

Viernes, 8 de junio (09:00 - 10:30 h)

NEONATOLOGÍA

Sala 122 (Planta 1)

364

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, ALTA PRECOZ Y DESHIDRATACIÓN HIPERNATREMICA

Miriam Hortelano López, Alfonso Urbón Artero, María del Carmen Nieto Conde, Teresa Raga Póveda, María Laura Casado Sánchez, Eva Domínguez Bernal, Cinta Moradela Redecilla
Hospital General de Segovia.

Introducción: El alta precoz de recién nacidos (RN) se esta utilizando en numerosas maternidades en los últimos años, con sus ventajas e inconvenientes, según se refleja en la literatura revisada. Debido a la implantación del alta precoz de los recién nacidos en nuestro hospital (rango entre 60 y 80 horas de vida), y a pesar de revisarlos en consulta a las 48-72 horas del alta, hemos detectado un aumento de cuadros de deshidratación hipernatremica en niños con lactancia materna exclusiva.

Objetivos: Conociendo los resultados previos, modificamos las pautas de actuación, recomendando aportes suplementarios en RN con perdidas superiores al 8% del peso al nacimiento en el momento del alta.

Material y métodos: Se estudian los reingresos del año 1993 al 2006 por deshidratación hipernatremica, teniendo en cuenta que en el periodo comprendido entre 1993 y 2002 no estaba implantado el alta precoz, y a partir del 2002 se realiza alta precoz con menos de 48 horas y desde el año 2003 se aportan suplemento con leche maternizada en RN con perdidas superiores al 8% en el momento del alta.

Resultados: En el periodo en el cual no se realizaba el alta precoz (1993-2002) reingresaron 22 niños por deshidratación hipernatremica (2,75%), en el primer año del alta precoz reingresaron 11 niños (11%) y tras modificar la pauta de actuación, en los siguientes cuatro años reingresaron 7 recién nacidos (1,75%).

Conclusiones: En un tema tan controvertido, queremos aportar nuestra experiencia, sin querer decir que nuestra solución sea la más adecuada. Nuestro propósito es profundizar para poder determinar cuales son los factores de riesgo que más influyen e intentar evitar el reingreso, y mantener de forma satisfactoria la lactancia materna exclusiva.

09:00

365

CARACTERÍSTICAS DE LOS NEONATOS DADOS DE ALTA DE FORMA PRECOZ Y FRECUENCIA DE REHOSPITALIZACIÓN

Elisa García García, Pilar Rojas Fera, María Luisa Rosso González, Antonio Losada Martínez
Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

09:07

Objetivos: Determinar la frecuencia y causas de rehospitalización de recién nacidos sanos dados de alta de forma precoz (antes de las 48 horas de vida) en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de todas las gestantes dadas de alta antes de haber transcurrido 48 horas desde el momento del parto. Se recogieron los datos relacionados con las siguientes variables: edad materna, número de orden de gestación, semanas de gestación, serología materna, exudado vagino-rectal SGB, fecha y hora de nacimiento, tipo de parto, horas de bolsa rota, fiebre intraparto, somatometría al nacimiento, ingreso y sus motivos en Centro Maternal, fecha y hora de alta e ingreso y motivos del recién nacido en la Unidad de Neonatología en las primeras dos semanas de vida. El periodo de estudio considerado fue del 1 Noviembre 2005 al 30 Abril 2006.

Resultados: En este periodo de estudio, 721 mujeres fueron dadas de alta antes transcurrir 48 horas desde el momento del parto. Se excluyeron del estudio 72 mujeres por diversos motivos: imposibilidad de acceder a la historia clínica materna, recién nacidos ingresados en la Unidad de Neonatología en las primeras 48 horas o falta de datos en la historia clínica materna en relación con el embarazo o el parto. En total se incluyeron 649 mujeres. Considerando los factores de riesgo de infección perinatal (SGB positivo, fiebre materna intraparto y amniorrexis \geq 18 horas), encontramos que en el 13,6% de los casos el SGB fue positivo, el 3,1% de los casos presentaron fiebre en el momento del parto y en el 10,7% la aminorrexis se produjo al menos 18 horas antes del parto. Del total de recién nacidos incluidos, 19 (2,9%) ingresaron en la Unidad de Neonatología en los primeros 15 días de vida. En ninguno de los casos de recién nacidos ingresados hubo fiebre materna en el momento del parto, y solo en 2 de los casos la amniorrexis se produjo más allá de las 18 horas desde el momento del parto. Los motivos de ingreso que se presentaron con más frecuencia fueron la ictericia neonatal transitoria, seguido del síndrome febril (13 y 4 casos

respectivamente) y ninguno de los recién nacidos presentó infección grave.

Conclusiones: En nuestro centro el alta precoz de los recién nacidos sanos está determinado fundamentalmente por los factores de riesgo de infección perinatal y por las características del neonato, puesto que la mayoría son a término y todos ellos con peso al nacimiento superior a 2.100 g.

366 09:14 DIÁLISIS PERITONEAL EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE PESO INFERIOR A 1.500 GRAMOS

Aurora Montoro Expósito, Mariano Plana Fernández, Félix Castillo Salinas, Daniel Gutiérrez Pascual, Yolanda Castilla Fernández, Ignacio Benítez Segura
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivo: La insuficiencia renal aguda, ya sea aislada o asociada a fallo multiorgánico, es una patología frecuente en las unidades de cuidados intensivos neonatales y está asociada a una elevada mortalidad. Analizamos la experiencia en nuestro centro en el uso de la diálisis peritoneal en recién nacidos pretérminos de peso inferior a 1.500 gramos.

Métodos: Revisión de 9 historias clínicas de pacientes que requirieron diálisis peritoneal desde enero del 2002 hasta diciembre del 2006. Las indicaciones de la diálisis incluyeron hipervolemia con inestabilidad hemodinámica, oligoanuria que no mejoraba con fluidoterapia, diuréticos ni soporte inotrópico, hiperkaliemia que no respondía a tratamiento médico, hiperuricemia y acidosis metabólica grave. Se usó catéter de diálisis tipo Cook de 5 F, líquido de diálisis tipo peritofundina con concentración de glucosa de 1,5 gr/dL, heparina 500 U/L, potasio si los niveles eran inferiores a 4 mEq/L y antibióticos en caso de que los usados por vía sistémica fueran dializables. Se monitoriza al paciente, se realizan controles analíticos y cultivo y recuento leucocitario del líquido de diálisis cada 24 horas.

Resultados: En 8/9 casos la insuficiencia renal que requirió el uso de diálisis peritoneal fue secundaria a episodio de sepsis con fallo multiorgánico y en uno a necrosis cortical no filiada con hiperpotasemia intratable. Se realizaron pases de una hora de entre 10-20 cc/Kg, en pacientes con mediana de edad de 28 semanas de gestación (24-31), con mediana de peso 1.180 gramos (560-1.680), media de horas de diálisis 83 horas. En 3/9 casos se interrumpió la diálisis por defunción del paciente por causas extrarrenales, en uno de los casos se tuvo que sustituir por hemofiltración por inestabilidad hemodinámica y en el resto se detuvo por mejoría clínica, consiguiendo balance hídrico negativo en todos los casos. No hubo ninguna complicación en la colocación del catéter. Se evidenció un caso de infección (peritonitis fúngica). En dos de ellos se tuvo que recambiar el catéter por malfuncionamiento.

Conclusiones: La diálisis peritoneal es técnicamente eficaz en recién nacidos de bajo peso. Es un procedimiento fácil, seguro, con pocas complicaciones, y bien tolerado en pacientes hemodinámicamente inestables. Se evitan los riesgos de la anticoagulación y la necesidad de grandes accesos vasculares asociados a la hemofiltración.

367 09:21 FLUIDEZ DE MEMBRANA ERITROCITARIA EN PRETÉRMIOS: ANÁLISIS COMPARATIVO EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTO, SEXO Y APGAR 1/5

Francisco Contreras Chova, Julio Ochoa Herrera, Ricardo Pérez lañez, Antonio Bonillo Perales, Manuel González-Ripoll Garzón, Antonio Molina Carballo, Eduardo Narbona López, José Uberos Fernández, Antonio Muñoz Hoyos

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

Antecedentes y objetivos: La integridad, tanto estructural como funcional de las membranas biológicas es fundamental para el mantenimiento de sus funciones. Los cambios en la fluidez de membrana contribuyen sustancialmente a la alteración de las funciones celulares. La membrana de los eritrocitos de los recién nacidos son particularmente susceptibles al daño derivado del descenso de su capacidad de fluidez, aspecto poco estudiado en el prematuro. Como objetivos, se plantea determinar si factores inherentes al parto, como el parto por cesárea y el Apgar al minuto y los 5 minutos de vida pueden influir sobre el grado de fluidez de membrana eritrocitaria en el prematuro, y por tanto, sobre la funcionalidad del hematíe.

Material y métodos: 31 Recién nacidos pretérmino, con edades gestacionales comprendidas entre las 26 y 36 semanas, y peso al nacimiento entre 630 y 2.500 gramos. Se procede a la toma de muestras de cordón umbilical y a la medición del grado de fluidez de membrana mediante dos sondas, DPH y TMA-DPH, determinando la polarización por fluorescencia. Se subdividen a los pretérminos en función del tipo de parto (eutócico vs cesárea) y el Apgar (de 0 a 5 y de 6 a 10, en las determinaciones al minuto y 5 minutos de vida) utilizando como análisis estadístico el test de la t de student para muestras independientes.

Resultados: Tipo de parto: menor fluidez de membrana eritrocitaria (mayor p) en RNPT nacidos mediante cesárea, con diferencias significativas ($p < 0,05$) con la sonda DPH. Apgar 1: menor fluidez de membrana eritrocitaria en RNPT con Apgar 1 inferior o igual a 5, con diferencias significativas con la sonda DPH. Apgar 5: Menor fluidez de membrana eritrocitaria en RNPT con Apgar a los 5 minutos inferior o igual a 5, con diferencias significativas ($p < 0,05$) con ambas sondas (DPH y TMA-DPH).

Conclusiones: En el recién nacidos prematuro, determinados factores inherentes al parto y el período perinatal inmediato pueden influir decisivamente sobre el nivel de fluidez de membrana eritrocitaria y por tanto sobre la funcionalidad y vida media de los hematíes de estos pacientes.

368 09:28 MIOPATÍA NEMALÍNICA: UNA FORMA INFRECUENTE DE HIPOTONÍA NEONATAL

Soledad Caballero Balanzá, Antonio Sánchez Andrés, Marta Aguar Carrascosa, M. Cristina Fernández Gilino

Hospital Universitario La Fe, Valencia y Hospital General Universitario, Valencia.

Antecedentes y objetivos: La hipotonía neonatal abarca una gran variedad de etiologías. Clínicamente se pueden agrupar en paralíticas y no paralíticas; entre las últimas está el grupo de las miopatías congénitas al que pertenece la miopatía nemalínica, enfermedad congénita no progresiva de la musculatura esque-

lética, caracterizada por la presencia de bastoncillos o cuerpos nemalínicos.

Métodos y resultados. *Caso clínico:* recién nacido varón, ingresa por hipotonía y ausencia de esfuerzo respiratorio. Gestación controlada, de 35 semanas, gemelar. Movimientos fetales disminuidos desde el 2º trimestre. Apgar 2/ 5/ 5, reanimación con intubación y ventilación manual; es trasladado a la UCI neonatal, donde se conecta a ventilación mecánica convencional. Ausencia de motilidad espontánea y escasa respuesta a estímulos. Contracturas en flexión de muñecas y dedos de las manos. Caderas en flexo-abducto fijo, artrogriposis de extremidades inferiores (rodillas, tobillos), pies equino-varo bilateral irreductibles. Exámenes complementarios: analítica sanguínea, enzimas musculares, serología: normales. Eco cerebral: Normal. RMN cerebral y de médula espinal: morfología normal. Electromiografía normal. Estudios genéticos para Distrofia Miotónica, síndrome de Werdnig-Hoffman, y Prader Willi negativos. Biopsia muscular: se identifican "cuerpos nemalínicos", pudiendo establecer el diagnóstico de Miopatía Nemalínica. Evolución desfavorable, precisando ventilación mecánica convencional al inicio, alternando con CPAP nasal. Al tercer mes de vida se realiza traqueotomía, con la que continua en la actualidad con 11 meses de vida, conectado a respirador con presión positiva.

Conclusiones: El diagnóstico de miopatía nemalínica, requiere un alto índice de sospecha y la biopsia muscular como confirmación. En la actualidad no se puede ofrecer consejo genético en los casos esporádicos. Hay muy pocos casos de miopatía nemalínica; sin embargo, es un diagnóstico a tener en cuenta, tras descartar otras causas más comunes, cuando se da una clínica de hipotonía neonatal. El caso descrito, por sus características de presentación, parece tratarse de una forma neonatal grave. Estas formas clínicas agudas neonatales son dependientes de ventilación mecánica (VM) y evolucionan frecuentemente hacia el fallecimiento, aunque el pronóstico es incierto.

369

TUMORES NO PERÍODO NEONATAL

Carla Susana Costa, Gustavo Rocha, Marta Cadima André Grilo, Ricardo Bianchi, Tânia Sotto Mayor, Joaquim Monteiro, Nuno Farinha, Hercília Guimarães

Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología, Servicio de Cirugía Pediátrica y Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica del Hospital de São João, O Porto (Portugal).

Introdução: Os tumores que afectam o feto e o recém-nascido diferem dos encontrados nas crianças e adultos, o que levanta novos desafios.

Objectivos: Avaliar os principais aspectos clínicos relacionados com tumores e neoplasias diagnosticados no recém-nascido.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos recém-nascidos admitidos na Unidade de Neonatologia entre 1996 e 2006, com o diagnóstico de tumor e/ou neoplasia.

Resultados: Total = 32 casos, (16M/16F), peso ao nascer 3.146 g (965 - 4.590), idade gestacional 38 semanas (28 -41), sete (22%) prematuros, taxa de cesariana 75% (n = 24), dois com procedimento EXIT. Idade actual 3 anos (4m - 10A). Diagnósticos: teratoma (n = 8); linfangioma (n = 6), neuroblastoma (n = 6), hemangioma (n = 5), outros tumores sólidos (n = 6); leucemia linfoblástica aguda (n = 1). Diagnóstico pré-natal 50% (n = 16). Teratomas: Imaturos (n = 3); maduros

(n = 5), localização sacrococcígea (n = 5); cervical (n = 3). Exérese macroscópica total (n = 8). Paralisia da corda vocal direita (n = 1). Linfangioma cístico: localização cervical (n = 5), cervicotorácica (n = 1); toracoabdominal (n = 1). Exérese macroscópica total (n = 7). Sem recidivas. Assimetria da face (n = 1). Neuroblastoma: localização abdominal (n = 5); cervical (n = 1). Delecção 1p (n = 0); amplificação do oncogene n-myc (n = 0). Estádio I (n = 1); IIB (n = 1); III (n = 3); IV (n = 1). Quimioterapia (n = 5), segundo protocolo do grupo cooperativo "European Infant Neuroblastoma Study" (n = 2), exérese cirúrgica (n = 4). Actualmente quatro doentes sem doença e dois com doença/residuo diferenciado. Sequelas: paraparésia (n = 1); bexiga neurogénica (n = 1), paralisia corda vocal (n = 1); parésia facial (n = 1); dificuldade na marcha (n = 1). Outros tumores sólidos: Hemangiomas volumosos (n = 5); Papiloma escamoso (n = 1); Xantogranuloma juvenil profundo (n = 1); Lipoblastoma (n = 1); Nefroma (n = 1); Neoplasia não classificada, possível sarcoma das bainhas nervosas (n = 1). Todos com boa evolução clínica. Leucemia linfoblástica aguda (n = 1), falecido.

