con buena evolución posterior.

Conclusiones: Destacamos dos casos de pseudoquiste en el contexto de una pancreatitis idiopática aguda de corta evolución (≤ 2 semanas), en pacientes de menos de 24 meses de edad, con ecogenicidad pancreática normal y en el segundo caso, con elevación aislada de lipasa.

INFECTOLOGÍA

Sala 128 (Planta 1)

P177

LEISHMANIASIS VISCERAL RESISTENTE A ANFOTERICINA B LIPOSOMAL

Núria Gilabert Iriondo, Ángela Tabera Tolmo, Joaquín Dueñas Morales, Lucía Lacruz Pérez, José Luis Pérez Sáenz

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Baleares).

La leishmaniasis visceral es una infección endémica en muchas regiones del mundo, entre las cuales se encuentra la cuenca mediterránea. Actualmente, el tratamiento de elección en pacientes inmunocompetentes en España es la Anfotericina B liposomal, con una tasa de respuestas del 98%.

Presentamos el caso clínico de un niño de 19 meses que ingresa en nuestro centro por fiebre persistente de una semana durante el tratamiento antibiótico por otitis media aguda. Exploración física: pápulas eritematosas cervicales y extremidades inferiores, orofaringe y tímpanos congestivos, resto normal. Exploraciones complementarias: analítica sanguínea con Hb 9'6 g/dL, plaquetas 105.000/mm³, PCR 26'9 mg/dL, AST 56 U/L, ALT 20 U/L. Inmunoglobulinas normales, cultivos negativos. El sexto día de ingreso y de antibioterapia endovenosa el paciente continúa febril y presenta en la exploración hepatoesplenomegalia de 3 cm, por lo que se realiza tinción Giemsa parásitos (sangre) negativo. Serologías: Leishmania IgG 1/320 título alto. Se decide realizar estudio de médula ósea con cultivo de Leishmania positivo y elementos con morfología compatible con amastigotes de Leishmania. Se solicita ecografía abdominal donde se objetiva ligera hepatoesplenomegalia homogénea, con bazo de 10,5 cm. Se inicia tratamiento endovenoso con Anfotericina B liposomal a 3 mg/Kg/día administrada los días 0 a 4 y el 10. Al finalizar la pauta de tratamiento persiste la fiebre, la hepatoesplenomegalia, la anemia y trombopenia acompañada de neutropenia, por lo que se decide iniciar tratamiento con antimoniato de meglumina a 20 mg/Kg/día intramuscular durante 28 días, remitiendo la fiebre a las 48 horas.

Discusión: El tratamiento de elección de la leishmaniasis vis-

ceral en nuestro medio es la Anfotericina B liposomal endovenosa, con alta tasa de respuestas. En nuestro caso, el paciente no respondió a dicho tratamiento, por lo que nos planteamos otras alternativas terapéuticas, entre las que se encuentran el tratamiento clásico con antimoniales pentavalentes, o la miltefosina, quimioterápico de administración oral en dosis única diaria y con efectos secundarios gastrointestinales leves, que ha demostrado la misma eficacia que los tratamientos parenterales. La miltefosina fue aprobada como medicamento huérfano por la EMEA en junio 2002 y actualmente sólo se emplea en la India, con lo cual optamos por el tratamiento clásico con los antimoniales pentavalentes.

P178

¿TIENEN MAYOR REPERCUSIÓN LAS GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN LOS NIÑOS QUE PRECISAN INGRESO HOSPITALARIO?

17:05

María del Mar Santos Sebastián, María Isabel Pescador Chamorro, Felipe González Martínez, Javier Urbano Villaescusa, María Inmaculada Fontecha García de Yébenes, Marta Botrán Prieto, Rosa Rodríguez Fernández, José Antonio Gómez Campderá, María Luisa Navarro Gómez, Teresa Hernández-Sampelayo Matos Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Antecedentes y objetivos: La gastroenteritis es una causa importante de ingreso hospitalario. La causa más frecuente descrita es la infección por rotavirus. El objetivo de nuestro estudio es comparar la evolución y características clínicas de las GEAs por rotavirus con aquellas causadas por otros microorganismos o sin causa filiada.

Métodos: Estudio retrospectivo comparativo de casos y controles. Los casos eran los niños menores de 5 años ingresados por GEA con antígeno positivo para rotavirus y los controles los niños ingresados por el mismo motivo con detección rápida negativa.

Resultados: Durante el año 2004 en nuestro centro hospitalario ingresaron 60 niños menores de 5 años por gastroenteritis por rotavirus y 54 con detección rápida en heces para rotavirus negativa. La edad media de los casos fue de 12 meses y la de los controles de 14 meses (p 006). La estancia media de los niños ingresados por GEA por rotavirus fue de 4.7 días y por otras causas; entre las que se incluyen las gastroenteritis bacterianas, de 5.8 días (p 0,07). El grado medio de deshidratación en los casos fue de 5,44 y el de los controles de 5.81 (p 0,05). Cuatro de los niños precisaron ingreso en UCIP, tres de ellos la GEA era por rotavirus y uno no (p 0,336). No se encontraron diferencias entre los dos grupos ni en los antecedentes personales ni en las complicaciones asociadas: once pacientes presentan alguna complicación (5 niños rotavirus positivos y 6 niños rotavirus negativos). En cuanto a los parámetros bioquímicos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en tres: bicarbonato, ácido úrico, urea, cifra de leucocitos y pcr. El valor medio de bicarbonato, PCR y leucocitos es menor en las gastroenteritis por rotavirus, siendo más elevada la media de ácido úrico y urea.

Conclusiones: Las gastroenteritis por rotavirus causan una deshidratación de menor grado comparadas con el resto de gastroenteritis; en niños ingresados menores a 5 años. La estancia media de las diarreas por rotavirus en nuestra cohorte es menor. No existen diferencias en nuestra muestra en el porcentaje de complicaciones, aunque precisan con mayor frecuencia ingreso en UCIP.

P179 17:10 SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT: A PROPÓSITO DE UN CASO

Antonio Marco Llitas, Andrés Pérez López, Sonia Yeste González, María Elodia Alemany Massia, Elena Ostrosky, Roberto Romeo Bocco, Darina Bandiera Geb Popova, Marta Pascual, Iliana Barros Brito

Fundación Hospital Manacor, Baleares.

Caso clínico: Niña de 5 años de edad que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por parálisis facial periférica derecha de 48 horas de evolución. Una semana antes habían aparecido vesículas pruriginosas en pabellón auricular ipsilateral. Como antecedente destaca la presencia de anticuerpos IgG contra el virus varicela-zoster (VVZ) detectados en el contexto de estudio de púrpura trombocitopénica idiopática dos años antes. Ante la sospecha clínica de herpes zoster se practicó test de Tzank de la base de las vesículas observándose células acantocíticas con núcleos aumentados de tamaño, alteración de la cromatina nuclear en vidrio esmerilado, frecuente multinucleación y presencia de cuerpos acidófilos de inclusión nucleares. El tratamiento consistió en aciclovir y prednisolona oral durante cinco días acompañado de oclusión intermitente del ojo afectado y lágrimas artificiales. La evolución posterior fue favorable con recuperación completa de la movilidad facial en un mes.

Discusión: El síndrome de Ramsay-Hunt se caracteriza por la triada parálisis facial periférica, erupción vesicular en pabellón auricular/conducto auditivo externo y afectación cocleovestibular producida por reactivación del VVZ. Se trata de una entidad poco común en niños cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico, siendo la aparición previa de la erupción vesiculosa a la parálisis facial la presentación más frecuente que la situación inversa. Aunque la evolución de la parálisis facial es peor que en las formas idiopáticas, el tratamiento antiviral con aciclovir asociado a corticoesteroides sistémicos mejora el pronóstico. Finalmente, en nuestro caso resultó llamativo la seroconversión frente al VVZ en ausencia del antecedente de varicela sintomática.

P180 17:15 REVISIÓN DE CELULITIS PERIORBITARIA Y ORBITARIA EN POBLACIÓN INFANTIL

Enrique de la Orden Izquierdo, Marta Ruiz Jiménez, Juan A. Blázquez Fernández, María Prados Álvarez, María Dolores Martín Pelegrina, José Tomás Ramos Amador

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Introducción: La celulitis peri y orbitaria son causas frecuentes de hospitalización y potencialmente graves.

Objetivos: Revisar la epidemiología, manifestaciones clínicas y complicaciones de la celulitis peri/orbitaria.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes menores de 15 años ingresados por celulitis peri/orbitaria desde Abril 1992 hasta Diciembre 2006.

Resultados: Se incluyen 66 pacientes, siendo en todos ellos la celulitis de localización periorbitaria. El diagnóstico de localización se basó en la clínica y, en casos dudosos, TAC. Del total, 36 fueron varones (55%). La mediana de edad fue de 36 meses (rango 3 meses-14 años). El 74% fueron diagnosticados en las primeras 24 h. Al diagnóstico, el 26% presentaban conjuntivitis (n = 17), infección respiratoria superior el 42% (n = 28), patología dental 6% (n = 4) y en 8 pacientes (12%) se identificó una puerta de entrada cu-

tánea (picaduras, heridas traumáticas o varicela). Habían recibido tratamiento antibiótico oral previo el 29%. En el 3% de los casos fue bilateral. La clínica de presentación fue edema palpebral 100%, fiebre 70%, hiperemia conjuntival y exudación ocular 50% y dolor 26%. Se observó quémosis, visión borrosa, nistagmus y diplopia en un paciente. Se realizaron pruebas de imagen a 26 niños (40%): TAC 4 y radiografía senos 22. Se encontraron hallazgos radiológicos de sinusitis en 19 pacientes (mediana de edad 60 meses), estando afectados en todos ellos los senos maxilares, y con menor frecuencia los senos etmoidales (8) y frontales (2). En el estudio microbiológico se realizaron hemocultivos en 53 pacientes, resultando positivo un único caso. El exudado conjuntival efectuado en 32 niños, resultó positivo en 25. Los microorganismos considerados patógenos más frecuentes fueron *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*. Todos iniciaron tratamiento antibiótico iv: monoterapia (36%), combinada (64%). La mediana de duración del tratamiento iv fue de 4 y la total de 11 días. Recibieron tratamiento tópico asociado 43 niños, 5 tratamiento quirúrgico local, y corticoides un total de 16 niños. Los pacientes mostraron mejoría (resolución del edema) en una mediana de 2 días.

Conclusiones: La mayoría de los casos de celulitis preseptales ocurren en menores de 4 años. En niños de mayor edad es frecuente su asociación con sinusitis. La rentabilidad de los hemocultivos es baja. Las celulitis preseptales son frecuentes en la infancia y tienen una evolución favorable con resolución del cuadro en las primeras 48 horas.

P181 17:20 PSEUDO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y PARESIA DIAFRAGMÁTICA EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI

María Elena Colino Gil, Olga Afonso Rodríguez, María Pilar Bas Suárez, Ana María Bello Naranjo, Noelia Montesdeoca Araújo, José Manuel López Álvarez

Complejo Hospitalario Universitario Materno-Insular de Canarias, Las Palmas.

Caso clínico: Varón de 34 meses que ingresa por cuadro de 1 semana de evolución de fiebre, adenopatía inguinal derecha y dolor en FID. Se inicia antibioterapia i.v. por diagnóstico de adenitis inguinal objetivándose en ecografía abdominal múltiples adenopatías. Por persistencia de la clínica se realiza laparotomía exploradora con apendicectomía descartándose apendicitis. En los días sucesivos presenta criterios de Enfermedad de Kawasaki (exantema polimorfo, conjuntivitis seca, edema en manos y afectación de mucosas) por lo que se inicia tratamiento con gammaglobulina i.v. y AAS. Después de 3 días de tratamiento presenta vómitos biliosos y distensión abdominal. En la Rx de abdomen se observa un íleo paralítico que se resuelve en 48 horas con medidas conservadoras. En la 3ª semana de evolución presenta descamación de palmas y plantas. Tras 72 horas afebril, presenta nuevamente fiebre hasta 39°C con aumento del trabajo respiratorio y episodio de apnea, que precisa intubación. Ingresó en UCIP y durante su estancia en dicha unidad alterna periodos de coma con estupor e incapacidad para mantener una ventilación adecuada. Se constata debilidad muscular de predominio torácico con retención de CO₂ que precisa ventilación mecánica durante 3 semanas. EMG y ENG: sin alteraciones. CPK: Normal. En la Rx de tórax se objetiva elevación del hemidiafragma derecho, con atelectasia de pulmón derecho y en la ecografía diafragmática: disquinesia con escasa amplitud de movimientos diafragmáticos. En los estudios cardiológicos no se objetivaron aneurismas coronarios. TAC cra-

neal: atrofia cerebral difusa moderada. EEG: Sufrimiento cerebral difuso. En las 2 siguientes semanas presentó una mejoría progresiva con recuperación de la función respiratoria y neurológica.

Comentario: La EK puede presentar una serie de complicaciones que pueden dificultar y retrasar su diagnóstico, así como empeorar su pronóstico. La pseudoobstrucción intestinal es una complicación rara que ocurre en el 2-3% de los casos. Otras complicaciones abdominales descritas son la isquemia, el infarto intestinal y la colitis. Asimismo se han descrito manifestaciones neurológicas en el 1,1% de los pacientes, como irritabilidad, hemiplejía, miositis, afectación de pares craneales, neuropatía periférica, infarto cerebral, meningitis aséptica y encefalopatía. En relación a la afectación de pares craneales se recogen en la literatura más de una veintena de casos de parálisis facial y un caso parálisis del IX PC, pero no se han descrito casos de parálisis del X PC.

P182 **17:25**
TUBERCULOSIS CAVITADA EN NIÑOS:
¿UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE?

Katie Aguilar Torres, Marta Castell Miñana, Laura Blanquer Fagoaga, Concepción Tomás Rates, Emilio Ferriols Gil, José Ardit Lucas, Empar Lurbe Ferrer
 Servicio de Pediatría del Consorcio Hospital General, Valencia.

La tuberculosis en España presenta tasas de incidencia y prevalencia superiores a la mayoría de países europeos, a lo que contribuye la inmigración de zonas de alta prevalencia. La forma clínica más frecuente es la pulmonar, siendo rara la presencia de cavitaciones. Ante una TBC cavitada es necesario distinguir entre una TBC pulmonar primaria progresiva (más frecuente en niños menores de 2 años) o una TBC pulmonar post primaria (más frecuente en adolescentes).

Objetivos: Analizar los casos de tuberculosis diagnosticados en nuestro servicio.

Materiales: Estudio retrospectivo de casos de tuberculosis infantil diagnosticados en nuestro Servicio de Pediatría en el periodo 2002-2007.

Resultados: Las características clínicas, diagnósticas y de tratamiento constan en la tabla. Al diagnóstico todos presentaban fiebre y afectación pulmonar, siendo la localización más frecuente en lóbulos superiores. En 2 casos (1,6) se observaron cavitaciones en la imagen radiológica inicial, uno de ellos (1) con prueba de tuberculina negativa, que dificultó el diagnóstico por su temprana edad. La presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en jugo gástrico (JG) o esputo apoyó el diagnóstico. Todos recibieron inicialmente triple terapia con pirazinamida, isoniácida y rifampicina (PIR) precisando en 2 casos asociación con etambutol (E), debido a contacto bacilífero multiresistente (MDR) (2) y por presentar baciloscopia directa positiva (6). El caso 1 precisó corticoesteroides (C) por afectación endobronquial.

Caso	Edad	Localización	Tratamiento	BAAR	Contacto
1	2 m	LSD cavitación + LII	PIR+C	(+)JG	Abuelo,tío
2	2 a	LII	PIRE	(-)JG	Tía MDR
3	4 a	LSI	PIR	(-)JG	-
4	5 a	LID	PIR	(+)JG	-
5	7 a	LSI	PIR	(+)JG	Abuelo
6	11 a	LSD cavitación	PIRE	(+) esputo	En estudio

Conclusiones: Los casos analizados muestran la presencia de TBC cavitada a su debut en 2 pacientes (primaria progresiva y post-primaria). Todos los contactos identificados procedían del entorno familiar y no fue posible determinar el foco en dos casos.

P183 **17:30**
RUBÉOLA CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Susana García Nieto, Noelia Marcos Gómez, Cristina Olivas López de Soria, Gloria López Lois, María Penín Antón, José Beceiro Mosquera, Enrique García Frías
 Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

Introducción: En el primer trimestre del 2005 se detectó en la Comunidad de Madrid un brote epidémico de rubeola, siendo la mayor parte de las afectadas mujeres inmigrantes en edad fértil no vacunadas y por tanto susceptibles de padecer una infección primaria durante la gestación. La rubeola congénita puede ser causa de graves secuelas en el recién nacido. Presentamos un caso confirmado de rubeola congénita diagnosticado en nuestro servicio relacionado con dicho brote.

Caso clínico: Recién nacido a término de peso adecuado nacido de madre natural de Colombia tras una gestación controlada. Serología a rubeola negativa en el primer trimestre. Presentó al inicio de la gestación exantema y fiebre de etiología no filiada. El paciente presenta al nacimiento exantema maculopapular purpúrico generalizado, letargia y pausas de apnea. Hemograma con trombopenia sin otras alteraciones. Ante la sospecha de sepsis se inicia antibioterapia empírica, con evolución favorable. Posteriormente se objetiva soplo sistólico y catarata unilateral izquierda. Serología a rubeola positiva (Ig G e Ig M). Recuperado suero materno del tercer trimestre se detecta Ig G positiva. PCR en suero, orina, LCR y exudado faríngeo del recién nacido positiva para rubeola. En seguimiento posterior se detecta hipoacusia bilateral. Intervenida de catarata.

