

Viernes, 8 de junio (12:30-14:00 h)

NEUROLOGÍA

Sala 122 (Planta 1)

443

12:30

PARESTESIAS E ENURESE NOCTURNA – QUE CAUSA?

Susana Soares, Amélia Moreira, Armandina Silva, Ana Paula Fernandes

Servicio de Pediatría del Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães (Portugal).

Introdução: A presença de défices sensitivos, sobretudo da sensibilidade térmica e algica, constitui a forma mais frequente de apresentação de siringomielia. A etiopatogenia desta patologia é, ainda, largamente desconhecida tendo sido propostas várias teorias explicativas para o seu aparecimento.

Caso Clínico: Criança do sexo masculino, de 6 anos referenciada à Consulta de Pediatría Geral por parestesias e enurese nocturna. As parestesias, com início aos 2 anos de idade, localizavam-se nos membros superiores e inferiores, com predomínio na posição de sentado e sem agravamento ou progressão. O exame neurológico revelou dissociação da sensibilidade térmica, maioritariamente na região escapular e interescapular; os reflexos osteotendinosos estavam presentes e simétricos e a marcha e a força muscular estavam preservadas e sem alterações. A coluna vertebral não evidenciava escoliose. O estudo analítico complementar que incluiu a avaliação da função tiroideia e do metabolismo fosfo-cálcio, o doseamento das vitaminas B12, B6 e ácido fólico não revelou alterações. A radiografia da coluna vertebral mostrou vértebra de transição lombo-sagrada, incompleta, articulante à esquerda e a ressonância magnética nuclear evidenciou presença de cavidade siringohidromiélica entre D3 e D9 não associada à malformação de Chiari tipo I. Esta criança mantém seguimento em Consulta de Pediatría com vigilância clínica.

Comentários: Este caso pretende realçar a importância da valorização de queixas neurológicas precoces na infância para o diagnóstico atempado desta patologia. Embora a resolução espontânea da siringomielia possa ocorrer a possibilidade do aparecimento de escoliose e da progressão de défices neurológicos existe podendo ser, em alguns casos, evitáveis por uma intervenção (cirúrgica) atempada.

444

12:37

SÍNDROME MIASTÉNICO CONGÉNITO TIPO 1A
¿REQUIERE CONFIRMACIÓN GENÉTICA?

Adrián Garcia Ron, María Luisa Domínguez Quintero, María Ángeles Delgado Rioja, José Sierra Rodríguez, Mercedes Pujol Congregado, Belén Jiménez Crespo, Concepción González Fuentes

Unidad de Neuropediatría y Unidad de Neurofisiología del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Los síndromes miasténicos congénitos (SMC) son un grupo de trastornos de la unión neuromuscular condicionados genéticamente, de origen no inmunológico, infrecuentes con pronóstico variable y difícil diagnóstico. Clasificados por Middleton en 1996 según la clínica y la genética en Ia (miastenia familiar infantil), Ib (miastenia de las cinturas), Ic (deficiencia en la acetilcolinesterasa), Id (alteración del receptor), II (canal lento).

La miastenia familiar infantil es un trastorno AR producido por una alteración en la región telomérica del cromosoma 17p cuyos criterios diagnósticos son clínica desde RN o en la infancia precoz, EMG con respuesta decremental a la estimulación repetitiva a 2-3 Hz y respuesta a anticolinesterásicos.

Pacientes y métodos: Presentamos dos hermanos diagnosticados de SMC Ia según edad, motivo de ingreso y clínica, exploración, EMG (fibra única), Ac achR, Test del edrofonio, tratamiento y evolución.

Resultados: Dos hermanos de padres consanguíneos de etnia gitana con igual semiología, derivados desde atención primaria con 18 meses y 4 años respectivamente por retraso motor. En la exploración se aprecia ptosis palpebral, llanto débil, fatigabilidad al ejercicio, fuerza proximal disminuida (Videos), RMP apagados. Ac achR negativos. EMG fibra única con respuesta decremental. Test de edrofonio positivo (Video).

Iniciamos tratamiento con piridostigmina con buena respuesta en dos años de seguimiento, habiendo alcanzado ambos un desarrollo motor acorde a su edad. Genética: pendiente.

Conclusiones: 1) Diagnóstico difícil por la variedad en la sintomatología, la forma de presentación, y por requerir técnicas complejas no al alcance de todos los hospitales (EMG fibra única y genética). 2) Pensar en este síndrome ante todo retraso madurativo motor sin etiología clara. 3) Una buena historia clínica y exploración pueden llevar al diagnóstico sin necesidad absoluta de confirmación genética.

445 12:44 EMBRIOFETOPATÍA POR FENICETONURIA MATERNA. UNA PATOLOGÍA EVITABLE

Mireia Crehuet Almirall, María Esther Vázquez López, Soledad Martínez Regueira, Raquel Toba de Miguel, Alba Manjón Herrero, Carmen Almuña Simón, María Isabel López-Conde, Carlos Somoza Rubio, José Luis Fernández Iglesias
Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Introducción: La embriopatía por Fenilcetonuria materna (MPKU) aparece en hijos de madres con hiperfenilalaninemia (HPA), que no han tomado medidas dietéticas adecuadas antes ni durante la gestación. Se manifiesta por retraso en el crecimiento intrauterino (CIR), fenotipo peculiar, microcefalia, retraso mental y múltiples malformaciones (especialmente cardíacas). Un menor PC al nacimiento se asocia a mayor porcentaje de retraso mental en el niño.

Caso clínico: Presentamos dos casos de embriopatía por fenilcetonuria materna, que ingresaron al nacimiento en S. de Neonatología de nuestro centro por CIR. En el primer caso la microcefalia y cardiopatía congénita acompañada de arritmia llevo al diagnóstico de Fenilcetonuria materna, mientras que en el segundo caso la madre ya estaba diagnosticada de Fenilcetonuria, pero no había seguido una dieta adecuada exenta de fenilalanina (niveles de Fenilalanina materna un mes antes del parto: 156 mg/dl). En la exploración física de ambos RN destaca la microcefalia (PC < P3) y los rasgos dismórficos característicos de esta embriofetopatía.

Conclusiones: Debemos sospechar esta entidad ante cualquier RN con microcefalia o CIR de causa desconocida, mientras existen mujeres en edad fértil que no fueron sometidas al screening neonatal, el cual se inició en España entre 1980-85, según las diferentes comunidades autónomas. Los hijos de madres con fenilcetonuria sin una dieta adecuada durante la gestación padecen una embriopatía característica, cuya severidad está relacionada con el nivel de Fenilalanina materna durante el embarazo. La planificación del embarazo en estas mujeres y el seguimiento de una dieta estricta evitarán el retraso mental de sus hijos. Dada la alta probabilidad de incumplimiento dietético nos parece fundamental un seguimiento objetivo con niveles serios de fenilalanina materna durante la gestación.

446 12:51 DISPLASIA FRONTAL. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

María Dolores Martínez Jiménez, Rafael Camino León, Eduardo López Laso, Ana María Collantes Herrera, Silvia Calero Cortés, David García Aldana, Francisco Miguel Pérez Fernández
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La displasia frontonasal (DFN) es una enfermedad rara con una incidencia 1/100.000 nacidos vivos. Tiene una herencia dominante ligada al X, por mutación en el gen EFNB-1, del que se han constatado unas 46 mutaciones, la mayoría en Xp22. Existe una amplia variabilidad clínica, destacando las alteraciones craneofaciales de la línea media (hipertelorismo, nariz bífida), craneosinostosis (displasia craneofrontonasal), alteración en tejidos blandos y óseos, retraso mental... Las mujeres suelen presentar mayor afectación clínica que los hombres. Presentamos nuestra experiencia con 4 pacientes afectados de DFN.