Comentários: O diagnóstico pré-natal permite planejar uma melhor abordagem multidisciplinar. Nestas entidades raras é fundamental caminhar para a colaboração internacional, idealmente na participação em grupos cooperativos para um melhor conhecimento da patologia e melhoria do seu prognóstico.

370

COMPLICACIONES NEONATALES DEL SÍNDROME DE HELLP

Pilar Rojas Feria, Elisa García García, Tomás Goñi González, Antonio Losada Martínez

Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El síndrome de HELLP es un trastorno hipertensivo de la gestación que se asocia a un incremento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El objetivo de nuestro estudio fue conocer las complicaciones neonatales asociadas a este síndrome.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo observacional de los recién nacidos de madres con síndrome de HELLP asistidas en el Hospital Virgen del Rocío entre 1995-2005. Se estudiaron 120 recién nacidos de 99 madres con síndrome de HELLP. Se analizaron la edad gestacional, el peso, la longitud, el perímetro craneal, el porcentaje de ingreso y la mortalidad. El peso, la longitud y el perímetro craneal se compararon con una población sana de la misma edad gestacional utilizando las gráficas de Lubchenco. Se determinó si existía asociación estadística entre el número de plaquetas de la madre y el peso y la mortalidad perinatal.

Resultados: El 80% de los partos fueron prematuros con una media de 33 ± 4 semanas de gestación (rango IQ 24-41). El peso medio de los recién nacidos fue de 1834 ± 810 g, la longitud media de 41 ± 6 cm y el perímetro craneal de 29 ± 3 cm. Un tercio de los neonatos presentaban retraso del crecimiento intrauterino. El 61% de los pacientes precisó ingreso hospitalario, siendo los motivos más frecuentes la prematuridad y el bajo peso al nacer. Hubo 24 muertes perinatales. En nuestra muestra no se evidenció correlación significativa entre el número de plaquetas de la madre y el peso o la mortalidad del recién nacido.

09:42

Conclusión: Este síndrome es una complicación rara pero potencialmente grave del embarazo que asocia un riesgo aumentado de problemas maternos y fetales. La detección precoz y el manejo multidisciplinario son claves para mejorar el pronóstico.

371 09:49 INTUBACIÓN SELECTIVA EN UN RECIÉN NACIDO AFECTADO DE MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA GRAVE

Silvia Redondo Blázquez, Susana Hernández Pérez, Carlos Margareto Sanz, Félix Castillo Salinas, Ana Creus Molins, Fátima Camba Longueira

Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La malformación adenomatoidea quística congénita (MAQ) es una enfermedad rara, con repercusión variable que puede requerir ventilación mecánica y presentar fuga aérea como complicación.

Caso clínico: Recién nacido diagnosticado, en la semana 21 de gestación, de malformación adenomatoidea quística de lóbulo inferior del pulmón izquierdo. En la semana 27 se objetiva por ecografía prenatal hidrops fetal, colocándose shunt pleuro-amniótico con buena evolución. Se realiza cesárea electiva previa toracocentesis pleural izquierda, drenándose 100 ml. Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, requiriendo intubación y ventilación mecánica con características agresivas. Se decide realizar intubación selectiva de bronquio principal derecho, observándose clara mejoría, permitiendo disminuir características ventilatorias. A las 24 horas de vida se realiza TAC torácico que evidencia la compresión de las estructuras intratorácicas por la malformación y se decide realizar intervención quirúrgica, practicándose lobectomía inferior izquierda. Posteriormente presenta buena evolución clínica.

Conclusiones: La intubación selectiva del pulmón sano: 1) Puede prevenir la aparición de complicaciones relacionadas con la MAQ, como la fuga aérea. 2) Permite mejorar la ventilación asistida, siempre que el pulmón contralateral sea sano. 3) Estabiliza al paciente con MAQ severa, previo a la intervención quirúrgica.

372 09:56 INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS EN NUESTRO HOSPITAL. CASUÍSTICA DE 7 AÑOS

Francisca Valera Párraga, Elvira Martínez Carrasco, Juan José Agüera Arenas, Ángel Bernardo Brea Lamas, José Luis Alcaraz León, Juan José Quesada López, Vicente Bosch Jiménez

Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La infección congénita por citomegalovirus (CMV) es una entidad emergente con una incidencia de 0,5-1,3% recién nacidos (RN) vivos. Un 10-15% de los casos son sintomáticos al nacimiento ocasionando una importante morbimortalidad, si bien las secuelas pueden llegar a presentarse en los casos asintomáticos. El tratamiento con ganciclovir no ha demostrado un beneficio claro, por lo que los avances en screening neonatal para mejorar el infradiagnóstico no ofrecen una rentabilidad real.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de infección desde el 1 de Enero de 1999 hasta Diciembre de

2005. De los casos encontrados recogimos los siguientes datos: hallazgos clínicos y analíticos destacables, método diagnóstico, tratamiento con ganciclovir, y relación con morbi-mortalidad.

Resultados: Durante el periodo estudiado encontramos 6 casos con diagnóstico de infección congénita por CMV (incidencia del 0,15 por cada 1000 RN vivos). En todos los casos se observaron hallazgos clínico-analíticos compatibles con infección congénita por CMV, destacando: retraso del crecimiento intrauterino CIR (83%), prematuridad (50%), ictericia (50%), hepatoesplenomegalia (50%), hipotonía (50%), microcefalia (33%), trombopenia (33%), púrpura y petequias (16%) y otoemisiones acústicas negativas (16%). El método diagnóstico en todos los casos fue por estudio serológico, realizando además en 4 casos detección de antígeno viral en orina, y en 2 casos cultivo viral. Sólo se instauró tratamiento con ganciclovir en 1 caso durante 15 días por brote agudo de hepatopatía. Falleció uno de los pacientes y en otro caso hubo cofosis con sordera neurosensorial.

Conclusiones: 1) Encontramos menor incidencia a la esperada de infección congénita por CMV en su forma sintomática, probablemente por infradiagnóstico. 2) Los hallazgos clínicos encontrados son similares a los publicados en otros estudios. 3) El diagnóstico sigue basándose en hallazgos clínicos y serología. 4) En nuestro Hospital el uso de ganciclovir para el tratamiento ha sido excepcional.

373 10:03 MORBILIDAD SECUNDARIA A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA INSUFICIENTE EN EL PERÍODO NEONATAL

Vanesa Cancela Muñiz, Izaskun Olaciregui Echenique, Itziar Sota Busselo, Paula Corcuera Elozegui, Valentín Collado Espiga, Juncal Echeverría Lecuona, Luis Paísán Grisolia

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

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas y analíticas en los RN que requirieron hospitalización y que presentaban el antecedente de lactancia materna exclusiva insuficiente.

Material y métodos: Estudio observacional mediante revisión de historias clínicas de RN hospitalizados en la Unidad de Neonatología, con el antecedente de lactancia materna exclusiva insuficiente. Análisis de las diferentes manifestaciones clínicas y analíticas. Periodo estudio: 1-junio-2005 a 31-diciembre-2006.

Resultados: Durante el periodo estudio la incidencia de lactancia materna exclusiva en nuestro hospital fue 67,35%. Ingresaron 21 RN con antecedente de lactancia materna exclusiva insuficiente, distribuidos en 15 varones y 6 mujeres, procedentes de maternidad 10 y de domicilio 11 casos. El peso medio neonatal fue 3.278 ± 400 g, peso medio al ingreso de 2.880 ± 393 g y peso medio al alta de 3.239 ± 453 g, representando una pérdida media de peso del 12,4%. La sintomatología acompañante al ingreso fue, deshidratación 21 casos, isotónica 6 e hipertónica 15; ictericia 2; fiebre 3; ITU 3; hematuria 1. De los casos con deshidratación hipertónica, el sodio medio fue de 152,5 ± 6,4 mEq/L, urea media 62 ± 25,7 mg/dl, creatinina media de 0,71 ± 0,31 mg/dl. Al alta la alimentación fue lactancia mixta en 16 casos y lactancia artificial en 5.

Conclusiones: Destacamos la deshidratación como principal manifestación en los niños ingresados con antecedente de lactancia materna exclusiva insuficiente. La lactancia materna debe ser controlada para evitar situaciones que motiven importantes alteraciones del bienestar del niño.

374

INFORMACIÓN Y ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. OPINIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS PADRES

Rosa Salinas Guirao, María Victoria López Robles, Juan José Quesada López, Ángel Bernardo Brea Lamas, Manuel Cidrás Pidre, Vicente Bosch Jiménez

Sección de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Conocer las opiniones y expectativas de los padres de los RN ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en lo referente a la información médica, atención recibida y expectativas de futuro de sus hijos.

Material y método: Se diseñó un cuestionario centrado en varios aspectos: asistencia por parte del personal sanitario, información médica recibida y percibida, infraestructura y organización de la unidad (sugerencias y posibles mejoras), sentimientos iniciales y expectativas de futuro de sus hijos. Se plantearon 18 preguntas a los padres de los RN ingresados más de 14 días en nuestra unidad, en el período de tiempo comprendido entre Marzo de 2006 y Febrero de 2007. La emisión de las respuestas tuvo en todo momento un carácter voluntario y anónimo.

Resultados: Un 66% (n = 40) de los 59 pacientes incluidos respondieron a la encuesta. La totalidad de ellos consideró la atención recibida por parte del personal sanitario como buena o muy buena, estableciéndose una muy buena relación con el médico responsable de su hijo en el 85% de los casos. El 95% refirió haber recibido una información médica de muy buena calidad, suficiente y comprensible. Tras ella, encontramos un 21% de discordancia entre la situación real del paciente y la percibida por los padres. El 40% encontró alguna deficiencia en la estructura y organización de la unidad (25% en relación a la falta de espacio físico y un 15% apuntaron mejoras en las medidas de asepsia). El 65% encontraron adecuado el horario de visitas establecido. El 22% expresaron sentimientos de felicidad-ternura al ver a su hijo y un 55% desánimo en cuanto a las posibilidades de supervivencia del mismo. La respuesta más repetida fue "miedo" (20%). Hasta un 13% de los padres no eran conscientes de las posibles secuelas de sus hijos. El 68% de los familiares consideraba imprescindible el seguimiento por personal especializado.

Discusión: En nuestra unidad, la calidad de la información médica y la atención que reciben nuestros pacientes es muy bien valorada. En cuanto a la organización y medios disponibles hemos encontrado puntos susceptibles de mejora: horario de visitas, medidas de asepsia, espacio físico y demanda de apoyo psicológico. Existe gran diversidad en cuanto a los sentimientos expresados al ver por primera vez a su hijo. Consideramos todos estos resultados de gran importancia para la mejora en nuestro trabajo cotidiano y trato al paciente.

375

TROMBOPENIA ALOINMUNE NEONATAL

Lorena Rodeño Fernández, Ana Aguirre Unceta-Barrenechea, Beatriz Álvarez Martín, María Landa Gariz, Alberto Pérez Legorburu, Íñigo Echániz Urcelay, Ainhoa Aguirre Conde
Unidad Neonatal del Servicio de Pediatría del Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

Introducción: La trombopenia entre la población neonatal tiene una baja incidencia, sin embargo es la alteración hematoló-

10:10

gica más frecuente en los recién nacidos (RN) ingresados en las UCIN. La trombopenia aloinmune neonatal (TAIN) es la causa más frecuente de trombocitopenia grave en los recién nacidos sanos. Es debida a la presencia de aloanticuerpos maternos contra Ag plaquetarios heredados del padre.

Objetivo: Presentamos dos casos de TAIN, entidad muy poco frecuente pero de gran relevancia clínica por su gravedad en la presentación, en las secuelas y por la necesidad de control prenatal en los sucesivos embarazos.

Casos clínicos. *Caso 1:* RN de 6 horas de vida que ingresa desde la Maternidad por exantema petequeial. Antecedentes: madre sana. 5ª gestación (1 hijo sano, 3 abortos). Parto eutócico a las 39⁶ s. Apgar 7/8. Peso: 3215 g. Exploración: Exantema petequeial en nalgas y dorso. Resto sin hallazgos. Analítica: 9.000 plaquetas/mcL. Resto de las series y estudio de coagulación normal. Evaluación y tratamiento: una transfusión de concentrado de plaquetas con buena respuesta. Ecografía cerebral y abdominal normal.

Caso 2: RN de 24 horas de vida que ingresa por petequias y equimosis sin otros sangrados. Antecedentes: Madre sana. 1ª gestación. Parto eutócico a las 41⁰ s. Apgar 9/9. PN: 2750 g. Al ingreso, 17000 plaquetas/mcL. Precisa una transfusión de plaquetas y gammaglobulina i/v durante 2 días con buena evolución. Ecografía cerebral normal.

Estudio serológico de los casos 1 y 2: Aloanticuerpos anti HPA 1-a. Genotipo plaquetar: madre HPA 1-a negativo; padre HPA 1-a positivo.

Comentarios: El 3% de las gestantes son HPA 1-a negativo y podrían ser susceptibles de desarrollar TAIN aunque debido a múltiples factores no del todo conocidos (HLA DR3...), sólo lo hará un porcentaje menor. La clínica varía desde asintomática hasta sangrados graves y puede presentarse ya en el primer embarazo. La gravedad de este proceso hace imprescindible el inicio precoz del tratamiento (transfusiones de plaquetas y/o gammaglobulina) sin esperar a la confirmación diagnóstica. Esta enfermedad tiene un riesgo elevado de hemorragia intracraneal fetal y neonatal con alta recurrencia, que obliga a una monitorización cuidadosa de las siguientes gestaciones valorando la posibilidad de terapia fetal.

INFECTOLOGÍA

Sala 123 (Planta 1)

376

09:00

ALTERACIONES EN EL METABOLISMO CALCIO-FÓSFORO EN NIÑOS INFECTADOS POR EL VIH

Clara García-Bermejo García, Ana Pilar Nso Roca, Rosa Batista Ferreira, Susana Riesco Riesco, María Isabel de José Gómez
Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Infantil La Paz, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El tratamiento antirretroviral de gran actividad ha mejorado de forma espectacular la calidad de vida de los pacientes infectados por VIH, pero se han descrito múltiples efectos secundarios, entre ellos, alteraciones metabólicas como la osteopenia. Los objetivos de este estudio son: estimar el perfil de alteraciones en la masa ósea en una población de niños infectados por el VIH, conocer los cambios de marca-

dores séricos del metabolismo óseo y evaluar si hay correlación entre los cambios en la masa ósea y los parámetros clínicos, virológicos, inmunológicos y terapéuticos.

Métodos: Se realiza un estudio observacional de corte transversal de 45 niños infectados por VIH con edades comprendidas entre 1 y 17 años. Se les realiza exploración física, hemograma, bioquímica, estudio del metabolismo fosfo-cálcico en sangre y orina, estudio inmunológico, carga viral y densitometría ósea (DEXA).