Conclusiones: Creemos necesario repetir la serología a rubeola en el tercer trimestre del embarazo en caso de obtener un resultado negativo al inicio del mismo. Debemos estar alerta ante mujeres fértiles de origen latinoamericano no vacunadas, puesto que son las principales transmisoras de esta enfermedad. El diagnóstico precoz en el neonato permite una temprana intervención sobre las importantes secuelas que puede ocasionar esta enfermedad.

P184 **17:35**
LINFADENITIS Y ERITEMA NODOSO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

Sonia Yeste González, Andrés Pérez López, Antonio Marco Lliteras, Montserrat Pons Rodríguez, María Elodia Alemany Massia, Olga Huguet, Roberto Romeo Bocco, Darina Bandiera Geb Popova, Francisca Jiménez Ignacio, Gloria Pinzón Balbuena
 Fundación Hospital de Manacor, Baleares.

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una entidad causada por *Bartonella henselae* caracterizada habitualmente por la aparición aislada, tras arañazo o mordedura de gato, de una pápula indolora asociada a linfadenitis regional de resolución espontánea. Se describe aquí un caso atípico de EAG asociado a eritema nodoso (EN).

Caso clínico: Niña de 3 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a Urgencias por la aparición de nódulos eritematosos y dolorosas bilaterales en región pretibial de 10 días de evolución, compatibles con EN. Una semana antes había sido visitada por su pediatra de cabecera por dos adenopatías dolorosas a nivel epitrocLEAR y axilar izquierdo. Refiere tener un gato como mascota. Pruebas complementarias: Hemograma: Leucocitos 15250 (N/66%; L/23%; M/7%), PCR: 1,4. Anticuerpos IgM frente a: virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, rickettsias, hepatitis, clamideas y micoplasma: Negativos. Serología a *B. henselae* (IFD): IgG: 1/256; IgM positiva. La paciente fue tratada con azitromicina 10 mg/kg/día durante 3 días, con lo que se observó la remisión progresiva de los síntomas.

Conclusiones: El EN es una manifestación excepcional de la EAG (1%); sin embargo, su presencia en un paciente con adenopatía regional y contacto conocido con gatos debe llevarnos a considerar este diagnóstico.

Teniendo en cuenta que se trata de un proceso benigno y autolimitado, la utilidad de los antibióticos es controvertida. No obstante, antimicrobianos como la azitromicina podrían acelerar la resolución de la sintomatología.

P185 17:40 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ETIOLÓGICAS DE LAS GASTROENTERITIS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS INGRESADOS

Jorge Salvador Sánchez, Francisco Giménez Sánchez, Patricia Aguilera López, Francisco Morales Ferrer, Manuel Martín González, Sara Gómez Bueno, María Ortiz Pérez, Antonio Bonillo Perales

Unidad de Gestión Clínica del Servicio de Pediatría del Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La gastroenteritis aguda (GEA) representa una causa importante de ingresos hospitalarios. El agente etiológico más frecuentemente encontrado en menores de 2 años es el rotavirus. La comercialización y administración de vacunas orales capaces de prevenir la enfermedad moderada y grave por este agente va a tener un impacto importante sobre la carga de la enfermedad a nivel hospitalario.

Objetivos: Estudiar las características clínicas y etiológicas de las GEAs en menores de 2 años ingresadas en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyeron un total de 194 pacientes menores de 2 años ingresados en nuestro hospital por GEA en el período del 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2006, revisando sus historias clínicas.

Resultados: El 55% de los pacientes fueron varones. La edad media fue 11,1 meses (rango: 0,3-24 meses). La diarrea estuvo presente en el 99,5% de los casos, la fiebre en el 67%, vómitos en el 73% y deshidratación en el 49% (leve: 45%; moderada: 49%; grave: 5%). En el 87% (168 pacientes) se pudo recoger muestra de heces para coprocultivo. De ellos, en 77 casos (46%) no se detectó ningún agente etiológico. El agente que con más frecuencia se encontró fue el rotavirus (64 casos; 38%), seguido de salmonella (14 casos; 8%) y de *Campylobacter jejuni* (12 casos; 7%). La estancia media fue de 4,9 días (rango: 1-51 días). La presencia de vómitos estuvo en el 80% de los casos producidos por rotavirus respecto al 65% del resto ($p = 0,05$). Hubo deshidratación en el 60% de los

casos producidos por rotavirus, respecto al 65% del resto ($p = 0,05$).

Conclusiones: La infección por rotavirus es la principal causa de hospitalización por GEA en niños menores de dos años en nuestro medio, debido a la mayor presencia de vómitos y deshidratación en estos casos. La administración de una vacuna oral frente a rotavirus puede disminuir de una manera importante el número de ingresos hospitalarios por GEA.

P186 17:45 INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA: PLEOMORFISMO DIAGNÓSTICO

Sofia Martins, Ana Teixeira, Céu Ribeiro, Esmeralda Silva, Iva Brito, Helena Jardim

Servicio de Pediatría y Unidad de Nefrología Pediátrica - U.A.G. da Mulher e da Criança del Hospital de São João, Porto (Portugal) y Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital de São João, Porto (Portugal).

Introdução e objectivos: O estreptococo do grupo A é uma causa comum de infecções do tracto respiratório superior, geralmente auto-limitadas e de curso benigno. Contudo, pode estar associado a complicações potencialmente graves, como glomerulonefrite aguda, febre reumática e artrite pós-infecciosa. O objectivo desta apresentação é descrever um caso clínico de artrite pós-infecciosa e glomerulonefrite aguda após infecção estreptocócica.

Caso Clínico: Criança do sexo masculino, 7 anos de idade, que apresentou dois episódios de amigdalite aguda, 3 e 2 semanas antes da admissão no internamento, medicada com amoxicilina+ácido clavulânico e cefatrizina, respectivamente. Dois dias antes do internamento iniciou dor e edema do pé direito; no dia da admissão apresentou febre, coxalgia esquerda, dor e sinais inflamatórios da mão e punho esquerdos. Ao exame objectivo apresentava-se febril, com dor à mobilização da articulação coxofemoral esquerda e com artrite das metacarpofalângicas e interfalângicas da mão esquerda e tibiotársica direita. O estudo analítico revelava hemograma normal, proteína C reactiva de 54 mg/L, velocidade de sedimentação de 81 mm/1ª hora e título anti-estreptolisina O de 905 UI/mL. Electrocardiograma e ecocardiograma normais. Apesar de ter sido instituída terapêutica com penicilina benzatínica e ácido acetilsalicílico, manteve as queixas nas duas primeiras semanas de doença, com envolvimento aditivo do ombro direito e cervicalgias. Ao 4º dia de internamento apresentou hipertensão arterial, hematúria macroscópica e proteinúria. O estudo de autoimunidade realizado não foi conclusivo. As alterações da biópsia renal foram compatíveis com glomerulonefrite pós-infecciosa.

Após 3 meses de seguimento a evolução foi favorável, com desaparecimento de todas as manifestações clínicas.

Conclusões: A glomerulonefrite aguda, a febre reumática e a artrite reactiva, apesar de raras actualmente, podem ocorrer no contexto pós infecção por estreptococo do grupo A. Embora a presença simultânea de glomerulonefrite e artrite reactiva após infecção estreptocócica seja rara, o diagnóstico concomitante deve ser considerado. As manifestações clínicas dos síndromes pós-estreptocócicos são variáveis, criando dúvidas no diagnóstico diferencial e suscitando alguma controvérsia nosológica.

P187**NEUMONÍA POR *LEGIONELLA PNEUMOPHILA* DE EVOLUCIÓN FATAL****17:50**

Sonia Quecuty Vela, Josefina Cano Franco, Elia Sánchez Valderrábanos, Victoria Sánchez Tatay, José Domingo López Castilla, Mercedes Carranza Conde, Mercedes Loscertales Abril

Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes: La neumonía de la comunidad por legionella es una entidad habitual en adulta, pero se considera una causa extremadamente rara en niños. Los principales factores de riesgo para la infección por legionella son: inmunodeficiencias congénitas, neoplasias malignas, tratamiento prolongado con corticoides, enfermedades respiratorias crónicas y la prematuridad. La sintomatología que se presenta en los niños, así como las pruebas complementarias habituales no difiere de los hallazgos encontrados en las neumonías de otras etiologías. Por este motivo se precisan de métodos diagnósticos específicos, tales como títulos de anticuerpos en suero, medios de cultivo, inmunofluorescencia indirecta o antígenos en orina. La mortalidad se estima en aproximadamente el 33% de los pacientes. Son factores de mal pronóstico: la infección nosocomial, los pacientes menores de 1 año, sobre todo neonatos, enfermedades de base o inmunodeficiencias y no recibir un tratamiento antibiótico específico precoz.

Caso clínico: Se trata de un niño de 2 años de edad afecto de síndrome de Down, que ingresó por dificultad respiratoria y diarreas de varios días de evolución, sin fiebre, tratado con aerosolterapia domiciliaria. En la exploración inicial presentaba distrés respiratorio moderado con subcrepitanes en ambos hemitórax. 72 horas después del ingreso, se inició tratamiento empírico con cefotaxima por empeoramiento clínico, fiebre y aparición un infiltrado alveolar bilateral en la radiografía de tórax. A pesar de ello el paciente evoluciona desfavorablemente precisando ingreso en la unidad de cuidados intensivos y ventilación mecánica de alta frecuencia. En UCIP, la antigenuria para legionella pneumophila fue positiva y se inició antibioterapia específica. El paciente fallece por fallo multiorgánico después de 11 días en cuidados críticos. El diagnóstico se confirmó en el estudio necrópico.

Conclusiones: Las referencias en la literatura de neumonías de la comunidad por legionellas en el niño son escasas. Y aun más raras las que cursan con evolución fatal.

Ya que tanto los síntomas, como la radiología y las pruebas complementarias habituales no permiten el diagnóstico etiológico de la enfermedad, ante un cuadro que no evoluciona favorablemente con tratamiento antibiótico empírico, se debe incluir esta etiología en el diagnóstico diferencial; sobre todo en pacientes con factores de riesgo, para poder iniciar de forma precoz un tratamiento específico.

P188**ESPONDILODISCITIS, REVISIÓN DE 3 CASOS****17:55**

Marta Velázquez Cerdà, Emma Barrera Segura, Ester Cañadell Yetano, Silvia Grau Montero, Dolores Soriano Belmonte, Cecilia Young Cecilia, María Socorro Uriz Urzainqui

Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: La discitis es una patología poco frecuente en pediatría y ocurre sobretudo en niños pequeños.

Método: Revisamos las historias de 2005-2006 de los niños ingresados por sospecha de espondilodiscitis, de las cuales en 3 se confirmó el diagnóstico.

Resultados: Estudiamos 3 casos, 2 niños y una niña, con una edad entre 3 y 10 años. El inicio de la clínica se había producido entre 12 horas y 2 semanas antes del ingreso. El motivo de consulta, en dos casos, era rechazo a la deambulación y, en el niño de 10 años, dolor lumbar. En sólo un caso se había detectado fiebre. No había leucocitosis y los hemocultivos fueron negativos en todos ellos. En la analítica destacaba elevación de la VSG en 2 de los pacientes, mientras que en el otro era normal. La radiografía era patológica al inicio en 2 de los niños. La gammagrafía y la TC resultaron diagnósticas en todos ellos y sólo se practicó RMN en uno. En un caso se evidenció osteomielitis iliaca derecha asociada, refiriendo el antecedente de traumatismo directo en dicha zona hacía un mes. Todos los pacientes recibieron tratamiento con amoxicilina-clavulánico inicialmente (entre 10 y 30 días) y posteriormente vo. La evolución clínica fue favorable con desaparición progresiva del dolor y normalización de la marcha. Radiológicamente presentan disminución del espacio intervertebral dos pacientes, con esclerosis de los bordes vertebrales, sin secuelas clínicas posteriores en todos ellos.

Conclusiones: Aunque se trata de una serie corta los resultados no difieren de lo descrito en la literatura. Llamar la atención que pueden aparecer otros focos de osteítis en otros huesos y recordar que la clínica puede ser muy inespecífica, lo que lleva a un retraso en el diagnóstico.

P189**ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO A****18:00**

María de las Mercedes Fariñas Salto, María del Mar Santos Sebastián, Alberto Parente Hernández, Elena Cidoncha Escobar, Ana Peñalba Citores, Javier Urbano Villaescusa, Héctor Avellón Liaño, María Luisa Navarro Gómez, Rosa Rodríguez Fernández, Teresa Hernández-Sampelayo Matos

Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La incidencia de la enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* está en aumento en los últimos 20 años. Se relaciona con infección severa y afecta a personas más jóvenes y sin factores de riesgo. La piel es la puerta de entrada más común. Presentamos 4 casos con diagnóstico de infección invasiva definitiva o probable por este microorganismo.

Resultados: *Caso 1:* niña de 2 años, vómitos, deposiciones dispepticas y convulsión febril. Estado de shock al ingreso. Tratamiento con cefotaxima y ampicilina empíricas. Cambio de esta última por clindamicina ante aislamiento en hemocultivo de estreptococo pyogenes. Exudado faríngeo positivo. Asociación de inmunoglobulina y corticoides intravenosos ante evolución a eritrodermia con descamación. Derrame pleural bilateral. *Caso 2:* lactante 16 meses, cuadro de 10 días de fiebre y síntomas catarrales. Asocia edema, eritema, dolor e inflamación de brazo derecho en las últimas horas. Ingresó con sospecha de fascitis necrotizante con afectación del estado general. Precisa fasciotomía y tratamiento con clindamicina, penicilina e inmunoglobulina intravenosa. Aislamiento en hemocultivo, exudado ótico y faríngeo de *S. pyogenes*. *Caso 3:* lactante de 8 meses con fiebre, cuadro catarral, exantema maculopapuloso generalizado. Placa inflamatoria en antebrazo izquierdo de horas de evo-

lución y aparición de petequias. Tratamiento inicial con cefotaxima al que se asocia clindamicina ante exudado faríngeo positivo. Progresión de lesiones tejidos blandos en extensión y profundidad. Requiere fasciotomías e inmunoglobulina intravenosa. Aislamiento en lesiones dérmicas de *S.pyogenes*. Hemocultivo estéril. **Caso 4:** lactante 14 meses con varicela. Asocia en las 12 últimas horas 2 lesiones negras en pie derecho, edema y dolor miembro inferior izquierdo y empeoramiento del estado general. Estado de shock al ingreso. Tratamiento con cefotaxima y clindamicina. Evolución a eritrodermia y descamación, eritema nodoso. Derrame pleural y neumonía. Osteomielitis Test rápido rectal a estreptococo positivo. Resto de cultivos estériles.

Conclusiones: Existen dos formas principales de presentación de enfermedad invasiva por *S.pyogenes*: shock séptico con afectación multiorgánica y fascitis necrotizante.

La inespecificidad de los signos y síntomas iniciales y su curso rápido, hace necesaria su sospecha y tratamiento precoz ya que mejora el pronóstico. El tratamiento de elección: penicilina y clindamicina.

P190 18:05 LA VARICELA Y SUS COMPLICACIONES COMO CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN

María de las Mercedes Busto Cuiñas, Ignacio Oulego Erroz, Carmen Curros Novo, Manuel Vázquez Donsion, J. Luis Iglesias Diz, Manuel Bravo Mata, Manuel López Rivas

Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Antecedentes y objetivos: La varicela es una enfermedad infecciosa benigna y autolimitada, aunque no exenta de riesgos. Describimos las complicaciones en niños hospitalizados por varicela y evaluamos la tendencia de las mismas.

Métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de niños de 0 a 15 años de edad ingresados por varicela entre 1996 y 2006. Analizamos las siguientes variables: distribución por edad, sexo y estacional, factores de riesgo, motivo de ingreso, tratamiento, días de hospitalización y evolución.

Resultados: Estudiamos 40 niños, 32 sanos y 8 inmunodeprimidos. Representan una incidencia acumulada de 4 casos/100.000 niños/año. Las complicaciones observadas han sido: sobreinfecciones bacterianas en 19 niños (47.5%): infecciones cutáneas (9 casos), neumonía (5), sepsis (4) y osteoartritis (1); en 6 niños (15%) se objetivó afectación del SNC (2 encefalitis, 2 cerebelitis y 1 meningitis); 4 niños presentaron trastornos hematológicos (2 CID y 2 trombopenia) y los 3 restantes otras complicaciones. Los pacientes inmunodeprimidos no presentaron ninguna complicación. La correlación complicaciones-edad constata que el 79% de las sobreinfecciones bacterianas ocurrieron en menores de 5 años, mientras que las complicaciones neurológicas y hematológicas (60%) predominaron en niños mayores de 5 años. El estreptococo beta-hemolítico del grupo A ha sido el germen aislado con más frecuencia en las sobreinfecciones bacterianas. Se administró aciclovir al 20% de los casos, antibióticos al 30% y aciclovir + antibióticos al 37.5%. No presentaron secuelas ninguno de los niños ingresados. La estancia media ha sido de 11 días (rango: 2-55). La distribución a lo largo de los años representa una curva bifásica con dos picos de incidencia: 1997-99 y 2004-06.