Casos clínicos. *Caso 1:* Varón de 3 meses que presenta dismorfia facial de línea media, leucoma izquierdo, agenesia del cuerpo calloso y lipoma interhemisférico con calcificaciones sugerentes de componente dermoide. Desarrollo psicomotor normal. Primo hermano paterno afecto de labio leporino y fisura palatina. *Caso 2:* Mujer de 4 años que presenta dismorfia facial con hipertelorismo, cuello corto y ancho, manos toscas, pies cavos y talo valgo con sindactilia bilateral de 2º-3º dedos. Retraso madurativo leve, mayor en área motora. Intervenido de atresia pulmonar. Madre con marcado hipertelorismo. *Caso 3:* Varón de 6 meses, hermano del caso 2, que presenta asimetría craneal con occipucio plano y braquicefalia, hipertelorismo y filtrum largo. Desarrollo psicomotor normal. *Caso 4:* Mujer de 2 meses que presenta hipertelorismo y hendidura nasal. Asimismo se objetiva defecto óseo en línea media de fosa craneal anterior e intracranealmente gran quiste multiloculado frontal. Desarrollo psicomotor normal.

Comentarios: Las anomalías craneofaciales de la DCFN pueden ser moderadas. Por ello, ante un hipertelorismo acusado debemos descartar este trastorno y buscar posibles defectos asociados. No está aclarado el por qué, a pesar de la herencia dominante ligada al X, las alteraciones son más severas en las mujeres, dato que hemos comprobado en dos de nuestras pacientes. Es posible el consejo genético de estos pacientes.

447 12:58 PSEUDOTUMOR CEREBRAL: ACTUALIZACIÓN DE SU MANEJO A PROPÓSITO DE LA REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

María Casanova Cuenca, Aina Ferre i Belda, Miguel Ángel Fuentes Castelló, Eladio Ruiz González, Fernando Vargas Torcal
Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

El Pseudotumor Cerebri (PC) es una entidad poco frecuente, con una etiopatogenia mal definida y una sintomatología abigarrada que puede afectar el pronóstico visual, por lo que requiere un diagnóstico precoz y un estrecho seguimiento evolutivo.

Métodos: Presentamos una revisión de las principales características clínicas y manejo de los pacientes diagnosticados de PC en nuestro servicio de enero de 2001 a diciembre de 2006.

Resultados: Fueron diagnosticados un total de 7 pacientes (6 mujeres y 1 varón), cuyas edades fueron 2, 6, 11, 12, 13 y 14 años, la mayoría en el rango de edad de 11 a 14 años. El motivo de consulta en todos los casos fue la presencia de cefalea y diplopia. Cuatro pacientes asociaban contractura cervical y vómitos. En la exploración física el total de los casos presentaba estrabismo secundario a paresia del VI par craneal, así como papiledema bilateral, cuyo estadio no se relacionó con el grado de sintomatología ni con la afectación de la agudeza visual (AV). Dicha AV fue normal, excepto en uno de ellos en el que se produjo una disminución transitoria de la misma. La presión del LCR fue superior a la normalidad en los casos registrados. En los 7 pacientes la neuroimagen fue normal. Se utilizaron diferentes pautas de tratamiento: en 2 casos uso exclusivo de acetazolamida, en 1 caso uso exclusivo de corticoterapia y en 4 casos se asociaron ambos tratamientos. En 6 pacientes se consiguió remisión de los síntomas. Uno de ellos presentó una evolución tórpida con presencia de efectos secundarios graves por corticoterapia y permanencia de paresia residual del VI par.

Un 30% de los pacientes presentaron recidiva del cuadro, a pesar del uso del tratamiento combinado.

Conclusión: El PC suele tener un curso benigno como demuestra la evolución de la serie presentada (en ningún paciente fue necesario el tratamiento quirúrgico). Se observa una mala correlación entre la clínica y las exploraciones complementarias, siendo la AV el único factor pronóstico a tener en cuenta. Existen múltiples posibilidades terapéuticas, sin que ninguna de ellas destaque por su mayor efectividad. Según la literatura revisada y nuestra experiencia se recomienda el uso inicial de aquellos fármacos con menos efectos secundarios, como es el caso de la acetazolamida a dosis adecuadas, reservando el uso de corticoides y otras opciones terapéuticas en aquellos casos que no presenten una evolución favorable.

448 13:05 HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL IDIOPÁTICA EN LA INFANCIA: ANÁLISIS DE NUESTRA CASUÍSTICA

Lourdes García Villaescusa, Ignacio Onsurbe Ramírez, Jorge Víctor Sotoca Fernández, Olga García Mialdea, María Terrasa Nebot, José Manuel Siurana Rodríguez
Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: La hipertensión endocraneal idiopática (HEI) es una patología infrecuente en la infancia. Aunque se ha relacionado con múltiples factores etiológicos, su mecanismo último es desconocido. Se caracteriza por signos y síntomas de hipertensión endocraneal con neuroimagen y LCR normales, siendo las alteraciones visuales su consecuencia más grave.

Pacientes y método: Revisamos las historias de todos los pacientes ingresados nuestro centro entre 1996 y 2006 con diagnóstico al alta de HEI.

Resultados: Constituye una serie de 10 pacientes con edades entre los 3 meses y los 11 años: 3 lactantes, 2 preescolares y 5 escolares. De ellos, 7 son mujeres y 3 varones. El motivo de consulta en los lactantes fue irritabilidad, junto con fontanela abombada en un caso. Entre los preescolares-escolares la diplopía con endotropía brusca constituyó el motivo de consulta en 4 pacientes. El resto consultó uno por cambio de carácter, otro por rigidez de nuca y otro más por cefalea. Esta última fue referida por 4 pacientes más, en forma poco intensa y autolimitada. De nuestros pacientes 5 eran obesos, 3 mostraron infección respiratoria superior y otro anemia severa. En la exploración, la única alteración presente en lactantes fue fontanela abombada. En 6 de los mayores se evidenció parálisis del VI par craneal y del VII par en otro. La exploración oftalmológica en lactantes fue normal. Los demás mostraron papiledema en el fondo de ojo, evidenciándose disminución de la agudeza visual en 4 pacientes y escotomas en 3. Las pruebas de imagen (ecografía en lactantes, TAC, RM y angioTM en el resto) fueron normales. La punción lumbar reveló presión del LCR aumentada en todos los casos. De total de pacientes, 3 no precisaron tratamiento y 7 recibieron una combinación de prenisolona y acetazolamida. Ningún paciente necesitó cirugía y ninguno presenta secuelas.

Conclusiones: Nuestros resultados difieren de los publicados por otros autores: entre otras diferencias, encontramos mayor incidencia en el sexo femenino y mayor prevalencia de obesidad de la referida en trabajos previos. Queremos recordar que aunque por lo general se trata de un proceso con buena res-

puesta al tratamiento médico, puede presentar potencialmente graves complicaciones oculares. De ahí la necesidad de un tratamiento individualizado y multidisciplinar y seguimiento posterior.

449 13:12 CONVULSÕES FEBRIS NUMA FASE PRECOCE DO NEURODESENVOLVIMENTO PROMOVEM UM FENÓTIPO HIPERANSIOSO NA IDADE ADULTA (ESTUDO EM MODELO ANIMAL)

Hugo Braga Tavares, Ana R. Mesquita, Rui Silva, Nuno Sousa
Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Braga (Portugal) y Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga (Portugal).

Introdução: As convulsões febris (CF) são o tipo de convulsão mais prevalente na idade pediátrica (18 meses-5 anos) com uma incidência de 3-5% e classificam-se em simples ou complexas. Estas últimas, menos frequentes, são focais, têm duração superior a 15' ou repetem-se no mesmo episódio febril. É globalmente aceite que as CF simples constituem um quadro neurológico benigno não predispondo para patologia futura deste foro. Existe, porém, alguma controvérsia sobre as consequências cogniti-vas futuras das CF com descrição de défices de atenção e dificuldades de aprendizagem. Nenhum estudo até à data avaliou as repercussões futuras das CF no comportamento emocional. A exposição de ratos recém-nascidos a hipertermia constitui um dos melhores modelos conhecidos de CF. A avaliação da repercussão comportamental de convulsões induzidas pelo calor (CIC) em ratos efectuada à data focou-se em tarefas dependentes do hipocampo com resultados controversos. Os autores avaliaram o neurodesenvolvimento, o comportamento emocional e a performance cogniti-va na idade adulta de ratos submetidos a CIC no 10º dia de vida (D10).