Resultados: El 60% de los niños se encuentran en un percentil de peso y talla igual o inferior al percentil 50 para su edad y sexo. 15 niños (33%) presentan un índice nutricional compatible con malnutrición. En la densitometría, el 11% está en límite bajo de la normalidad, el 14% presenta osteopenia y el 9% tiene criterios de osteoporosis. Existe correlación estadísticamente significativa entre los resultados de la DEXA y el tiempo de tratamiento con inhibidores de la proteasa y el porcentaje de linfocitos CD4 en el momento del estudio. Los pacientes tratados con inhibidores de la proteasa (IP) tienen niveles de colesterol y triglicéridos significativamente mayores que el resto. Los parámetros analíticos estudiados son similares entre niños con y sin osteopenia-osteoporosis y entre niños expuestos y no expuestos a IP.

Conclusiones: La densidad mineral ósea disminuida se correlaciona con un menor porcentaje de linfocitos CD4, es decir con un peor estadio clínico. Los parámetros analíticos, inmunológicos o virológicos no son útiles para diferenciar los niños que presentan osteopenia. El tratamiento prolongado con IP se asocia, en nuestra serie, con una densidad mineral ósea disminuida y con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

377

BROTE EPIDÉMICO DE HEPATITIS A EN CASTELLÓN

Carlos José Téllez Castillo, Alberto Arnedo Pena, Bárbara Gomila Sard, María Angeles Romeu García, Lourdes Safont Adsuara, Jenny Pontón Moreno, Juan Bellido Blasco, Francisco Pardo Serrano

Sección de Microbiología del Hospital General, Castellón y Sección de Epidemiología de la Conselleria de Sanitat, Castellón.

Objetivos: Valorar el control y la prevención de un brote de hepatitis A en escolares de Castellón.

Material y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo prospectivo que incluía vigilancia activa del laboratorio de Microbiología para la detección de casos y la determinación de IgM y anticuerpos totales frente al virus de la hepatitis A. Para el control del brote se realizó campaña de vacunación frente a la hepatitis A y empleo de gammaglobulina normal en los contactos próximos de los casos. Se estimó la efectividad de la vacuna contra la hepatitis A mediante regresión de Poisson.

Resultados: Entre Octubre y Noviembre del 2006 se detectaron 12 casos de hepatitis A, serología IgM positiva, en un barrio de bajos recursos económicos de Castellón. Todos los casos, salvo 2, eran familiares y pertenecían a la etnia gitana (tasa de ataque en el ámbito familiar del 29,3% (12/41)). Dos de las familias afectadas, con los primeros casos, habitaban en condiciones muy penosas de salubridad y carecían de agua potable. Ocho de los casos eran escolares entre 4 y 11 años que asistían a tres colegios públicos donde ocurrieron seis, dos, y un caso, res-

pectivamente. Se llevó a cabo la vacunación contra la hepatitis A en los colegios con tasas de cobertura del 88,1% en los escolares (218/245) y del 84,8 % en los profesores menores de 40 años (28/35). Se administró gammaglobulina normal y/o vacuna contra la hepatitis A en los familiares y contactos escolares próximos. De los casos, sólo uno había sido vacunado contra la hepatitis A durante el brote y se estimó una efectividad vacunal del 91,5% (95% IC 25,0%-99,0%) $p=0,026$.

Conclusiones: Se sugiere que el mecanismo de transmisión fue por contacto directo, vía fecal-oral, fuera del ámbito escolar. La vacunación y la gammaglobulina normal fueron efectivas en la limitación de la extensión del brote. La vigilancia activa por parte de los servicios de Microbiología y su colaboración con los centros de Salud Pública fue importante para la limitación del brote.

378

BROTE DE SARAMPIÓN EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA

Laura Monfort Carretero, David Muñoz Santanach, Victoria Trenchs Sáinz de la Maza, Susanna Hernández Bou, Juan José García García, Joan Roca i Martínez, Librada Rozas Quesada, Carlos Luaces Cubells

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona.

Introducción y objetivo: El sarampión es una enfermedad vírica altamente contagiosa. Gracias a la amplia cobertura vacunal su incidencia había disminuido de forma importante en Catalunya (51 casos en los últimos 6 años). A partir de un caso importado, en otoño del 2006 se ha producido un brote en el área metropolitana de Barcelona. El objetivo de este trabajo es estudiar las características epidemiológicas y clínicas de los casos diagnosticados en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los casos de sarampión declarados en nuestro centro desde noviembre de 2006 hasta febrero de 2007. La confirmación diagnóstica se obtiene por la determinación de PCR en orina en el momento de la sospecha clínica y la realización de estudio serológico a la semana del inicio del exantema.

Resultados: Se incluyen 110 pacientes con sospecha clínica, 76 (69,1%) habían sido visitados durante la fase prodrómica en nuestro Servicio de Urgencias y 51 (46,9%) estaban en tratamiento antibiótico. Dieciséis (14,5%) vienen remitidos desde el área básica de salud. Hasta la fecha se dispone del resultado de 65 de las pruebas diagnósticas realizadas; en 56 (86,2%) se confirma. El 57,1% son varones. La mediana de edad es de 12,3 meses (2 meses-13 años); 3 (5,4%) son menores de 6 meses y 11 (19,6%) mayores de 15 meses. Todos los pacientes refieren fiebre, con una media de 4,3 días (SD 2,1); 42 (82,1%) presentan exantema, 36 (64,3%) manchas de Koplick y 33 (58,9%) conjuntivitis. En 15 (26,8%) casos se realiza alguna exploración complementaria, siendo la más frecuente la radiografía de tórax (11 casos-19,6%). Siete niños presentan neumonía, 3 laringitis y 3 broncoespasmo. Dieciséis (28,6%) reconsultan en Urgencias y 13 (23,2%) requieren ingreso (4 neumonías, 3 laringitis, 2 broncoespasmos, 3 por mal estado general y 1 por infección de orina intercurrente); con una estancia hospitalaria mediana de 5,4 días (2,4-17,1 días).

Conclusiones: 1) La movilidad geográfica facilita la reaparición de enfermedades de baja incidencia en nuestro medio por lo

09:14

09:07

que es indispensable una actuación coordinada y rápida de los distintos estamentos sanitarios implicados con el fin de limitar su propagación con la mayor brevedad posible. 2) Cabe destacar que en la mayoría de casos la enfermedad se sospecha cuando la clínica está bien establecida, aumentando las posibilidades de su contagio durante la fase prodrómica. 3) El porcentaje de ingresos es elevado siendo las causas más frecuentes las complicaciones respiratorias.

379 VACUNACIÓN CONTRA EL NEUMOCOCO EN LAS ÁREAS 8 Y 9 DE MADRID PREVIA A SU INCLUSIÓN EN CALENDARIO VACUNAL

09:21

Clara Molina Amores, M. Mercedes Bueno Campaña, Eva Parra Cuadrado, M^a del Carmen Vázquez Álvarez, Sara Jimeno Ruiz, Gloria Rodrigo García

Servicio de Pediatría de la Fundación Hospital Alcorcón, Madrid y Servicio de Pediatría del Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

Introducción: La vacuna heptavalente contra el neumococo se ha introducido recientemente en el calendario vacunal en la Comunidad de Madrid. Hasta el momento era de carácter voluntario, desconociéndose la cobertura real de la población infantil de nuestro área.

Objetivo: Determinar el patrón de vacunación contra el neumococo de la población infantil de las Áreas 8 y 9 de la Comunidad de Madrid previa a su inclusión en el calendario vacunal.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en una cohorte de RN reclutados en el momento del nacimiento en las Áreas 8 y 9 de la Comunidad Autónoma de Madrid entre el 1 de noviembre de 2005 y el 31 de enero de 2006. Se les realizó un seguimiento para evaluar la aparición de infección respiratoria en los primeros meses de vida. Entre los datos epidemiológicos preguntados en las encuestas de seguimiento se investigó sobre la vacunación contra el neumococo.

Resultados: Se reclutaron un total de 316 RN. 22 pacientes se perdieron durante el seguimiento. El 48,4% pertenecían al área 8, y el 51,6% al área 9. Al finalizar el estudio 132 (44,9%) niños habían recibido al menos una dosis contra el neumococo de los cuales 48,5% pertenecían al Área 8 y 51,5% al Área 9. El 7,8% habían recibido dos dosis y el 1,7% tres dosis. La edad media de inicio de la vacunación fue de 2,9 meses (DS 0,7) (0,5-5,4). En el 93% de los niños vacunados sus madres eran de nacionalidad española. De los 241 niños cuyas madres eran de nacionalidad española, el 51% recibieron al menos una dosis de vacuna contra el neumococo, mientras en el caso de los niños cuyas madres no eran de nacionalidad española, solo el 17,3% recibieron al menos una dosis de vacuna ($p < 0,0001$). Ni los estudios de los padres, ni la presencia de hermanos escolarizados influyeron sobre la decisión de vacunar. Tampoco existen diferencias cuando se estratifica por nacionalidad. El 85% de los que asistieron a guardería recibieron al menos una dosis de vacuna.

Conclusiones: La cobertura vacunal contra el neumococo en la etapa previa a la inclusión en el calendario vacunal en la Comunidad de Madrid es de un 44,9% en las Áreas 8 y 9, con una mayor cobertura en la población española que en la inmigrante. La asistencia a guardería es un motivo para la decisión de vacunar por parte de padres o pediatras.

380 ALTERACIONES EN NIÑOS EXPUESTOS A ANTIRRETROVIRALES INTRAÚTERO, NO INFECTADOS POR VIH

09:28

Ana Pilar Nso Roca, Clara García-Bermejo García, Susana Riesco Riesco, Rosa Batista Ferreira, María Isabel de José Gómez

Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El uso de la terapia antirretroviral durante el embarazo y en el periodo neonatal ha disminuido drásticamente la tasa de transmisión vertical. Sin embargo, los efectos adversos a medio y largo plazo en niños cuyas madres han recibido este tratamiento durante la gestación, siguen siendo poco conocidos. Nuestros objetivos son determinar la frecuencia de diferentes alteraciones perinatales en los hijos de madres con infección por VIH, que han recibido tratamiento durante el embarazo y analizar su asociación con la exposición a dicha terapia.

Métodos: Estudio observacional de cohortes en el que incluimos 220 niños, hijos sanos de madres VIH positivas, controlados en nuestro servicio desde 1994 hasta 2006. Obtención de distintas variables maternas, obstétricas y pediátricas y análisis estadístico de los datos.

Resultados: La alteración más frecuente fue la anemia (84%), el 6,4% de los niños presentaban algún grado de neutropenia y más del 24% trombocitosis, un hallazgo no descrito hasta ahora. La prematuridad (24%) y el bajo peso al nacimiento (23,6%) resultaron significativamente más frecuentes que en la población general ($p < 0,002$). Hallamos diversas malformaciones congénitas de modo más frecuente que en la población ($p < 0,05$) (síndrome de Poland, angiomas, hipospadias y cromosopatías, entre otras). El seguimiento a largo plazo reveló alteraciones neurológicas, cardiológicas y oftalmológicas, entre otras. Estos hallazgos fueron más frecuentes en el grupo de niños expuestos a terapia antirretroviral combinada, pero sin clara significación estadística por la baja prevalencia de estas alteraciones.

Conclusiones: Determinadas patologías son más frecuentes en niños expuestos a terapia antirretroviral. Son necesarios estudios y seguimientos centralizados de cohortes a largo plazo para poder confirmar estos resultados. El registro y control de estos niños permitiría ponderar el uso de un determinado grupo de fármacos frente a otro.

381 TUBERCULOSIS: ENFERMEDAD EMERGENTE

09:35

Felipe González Martínez, María Inmaculada Fontecha García de Yébenes, Elena Cidoncha Escobar, Ana García Figueruelo, Antonio Hervás Castillo, María Luisa Navarro Gómez, Teresa Hernández-Sampelayo Matos, José Antonio Gómez Campderá, María Jesús Ruiz Serrano

Sección de Infectología Pediátrica y Sección de Microbiología del Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La tuberculosis se ha convertido en una enfermedad emergente debido al aumento de la inmigración de los últimos años.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo descriptivo de los casos de tuberculosis en niños del Hospital Infantil Gregorio Marañón desde enero del 2004 a diciembre del 2006. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos de las historias clínicas.

Resultados: Fueron diagnosticados 26 casos de tuberculosis, de los cuales el 23% fueron de origen español. El 77% de los casos eran extranjeros, la mayoría rumanos (26%), existiendo una gran proporción de africanos y sudamericanos. La mediana de edad de diagnóstico fue de tres años y medio. El estudio de contactos fue positivo en el 80% de los casos (intrafamiliar el 75%). El 92% de los casos el Mantoux fue positivo. Se aisló el microorganismo en 14 de los 26 pacientes. El método más rentable fue el cultivo de jugos gástricos (positivo en casi el 50% de los realizados). El microorganismo que se detectó con más frecuencia es el *Mycobacterium tuberculosis* (12 pacientes), siendo menos frecuente *Mycobacterium bovis* (2 pacientes). La forma de presentación más frecuente fue la pulmonar, en más del 50% de los casos, seguido de la ganglionar, que fue más relacionada con *M. bovis*. Otras presentaciones clínicas fueron osteoarticular, en forma de artritis de cadera y espondilodiscitis, miliar, peritoneal y meníngea. En el 70% de los pacientes se realizó tratamiento estándar con rifampicina, isoniazida durante 6 a 9 meses, asociando pirazinamida los dos primeros.

Conclusiones: Existe un aumento de la enfermedad tuberculosa debido al incremento de la inmigración en los últimos años. Ante una tuberculosis infantil debe hacerse siempre estudio de contactos intrafamiliar para el diagnóstico del caso índice. La prueba de Mantoux sigue siendo la mejor prueba de detección de infectados. La forma de presentación más frecuente sigue siendo la pulmonar, aunque existen casos de formas graves, de presentación poco habitual.

382 09:42 ETIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA GASTROENTERITIS AGUDA INFECCIOSA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL URBANO DURANTE DOS AÑOS

María Elvira Muñoz Vicente, José Rafael Bretón Martínez, Ángel Ros Díez, Cristina del Castillo Villaescusa, África Rodríguez García, Raquel Simó Jordá, Benedicta Casado Sánchez, Roberto Hernández Marco, José Miguel Nogueira Coito

Grupo de Estudio de Enfermedades Infecciosas de Pediatría, Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología Clínica del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia y Universidad de Valencia.

Objetivos: Estudio clínico, analítico y evolutivo de los episodios de GEA infecciosa.

Métodos: Estudio prospectivo durante los años 2005 y 2006 de los niños de 1 mes a 14 años atendidos en la Unidad de Urgencias de un hospital urbano con diagnóstico de GEA infecciosa. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado con escala de gravedad. Se realizó análisis microbiológico de las heces.