Conclusiones: 1. Las sobreinfecciones bacterianas, que constituyen la causa más frecuente de hospitalización (47,5%), son más frecuentes por debajo de los 5 años (79% de ellas), mientras que las complicaciones neurológicas y hematológicas afectan sobre todo a los mayores de esta edad. 2. Los niños inmunodeprimidos no presentaron complicación alguna.

P191 18:10 DISCITIS ¿UN DIAGNÓSTICO INFRECLENTE?

María Luisa Domínguez Quintero, Concepción González Fuentes, Belén Jiménez Crespo, Adrián García Ron, David Mora Navarro

Servicio de Pediatría del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La espondilodiscitis es una inflamación del disco intervertebral. Supone aproximadamente un 2% de las infecciones osteoarticulares en los niños y aparece generalmente en menores de 5 años, debido a que la vascularización de la placa terminal cartilaginosa en la interfase disco vértebra involuciona con la edad.

Material y métodos: Presentamos 5 casos recogidos en nuestro hospital en los últimos 5 años. Analizamos retrospectivamente distintas variables (edad, sexo, clínica de presentación, tiempo de evolución al momento del diagnóstico, datos analíticos más constantes, pruebas diagnósticas y tratamiento).

Resultados: La mayoría eran niños (3/5) y no superaban los 3 años. La clínica de presentación más constante fue la impotencia funcional e incapacidad para sedestación. Un caso se manifestó con dolor abdominal. El tiempo medio de evolución al diagnóstico fue un mes. En la clínica había fiebre en casi todos los casos El hemocultivo, serología (Brucella, Salmonella) y el Mantoux; negativos. VSG, PCR aumentados. Pruebas de imagen: la Radiografía: inespecífica siendo la prueba diagnóstica la RMN. La localización lesional más frecuente fue la lumbar. Como complicaciones asociadas se observó abscesos paravertebrales y paraespinales en 4 de los 5 casos, en uno de ellos el cuadro se inició como un absceso en región paravertebral con osteomielitis y discitis posterior. Como tratamiento de elección se empleó cloxacilina iv asociándose en 2 casos cefotaxima. El tiempo medio de tratamiento iv fue 18 días, completando con cloxacilina oral 15 días. Se usó corsé en la mitad de los casos. En todos los casos la evolución fue favorable.

Discusión: La espondilodiscitis es una entidad poco frecuente en pediatría lo que hace el diagnóstico difícil y tardío por la inespecificidad de la clínica. La etiología no es clara (traumática, inflamatoria y las más frecuente infecciosa (*S. Aureus*). Hemocultivos suelen ser negativos. Localización más frecuente lumbosacra. La RMN es diagnóstica en todos los casos, ¿diagnóstico precoz mejora el pronóstico? No existe acuerdo en cuanto al tratamiento de elección (ATB, vía de administración, duración...).

Conclusiones: Detección de un aumento en el número de casos en el último año. Edad media 2 años. Clínica de presentación inespecífica. Técnica diagnóstica de elección RMN. Pronóstico bueno aunque suelen persistir lesiones residuales.

NEUROLOGÍA

Sala 129 (Planta 1)

P192

17:00

ENFERMEDAD DE WERDNIG-HOFFMANN EN GEMELOS PREMATUROS

Amaya Rodríguez Serna, Esther Álvarez Bascones, Inés Hernández Salvador, Javier Fernández Aracama, Maite Labayru Echeverría, Ainhoa García Ribes, María Jesús Martínez González, José M. Prats Viñas

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

Lactante varón de 4 meses de edad cronológica, nacido tras gestación gemelar bicorial biarniótica de 32 semanas, que ingresa para estudio por hipotonía y polipnea. Los padres referían que estos síntomas estaban presentes desde el alta hospitalaria generando diversas consultas en su pediatra y en el Servicio de Urgencias, habiendo empeorado el último mes. Al nacimiento pesó 2040 gramos y permaneció ingresado 22 días, precisando presión positiva continua nasal durante 12 días, sin otras complicaciones. A la exploración física el peso era 6190 gramos. Tiraje intercostal con respiración abdominal, importante hipotonía de predominio cervicoaxial, impidiendo el sostén cefálico, y proximal de las 4 extremidades con postura en libro abierto. Movimientos espontáneos escasos preservando la movilidad distal de extremidades y de la musculatura facial, con buen contacto visual. Fasciculaciones en lengua, pares craneales normales y reflejos osteotendinosos abolidos. Dentro de las exploraciones complementarias la creatinquinasa estaba discretamente elevada y en el electromiograma (EMG) había una afectación neurógena.

Ante la sospecha diagnóstica de Atrofia muscular espinal (AME) o Enfermedad de Werdnig-Hoffmann, la existencia de un hermano gemelo genéticamente idéntico nos lleva a incluirle en el estudio. Éste presentaba una exploración menos florida, era un lactante más activo, con llanto enérgico, pero también se apreciaba una hipotonía cervicoaxial moderada, taquipnea y reflejos osteotendinosos ausentes. El EMG presentaba un patrón neurógeno.

Para la confirmación diagnóstica de la AME se solicita el estudio genético a ambos gemelos, detectando la delección homocigota en el exón 7 y 8 del gen SMN1 del cromosoma 5. Ambos padres eran portadores de dicha delección.

A pesar de tener un cuadro inicialmente más leve, el segundo niño diagnosticado fallece a los 5 meses de edad y su hermano a los 6 meses, ambos por insuficiencia respiratoria.

Comentarios: La AME es una enfermedad autosómica recesiva cuyo diagnóstico en gemelos es excepcional. Dado que la sintomatología estuvo presente desde el periodo neonatal, pensamos que en este caso el antecedente de prematuridad de los niños pudo ser en parte la causa del retraso en el diagnóstico.

P193

17:05

ESPONDILOCISTITIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Sonia Blázquez Trigo, Goizalde López Santamaría, Ansara Castillo Marcaláin, Ainhoa García Ribes, Amaia Sojo Aguirre, María Jesús Rúa Elorduy, María Jesús Martínez González, José M. Prats Viñas
Unidad de Neuropediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: La espondilodiscitis es una afección poco frecuente que ocurre mayoritariamente en niños de entre 1 y 5

años. Se caracteriza por una raquialgia de características inflamatorias, con limitación de la movilidad de la columna vertebral impidiendo en ocasiones la sedestación o deambulación del niño, y dolor a la presión de apófisis espinosas del área afectada. En algunos casos, sobre todo en los más evolucionados, puede haber compromiso medular manifestándose con piramidismo, paresia o incluso parálisis. La fiebre puede no estar presente, sobre todo en las formas de presentación subaguda. Las manifestaciones analíticas son inespecíficas. La localización habitual es el segmento lumbar de la columna vertebral y en segundo lugar el cervical.

Caso clínico: Lactante de 13 meses con cuadro de tortícolis de 7 días de evolución, precedido de proceso respiratorio. Afebril. La analítica, radiografías (tórax y cuello) y el escaner de cuello practicados de urgencia fueron normales ingresando para completar estudio. Ante la posibilidad de que se tratase de un proceso expansivo a nivel retrofaringeo o de fosa posterior se realizan resonancia magnética (RM) de cuello y fosa posterior, ambos normales. Se instaura tratamiento antiinflamatorio a pesar del cual clínicamente empeora con disminución de la fuerza al nivel de cintura escapular y musculatura cervical anterior, manteniendo el cuello en hiperextensión y siendo incapacidad de elevar la cabeza en prono. No presentaba limitación a la movilización lateral del cuello. El tono y la fuerza de extremidades inferiores eran normales siendo los reflejos muy vivos con babilinski espontáneo bilateral. Ante la sospecha de compromiso medular se inicia tratamiento con corticoide y se amplía el estudio de imagen con una RM de columna total que confirma el diagnóstico de espondilodiscitis a nivel D2-D3 iniciando el tratamiento con antibiótico. No se obtuvo diagnóstico microbiológico en el hemocultivo. La evolución fue favorable con recuperación completa a los 15 días del inicio del tratamiento.

Conclusiones: La espondilodiscitis es una patología a tener en cuenta en la práctica asistencial. El retraso en el diagnóstico es habitual dada la inespecificidad de la sintomatología. En nuestro caso, la localización tan atípica dificultó aún más la orientación y el manejo del caso.

P194

17:10

MIGRAÑA CONFUSIONAL. REVISIÓN DE TRES CASOS

Verónica Etayo Etayo, Fidel Gallinas Victoriano, Miren Oscoz Lizarbe, María Eugenia Yoldi Petri, Teodoro Durá Travé, Josune Hualde Olascoaga, Francisco José Gil Sáez, Eva Gembero Esarte, Ana Lavilla Oiz, Irene Garralda Torres

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

Introducción: La migraña confusional es una forma de migraña complicada de la infancia, que cursa con cefaleas y episodios confusionales recurrentes. Su mecanismo patogénico obedece a una alteración isquémica en los territorios dependientes de cerebrales posterior, media y vertebrobasilar. Predomina la sintomatología de afasia, trastornos visuales, desorientación, conducta inapropiada, agitación, amnesia, de curso transitorio y recuperación completa. Tiene un predominio en varones.

Casos clínicos: *Paciente 1:* Niño de 11 años. Antecedente dos años antes de trastorno de conducta, alteración del lenguaje y desorientación espacial tras traumatismo banal parietal izquierdo. Exploración: Glasgow 9; midriasis bilateral areactiva. Pruebas complementarias: analítica sanguínea, tóxicos en orina, TAC craneal y EEG: normales. Resolución completa en pocas horas

con amnesia del episodio. Dos años después presenta episodio de cefalea, visión borrosa de ojo izquierdo, desorientación y agitación de tres horas de evolución. Exploración: agitación psicomotriz. Resto normal. Pruebas complementarias: analítica sanguínea, tóxicos en orina y TAC craneal: normal. EEG: lentificación generalizada con normalización en controles posteriores. *Paciente 2:* Niño de 12 años. Antecedentes personales y familiares de migraña. Presenta cefalea, mareo, percepción de olores extraños y discurso confuso de cuatro horas de evolución. No episodios similares previos. No antecedente traumático. Exploración: lenguaje lento y confuso. Resto normal. Pruebas complementarias: analítica sanguínea, tóxicos en orina, TAC craneal y punción lumbar: normales; EEG: actividad focal intermitente temporal izquierda con normalización en controles posteriores. *Paciente 3:* Niño de 12 años. Antecedentes familiares de migraña. Presenta tras jugar un partido de fútbol, cefalea, disartria, parestesias en mano, desorientación espacial, movimientos incoordinados y agitación. No episodios similares previos. Exploración: agitación psicomotriz. Resto normal. Pruebas complementarias: analítica sanguínea, tóxicos en orina, TAC craneal y EEG: normales. Comentarios: La migraña confusional es una patología infrecuente en la infancia. Debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de los episodios confusionales agudos y recurrentes de la infancia. Los episodios pueden ser precipitados por traumatismos craneales banales. El EEG puede estar alterado, objetivándose normalización en controles posteriores.

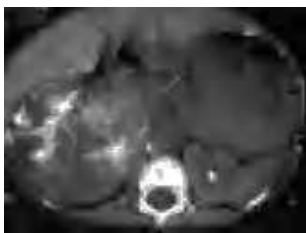
P195 17:15 ASOCIACIÓN ENTRE NEUROFIBROMATOSIS-I Y METÁSTASIS TUMORALES POCO FRECUENTES

Israel Valverde Pérez, Moisés Rodríguez González, Manuel Antonio Fernández Fernández, Isabel Martínez Carapeto, Luis Ruiz del Portal Bermudo, Marcos Madruga Garrido, Miguel M. Rufo Campos

Servicio de Neuropediatría del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La Neurofibromatosis tipo I (NF1) es una enfermedad genética con HAD, penetrancia completa y expresividad variable cuyo gen se localiza en el Cr17q11.2. En ocasiones presenta tumores derivados de las crestas neurales siendo excepcionales los Neuroblastomas (NB), en su mayoría en estadio IV, con mal pronóstico y asociados a herencia materna.

Caso clínico: Paciente que a los 6 meses de vida se detecta una masa hemiabdominal y manchas café con leche (MCCL). Madre y abuelo con MCCL sin otra clínica asociada. En TAC tumoración heterogénea y calcificada, con diagnóstico intraoperatorio de neuroblastoma metastático pulmonar y hueso frontal demostrado en la Gammagrafía, que precisó exéresis y quimioterapia.



En la actualidad, a la edad de 13 años, no se han evidenciado recidivas del NB; pero sí un cuadro de gran expresividad tanto dermatológica como en los neurofibromas múltiples radiculares lumbares que invaden retroperitoneo, pecas axilares y lesiones en ganglios basales. Adecuado progreso escolar y psicomotor.

Discusión: La incidencia elevada de niños con NB y defectos de la citoarquitectura cerebral ha llevado a postular la hipótesis de que el NB sería consecuencia de un defecto global del neurodesarrollo al asociarse a displasias corticales.

Se ha descrito la inactivación homocigota del gen NF1 en éstos casos, de acuerdo a la hipótesis del doble "hit" de Knudson. La agresividad de estos tumores se puede deber a amplificaciones del gen MYC, deleciones del gen 1p36 o adición del cromosoma 17q.

La hiperseñal de ganglios basales creemos debería incluirse entre los criterios diagnósticos como ya se apunta en diversos trabajos.

P196 17:20 TROMBOSIS DEL SENO VENOSO COMO COMPLICACIÓN DE OTITIS MEDIA AGUDA

Miren Oscoz Lizarbe, Verónica Etayo Etayo, Fidel Gallinas Victoriano, María Eugenia Yoldi Petri, Patricia Zardoya Santos, Teresa Molins Castiella, Silvia Souto Hernández

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

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 4 años diagnosticada de trombosis del seno venoso (TSV) transverso como complicación de una otitis media supurada.

Caso clínico: Niña de 4 años en tratamiento desde hace dos días con amoxicilina (80 mg/kg/día) por otitis media aguda derecha, que consulta por vómitos de 36 horas de evolución, decaimiento y cefalea frontal intensa en las últimas horas. *Exploración física:* regular estado general; oído derecho: tímpano hiperémico y abombado; exploración de fondo de ojo: edema de papila. *Pruebas complementarias:* analítica sanguínea: leucocitosis con neutrofilia; TAC craneal: trombosis del seno venoso transverso y sigmoide derecho y ocupación de celdillas mastoideas derechas. Hallazgos confirmados por resonancia magnética y angiografía. *Tratamiento y evolución:* ceftriaxona, dexametasona y heparina. Miringotomía y colocación de drenaje transtimpánico. Punciones lumbares evacuadoras que continúan a día de hoy, presentando una evolución satisfactoria.

Comentarios: La TSV es una complicación infrecuente de las otitis (2,5%). Otras causas de TSV son las coagulopatías, neoplasias, deshidratación, traumatismos, patología renal e infecciones de otro origen. La presencia de cefalea, vómitos y edema de papila en el contexto de una otitis media aguda nos debe hacer sospechar el diagnóstico. Es fundamental la instauración precoz del tratamiento para evitar secuelas neurológicas.

P197 17:25 VALORACIÓN DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN LA ATAXIA CEREBELOSA

Mercedes Neira Arcilla, María Rosón Varas, Laura Regueras Santos, María Soledad Prieto Espuñes

Servicio de Pediatría del Hospital de León.

Caso clínico: Niña de 3 años, que ingresa para estudio por inestabilidad en la marcha, de inicio brusco, de 4 ó 5 días de evolución, sin afectación de la conciencia ni otra clínica añadida salvo cuadro catarral acompañante. No contacto con tóxicos ni tratamientos. La exploración física es normal; exploración neurológica: distonía cervical hacia lado izquierdo, nistagmus

horizontal con la lateralización forzada de la mirada, leve hipotonía en hemisferio izquierdo, Barré positivo en brazo izquierdo, dismetría y disdiadococinesia izquierda, marcha inestable con aumento de la base de sustentación y lateralización hacia la izquierda y prueba de Romberg negativa.

Se realizó: analítica general, LCR, fondo de ojo, EEG (en vigilia) y TAC cerebral que resultaron normales. En la RMN cerebral (incluido neuroeje) se observó una imagen tumoral en pedúnculo cerebeloso izquierdo, con extensión a protuberancia y probable implante tumoral en bulbo. Ante sospecha de tumor cerebeloso se decide traslado al servicio de neurocirugía infantil de nuestro centro de referencia, realizándose craniectomía de fosa posterior, toma de biopsia que no demuestra células tumorales y se pauta corticoterapia durante 2 semanas. Aproximadamente a los 12-15 días del inicio del cuadro clínico comienza su resolución hasta quedar asintomática. En el control evolutivo se realiza una RMN (al mes) informando del menor tamaño del foco en pedúnculo, sin edema, sin realce tras el contraste y de otro foco de alteración en la señal en vermis, con intenso realce tras el contraste. Continúa asintomática. La RMN es normal a los tres meses.