Métodos: Ratos Wistar machos, foram expostos a uma temperatura estável de 41°C por um período de 30' (confirmada temperatura central da mesma ordem), com indução de convulsões na totalidade dos ratos (paragem da cínese secundária à hipertermia se-guida de automatismos faciais e flexão corporal). Ratos não submetidos a hipertermia foram separados das mães pelo mesmo período de tempo. Efectuada avaliação do neurodesenvolvimento em D8 e nos dias após CIC recorrendo a escalas que avali-avam aquisição de diferentes reflexos neurológicos/neuromusculares. Aos 3 meses foi avaliado o comportamento explorador e actividade locomotora (*Open Field*), emocionalidade/grau de ansiedade (*Elevated Plus Maze*), memória de referência espacial e flexibilidade comportamental (*Morris Water Maze Reverse Learning Task*) e comportamento do tipo depressivo (*Forced Swimming Test*).

Resultados: Não houve al-teração no padrão de aquisição dos reflexos neurológicos. Verificou-se uma anteci-pação do dia de abertura dos olhos no grupo da hipertermia. Em adultos, apresentaram actividade locomotora e exploradora inalterada, aumento da ansiedade, sem alte-ração da susceptibilidade para a depressão ou défices cognitivos ou de memória espacial associados.

Conclusões: Os resultados apontam um fenótipo hiperansioso na idade adulta de ratos submetidos a CIC num período particular, ilustrando a importância do ambiente de desenvolvimento em períodos precoces da vida.

450 13:19 NEUROCISTICERCOSIS: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE EN NUESTRO MEDIO

Sonia Blázquez Trigo, Rosa Fernández González, Eneritz Guerra García, Ansara Castillo Marcaláin, María Jesús Martínez González, Ainhoa García Ribes, Itziar Pocheville Guruzeta, J. Miguel Arana Herrerías, José M. Prats Viñas

Unidad de Neuropediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: La neurocisticercosis es la enfermedad parasitaria más frecuente del SNC. Es producida por la forma larvaria de la *Taenia Solium*. Tiene una distribución universal, siendo endémica en los países en vías de desarrollo. La forma parenquimatosa es la más frecuente y se manifiesta clásicamente con convulsiones. Esta forma presenta buen pronóstico con reabsorción espontánea o calcificación.

Caso clínico 1: Niña de 8 años de origen colombiano, residente en España desde hace 6 años. Presenta disminución de fuerza progresiva de mano derecha de 6 días de evolución asociado a cefalea y algún vómito aislado en las últimas 48 h. La TC muestra dos lesiones intraparenquimatosas en región parietal izquierda y frontal derecha con captación de contraste anular. La RM detecta 6 lesiones quísticas subcorticales compatible con neurocisticercosis. Se inicia tratamiento con corticoides previo a albendazol durante 10 días con respuesta y evolución favorable. Los anticuerpos y antígeno de cisticerco fueron negativos. En RM de control al mes, se objetiva la desaparición de dos lesiones corticales presentando exploración neurológica anodina.

Caso clínico 2: Niña de 11 años de origen ecuatoriano, residente en España desde hace 1 año. Consulta por episodio de sacudidas de extremidad superior derecha de 30 minutos de duración y paresia posterior. Refiere dificultad para mover dicha mano de 15 días de evolución asociando temblor y parestias de la misma los últimos 5 días. Asocia cefalea de 3 meses de evolución. La TC muestra una lesión hiperdensa en región frontoparietal izquierda que capta contraste, compatible con neurocisticercosis. Se decide actitud expectante permaneciendo asintomática y con exploración anodina hasta la actualidad. En la RM se observa disminución evidente del tamaño de la lesión con tendencia a la calcificación. La serología de cisticerco en sangre fue positiva.

Conclusiones: La neurocisticercosis es una enfermedad emergente en nuestro medio. El aumento del turismo, los movimientos de refugiados y la inmigración de individuos de áreas endémicas han condicionado un aumento en la frecuencia de esta enfermedad en países desarrollados. Ante la primera convulsión o déficit focal en pacientes de un área endémica hay que sospechar esta enfermedad. Es importante tener en mente las enfermedades prevalentes en los países de origen de estos pacientes.

451 13:26 TORTÍCOLIS PAROXÍSTICO BENIGNO DEL LACTANTE

María José Sala Langa, Miguel Tomás Vila, Ana Isabel Uribebarrea Sierra, Marta Revert Gomar, Daniel Gómez Sánchez

Hospital Francese de Borja, Gandía (Valencia).

El tortícolis paroxístico benigno del lactante entra dentro del diagnóstico diferencial de los tortícolis en los niños, ocupando en frecuencia el segundo puesto tras el tortícolis congénito en

la edad de lactante. Se engloba dentro de los trastornos paroxísticos y síntomas episódicos no epilépticos. Se manifiesta como episodios de aparición brusca, duración breve, curso clínico más o menos estereotipado, cese espontáneo y origen no epiléptico. Presentamos cuatro casos.

Caso 1: Lactante mujer de 12 meses, que desde los nueve meses, presenta episodios de tortícolis hacia la izquierda, duración 3 días, cada 15-30 días. Padre migrañoso. Se le realiza EEG y RMN cerebral: normal. Actualmente disminución de la frecuencia de los episodios con desarrollo psicomotor normal.

Caso 2: Lactante varón de 5 meses, que desde los 2 meses presenta episodios de flexión y lateralización de la cabeza sin otra sintomatología acompañante. Duración aproximada de 15 días. Periodo asintomático de la misma duración. Padre migrañoso. EEG y RMN cerebral: normal. Evolución: disminución de la frecuencia y la duración de los episodios de tortícolis con la edad hasta su desaparición, tras lo cual, inicia vértigo paroxístico benigno de la infancia y migrañas.

Caso 3: Lactante de 12 meses, que presenta episodios de tortícolis de unas 12 horas de duración, junto con otros de minutos de duración acompañados de sudoración y palidez cutánea. Intervenido de tetralogía de Fallot a los 11 meses de vida. Se realiza EEG y RMN cerebral normal. Evolución: Mejoría hasta la desaparición de los episodios de tortícolis, iniciando entonces cuadros de vértigo paroxístico mensuales.

Caso 4: Lactante mujer de 2 meses, con plagiocefalea y tortícolis, que presenta episodios de lateralización del cuello tanto a la derecha como a la izquierda sin movimientos tónico-clónicos asociados de 1-2 horas de duración cada 15 días. No antecedentes de interés. Se realiza EEG, ecografía trasfontanelar y TAC craneal que resultan normales. Evolución: mejoría de la plagiocefalea-tortícolis.

Conclusión: Cuadro clínico que se inicia los primeros meses de vida con episodios recurrentes de tortícolis a uno u otro lado. Pueden durar de varios minutos hasta días con periodo intercrítico normal. En ciertas ocasiones se pueden acompañar de síntomas vegetativos. Suelen desaparecer en los primeros 3-4 años de vida, pudiendo evolucionar a vértigo paroxístico benigno de la infancia y a migraña.

452 13:33 NEUROFIBROMATOSIS TIPO I EN EDAD PEDIÁTRICA: UN TRASTORNO MULTIDISCIPLINAR

Goizalde López Santamaría, Sonia Blázquez Trigo, Ainhoa García Ribes, Iñaki Avalos Román, María Jesús Martínez González, José M. Prats Viñas

Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: La neurofibromatosis tipo I (NFT-I) es una enfermedad sistémica de amplia variabilidad clínica y evolución impredecible. El diagnóstico se establece según criterios clínicos de aparición edad-dependiente.

Objetivos: Analizar el orden de aparición de las síntomas y hallazgos en las pruebas completarias de nuestra serie proponiendo un plan de seguimiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las NFT-I diagnosticadas en la consulta de neuropediatría entre los años 1996 y 2006.