Resultados: Se recogieron 1.495 casos. La incidencia de rotavirus fue 408 casos (28%), adenovirus 97(7%), *Campylobacter jejuni* 108 (7%), *Salmonella spp.* 67 (5%), *Yersinia enterocolitica* 4, *Sbigella spp.* 2, *Aeromonas spp.* 2. La etiología mixta se dio en 67 casos (5%). No se identificó ningún microorganismo en 704 casos (48%). El 94% de los casos de rotavirus se produjeron en niños menores de 3 años. La GEA por rotavirus tuvo un marcado componente estacional (80% casos en diciembre-enero). El 48% de los casos por *Salmonella* ocurrieron en verano. Las características socioeconómicas de los padres no se relacionaron con ningún enteropatógeno específico. En el 96% de los casos no hubo deshidratación, en el 2% fue leve y en el 2% modera-

da. La GEA por rotavirus se relacionó con deposiciones líquidas, la infección del tracto respiratorio, mayor riesgo de deshidratación moderada, mayor necesidad de fluidoterapia y mayor probabilidad de ingreso frente al resto de las causas. La ausencia de hermanos menores de 5 años y la ausencia de sangre macroscópica en las deposiciones fueron factores protectores frente a la GEA por rotavirus. La GEA bacteriana, frente a la GEA vírica, se caracterizó por su distribución preferente en los meses de primavera y verano, su predominio en niños mayores de 2 años, la presencia de sangre macroscópica en heces y la presencia de moderados y abundantes leucocitos PMN en la visión directa de las heces al microscopio. Se hospitalizaron el 5% de los niños. La probabilidad de ingreso no se relacionó con el nivel de cualificación de trabajo o estudios de los padres y sí con la causa (mayor para rotavirus (9%) y *Salmonella* (12%)). La determinación de los genotipos de rotavirus se encuentra actualmente en proceso.

Conclusiones: Rotavirus fue la principal causa de necesidad de fluidoterapia y hospitalización. *Campylobacter* fue casi dos veces más frecuente que *Salmonella*. La adecuación de las técnicas de rehidratación oral en Urgencias justifica la ausencia de casos graves de deshidratación y el bajo porcentaje de ingresos.

383 09:49 ESTUDIO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCO Y SEROGRUPOS MÁS PREVALENTES EN NUESTRO MEDIO

Milagrosa Santana Hernández, Ione Aguiar Santana, Ana Bordes Benítez, María Elena Colino Gil, Ana Todorovic, Idaira Alonso Santana, Raquel Aguiar Santana

Servicio de Urgencias de Pediatría y Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y Servicio de Microbiología del Hospital Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Antecedentes y objetivos: Conocer la incidencia y serotipos de enfermedad invasiva por *S. pneumoniae* en niños de 0-13 años ingresados en nuestro hospital.

Métodos: Estudio prospectivo de los casos de enfermedad invasiva que requirieron ingreso hospitalario, desde enero 2005 a enero 2007.

Resultados: En 2005 se notificaron 19 casos (el 84,2% en menores de 2 años). El 47,3% fueron bacteriemias con serotipos 19 (2 casos), 14, 18C, 6A, 19A, 10 y 19F (que precisó ingreso en UMI). El 36,8% se presentó con bacteriemia + neumonía y serotipos 14 (3 casos), 19,1 y 9V (exitus). El 15,7% fueron meningitis con serotipos 18C (2 casos, uno de ellos con ingreso en UMI) y 6A (síndrome de coagulación intravascular diseminada y una asplenia que evolucionó favorablemente). Tanto en el exitus como en las meningitis, los niños no estaban vacunados. El 84% de los casos presentó bacteriemia ± neumonía. En 2006 se notificaron 23 casos (el 60,8% en menores de 2 años), 13 de ellos bacteriemias (56,5%). Se serotiparon 10 casos, encontrándose los serotipos: 23 (2), 19 (3), 3, 7, 6, 18 y 12. El 34,7% presentó bacteriemia + neumonía y serotipos 19 (3), 23, 14,1 y 7 (el único inmunizado). El 8,7% presentó meningitis (serotipos 15 y 14), uno con cuatro dosis de vacuna heptavalente, y el segundo caso no vacunado.

Conclusiones: En el año 2005 el 84% de los casos presentó bacteriemia y/o neumonía subiendo al 91,2% en el 2006, mien-

tras que los casos de meningitis se redujeron del 15,7% al 8,7%. De los 5 casos de meningitis notificados, sólo uno estaba correctamente inmunizado frente al neumococo presentando un serotipo no incluido en la vacuna, el 15. El 58,8% de los serotipos encontrados en 2005 estaban incluidos en la vacuna heptavalente elevándose al 88,2% si se tiene en cuenta los similares; mientras que, en 2006, el 70% de los serotipos implicados era similar a los incluidos en la vacuna heptavalente frente a neumococo. En 2005, el 84,2% de los niños que presentó enfermedad invasiva por neumococo era menor de 2 años vs. el 60,8% en 2006. Solo 3 de los niños con enfermedad invasiva por neumococo estaban inmunizados frente al mismo.

384 **09:56**
INFECCIONES INVASIVAS POR ESTREPTOCOCO GRUPO A. RELACIÓN CON VARICELA

Esmeralda Núñez Cuadros, David Moreno Pérez, Francisco Jesús García Martín, Antonio Conejo Fernández, Vanesa Rosa Camacho, Custodio Calvo Macías, Antonio Jurado Ortiz
 Unidad de Infectología e Inmunodeficiencias y Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas del Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Las infecciones invasivas por Streptococo grupo A (GAS) son una patología relativamente infrecuente que se asocia en muchos pacientes a varicela. Desde la ampliación de las indicaciones de la vacuna frente a varicela (año 2004), la incidencia de dicha enfermedad se ha modificado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los niños (0-14 años) con infección GAS invasiva ingresados en la unidad de Infectología Pediátrica entre 1993-2006 atendiendo a las características clínicas, evolutivas y de supervivencia, así como su posible relación con la varicela.

Resultados: Se han diagnosticado un total de 28 casos con una media de edad de 3,8 años (Rango 0,1-12,5 años) sin predominio de sexo. La fiebre estaba presente en todos los casos, la mayoría (86%) de alto grado (> 39°C). Las formas clínicas fueron: celulitis bacteriémica (8 casos), neumonía con empiema pleural (8 casos), meningitis purulenta (3 casos), traqueobronquitis (2 casos), bacteriemia con trombosis venosa profunda (TVP) (2 casos), piomiositis con artritis séptica (1 caso). En 4 casos hubo criterios de síndrome de shock tóxico estreptocócico. El antibiótico más utilizado fue la Cefotaxima (57,1%). Prácticamente la mitad de los casos (46,4%) presentaban varicela, todos ellos sin vacunación previa. En estos pacientes se sospechó infección por GAS el día 4 (de media) del inicio de las lesiones cutáneas por varicela. 10 pacientes requirieron ingreso en Cuidados Intensivos, no se produjo ningún fallecimiento. La estancia media hospitalaria fue de 19,8 días (Rango 7-60 días). Los dos pacientes con TVP continuaron con dicha secuela.

Conclusiones: La varicela es el principal factor de riesgo de infección invasiva GAS en la infancia. Se debe sospechar dicha infección invasiva cuando existe fiebre moderada-alta o persiste 4 días después del inicio del exantema. Tras iniciar vacunación frente a varicela de forma ampliada en el año 2004, se ha observado una disminución de este tipo de complicaciones, aún con una cobertura vacunal en torno al 30-40% en nuestro medio.

385 **10:03**
¿HAN AUMENTADO LOS EMPIEMAS EN GALICIA?

Silvia Dosil Gallardo, Laura Pérez Gay, Rafael Rodríguez Brea, Gonzalo González Rodríguez, Sara Trabazo Rodríguez, Antonio Rodríguez Núñez, Fernando Álvarez González, José María Martínón Sánchez, Federico Martínón Torres
 Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Antecedentes y objetivo: Existe la percepción clínica de un aumento en la incidencia de empiema, aunque la información objetiva disponible es limitada, al tratarse además de una patología de libre declaración para la que no existen sistemas de vigilancia epidemiológica activa específicos. Este trabajo pretende determinar y evaluar la incidencia del empiema de origen infeccioso, y en particular del empiema neumocócico, en los niños de Galicia desde el año 1996 hasta la actualidad.

Método: Análisis retrospectivo mediante revisión de la base de datos de CMBD-HA de Galicia desde el año 1996 al 2006, utilizando las categorías 480-487; 510 y 511 de la CIE-9-MC (neumonía y relacionados) y los códigos de procedimiento 34.04 y 34.91 de la CIE-9-MC (toracocentesis y drenaje pleural).

Resultados: Se identificaron un total de 165 ingresos hospitalarios con una edad media de 5,11 (4) años (Figura). La edad media de los niños ingresados con empiema también ha ido disminuyendo de forma significativa desde los 7,25 (6,3) años en el año 1996 hasta los 3,7 (3) en el año 2005. El aumento que detectamos en la incidencia se produce a expensas sobre todo del aumento del nº de casos en los niños de 0 a 4 años (9 veces superior) y de 5 a 9 años (5 veces superior), siguiendo prácticamente constante la incidencia entre los 10 y los 14 años de edad. Este patrón se observa también cuando se consideraron sólo los casos de etiología neumocócica.

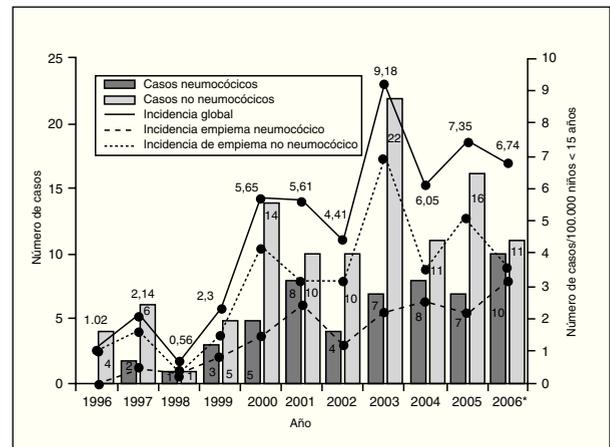


Figura. Ingresos por empiema en niños menores de 15 años en Galicia desde 1996a 2006. La línea (—) repreneta la incidencia global/100.000 niños menores de 15 años. (*) El año 2006 sólo incluye datos de Enero a Junio.

Conclusiones: Nuestros datos muestran un aumento de la incidencia del empiema en Galicia con un descenso progresivo en la edad media de los pacientes afectados, similar al referido en otros países, y que se inicia con anterioridad a la disponibilidad de la vacuna antineumocócica en nuestro entorno. Son necesarios sistemas prospectivos de vigilancia epidemiológica y control del empiema.

386 10:10 SÍNDROME DE ESCALDADURA ESTAFILOCÓCICA: REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Pilar Quijada Fraile, Elena Abad Pérez, Isabel Valverde García,
Ana Martínez Zazo, Jorge Martínez Pérez
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

Se denomina síndrome de la piel escaldada estafilocócica a un grupo de trastornos ampollosos de la piel causados por exfoliotoxinas (A y B) que elaboran determinadas cepas de *Staphylococcus aureus*. La enfermedad afecta preferentemente a recién nacidos y niños menores de 5 años. Las manifestaciones clínicas se producen por la diseminación hematógena de la toxina epidermolítica desde el foco de infección, produciendo ampollas y denudación por disrupción de la capa granular de la epidermis. Existen tres formas clínicas: *forma localizada* (impétigo bulloso), *forma abortiva* (variante escarlatiniforme) y *forma generalizada*.

Objetivos: Revisión de casos de escaldadura estafilocócica ingresados en nuestro hospital en los últimos 10 años.

Material y métodos: Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados menores de 18 años con diagnóstico de escaldadura estafilocócica entre enero de 1996 hasta marzo del 2006. Se estudiaron variables epidemiológicas, etiológicas, clínicas, analíticas y terapéuticas.

Resultados: Se recogieron un total de 24 casos (14 niñas y 10 niños). La mediana de edad fue de 3,12 años (Rango: 0,75-8,25 años), y el 83% de los casos eran menores de 5 años. No se objetivaron antecedentes personales de interés. En 16 casos la enfermedad se manifestó de *forma generalizada*, en 7 de *forma abortiva*, y tan sólo hubo 1 caso de *impétigo bulloso*. En cuanto al foco de infección, se consideró una amigdalitis en 5 casos, lesión cutánea en 7 casos, conjuntivitis en 2 casos y no estaba descrito en 10 de ellos. El frotis faríngeo resultó positivo a *S. aureus* en el 42% de los casos, negativo en el 45% y no se realizó en el 13%. Sólo en el 33% de los casos se objetivó una leucocitosis mayor de 15.000 y la PCR fue < 3,5 mg/dl en todos los casos. Durante la hospitalización todos recibieron antibioterapia intravenosa, con una media de 5 días, y en el 87% el tratamiento fue cloxacilina. La estancia media fue de $6,4 \pm 2,8$ días, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la estancia entre la forma generalizada y la abortiva ($p = 0,307$). No se observaron complicaciones en ningún caso.

Conclusiones: Los datos clínicos constituyen la base del diagnóstico de este síndrome. Los reactantes de fase aguda son de

escasa utilidad. El cultivo de los posibles focos de infección es útil para apoyar el diagnóstico.

387 10:17 ESTUDIO ETIOLÓGICO DEL CROUP EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Pedro José Gómez González, Zoraida Rubio Deleporte, Yolanda Peña

Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El croup viral es la causa más frecuente de obstrucción de la vía aérea superior en niños entre los 6 meses y los 6 años. Se caracteriza por grados variables de disnea, estridor y tos disfónica según el grado de obstrucción laríngea y/o traqueal. El diagnóstico es clínico y no suelen ser necesarias exploraciones complementarias.

Objetivo: Determinar la etiología de los casos de croup viral y valorar posibles implicaciones clínicas.

Materiales y métodos: Se seleccionaron todos los casos diagnosticados de croup viral en un servicio de urgencias entre Octubre del 2005 y Febrero del 2006. Se recogieron datos demográficos, forma de inicio y presencia o no de los síntomas principales. La valoración clínica según el score de Taussig se utilizó para indicar el tipo de tratamiento, realizándose una segunda valoración prealta. Se obtuvo muestra de secreciones nasofaríngeas para estudio viral en los pacientes que lo permitieron y no presentaban contraindicación clínica a la técnica.

Resultados: Consultaron por croup un total de 73 pacientes, de los cuales 65,7% eran varones. La edad media fue de 3 años (37,28 meses). Un 31,5% habían presentado episodios previos. El inicio fue brusco en el 46,58% de los casos. Los motivos de consulta más frecuentes fueron tos (83,09%) y dificultad respiratoria (54,79%), con un score clínico medio inicial de 3,46 y prealta de 1,82. Se recogió muestra de secreciones nasofaríngeas en 51 pacientes, que fueron negativas en 33 casos. El principal agente etiológico aislado fue el virus *Parainfluenza* (29,41%), cepas 1, 2 y 3, en dos casos en coinfección con *Enterovirus*. Este grupo no mostró diferencias demográficas ni clínicas significativas.

Conclusiones: El croup viral es una patología común en niños preescolares, de predominio en varones. El virus *Parainfluenza* es un agente causal frecuente. No está justificada de rutina la realización de exploraciones complementarias en cuanto al diagnóstico etiológico.

Viernes, 8 de junio (10:45-12:15 h)

NEFROLOGÍA

Sala 122 (Planta 1)

401

10:45

NIÑOS CON INFECCIÓN DE ORINA FEBRIL: DISCORDANCIAS ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE URGENCIAS Y EL DIAGNÓSTICO FINAL

Itziar Iturralde Orive, Laura Rodríguez Martínez, Jesús Sánchez Etxaniz, Santiago Mintegi Raso, Javier Benito Fernández, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Silvia García González, Elena Mora González, Eider Astobiza Beobide, Gema Ariceta Iraola

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

Antecedentes y objetivos: La sospecha de Infección de orina (ITU) febril se establece en urgencias ante la existencia de cuadro febril sin foco asociado a leucocituria, y se confirma con la llegada de un Urocultivo (UC) positivo (+). Nuestros objetivos son conocer el rendimiento diagnóstico de la leucocituria en la ITU febril y el valor predictivo positivo (VPP) de los datos clínicos y analíticos para obtener un UC +.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los niños menores de 14 años, con sospecha de ITU febril del 07.06.06 al 31.12.06 tras la puesta en marcha de una guía de actuación clínica. Tras practicar en todos hemograma completo, PCR y recogida de orina recogida de forma estéril, se inició antibioterapia (hospitalaria o ambulatoria) y se programó estudio radiológico y control posterior.