Comentarios: nos encontramos ante una ataxia cerebelosa, cuya causa más frecuente es la cerebelitis postinfecciosa aguda. En nuestro caso se trata de una "hemisferitis" sobre la que poco se ha publicado. No existe un tratamiento específico, siendo cuestionable la respuesta a los corticoides, ya que el pronóstico es bueno aún sin tratamiento. Ante una imagen "inflamatoria" en la RMN sea uni ó bihemisférica se podría mantener una actitud expectante, si lo permite el estado clínico. La realización de RMN ante la sospecha de cerebelitis se viene haciendo desde hace, relativamente, poco tiempo, por lo que sus resultados han de ser valorados cuidadosamente antes de hacer un diagnóstico que nos lleve a una praxis más invasiva.

P198 17:30 ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES EN SU DIAGNÓSTICO

Noemí Martínez Espinosa, Marta del Toro Codes, Isabel Leiva Gea, Concepción Sierra Corcoles, Rafael Parrilla Muñoz, Jesús de la Cruz Moreno

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Encefalomiélitis aguda diseminada (EAD) y esclerosis múltiple (EM), enfermedades inflamatorias y desmielinizantes del SNC, son entidades raras en pediatría de complejo diagnóstico dada su variada expresión clínica y la ausencia de marcadores específicos.

Objetivo: Similitudes y diferencias clínicas, neurorradiológicas y evolutivas en dos pacientes con EM y uno con EAD.

Resultados: *Caso 1 (EAD).* Paciente de 5 años con pérdida de fuerza en mmii. Proceso pseudogripal en días previos. Clínica piramidal. PEV, LCR, EEG sin alteraciones. RMN cerebral: lesiones desmielinizantes multifocales que no captan gadolinio. Se instaura tratamiento con dexametasona con remisión clínico-radiológica completa sin recaídas en 4 años. *Caso 2 (EM).* Niña 13 años. Presenta clínica cerebelosa. EEG: normal. PEV alterados. RMN: múltiples lesiones desmielinizantes asimétricas supra e infratentoriales, también en tronco y médula cervical que captan gadolinio. Tratamiento con prednisona con remisión clínica. Re-

caída: a los 6 meses nuevo brote. Control RMN cerebro/medular: múltiples focos desmielinizantes con diferente captación de gadolinio. LCR: índice IgG/albumina aumentado. PEV patológicos. Brotes sucesivos en el tiempo. *Caso 3 (EM).* Niña de 12 años de edad con afectación de pares craneales (oculomotores/facial). Seis meses antes sufre crisis convulsiva generalizada con EEG patológico, iniciando tratamiento con ácido valproico. LCR y EEG sin alteraciones. RMN: focos desmielinizantes supra e infratentoriales con captación diferencial de gadolinio. Recaída al año con aparición de nuevas áreas desmielinizantes en RMN. Curso evolutivo posterior en brotes.

Conclusiones: 1. EAD y EM muestran características comunes en su presentación clínica y neurorradiológica, dificultando su diagnóstico en las primeras manifestaciones de la enfermedad; siendo su evolución en el tiempo lo que proporcionará el diagnóstico de certeza y su pronóstico. 2. RMN: técnica muy sensible en la detección de lesiones en sustancia blanca aunque con baja especificidad.

P199 17:35 INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO: UN MOTIVO DE CONVULSIÓN QUE NO SE DIAGNOSTICA SI NO SE SOSPECHA

Ana Rodríguez González, Patricia Barros García, Amparo López Lafuente, Mercedes Herranz Llorente, María Concepción Surrribas Murillo, Primitivo Utrabo Vallejo, María José López Rodríguez, Valentín Carretero Díaz

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

Introducción: El monóxido de carbono (CO) es un gas incoloro, inodoro, insípido, no irritante para la vía aérea, y por tanto potencialmente letal. Se produce por la combustión incompleta de los hidrocarburos y su fuente principal es el funcionamiento inadecuado de motores, calderas, estufas de gas, braseros y el humo de los incendios. En España se producen unas 2500 intoxicaciones/año, de las cuales el 3-4% son mortales. La incidencia en niños es 15-30% de todos los casos y supone el 1,5-2% de todas las intoxicaciones infantiles, representando el 84% de las intoxicaciones letales en < 10 años. Las concentraciones de COHb > 10% producen manifestaciones muy variadas (náuseas, vómitos, cefalea, irritabilidad, dolor precordial). COHb > 60% se asocia a convulsiones, coma y > 80% a muerte. Diagnóstico: determinación de COHb. Tratamiento: oxígeno al 100%.

Caso Clínico: Niña de 11 años que viendo la televisión a las 23:00 h., presenta sensación de mareo, pérdida de conciencia con movimientos tónico-clónicos generalizados y trismus de 5 minutos de duración. En el traslado al hospital, un episodio de similares características. En Urgencias presenta agitación, sudoración y refiere dolor torácico, posteriormente cefalea. Exploración: T^º: 36,5°C. TA: 123/78 mmHg. FC: 130 Glasgow 15. Exploración general y neurológica normal. PC: Hemograma: hematíes: 6,09 millones/mm³, Hb 15 g/dl, Hto 45%, resto normal. ECG: taquicardia sinusal. Bioquímica, gasometría y Rx tórax normales. Reinterrogando a la familia, refieren que los padres y hermanos estaban viendo la televisión en el salón de la casa, y la niña viendo una película en la cocina, con la puerta cerrada. Calefacción con gas ciudad (caldera en la cocina). COHb: 37,3% (a los 50 minutos de las crisis). Tratamiento: Oxígeno en gafas nasales. Desaparición de la sintomatología. Normalización analítica progresiva hasta COHb 0%. A las 48 horas

presenta varios episodios de sensación de mareo de segundos de duración. IRM normal. EEG: focalidad izquierda Posteriormente asintomática.

Comentarios: La intoxicación por CO suele ser infradiagnosticada ya que la familia generalmente no lo sospecha, no siempre afecta a varios miembros y los síntomas iniciales son inespecíficos y a veces coinciden con los de otras patologías. La importancia de realizar una exhaustiva historia clínica, como siempre, nos puede dar fácilmente el diagnóstico, y por lo tanto el tratamiento adecuado.

P200 17:40 TELANGIECTASIAS CONJUNTIVALES, SINLO GUÍA DEL SÍNDROME DE LOUIS BARR

María Cobelas Cobelas, Eva González Colmenero, María Suárez Albo, María Luisa González Durán, Manuel Óscar Blanco Barca, José Antonio Calviño Castañón, Alfredo Currás Filgueira, Alfonso Iglesias Castañón, María Jesús Sobrido Gómez, M. Teresa González Martínez

Sección de Neuropediatría del Servicio de Pediatría y Servicio de Radiología y MEDTEC del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra) y Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica, Santiago de Compostela (A Coruña).

Introducción: La Ataxia-Telangiectasia (AT), enfermedad neurodegenerativa, autosómica recesiva, con manifestaciones multisistémicas que incluyen trastornos motores, telangiectasias oculocutáneas, inmunodeficiencia progresiva, infecciones senopulmonares crónicas, riesgo elevado de cáncer linfocítico e hipersensibilidad a las radiaciones ionizantes. Su presentación es infrecuente, con una prevalencia menor de 1/10⁵ habitantes. Está causada por una mutación en el gen ATM que codifica una proteína implicada en el control del ciclo celular y reparación del ADN.

Caso clínico: Varón de 5 años, hijo de padres consanguíneos en 2º grado, con antecedente de retraso del desarrollo psicomotor, hipotonía e historia de infecciones ORL frecuentes. En la exploración, destaca un retraso ponderoestatural, telangiectasias conjuntivales y discretas en pabellones auriculares, marcha inestable con aumento de la base de sustentación, Romberg negativo, imposibilidad para el apoyo monopodálico y para la marcha en tándem, ligera disimetría, lenguaje disártrico y dislálico, así como una discreta apraxia oculomotora. Entre las exploraciones complementarias destaca una anemia ferropénica, inmunodeficiencia humoral y celular (déficit de IgA, IgG₂, IgE, y linfocitos CD₄), elevación marcada de alfafetoproteína (127 ng/ml, normal <12), con antígeno carcinoembrionario normal. En la RM cerebral destaca una atrofia evolutiva de vérmix y de hemisferios cerebelosos. En el estudio de inestabilidad cromosómica destaca la presencia de múltiples translocaciones (incluyendo la t14,7) e inversiones. Estudio genético molecular (Cr11q22-23) pendiente de resultado.

Discusión: El diagnóstico de AT es inequívoco una vez presentes la mayoría de signos clínicos, si bien es posible realizar un diagnóstico precoz, y por tanto preventivo de sus complicaciones infecciosas o tumorales, mediante la determinación de alfafetoproteína y marcadores de inmunidad humoral y celular, por lo que se debería incluir su determinación ante todo paciente con clínica de ataxia crónica. Aunque no existe un tratamiento curativo para la AT, su diagnóstico temprano es importante para los cuidados paliativos y el consejo genético, ya no

solo por un posible futuro hermano afecto, sino que además, el estado de portador (padres) predispone a un mayor riesgo de carcinoma.

P201 17:45 NEUROBORRELIOSIS SIN ANTECEDENTE DE PICADURA DE GARRAPATA

Raquel Toba de Miguel, Mireia Crehuet Almirall, Carmen Almuiña Simón, Alba Manjón Herrero, María Esther Vázquez López, José Luis Fernández Iglesias
Hospital Xeral-Calde, Lugo.

Introducción: La enfermedad de Lyme está producida por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi* transmitida al ser humano a través de la picadura de una garrapata infectada de la especie *Ixodes*. En ocasiones son las larvas de la garrapata las que transmiten la enfermedad. Las manifestaciones clínicas se dividen en tres estadios desde el punto de vista cronológico: enfermedad localizada precoz, enfermedad diseminada precoz y tardía.

Caso clínico: Presentamos un caso de una niña de 12 años que consulta por fiebre y cefalea de 4 días de evolución. En la exploración física no se observan lesiones cutáneas y presenta rigidez de nuca. Pruebas complementarias: LCR con 1500 leucocitos (N1%; L99%), proteína 102 mg/dL y glucosa 47 mg/dL; serología a *Borrelia*: negativa en LCR y positiva (IgM + e IgG-) en suero por ELISA y confirmado por Western Blot. Con el diagnóstico de meningitis por *Borrelia* se inicia tratamiento con ceftriaxona im durante 21 días, estando la paciente asintomática en controles posteriores.

Conclusiones: La meningitis por *Borrelia* puede imitar a una meningitis vírica, existiendo importantes diferencias en el tratamiento entre ambas. Habrá que sospecharla ante casos de meningitis, con duración prolongada de los síntomas, con elevado componente linfocítico en LCR y niveles elevados de proteína. Es importante tener un alto índice de sospecha dado que la neuroborreliosis puede aparecer sin un antecedente de picadura de garrapata claro y sin el patognomónico eritema migrans. Si el tratamiento no es el adecuado o su duración es escasa abocaremos al paciente a presentar graves secuelas neurológicas.

P202 17:50 DISTROFIA MUSCULAR - UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO

Raquel Guedes, Ermelinda Ferreira, Roseli Gomes
Unidad de Neuropediatría del Servicio de Pediatría del Hospital Pedro Hispano, Matosinhos (Portugal).

Introdução: A distrofia muscular das cinturas tipo 2I (LGMD2I) é uma patologia rara, de transmissão autossómica recessiva, que resulta de uma mutação ao nível do gene FKRP (fukutin-related-protein), responsável pela codificação da glicosil-transferase FKRP. A maioria destes pacientes apresenta um curso clínico semelhante à distrofia muscular de Becker, mantendo a marcha até à idade adulta, mas outros apresentam um curso semelhante à distrofia muscular de Duchenne (DMD), perdendo a marcha nos primeiros anos de vida. Uma vez que se trata de uma patologia rara, é essencial um elevado índice de suspeição para o diagnóstico.

Caso clínico: Criança, sexo masculino, 5 anos de idade, seguido desde os 17 meses de idade em consulta de Ortopedia

por queda fácil e claudicação da marcha. Aos 3 anos de idade foi referenciado à consulta de Pediatria por má evolução estatura-ponderal. No decorrer da sua investigação efectuou estudo analítico que revelou um aumento das transaminases e CK, pelo que foi orientado para consulta de Neuropediatria por suspeita de doença neuromuscular. Associada a queda fácil, a criança apresentava dificuldade em subir escadas e em levantar-se do chão.

Ao exame neurológico apresentava marcha balanceante, Gower discreto ao levantar-se do chão, diminuição da força muscular proximal, hipertrofia dos gémeos e lordose marcada. O restante exame neurológico era normal. Analiticamente mantinha valores muito elevados de CK. Realizou estudo molecular para DMD por suspeita de distrofia muscular de Duchenne que foi negativo. Efectuou biopsia muscular que foi compatível com distrofia muscular, apresentando um estudo imuno-histoquímico do músculo normal. O estudo do gene FKRP para distrofia muscular das cinturas revelou heterozigotia composta para as mutações c.826C >A e c. 1219T > G do respectivo gene, concluindo tratar-se de uma distrofia das cinturas tipo 2I. Trata-se de uma caso heterozigótico esporádico e o estudo dos pais permitiu demonstrar que as referidas mutações são alélicas. Actualmente, aos 6 anos de idade, a criança encontra-se clinicamente estável, sem agravamento da marcha.

Comentário: Uma mutação pontual isolada no gene FKRP-L276I (c. 826C > A) tem sido identificado na grande maioria dos afectados com LGMD 2I. A homozigotia para a mutação é reponsável por um quadro moderado, enquanto a heterozigotia composta verificada neste caso clínico parece estar associada a um pior prognóstico.

P203 17:55

SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ: A REALIDADE DE UM CENTRO HOSPITALAR

Maria José Dinis, Fátima Santos
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.

Introdução: O Síndrome Guillain-Barré é uma polineuropatia desmielinizante aguda inflamatória de natureza auto-imune. O objectivo do trabalho foi caracterizar as crianças internadas com esta doença analisando diversas variáveis que nos pudessem ser úteis no diagnóstico e abordagens futuras.

Métodos: Revisão retrospectiva dos processos clínicos das crianças com menos de 16 anos internadas com o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré no período compreendido entre 1 Janeiro de 2000 e 31 Dezembro de 2006. Avaliou-se: idade, sexo, distribuição anual e sazonal, factores de risco associados e etiologia provável, forma de apresentação clínica, alterações nos exames auxiliares de diagnóstico, tratamento e evolução.

Resultados: Estudamos 7 casos, 4 do sexo masculino, entre os 2 e 10 anos de idade. Em 71% dos doentes a infecção respiratória ou gastrointestinal precedeu o quadro. O agente mais frequentemente implicado foi o *Campylobacter jejuni*. Todos apresentaram alterações motoras (arreflexia e parésia flácida), 5 alterações sensitivas e 3 envolvimento dos pares cranianos. Em 3 casos a forma de apresentação foi atípica. Cinco crianças tinham dissociação albumino-citológica, com uma concentração de proteínas que variou entre os 54,9 e 182,9

mg/dl. A electromiografia foi realizada em 4 crianças e confirmou o diagnóstico em 3, mostrando em todas uma polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda. Todas foram tratadas com imunoglobulina, com boa evolução clínica, recuperando sem sequelas. O tempo de internamento médio foi de 10 dias e à altura da alta a maioria apresentava incapacidade funcional moderada.

Discussão: Esta casuística mostrou que nem sempre a forma de apresentação é a típica, implicando um índice de suspeição elevado de modo a um diagnóstico e tratamento precoces que impeçam a progressão da doença para formas graves e irreversíveis.

A punção lombar e a electromiografia mostraram ser bons auxiliares de diagnóstico.

Tal como descrito na literatura na maior parte dos casos a doença foi precedida de infecções e o agente mais comum o *Campylobacter jejuni*.

P204 18:00

ANOMALÍAS CONGÉNITAS DE LOS PARES CRANEALES. ESTUDIO DE UNA FAMILIA

María del Pilar Martín-Tamayo Blázquez, Cristina Cáceres Marzal, Julián Vaquerizo Madrid, Santiago Miguel Fernández Hernández, Enrique Galán Gómez

Unidad de Neuropediatria y Unidad de Genética del Hospital Materno Infantil de Badajoz.

Introducción: Las anomalías congénitas del tronco cerebral pueden afectar a cualquiera de los pares craneales, de manera tanto aislada como combinada. Dentro de estas anomalías congénitas destacamos la parálisis facial congénita hereditaria que afecta exclusivamente al VII par craneal y el Síndrome de Moebius que se caracteriza por parálisis facial generalmente asociada a parálisis del VI par craneal, que en la mayoría de los casos son esporádicos aunque se han descrito herencias autonómica dominante, autonómica recesiva y ligada al X.

Caso clínico: Varón que presentó al nacimiento hipotonía axial con facies miopática, trastorno de la deglución y contractura de dedos. En ese momento se diagnosticó de miopatía congénita inespecífica. Posteriormente presentó hipoacusia neurosensorial bilateral grave. A los 8 años es valorado en nuestra consulta donde se detecta una parálisis del VII, IX y X par craneal sin afectación oculomotora. Valoramos también a sus dos hermanos gemelos de 4 años de edad y a la madre. El primer gemelar es un varón pretérmino de 37 semanas de edad gestacional que presentó al nacer hipotonía, facies inexpressiva, succión débil e hipoacusia neurosensorial grave y que actualmente presenta parálisis del VII, VIII, IX, X y XII par craneal. Su hermana gemela también presentó al nacer hipotonía, facies inexpressiva, trastornos de la succión e hipoacusia neurosensorial grave y en la actualidad tiene afectados el VII, VIII, IX, X par craneal. La madre de 40 años en el momento actual presenta hipoacusia para sonidos agudos bilaterales y afectación leve del VII, IX y X par craneal.