Resultados: Obtuvimos 44 pacientes con criterios de NFT-I, 7,3% los cumplía en la primera visita con una edad media de 2

años, y el resto durante el seguimiento (media 3 años). Todos presentaban manchas café con leche al debut asociando la mayoría pecas axilares y antecedentes familiares de NFT-I. Se realizaron 132 pruebas complementarias siendo en el 23% patológica. La resonancia magnética (RM) fue la más solicitada, 55 pruebas a 40 pacientes, y el 35% presentaron alguna alteración: 94% hamartomas asociados en el 22% a glioma de nervio óptico (GNO). En 4 pacientes la RM se alteró tras una inicial normal; en 3 aparecieron hamartomas, aunque ninguno de ellos fue sintomático, y un GNO. Los GNO se diagnosticaron a una edad media de 5 años (2-7 años), por neuroimagen en 3 pacientes sin sintomatología asociada y uno en revisión oftalmológica por disminución de la agudeza visual, habiéndose realizado una RM previa en la que no se detectó el glioma. Solo 2 de los GNO tenían alteración de los potenciales evocados visuales (PEV). El paciente sintomático recibió quimioterapia por progresión del glioma habiendo estabilizado por el momento su crecimiento, pero sin recuperación visual; el resto continúan estables y asintomáticos. Presentaban trastorno del aprendizaje 15, fuertemente asociado a trastorno de conducta y/o trastorno de déficit de atención con hiperactividad, en 2/3 asociaron hamartomas en la RM.

Conclusiones: La NFT-I es una patología de diagnóstico clínico-evolutivo. Creemos conveniente revisar la necesidad de pruebas complementarias dado su escaso rendimiento en el diagnóstico. Proponemos individualizar el seguimiento realizando controles clínico-oftalmológicos y solicitarlas según los hallazgos.

453 13:40 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR NO EXAME GLOBAL DE SAÚDE AOS 5-6 ANOS

Hugo Braga Tavares, Helena Santos, Maria José Dinis, Andreia Teles, Ana Lopes, Teresa Ferreira, Adelaide Marques, Susana Aires Pereira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal y Centro de Saúde Soares dos Reis, Oliveira do Douro (Portugal).

Introdução: O Exame Global de Saúde (EGS) dos 5-6 anos pretende avaliar a presença de condições físicas e de desenvolvimento psicomotor (DPM) adequadas ao início da escolaridade. Em Portugal, a avaliação do DPM nesta idade não se encontra normalizada e existe dificuldade na sua realização e valorização dos achados/orientação adequada. Foi elaborado um protocolo de avaliação do DPM aos 5-6 anos tendo em vista facilitar a detecção de problemas do neurodesenvolvimento/sensoriais, identificar indicadores de risco para dificuldades de aprendizagem e a consequente orientação para estruturas de avaliação/intervenção adequadas.

Metodologia: 127 crianças foram submetidas a uma avaliação do DPM (25 ítems distribuídos por sete diferentes áreas e questionário de comportamento aos pais-PSC). O não cumprimento de ≥ 2 ítems era critério de referência para reavaliação e orientação. Avaliação do desempenho académico e comportamental pelo professor no fim do primeiro ano. Os 72 questionários recebidos constituíram a amostra de estudo. Foi utilizado o teste do χ^2 (significância $p < 0,05$).

Resultados: 58% das crianças eram do género masculino e a idade média era de 68 meses. Nas avaliações do DPM os ítems mais falhados ($> 35\%$) foram: memória de dígitos, ordem de 3 passos, nomeação de figuras e segmentação silábica. No final

do primeiro ano ($n = 70$) houve um desempenho inferior à média em pelo menos uma área curricular em 17(24%) crianças; nestas, para cada uma das 4 áreas avaliadas, o item mais falhado foi a memória de dígitos ($> 60\%$). Das 37 crianças sem critérios de referência apenas 6 tiveram mau desempenho escolar. Das 35 crianças com critérios de referência, 2 mantiveram-se na pré-escola e 11 tiveram mau desempenho escolar. Os 20 casos referenciados que foram reavaliados incluem os 2 retidos no ensino pré-escolar; 10 tiveram aproveitamento considerado na média até à data; 8 apresentaram mau desempenho escolar e estão sinalizados para apoio sócio/educativo. Verificada uma relação estatisticamente significativa entre as alterações na PSC e a avaliação comportamental por parte dos professores ($\chi^2 24,771$, $p < 0,001$).

Comentários: O estudo permitiu a detecção e orientação de casos de aparente desvio do DPM. Apesar das limitações do estudo, consideramos poder ajudar à criação de um teste normalizado e aferido à população portuguesa, aplicável no âmbito dos cuidados primários de saúde.

454 13:47 FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA ENCEFALITIS HERPÉTICA EN PEDIATRÍA

Laura Rodríguez Martínez, Zuriñe García Casales, María Jesús Martínez González, Ainhoa García Ribes, Itziar Pocheville Guruzeta, J. Miguel Arana Herrerías, José M. Prats Viñas

Unidad de Neuropediatría y Unidad de Escolares del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Introducción: La encefalitis herpética es la forma más frecuente de encefalitis viral en nuestro medio. Puede presentarse a cualquier edad originando un cuadro neurológico con elevada morbimortalidad. Es importante establecer la sospecha clínica diagnóstica, ya que un inicio precoz del tratamiento con aciclovir permite mejorar la evolución y el pronóstico de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de encefalitis herpética desde 1995 en nuestro servicio.

Resultados: Fueron diagnosticados de encefalitis herpética por VHS tipo I 10 pacientes (6 mujeres y 4 varones). Dos eran menores de un mes, tres lactantes y el resto mayores de 2 años. Las formas neonatales debutaron con lesiones cutáneas herpéticas, fiebre y convulsiones. Ambos presentaron reacción en cadena de polimerasa (PCR) en LCR positiva para VHS-1 y alteraciones en la RMN cerebral, con afectación parietal sin compromiso temporal. Todos los lactantes comenzaron con fiebre moderada y crisis focales de predominio facial, presentando afectación focal en el EEG en dos de ellos y complejos periódicos (PLEDS) en el otro. Tan sólo en uno de los casos se obtuvo PCR en LCR para VHS-1 positiva. La neuroimagen mostraba afectación de ambos opérculos frontoparietales conservando el lóbulo temporal. Los tres desarrollaron un síndrome opercular sin otra clínica asociada. Los pacientes mayores de 2 años presentaron pródromos inespecíficos y fiebre debutando con disminución del nivel de conciencia, alteración de pares craneales y convulsiones. La PCR fue positiva para VHS-1 en LCR en 4 de los 5 casos y PLEDS en el EEG en 3 de ellos. Sólo 2 de los casos presentaban afectación del lóbulo temporal. La evolución y secuelas fueron variables, curación, epilepsia y retraso psicomotor entre ellas. En todos los casos se inició el tratamiento pre-

cozmente, en menos de 48-72 horas tras el inicio del cuadro.

Conclusiones: La encefalitis herpética se caracteriza clínicamente por fiebre y síntomas inespecíficos aunque el 20% de los casos, fundamentalmente lactantes, se presenta de forma atípica. Las pruebas complementarias son importantes pero no debemos olvidar sus limitaciones cuando se realizan en fases muy precoces, así como la frecuente afectación extratemporal en la neuroimagen. Por lo que ante clínica sugestiva se debe iniciar precozmente tratamiento con aciclovir.

INFECTOLOGÍA

Sala 123 (Planta 1)

455

12:30

CELULITIS ORBITARIA Y PERIORBITARIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 10 AÑOS

Laura Pérez Gay, Silvia Dosal Gallardo, Manuel Bravo Mata, Juan Manuel Cutrín Prieto, Ana Ferreiro Ponte, Manuel López Rivas
Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

Antecedentes y objetivos: Describir la epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de una casuística de niños hospitalizados por celulitis orbitaria y periorbitaria

Métodos: Estudio retrospectivo de niños entre 2 y 14 años diagnosticados y tratados de celulitis orbitaria y periorbitaria entre enero de 1996 y junio de 2006. Se incluyeron 28 casos que cumplían criterios clínicos (hiperemia o edema palpebral, alteración de la motilidad ocular, dolor orbitario, proptosis, disminución de la agudeza visual y diplopia) y/o radiológicos (aumento de tejidos blandos a nivel preseptal, desplazamiento del recto interno, borrosidad de la grasa orbitaria, absceso orbitario o subperióstico en TAC orbitaria).