Resultados: Registramos 245 sospechas de ITU febril. Edad media 22,6 m (0-144 m), siendo 80% menores de 2 años. 60% eran niñas. 80% de las muestras fueron recogidas por sondaje uretral. 72 casos (29,3%) ingresaron y 173 se manejaron ambulatoriamente. En 64 episodios (26%) que presentaban fiebre y leucocituria el UC fue negativo (VPP 71%). De ellos, 17 habían ingresado (5 eran < 1 mes y 7 nefrópatas) y 47 se manejaron ambulatoriamente. Un 86% de los UC - eran de niñas. El resto de las características clínicas (edad, cuantía y duración de la fiebre) y analíticas (grado de leucocitosis y neutrofilia, valor de PCR) no diferían entre el grupo de UC + UC -. 4 de los ingresados con UC - tenían pruebas de imagen compatibles con pielonefritis aguda. En los otros 13 (18%) no se mantuvo dicho diagnóstico. En los 47 de manejo ambulatorio (27%) no se confirmó el diagnóstico de ITU febril, suspendiéndose el tratamiento y los estudios posteriores.

Conclusiones: En un 26% de las sospechas de ITU febril realizadas en urgencias no se confirmó finalmente dicho diagnóstico: en el 18% de los ingresados y en el 27% de los manejados ambulatoriamente. El VPP de la leucocituria para obtener un UC + fue del 71%. Los datos clínicos (edad y características de la fiebre) y analíticos (leucocitosis, neutrofilia y valor de PCR) no sirvieron para discriminar los casos con UC.

402

10:52

HEMATURIA EN PEDIATRÍA: CARACTERÍSTICAS Y PARÁMETROS DE ALARMA

Sara Jimeno Ruiz, María del Mar Espino Hernández, Adoración Granados Molina, Raquel Martín Molina, Clara Molina Amores, Eva Parra Cuadrado, Bartolomé Bonet Serra
Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: La hematuria es una patología frecuente en la edad pediátrica. Se clasifica en microscópica (Hm), que es benigna y transitoria en la mayoría de los casos, y macroscópica (HM), más alarmante y en ocasiones con peor evolución.

Objetivos: Valorar los datos clínicos, analíticos y evolutivos de la hematuria en la edad pediátrica, analizando los posibles parámetros de riesgo.

Métodos: Se incluyeron 77 niños estudiados por hematuria en la consulta de nefrología pediátrica entre abril 1998 y diciembre 2006. Se realizó un análisis retrospectivo de los parámetros clínicos, analíticos, pruebas de imagen y datos de seguimiento obtenidos a través de la historia clínica informatizada.

Resultados: La mayoría de los casos fueron remitidos desde hospitalización (31%), urgencias (28%) y atención primaria (22%). La edad media fue de 7,7 años. El 61% de los pacientes analizados eran varones. El motivo de consulta fue HM en 45 pacientes y Hm en 32. El urocultivo resultó positivo en el 8% de las hematurias (siendo 83% HM), en todos los casos se aisló *E.coli*. Alteraciones metabólicas urinarias fueron causantes de 7 casos (86% eran HM). Se halló proteinuria asociada en 16 pacientes (69% con HM y 31% con Hm); de ellos 8 pacientes presentaron deterioro del filtrado glomerular (75% con HM y 25% con Hm), 9 alteración inmunológica, 5 hipertensión arterial y 3 edemas. Ninguna ecografía fue diagnóstica de la afectación causante de la hematuria. Se realizó biopsia renal en 6 pacientes (50% HM y 50% Hm), indicada por proteinuria persistente o insuficiencia renal acompañantes, resultando todas patológicas. Los diagnósticos más frecuentes en las Hm fueron: microhematuria transitoria 37%, no patología 15%, glomerulonefritis (GN) crónica 9%, GN postinfecciosa 6% e infección urinaria 3%. En las HM: origen urológico/traumatismos 22%, infección urinaria 15%, GN postinfecciosa 13%, GN crónicas 7% y causa metabólica 9%. Han sido dados de alta el 56% de los pacientes: 49% con Hm y 51% con HM. Ningún paciente ha evolucionado a insuficiencia renal crónica hasta el momento.

Conclusiones: La hematuria es un trastorno autolimitado en la infancia que implica un pronóstico excelente cuando no se acompaña de otras alteraciones. La presencia de proteinuria, hipertensión arterial o afectación del filtrado glomerular estimado son signos de alarma para descartar glomerulopatías, incluso en microhematurias.

403 REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Marta Mumany Español, Elisabet Guijarro Casas, 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 causa más frecuente de IRA en la infancia es el síndrome hemolítico-urémico. En la mayoría de los casos es secundario a una enteritis bacteriana de tipo invasivo (denominándose SHU típico D+). Este cuadro también se ha asociado a otras infecciones bacterianas y al uso de ciclosporina (SHU atípico o D-).

Métodos: Se analizan retrospectivamente todos los casos diagnosticados de síndrome hemolítico-urémico en nuestro centro en los últimos 15 años.

Resultados: Se estudian un total de 46 casos, con edades comprendidas entre los 6 meses y 13 años. No se observan diferencias significativas entre ambos sexos. 36 presentaron anteriormente cuadro de diarrea típica enteroinvasiva (D+). Dentro de los D-, 8 casos se relacionaron con el tratamiento con ciclosporina tras trasplante de médula ósea (TMO) y 2 casos asociados a enfermedad invasiva por neumococo 27 casos presentaron oligoanuria e hipertensión arterial en 10 casos. Se observan claros signos de hemólisis: esquistocitos en sangre periférica (26 casos registrados), aumento de la LDH, disminución de la hemoglobina y plaquetopenia. Es constante el hallazgo de proteinuria y hematuria al inicio del cuadro. Requirieron transfusiones de hematies, plaquetas o ambos un total de 35 casos. La mayoría presentaron complicaciones debidas a la insuficiencia renal aguda precisando tratamiento con diálisis 25 de ellos. Exitus multifactorial en 2 casos (ambos SHU D- asociado a ciclosporina). Biopsia renal en 4 casos. El trasplante renal se practicó en 3 casos. 7 de los pacientes precisaron tratamiento domiciliario al alta (antihipertensivo/ IRC).

Conclusiones: La mayoría de los casos de SHU son típicos D+. 1) Los D- presentan un peor pronóstico. La mortalidad es muy alta en los casos asociados a ciclosporina, ya sea también positivamente su enfermedad de base. 2) La IRA es habitual, siendo necesario el tratamiento sustitutivo con diálisis de manera precoz. 3) La depuración plasmática con plasmaféresis sólo es útil para el tratamiento de los SHU idiopáticos. El pronóstico de la enfermedad depende del grado y duración de afectación renal en los casos D+. Mientras que en los casos secundarios D- depende de la etiología.

404 TRASCENDENCIA DE LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS TRAS LA PRIMERA INFECCIÓN DE ORINA FEBRIL

Laura Rodríguez Martínez, Itziar Iturralde Orive, Jesús Sánchez Etxaniz, Elena Mora González, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Susana Capapé Zache, María González Balenciaga, María Jesús Rúa Elorduy, Gema Ariceta Iraola, Armando Gozalo García

Urgencias de Pediatría, Nefrología Infantil y Radiología Infantil del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Antecedentes y objetivos: Se recomienda realizar un estudio de imagen tras un primer episodio de infección de orina (ITU) febril, lo que ha sido clásicamente un argumento para indicar el ingreso hospitalario. Nuestro objetivo es va-

lorar la trascendencia de los hallazgos ecográficos en estos casos.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los niños menores de 14 años, con sospecha de ITU febril del 07.06.06 al 31.12.06 tras la puesta en marcha de una guía de actuación clínica. En todas las sospechas (fiebre sin focalidad y leucocituria recogida por método estéril) se inició tratamiento antibiótico (intra-hospitalario o ambulatorio) y se programó estudio ecográfico, según indicaciones de la guía.

Resultados: Detectamos 174 pacientes con sospecha de ITU febril y urocultivo (UC) +. Analizamos 133 casos, tras excluir los casos con nefropatía conocida y perdidos en el seguimiento. 84 niños (63,2%) eran menores de 12 meses, siendo la edad media de 18,4 meses (0-144). Fueron manejados ambulatoriamente 90 niños (67,6%), indicándose ingreso en los 43 restantes. Se realizaron 11 ecografías en el servicio de urgencias (SU), 32 durante el ingreso y 90 de forma ambulatoria en las dos primeras semanas tras el diagnóstico. De todas ellas 35 fueron informadas por el radiólogo infantil como "con hallazgos" (26,3%): 4 hidronefrosis, 1 atrofia renal, 1 hallazgo de PNA, 24 dilataciones pielocaliciales, 4 dobles sistemas, 1 malrotación. El 40% de las ecografías realizadas durante el ingreso se consideraron patológicas, mientras que solo lo fueron el 20% de las realizadas de forma ambulatoria. De todas las alteraciones ecográficas detectadas Nefrología Infantil consideró que influía en el manejo a corto plazo en 6 casos (las 6 primeras anomalías descritas), un 4,5%: 1 en el SU, 1 durante el ingreso y 4 en los primeros 15 días (9, 3, 4,4% del total de cada grupo, respectivamente), pero en ningún caso en el manejo urgente.

Conclusiones: En nuestra experiencia en el 26% de las ITU febriles se detectan alteraciones ecográficas. Solo en un 4,5% influyeron en el manejo a corto plazo y, en ningún caso, motivaron una actuación urgente.

405 PARÁMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS ASSOCIADOS À EVOLUÇÃO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA CLASSE IV NA SÍNDROME DE ALPORT

Vera M.S. Belangero, Sumara Z.P. Rigatto, Maria Almerinda Ribeiro Alves, Lilliane C. Prates, Anna C. Britto

Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Campinas, Brasil.

Antecedentes: A Síndrome de Alport é um diagnóstico importante em Pediatría visto ter implicações no acompanhamento do paciente e da família, para fins de aconselhamento genético.

Objetivo: Determinar parâmetros clínicos ou laboratoriais associados à evolução para doença renal crônica classe IV.

Material e métodos: Revisão dos prontuários de todas as crianças com diagnóstico confirmado de S. Alport por biópsia com microscopia eletrônica. *Análise estatística:* Prova U de Mann-Whitney para a comparação entre os casos com e sem doença renal crônica classe IV e o teste de Wilcoxon-Gehan para as curvas de sobrevivência. O valor de alfa considerado foi de 0,05.

Resultados: Vinte e dois pacientes, de vinte diferentes famílias, idade inicial de $7 \pm 6,5$ anos, com tempo médio de acompanhamento de 8 ± 8 anos. A queixa mais frequente foi hematuria macroscópica com antecedente familiar de doença renal crônica e de hematuria microscópica com antecedente familiar de hematuria. Dezenove casos tiveram evolução

pôndero-estatural dentro do canal de crescimento. Hipertensão arterial e anemia somente foram detectadas tardiamente, nos casos com evolução para doença renal crônica e após a sua instalação. A média do clearance de creatinina nas faixas etárias de 4 a < 8; 8 a < 12; 12 a < 16 e nos >= 16 anos foram respectivamente de 123,0; 107,1; 84,8 e 69,7 ml/min/1.73 m². Doze pacientes (seis de cada sexo) evoluíram para doença renal crônica classe IV, com idade média de 15 ± 4 anos. Perda auditiva neuro-sensorial foi encontrada aos 10 ± 4 anos em 09/22 pacientes, e todos evoluíram para doença renal crônica (p = 0,00). Proteinúria nefrótica surgiu entre oito e 12 anos de idade e somente nos casos com evolução para doença renal crônica (p = 0,00). Hematúria macroscópica foi significativamente associada à doença renal crônica (p = 0,00). O tipo de herança não foi fator associado à doença renal crônica porque em três casos o tipo de herança não pode ser determinado pelo heredograma e em duas crianças não se conheciam os antecedentes familiares.

Conclusões: A presença de hematúria macroscópica, o aparecimento de perda auditiva neuro-sensorial e de proteinúria nefrótica são preditivos de evolução para doença renal crônica classe IV em crianças com Síndrome de Alport.

406 EXPERIENCIA EN DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PIELONEFRITIS FOCALES: 7 CASOS

Marta Llorente Romano, Rafael González Cortés, José Ángel Gómez Carrasco, María Pilar González Santiago, María del Carmen Jiménez Hernando, M. Cruz Vecilla Rivelles, David Ruano Domínguez, Enrique García Frías

Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid).

Antecedentes y objetivos: La pielonefritis focal (PNF) en pediatría es una entidad mal caracterizada en la actualidad, con pocos casos recogidos en la literatura médica, especialmente en relación a su seguimiento a largo plazo. Este estudio pretende aportar nuestra experiencia en este sentido a través de 7 casos diagnosticados en nuestro servicio.

Métodos: Realizamos una revisión de las historias clínicas de 7 pacientes diagnosticados de PNF en nuestro servicio en los últimos 17 años, recogiendo datos referentes a la forma de presentación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior.

Resultados: Encontramos 7 casos de PNF, 6 de ellos niñas, con edades entre 1 año y 7,4 años (media de 4,6 años). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y dolor abdominal. La mayoría mostraron leucocitosis y elevación de la PCR mayor de 70 mg/ml. El sedimento urinario reveló piuria en todos los casos, bacteriuria en 6 y nitritos positivos en 3. La ecografía abdominal permitió el diagnóstico de todos los casos apareciendo 3 con lesiones hipocóicas, 3 con lesiones hiperecóicas y 1 con ecogenicidad heterogénea. La antibioterapia fue iniciada vía parenteral en todos (entre 5 y 16 días) y seguida vía oral en 5 (entre 3 y 10 días). El tiempo medio de ingreso fue de 10,4 días. Los pacientes han sido seguidos hasta hoy (rango de seguimiento de 1 mes a 17 años). 5 han sido sometidos a control de la función renal mediante gammagrafía DMSA, mostrando 3 de ellos defectos de captación en el parénquima renal. Durante el

seguimiento, 1 de las pacientes ha mostrado una proteinuria mantenida requiriendo tratamiento. Ninguno ha presentado HTA.

Conclusiones: El comportamiento clínico/análítico de las PNF no permite distinguirlas de las pielonefritis agudas (PNA), salvo por la mayor duración de la fiebre tras el inicio de la antibioterapia, y son las técnicas de imagen (generalmente ecográficas) las que permiten hacerlo. La PNF requiere tratamiento más prolongado que las PNA, dado que supone una afectación más severa del parénquima renal. En nuestra revisión hemos observado mayor incidencia de cicatrización renal en PNF que en PNA objetivadas mediante gammagrafía DMSA.

407 PUNÇÃO VESICAL- RISCO OU BENEFÍCIO?

Sara Figueiredo Santos, Nuno Andrade, Isabel Andrade
Hospital São Teotónio, Viseu (Portugal).