Conclusiones: Creemos que nuestros casos podrían corresponder a una forma familiar del Síndrome de Moebius, pese a que ninguno de ellos presenta parálisis del VI par craneal. Destacamos el amplio espectro de afectación clínica, y la estabilización de los síntomas en las formas familiares, cuyo origen podría estar en un trastorno complejo del desarrollo del troncoencefalo.

P205 18:05 FACTORES DE RIESGO DE RECIDIVA DE LAS CRISIS ÚNICAS

Pilar Caro Aguilera, Bárbara C'Sanyi, Elías Tapia Moreno, Jacinto Martínez Antón, Antonio Jurado Ortiz

Unidad de Neuropediatría del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: En la población general, del 3 al 10% van a presentar una crisis convulsiva, afebril. Se ha tratado de establecer factores de riesgo de recidiva como son la edad, los antecedentes familiares (AF) de epilepsia, las alteraciones neurológicas, la etiología y el tipo de las crisis, la recurrencia en las primeras 24 horas y los hallazgos en el electroencefalograma (EEG).

Objetivo: Evaluar nuestra casuística de los casos de crisis únicas tratados según un protocolo basado en la presencia de factores de riesgo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos de crisis única ingresados en nuestro hospital desde abril 2003 a abril 2006.

Resultados: Se recogieron un total de 64 casos. El 67,2% eran mujeres. La edad media al ingreso fue de 6,05 (\pm 3,28) años, el 9,4% menores de 2 años. El 35,9% de las crisis se produjeron durante el sueño. Fueron generalizadas (G) el 42,2%, parciales simples (PS) 7,8%, parciales complejas (PC) 10,9% y parciales secundariamente generalizadas (PSG) 39,1%. Antecedentes personales de patología neurológica se identificaron en el 26,6% y AF de epilepsia, en el 39,1%. Fueron sintomáticas el 14,1% de las crisis. EEG de vigilia anormal en el 32,8%, EEG de privación lo elevó ese porcentaje a 59,1%. Inició tratamiento anticomitial el 23,4% tras la primera crisis. Las crisis recurrieron más en los menores de 2 años (33% frente a 19%), las sintomáticas (44,4% frente a 16,6%), las PSG (24% frente a PS 20%, PC 14%, G 19%), los casos con EEG patológicos (26,7% frente a 14,3%), en los niños tratados (40% frente a 14,6%) y fue similar respecto a los AF, la exploración neurológica anormal y la recurrencia en las primeras 24 h.

Conclusiones: En nuestra serie, los factores de riesgo de recidiva han sido: crisis PSG, menores de 2 años, crisis sintomáticas, las que mostraron alteraciones en el EEG de vigilia o de privación y crisis tratadas inicialmente. Por otra parte, no hemos encontrado mayor recurrencia relacionada con los AF, la exploración neurológica anormal y la recurrencia en las primeras 24h. Dada la baja incidencia de recurrencia y los efectos secundarios de los fármacos antiépilépticos, debe reducirse la indicación de tratamiento a aquellos pacientes con factores de riesgo comprobados.

NEFROLOGÍA

Sala 130 (Planta 1)

P206 17:00 HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR EN EL SÍNDROME DE ALAGILLE

Ángela Tabera Tolmo, María Dolores Rodrigo Jiménez, Diego de Sotto Esteban, Susana Colomar Crillesen, Javier Pueyo Mur, Daniel Hervás Masip

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca (Balears).

Introducción: La hipertensión renovascular es una asociación infrecuente en el síndrome de Alagille (SA). Presentamos dos

hermanos con SA e hipertensión renovascular secundaria a estenosis arterial renal.

Casos clínicos: *Caso 1:* Niña de 5 años diagnosticada al mes de vida de SA. A los 4 años de edad, se detecta TA > p95 para su edad y talla. En el estudio de hipertensión realizado destaca: DMSA: riñón izquierdo con función del 31% y rectificación de su cortical e hiperreninemia >34.9ng/ml/hr. Precisa para el control de su hipertensión tratamiento con 3 fármacos a dosis elevadas (IECA, antagonista del calcio y ARA-II). Se realiza angio TAC, confirmándose estenosis significativa de la arteria renal izquierda y del tronco celiaco, por lo que se programa angioplastia percutánea para dilatación de arteria renal con balón de contrapulsación vía femoral. Como complicaciones presenta aneurisma traumático femoral y hematoma perirrenal. De esta manera, se consigue mejor control de las cifras tensionales precisando actualmente dosis menores de amlodipino y losartán con normalización de los niveles de renina plasmática. Está previsto control de angioTAC en 6 meses. *Caso 2:* Niño de 7 años de edad diagnosticado de síndrome de Alagille a los 2 años de vida. Se detecta HTA a los 6 años de edad con TA > p95. En el estudio de hipertensión realizado destaca: DMSA: riñón izquierdo con función del 50% y deformidad en la cortical externa e hiperreninemia >31,2 ng/ml/hr. Al igual que su hermana precisa tratamiento con 3 fármacos a dosis elevadas (IECA, antagonista del calcio y ARA-II). En el angioTAC se objetiva estenosis de la arteria renal derecha. Se realiza angioplastia percutánea para dilatación de arteria renal sin complicaciones. Actualmente precisa dosis menores de amlodipino y losartán y normalización de los niveles de renina plasmática.

Discusión: Aunque la hipertensión renovascular es infrecuente en estos pacientes es un factor determinante de su morbimortalidad. El manejo farmacológico de dicha hipertensión es difícil, siendo necesaria la realización de angioplastia percutánea. La edad y parámetros antropométricos de nuestros pacientes limita la colocación de un dispositivo intravascular tipo stent por lo que posiblemente serán necesarias nuevas dilataciones de las arterias renales en el futuro..

P207 17:05 TRASPLANTE HEPATORENAL EN PACIENTES CON HIPOXALURIA TIPO I

Gemma Pont Tusset, Mar Miserachs Barba, María del Mar Reyné Vergeli, Luis Enrique Lara Moctezuma, Ramón Vilalta Casas, Álvaro Madrid Aris, Sara Chocrón Gabizón, José Nieto Rey

Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La hiperoxaluria primaria tipo I, alteración producida por la ausencia o defecto funcional de la enzima hepática: alanina: glioxilato aminotransferasa (AGAT), que conlleva a la Insuficiencia renal crónica terminal como organo diana de esta alteración hepática, es para ello vital un trasplante doble (hepato-renal), cuando el tratamiento medico falle.

Objetivo: Mostrar la evolución de dos pacientes con trasplante hepato-renal efectuados en nuestro servicio durante los años 2000-2002.

Material y metodos:

Pacientes	1 varón	2 varón
Motivo estudio	Dolor abdominal	Deshidratación
Edad diagnostico	7 años	6 años
Oxaluria (n = 3-90 mmol/ mmol creat)	750	621,5
Urolitiasis	Sí	Sí
Nefrocalcinosis	Sí	Sí
Funcion Renal (ml/min/1,73m2)	< 10	IRA
Actitud al diagnostico	Hemodialisis	Litotricia / hemodialisis
Biopsia Hepática	Def. completo AGAT	Def. completo AGAT
Tratamiento	Trasplante H/R 8 años	Trasplante H/R 7 años
Años seguimiento	7 años	5 años
Oxaluria / glicolato	62,4 / 44,3	33,08 / 9,8
Filtrado glomerular	63,59	62,0

Discusión: 1) Cuando se diagnostican precozmente, el tratamiento con piridoxina y citrato puede disminuir la síntesis de oxalato y su insolubilidad. 2) Pero cuando el diagnóstico es tardío y/o el déficit es completo el trasplante hepato-renal es inevitable. 3) El trasplante renal aislado no es una opción por recurrencia de la enfermedad en el injerto. 4) El trasplante debe realizarse en fase de insuficiencia renal preterminal para evitar el depósito tisular de oxalato. 5) Podemos decir que nuestros pacientes tienen una evolución muy satisfactoria.

P208**HIPERCALCEMIA IDIOPÁTICA INFANTIL. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS**

María Elena Cabezas Tapia, Alberto Vidal Company, Olga García Mialdea, Ana Pérez Pardo, Lourdes García Villaescusa, Jorge Víctor Sotoca Fernández, María Mayordomo Almendros, Ana María Correas Sánchez, José Manuel Siurana Rodríguez, María Terrasa Nebot

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Albacete.

Introducción: La hipercalcémica idiopática infantil (HII) es una causa rara de hipercalcemia en el primer año de vida. Se presenta con clínica de hipercalcemia en lactantes entre 3 y 7 meses. En el diagnóstico diferencial se debe considerar el síndrome de Williams y la intoxicación por vitamina D.

Caso clínico: *Caso 1.* Niño de 5 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, diagnosticado de nefrocalcinosis bilateral a los 7 meses en el contexto de hematuria macroscópica. No antecedente de vitaminoterapia. Exploración física al ingreso normal, sin fenotipo de síndrome de Williams. En el estudio de orina de 24 horas: filtrado glomerular 54,3 mL/min/1,73 m², calciuria 8 mg/kg/d y resto normal (uricosturia, reabsorción tubular de fosfato, excreción fraccional de sodio, excreción fraccional de potasio, beta-2 microglobulinuria, excreción fraccional de cloro, citraturia, cistinuria, oxaluria, glicolicosuria, ácido glicérico en orina y aminociduria). Analítica sanguínea: hemograma normal, Ca 10,8 mg/dL (Ca iónico 1,26 mmol/L), metabolitos de la vitamina D normales, PTH sérica baja, hormonas tiroideas normales y resto de la bioquímica normal. Ecografía renal: nefrocalcinosis bilateral afectando a todos los grupos caliciales y pelvis. Tratamiento con fórmula con bajo contenido en calcio y tiazidas. Litotricia a los 2 años y 3 meses que se complicó con dolor abdominal de tipo cólico y fiebre. *Caso 2:* Lac-

tante varón de 1 año de edad diagnosticado de nefrocalcinosis bilateral a los 4 meses de edad al realizar ecografía renal por estudio de ectasia renal prenatal.

Sin antecedente de vitaminoterapia. Exploración física normal. Analítica al ingreso: hemograma normal, calcio 11'3 mg/dL (Ca iónico 1'33 mmol/L), PTH en límite bajo, calcitonina y 1-25 dihidroxivitamina D en suero normales, 25 hidroxivitamina D en suero aumentada. (89,3 ng/mL). En estudio de orina de 24 horas: filtrado glomerular 140 ml/min/1,73 m², calciuria de 11,7 mg/kg/d, beta2-microglobulina <0,22 mcg/ml y resto normal. Dieta baja en calcio y vitamina D.

Comentarios: Ante un lactante con nefrocalcinosis la exploración física, el estudio de la función renal y la bioquímica orina de 24 horas, junto con los hallazgos de PTH en límite bajo y aumento de calcemia nos orienta a la etiología de las litiasis. En el tratamiento se incluye la restricción de alimentos ricos en calcio, corticoides, calcitonina, celulosa fosfato y tiazidas.

P209**ENURESIS NOCTURNA Y EDUCACIÓN EN EL CONTROL ESFINTERIANO**

María Blanca Herrero Mendoza, María Rosón Varas, Laura Regueras Santos, Raquel Álvarez Ramos, Ignacio Ledesma Benítez, Cristina Iglesias Blázquez, Luis Miguel Rodríguez Fernández, José Manuel Marugán de Miguelsanz, Santiago Lapeña López de Armentia, María Teresa Palau Benavides Hospital de León.

Objetivo: Conocer la influencia de la educación del control de esfínteres en el desarrollo de enuresis nocturna en una población no seleccionada.

Material y métodos: Los padres de 170 niños con enuresis nocturna (62,5% varones) y de 1.085 niños que ya habían alcanzado el control nocturno del esfínter vesical (50,1% varones), todos con al menos 6 años de edad, participantes en una encuesta realizada en centros escolares de nuestra provincia, fueron interrogados sobre la educación de sus hijos en el control de esfínteres: conocimiento de la edad del control y origen de la información al respecto, intentos de enseñar al niño dicho control y si la enseñanza se ha hecho con disciplina/tolerancia, si se han utilizado premios o castigos, y edad a la que se inició dicha educación. Se consideró enuresis nocturna: la existencia de al menos un episodio mensual de incontinencia urinaria nocturna. El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el test "chi" cuadrado para comparar variables cualitativas, y el test "t" de Student para las cuantitativas.

Resultados: Los padres de los niños enuréticos ignoraban con más frecuencia que el resto de los padres a qué edad debe esperarse el control de esfínteres (20,7% vs 10,2%) (p < 0,01), siendo más probable el desarrollo de enuresis entre los hijos de padres que desconocían este dato (Odds Ratio: 1,95. IC 95%: 1,28-2,95. p = 0,001). La edad media de inicio de la educación en el control esfinteriano fue significativamente más elevada entre los niños que padecían enuresis nocturna que en el resto de los niños (20,87 ± 9,37 meses vs 17,56 ± 6,19 meses, p < 0,001). El porcentaje de padres que intentó enseñar a sus hijos el control de esfínteres y el tipo de educación utilizada fueron, sin embargo, similares en los dos grupos estudiados.

Conclusiones: En población no seleccionada, el desarrollo de enuresis parece relacionado con el desconocimiento de los padres sobre la edad esperada de control esfinteriano, y con un

17:15**17:10**

inicio más tardío de la educación de los niños en la adquisición de dicho control.

P210 17:20 RAQUITISMO SEVERO SECUNDARIO A ACIDOSIS TUBULAR DISTAL

Raquel Díaz Conejo, Sonsoles Galán Arévalo, María Ángeles Fernández Maseda, Carmen María Martín Delgado, Alicia González Jimeno, Vanesa Losa Frías, Irene Ortiz Valentín, María Herrera López, Beatriz Martín-Sacristán Martín, María Dolores Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: La acidosis tubular tipo I (ATD) se produce por defecto en la acidificación urinaria distal. Cursa con acidosis metabólica hiperclorémica e hipopotasemia. La patogenia del raquitismo en la ATD es multifactorial: efecto directo de la acidosis sobre la mineralización ósea y activación de vitamina D, y la deplección secundaria de fósforo.

Caso clínico: Niño de 5 años, procedente del Sáhara que ingresa por distrofia severa. Padre sanos consanguíneos, 2 hermanos fallecidos. AP: Desde el mes de vida presenta retraso ponderal. Diagnosticado a los 2 años en Argelia de acidosis tubular distal, ha realizado tratamiento de forma muy esporádica. Exploración: Peso 8,5 Kg, talla 80 cm. Regular estado general, desnutrición importante, signos musculoesqueléticos muy floridos de raquitismo; no deambulación. ACP: taquipnea, tiraje sub e intercostal. Resto normal. Pruebas complementarias: hemograma: anemia ferropénica, Gasometría: PH: 7.26, HCO₃: 11.9, EB -13; Bioquímica: urea 38.7 mg/dL, creatinina 0.31K⁺: 2.39 mEq/L, Cl⁻ 115, Na⁺ 142, P⁺⁺ 1.2 mg/dL, Ca⁺⁺ 8.5, Mg⁺⁺ 2.3, urico 1.3, FA 1086, PTHintacta: 79,86 (vn 10-65), metabolitos vitamina D normales. Sistemático de orina: PH 7 proteínas 75 mg/dl. EFNa⁺ 0.9%, EFK⁺ 33,6%, EFúrico 49% (vn 11-17). RTP72.3%, índice Ca⁺⁺/creat. en orina 0,66. Serie ósea: alteraciones óseas compatibles con raquitismo severo. Ecografía abdominal: sugestiva de nefrocalcinosis. Recibe aportes de bicarbonato, fósforo, potasio y vitamina D. La evolución ha sido satisfactoria, al cabo de tres meses tiene un peso de 11,7 Kg una talla de 84 cm, con mejoría evidente de los signos clínicos de raquitismo y adecuado control metabólico, manteniéndose únicamente el tratamiento con álcali y potasio.

Comentarios: Las alteraciones bioquímicas que inicialmente sugerían un Síndrome de Fanconi, se han resuelto al corregir la acidosis. Está raramente descrito en la literatura la disfunción tubular proximal en pacientes con ATD. Destacar el avanzado estadio evolutivo de la enfermedad en nuestro paciente. En este sentido, el fenómeno de la inmigración plantea nuevos problemas de salud que suponen un reto para la atención sanitaria pediátrica.

P211 17:25 TRASPLANTE RENAL EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO: NUESTRA CASUÍSTICA

Elisabet Guijarro Casas, Marta Mumany Español, José Luis Nieto, Álvaro Madrid Aris, José Lara, Ramón Vilalta

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

Introducción: El síndrome hemolítico-urémico (SHU) es la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda en menores de 3 años y se caracteriza por la aparición de anemia, tromboci-

topenia y uremia. Típicamente se presenta asociado a un proceso diarreico anterior (D+), pero también existen casos atípicos asociados a otras etiologías (D-) e incluso formas familiares.

Objetivos: Describir nuestra experiencia con los casos diagnosticados de SHU atípico que fueron sometidos a trasplante renal.

Métodos: Se revisan las historias clínicas de 49 pacientes diagnosticados de SHU. 36 casos fueron diagnosticados de SHU típico o D+ y 13 de SHU atípico o D-.