Resultados: Observamos una mayor incidencia en niños menores de 7 años (67%), varones (3:1) y durante el invierno (57%). Refieren antecedentes de infección respiratoria (51%), conjuntivitis (20%) y traumatismo palpebral (6%). Presentaban sinusitis todas las celulitis orbitarias y el 50% de las preseptales. Recibieron antibioterapia previa al ingreso el 48% de los casos. Tiempo medio entre inicio de la clínica e ingreso de 2.4 días. Los síntomas observados han sido: edema e hiperemia palpebral en todos los casos, fiebre (85,7%), dolor orbitario (35,7%), proptosis (28,5%), alteración de la motilidad ocular (21.5%) y diplopia (3.6%). Las exploraciones complementarias realizadas constatan leucocitosis ($> 15.000/\text{mm}^3$) en el 48%, VSG mayor de 20 mm 1ªh en el 90% de los casos y hemocultivo positivo en el 10%. En los niños con celulitis orbitaria, el absceso subperióstico constituye el hallazgo más frecuente en la TAC (40%). Se estableció el diagnóstico de celulitis preseptal en el 57% y de celulitis orbitaria en el 43% restante. Recibieron asociación antibiótica (cefalosporina de 3ªG y clindamicina o vancomicina) el 57% de los pacientes y monoterapia con cefalosporina de 3ªG en el 32%. Tan solo un paciente precisó tratamiento quirúrgico (orbitotomía y drenaje). La duración media de la estancia hospitalaria en las preseptales fue de 8.9 días y en las orbitarias de 15 días. Observamos secuelas en un paciente (exoforia y ptosis palpebral).

Conclusiones: 1) En nuestro estudio, la sinusitis acompaña siempre a las celulitis orbitarias y al 50% de las preseptales. 2) La casi totalidad de los niños respondieron al tratamiento antibiótico exclusivo, observando un mínimo porcentaje de secuelas.

456

12:37

PALUDISMO ASINTOMÁTICO EN PEDIATRÍA

Leticia Albert de la Torre, Miguel Ángel Roa Francia, Juan Arnáez Solís, Diego Hernández Martín, Nuria Gutiérrez Cruz, Gema Tesorero Carcedo, María Arriaga Redondo, Cristina Ortiz-Villajos Maroto, Pedro José Pujol Buil
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: El diagnóstico de sospecha de paludismo está normalmente relacionado con el cuadro febril en paciente inmigrante de zona endémica, pero en ocasiones podemos encontrar al paciente asintomático probablemente por el estado de semiinmunidad que presentan.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 12 pacientes asintomáticos al diagnóstico de paludismo.

Resultados: De los 60 casos de paludismo diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 12 años, presentamos 12 casos con las siguientes características: mediana de edad 9,35, (rango 0,1-14 años); mediana de estancia en España de 23 días; en cuanto a la clínica, 5 de nuestros pacientes acudieron a la consulta para revisión rutinaria, estando asintomáticos, y el resto (7) presentaban síntomas inespecíficos (3 de ellos fiebre intermitente, uno cefalea intermitente, uno lesiones en piel y los otros 2 son neonatos cuya madre presentó paludismo durante el embarazo). En 6 se encontró en la exploración física hepato y/o esplenomegalia (de ellos 4 estaban asintomáticos). Para el diagnóstico se realizó en todos los casos la gota gruesa, siendo positiva, para *P. falciparum* o *spp*, con una parasitación $<$ del 1%, en 9 de los casos, y negativa en el resto. El diagnóstico se completa en 8 de los casos con la PCR para paludismo, que resulta positiva en todos ellos (*P. falciparum* en 5 casos y *P. falciparum* + *P. malariae* en 3 casos). Los tres casos con M/O negativa tenían positiva la PCR para paludismo. No complicaciones con el tratamiento en ningún paciente.

Conclusiones: 1) En ocasiones, los pacientes con paludismo no presentan los datos clínicos guía y se muestran asintomáticos (20% en nuestra revisión). 2) La gota gruesa es la prueba diagnóstica de elección aunque en 3 pacientes fue preciso acudir a la PCR para *plasmodium* capaz de detectar parasitaciones mas bajas. 3) Sería recomendable descartar paludismo dentro del despistaje de la patología infecciosa que se realiza a todo niño procedente de un país endémico, independientemente de las manifestaciones clínicas.

457

12:44

CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LA LECHE DE MUJERES CON MASTITIS INFECCIOSA MEDIANTE TÉCNICAS DE CULTIVO Y TÉCNICAS MOLECULARES (PCR-DGGE)

Susana Delgado Palacio, Rebeca Arroyo Rodríguez, Rocío Martín Jiménez, Juan Miguel Rodríguez Gómez
Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes y objetivos: Aunque las mastitis infecciosas son una de las principales causas médicas de destete precoz, el nú-

mero de estudios etiológicos dedicados a esta enfermedad es muy bajo. Por ello, el objetivo de este trabajo fue la caracterización de los microorganismos presentes en la leche materna de 20 mujeres con mastitis infecciosas, tanto mediante técnicas clásicas de cultivo como por técnicas moleculares independientes de cultivo.

Métodos: Las muestras de leche se sembraron en medios de cultivo específicos para estafilococos, estreptococos, enterococos, enterobacterias y levaduras. Inicialmente, se obtuvieron entre 5 y 10 aislados con distinta morfología de cada muestra y se identificaron mediante pruebas microbiológicas clásicas y secuenciación de la fracción 16S de su ADN. Paralelamente, y a partir de las mismas muestras de leche, se aisló el ADN bacteriano total, se realizó una PCR con cebadores bacterianos universales y se obtuvieron los perfiles microbiológicos mediante la técnica de DGGE (electroforesis en geles de gradiente desnaturalizante). Las bandas obtenidas se extrajeron del gel, se sometieron a una segunda amplificación y se secuenciaron para determinar a qué especie bacteriana concreta pertenecía cada una de ellas.

Resultados: En todas las muestras de leche los recuentos totales oscilaron entre 10^2 y 10^5 ufc/ml. En total se identificaron 200 aislados, de los que más del 60% pertenecían al género *Staphylococcus*. *Staphylococcus epidermidis* fue la especie dominante, aislándose en 16 de las muestras. En ningún caso se pudo detectar la presencia de levaduras mientras que las bacterias Gram-negativas representaron menos del 5% de los aislados. Mediante la técnica de PCR-DGGE se detectó la presencia de *S. epidermidis* y de *S. aureus* en 15 y 9 muestras, respectivamente. Esta técnica también permitió la detección de otras especies de estafilococos, estreptococos, enterobacterias e incluso pseudomonas en las muestras de leche analizadas.

Conclusiones: La combinación de técnicas clásicas y moleculares permite un mejor conocimiento de la etiología de las mastitis infecciosas lactacionales y de los cambios microbiológicos que se producen con respecto a la leche de mujeres sanas.

458 12:51 REVISIÓN DE OSTEOMIELITIS AGUDA: EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA, MANEJO Y SEGUIMIENTO

Marta Bueno Barriocanal, Víctor Soto Insuga, Marta Ruiz Jiménez, José Tomás Ramos Amador, Enrique Salcedo Lobato, Florencio Jiménez Fernández

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Introducción y objetivos: La osteomielitis aguda (OA) es una patología grave en la infancia, por sus potenciales secuelas a largo plazo. En este estudio revisa la epidemiología, la clínica, el manejo y el seguimiento de los casos de osteomielitis aguda ingresados en nuestro centro.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes menores de 15 años ingresados en un hospital de tercer nivel entre enero de 2000 y diciembre de 2006 con el diagnóstico al alta de osteomielitis aguda.

Resultados: Se identificaron 36 pacientes (56% mujeres), con una edad media de 3,6 años. La clínica preponderante al ingreso fue dolor (94%), impotencia funcional (83%) y fiebre (72%). El tiempo medio de demora entre el debut clínico y el diagnóstico fue 5,8 días. Las metáfisis de los huesos largos de las extremidades inferiores (66%) fueron las más frecuentemente afectadas.

En el 44% la leucocitosis fue mayor de $13.000/mm^3$ y el 53% presentó PCR superior a 30 mg/l. De los 33 hemocultivos recogidos, resultó positivo el 21%, siendo el SGA el germen con más frecuencia aislado. La gammagrafía ósea con TC99, realizada con una media de 7 días tras el inicio de la clínica, permitió el diagnóstico de confirmación en todos los casos. El tratamiento con antibioterapia i.v. se mantuvo una media de 10 días, predominando cloxacilina, cefuroxima y cefotaxima. Se continuó tratamiento oral durante 14-21 días, entre otros, con cefuroxima (64%) y cloxacilina (17%). Se requirió drenaje quirúrgico en 3 pacientes. Tras la instauración del antibiótico i.v. la fiebre cedió en menos de 48 horas en el 88% de los pacientes. En 3 casos persistió más de 48 horas, en 2 hubo celulitis asociada y en los 3 el hemocultivo fue positivo. En el seguimiento, hubo un caso con criterios de osteomielitis crónica.

Conclusiones: La OA predomina en niños menores de 5 años. Se requiere alto grado de sospecha en este grupo etario, de difícil exploración y anamnesis, por la inespecificidad de la sintomatología. Con frecuencia cursa con escasa repercusión analítica, lo que dificulta aún más el diagnóstico. Aunque la radiografía y la ecografía aportan datos sugerentes de OA, la prueba diagnóstica de confirmación es la gammagrafía ósea. La respuesta al tratamiento i.v. suele ser precoz. Un diagnóstico temprano y un buen cumplimiento terapéutico minimizan las complicaciones.

459 12:58 INFECCIÓN NOSOCOMIAL: AVANCES EN EL MANEJO DE UN BROTE DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE NEONATAL

Beatriz Balseira Baños, María Amalia Zuasnabar Cotro, Israel Anquela Sanz, Marta Abad García, Margarida Catalá Puigbó
Servicio de Pediatría del Hospital General de Granollers, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En Mayo 2003 se inició el estudio de la infección nosocomial (IN) en nuestra U. Neonatal para lo que se formó un grupo de trabajo interdisciplinario. En Octubre 2005 se inició un brote de enterocolitis neonatal necrotizante (ECNN) en nuestra U. Neonatal que duró hasta Enero 2006. Esta situación nos llevó a poner al día los avances en el manejo y el control de la ECNN ya que no teníamos casos estadío (E) II-III en los últimos nueve años. Nuestro objetivo es comunicar nuestra experiencia en el manejo de un brote de IN.

Material y métodos: El brote de ECNN afectó a 7 RN (caso 1 en Octubre, caso 2 en Noviembre y casos 3-7 en Enero). El diagnóstico y estadiaje se realizó según los criterios de Bell y con nuevos criterios basados en la ecografía abdominal (5/7) y la PCR seriada. A partir del tercer caso se consideró que se estaba ante un brote. Algunas de las medidas que se llevaron a cabo para su control fueron: encuesta epidemiológica a los RN ingresados, a sus familiares y al personal sanitario; refuerzo de las medidas higiénicas; realización de estudios microbiológicos; aislamiento de los casos; alta precoz de los RN expuestos y seguimiento ambulatorio; cierre de la unidad para nuevos ingresos durante 7 días; reunión de los responsables de la unidad con expertos en infección nosocomial; información al equipo sanitario y familias.

Resultados: a) 7 RN. EG: 32 s (31-36); PN: 1.435 g (865-1.820 g); 6V/1M; inicio clínica: 6,4 d. (2-11). Cultivos negativos. E I (3) y II (1); tratamiento médico. E III (3): un éxitus; un RN con dre-

naje peritoneal y otro con resección intestinal. *b)* Estudio epidemiológico: No se aisló ningún germen. Varios sanitarios presentaron vómitos y diarrea. *c)* Resolución del brote en dos semanas al aplicar las medidas de control. *d)* Repercusión en la tasa de infección nosocomial: en 2005 del 4,9%, y en 2006 del 3,6% (4% y 1,9% sin incluir el brote de ECNN).

Comentarios: 1) La limitación del brote tras el reforzamiento de las medidas de higiene y la existencia de personal sanitario con clínica intestinal van a favor de su probable etiología microbiológica a pesar de la negatividad de los cultivos. 2) El brote de ECNN nos permitió poner al día conocimientos para su diagnóstico, tratamiento y control. 3) A raíz de la aplicación de medidas higiénicas más estrictas durante y después del brote de ECNN, se ha observado una disminución de las cifras de infección nosocomial en la U. Neonatal.

460 13:05 INFECCIONES POR ROTAVIRUS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE UN AÑO

María del Mar Santos Sebastián, Felipe González Martínez, María Isabel Pescador Chamorro, María Inmaculada Fontecha García de Yébenes, María de las Mercedes Fariñas Salto, Carmen Gutiérrez Regidor, Rosa Rodríguez Fernández, José Antonio Gómez Campderá, María Luisa Navarro Gómez, Teresa Hernández-Sampelayo Matos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El rotavirus es el agente causal más importante de gastro-eneritis nosocomiales y comunitarias; supone una importante morbi-mortalidad especialmente en países en vías de desarrollo. El objetivo de nuestro trabajo es describir las infecciones por rotavirus en nuestro hospital en un año. Analizar la repercusión de la infección nosocomial. Y estudiar las complicaciones graves.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de todos los niños ingresados con detección positiva en heces de rotavirus. Los datos se han obtenido de la historia clínica.

Resultados: Durante el año 2004 ingresaron 4.140 niños en nuestro centro, de ellos en 144 se detectó el antígeno de rotavirus en heces, se pudieron recuperar datos de 135. La edad media de los niños fue de 6,9 meses, la estancia media de 6 días (5,59 días en las infecciones comunitarias y 28,2 días en las infecciones nosocomiales). La infección tuvo un predominio estacional por los meses de noviembre (27,3%), diciembre (22,9%) y enero (14%). De los casos 50 (37%) fueron nosocomiales, del resto 64 (47%) ingresaron por GEA y 21 (16%) por otras causas: 7 de ellos por FSF y 2 por convulsiones atípicas. Al ingreso 52 (81,2%) niños estaban deshidratados, de ellos 12 presentaban una deshidratación moderada y 5 severa; tres de los cuales precisaron ingreso en UCIP. Se produjo coinfección en 24 (17,8%) pacientes (19 por adenovirus y 4 por bacterias). De nuestra serie 7 niños tienen alguna complicación importante (3 insuficiencias renales prerrenales, 2 ITU, 1 NEC, 1 convulsión por hipernatremia y 1 TVP que derivó en un cavernoma portal hepático a hipertensión portal). De los estudios de laboratorio practicados el que mejor se correlaciona con el grado de deshidratación clínica en la cifra de bicarbonato (coeficiente de correlación de -0,58). De las 50 (52%) infecciones nosocomiales en 18 ocasiones se prolonga

el ingreso y en 26 (52%) se realiza alguna modificación en el tratamiento.

Conclusiones: La infección por rotavirus supone es un importante motivo de ingreso y puede causar complicaciones graves. La infección nosocomial modifica la evolución y el tratamiento de los pacientes. Con la introducción en el calendario vacunal de las vacunas frente al rotavirus podría disminuir significativamente la morbi-mortalidad relacionada con esta infección.

461 13:12 ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE NUEVE NIÑOS EXPUESTOS A TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE

Roí Piñeiro Pérez, María José Mellado Peña, María José Cilleruelo Ortega, Milagros García Hortelano, Julián Villota Arrieta, Pablo Martín Fontelos

Servicio de Pediatría de la Unidad de Pediatría Tropical del Hospital Carlos III, Madrid.

Caso índice: Mujer ecuatoriana de 23 años, en tratamiento con Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida desde hace 3 meses por tuberculosis (TB) pulmonar. Se confirma en cultivo del esputo inicial cepa resistente a los 3 fármacos y se constata en ese momento 4º mes de gestación. Se cambia la terapia a Etambutol, Levofloxacino, Amikacina y Cicloserina, comprobándose baciloscopias negativas. Evolución: asintomática y adherente, permaneciendo ingresada hasta el parto. *Estudio de contactos pediátricos:* Un total de 8 niños (3 hijos, 4 sobrinos y 1 hermano) estuvieron expuestos a la fuente bacilífera, el 9º es un neonato (RN). *Estudio inicial:* 3 niños de 8, 6 y 6 años se consideraron exposición a TB (ExTB). 4 niños de 4, 7, 10 y 14 años, asintomáticos, con Mantoux (Mx) > 5 mm y Rx normal, se diagnosticaron de infección TB latente (ITBL). La hija de 18 meses presentó fiebre, tos, infiltrado en LSI y Mx de 0 mm. Con sospecha de enfermedad TB multirresistente (MR) inició tto con Etambutol, Levofloxacino, Estreptomina y Protionamida, con terapia directamente observada. Completó 2 meses de tto y, tras confirmar 3 cultivos de jugos gástricos negativos, segundo Mx de 0mm y serología positiva a *Mycoplasma*, se retiró terapia con diagnóstico final de ExTB. *Evolución:* Los niños se han seguido durante 18m hasta el momento, 3 niños con ExTB no recibieron tto. A los 2 m continuaban con Mx de 0 mm excepto un niño de 8 años que presentó un Mx de 10 mm, asintomático con Rx normal y se catalogó de ITBL. Ningún niño con ITBL recibió tto, están asintomáticos y con Rx semestral normal. La niña de 18 m con ExTB presentó un 3º Mx de 0mm. El RN a término, pesó 3.500 g, asintomático, analítica normal y Mx a los 2 meses de 0 mm.

Discusión: No hay consenso en cuanto al manejo de ExTB e ITBL con caso índice MR en niños. Los datos basados en la evidencia no pueden discernir entre vigilancia estrecha sin tto y la administración de 2 drogas de sensibilidad conocida, con una duración en ITBL de 6-12 m. Se planteó la posibilidad de terapia directamente observada con Etambutol y Levofloxacino, pero el análisis de la situación familiar con riesgo de mal cumplimiento, y posibilidad de resistencia a fármacos esenciales si desarrollase la enfermedad, nos inclinó a mantener vigilancia estrecha sin tto. Los niños se evaluaron cada 3 m y en los infectados se realizó Rx semestral. Ninguno ha desarrollado enfermedad. Se estima seguimiento al menos 3 años.

462

GASTROENTERITIS AGUDA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS. IMPORTANCIA DE ROTAVIRUS. REVISIÓN DE 3 AÑOS

Rocío Calvo Medina, Antonio Morales Martínez, María Mercedes Chaffanel Peláez, María Ángeles Tejero Hernández, David Moreno Pérez, Francisco Jesús García Martín

Hospital Materno Infantil, Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga.

Del total de niños ingresados desde el servicio de Urgencias (6.180 niños) durante 3 años, 321 (5%) lo hicieron por gastroenteritis aguda. Se aisló patógeno en 75,3% de muestras procesadas al ingresar. Los cultivos resultaron negativos en 24,7%. El germen más aislado fue el rotavirus, representa un 55% de los casos ingresados, seguido por *Salmonella* (10,1%), adenovirus (5,7%) y *Campylobacter* (4,7%). El riesgo de ingreso atribuible al rotavirus es del 9,8%. Ingresaron un porcentaje similar de pacientes de ambos sexos. El 88,69% de los ingresos son niños < 3 años con una media de edad al ingreso de 0,98 años. Se evaluaron ciertos síntomas al ingreso. En 53,4% del total de niños que ingresan con GEA y fiebre se aísla rotavirus en las heces (RR 1,31). El germen que se asocia más frecuentemente con fiebre es *Salmonella* (un 96,7% de *salmonella* +). El 79,5% de los ingresos por rotavirus presentaba vómitos y solo un 6% se asoció a productos patológicos. Las deshidrataciones graves (que precisaron UCIP) se dieron en un 2% de los pacientes ingresados y en el 50% de los casos se asociaron a rotavirus. La estancia media hospitalaria de un niño sano ingresado por gastroenteritis fue de 4,49 días con una desviación de 1,9 días. Si incluimos los casos nosocomiales la estancia puede alargarse hasta 10 días más de lo habitual. Los ingresos por rotavirus suponen el mayor porcentaje en meses invernales siendo el exceso de hospitalización atribuible al rotavirus de hasta un 30% más de ingresos por Gastroenteritis que en los meses cálidos. En nuestra muestra esta relación es estadísticamente significativa. Con respecto al tratamiento empleado en los pacientes un 68% precisó rehidratación oral al menos las primeras 12 horas. Solo un 10,83 recibieron antibióticos. En ninguno de nuestros pacientes se instauró tratamiento antibiótico en los casos de rotavirus. Solo en las infecciones nosocomiales para tratar la patología de base. En parte de los 26 casos en los que se inició tratamiento antibiótico se hizo ante la resistencia de la fiebre o sospechando complicaciones asociadas.

Conclusiones: Ante la introducción de las nuevas vacunas es interesante valorar el coste humano y económico que la gastroenteritis y sobretodo el rotavirus supone en cada hospital. El rotavirus es el germen que con más frecuencia produce ingresos por gastroenteritis aguda grave y cuadros de origen nosocomial sobretodo en los meses de mayor carga hospitalaria.

463

INYECCIÓN INTRALESIONAL DEL CIDOFOVIR EN LA PAPILOMATOSIS RESPIRATORIA RECURRENTE JUVENIL

Marina Mora Sitjà, Laura Gil Juanmiquel, Nuria Millán García del Real, Bettina Finkelstein, Mónica Sancosmed Ron, Rocío Cebrián Rubio, Manuel Martín González, Félix Pumarola Segura, Marc Pellicer Sarasa

Servicio de Urgencias y Servicio de ORL Pediatría del Área Materno Infantil del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) es la neoplasia laríngea más frecuente en pediatría con una

13:19

prevalencia de 4/100.000 niños. Causada por el virus del papiloma humano se presenta como lesiones exofíticas en la vía aérea. A pesar de tratarse de una neoplasia benigna causa una alta morbilidad debido a las repercusiones en la vía aérea y su alta capacidad de recidiva. Clínicamente se puede manifestar de forma progresiva con disfonía, afonía y dificultad respiratoria. La terapia tradicional con láser CO2 tiene resultados impredecibles con alta frecuencia de recidivas y aparición de complicaciones, por lo que la tendencia actual en su tratamiento es la asociación de la exéresis de las lesiones junto con tratamiento médico adyuvante. El cidofovir es un nucleósido análogo con actividad antiviral contra herpes virus y aplicado intralesionalmente es el tratamiento adyuvante más utilizado, con resultados espectaculares en adultos y prometedores en pacientes pediátricos.

Objetivos: Mostrar el potencial beneficio de la administración intralesional de cidofovir como terapia médica adyuvante a la microcirugía endolaríngea en el abordaje terapéutico de la PRR juvenil.

Pacientes y métodos: En los últimos 5 años se han tratado en nuestro centro 5 pacientes afectos de PRR mediante exéresis (láser CO2 o microdesbridador) e inyección intralesional de cidofovir (dosificación 5 mg/ml). 4 pacientes presentaban una forma clínica agresiva con amplia afectación glótica y compromiso respiratorio, y el restante una forma clínica moderada con afonía. Se utilizaron una media de 5 sesiones por paciente en intervalos de 3 a 12 semanas.

Resultados: La remisión completa de las lesiones fue obtenida en 4 de los 5 pacientes. No hay evidencias de complicaciones derivadas del tratamiento con cidofovir. Actualmente 3 de los 5 pacientes están completamente asintomáticos sin tratamiento alguno, uno presenta leve disfonía residual y el restante presenta estridor recidivante que requiere nuevas intervenciones.

Conclusiones: La inyección intralesional del cidofovir parece resultar beneficioso en el tratamiento de la PRR en los pacientes pediátricos, mostrando seguridad y eficacia. Además parece reducir el número de intervenciones minimizando el riesgo de estenosis laríngea.

464

REVISIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE CUATRO PERIODOS EPIDÉMICOS ANUALES DE GRIPE

Beatriz Navarra Vicente, Ignacio Ros Arnal, Miguel Lafuente Hidalgo, Raquel Pinillos Pisón, Roberto Alijarde Lorente, María José Lavilla, Margarita Bouthelie Moreno, Luis Miguel Ciria Calavia, Manuel Omeñaca, Fernando de Juan Martín

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: La infección por gripe es un proceso muy frecuente en la infancia. Se pretende realizar una revisión de la tasa de hospitalización por gripe, características clínicas y actitud diagnóstico-terapéutica en relación a la edad, sexo y tipo de gripe en nuestra comunidad mediante el estudio de niños hospitalizados por este motivo.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo obtenido mediante la revisión de historias clínicas de niños hospitalizados en el Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza durante cuatro periodos epidémicos gripales, desde 2002 hasta 2006. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico G-Stat 2.0.

13:33

Resultados: Durante el tiempo estudiado se aislaron 178 casos de gripe, 132 de gripe A y 46 de gripe B. El principal motivo de ingreso en el hospital fue el síndrome febril sin foco (30,9%), sobre todo en menores de 6 meses, seguido por convulsión febril (22,5%). La sintomatología predominante fue fiebre, tos y rinitis, y en mayores de 3 años vómitos, principalmente en los casos de gripe B.

Los diagnósticos asociados al de gripe más frecuentes fueron catarro de vías altas, faringoamigdalitis y otitis, predominando éstos en los niños de 24 a 36 meses y en los casos de gripe A. Sin embargo el diagnóstico de bronquitis fue más frecuente en los pacientes menores de 2 años. Se realizó radiografía de tórax en un 80% de los casos existiendo condensación parenquimatosa en 10,5% del total. Recibieron antibioterapia el 59% de los pacientes. El fármaco más utilizado fue amoxi/clavulánico. Un 11,5% de los casos presentaron coinfección por otro virus o bacteria, especialmente por rotavirus. No existieron diferencias con respecto al sexo.

Conclusiones: Existe gran variabilidad en las manifestaciones clínicas causadas por el virus de la gripe, condicionado en parte por la edad y el tipo de virus gripal. Teniendo en cuenta el coste económico derivado de la hospitalización y del uso innecesario de recursos, especialmente de antibióticos, sería conveniente valorar la instauración en todos los servicios de urgencias del test rápido de detección del virus de la gripe.

465 13:40 BROTE DE SARAMPIÓN EN BARCELONA: REPERCUSIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL (I). ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Laia Pinos, Concepción Juste Sánchez, Inmaculada Albero, Meritxell Espuga, Julia Gil, M^a Luisa Anglés, Ermengol Coma Redón, Desideria Martínez Rascón, Xavi Martínez Gómez, Magda Campins Martí

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Servicio de Microbiología y Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: El sarampión se declaró eliminado en Cataluña en el 2000. En octubre de 2006 se detectó un brote de sarampión en la Región Sanitaria de Barcelona, con repercusión asistencial importante en los centros hospitalarios de la ciudad. En este trabajo se describen los aspectos epidemiológicos y las medidas de prevención y control adoptadas en un hospital de tercer nivel de Barcelona.

Métodos: Las medidas adoptadas han sido las siguientes: 1) aislamiento del caso; 2) profilaxis postexposición de los contactos familiares y del personal sanitario (se han considerado inmunes todos los nacidos antes del 1964 y los que documentaron dos dosis de vacuna o haber padecido el sarampión); 3) Cribado serológico de personal de áreas asistenciales (pediátrica y de adultos).

Resultados: Desde noviembre 2006 a enero 2007 se han atendido en nuestro centro 31 pacientes con sospecha clínica de sarampión. Hubo confirmación serológica en 16 (11 niños y 5 adultos). Se han producido 4 casos secundarios en personal sanitario (x edad: 27,7 a.); en un caso, a pesar de la vacunación con triple vírica a las 31 horas del contacto.

Se han estudiado 172 contactos familiares, con determinación de IgG específica en 53 personas y sólo se ha detectado un

susceptible. No ha aparecido ningún caso secundario. Se ha realizado cribado serológico postexposición a 135 sanitarios, con una prevalencia de susceptibles del 10,4% (x edad: 28,4 a.). Se han vacunado 11 personas y a 2 se administró Ig polivalente, por haber transcurrido más de 3 días del contacto. El programa de cribado sistemático del personal sanitario de las áreas asistenciales de pediatría y adultos ha tenido una cobertura hasta estos momentos de 565 trabajadores, con detección de 40 susceptibles (prevalencia: 7,1%). Se han producido 17 contactos hospitalarios entre pacientes y sus familiares, requiriendo la administración en 5 de Ig y en 2 de vacuna triple vírica; no se ha producido ningún caso secundario.

Conclusiones: La ausencia de casos de sarampión en los últimos años en nuestro medio ha contribuido a la baja percepción de riesgo de transmisión ocupacional y nosocomial entre los sanitarios jóvenes. La prevalencia de susceptibles en el personal sanitario de nuestro centro ha oscilado entre el 7-10%. Es importante realizar un cribado serológico preincorporación al trabajo.

466 13:47 EVALUACIÓN DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN LA EMBARAZADA EN EL ÁREA SUR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Miguel Faustino Sánchez Mateos, M. Mercedes Bueno Campaña, Sergio José Quevedo Teruel, M^a del Carmen Vázquez Álvarez, Sara Jimeno Ruiz, Fernando Echavarría Olavarria

Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: Cada año el 20% de los niños se pueden infectar por el virus de la gripe, sobre todo los menores de 12 meses. En la temporada 2005-2006 se introdujo en España como grupo de riesgo para vacunación contra la gripe a las embarazadas que fueran a dar a luz en la temporada epidémica (noviembre a marzo), recomendando la vacunación en el 3º trimestre. Esto podría tener el doble beneficio potencial de proteger no sólo a la madre, sino también al hijo en los primeros 6 meses de vida, periodo para el que no existe ninguna vacuna antigripal aprobada.

Objetivo: Conocer la cobertura de vacunación contra la gripe en embarazadas en la temporada epidémica 2005-06 en las Áreas 8 y 9 de la Comunidad de Madrid.

Material y métodos: Se realizaron cuestionarios para conocer su situación vacunal a mujeres que dieron a luz en las Áreas 8 y 9 desde el 1 de noviembre del 2005 al 31 de enero del 2006, ofreciendo el seguimiento de sus recién nacidos (RN) los primeros meses de vida para valorar la aparición de gripe.

Resultados: Se reclutaron 316 madres con sus RN. El 80,1% de las madres eran de nacionalidad española, con una edad media de 31,27 años (30,77-31,76), superior a la de las madres de otras nacionalidades ($p < 0,001$). Casi el 100% habían controlado su embarazo. Existía patología materna en el 15,8%, con ecografías normales en el 94%. El parto fue eutócico en el 71,5%, con 13,3% de cesáreas programadas. El 51,3% fueron varones. La EG media de los RN fue 39 + 3 semanas. En el 58,2% de los casos se trataba del primer hijo. Solo en el 6,6% fue el 3º hijo. Se vacunaron de la gripe el 5,7% de las madres frente al 17,4% que

lo hicieron la temporada anterior. Las mujeres con patología durante el embarazo se vacunaron 2,8 veces más (1.015-7,9) que las que no la tuvieron, sin embargo este factor no se relacionó con la vacunación en años previos. No se encontraron diferencias entre vacunadas y no vacunadas en cuanto a edad, estudios maternos o paternos o nacionalidad. Sólo la vacunación en el año anterior [ODDS ratio 11,3 (4-31)] y en convivientes [ODDS

ratio 19,9 (6,6-59,4)] influyó sobre la vacunación durante el embarazo.

Conclusiones: A pesar de la recomendación activa de la vacunación antigripal de la embarazada en el tercer trimestre, la cobertura vacunal ha sido muy baja (5,7%). Parece que sólo factores del entorno de la paciente afectaron a la vacunación de la madre.