11:27

Objetivos: Avaliar o papel da punção vesical (PV) como técnica de colheita de urina no diagnóstico de infecção urinária (IU) no nosso Hospital. Analisar e estabelecer relações entre os resultados das uroculturas obtidos por PV e por outros métodos de colheita. Aferir a importância do Combur-10[®] (C10[®]) na suspeição/exclusão de IU.

Métodos: Estudo retrospectivo referente a um período de 10 meses (Janeiro a Outubro de 2006) incluindo todos os lactentes/crianças que tenham realizado colheita de urina por punção vesical para despiste de IU. A técnica de colheita e cultura de urina são descritas, assim como os critérios de leitura dos Uricult[®]. Foi criada uma base de dados a partir do Livro de Registo dos Uricult[®] existente no Serviço de Pediatría do Hospital de Viseu, onde foram registadas as variáveis a analisar (sexo, idade, presença de alterações no Combur-10[®] e resultado da urocultura efectuada por saco e/ou por punção vesical). A análise estatística foi realizada utilizando o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 13.0.

Resultados: No período em estudo, foram realizadas 169 colheitas de urina por PV, das quais 55 foram positivas (32,5%). Esta técnica foi realizada maioritariamente em crianças do sexo masculino (n= 108) e naquelas com idade ≤ 3 meses (47%). O C10[®], alterado em 33 casos, teve uma correlação com o diagnóstico de IU em 82% dos casos (p < 0,05). De um total de 113 uroculturas positivas por saco, apenas 45 casos (40%) foram confirmadas por PV. Relativamente às uroculturas duvidosas (n = 35), apenas 4 (11%) se revelaram positivas. Das uroculturas que se revelaram positivas por PV, 82% tinham 1/2 sacos positivos realizados anteriormente, enquanto que apenas 7% das uroculturas positivas corresponderam a sacos inicialmente duvidosos.

Comentários: No estudo não foi analisado a presença/ausência de sintomatologia, bem como não foi abordado o papel da Sumária de Urina no diagnóstico de IU. No entanto, pode concluir-se que o C10[®] é um bom método de triagem na suspeição de IU. Talvez a consideração final se prenda com o facto de a PV, realizada em casos seleccionados, ser uma peça fundamental no diagnóstico de IU. Só assim se evitam falsos diagnósticos que implicariam enormes prejuízos clínicos, sociais e económicos.

408

ENURESE, UM PROBLEMA ESCONDIDO...

Joana Rios Lopes, Cristiana Ribeiro, Ana Torres, Hugo Rodrigues, Isabel Martinho, Idalina Maciel

Servicio de Pediatría del Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, Viana do Castelo (Portugal).

Enurese define-se como micção involuntária numa idade na qual o controlo vesical já devia existir, na ausência de problemas congénitos ou adquiridos do sistema nervoso central. É uma das alterações mais comuns em Pediatría e uma causa importante de problemas emocionais e sociais para as crianças e seus familiares.

Objetivos: Determinar a prevalência de enurese nocturna; Verificar associação entre enurese nocturna e instabilidade vesical, antecedentes de infecção urinária, obstipação, encopresis, noção de sono pesado, roncopatia, hiperactividade, história familiar de enurese; Avaliar o impacto da enurese na vida da criança; Avaliar a necessidade e tipo de tratamento efectuado.

Material e métodos: Estudo transversal, com aplicação de um questionário de respostas múltiplas e anónimo, aos pais de crianças de duas escolas 1º ciclo do ensino básico de Viana do Castelo. Processamento informático dos dados com tratamento estatístico no SPSS® 14.0 para Windows.

Resultados: Foram preenchidos 152 inquéritos, a grande maioria pela mãe; a média de idade da amostra foi 8 anos e 54% eram do sexo feminino. Cerca de 55% afirmam que a criança acorda durante a noite para urinar. A prevalência de enurese foi 6,5% (10 casos), sendo mais frequente no sexo masculino e apenas registando-se 1 caso de enurese secundária; 90% dos pais destas crianças confessam que este problema afecta a vida familiar, social ou escolar da criança. Relativamente aos factores associados a enurese, na amostra verificou-se a presença de dificuldades de aprendizagem em 32%, noção de sono pesado em 22%, história familiar em 20%, hiperactividade em 19%, história de infecção urinária em 18%, roncopatia em 16%, patologia crónica em 12%, obstipação em 6%, incontinência urinária em 4% e encopresis em 3%. Das crianças com enurese, 70% procuraram orientação médica e 20% psicológica, sendo que em 5 casos (50%) experimentaram tratamento farmacológico.

Conclusão: Com a realização deste estudo, os autores pretendem alertar para uma patologia frequente, muitas vezes escondida, com alterações importantes na vida social, familiar e escolar das crianças. Realçam também a importância de identificação dos factores associados, de modo a poder intervir precocemente com o objectivo de minimizar as repercussões na idade pediátrica.

409

RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL EN NIÑOS CON UN PESO INFERIOR A 12 KILOGRAMOS

Victoria Sánchez Tatay, Rafael Barrero Candau, David Canalejo González, Miguel Ángel Fernández Hurtado, M. Julia Fijo López-Viota, Aurelio Cayuela Domínguez, Francisco García Merino

Servicio de Nefrología Pediátrica, Unidad de Urología Pediátrica y Servicio de Documentación Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El peso y la edad del receptor pueden ser factores de riesgo para el fallo del injerto. El objetivo de este tra-

11:34

bajo es revisar las características y los resultados del trasplante renal de donante cadáver (TRDC) en niños con un peso inferior a 12 Kg.

Material y método: Entre 1990 y 2005 hemos realizado 8 TRDC en 7 niños con peso inferior a 12 Kg (3 varones y 4 mujeres). La patología primaria causante de la insuficiencia renal terminal fue: Síndrome nefrótico congénito (3), válvulas de uretra posterior (1), Síndrome hemolítico urémico (1), necrosis cortical bilateral secundaria a shock hemorrágico neonatal (1) y Síndrome alcohólico-fetal con nefropatía no filiada (1). Tres pacientes presentaban IRT desde el nacimiento. El rango de edad del donante osciló entre 2 a 29 años (media 10,8 años). El tiempo de isquemia fría fue de 15 a 36 horas (media 21,4 horas). En todos los pacientes el injerto se colocó extraperitonealmente en fosa iliaca, y se realizó expansión forzada del volumen intravascular durante el tiempo perioperatorio. En los 2 primeros trasplantes se realizó inmunosupresión con ciclosporina, azatioprina y esteroides; el resto de pacientes recibió micofelato mofetilo, tacrolimus, daclizumab y esteroides. La función renal fue evaluada mediante la evolución de los valores de filtrado glomerular (FG) obtenidos por la fórmula de Schwartz y la curva de supervivencia del injerto mediante el análisis de Kaplan-Meier.

Resultados: La supervivencia de los pacientes de la muestra fue del 100%. La supervivencia del injerto fue del 87,5% al año, descendiendo al 75% a los 2 años. Seis niños continúan con injerto funcionando tras un tiempo medio de seguimiento de 2,8 años. El FG medio fue de 123 ml/min/1,73 m² al año, manteniéndose a los 2 años.

Conclusión: El Trasplante Renal (TR) puede realizarse con resultados satisfactorios, tanto para el paciente como para el injerto, en niños con un peso inferior a 12 Kg.

410

POLIQUITOSIS RENAL AUTOSÓMICA RECESIVA: EVOLUCIÓN NATURAL Y POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

Rocío Prieto Varo, Anna Ricart Cumeras, Sara Chocrón Gabizón, Álvaro Madrid Aris, Luis Enrique Lara Moctezuma, Ramón Vilalta Casas, José Nieto Rey

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

Objetivos: Descripción de una serie de 15 casos de poliquitosis renal diagnosticados en los últimos 10 años para estudio de la evolución natural de la enfermedad y los modelos de diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de 15 pacientes de edad pediátrica diagnosticados de poliquitosis renal autosómica recesiva en los últimos 10 años. El método diagnóstico fue ecográfico.

Resultados: La proporción hombres/mujeres fue de 10/5. En 6 casos (40%) el diagnóstico fue prenatal. El resto se diagnosticó entre el primer día de vida y los 4 años, 5 de ellos en la primera semana de vida. Al diagnóstico: 14 (93%) presentaban afectación renal, con insuficiencia renal terminal en uno de los casos y un caso con secuencia de Potter que fue exitus en el primer día de vida, 4 casos (26%) presentaban afectación hepática por ecografía al diagnóstico. Durante el seguimiento: en 7 pacientes (46%) se detectó afectación hepática, hiperesplenismo en 5 (33%), hipertensión portal en 5 (33%), proteinuria moderada-grave en 4 (26%) coincidiendo con el deterioro de la

11:48

función renal, nefrocalcinosis en 5 (33%) e HTA en 9 (60%). Finalmente 5 pacientes (33%) evolucionaron a insuficiencia renal terminal y fueron trasplantados, precisando hemodiálisis previa en 2 casos. De los 5 trasplantes, 2 fueron renales y 3 hepato-renales. Hubo complicaciones en 2 trasplantados: uno por nefropatía crónica del trasplante a los 6 años y el otro por trombosis arterial renal perioperatoria.

Conclusiones: 1) El diagnóstico prenatal y la posibilidad de interrupción voluntaria de embarazo han ocasionado una disminución de los casos de Síndrome de Potter en la última década. 2) El método diagnóstico y de seguimiento de elección es la ecografía, aunque la angiRMN podría ser útil en la valoración pretransplante de la circulación hepato-esplénica. 3) No existe correlación entre el deterioro de la función renal y la afectación hepática. 4) La HTA afecta a un 60% de los pacientes. 5) El trasplante renal exclusivo se plantea cuando no existen signos de hipertensión portal, hígado graso o hiperesplenismo. 6) Cuando existen estos signos junto a la insuficiencia renal terminal, se plantea realizar trasplante hepato-renal.

411 11:55 PERFIL INGESTIVO SALINO Y SU RELACIÓN CON LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA DE PÁNCREAS

Juan José Díaz Martín, Samuel Campuzano Martín, Carlos Bousoño García, Carmen Perillán Méndez, Socorro Braga, Serafín Málaga Guerrero

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y Universidad de Oviedo, Asturias.

Introducción: Las excesivas pérdidas de sodio que tienen lugar en pacientes con fibrosis quística (FQ) pueden condicionar deshidrataciones hiponatrémicas en edades precoces de la vida, acontecimientos que pudieran repercutir en la sensibilidad gustativa a la sal y en el comportamiento de la presión arterial (PA) en edades más avanzadas.

Objetivo: Estudiar el perfil ingestivo salino en pacientes con FQ y su relación con la PA.

Métodos: Estudio transversal analítico, con grupo control, de ámbito autonómico. Grupo índice: 20 sujetos (mediana de edad de 15,82 años) con diagnóstico de certeza de FQ. Grupo control: 73 sujetos sanos (mediana de edad de 17,53 años), seleccionados al azar entre los 100 individuos que completaron el seguimiento longitudinal de un estudio previo denominado RICARDIN®. Realización en ambos grupos de un examen físico, medición de PA (dos determinaciones separadas 15 minutos) y pruebas específicas para determinar el perfil ingestivo salino: sensibilidad, consistencia, preferencia y tolerancia.

Resultados: Los valores de sensibilidad y preferencia gustativa a la sal no revelaron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo los valores de consistencia y tolerancia gustativa a la sal fueron significativamente mayores en el grupo FQ; cuando dichos valores se ajustaron por edad, sexo, peso y talla no mantuvieron dicha significación. Mientras que en el grupo control se observó una correlación negativa estadísticamente significativa entre la PA sistólica y la sensibilidad gustativa a la sal ($r = -0,341$, $p = 0,003$), en el grupo de pacientes FQ dicha relación no pudo confirmarse ($r = -0,115$, $p = 0,6$). No se demostró relación entre la sensibilidad gustativa a la sal y la PA diastólica en ninguno de los dos grupos.

Conclusiones: Los valores de estudio del perfil ingestivo salino de los pacientes FQ son equivalentes al resto de la población, cuando se ajustan sus diferencias por los posibles variables de confusión. No obstante, al compararlos con la población general, parecen existir diferencias en la relación entre variables como la PA sistólica con la sensibilidad gustativa a la sal.

Financiado con una ayuda de Investigación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0401).

412 12:02 REFLUJO VESICO-URETERAL: ECOCISTOGRAFÍA Y CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA DIRECTA.

DOS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS ALTERNATIVAS A LA CISTOURETEROGRAFÍA MICCIONAL SERIADA

Àgata Vázquez Reverter, Raquel Jordán Lucas, Álvaro Madrid Ariés, Luis Enrique Lara Moctezuma, Ramón Vilalta Casas, José Luis Nieto, Goya Enríquez Cívicos, Isabel Roca

Servicio de Nefrología Pediátrica, Ecografías del Servicio de Radiología Pediátrica y Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La cistouretrografía miccional seriada (CUMS) es la exploración de elección para el diagnóstico de reflujo vesico-ureteral (RVU). Existen, sin embargo, dos técnicas diagnósticas alternativas que someten a una menor dosis de radiación ionizante: la cistografía isotópica directa (CGD) y la ecocistografía.

Objetivos: Presentar dos series distintas de pacientes sometidos respectivamente a ecocistografía y CGD y comparar los resultados de ambas pruebas diagnósticas con los resultados obtenidos en la CUMS.

Material y métodos: Se revisaron dos series de pacientes. En la primera serie se practicó estudio CGD a 14 pacientes menores de 24 meses afectados de pielonefritis aguda (según criterios clínicos, analíticos, microbiológicos y DMSA) con CUMS sin evidencia de RVU. Las técnicas se realizaron con la misma maniobra de sondaje. Se excluyeron los pacientes con malformación de la vía urinaria. En la segunda serie se revisó retrospectivamente las historias de 86 pacientes a los que se había practicado ecocistografía, se seleccionó a 66 a los que también se había realizado CUMS utilizando la misma técnica y sondaje. Se comparó la concordancia en el diagnóstico entre ambas técnicas. Para la realización de la ecocistografía se instiló intravesicalmente, previo sondaje, un preparado comercial a base de galactosa y ácido palmítico junto con suero salino.

Resultados: En el primer grupo un 21% de pacientes se observó RVU por CGD con CUMS normal. En la segunda serie, comparativa de ecocistografía y CUMS, se observó una concordancia de diagnóstico del 83% entre ambas técnicas. En 9 pacientes los resultados fueron discordantes, 5 pacientes presentaban RVU sólo en CUMS y 4 sólo en ecocistografía.

Conclusiones: La CUMS es la exploración de elección para el diagnóstico de RVU. Se debe considerar la CGD como alternativa en aquellos pacientes con alta sospecha de RVU y CUMS negativa, dada su elevada sensibilidad y la menor dosis de radiación ionizante a la que se somete el paciente, por esta misma razón podría recomendarse como prueba de seguimiento en pacientes con RVU. La ecocistografía presenta asimismo gran sensibilidad, la principal ventaja sobre la CUMS radica en la ausencia de radiaciones ionizantes, hecho de gran importancia en el seguimiento de los pacientes con RVU, sometidos a revisiones periódicas.

ONCOLOGÍA

Sala 123 (Planta 1)

413

10:45

GERMINOMA DE TALLO HIPOFISARIO AL AÑO DE UNA DIABETES INSÍPIDA IDIOPÁTICA EN UN NIÑO DE 9 AÑOS DE EDAD

Ana Lavilla Oiz, Teresa Molins Castiella, Silvia Souto Hernández, María Chueca Guindulain, María Sagasetta de Ilúrdoz Uranga, Francisco José Gil Sáez, Mirentxu Oyarzabal Peetri, Francisco Javier Molina Garicano

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

Antecedentes: Paciente varón de 8^{11/12} años de edad controlado por diabetes insípida en tratamiento sustitutivo con vasopresina.

Caso Clínico: Niño diagnosticado de diabetes insípida central idiopática a los 7^{11/12} años de edad con estudios de imagen (RMN del área hipotálamo-hipofisaria: ausencia de señal de la neurohipofisis) y genético normal. Clínicamente bien compensado bajo tratamiento con DDAVP. Seguimiento periódico en Endocrinología ante la posibilidad de aparición evolutiva de patología orgánica tumoral. A los 11 meses de evolución aprecian desarrollo genital de rápida progresión (testes de 8-10 cc hiperpigmentados con vello genital y pene G3P3), cefalea ocasional y sensación de mareo. *Analítica compatible con pubertad precoz periférica.* LH: 0,1 mU/ml; FSH: 0,1 mU/ml; Testosterona: 10,66 ng/ml ACTH: 29,1 ng/L; Cortisol: 22,9 µg/dl; IGF-1: 210 µg/L; β-HCG: 42 mU/ml; AgCE: 0,2 ng/ml; Prolactina: 79,96 ng/ml; α fetoprot: 2,5 ng/ml. FT4 1,8 ng/dL; TSH 2,8 mUI/mL. Líquido cefalorraquídeo: LDH: 12 U/L; β HCG: 1; αfetoprot.: < 1. La RNM muestra engrosamiento del tallo hipofisario con lesión nodular en adenohipofisis (que no capta contraste) y ausencia de señal de neurohipofisis. Ante la sospecha de Germinoma del tallo se realiza biopsia transesfenoidal, encontrándose tumor maligno poco diferenciado, con diagnóstico A-P de Germinoma. Una vez establecido el diagnóstico inicia tratamiento quimioterápico (4 ciclos con: Etopósido, Carboplatino, Ifosfamida) y posterior radioterapia, según protocolo de la Sociedad Internacional de Oncología (SIOP CNS GCT 2003). La evolución clínica ha sido satisfactoria (involución de la pubertad) desapareciendo la masa, y sin otros déficits hormonales añadidos.

Conclusiones: Destacamos la importancia del seguimiento de pacientes diagnosticados de Diabetes Insípida Central Idiopática con RNM periódicas, pues puede preceder en años a las alteraciones radiológicas. La buena respuesta a la quimio y radioterapia de estos tumores, evita la cirugía agresiva en la mayoría de los casos, reduciendo la morbilidad y produciendo menores efectos a largo plazo.

414

10:52

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN EN UNA PREESCOLAR

José Rodríguez Carrasco, Carmen Elisabeth Fernández Marín, Francisco García Iglesias, Montserrat Parrilla Roure, María Belén Sevilla Pérez, Antonio Muñoz Hoyos

Servicio de Escolares del Departamento de Pediatría del Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La enfermedad de Castleman es un trastorno linfoproliferativo de etiología desconocida excepcional en la edad

pediátrica (sólo 86 casos descritos en la literatura). Suele afectar a adultos jóvenes, con mayor frecuencia mujeres, describiéndose dos formas clínicas de la enfermedad: la forma localizada, más frecuente y que suele presentarse como masa única (generalmente mediastínica y asintomática al diagnóstico; la resección suele ser curativa) y la forma multicéntrica (11 casos descritos), de afectación sistémica y comportamiento más agresivo (ninguno de los múltiples tratamientos ensayados se ha mostrado eficaz). El diagnóstico de confirmación se basa en el estudio anatómo-patológico. Histológicamente existen dos variantes: la forma hialino-vascular, que suele corresponder con formas localizadas de la enfermedad, y la variante de células plasmáticas, que suele ser multicéntrica y de peor pronóstico.

Caso clínico: Preescolar de tres años de edad, mujer, que presenta adenopatía laterocervical izquierda, de consistencia elástica, no adherida y sin signos inflamatorios, de un año de evolución, que no cede a tratamiento antibiótico y antiinflamatorio ambulatorio. La anamnesis y la exploración física no arrojan más datos de interés. Tras la no respuesta a tratamiento y la normalidad de las pruebas complementarias efectuadas, se procede a su extirpación y estudio anatómo-patológico, que es informado como "enfermedad de Castleman de tipo hialino-vascular". El estudio de extensión efectuado muestra pequeñas adenopatías retroperitoneales de pequeño tamaño, con escasa significación patológica. El resto de pruebas complementarias resultan normales. Cinco meses después de la resección la paciente se mantiene asintomática.

Discusión: La enfermedad de Castleman constituye un cuadro poco frecuente en la edad pediátrica, siendo más frecuente en adultos jóvenes. De sus dos formas clínicas, la forma localizada presenta escasa afectación sistémica, localización frecuentemente mediastínica (al contrario que en nuestro caso) y excelente pronóstico, si bien resulta necesario realizar estudio de extensión para descartar afectación multicéntrica, de clínica más florida y pronóstico infausto. Dicha entidad debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de los trastornos linfoproliferativos.

415

10:59

MELANOMA: UMA REALIDADE NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Andreia Teles, Maria Bom Sucesso, Matilde Ribeiro, Rosa Azevedo, Caludia Neto, Armando Pinto, Ana Maia Ferreira, Norberto Estevinho

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Porto (Portugal).

Nos últimos anos vários estudos apontam para um aumento rápido da incidência de melanoma em todas as faixas etárias.

Objetivo: Alertar para uma patologia com uma importância crescente na população pediátrica, salientando características fundamentais para o diagnóstico precoce, que é crucial para o sucesso da terapêutica.

Material e métodos: Os autores apresentam os novos casos de melanoma observados no Serviço de Oncologia Pediátrica entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2006. São analisados os seguintes parâmetros: idade, sexo, raça, antecedentes pessoais e familiares, localização e características macro e microscópicas da lesão, estadiamento e tratamento efectuados.

Resultados: Neste período foram referenciados cinco casos de melanomas, todos de raça caucasiana e com idades com-

preendidas entre os 17 meses e os 15 anos. Em três crianças o tumor foi detectado em nevus que apresentaram crescimento nos meses anteriores, outra apresentava um nevo melanocítico congénito gigante. Quatro efectuaram excisão da lesão com alargamento de margens e pesquisa de gânglio sentinela que revelou metástases em duas delas, tendo-se realizado esvaziamento ganglionar. Na criança com nevo melanocítico congénito o diagnóstico foi efectuado em gânglio excisado, não se tendo identificado tumor primário. Até à data todas se mantêm em vigilância livres de doença, excepto uma que faleceu.

Discussão: O melanoma maligno na idade pediátrica é uma doença rara, mas que pode ser fatal. Os factores de risco, que estão bem estabelecidos em adultos, não parecem contudo influenciar o desenvolvimento da doença nas crianças. É mandatório que pediatras e médicos de cuidados primários considerem este diagnóstico perante qualquer lesão suspeita mesmo em idades precoces, dado que quando tratado precocemente é uma patologia potencialmente curável.

416 CEFALEA EN EL ADOLESCENTE. ¿CUÁNDO IR MÁS ALLÁ?

Miriam Muñoz Díaz, Myriam Herrero Álvarez, María Rodríguez Mesa, Daniel Blázquez Gamero, María Tapia Ruiz, Esther Aleo Luján, Celia Gil López

Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

La cefalea es un síntoma frecuente, cuya prevalencia ha aumentado mucho en los últimos años, siendo la adolescencia un periodo de alta incidencia. Presentamos tres casos en los que el síntoma inicial fue la cefalea, acompañada de distintos signos de alarma, los cuales indicaron la realización de pruebas de imagen, diagnosticándose tres procesos tumorales distintos. El *primer caso* es una mujer de 14 años, que consulta por cefalea pulsátil y vómitos de 3 días de evolución, por lo que se realiza RM y se halla tumoración pineal de 1,4 cm, multiquística, e hidrocefalia con dilatación de ventrículos laterales y tercer ventrículo. Se realizó resección en bloque, encontrándose en la histopatología un tumor papilar de glándula pineal. A los 9 meses de seguimiento se encuentra asintomática. El *segundo caso* es una mujer de 16 años, con cefaleas diagnosticadas desde 2 años antes como tensionales, que al presentar crisis comiciales se le realizó RM. Se objetivó lesión focal córtico-subcortical en uncus izquierdo con afectación de la amígdala, sin efecto masa. Se extirpó por neuronavegación y el estudio anatómico-patológico reveló unependimoma de bajo grado. A los 7 meses del diagnóstico se encuentra asintomática. El *último caso* es una mujer de 13 años que presenta cefalea y alteraciones visuales. En la RM se encuentra adenoma hipofisario de 1,8 x 1,5 cm, con extensión supraselar y desplazamiento del quiasma y las cintillas ópticas. En la campimetría presenta defecto altitudinal del ojo derecho. El estudio hormonal pone de manifiesto prolactina basal elevada, con 100% de macroprolactina. Se inicia tratamiento con bromocriptina que se sustituyó por cabergolide por intolerancia al primero. Actualmente continúa el tratamiento médico, objetivándose en la última prueba de control de neuroimagen una disminución del tamaño de la

tumoración, y en el estudio hormonal una prolactina indetectable.

A pesar de que la cefalea es un síntoma muy frecuente e inespecífico, debemos vigilar estrechamente sus características y signos de alarma concomitantes, para no infradiagnosticar patologías subyacentes.

417 SARCOMA DE EWING INTRAMEDULAR CONGÉNITO

Yolanda Pérez Saldeño, Mónica Mantecón Ruiz, Patricia Pernas Gómez, María Paz Vior Álvarez, Andrea Táboas Pereira, Javiera Francisca Hurtado Díaz, Guadalupe Palacios Martín, Federico Martinón Sánchez

Complejo Hospitalario de Ourense.

Introducción: Los tumores congénitos sólidos representan el 0,5-2% de los tumores diagnosticados en el periodo neonatal. Los más frecuentes el neuroblastoma y teratoma siendo excepcional el Sarcoma de Ewing.

Caso clínico: Recién nacido de 36 semanas que al nacimiento presenta una paraplejía de miembros inferiores, con actitud en flexión, ausencia de tono, reflejos, fuerza y sensibilidad desde metámera D7. Incontinencia de esfínter anal y vesical. Hipotrofia de gluteos, no aparente en extremidades inferiores. Morfología y exploración neurológica normal por encima de D6. *Antecedentes familiares:* Madre y abuelo materno diagnosticados de distrofia muscular facio-escapulo-humeral leve expresada a los 13 años y 21 años respectivamente. *Pruebas complementarias:* Bioquímica sanguínea habitual, hematimetría y pruebas de coagulación dentro de la normalidad. Cultivo de sangre y LCR negativos. Radiografía de columna: sin alteraciones. RMN (al ingreso): Médula normal hasta D5. A ese nivel se observa un ovillo de estructuras vasculares anómalas con ensanchamiento del canal medular donde no se identifica medula. RMN (control): Expansión del canal con áreas hemorragia o necrosis a nivel de T1T2. Realce difuso de cubiertas meníngicas en la región cervical y alrededor del tronco cerebral, que sugiere aracnoiditis o diseminación tumoral. Biopsia: tumoración constituida por células pequeñas, uniformes e hiperromáticas, indeferenciadas, dispuestas en sábana. Inmunohistoquímica: CD99 +++ vimentina+++ enolasa++ Con la S-100 se tiñen fibras nerviosas infiltradas por el tumor. Índice de proliferación con MIB-1 del 60-70% Diagnóstico: Sarcoma de Ewing intramedular congénito. Evolución: aumento progresivo de la fontanela anterior con hidrocefalia cuatriventricular secundaria a la presencia de una masa intramedular sólida con ecoestructura heterogenea con diámetro máximo de 20 mm a nivel lumbar, que se extiende desde la región cervical hasta el filum terminal, no identificando a ningún nivel médula, como ni espacios subaracnoideos normales. Alteración de la regulación de la temperatura corporal, hipertonia de miembros superiores, respiración quejumbrosa y vómitos. Fallece a la 5ª semana.

Conclusiones: Esta aportación supone el primer caso descrito de Sarcoma de Ewing intramedular congénito al tiempo que evidencia la necesidad de un diagnóstico ecográfico no sólo estructural sino funcional y ésta posibilidad etiológica ante las paraplejas prenatales.

11:13

11:06

418

HIPERPLASIA NODULAR FOCAL MÚLTIPLE

Núria Gilabert Iriondo, Cristina Maroto García, Mercedes Guibelalde del Castillo, José Antonio Salinas Sanz, Manuel Herrera Savall, Jaime F. Mulet Ferragut, Ramón Canet Ribas, Ester Antón Valentí

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

La hiperplasia nodular focal es una entidad rara en niños, en los que suele presentarse como lesión única, asintomática y con edad media al diagnóstico de 6 años. Se han descrito dos variantes atípicas: la múltiple y la telangiectásica, cuya clínica, seguimiento y pronóstico difieren de la variante típica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 2 años con hepatomegalia en estudio, que acude a nuestro servicio de urgencias por detección de 3 masas hepáticas en ecografía abdominal. **Antecedentes:** viaje a Colombia 11 meses antes. Exploración física: palidez cutánea, máculas hiperpigmentadas en extremidades inferiores, amígdalas hipertrofiadas con exudado y hepatomegalia de 5-6 cm con zonas pétreas, sin dolor a la palpación. Exploraciones complementarias: analítica con VSG 43 mm/h, plaquetas 770.000/mm³, AST 46 U/L, GGT 438 U/L, LDH 625 U/L, resto normal. Radiografía toracoabdominal: hepatomegalia. En la ecografía se aprecian 3 masas isoecogénicas de 7, 6 y 4 cm de diámetro que se confirman con TC abdominal, mostrando hipervascularización. Se descarta patología oncológica, digestiva y hematológica. Serologías infecciosas incluidas tropicales negativas. Se decide biopsia abierta al ser lesiones grandes, múltiples y de características radiológicas atípicas, confirmándose el diagnóstico de hiperplasia nodular focal múltiple. Se realiza biopsia cutánea de lesiones maculares donde se halla ectasia vascular, completándose el estudio con angio-RM cerebral, al poderse tratar de la forma telangiectásica, que asocia malformaciones vasculares en otros órganos y alteraciones genéticas típicas.

Conclusiones: 1) Los casos atípicos de hiperplasia nodular focal o en los que existan dudas diagnósticas requieren realización de biopsia para el diagnóstico, ya que se debe hacer el diagnóstico diferencial con otros tumores hepáticos. 2) Nuestro caso se trata de la variante múltiple, que se ha asociado a hemihipertrofia y a malformaciones vasculares. 3) Además presenta peculiaridades como la edad precoz de diagnóstico y las características radiológicas y anatomopatológicas atípicas. 4) La asociación con telangiectasias cutáneas lo podría englobar dentro de la variante telangiectásica, que tiene una base genética. 5) Esta variante se ha asociado con el síndrome de Rendu-Osler, por lo que es necesario descartar malformaciones vasculares asociadas en otras localizaciones.

419

LOS ARRAYS DE EXPRESIÓN, UNA ALTERNATIVA PARA EL ESTUDIO EFICAZ DE MUESTRAS CLÍNICAS INFRECUENTES Y DE DIFÍCIL ACCESO.**EL EJEMPLO DEL OSTEOSARCOMA INFANTIL**

Ana Patiño García, Fernando Lecanda Cordero, Marta Zalacaín Díez, Mikel San Julián Aranguren, Gemma Toledo Santana, Luis Sierrasesúmaga

Departamento y Laboratorio de Pediatría de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra y Laboratorio 1.02. Adhesión y Metástasis del Centro de Investigación Médica Aplicada, CIMA.

Antecedentes/objetivos: La incidencia de los tumores sólidos en general y del osteosarcoma en particular es escasa en la po-

11:20

blación infantil. Las estimaciones hablan de 4,8 casos/millón en personas < 20 años, por lo que conseguir una casuística extensa y homogénea para un buen estudio caso/control es enormemente complicado y exige la coordinación de personas de diferentes perfiles y pertenecientes a diferentes ámbitos de la investigación y la clínica (biólogo molecular, patólogo, oncólogo infantil, traumatólogo...). Otro de los principales problemas en el estudio de los osteosarcomas es la falta de accesibilidad de las células tumorales, que se encuentran imbuidas en una matriz extracelular mineralizada de gran complejidad biológica y en contacto íntimo con una gran variedad de tipos celulares.

Métodos: Se han obtenido células para cultivo *in vitro*, de 7 casos de osteosarcomas infantiles obteniéndose, en todos los casos, muestra pareada del tumor y del tejido óseo sano del paciente. Los patrones de expresión global de dichas muestras (n = 14) se han analizado y comparado mediante el uso de GeneChips (Affymetrix) y los genes candidatos fueron validados con una serie de muestras procedentes de huesos normales, biopsias y tejidos metastásicos de otros osteosarcomas pediátricos así como en un TMA (tissue microarray) desarrollado por nuestro equipo.

Resultados: Tras validar el fenotipo de las células en estudio, el análisis estadístico pareado determinó que 172 genes de los aproximadamente 22277 representados en el chip HG-U133A de Affymetrix estaban implicados en la carcinogénesis del osteosarcoma infantil. Los candidatos más interesantes (n = 96) fueron validados mediante real-time PCR (tecnología TaqMan, Applied Biosystems) y posteriormente confirmados a nivel de proteína mediante Western blot o inmunohistoquímica en el TMA de tejidos óseos. Con los genes resultantes se construyeron las vías moleculares correspondientes en www.ingenuity.com.

Conclusiones: El uso de arrays de expresión de alta densidad han permitido construir las vías moleculares alteradas en el osteosarcoma infantil partiendo de un n° reducido de casos y con un poder estadístico muy alto. Para ello es imprescindible eliminar la variabilidad inherente al tejido y al individuo. Este tipo de estudio es aplicable a otros procesos o enfermedades de incidencia muy limitada.

420

SECUELAS ENDOCRINAS ASOCIADAS AL CÁNCER INFANTIL Y SU TRATAMIENTO

Patricia Oliva Pérez, Rafael Galera Martínez, María Ángeles Vázquez López, Francisco Lendínez Molinos, Patricia Aguilera López, Gabriel Cara Fuentes, Ana Ruiz Sánchez, Antonio Bonillo Perales

Servicio de Pediatría del Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivo: Revisar la incidencia de patología endocrina asociada al cáncer pediátrico y su tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se han incluido todos los pacientes pediátricos entre 0-14 años diagnosticados de cáncer entre Ene-80 a Dic-05, que presentaron patología endocrina relacionada con la enfermedad o su tratamiento. Analizamos el tipo de cáncer, de patología endocrina y causa de la misma y evolución de los pacientes tras un seguimiento medio de 80 meses.

Resultados: De un total de 276 pacientes (edad media: 6,5 ± 4,2 años), diagnosticados de cáncer pediátrico, se detectaron

11:34

42 secuelas (15,2%), en 33 niños (20 varones), con la siguiente distribución: 1 caso de diabetes insípida aislada; 2 de panhipopituitarismo; 2 hipotiroidismos primarios; 1 caso con déficit de GH aislado; 7 hipogonadismos; 6 casos con esterilidad; 9 de gonadectomía unilateral y 14 casos de obesidad. Los tipos de tumor más frecuentemente implicados fueron leucemias y linfomas, tumores intracraneales y germinales. Las causas del trastorno fueron debidas al propio tumor (9%), cirugía (30%), radioterapia (27%) y quimioterapia (27,3%). Un 42% se consideraron secuelas graves y 11 casos (33%) requieren tratamiento sustitutivo. En 21 casos la lesión fue permanente.

Conclusiones: 1) La incidencia de secuelas endocrinas en pacientes oncológicos pediátricos es importante siendo permanente y/o precisando tratamiento sustitutivo en una proporción considerable y desgraciadamente inevitable en la mayoría de los casos. 2) Es imprescindible la monitorización y seguimiento de los enfermos para la detección precoz y tratamiento de estos trastornos y así contribuir a mejorar su calidad de vida, objetivo fundamental en supervivientes del cáncer.

421

OSTEOSARCOMA CONDROBLÁSTICO: UNA HISTORIA NATURAL DIFERENTE

Moira Garraus Oneca, Luis Sierrasesúмага, Mikel San Julián Aranguren, Marta Zalacaín Díez, Gemma Toledo Santana, Salvador Martín Algarra, Ana Patiño García

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

Antecedentes/objetivos: El osteosarcoma infantil es el tumor óseo maligno más frecuente de la infancia y la adolescencia. Aunque ciertos factores pronósticos como la respuesta al tratamiento antitumoral, el desarrollo de metástasis y/o recidiva local están universalmente admitidos; el valor de otros, como el subtipo histológico tumoral, no está bien establecido. El objetivo de este trabajo era determinar el valor pronóstico del subtipo histológico condroblástico para el osteosarcoma infantil.

Métodos: Se estudiaron las historias clínicas de 110 osteosarcomas infantiles tratados y seguidos en nuestro centro, recogiendo aquellas variables clínicas que intervienen en la supervivencia de este tipo de tumor infantil y se construyó una base de datos anonimizada en SPSS v13.0.

Resultados: Globalmente nuestra serie de 110 osteosarcomas infantiles presentaba una supervivencia global de 65% con una mediana de seguimiento de 6,5 años (3; 262 meses).

En esta serie, la histología tumoral interviene significativamente en la supervivencia del paciente, siendo el subtipo histológico condroblástico (21% de los casos, 31% de supervivientes/190 meses de seguimiento) un factor decisivo e independiente de mal pronóstico ($p = 0,004$) respecto al resto de subtipos histológicos (78% de casos, 70% supervivientes/262 meses de seguimiento). El pronóstico adverso conferido por el subtipo histológico condroblástico está en relación con los siguientes hechos: los tumores condroblásticos recidivan más frecuentemente que los demás histiotipos ($p = 0,007$), se observa menos necrosis tras el tratamiento neoadyuvante ($p = 0,001$) y los pacientes que presentan estos tumores fallecen con mayor probabilidad ($p = 0,012$).

Conclusiones: El subtipo histológico condroblástico ha de ser considerado como un factor pronóstico definitivamente adverso para el osteosarcoma infantil. El adecuado diagnóstico anatomopatológico es, por tanto, fundamental para el correcto tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados de osteosarcoma.

422

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES

Antonio Herrero Hernández, María Mercedes Chaffanel Peláez, Olga M. Escobosa Sánchez, María Matínez León, Tomás Acha García, Antonio Jurado Ortiz

Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivo: Los tumores de células germinales (TCG) son un grupo variado desde el punto de vista clínico y biológico. Incluyen histologías benignas (teratomas), malignas (tumor de seno endodérmico, germinoma, coriocarcinoma) o mixtas. Se realiza estudio epidemiológico descriptivo pacientes pediátricos (hasta 14 a).

Material y métodos: 74 casos de TCG (enero de 1980 a enero del 2007). Recibieron tratamiento con cirugía, RT y distintos regímenes de QT según distintas recomendaciones, localización e histología. Han fallecido 8/74 (por enfermedad, no muerte perioperatoria), 5 VCE y 61 VLE. La SG es del 88% a los 10a y la VLE del 82%. Se realiza estudio descriptivo para todas las edades (sexo, edad, localización e histología), y por cohortes de edad (≤ 5 a / > 5 a).

Resultados: Relación mujer/varón (M/V) = 1,3. Edad media (em) al diagnóstico fue de 4a (2a V, 6 a M. Localización (con $p < 0,05$ para ovario): 42% ovario (em 8 a), 19% testículo (em 1,5a), 19% sacrococ. (em 1a), 7% retroperitoneal (em 1 a), 4% SNC, 4% mediastino, 5% resto. En V el 51% eran extragonadales y en M un 30% Histología (con $p < 0,05$ para teratomas): 65% teratomas (46% ovario, 19% sacrocóxigeo (17% testicular) con em 4a, 20% seno endodérmico (testículo, ovario, retroperitoneal) con em 3,5 a 7% germinoma con em 11a, 7% mixto maligno, 1% coriocarcinoma. Los teratomas en V son un 47% y en M un 75%. En < 5 a (63%): M/V = 0,7, em de 1a (similar por sexo), localización más frecuente testículo (em 10 m) y sacrocóxigeo (em 7m), en V 48% extragonadal y en M 65%, 68% teratomas (28% sacrocóxigeo, 21% ovario, 21% testículo) con em de 9m, 25% seno endodérmico con em de 18 m, teratomas en V 55% y en M 85%. En > 5 a (36%): M/V = 5,6, 10 a (similar por sexo), localización más frecuente ovario, en V 75%, extragonadal y en M 0% extragonadal, 59% teratomas (93% ovario, 7% testículo), 18% germinomas y 11% seno endodérmico, teratomas en V 25% y en M 65%.

Conclusiones: 1) Resaltar el ya conocido predominio en M, frecuencia que aumenta con la edad, y se corresponde con histología de teratoma y localización en ovario. En M hay un menor predominio de la localización extragonadal a todas las edades, siendo muy rara en > 5 años. 2) Predominio en < 5 años en nuestro estudio, aunque está descrito un segundo pico de frecuencia en la adolescencia (inclusión de pacientes limitada hasta los 14 años). 3) A todas las edades predominan los teratomas: en < 5 años en localizac sacrocóxigea, (seguidas de ovario y testículo), y en > 5 años un 93% en ovario.

11:48

11:41

423

RELACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE RFC Y DHFR EN LOS MECANISMOS DE RESPUESTA Y RESISTENCIA AL METOTREXATO EN EL OSTEOSARCOMA INFANTIL

Ana Patiño García, Marta Zalacaín Díez, Lucía Marrodán Fernández, Luis Sierrasesúmaga

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

Antecedentes/objetivos: El tratamiento con metotrexato a altas dosis (HD-MTX), un antagonista del ácido fólico, es uno de los agentes esenciales en la quimioterapia del osteosarcoma infantil. El MTX es un potente inhibidor de la dihidrofolato reductasa (DHFR), una enzima clave en la homeostasis intracelular del folato. Los mecanismos que median la resistencia así como la toxicidad a MTX pueden estar mediadas por la presencia de variantes genéticas y expresión diferencial en enzimas clave como la DHFR y el transportador de folato reducido (RFC), entre otras.

Métodos: Se recogieron los datos clínicos correspondientes a 31 niños y adolescentes afectos de osteosarcoma de los que se disponía de muestras de tejido ($n = 47$) correspondientes a tejido óseo normal, a la biopsia diagnóstica sin tratar y/o a tejido procedente de recidiva o metástasis. La expresión de RFC y DHFR se determinó mediante real-time PCR con sondas Taq-Man (Applied Biosystems).

Resultados: En nuestra serie, los niveles de RFC no se relacionaban significativamente con la respuesta a la necrosis inducida por el tratamiento (parámetro tomado como respuesta al tratamiento); sin embargo, sólo 14,3% de las muestras pre-tratamiento (biopsias diagnósticas) presentaban una alta expresión de DHFR (frente al tejido óseo no tumoral) comparado con 45,5% de las muestras post-quimioterapia (tejidos de resección, recidivas y metástasis) ($p = 0,053$). Es interesante destacar que este incremento en la expresión no se relacionaba directamente con la necrosis inducida por el tratamiento, lo que podría estar en relación con la diferente respuesta de la célula tumoral a las diferentes drogas utilizadas en la quimioterapia de inducción del osteosarcoma pediátrico (p.e.: adriamicina). La mediana de expresión en metástasis (4,015) era significativamente mayor que en tejidos de resección (3,187) o en biopsias diagnósticas (1,279) ($p = 0,024$).

Conclusiones: El incremento de la expresión de DHFR parece ser un posible mecanismo subyacente a la resistencia adquirida a MTX en el osteosarcoma infantil. El peso de otros genes así como de la presencia de variantes polimórficas de los mismos y su relación con la toxicidad y resistencia a MTX está siendo analizada en la actualidad.

11:55

424

ASPERGILOSIS INVASIVA. EXPERIENCIA EN UNA AUNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL

María Marti Carrera, Cristina Uria Avellanal, María Isabel Vega Martín, Aizpea Echebarría Barona, Fco. Javier Pilar Orive, Itziar Astigarraga Aguirre, Ana Fernández-Teijeiro Álvarez, María Aurora Navajas Gutiérrez

Unidad de Hemato-oncología Infantil y Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría del Servicio de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Objetivo: Describir las características y los factores de riesgo de los casos diagnosticados de Aspergilosis Invasiva en pacientes sometidos a quimioterapia.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los casos confirmados de Aspergilosis Invasiva en una Unidad de Hemato-Oncología Infantil, entre los años 1997 y 2006.

Resultados: En los últimos 10 años, se registraron 4 casos de Aspergilosis, uno de ellos de origen inicialmente intestinal y los otros tres pleuro-pulmonares, uno de ellos presentaba también afectación hepática. La edad de los pacientes estaba comprendida entre 10 meses y 5 años. La patología de base correspondió en todos los casos a leucemia aguda, 2 linfoides y 2 mieloides. En los 4 casos, la infección se produjo tras ciclo de inducción a la remisión de la enfermedad, estando los niños en aplasia medular secundaria a la quimioterapia.

En la fase diagnóstica, el patrón radiológico pulmonar en un caso era de infiltración intersticial bilateral con condensación del lóbulo inferior izquierdo, en otro caso un derrame pleural y el tercero con condensación de lóbulo superior izquierdo. El último caso fue de origen intestinal (tiflitis). El diagnóstico definitivo se realizó en el primer caso por cultivo y antígeno positivo en líquido pleural, con biopsia intestinal compatible tras cirugía de múltiples perforaciones, y confirmándose en la necropsia; otro por cultivo del líquido pleural, con galactomananos negativos; y los otros dos por la presencia de hifas en la biopsia pulmonar y en el lavado broncoalveolar (este último también en la necropsia). Todos los niños fueron tratados con anfotericina B liposomal, asociando itraconazol en dos de ellos y el más reciente, se trató con caspofungina más voriconazol y lavados pleurales con anfotericina. Uno de los casos precisó lobectomía. Fallecieron dos niños.

Conclusiones: A pesar de los esfuerzos terapéuticos, la Aspergilosis Invasiva cursó con un 50% de mortalidad en nuestra serie. Se considera mandatorio instaurar un tratamiento empírico y anticipatorio en los niños con factores de riesgo (leucemia, edad menor de 36 meses, hospitalización prolongada, afectación mucocutánea) con síndrome febril - neutropenia y en los inmunodeprimidos que estén sometidos a antibioterapia prolongada.

12:02