Resultados: El trasplante renal fue necesario en 4 de los pacientes diagnosticados de SHU D- dadas las secuelas de la enfermedad, ya sean IRC o HTA. 2 casos eran formas familiares o idiopáticas y éstos presentaron recurrencia de la enfermedad antes del trasplante. La necesidad de trasplante renal en estos casos fue más precoz cuanto menor era el tiempo de recurrencia. El trasplante se realizó entre los 2 y los 48 meses después del primer brote. No se han observado nuevas manifestaciones de la enfermedad de base con el injerto. Otro de los casos que fue tributario de trasplante renal correspondía a SHU D- secundario a enfermedad invasiva por neumococo, en el terminio de 6 meses dada la situación de insuficiencia renal crónica. Presentando hasta el momento una favorable evolución. El último caso la enfermedad se presentó tras el tratamiento con ciclosporina en el contexto de trasplante de médula ósea a los 10 meses del 1º brote. No se ha observado ningún otro brote de la enfermedad de base.

Conclusiones: 1) La necesidad de trasplante renal es superior en los SHU D- respecto D+. 2) Se observa mayor recurrencia de la enfermedad en los casos D- idiopáticos. 3) La necesidad de trasplante renal es más precoz a mayor número de brotes. 4) No se han observado nuevos brotes de la enfermedad de base en los pacientes transplantados.

P212 17:30 ADIPSIA PRIMARIA ASOCIADA A DÉFICIT PARCIAL DE ADH

Carmen Montes Mendoza, Inmaculada Raya Pérez, Rafael González de Caldas Marchal, Marina Calvo Fernández, Montserrat Antón Gamero, Elena García Martínez, David García Aldana, Silvia Calero Cortés, Francisco Fernández Pérez, María Dolores Martínez Jiménez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La adipsia es una enfermedad muy poco frecuente en niños. Generalmente es secundaria a lesiones o defectos congénitos de la línea media. El diagnóstico en los primeros años de vida es difícil y suele hacerse por deshidratación hipernatémica severa.

Caso clínico: Paciente de 2 años 11 meses que a los 26 meses de edad presentó deshidratación hipernatémica severa. Desde el nacimiento había presentado rechazo de la ingesta de líquidos. En la resonancia magnética cerebral se evidenciaba una ausencia del septum pellucidum, del rostrum del cuerpo calloso e hipodesarrollo del área hipotalámica. Realizamos un test de deshidratación que orientaba a un defecto del mecanismo de la sed con un déficit parcial de la secreción de vasopresina. Posteriormente se realizó una prueba diagnóstica-terapéutica con administración de desmopresina oral con muy buena respuesta clínica y normalización de los niveles de sodio plasmático, mejorando de forma llamativa el estado de hidratación.

Conclusiones: La rareza de esta enfermedad dificulta el diagnóstico en niños. La asociación de adipsia y déficit parcial de vasopresina es poco frecuente. Es importante realizar un diagnóstico certero para conseguir una adecuada rehidratación que con la ingesta de líquidos no sería suficiente.

P213 SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS

Cristina Pato Fernández, Carmen Madrigal Díez,
Ana Jordá Lope, Vicente Madrigal Díez,
Jesús Lino Álvarez Grandá

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Introducción: El síndrome hemolítico urémico (SHU) constituye una situación clínica grave por ser la causa más frecuente de IR aguda en el niño y origen de complicaciones importantes e incluso de muerte.

Objetivo: Analizar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas del SHU en la comunidad de Cantabria.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los casos de SHU diagnosticados en nuestro hospital (centro de referencia de Cantabria) entre 01/01/1996 y 31/12/2006.

Resultados: Se recogió un total de 9 niños con edad media de 2 años y 1 mes (rango entre 7 meses y 5 años). Todos los casos se presentaron entre Julio y Noviembre. El 66% ocurrió en los últimos 3 años. 7 niños tuvieron antecedente de GEA (77%); de los otros dos, uno tuvo infección respiratoria de vías altas y el otro había sido vacunado recientemente. El motivo de consulta más frecuente fue vómitos y diarrea (4 casos), ashenia y decaimiento (3), palidez (1) y convulsiones (1). 4 niños tuvieron oliguria, 4 manifestaciones neurológicas (3 convulsiones y 1 coma), 3 ictericia, 3 HTA, 3 edemas y 2 petequias. Todos los casos cursaron con anemia (hb media 6,1 g/dl, rango 3,5-7) y trombopenia (media 32.000, rango 25.000-95.000). En todos se registró aumento de la urea en sangre (media 176, rango 79-302) y creatinina (media 2,5 mg/dl, rango 0,69- 5,97). 3 tuvieron proteinuria y 7 hematuria. Se encontraron alteraciones ecográficas sugestivas de necrosis cortical bilateral en 4 de 8 casos. 2 niños quedaron con nefropatía residual asociada a HTA, uno de ellos desarrolló IR crónica. 5 enfermos ingresaron en UCIP (estancia media de 5,2 días). 25% requirieron diálisis peritoneal, todos transfusiones sanguíneas y 3 antihipertensivos. El tiempo medio de estancia en el hospital fue 13,1 días. 7 de los 9 niños se han controlado en nuestro hospital, con un tiempo medio de seguimiento de 4,7 años.

Conclusiones: La frecuencia del SHU ha aumentado en los últimos 3 años en nuestra comunidad. Fue más frecuente en menores de 4 años y en verano y otoño. 7 pacientes tenían antecedente de GEA, uno de infección de vías respiratorias altas y otro de la vacuna pentavalente. La esquistocitosis es un dato de gran ayuda para el diagnóstico. La ecografía refuerza el diagnóstico cuando revela la existencia de necrosis cortical bilateral. El SHU sigue siendo una enfermedad grave que en nuestra casuística dejó secuelas importantes en el 22% de los niños.

P214 ENFERMEDAD DE DENT. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Luis Salamanca Fresno, Nieves Romero-Hombrebueno Domínguez, Laura Espinosa Román, Félix Claverie Martín, Carlota Fernández Camblor, Mercedes Navarro Torres

Hospital Universitario La Paz, Madrid y Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

La enfermedad de Dent es una tubulopatía proximal ligada al cromosoma X asociada con mutaciones en el gen del canal del cloro CLCN5.

Caso clínico: Varón de 11 meses de edad remitido para estudio por hallazgo de hipercalcemia en el estudio de un retraso ponderal. Antecedentes familiares: esclerosis múltiple en rama paterna. Antecedentes personales: bronquiolitis de repetición. Exploración física sin hallazgos. Peso 9,5 Kg (P25), talla: 76 cm (P75) TA normal. En estudio analítico presenta creatinina: 0,44 mg/dl, Calcemia: 10,2 mg/dl, índice Ca_o/Cr_o 0,76 mg/mg, fósforo 4,8 mg/dl; RTP 89%, Na^+, K^+, Mg^{++} y pH normales; 25 OH D3: 26 ng/dl, 1,25 OH D3: 37 mg/dl; PTH: 10 pgr/ml, Proteinuria ++, Osm_o . 609 mosm/l. Ecografía renal: ectasia pelvica de 1 cm. Se inicia tratamiento con restricción de sodio y aumento de la ingesta de líquidos. Tres meses después por aumento del índice Ca_o/Cr_o a 1,3 mg/mg se inicia tratamiento con hidroclorotiazida mejorando la calciuria aunque manteniendo siempre cifras de Ca_o/Cr_o elevadas (0,29-0,5), con proteinuria de 0,6 mg/dl. A los 2 años de evolución se objetiva P 3,3 mg/dl con RTP 77%, proteinuria 1,6 g/día con aumento de la beta2microglobulina en orina, aminoaciduria y poliuria. Se realiza estudio genético encontrando una mutación en el gen CLCN5, confirmando el diagnóstico de enfermedad de Dent, así como el estado de portador de la madre y la hermana. **Evolución:** Al tratamiento con hidroclorotiazida hemos añadido suplementos de fósforo y metabolitos de la vitamina D. A los 5 años de edad asociamos inhibidores de las prostaglandinas ante el empeoramiento de la calciuria y el inicio de nefrocalcinosis disminuyendo significativamente el índice Ca_o/Cr_o y mejorando la poliuria. En la actualidad con 8 años de edad mantiene P en 2,5 mg/l con RTP 46% pero sin signos clínicos ni radiológicos de raquitismo. La cifra de creatinina se mantiene normal con cistatina C ligeramente elevada.

Conclusión: Ante una hipercalcemia con proteinuria hay que descartar la enfermedad de Dent. Las anomalías del túbulo proximal acompañante pueden ser variables y aparecer a lo largo de la evolución. Aunque la evolución a la insuficiencia renal parece independiente de la evolución de la nefrocalcinosis, nosotros pensamos que se debe intentar controlar la calciuria y monitorizar muy de cerca el tratamiento para intentar reducir todos los factores de riesgo.

P215 INFARTO RENAL SEGMENTARIO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Yolanda Castilla Fernández, Julia Candel Pau, José Nieto Rey, Luis Enrique Lara Moctezuma, Ramón Vilalta Casas, Álvaro Madrid Aris, Pilar García Peña, Mercedes Pérez

Servicio de Nefrología Pediátrica, Servicio de Radiología Pediátrica y Servicio de Radiología Intervencionista del Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El infarto renal segmentario, como resultado de estenosis u oclusión de pequeñas arteriolas segmentarias, es

una entidad inusual, pero más frecuente en pediatría que en adultos. Presentaremos 2 casos diagnosticados en nuestro centro.

Casos: Presentamos 2 niñas de 5 años que se manifestaron con el síndrome hiponatremia-hipertensión: hipertensión arterial severa, alcalosis metabólica, hipokaliemia, hiponatremia, hiperreninemia, hiperaldosteronismo y pérdida de sal por parte del riñón sano contralateral. El caso1 ingresó para estudio de hipertensión arterial detectada ambulatoriamente por hematuria macroscópica, mientras que el caso2 ingresó por emergencia hipertensiva presentando dos convulsiones junto hipertensión. EECG = Ecografía: aumento del tamaño renal izquierdo en el caso1 y bilateral en el caso2. AngioTAC: zona avascular en polo inferior del riñón derecho en el caso1 y en parte media del riñón derecho en el caso2. Reninemia selectiva: lesión en riñón derecho en ambos casos. Arteriografía renal selectiva: defecto de perfusión y cambios angiográficos específicos de infarto segmentario derecho en pequeñas ramas en porción media en el caso2 y en el polo inferior en el caso1. Órganos diana: normales en el caso1 y alterados en el caso2 con hemorragias en fondo de ojo e hipertrofia ventricular izquierda en el ECG y en la ecocardiografía. **Tratamiento:** nefrectomía parcial del segmento afecto con resolución completa del cuadro en el caso1 y fármacos antihipertensivos en el caso 2 dada la inabordable quirúrgica de la lesión, obteniendo buen control clínico y reducción del infarto.

Conclusiones: El síndrome hiponatremia-hipertensión con alcalosis metabólica hipokaliémica es consecuencia de la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. El modelo Goldblatt explica la depleción de sodio, como compensación del riñón contralateral sano, el cual presenta volumen y diuresis urinaria elevados con mayor excreción de sodio y de creatinina. Esto implica que el riñón sano se hiperperfundado y aumenta de tamaño. La arteriografía selectiva renal es el método con mayor especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de hipertensión renovascular por infarto segmentario, ayudando a identificar la arteria segmentaria afectada. El tratamiento de elección es quirúrgico si abordable, siendo la resección total segmentaria curativa como en nuestro primer caso.

P216 17:50 DUPLICIDADE RENAL: IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA PRÉ-NATAL

Sandra Rodrigues, Luisa Lopes, Teresa Costa, Eloi Pereira, Artur Alegria

Hospital Central de Crianças Maria Pia, Porto (Portugal) y Maternidade Júlio Dinis, Porto (Portugal).

A duplicidade renal (DR) é uma anomalia congénita maioritariamente detectada acidentalmente, mas que pode ser identificada *in utero*. Associa-se frequentemente a outras anomalias nefro-urológicas que, pela sua comorbilidade, importa diagnosticar precocemente.

Objetivo: Avaliar o processo de diagnóstico e a evolução dos casos de DR suspeitados nos anos 1996 a 2003.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças com diagnóstico de DR, avaliando-se, entre outros, os seguintes parâmetros: idade de diagnóstico, exames efectuados e evolução morfo-funcional.

Resultados: Identificaram-se 17 casos de DR (9 do sexo feminino). O diagnóstico foi evocado por ecografia pré-natal em

5 casos (29,4%). Em 9 casos, registou-se a presença de outras alterações renais pré-natais, dilatação pielocalicial em 7, displasia renal em 3, ureterocelo em 4 e megaureter num caso. Nos restantes, o diagnóstico foi afirmado na sequência de investigação de infecção urinária em 2 e por antecedentes familiares de patologia renal autossómica dominante num outro. Anomalias bilaterais de DR foram encontradas em três crianças, observando-se, nas restantes, predomínio direito (9/14). Em 88,2% dos casos associaram-se outras anomalias estruturais: refluxo vesico-ureteral (RVU) em 13, ureterocelo em 4, megaureter em 6, obstrução pieloureteral num caso e obstrução uretero-vesical em 2. Treze crianças foram submetidas a cirurgia: nefrectomia polar em 5, nefrectomia total em 2, correcção de RVU em 5 e pieloplastia em 1. A infecção urinária de repetição tinha sido documentada em 10 crianças. Com tempo médio de seguimento de 4 anos e 11 meses, verificou-se perda importante da função renal unilateral em 4 casos (3 com grave nefropatia de refluxo e 1 com obstrução pieloureteral), não se registando qualquer caso de insuficiência renal global. **Comentários:** Num número importante de casos, identificou-se a associação entre DR e outras anomalias morfo-funcionais renais, destacando-se o RVU. Todas as crianças mantiveram função renal adequada, admitindo-se que para tal tenha contribuído a precocidade dos diagnósticos e seguimento atempado.

P217 17:55 TRASPLANTE COMBINADO SIMULTÁNEO HEPATO-RENAL EN POLIQUISTOSIS AUTOSÓMICA RECESIVA

Álvaro Madrid Aris, Rocío Prieto Varo, Anna Ricart Cumeras, Marta Mumany Español, Elisabet Guijarro Casas, Ramón Vilalta Casas, Luis Enrique Lara Moctezuma, José Nieto Rey
Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La poliquistosis autosómica recesiva es una enfermedad relativamente poco común. Enfermedad hereditaria, caracterizada por ectasia de los túbulos colectores renales, conductos biliares y fibrosis hepática como renal. Dilatación renal de conductos colectores y la fibrosis intersticial lleva IRC e HTA.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en el trasplante combinado hepatorenal simultáneo en una población pediátrica con poliquistosis Autosómica recesiva.

Método: *Estudio retrospectivo.* Analizamos los datos de todos los que han recibido un trasplante hepatorenal por una poliquistosis Autosómica recesiva. En el periodo de Febrero del 2003 a Septiembre del 2007. Nosotros describimos los tres casos con trasplante hepatorenal simultáneo, analizando datos demográficos, clínicos y laboratorio. Con especial énfasis del doble trasplante.

Resultados: Edad del diagnóstico: un caso diagnóstico prenatal por ecografías y los otros dos diagnóstico neonatal por masa renales, la edad de llegada a IRC terminal los tres alrededor de los 10 años (13 años, 8 años y 11 años). Los tres pacientes en momento del trasplante presentaban hipertensión portal con esplenomegalia, con fibrosis hepática y ectasia de los conductos biliares a las pruebas de imagen. Los tres pacientes presentaban en los hemogramas pancitopenia por hiperesplenismo. Dos de los tres presentaban varices esofágicas en la endoscopia pero ninguno presento sangramiento en su evolución. Uno de ellos

tenía hipertensión que requiriera tratamiento antihipertensivo. El trasplante fue la única terapia de sustitución en dos casos no pasaron por diálisis y un caso estuvo en diálisis por 3 meses previo al trasplante. En los tres casos en el momento actual (más de 6 meses post trasplante) el injerto hepático es normofuncionante, sin signos de hipertensión portal, y el injerto renal funciona con Clearance normal en los dos primeros casos. El tercer caso presentó una complicación quirúrgica (Trombosis) en el momento actual en injerto renal no funciona.

Discusión: Todos nuestros pacientes fueron diagnosticados prenatal o neonatal no llegaron a IRC terminal hasta de los 9 años. (pre adolescencia). La función hepatocelular se mantuvo normal hasta el final en todos aun cuando ellos tenían una enfermedad portal severa. La indicación de trasplante combinado simultaneo hepatorenal fue la hipertensión portal manifiesta por hiperesplenismo, a pesar de tener varices esofágica no presentaron sangramiento previo al trasplante.

P218 **18:00**
EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA NEFROPATÍA LÚPICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Pablo Oliver Goicolea, Raquel Fernández Martínez, Gema Ariceta Iraola, Mireia Aguirre Meñica, María Jesús Quintela Pérez
 Nefrología infantil del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: La afectación renal en el lupus infantil es frecuente y suele producir una nefritis severa, con riesgo de progresión a insuficiencia renal crónica.

Objetivo: Describir la evolución a largo plazo de 4 pacientes, tres mujeres y un varón, con nefropatía lúpica tipo IV.

Los cuatro pacientes presentaron como manifestación renal inicial proteinuria en rango nefrótico y hematuria, filtrado glomerular normal (GFR medio: 128,5 ml/min/1,73 m²), hipocomplementemia (C3 medio: 46 mg/dl, C4 medio: 3,75 mg/dl) y título de ANA aumentado (media 1:1050). Todos requirieron inicialmente metilprednisolona intravenosa y 6 ciclos de ciclofosfamida intravenosa. Pese a la monitorización de parámetros inflamatorios, la detección de recurrencias se realizó de forma precoz en base a las manifestaciones clínicas.

Situación actual	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Años evolución	3,7	9	6	5
Tto actual	P+ MMF	P +Azat.	P+MMF	P+MMF+ FK
GFR	128	171	88	111
Proteinuria	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Hipertensión	NO	NO	NO	SÍ
IMC (Kg/m2)	21,6	20,25	30,2	21,8
Percentil talla	>97	50-75	50-75	10-25
DXA (valor Z)	pendiente	-1,1	-1	-0,1
Amenorrea	NO	NO	NO	—
Manifestaciones durante la evolución	Cushing. Artritis muñeca	Cushing. Osteopenia	Cushing. Herpes zoster. Obesidad	Cushing. CMV. Dislipemia. S. Sjögren. Artritis cadera
*P: Prednisona; MMF: micofenolato-mofetil; FK: tacrolimus; DXA: Densitometría				

Comentarios: La introducción de nuevos fármacos inmunosupresores ha mejorado la evolución y el pronóstico de los pacientes con nefropatía lúpica.

PEDIATRÍA SOCIAL Y PSIQUIATRÍA

Sala 131 (Planta 1)
P219 **17:00**

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL (PAINAR) UNA PROPUESTA PEDIÁTRICO-SOCIAL

Virginia Carranza Parejo, Manuel Sobrino Toro
 Fundación Gota de Leche, Sevilla y Área de Pediatría de la Universidad de Sevilla.

Antecedentes y objetivos: El acogimiento residencial (AR) constituye uno de los recursos efectivos que la Administración Pública dispone dentro del Sistema de Protección al Menor (SPM). En la actualidad la tendencia es promover otras soluciones -la más importante el Acogimiento Familiar (AF)- si bien, la realidad es que varios miles de niños se encuentran en estos centros. Las razones esenciales por las que ingresan son: abandono, negligencia, malos tratos, conductas agresivas de los menores o incapacidad parental Tienen garantizada la atención en salud por el propio Sistema de Salud, si bien al constituir una población de riesgo pediátrico-social entendemos que requieren un seguimiento especial adicional al del resto de la población infanto-juvenil. Por esta razón, Fundación Gota de Leche ha diseñado un programa piloto de apoyo a los Centros de Acogimiento Residencial Básicos (CARB) de Sevilla y Huelva, dependientes de la Junta de Andalucía, denominado PAINAR en el que un equipo multidisciplinar (pediatras, psiquiatras infantiles, psicólogos clínicos, logopedas, entre otros) evalúa y trata de coordinar con la red sanitaria el mejor cuidado en salud para esta población.

Método: Centrándonos en los aspectos pediátricos de los menores, hemos comenzado a revisar y conocer a esta población, estudiando los antecedentes sociales y médicos y procediendo a someter a examen clínico a los acogidos.

Resultados: En este tiempo inicial se han revisado en torno a un centenar de niños/as, destacando: más de la mitad tienen antecedentes de haber estado en varios CARB, teniendo la cuarta parte de ellos a sus hermanos en el mismo o en otros centros. Como problemas de salud más frecuentemente objetivados señalar: dermatológicos, dentales, oftalmológicos y de nutrición si bien en algunos se han encontrado problemas de relacionados con salud mental infantil, circunstancia que supone una de las mayores preocupaciones de los profesionales que trabajan en este campo. En algunos casos se han detectado problemas no advertidos con anterioridad.

Conclusiones: Los CARB suponen una alternativa para el ejercicio de la guarda en menores de riesgo pediátrico-social, concentrándose en ellos una población que tiene dificultades para una AF. Esta población presenta problemas de salud que deben ser vigilados por el sistema público, si bien entendemos que propuestas específicas como PAINAR suponen un modelo de mejora cualitativa que permite detectar y encauzar de manera coordinada dichos problemas dentro del Derecho a la Salud de los menores y en aplicación de su interés superior.

P220 17:05 MALTRATO GRAVE POR NEGLIGENCIA A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Blanquer Fagoaga, Katie Aguilar Torres, María Pont Colomer, Concepción Tomás Rates, José Ardit Lucas, Carmen Lecuona López, Empar Lurbe Ferrer

Servicio de Pediatría del Consorcio Hospital General de Valencia.

Introducción: El maltrato infantil se define como cualquier acción no accidental que comporta abuso (emocional, físico o sexual) o descuido (emocional o físico) hacia un menor de dieciocho años, realizado por su progenitor o cuidador principal, por otra persona o por cualquier institución, y que amenaza el adecuado desarrollo del niño.

Caso clínico: Niño de 22 meses remitido por su Pediatra por anemia severa (Hb 3.7 g/dl). Exploración física: Peso 7,940 Kg ($p < 3$), talla 74 cm ($p < 3$). Intensa palidez cérea de piel y mucosas, aspecto distrófico, pelo ralo, frente olímpica. Mirada perdida. Escasa actividad espontánea e hipotonía. Fontanela anterior 2 x 2 cm persistente. No gateo, no sedestación estable, no desarrollo del lenguaje ni deambulación. Antecedentes: 8º hijo de un madre de 36 años. Embarazo no controlado. Ingreso al nacimiento por bajo peso. No controles de salud. Vacunación incompleta. Progenitores con hábito alcohólico. Familia en seguimiento por trabajadora social. Analítica: anemia ferropénica severa carencial. No hipoproteinemia ni inmunodeficiencias. Estudio celiaquía negativo. Edad ósea radiológica de 12 meses. Ecografía craneal y abdominal normal. RMN cerebral sin hallazgos. A su ingreso se realiza transfusión sanguínea, se regulan aportes nutricionales y vitamínicos e inicia estimulación psicomotriz. Se actualiza el calendario vacunal. Notificación a asistencia social y juzgado con posterior retirada de tutela. Evolución progresiva y favorablemente tanto a nivel clínico, analítico y del desarrollo psicomotor.

Conclusiones: La negligencia, la falta de supervisión, el desinterés y el abandono emocional son más frecuentes que los golpes y no por ello de menor gravedad, como ocurre en el caso expuesto. Es necesario la prevención y la detección precoz, evitando así posibles secuelas y su reincidencia. Investigar todas las variables sociales y de salud relacionadas con los malos tratos en la infancia así como las carencias que permiten mejorar la eficiencia en la atención al niño en este problema. El estudio del paciente se acompaña de videos e imágenes que ilustran su evolución clínica.

P221 17:10 SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO POR INTOXICACIÓN CON COLIRIO CICLOPLÉJICO

África Jordán Jiménez, Beatriz Blázquez Arrabal, Gema Arriola Pereda, María José Hernández Bejarano, María Pangua Gómez, Nuria Muñoz Jareño, José María Jiménez Bustos

Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario, Guadalajara.

Introducción: El ciclopentano se usa comúnmente como cicloplejico y midriático. Es poco probable la aparición de efectos secundarios derivados de su acción anticolinérgica.

Caso clínico: Niño de 10 años que acude a por un cuadro súbito de alteración del comportamiento. Como antecedentes personales destaca ligero retraso en la adquisición de los principales hitos madurativos y una ambliopía en estudio. Esa misma

mañana el paciente había acudido a la consulta de oftalmología donde se procedió a midriasis y parálisis yatrogénica de acomodación con colirio de ciclopentolato al 1 por 100. Refieren los padres que como el paciente se quejaba de picor y escozor ocular cuando se le administraban las gotas, y cerraba los ojos, repetían la dosificación para asegurarse una correcta administración. El paciente refiere alucinaciones visuales de temática diversa (perros y elefantes que vuelan), náuseas, un vómito aislado y alteraciones de la marcha. Previo a su llegada a nuestro servicio destacan rubefacción facial de unos 20 minutos de duración. En la exploración el paciente presenta buen estado general. Se encuentra hemodinámicamente estable. TA: 86/64. FC: 62 lpm. Buena coloración mucocutánea. No rubefacción facial. No inyección conjuntival. No presenta sequedad de piel ni mucosas, ni sudoración. Las pupilas presentan midriasis bilateral areactiva. Presenta ligera alteración del habla, disartria y un discurso errático. Pares craneales: normales. Tono, fuerza y sensibilidad normal. ROT: normal. Marcha: normal. Romberg: negativo. No se consideró necesario tratamiento antidoto debido a la ausencia de otros signos antimuscarínicos y a la evolución favorable. Durante su ingreso no se evidencian alteraciones en la TA y ni en la FC. Progresivamente se observa recuperación neurológica y tras seis horas el paciente queda asintomático, a excepción de la midriasis bilateral que persiste durante 72 horas.

Conclusiones: 1. Se han descrito cuadros confusionales, con alteraciones del comportamiento, alucinaciones visuales y auditivas y clínica cerebelosa como manifestaciones de dosis tóxicas del colirio de ciclopentano. 2. El antecedente de exposición al fármaco permite realizar un diagnóstico de presunción si se tiene en cuenta las posibilidades del cuadro. 3. En caso de intoxicaciones leves o moderadas, sólo se debe realizar una estrecha observación y esperar su eliminación metabólica.

P222 17:15 PERCEPCIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN

Francesc Medina i Mirapeix, Mari Carmen Lillo Navarro, Joaquina Montilla Herrador, Silvana Loana de Oliveira Sousa, Pilar Escolar Reina, Francisco Gómez Arnaldos, Mercedes Gómez Manchón, Ana Belén Meseguer Henarejos

Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia y Departamento de Patología y Cirugía de la Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante (Alicante).

Objetivo: Analizar la relación entre la percepción de los padres de niños con discapacidades en relación con los servicios de fisioterapia que ellos y sus hijos reciben, y su satisfacción.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar percepción de los padres y satisfacción de los servicios de fisioterapia recibidos en todos los centros de atención temprana de una comunidad autónoma. Se entregó en mano un cuestionario por familia de cada niño recibiendo fisioterapia que incluía una escala unidimensional de la satisfacción (escala 1-10) y una escala para la medida de la percepción de los padres sobre los procesos en servicios de Fisioterapia (PROPHYS-P) que está compuesta por 21 ítems relativos a circunstancias o hechos relevantes para los padres (con una escala tipo Likert de 1 a 5 relativa a la frecuencia percibida) y 5 subescalas. El cuestionario fue rellenado por el cuidador principal del niño y remitido a la Universidad. Para cada ítem, se realizó la prueba t de Student (o U-McWithney) para comparar la satisfacción entre los padres que

percibieron su circunstancia o hecho con una frecuencia inadecuada y los que la percibieron en una frecuencia adecuada. Se usó una correlación de Pearson (o Spearman) entre la satisfacción y las puntuaciones de cada una de las 5 subescalas.

Resultados: Todos los ítems mostraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción esperado ($p < 0,05$). Los padres que percibieron que las circunstancias o hechos ocurrieron en una frecuencia inadecuada tuvieron en promedio menos satisfacción que aquellos que las percibieron con una frecuencia adecuada. Las puntuaciones de las subescalas mostraron correlaciones negativas con el nivel de satisfacción de los padres.

Conclusiones: La percepción de los procesos de atención fisioterapéutica es responsable de los niveles de atención de los padres. La vinculación entre el PROPHYS-P y la satisfacción hace de este un instrumento útil para identificar aspectos concretos sobre los que mejorar la satisfacción.

Comunicación posible gracias al proyecto PI052418 financiada por Fondo de Investigaciones Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo.

P223 17:20 HEMORRAGIAS RETINIANAS SECUNDARIAS A TRAUMATISMOS CRANEALES POR CAÍDAS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON MALTRATO FÍSICO EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Victoria Trenchs Sáinz de la Maza, Ana Isabel Curcoy Barcenilla, Marta Morales Ballus, Alicia Serra Castanera, Ramón Navarro Balbuena, Jordi Pou Fernández

Servicio de Pediatría, Servicio de Oftalmología y Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Tarragona.

Introducción: Las caídas son el principal motivo de consulta e ingreso en los Servicios de Urgencias pediátricas por traumatismo y son también una excusa frecuente para encubrir casos de maltrato en niños pequeños. Las hemorragias retinianas podrían ser un marcador útil para el diagnóstico diferencial.

Objetivo: Determinar la incidencia y características de las hemorragias retinianas en niños ingresados por traumatismo craneal por caída vertical.

Material y método: Estudio prospectivo de niños hasta dos años de edad ingresados por traumatismo craneal por caída vertical. Se analizan las circunstancias de las caídas y las lesiones producidas. Se realiza un fondo de ojo a todos los niños para descartar hemorragias retinianas.

Resultados: Se incluyen 154 niños. El 83,2% de las caídas fueron ≤ 120 cm; las más frecuentes desde cochecitos de paseo y camas. En 16 niños se diagnosticaron lesiones intracraneales secundarias al traumatismo. Se detectaron tres casos de hemorragias retinianas (1,9%, IC 95%: 0,4 – 5,6%), todas unilaterales y localizadas y en niños con hematomas epidurales con efecto masa. La detección de hemorragias retinianas no se pudo relacionar con las circunstancias de la caída pero sí con la presencia de lesión intracraneal.

Conclusiones: Cualquier traumatismo craneal por caída vertical que produzca un sangrado intracraneal grave puede ocasionar también hemorragias retinianas, generalmente localizadas y unilaterales. El hallazgo de hemorragias retinianas difusas y bilaterales, o bien, su presencia en ausencia de hemorragias intracraneales importantes, debe hacer sospechar otra causa diferente a la caída como origen del traumatismo. La asociación

de hemorragia retiniana unilateral con lesión diferente al hematoma subdural puede explicarse por la caída, en los demás casos es necesario descartar maltrato.

P224 17:25 CONOCIMIENTOS SANITARIOS DE LOS PADRES DE NIÑOS QUE ACUDEN A UNA CONSULTA HOSPITALARIA

Jerónimo Momblan de Cabo, Antonia Gómez Lara, M. Paz Tello Ochoa, Marta Cruz Cañete, María Luisa Gavilán Expósito, Manuel Jesús Gavilán Pérez, Joaquina Martínez Expósito, María José Coca Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén).

Objetivos: Conocer si los padres de los niños que acuden a una consulta hospitalaria tienen información y conocimientos adecuados sobre enfermedades comunes que afectan a los niños.

Material y método: Encuesta anónima que era proporcionada a los padres a su llegada a la consulta con temas demográficos, conocimiento sobre fiebre, vacunaciones, vómitos y diarreas. Posteriormente se ofrece la encuesta con las respuestas correctas según citas bibliográficas acreditadas.

Resultados: Encuestas: 206. Sexo varón (51%), edad media 4,5 años (mínimo 15 días, máximo 14 años), ingresados 51%, motivos más frecuentes: crisis asmáticas (13,3%), GEA (13,3%), fiebre (10,2%), ITU (9,2%), neumonía (7,1%), cuestiones sobre fiebre: la mayoría (63,1%) saben que la gran parte de ellas son virales, y otro 30% no saben responder; un 72% afirman que el antitérmico efectivo es aquél que baja la fiebre tras un tiempo prudencial, y un 14% es aquél que hace que no aparezca más la fiebre; el 60,8% aciertan al indicar los motivos de acudir urgentemente a un hospital por fiebre (mal estado general, pintitas por el cuerpo, en caso de duda); un 85,6% aciertan al indicar que por regla general no se debe vacunar un niño con fiebre, aunque un 20% indican que tampoco se debe vacunar con mocos sin fiebre; casi un 90% aciertan al indicar que los antitérmicos se deben alternar únicamente si tras un tiempo prudencial no baja la fiebre y esta es por encima de 38,5-39°. Cuestiones sobre vómitos: un 92,1% aciertan al indicar que la mejor forma de tratar los vómitos es darle poco a poco un líquido especial. Cuestiones sobre diarrea: un 92% aciertan al señalar que se trata con dieta astringente si no hay vómitos añadidos.

Conclusiones: Creemos que nuestra población tiene relativamente buenos conocimientos sanitarios en los temas tratados. Aunque hay temas como vacunaciones que hay que reforzar. La segunda parte del estudio sobre conocimientos tras encuesta explicada está en marcha y nos servirá para conocer si estos métodos son adecuados.

P225 17:30 VALORACIÓN NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN DE NIÑOS SAHARAUIS EN ACOGIDA TEMPORAL EN ANDALUCÍA. ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE SAHARA OCCIDENTAL

Francesca Perin, María José Salmerón Fernández, Francisco Javier Castejón Casado, Mercedes Rivera Cuello, Carlos Briales Casero, Emilia Urrutia Maldonado, Antonia Valls Ordinas, Laura Moreno Galarraga

Unidad de Pediatría y Cirugía Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

El programa "Vacaciones en paz" supone la acogida temporal de niños saharauis entre familias de nuestra provincia.

Objetivo del estudio: Valorar el estado nutricional de los niños saharauis en acogida entre 7 y 12 años y crear una base de datos para su atención en los campamentos.

Pacientes y métodos: Estudio transversal descriptivo de una muestra de 102 niños saharauis, considerando las variables sexo, edad, peso y talla, percentiles de peso para talla y talla para edad e índice nutricional (índice de Shuckla), utilizando como patrón de referencia las tablas internacionales (NCHS (National Center for Health Statistics). Se desarrolló análisis de los datos, previa tabulación de éstos, con el paquete estadístico SPSS 13.0.

Resultados: Porcentajes poblacionales agrupados por percentiles "peso para talla": < 3 = 37%, 3-10 = 25%, 10-25 = 19%, 25-50 = 13%, > 50 = 6%. Percentiles "talla para edad": < 3 = 28%, 3-10 = 21%, 10-25 = 25%, 25-50 = 17%, > 50 = 9%. Índice Nutricional (IN): 9% (< 70%), 38% (70-79%); 30% (80-89%); 14% (90-100%); 9% (100-110%).

Conclusiones: Un 9% padece desnutrición grave, el 38% desnutrición moderada y el 30% desnutrición leve. Los valores de los percentiles de "peso para la talla" y "talla para la edad" inferior a dos desviaciones estándar de los valores de las tablas internacionales lo confirman. Estos datos podrían constituir un estudio preliminar de la situación sociosanitaria y nutritiva carente en el "mapa de la pobreza" de la OMS.

P226 17:35 ATENCIÓN AL NIÑO INMIGRANTE EN URGENCIAS (2): ESTRATEGIAS PARA SUPRIMIR LAS BARRERAS DE COMUNICACIÓN Y MEJORAR SU INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

Antonio García García, Elena Montesinos Sanchís, Julio Álvarez Pitti, Marta Castell Miñana

Hospital General Universitario de Valencia.

Antecedentes y objetivos: El aumento de la población inmigrante (PI) en nuestro país se refleja en el incremento de las atenciones a niños inmigrantes en las Urgencias de Pediatría de nuestros hospitales. Nuestro objetivo era conocer las características de la población inmigrante de nuestra área con el fin de desarrollar un protocolo de atención global al niño inmigrante.

Métodos: Con la finalidad de conocer las características y necesidades de la PI, se diseñó un estudio prospectivo, en el que se recogieron mediante encuesta los datos de 307 pacientes inmigrantes atendidos en urgencias de nuestro hospital durante 6 meses. Se recogieron los mismos datos de un grupo control de 127 atenciones de pacientes no inmigrantes. Los resultados mostraron que las diferencias en el manejo de la PI no residían en la patología que presentaban, sino en la barrera del idioma (13% tenían dificultades con el idioma) y el escaso control sanitario que seguían (hasta un 10% no tenía pediatra ni actualización del calendario vacunal).

Resultados: El resultado del estudio previo fue el desarrollo de un Protocolo de Atención al Paciente Inmigrante en la Sección de Urgencias de Pediatría. La finalidad, ofrecer soluciones en dos aspectos: 1) facilitar la integración en el sistema de salud y la asistencia por los servicios sociales. 2) vencer las barreras del idioma. Para facilitar su integración en el sistema de salud, se contó con la colaboración de la Unidad de Aseguramiento de nuestro hospital que facilita la obtención del SIP documento de entrada al sistema sanitario). Así mismo contamos con los Ser-

vicios Sociales de nuestro centro para la actuación en situaciones de riesgo psicosocial, desprotección (nulo control sanitario) o maltrato infantil. Para vencer las dificultades de comunicación se desarrollaron 3 herramientas: a) Para la anamnesis se utiliza el Cuestionario de Síntomas de la AEP (disponible en 6 lenguas); b) para la información al alta de urgencias se dispone para entregar de Hojas de recomendaciones de las principales patologías (diagnóstico, indicaciones y tratamiento) traducidas a 6 idiomas (inglés, francés, alemán, árabe, rumano y chino mandarín), y 3) además contamos con un servicio de intérpretes telefónico 24 h para las dificultades que no se puedan resolver con los anteriores recursos.

Conclusiones: Con este proyecto pretendemos romper las barreras de la atención médica al paciente inmigrante, y alcanzar similar nivel de atención para esta población.

P227 17:40 MODIFICACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN NUESTRO HOSPITAL MATERNO-INFANTIL TRAS LA APROBACIÓN DE LA "LEY ANTITABACO"

David García Aldana, Carmen Montes Mendoza, Ana Belén Molina Terán, Javier Torres Borrego, Irene Rubio Gómez, María Azpilicueta Idarreta, Silvia Calero Cortés, Inmaculada Raya Pérez, Francisco Miguel Pérez Fernández, Gloria Moreno Solís
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El tabaquismo es la principal causa evitable de enfermedad y muerte, constituyendo un factor de morbilidad en nuestros lugares de trabajo. Las actitudes del personal sanitario con respecto al tabaquismo son fundamentales debido a la influencia que éstos ejercen sobre la población a la que asisten en los centros sanitarios y por ende sobre la población general.

Objetivo: Analizar los cambios acaecidos en los últimos 5 años relativos a la prevalencia y conductas frente al hábito tabáquico entre el personal (sanitarios y no sanitario) de nuestro Hospital Materno-Infantil tras la puesta en vigor de la "Ley antitabaco" en Enero de 2006.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo mediante encuestas anónimas entre los trabajadores del Hospital en noviembre de 2001 y de nuevo en noviembre de 2006. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados: la prevalencia de fumadores es (2006 vs 2001) 28,3% vs 29,2%, de ex-fumadores 34,1% vs 30,5% y de los no fumadores es 37,6% vs 40,3%. Por género, las mujeres tienen un porcentaje de fumadoras del 31% vs 37,7%, de exfumadoras del 32,5% vs 27,3% y de no fumadoras del 36,4% vs 34,8%, y los hombres, del 27,2% vs 23,2%, del 39,3% vs 48,8% y del 33,3% vs 27,9% respectivamente. No hay gran cambio en la edad media del fumador (42,3 años DS 11,3 vs 42,7 años DS 8,3). Se inicia el hábito algo más tarde (prevalencia en < 15 años 20% vs 23%). Hay un aumento de la prevalencia del fumador social (26,2% vs 15%), aunque la principal causa sigue siendo "por placer" (41% vs 46%). Se observa la existencia de menos convivientes fumadores (21,6% vs 40%) y además se respeta más la prohibición de fumar en el hospital (71,5% vs 15%). Sin embargo, los fumadores actuales presentan mayor dependencia de la nicotina según el Test de Fagerström (baja 2,8%, moderada 30,6%, alta 52,8%, muy alta 13,9% en 2006 por 40%, 28%, 16% y 16% respectivamente en 2001).

Comentarios: La prevalencia de fumadores de la muestra parece que va en disminución, al igual que en la población general; pero es muy significativo el cambio de actitud de los fumadores ante la prohibición de fumar en el Hospital. Sin embargo, aparentemente los fumadores de ahora tienen más dependencia de la nicotina que hace unos años. Aunque la edad de inicio del hábito tabáquico parece que ha aumentado levemente, es llamativo el incremento de los fumadores sociales.

P228 17:45 ATENCIÓN AL NIÑO INMIGRANTE EN URGENCIAS (1): ¿EXISTEN DIFICULTADES DE MANEJO FRENTE A LA POBLACIÓN LOCAL?

Marta Castell Miñana, Julio Álvarez Pitti, Elena Montesinos Sanchís, Antonio García García

Servicio de Pediatría del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Objetivos: El aumento progresivo de población inmigrante pediátrica que atiende nuestro servicio de Urgencias (PU) nos ha llevado a plantear un análisis de dicha población, estudiando su origen, nivel de conocimiento del idioma, integración en el sistema de salud y seguimiento por pediatras de atención primaria (AP), la frecuentación a Urgencias así como sus hábitos de utilización y los motivos de consulta que presentan y plantear una serie de cambios en nuestra sección para ofrecer una atención más adecuada a sus necesidades.

Método: Estudio prospectivo, realizado mediante encuesta cumplimentada por pediatra que analiza el grupo de inmigrantes (NI) e hijos de inmigrantes (HI) en el periodo Dic05-Mayo06. Simultáneamente se recogen datos de un grupo control (GC) de población pediátrica autóctona con fines comparativos.

Resultados: Del grupo de NI+HI (52,4% varones, mediana edad 24 meses) proceden 47,8% de Latinoamérica. El 52,5% restante (Rumania 13%, Marruecos 8,1%, China 5%, otros 11,5%) puede presentar problemas con el idioma. Así, en un 13% de NI+HI los padres presentan severas dificultades con el idioma o no lo hablan. El tiempo medio en España es de 44 meses y la mayoría son HI (63%). Al comparar con GC durante los 3 primeros meses del estudio (60% varones, mediana edad 20 meses), el grupo NI+HI tiene peor control por pediatra AP (8,8% no tiene SIP, 11,7% no tiene pediatra asignado y 11,1% no tiene actualizado el calendario vacunal vs 0% GC). Antes de acudir a PU, consultan previamente a su pediatra 55% (GC) vs 34,6% (NI+HI) ($p < 0,05$). No encontramos diferencias significativas en el número de consultas por episodio. El motivo de consulta, los diagnósticos al alta así como el número de ingresos es similar (11% NI+HI Vs 6,3% $p = ns$) en ambos grupos. Se han encontrado 3 casos de patología importada (paludismo) en grupo NI+HI.

Conclusiones: Gran parte de los inmigrantes atendidos son HI con un tiempo medio en España de 3,5 años, lo que explica que sus hábitos de utilización de PU y la patología que presentan son similares a los de la población local. Un 13% de los padres de niños inmigrantes tiene barreras por idioma y 10% de los HI+NI no están integrados en el sistema de salud. Se han desarrollado mecanismos que mejoran la comunicación con estos pacientes y facilitan su integración en el sistema de salud.

P229 17:50 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Carmen de la Torre Cecilia, Ángela Cano Yuste, Carmen Velázquez Navarrete, Ángela de Dios Ruiz
Centro de Salud Levante Norte, Córdoba.

Antecedentes y objetivos: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el problema psiquiátrico más importante en niños de edad escolar. El tratamiento es multidisciplinar. En el ámbito educativo se desconoce más el trastorno y es donde el niño necesita una intervención más prolongada y continua.

Objetivos del trabajo: Conocer la prevalencia del TDAH en niños escolares de nuestra Área de Salud, identificar los trastornos asociados a dicho proceso, crear la inquietud, en la comunidad educativa, sobre el trastorno y las necesidades de estos niños y notificar a cada tutor escolar los niños afectos detectados en su clase para procurar una intervención conjunta.

Métodos: Se realizó un muestreo aleatorio de los niños matriculados en los cursos 1º, 3º y 6º de Primaria de los 5 colegios pertenecientes a la Zona Básica de Atención Primaria. Se envió una cita a las madres, donde no aparecía el motivo de la entrevista. Las entrevistas fueron realizadas en el Centro de Salud. Para diagnosticar la existencia del TDAH se pasó el ADHD-RATING SCALE-IV test, estandarizado para estudios de investigación, con puntos de corte por edad y sexo.

Resultados. En los 5 colegios hay matriculados, en los cursos 1º, 3º y 6º, 672 niños y se citaron 345 niños. La participación fue del 70%. El estudio no está finalizado. Por el momento se han analizado únicamente 82 entrevistas. Se identificó la existencia de TDAH en 12 casos (14%): 7 niñas y 4 niños, frente a lo descrito en la mayoría de trabajos en los que predomina en varones. En 4 de ellos existían antecedentes familiares del trastorno. En los niños detectados no era más frecuente el antecedente de prematuridad, cólicos del lactante ni problemas de sueño en los primeros 2 años de vida, que en los no afectos. En la mitad de los casos los padres reconocieron que sus hijos tenían problemas de relación en la familia y escuela y retrasos en el aprendizaje. El TDAH se asociaba a cefaleas frecuentes en 4 casos, enuresis en 3 y signos de trastorno negativista desafiante en 4 casos. Los padres eran conscientes del problema y habían consultado en 7 de los 12 casos, aunque habían recibido ayuda solo 2 de ellos, ninguno con medicación.

Conclusiones: Es fundamental, y el pediatra de AP es una pieza clave para ello, la detección del trastorno y la intervención multidisciplinar de forma precoz, para evitar repercusiones importantes en el niño y su familia.

P230 17:55 SOMATIZACIÓN Y SIMULACIÓN EN PEDIATRÍA, UN RETO DIAGNÓSTICO

María Ortiz Pérez, Moisés Leyva Carmona, Rafael Galera Martínez, Sara Gómez Bueno, Jorge Salvador Sánchez, Alma Martínez, Antonio Bonillo Perales

Servicio de Pediatría y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Torrecárdenas, Almería.

Justificación: El diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes con Trastornos de Somatización (TS) o Facticios (TF), a pesar de haber sido descritos en un alto porcentaje como con-

secuencia de consultas al servicio de urgencias de pediatría (hasta el 20-50%), son un desafío para el pediatra.

Objetivos: Exponer nuestra casuística. Describir el/los síntomas de presentación. Tratar de identificar si se trata de TS o TF. Casos: 1: varón 8 años. Cefalea frontotemporal. Desconexión temporoespacial y revulsión ocular autolimitada. No pérdida de conciencia. AP: DAR con apendicectomía. EC: hemograma, bioquímica, EEG, TAC: normales. Repite episodio durante el ingreso. Psicología clínica no haya circunstancias psicopatológicas. Ant. Fam.: patología psiquiátrica. Migraña. Esclerosis múltiple. 2: varón 10 años. Tras accidente de tráfico 3 meses antes, presenta episodios de giro de objetos, sudoración, debilidad generalizada y recuperación instantánea. EF Y EC: Romberg marcado. Tras placebo, desaparece la clínica. ECG: normal. Controlado por pediatra de zona. 3: mujer 13 años. Taquipnea, mareo, agitación, debilidad muscular y pérdida de equilibrio con caída al suelo. *Evolución:* Psicología clínica lo orienta hacia problema funcional. Seguimiento: tto con sedantes. 4: mujer 13 años. Episodios de sensación de inestabilidad, debilidad de MMII, taquipnea, sudoración y sensación de caída al suelo. EC: hemograma, bioquímica y ECG normales. *Evolución:* resolución espontánea. 5: mujer 7 años. Dolor abdominal y cefaleas. Controlada en la USMI (Unidad de Salud Mental Infantil). Antecedente familiares: muerte de abuela, madre con crisis de ansiedad. Buena respuesta a terapias conductuales. 6: mujer 12 años. Dolor abdominal, mareos, cefaleas y vómitos. Retraída socialmente. Controlada en la USMI. *Antecedente:* Separación de una amiga. Buena respuesta a terapias conductuales. Datos: 4 pacientes han requerido ingreso hospitalario y otros 2 han sido controlados en la USMI. La mayoría debuta con políntomas y existen factores desencadenantes. En nuestra casuística, el diagnóstico de TS cierto se da en solo 2 casos, otros 2 tienen una alta sospecha de serlo. Uno de ellos tiene alta sospecha de ser un TF (caso 1).

Comentario: Dada la alta frecuencia de estos trastornos, sorprende ver, teniendo en cuenta la dificultad que aun conlleva establecer el diagnóstico sin "ofender" a los padres, la baja tasa de estos diagnósticos al alta y el mínimo número de ellos que son controlados por psicólogos infantiles o unidades especializadas en estos casos.

P231

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS PADRES RELACIONADOS CON SU ADHERENCIA A LOS CONSEJOS RECIBIDOS

18:00

Francesc Medina i Mirapeix, Mari Carmen Lillo Navarro, Joaquina Montilla Herrador, Silvana Loana de Oliveira Sousa, Pilar Escolar Reina, Francisco Gómez Arnaldos, Ana Belén Meseguer Henarejos

Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia y Departamento de Patología y Cirugía de la Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante (Alicante).

Objetivo: Explorar la percepción de los padres de niños con discapacidad motórica con el fin de conocer los aspectos cognitivos y emocionales asociados con su adherencia a los programas domiciliarios de fisioterapia.

Métodos: Estudio cualitativo usando grupos focales. Se realizaron 7 Grupos Focales en los que participaron 28 padres y madres de niños que reciben fisioterapia en diferentes centros de asistencia sanitaria y atención temprana, en los que habitualmente reciben recomendación de seguir un programa domiciliario de ejercicios. Esta técnica fue llevada a cabo mediante un guión flexible de preguntas abiertas por expertos del tema en estudio pero desconocidas por los padres entrevistados. En cada grupo focal había un moderador y un observador. Cada grupo focal fue grabado y posteriormente transcrito. El análisis de Grupos Focales se desarrolló en 3 etapas: 1. Selección de las frases más significativas; 2. Agrupación inicial de las frases significativas en categorías y temas; 3. Validación de las categorías y redefinición en su caso. Finalmente, todos los investigadores de nuevo comprobaron la adecuación de la interpretación de los datos y se aseguraron que la asignación de los datos fue sistemática y verificable.

Resultados: Los temas que emergen son: expectativas de resultado, barreras percibidas relativas al tiempo, auto-eficacia, nivel de responsabilidad asumido, ansiedad ante el estado de salud del niño.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que los profesionales necesitan ser conscientes de los aspectos psicológicos de los padres que influyen en el cumplimiento de los programas domiciliarios para niños. Este conocimiento permitirá introducir mejoras en el abordaje del tratamiento domiciliario de fisioterapia en niños, que conduzcan a la mejora de los resultados, y por lo tanto, de la calidad de la atención.

Comunicación posible gracias al proyecto PI052418 financiado por Fondo de Investigaciones Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo.