

Sábado, 9 de junio (17:15 - 18:45)

ONCOLOGÍA Y URGENCIAS

Sala 123 (Planta 1)

P888

17:15

**SÍNDROME DE RUSSELL:
UNA CAUSA DE FALLO DE MEDRO**

Alejandro Rodríguez Martínez, Eduardo Quiroga Cantero, Isabel Martínez Carapeto, Catalina Márquez Vega, Gema Ramírez Villar, Gregorio Pineda Cuevas

Unidad de Oncología del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

El síndrome diencefálico o síndrome de Russell es una causa infrecuente pero potencialmente letal de fallo de medro en lactantes. Descrito por Russell en 1951, se manifiesta como una desnutrición severa, crecimiento lineal conservado, y otras alteraciones neurológicas menos frecuentes como vómitos, hiperactividad o nistagmo. Es notable su asociación con tumores cerebrales de localización hipotalámica. La escasez o ausencia de síntomas o signos neurológicos al inicio del cuadro hace que la mayoría de los lactantes que padecen este síndrome sean estudiados desde el punto de vista digestivo en un primer momento.

Caso clínico: Presentamos el caso de un lactante de 4 meses con fallo de medro severo, vómitos e hiperactividad que debutó con síntomas desde el período neonatal, sumándose posteriormente alteraciones neurológicas evidentes (hidrocefalia, nistagmo) que condujeron al diagnóstico de astrocitoma pilocítico de localización hipotalámica.

Conclusión: Los tumores cerebrales deben ser considerados en cualquier niño que presenta un fallo de medro severo e inexplicado con preservación del crecimiento lineal.

P889

17:20

MIOSITIS OSIFICANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lourdes Escrivá Cholbi, Julia Sánchez Zahonero, Fco. José Mares Diago, Joaquín Donat Colomer, Rafael Fernández-Delgado Cerdá Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: La miositis osificante es un proceso no tumoral, de causa desconocida, poco frecuente, que generalmente supone la osificación de tejidos blandos. Afecta sobre todo a varones adolescentes y adultos jóvenes. La localización más frecuente es en muslos y brazos, y se presenta como una masa de crecimiento rápido, debiendo descartar patología tumoral maligna.

Caso clínico: Niño de 8 años que acude a urgencias por tumoración en la cara interna del muslo izquierdo. Observan la masa 4 días antes de acudir, refiriendo dolor y cojera leve de 15 días de evolución. No pérdida de peso, anorexia ni astenia. Afebril. No antecedentes traumáticos. Juega al fútbol y monta en bicicleta.

Antecedentes personales y familiares sin interés. Exploración clínica normal, salvo masa palpable en cara posterointerna del tercio proximal del muslo izquierdo, de aproximadamente 4 cm de diámetro, consistencia dura-pétreo, mínimamente dolorosa al intentar movilizarla, sin signos inflamatorios, no adherida a planos profundos. No deformidad de miembro ni enrojecimiento de la piel superficial. No adenopatías inguinales ni en otras localizaciones. Ante la masa no filiada en muslo izquierdo, se realizan las siguientes pruebas: Rx y ecografía: masa cálcica alojada en musculatura, de 34 x 30 mm. No se observa alteración en la trabeculación ósea ni lesiones líticas. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. RMN: masa sólida, lobulada, en el músculo adductor mayor en el tercio proximal del muslo, con calcificaciones intralesionales y edema perilesional. Gammagrafía: hipercaptación heterogénea en dicha zona, afectando partes blandas, sin afectar huesos. Se decide realizar biopsia a cielo abierto: tumoración blanquecina, intramuscular, bien delimitada, de consistencia dura y algo gelatinosa. Se descarta patología maligna y se confirma el diagnóstico de miositis osificante. Se remite al paciente a domicilio con tratamiento antiinflamatorio. A los 3 meses acude para control radiológico, habiendo desaparecido completamente la masa.

Conclusiones: La miositis osificante, poco frecuente y de naturaleza benigna, entra en el diagnóstico diferencial de tumores de partes blandas. Es importante descartar tumores malignos, siendo necesario realizar pruebas de imagen y diagnóstico anatomopatológico. El tratamiento suele ser conservador, con antiinflamatorios, pero en ocasiones precisa exéresis.

P890

17:25

DESPISTAJE DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA LINFOPROLIFERATIVA EMERGENTE

Ana Fernández-Teijeiro Álvarez, Itziar Iturralde Orive, Iñaki Avalos Román, Víctor Quintero Calcaño, Itziar Astigarraga Aguirre, Juan Burgos Bretones, Ana Sastre Urgelles, María Aurora Navajas Gutiérrez

Unidad de Oncología Pediátrica y Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) y Servicio de Hematología Oncología Pediátrica del Hospital La Paz, Madrid.

El aumento de afluencia de pacientes subsaharianos de los últimos años conlleva el diagnóstico de enfermedades poco habituales en nuestro medio. Aunque la tuberculosis y el linfoma de Burkitt son las entidades responsables más frecuentes, en ocasiones el diagnóstico diferencial de los conglomerados adenopáticos en niños subsaharianos puede constituir un reto diagnóstico.

Caso 1: Niña de 7 años y 4 meses que ingresa en otro centro procedente de Guinea ecuatorial para estudio de masa abdominal con cuadro de 8 meses de evolución de distensión abdo-

minal progresiva, vómitos, deposiciones líquidas, fiebre semanal, anorexia y pérdida de peso. Diagnosticada de posible paludismo, recibió una transfusión de hematiés. En la exploración física: aceptable estado general, caquexia extrema, edemas pretibiales; microadenopatías universales; soplo sistólico; distensión abdominal marcada con masa visible y palpable, no dolorosa, en hemiabdomen derecho con circulación colateral. La TC tóraco-abdomino-pélvica muestra todo el hemiabdomen derecho ocupado por asas de enorme tamaño con contenido líquido en su interior, sin hallazgos en parénquima pulmonar ni en mediastino. Confirmado el diagnóstico de linfoma de Burkitt abdominal tras punción-aspiración de la masa y con mielograma normal, la paciente completó quimioterapia en nuestra Unidad según protocolo LNHB-04, alcanzando la remisión completa tras segundo COPADM.

Caso 2: Niña de 6 años diagnosticada en Mozambique de síndrome linfoproliferativo compatible con linfoma no Hodgkin por biopsia ganglionar, remitida a nuestra Unidad ante la persistencia de clínica a pesar de la quimioterapia recibida. Presenta gran tumoración cervical con adenopatías satélites, adenopatías submandibulares, cervicales derechas e inguinales. Las pruebas de imagen muestran múltiples adenopatías cervicales, torácicas y abdominales. El mielograma y la citología del ganglio cervical descartan infiltración blástica. El despistaje de tuberculosis, malaria, infecciones bacterianas, víricas y otras parasitosis es negativo. La biopsia ganglionar confirma linfadenopatía reactiva con acusada histiocitosis sinusal y respuesta plasmocelular madura, sugestiva de enfermedad de Rosai-Dorfman. Se decide actitud conservadora y seguimiento en su centro de referencia.

Comentarios: La patología considerada prevalente en la población subsahariana no excluye el despistaje de otros procesos linfoproliferativos menos frecuentes, lo que hace recomendable la reevaluación microbiológica e histológica en cada caso.

P891 17:30 TUMOR DE LAS CÉLULAS DE LA GRANULOSA DE TIPO JUVENIL EN UN NEONATO VARÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniel Ruiz Díaz, Joaquín Ramos Fernández, Irene Rubio Gómez, Gloria Moreno Solís, María Dolores Ordoñez Díaz, María Azpilicueta Idarreta, Verónica Vargas Cruz, M. Elena Mateos González, Fernando Vázquez Rueda, María José Peña Rosa Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El tumor de las células de la granulosa de tipo juvenil es un tumor muy infrecuente, y más aún en varones. Aun así es, dentro de la rareza, la variedad más frecuente dentro de los tumores derivados de las células del estroma gonadal.

Caso clínico: Describimos el caso de un recién nacido varón al que se le objetiva en la exploración física inicial una tumoración dura, no dolorosa, de 1 cm de diámetro en bolsa escrotal izquierda, con genitales sin signos de ambigüedad. Se realiza ecografía escrotal, en la que se observa un testículo izquierdo aumentado de tamaño, de ecogenicidad heterogénea, con áreas quísticas en su interior y flujo periférico conservado, sin afectación del epidídimo ni de estructuras adyacentes. Para la realización de un diagnóstico diferencial entre una torsión congénita diferida del testículo y un tumor testicular se procede a la revisión quirúrgica, que descarta una torsión, encontrando un testículo constituido por quistes de distinto tamaño, por lo que se realiza la extirpación.

El aspecto macroscópico revela una masa de 3,1 cm de diámetro, de consistencia sólida y con quistes en su interior. La histología nos da el diagnóstico de tumor de la granulosa de tipo juvenil. El estudio de marcadores séricos (β HCG y α FP) estaba dentro de la normalidad. Se completó el estudio de extensión con ecografía abdominal y RMN abdominopélvica, que no objetivaron la presencia de metástasis ganglionares ni a otros niveles.

Conclusiones: El tumor de las células de la granulosa de tipo juvenil deriva de las células del estroma gonadal. Aunque son tumores poco frecuentes, debe tenerse en cuenta el diagnóstico diferencial de las masas escrutales en los recién nacidos. La presentación es más frecuente en el ovario, siendo su aparición en el testículo muy infrecuente y habiendo sólo 48 casos publicados en la actualidad, 16 de ellos en neonatos, como es el nuestro. El tratamiento consiste en la orquiectomía, que en la mayoría de los casos resulta curativa, ya que son tumores que no tienen tendencia a recidivar ni metastatizar a distancia.

P892 17:35 ANIRIDIA Y MASA RENAL EN LACTANTE DE 17 MESES

María Suárez Albo, Eva González Colmenero, María Luisa González Durán, Manuel Óscar Blanco Barca, M. del Mar Portugués de la Red, María Luisa Aymerich Rico, Luis Alcides Pigni Benzo, Pilar Fernández Eire, Alfonso Iglesias Castañón, Cristina Páramo Jaudenes

Servicio de Pediatría, Servicio de Radiología y MEDTEC y Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).

Introducción: El síndrome de WAGR es una entidad poco frecuente. Debe sospecharse ante la presencia de aniridia esporádica acompañada de alguno de estos signos: anomalías genitourinarias, tumor de Willms y retraso mental. Se produce por una delección en el Cr11p13, que afecta al gen PAX6 y al gen supresor tumoral WT1.

Caso clínico: Lactante de 17 meses que ingresa para estudio de masa renal. Antecedentes personales de prematuridad de 33 semanas y diagnóstico prenatal de CIR, agenesia de cuerpo calloso y colpocefalia, confirmados al nacimiento. Ingres a los 6 meses para estudio de aniridia y cataratas polares bilaterales. En dicho ingreso se descarta patología renal y, ante la sospecha diagnóstica de síndrome de WAGR, se realizan controles ecográficos y oftalmológicos seriados. A los 17 meses se aprecia masa renal izquierda. En la exploración física: datos somatométricos $< P3$, TA 130/95 mmHg. Abdomen globuloso, distendido, se palpa masa en hipocondrio izquierdo. Aniridia bilateral. Nistagmo bilateral rotatorio. Resto de exploración anodina. Entre las pruebas complementarias, sedimento de orina con proteinuria en rango nefrótico y hematuria., proteinograma con disminución de albúmina y aumento de fracciones alfa1 y alfa2 globulinas. RM abdominal, masa sólida en polo superior de riñón izquierdo con infiltración de la arteria renal. A. patológica, se confirma Tumor de Willms, estadio II, tipo blastematoso. En biopsia renal derecha, hallazgos compatibles con glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Estudio genético: delección de novo del gen WT1 y PAX6 (Cr11p13). Se inicia tratamiento preoperatorio con quimioterapia según protocolo SIOP 2001, y se administra prednisona para tratamiento de síndrome nefrótico con mala respuesta e incremento de la masa tumoral. Se realiza resección quirúrgica de la masa. Recibe quimioterapia postoperatoria, además de tratamiento antihipertensivo.

Conclusión: El diagnóstico diferencial del Sd de WARG debe establecerse con los síndromes de Dennis-Drash (esclerosis mesangial difusa, I. Renal temprana, pseudohermafroditismo XY, T. Willms) y síndrome Frasier (glomeruloesclerosis segmentaria y focal, pseudohermafroditismo XY, gonadoblastoma). Ante la sospecha de este síndrome, es importante la realización de controles ecográficos abdominales y oftalmológicos para su detección precoz.

P893

TUMORACIÓN CLAVICULAR: FIBROMA DESMOPLÁSICO DEL HUESO

David Sánchez Arango, José Lorenzo Guerra Díez, Vanesa Gómez Dermit, Daniel Palanca Arias, María Laura Bertholt, María Jesús Cardeiro Díaz, Marta Monsalve Sáiz, Esther Rubín de la Vega

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Introducción: El fibroma desmoplásico se origina en el tejido conectivo a partir de fibroblastos oseos. Su incidencia es del 0,06% de los tumores óseos. Sin predominio por sexo. Es más frecuente entre la segunda y tercera décadas de la vida. Afecta fundamentalmente a huesos largos provocando dolor e impotencia funcional. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con el osteosarcoma. Requiere exéresis quirúrgica y sustitución con auto/alo injerto.

Objetivo: Describir el diagnóstico y evolución de un paciente con tumoración en región supraclavicular.

Caso clínico: Varón de 12 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Presenta tumoración en región clavicular de 2 meses de evolución, no refiere dolor ni impotencia funcional. *Pruebas complementarias:* Rx tumoración de clavícula derecha, lítica, bien definida, con interrupción de la cortical y desplazamiento de estructuras adyacentes. TAC: tumoración lítica insuflante que afecta a toda la clavícula de 11,4 x 5 x 7. Matriz parcialmente calcificada, capta contraste, desplaza vasos vecinos, sin signos de infiltración de partes blandas. No adenopatías ni alteraciones del parénquima pulmonar. Eco abdominal: normal. Gammagrafía: hipercaptación y desestructuración de clavícula derecha en relación con la lesión conocida, no se observan otros focos. Bioquímica: todos los parámetros normales. Se remite a hospital de referencia por sospecha de osteosarcoma para exéresis. Anatomía patológica: tumoración blanco grisácea gomoso sin calcificaciones. Tejido intercelular rico en colágeno. Pequeños fibroblastos con núcleo oval, aparentemente benignos. Hallazgos compatibles con fibroma desmoplásico.

Comentarios: 1) El fibroma desmoplásico típico asienta en mandíbula y huesos largos, menos frecuente en clavícula; es una lesión agresiva localmente aunque de comportamiento benigno. Clínicamente presenta dolor e impotencia funcional. 2) La apariencia radiológica, similar al osteosarcoma de bajo grado hace recomendable su extirpación. El estudio anatomopatológico nos permite el diagnóstico definitivo. 3) Excepcionalmente maligniza, aunque debe realizarse un seguimiento estrecho ante la posibilidad de recidivas destructivas localmente que precisen una cirugía más agresiva. 4) Es importante considerar el diagnóstico de fibroma desmoplásico ante una lesión destructiva localizada en huesos largos en un paciente entre la segunda y la tercera décadas de la vida.

P894

DOLOR ÓSEO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA. A PROPOSITO DE 2 CASOS

Raúl Rodríguez Serrano, María Landa Garriz, Leire Madariaga Domínguez, Oihane Rotaetxe Vacas, Joseba de Gárate Aranzadi, Javier de Arístegui Fernández, Elisa Garrote Llanos, José M. Indiano Arce, Gisela Cristina Muñoz García
Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

El dolor musculoesquelético es una entidad muy frecuente en pediatría. Constituye la tercera causa de consulta en adolescentes y el 8% de las consultas a los servicios de urgencias pediátricas. Sus principales causas son de origen traumático, mecánico, infeccioso o inespecífico. Sin embargo, puede ser la expresión de enfermedades sistémicas como neoplasias o procesos reumatológicos.

Observaciones clínicas: Niños de 6 y 13 años que consultan por cuadro de dolor en extremidades inferiores y claudicación de la marcha de dos semanas de evolución, asociando febrícula y sintomatología general inespecífica (anorexia, astenia, etc.). En ambos se objetiva un aumento de marcadores inflamatorios (VSG y PCR), y en uno de ellos de LDH, con pruebas reumatológicas, complemento, estudios radiológicos simples, hematiemetría, bioquímica y proteinograma normales.

El estudio protocolizado de enfermedades infecciosas fue negativo en cada uno de los pacientes. Se realizó estudio gammagráfico, mostrando distribución irregular del trazador en diafisis de huesos largos en uno de los pacientes e hipercaptación en zona sacroiliaca izquierda en el otro. Debido a la persistencia de sintomatología general, la clínica de dolor y la negatividad de los exámenes complementarios se procedió a realizar PAAF de médula ósea y biopsia de cresta iliaca en uno de ellos, confirmando la existencia de infiltración de células blásticas correspondientes a linfoblastos.

Comentarios: La LLA es la neoplasia más frecuente de la infancia. El dolor óseo aparece en 30-60% de los casos, siendo sus localizaciones más frecuentes las EEII, estando producido por aumento de presión intraósea medular desencadenado por infiltración blástica. En un número importante de casos el dolor óseo puede aparecer antes que las manifestaciones sanguíneas. Es importante el diagnóstico precoz de esta entidad, ya que el pronóstico de la misma depende en gran medida de la rapidez en el inicio del tratamiento.

P895

BLUEBERRY MUFFIN BABY COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA CONGÉNITA

Gemma Pujol Muncunill, Ana Pérez Benito, Montserrat Melo Valls, Jesús Luelmo, Sandra Moya Villanueva, Lidia Batalla Fadó
Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

Introducción: El término *blueberry muffin baby* se refiere a neonatos con máculas y pápulas cutáneas violáceas secundarias a hematopoyesis extramedular. El diagnóstico diferencial de este síndrome incluye diferentes entidades con eritropoyesis extramedular: infecciones, discrasias sanguíneas, neoplasias y alteraciones vasculares.

Caso clínico: Niña de 23 días de vida, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta remitida por su pediatra para estudio de lesiones cutáneas nodulares y tumefactas de evolución progresiva desde el nacimiento. En la exploración

17:45

17:40

17:50

física destaca la presencia de dichas lesiones nodulares, tumefactas e induradas en hemitórax superior derecho, cuero cabelludo y párpado superior derecho. También se observa lesión macular violácea en la espalda. Visitada por el dermatólogo se diagnostica de *blueberry muffin baby*. Se realiza analítica de sangre con hemograma que presenta un 5% de células atípicas, bioquímica y coagulación normal. Se cursan serologías, siendo negativas. Ecografía y biopsia de los nódulos con infiltración extensa por proceso proliferativo. En el aspirado de médula ósea se observan un 59% de blastos compatible con leucemia aguda monoblastica (46 XX; t (9;11) (p22q23) MLL positivo). Ecografía abdominal, cerebral y fondo de ojo normal. Cariotipo en sangre periférica 46XX. Se decide conducta expectante ya que la paciente está asintomática y la quimioterapia es muy agresiva, dada la edad de la paciente. Se realizan controles analíticos semanales y aspirado de médula ósea mensual activando la búsqueda de donante HLA compatible, previo estudio de HLA en padres y hermana. Dado el empeoramiento a los 4 meses de vida con aumento de blastos en MO, leucocitosis y anemia importante se inicia quimioterapia según protocolo (SHOP-LMA01). Se realiza trasplante de MO de células de cordón HLA compatible, con una evolución clínica y analítica posterior favorable. Actualmente presenta GRAFT subagudo-crónico intestinal.

Comentarios: El síndrome de *blueberry muffin baby* puede ser el signo guía de la leucemia congénita. Raramente se ha descrito en pacientes fenotípicamente normales, observándose más frecuentemente en trisomía 21 o mosacismos de la trisomía 21. El pronóstico es generalmente infausto aunque se han descrito remisiones espontáneas asociadas a trisomía 21.

P896

DISPLASIA FIBROSA DE HUESO TEMPORAL

María José Peña Rosa, M. Elena Mateos González, Rafael González de Caldas Marchal, Irene Rubio Gómez, Joaquín Alejandro Fernández Ramos, María Dolores Ordoñez Díaz, María Azpilicueta Idarreta

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

Introducción: La displasia fibrosa es una lesión ósea poco frecuente en la que el hueso sano es sustituido por tejido fibroso y trabéculas óseas inmaduras que provocan debilidad ósea. La etiología es desconocida, raramente produce síntomas y suele afectar con frecuencia a los huesos craneales, realizándose el diagnóstico mediante la clínica, radiología y el estudio histológico.

Caso clínico: Mujer de 11 años de edad con tumoración de aproximadamente 4 x 3 cm de diámetro en región occipital izquierda y retroauricular, no dolorosa y de consistencia pétreo. Se hizo estudio de extensión con gammagrafía ósea observando aumento de captación en región occipital y temporal izquierda, determinación de piridinolina y desoxipiridinolina en orina, encontrándose muy elevadas, así como la fosfatasa alcalina y osteocalcina. Estudio hormonal y audiometría normal. En el TAC craneal se objetiva ensanchamiento del clivus, peñasco y hueso occipital izquierdo, con aspecto de vidrio deslustrado, compatible con displasia ósea. La biopsia ósea confirma el diagnóstico de sospecha.

Conclusiones: A pesar de ser un proceso benigno puede comportarse de forma agresiva por su crecimiento local. La radioterapia no está indicada por el riesgo de malignización. El tratamiento quirúrgico se reserva para casos sintomáticos, con fines

estéticos y cuando existe riesgo de fractura. En el caso de nuestra paciente debido a la extensión de la lesión, afectación del peñasco y la posibilidad de compromiso auditivo se decide tratamiento con pamidronato i.v., ya que aunque los resultados en las series publicadas no son excelentes, se ha logrado detener el progreso de la lesión.

P897

GONADOBLASTOMA EN DISGENESIA GONADAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Roberto Alijarde Lorente, Laura Ochoa Gómez, Yolanda Aliaga Mazas, Yolanda Romero Salas, Marta Salvatierra Arrondo, María Zenaida Galve Pradel, Ignacio Ros Arnal, Ana Soria Marzo, Carlota Calvo Escribano, Ana Carboné Bañeres

Servicio de Oncopediatría del Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El gonadoblastoma es un tumor infrecuente compuesto por una combinación de células germinales y cordones sexuales-estroma que afecta exclusivamente a pacientes con disgenesia gonadal, siendo más frecuente en niños o adultos jóvenes fenotípicamente femeninos que usualmente presentan signos de virilización. El riesgo de aparición de esta neoplasia en gónadas disgenéticas se estima en un 25%.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 13 años que consulta por cuadro de polimenorrea de 15 días de evolución y aumento del perímetro abdominal en los últimos 3 meses. Antecedentes familiares: padre afecto de VHC. Antecedentes personales: Menarquia a los 10 años. Refiere menstruaciones irregulares siguiendo un patrón fijo. *Exploración física:* peso 75 kg, talla 167 cm. Destaca palpación de masa que ocupa la totalidad del abdomen, de consistencia dura, no doloroso. Genitales externos y caracteres sexuales secundarios femeninos no patológicos. *Pruebas complementarias:* hemograma, bioquímica, VSG, Igs, serologías, función renal: normales. AFP 1,5 ng/ml, enolasa 38,3 ng/ml, bHCG 218,91 miliU/ml, LDH 504 U/L. Pruebas de imagen: TAC abdominal: masa pélvica de 28 x 12 x 18 cm de bordes bien definidos con calcificaciones en su interior compatible con teratoma ovárico. *Evolución:* Se realiza extirpación quirúrgica de dos masas a nivel ovárico izquierdo y derecho con el diagnóstico anatómico-patológico de tumor maligno de ovario combinado: disgerminoma (98%) y gonadoblastoma (2%). Ante estos hallazgos se realiza cariotipo de la paciente resultando 46 XY.

Conclusiones: En nuestro caso la presencia de fenotipo femenino y caracteres sexuales secundarios femeninos normales con menarquia y ciclos regulares no hacían sospechar de la presencia de una disgenesia gonadal y fue el hallazgo del gonadoblastoma el que llevó a este diagnóstico. La disgenesia gonadal conlleva no solo una importancia clínica sino psicosocial para la paciente y la familia.

P898

EPIDEMIOLOGÍA DE LA FRECUENTACIÓN POR ASMA EN URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS

Beatriz Azkunaga Santibáñez, Eider Astobiza Beobide, Silvia García González, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Elena Mora González, Javier Benito Fernández

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

Introducción: Aproximadamente el 6% de las consultas a urgencias son debidas a crisis asmáticas, precisando alrededor de

18:00

17:55

18:05

un 15-20% ingreso en una unidad de observación de urgencias o planta de hospitalización.

Objetivos: Describir los cambios epidemiológicos en la consulta por asma en urgencias en los últimos 7 años.

Pacientes y método: Durante el período comprendido entre 2000 y 2006, se analizaron datos epidemiológicos de los episodios de asma atendidos en urgencias a través de la revisión de la casuística recogida de un archivo informatizado. Se recogieron datos de frecuentación, edad, sexo y tasa de observación-hospitalización. Para analizar el número de episodios de asma repetidos por paciente, se analizó una muestra de los meses de septiembre y diciembre de cada año.

Resultados: Durante el periodo de estudio, años 2000-2007, se atendieron 22.100 episodios de asma (5,8% del total de urgencias), siendo este porcentaje similar en los diferentes años. La tasa de observación-hospitalización por asma en los niños menores de 2 años (33% del total), aunque tuvo oscilaciones (15,29-19,05%), no mostró diferencias significativas entre los diferentes años. En el grupo de pacientes de mayor edad se observó un incremento significativo de la tasa de observación-hospitalización en los años 2004 (11,32%), 2005 (10,1%) y sobre todo 2006 (16,25%) ($p < 0,01$), tras haber mostrado un descenso mantenido desde el año 2000 al 2003 (10,53-5,48%). La muestra estudiada durante los meses de septiembre y diciembre, contó con 6.508 episodios (29,4%), siendo 2.052 (31,5%) menores de 2 años y con tasas de observación-hospitalización media del 19,2 y 18,7%, respectivamente. Durante el período de estudio (2000-2006), el porcentaje de episodios repetidos por paciente y la tasa de reconsultas disminuyó de manera significativa ($p < 0,01$) en todas las edades; en el grupo de niños mayores de 2 años, 39,2 vs. 12,4% y 8,9 vs. 6,1% y en el grupo de niños menores de 2 años, 44,8 vs. 18,3% y 13,3 vs. 9,7%, respectivamente.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra un incremento en las tasas de observación-hospitalización por asma en los últimos 3 años. Este hecho se ha acompañado de un descenso importante del número de consultas repetidas. Ambos datos apuntan a un incremento en la incidencia y severidad de la enfermedad.

P899

EDEMA AGUDO PULMONAR TRAS ATRAGANTAMIENTO POR CUERPO EXTRAÑO

Patricia Gallardo Ordóñez, Mario Ferrer Vázquez, María Isabel Lázaro Carreño, Sandra Pisa Gatell, José Manuel Martín Arenós
Servicio de Pediatría del Hospital General de Castellón.

El edema agudo de pulmón (EAP) no cardiogénico es secundario a diversas causas, entre las que se encuentran el aumento de presión negativa brusca o postobstructivo. Presentamos el caso de un EAP no cardiogénico tras atragantamiento por cuerpo extraño.

Caso clínico: Niña de 10 años, previamente sana, que acude con un cuadro de disnea con agitación, ansiedad y disminución de saturación de oxígeno tras episodio de obstrucción de vía aérea superior por atragantamiento con un caramelo una hora antes, refiriendo extracción manual del mismo. A la exploración se aprecia polipnea, respiración superficial con crepitantes finos en bases y discreta disminución de la entrada de aire, sin estridor laríngeo. En laringoscopia se observan restos hemáticos y erosiones mucosas en hipofaringe, probablemente secundarias a la extracción. pH 7,3; pCO₂ 44,6; pO₂ 43 capilares a FiO₂

0,21. Rx de tórax: patrón alveolo-intersticial difuso bilateral. Se pauta oxígeno en mascarilla sin reservorio y medidas de soporte, presentando una rápida mejoría clínico-radiológica en 24 h.

Comentarios: El EAP postobstructivo se produce como consecuencia de un aumento de presión negativa intratorácica generada por una inspiración profunda contra glotis cerrada, que incrementa el retorno venoso y disminuye el aporte de flujo cardíaco con la consecuente salida de líquido al espacio alveolar. Secundario a obstrucción de vía aérea superior postextubación, epiglotitis, crup o por cuerpo extraño, entre otras. La clínica varía desde cuadros leves de dificultad respiratoria, hasta más graves, con hipoxia severa e incluso hemorragia pulmonar, que son poco frecuentes. Se inicia tras el episodio desencadenante con un intervalo asintomático variable, de escasos minutos a horas. La radiografía muestra habitualmente una imagen parcheada bilateral con líquido en cisuras. El tratamiento se basa en medidas de soporte, presentando una rápida resolución en la mayoría de los casos. Pese a considerarse una complicación potencialmente grave son pocas las situaciones que requieren terapia intensiva, siendo controvertida la utilización inicial de diuréticos, que no parecen aportar beneficios. Descrito con relativa frecuencia tras la extubación, no así tras episodios de atragantamiento por cuerpo extraño en la infancia, donde debe realizarse una correcta historia clínica y diagnóstico diferencial que incluya esta entidad.

P900

MONOARTRITIS EN URGENCIAS: DESCRIPCIÓN Y MANEJO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Nagore Martínez Ezquerro, María Martí Carrera, Andere Egireun Rodríguez, Itziar Iturralde Orive, Elena Mora González, Beatriz Azkunaga Santibañez, Ana Fernández Landaluze, Eider Astobiza Beobide, Jesús Sánchez Etxaniz, Miguel Ángel Vázquez Ronco
Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Objetivo: Describir características y manejo de los niños diagnosticados de artritis en la urgencia de pediatría. Comprobar si el diagnóstico de sospecha de artritis séptica en urgencias se confirma posteriormente.

Material y método: Estudio retrospectivo de los 90 niños diagnosticados de artritis en urgencias durante el año 2006. Se excluyeron del estudio las artritis traumáticas.

Resultados: Epidemiología: La edad media fue $42,4 \pm 43,07$ (5-169) meses. De éstos, 67 (63,3%) tenían ≤ 24 meses. Varones (54,4%). Referían algún cuadro infeccioso en la semana previa el 60% (respiratorio 77,7% y diarrea 22,3%). **Clínica:** temperatura mayor de 38°C, el 63,3%. Síntomas clásicos de artritis: dolor articular el 100%, eritema el 30%, tumefacción/edema 73,3%, calor 60%. **Articulación afectada:** rodilla (31,1%), tobillo (22,2%), cadera (12,2%), muñeca (12,2%), hombro (7,8%), metatarsofalángica/pie (6,7%), codo (5,6%), metacarpo falángica/mano (2,2%). En ninguno se afectó más de una articulación. **Pruebas complementarias:** Se realizó analítica sanguínea a 82 (91,1%). La media de leucocitos fue de 12.850 ± 4.439 . Más de 14.000 leucocitos tuvieron el 35,6%. Más del 70% de neutrófilos el 13,4%. Media de PCR $3,6 \pm 5,5$ mg/dl, (más de 4 mg/dl el 26,8%). VSG se hizo en 58. El 70,6% tenía más de 40 mm/hora. Pruebas de imagen: Rx en el 77,7%, consideradas como alterada el 8,1%. Ecografía articular en 12 (13,3%). Todas ellas de cadera. Artrocentesis en urgencias en 10 niños (11,1%). Todas de

18:15

18:10

rodilla. En 3 no se consiguió líquido sinovial. Se sospechó artritis séptica en 36 niños (40%), que ingresaron con ATB intravenoso. Se confirmó en 11 casos (34,3%). Sólo 8 cumplían todos los criterios clínicos de artritis. De los 54 niños dados de alta ninguno acabó siendo una artritis séptica. De estos últimos, en 22 se decidió control por reumatología.

Conclusiones: Artritis en urgencias no significa artritis séptica. Los síntomas clásicos de artritis no se cumplen en todos los niños. La analítica sanguínea y la radiografía simple tienen un valor limitado. La mayoría de los niños que ingresan con sospecha de artritis séptica no se confirma. El manejo de forma ambulatoria de la mayoría de las artritis que consultan en urgencias es posible.

P901 18:20 EL SÍNDROME DE EHLER DANLOS COMO EMERGENCIA VITAL

Carmen Climent Morales, Anaïda Obieta Fernández, Carmen Clavero Rubio

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca (Baleares).

Introducción: El síndrome de Ehler-Danlos (SED) es un grupo heterogéneo de conectivopatías hereditarias. El SED tipo IV es el de peor pronóstico ya que puede cursar con rotura de las arterias principales y de los órganos internos.

Caso clínico: Niño de 12 años, diagnosticado a los 2 años de SED, trasladado de otro centro por hematoma progresivo en muslo izquierdo y sospecha de hemorragia activa. Cuatro días antes, sin traumatismo previo, inicia cuadro de coxalgia izquierda e impotencia funcional; diagnosticado de mialgia inespecífica se pauta tratamiento sintomático. Tras 3 días vuelve a urgencias por cuadro por dolor brusco y aumento de volumen del muslo izquierdo. Allí objetivan signos de hipovolemia y aumento progresivo de la extensión del hematoma en muslo. Se traslada a nuestro centro por sospecha de hemorragia activa. A su llegada destaca un hematoma difuso no pulsátil en cara anterior del muslo (diferencia de diámetro entre ambos muslos de 13 cm) con Eco-doppler normal. El TAC informa de punto de sangrado activo de una rama de la arteria femoral profunda. Se realiza intervención quirúrgica urgente para evacuación de hematoma, evidenciando rotura de arteria femoral y desgarro de vena femoral. La cirugía se ve dificultada por la friabilidad de los tejidos, presentando roturas continuadas de vena proximal y distal.

Discusión: El SED tipo IV se debe a una alteración del colágeno tipo III por una mutación del gen COL3A1, con herencia autonómica dominante. El diagnóstico se basa en el cultivo de fibroblastos en biopsia cutánea, estudio genético y en criterios clínicos, siendo la afectación de piel y articulaciones menos severa y destacando la asociación con rotura uterina, intestinal o vascular. La friabilidad vascular que presenta implica una dificultad añadida en la reparación quirúrgica. Por todo esto, se trata del subtipo de SED de peor pronóstico con una esperanza de vida disminuida.

Conclusiones: Las complicaciones del SED suponen una emergencia vital, por lo que los pacientes afectados, ante un dolor súbito inexplicable, deberán buscar atención médica inmediata. Por otro lado, en un paciente joven con una rotura vascular debemos sospechar el SED. No hay tratamiento curativo, por lo que hay que enfatizar en la intervención educativa y preventi-

va, precisando un seguimiento multidisciplinar con conocimiento por todos los especialistas involucrados de la complejidad del manejo clínico y quirúrgico de estos pacientes.

P902 18:25 READMISSÕES NÃO-PREVISTAS NO SERVIÇO DE URGENCIA, APÓS ALTA DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO

Filipa Soares Almeida Leite, Sara Figueiredo Santos, Cristina Faria, Carlos Saraiva Figueiredo

Servicio de Pediatría del Hospital São Teotónio, Viseu (Portugal).

Antecedentes e objetivos: As unidades de internamento de curta duração (u.i.c.d.) têm-se expandido em muitos serviços de pediatria no nosso país, e, para além de outros inestimáveis benefícios, elas funcionam como um sistema de tampão essencial para o cada vez mais habitual congestionamento das enfermarias, com doentes crónicos e/ou patologias complexas. A experiência tem mostrado que a grande maioria das crianças pode regressar ao domicílio nas 24 h que se seguem à admissão em u.i.c.d. O objetivo deste trabalho foi avaliar de forma qualitativa alguns aspectos da actividade assistencial da u.i.c.d. do serviço de urgência (s.u.).

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo do grupo de crianças que, durante o ano de 2005, tendo tido alta daquela unidade para o domicílio, regressou, sem que isso tivesse sido previsto, nas 72 horas seguintes. Foram também analisados os diagnósticos iniciais e os estabelecidos na readmissão.

Resultados: Durante o ano de 2005 inscreveram-se no s.u. 33.211 crianças e destas 1.395 foram admitidas em u.i.c.d. Do total das 905 que tiveram alta desta unidade para o domicílio, 69 (5%) regressaram de modo não previsto ao s.u. nas 72 horas seguintes. Em 15 (22%) dos 69 casos houve necessidade de reinternamento, 9 crianças na u.i.c.d., 4 no serviço de pediatria e 2 na unidade de neonatologia. Situações arrastadas e grande ansiedade familiar foram a causa da grande maioria dos reinternamentos. Das restantes crianças que regressaram de modo não previsto, 54/69 (78%), a readmissão no s.u. revelou tratar-se de situações benignas, visto que foi possível o regresso ao domicílio após a observação médica, com ou sem exames complementares de diagnóstico. Neste grupo (54 casos), identificaram-se 5 situações de novos diagnósticos de relevância clínica: 3 otite média aguda, 1 pneumonia e 1 broncopneumonia, que regressaram ao domicílio com terapêutica adequada. Não se registou nenhum óbito nos casos que necessitaram de readmissão no s.u.

Conclusão: De um modo geral as orientações de alta da u.i.c.d. parecem ter sido bem ponderadas.

P903 18:30 AHOGAMIENTOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: ¿QUIÉN?, ¿CUÁNDO?, ¿DÓNDE?, ¿POR QUÉ?, ¿CÓMO?, Y ¿QUÉ LOS DIFERENCIA?

Clara Bras Boqueras, Ester Castellarnau Figueras, Manuel Jarrod Pamias, Cristina Fernández Gómez, Marta Almenara Viladrich, Xavier Allué Martínez

Servicio de Pediatría y Sistemas de Información del Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

Antecedentes y objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los ahogamientos e identificar rasgos diferenciales entre niños y preadolescentes/adolescentes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (1994-2006) de < 15 años que sufren un accidente por inmersión. Se recogen variables demográficas, epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y evolutivas. Se comparan ≤ 8 y > 8 años. Los datos se registran en base de datos y se analizan con programa estadístico SPSS.

Resultados: Se registran 68 casos. ¿Quién?: 47 niños y 21 niñas, edad media 6 años y 2 picos incidencia 1-4 y 7-11 años; 67% están de vacaciones, mayoría extranjeros. ¿Cuándo?: predominio verano, fin de semana y tarde. ¿Dónde?: piscina (70%), hotel y agua dulce (80%). ¿Por qué?: más del 80% de piscinas no están valladas y el 55% de niños no lleva sistema de flotación; sólo un 8% de niños está vigilado por un adulto; no sabe nadar un 60%; cometen conducta de riesgo 8 niños y 7 tienen enfermedad de riesgo. ¿Cómo?: en urgencias predomina la clínica respiratoria seguida de la neurológica; hay lesiones asociadas en 15 casos; un 54,4% presenta hiperglucemia; el patrón radiológico más frecuente es edema agudo pulmón; hay acidosis metabólica grave en 13 casos; ingresan sobre todo en UCI; un 22,06% precisa ventilación mecánica y un 17,65% inotrópicos; 13 casos tienen mala evolución.

Diferencias significativas:

Edad	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Dónde?	¿Por qué?	¿Cómo?
≤ 8		-		Valla, flotación, vigilancia	Respiratoria, hemodinámica
> 8	Niños	-	Playa	Nadar, conducta riesgo	Lesiones asociadas, neurológica

Conclusiones: 1) Aunque el mayor riesgo de ahogamiento se da en < 4 años, varones, verano, fin de semana, tarde, piscina, y en ausencia de sistemas protección y flotación, de supervisión por adulto y de saber nadar, los > 8 años se diferencian por su conducta de riesgo pese a saber nadar. El resto de parámetros no muestra diferencias en los 2 grupos de edad. 2) La clínica respiratoria y hemodinámica es más frecuente en niños pequeños y la neurológica en los mayores. 3) Los parámetros analíticos y radiológicos no difieren en los 2 grupos. 4) La evolución es similar.

por un cuadro de tumefacción de miembro inferior izquierdo de pocas horas de evolución. Afebril. No refiere traumatismo previo. Episodio de gastroenteritis (GEA) en las 2 semanas previas. *Antecedentes personales:* episodios etiquetados de GEA de repetición hasta los 2 años de vida. Diagnosticado de IVC tras cuadro de varicela extensa asociada a queratoconjuntivitis bilateral y estomatitis. Controles inmunológicos posteriores: linfopenia y hipogammaglobulinemia de forma continuada. Seguimiento en consultas de Inmunodeficiencias y tratamiento con gamma-globulina mensual con evolución favorable, salvo diarrea ocasional. *Pruebas complementarias:* ECO miembro inferior izquierdo: aumento de tejido celular subcutáneo del muslo hasta tercio medio de pierna izquierda, con edema del mismo. *Evolución:* a las 12 horas del ingreso presenta edema simétrico y bilateral de ambos miembros inferiores, así como hidrocele y edema palpebral, por lo que se solicita hemograma: sin alteraciones significativas; bioquímica: proteínas totales: 3,16 mg/dl; albúmina: 1,4 mg/dl; PCR < 0,5 mg/dl, resto normal; tiempos de coagulación: normales; y s. orina: normal. Ante la presencia de edema asociado a hipoalbuminemia sin proteinuria, linfopenia e hipogammaglobulinemia se sospecha diagnóstico de linfangiectasia intestinal. Se realiza gastroscopia, en la que se observa punteado blanquecino difuso en 2ª porción duodenal, compatible con la enfermedad sospechada, que se confirma posteriormente con biopsia.

Discusión: La linfangiectasia intestinal es una enteropatía pierde-proteínas debida a una displasia de los vasos linfáticos a nivel de la mucosa y submucosa del tracto gastrointestinal, que provoca una pérdida de proteínas y linfocitos por el mismo, conduciendo a un cuadro de malabsorción y a una linfopenia secundaria. El diagnóstico diferencial engloba otras entidades que puedan cursar con hipogammaglobulinemia y linfopenia como la IVC, entidad que también puede evolucionar con diarrea crónica. Estos pacientes no suelen padecer infecciones graves. El tratamiento es fundamentalmente dietético.

P905 DERMATOSIS IG A LINEAL DE LA INFANCIA

17:20

Amparo Montero Salas, Francisco Peral Rubio, Luis Ortiz González, Raquel Real Terrón, Elena Gil Camarero, María Teresa Fábrega Valverde, Sheila Sánchez Gonzalo, Esther Piñán López, José María Arroyo Fernández
 Servicio de Pediatría del Hospital de Mérida, Badajoz y Servicio Extremeño de Salud.

Introducción: La dermatosis Ig A lineal de la infancia, conocida también como enfermedad Ig A lineal, pénfigo juvenil y dermatosis crónica bullosa benigna, es un proceso mucocutáneo crónico de carácter autoinmune, muy poco común, caracterizado por exantema vesiculo-buloso de contenido seroso, claro o serohemorrágico, sobre una piel normal o eritematosa, con una especial predilección por la zona peribucal, párpados y genitales, aunque también pueden aparecer en extremidades y tronco. Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico diferencial se establece con el resto de enfermedades de afectación mucocutánea (penfigoide, dermatitis herpetiforme, liquen, pénfigo y epidermolisis bullosa adquirida).

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 22 meses de edad que debuta con exantema pápulo-vesiculoso en

**INMUNOLOGÍA Y ALERGIAS,
 TEMA LIBRE Y GENÉTICA
 Y DISMORFOLOGÍA**

Sala 127 (Planta 1)

P904

17:15

INMUNODEFICIENCIA SECUNDARIA A LINFANGIECTASIA INTESTINAL: CASO CLÍNICO

Christian Garriga Braun, Roi Piñeiro Pérez, Julián Clemente Pollán, María Isabel González Tomé, Jesús Ruiz Contreras, Javier Manzanares López-Manzanares, Enrique Medina Benítez
 Hospital Clínico San Carlos, Madrid y Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Caso clínico: Niño de 6 años y medio diagnosticado de inmunodeficiencia variable común (IVC) que acude a urgencias

miembros superiores, de predominio en dorso de ambas manos, que se extiende progresivamente al resto de la economía corporal. Afebril con el resto de exploración física normal. Las lesiones fueron adquiriendo un aspecto de "collar de perlas", dispersas y, posteriormente, evolucionaron a lesiones úlcero-necróticas generalizadas, dando un aspecto dramático de enfermedad grave. En las pruebas complementarias realizadas destacan leucocitosis leve con fórmula normal, PCR: 27,4 mg/l y discreto aumento inicial de GOT. Bioquímica general y sedimento de orina automatizado: normales. E. coagulación normal. Hemocultivo negativo. Ig A 99 mg/dl, Ig G 1.198 mg/dl, Ig M 203 mg/dl, Ig E 6,8 KUI/l. Marcadores serológicos de enfermedad celíaca: negativos. En el examen anatómico-patológico se objetivaron ampollas subepidérmicas (similares al penfigoide y la dermatitis herpetiforme). El dato patognomónico que determinó su presencia es la existencia de depósitos lineales de Ig A a lo largo de la membrana basal epitelial en el estudio de inmunofluorescencia. Una vez realizado el diagnóstico anatomopatológico de dermatosis Ig A lineal de la infancia, se instauró tratamiento con dapsona oral, evolucionando favorablemente hasta su resolución sin cicatrices residuales.

Comentarios: Sugerimos la importancia del conocimiento de esta patología a la hora de establecer el diagnóstico diferencial de las enfermedades mucocutáneas ampollas. Destacamos la evolución favorable sin secuelas de un cuadro clínico que impresiona de enfermedad grave, con diagnóstico y tratamiento adecuados.

P906 17:25 RASTREIO DE DOENÇA CELÍACA E TIROIDITE LINFOCITÁRIA EM CRIANÇAS COM FACTORES DE RISCO

Ana Garrido, Diana Moreira, Jorge Sales Marques
Serviço de Pediatria del Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.

Introdução: As doenças autoimunes, tais como a tiroidite linfocitária e doença celíaca, surgem com maior frequência associadas a outras doenças genéticas e endocrinológicas, tais como a diabetes mellitus, síndromes de Turner e Down.

Objetivo: Avaliar a incidência de tiroidite linfocitária e/ou doença celíaca numa população infantil, seguida na consulta externa com diabetes, síndromes de Turner ou Down.

Material: Foram avaliadas 114 crianças seguidas na consulta de genética e endocrinologia, com as seguintes patologias: 87 com diabetes mellitus tipo 1, 14 com síndrome Down e 13 com síndrome de Turner, diagnosticadas no período de 1 de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2006.

Métodos: Os critérios de avaliação individual de cada doente, foram baseados nos seguintes itens: sexo, total dos casos de doenças autoimunes associadas, idade do diagnóstico da doença principal, idade do diagnóstico da(s) doença(s) autoimune(s) associada(s) e tratamento.

Resultados: A - Sexo – masculino: 56 (48 diabetes, 8 Down) – feminino: 58 (39 diabetes, 13 Turner e 6 Down) B - Total dos casos de doenças autoimunes associadas: 15 (13 tiroidites linfocitárias: diabetes – 8 casos, Turner – 4 casos, Down – 1 caso e 2 doenças celíacas – diabetes C - Idade do diagnóstico principal: Diabetes – média: 6 anos, Turner – média: 7 anos,

Down ao nascer D - Idade do diagnóstico da doença autoimune: tiroidite linfocitária - média – 7,1 anos. Doença celíaca – média: 8 anos. E – Tratamento: Tiroidite linfocitária – 5 casos com levotiroxina (Diabetes – 2, Turner – 2 e Down – 1). Doença celíaca - dieta sem glúten.

Conclusões: 1) Foram registados 13,1% de crianças afectadas com doenças autoimunes, dos quais 86,6% padeciam de tiroidite linfocitária e 13,4% de doença celíaca (relação 6,5 / 1). 2) A tiroidite linfocitária surgiu predominantemente no sexo feminino – 86,6%. 3) O tratamento foi efectuado em 33,3% dos doentes com tiroidite linfocitária e em todos os dois doentes afectados com doença celíaca. 4) Não se registou para além da doença principal, associação simultânea das duas doenças autoimunes rastreadas. 5) Em doenças com factores de risco para existir ao mesmo tempo doenças autoimunes, o rastreio deve ser efectuado com o pedido do estudo imunológico em que se devem constar anticorpos antitiroideos e antiendomíseo ou antitransglutaminase.

P907 17:30 DÉFICES DE ALFA1-ANTITRIPSINA SEM SUSPEITA CLÍNICA E SUA CARACTERIZAÇÃO

Helena Santos, Hugo Braga Tavares, Márcia Ferreira, Cristina Costa

Serviço de Pediatria del Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.

Introdução e objetivos: O défice de alfa1-antitripsina (A1AT) é uma doença autossómica recessiva, com envolvimento pulmonar e hepático. Está descrita a sua associação com quadros asmatiformes, atopia e vasculites ANCA positivas. Os alelos *null* e Z conferem risco aumentado de doença sintomática, originando níveis de a1at abaixo do limiar de protecção. Desde 1994 que os níveis de a1at são medidos por rotina como parte do estudo imunológico no nosso hospital. Pretendemos caracterizar uma amostra de crianças com diagnóstico de défice de a1at em estudo analítico, sem suspeita clínica associada.

Métodos: Revisão dos processos das crianças com níveis de a1at < 78mg/dl de 1994 a 2004, sem suspeita clínica. Avaliação de dados demográficos, valores de a1at, motivos de consulta, elevação das transaminases, atopia, e alterações no estudo imunológico.

Resultados: Foram revistos 50 processos clínicos de crianças seguidos no hospital por patologias diversas, 52% rapazes. A mediana da idade ao diagnóstico foi 5 anos (mínimo 1 mês, máximo 16,5 anos). Dez crianças apresentavam valores de a1at inferiores ao limiar de protecção, não apresentando outras características em comum. Cerca de 36% dos motivos de consulta deviam-se a quadros asmatiformes e outras manifestações de atopia, 15% a infecções respiratórias de repetição/pneumonias e 10% a patologia uronefrológica (sobretudo glomerular). Das 34 crianças em que foram doseadas as transaminases apenas 7 apresentavam elevações (máximo AST 153U/L e ALT 100U/L). 16 das 44 crianças tiveram pesquisa de IgE positiva, e 35% das crianças apresentavam historia de infecções respiratórias de repetição quando interrogadas. Não houve nenhum doente que apresentasse ANCAs positivos nos casos em que foi doseado. Foi realizada fenotipagem em apenas 4 casos (3SZ, 1MZ).

Conclusões: Verificamos que existe um número relevante de casos diagnosticados sem suspeita clínica. Nesta amostra, a presença das patologia atópica/asmátiforme está também aumentada; o atingimento hepático é pouco importante, sem casos de patologia maior. As infecções respiratórias, bastante elevadas no grupo estudado, são um problema mais importante nas crianças que possuem níveis não protectores de a1at, já que aceleram a progressão da patologia pulmonar. Os casos associados a síndromes nefróticas poderão dever-se à perda urinária de A1AT (falso défice?). Destaca-se a importância de sensibilizar os médicos asistentes destas crianças para a necessidade de realização da fenotipagem para um seguimento mais adequado.

P908 17:35 SÍNDROME DE WELLS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía Sanguino López, Cristina Fernández Carbonell,
María Navalón Rubio

Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La celulitis eosinofílica o síndrome de Wells es una dermatosis granulomatosa recidivante muy poco frecuente, sobre todo en la infancia. Se presenta en forma de placas inflamatorias recurrentes, de etiopatogenia desconocida, que pueden precederse de prurito, quemazón, y en ocasiones de síntomas sistémicos. Presentamos el caso de una niña de seis años que consulta en el servicio de urgencias por aparición de placas de aspecto urticarial, de evolución tórpida, acompañadas de fiebre.

Descripción del caso: Niña de 6 años, sin antecedentes patológicos de interés. Tres días previos a su ingreso refiere aparición de lesiones pápulo-eritematosas pruriginosas en cara interna de ambos muslos, que son diagnosticadas de urticaria. Cuarenta y ocho horas después, el aspecto es de dos placas eritemato-violáceas edematosas, bien delimitadas de unos 10 cm de diámetro. No refiere picaduras, infecciones recientes o ingesta de fármacos. La aparición de fiebre y el empeoramiento de las lesiones motivaron su ingreso para tratamiento antibiótico por sospecha de celulitis bacteriana, quedando afebril a las 24 h. El diagnóstico definitivo se obtuvo por biopsia ante el hallazgo de edema dérmico con infiltrado eosinofílico y las características "figuras en llama". Se inició tratamiento con prednisona durante tres semanas en pauta descendente. Un mes después persistía leve pigmentación residual sin prurito ni otros síntomas.

Discusión: El síndrome de Wells se caracteriza por una inflamación de la dermis en forma de placas edematosas, eritemato-violáceas y pruriginosas de carácter autolimitado. En ocasiones se acompaña de manifestaciones sistémicas como fiebre o poliartralgias y puede asociar eosinofilia periférica. Entre los diagnósticos diferenciales debemos considerar la celulitis bacteriana, el síndrome hipereosinofílico, las dermatosis ampollas o la urticaria. Aunque la etiopatogenia se desconoce, se ha asociado a factores desencadenantes como picaduras de insectos, que en nuestro caso, dada la superposición de ambas lesiones en cara interna de muslos y la época estival, pudo haber pasado desapercibida. A nivel anatomopatológico destacan las características "imágenes en llama". Los corticoides parecen ser la mejor arma terapéutica disponible hasta el momento. Pese a ello, las recurrencias son frecuentes.

P909 17:40 EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA: COMPLICACIONES Y MANEJO

Marta Castillo Rodenas, Iván Sánchez Fernández, María Cols Roig, Laia Alsina Manrique de Lara, Claudia Fortuny Guasch, Jordi Pou Fernández

Servicio de Pediatría de la Unidad Integrada Hospital Clínico-Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona y Universidad de Barcelona.

Antecedentes y objetivo: La epidermolisis ampollosa (EA) es una enfermedad mucocutánea crónica, infrecuente, heterogénea en sus formas clínicas, y con pronóstico variable. El objetivo de este trabajo es describir la incidencia, los tipos, las manifestaciones clínicas más frecuentes, las necesidades terapéuticas y la evolución de éstos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, por revisión de historias clínicas, de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de EA que han requerido ingreso en nuestro centro entre 1992 y 2006.

Resultados: Se incluye a 17 pacientes afectos de EA que generan 70 ingresos durante el período estudiado, 10 niñas y 7 niños. Todos los pacientes habían sido diagnosticados antes del tercer día de vida. La forma más frecuente es la distrófica recesiva (n = 9), seguida de la juntural (n = 5), la simple (n = 1) y la distrófica dominante (n = 1); en uno de los pacientes la biopsia no fue concluyente. Existe antecedente familiar de consanguinidad en 5 casos. La edad mediana del primer ingreso, una vez diagnosticada la enfermedad, es al año de vida (0-14). Las complicaciones clínicas más frecuentes son infecciones cutáneas (n = 14), anemia ferropénica (n = 12), retraso pondoestatural (n = 10), estenosis digestivas (n = 8), deformidades osteomusculares (n = 8) y osteopenia (n = 6). Los gérmenes aislados con más frecuencia en las lesiones cutáneas son *Staphylococcus aureus* (n = 8), *Pseudomonas aeruginosa* (n = 5), *Streptococcus pyogenes* (n = 3). Entre las complicaciones mayores destacan miocardiopatía dilatada (n = 3), glomerulonefritis rápidamente progresiva (n = 1) y carcinoma escamoso cutáneo (n = 1). Un paciente con miocardiopatía dilatada es exitus por arritmia ventricular. Las necesidades terapéuticas habituales son curas tópicas (n = 17), antibióticos intravenosos (n = 16), feroterapia (n = 12), suplementos nutricionales (n = 10), transfusiones de concentrados de hematíes (n = 9), tratamiento ortopédico y fisioterapia (n = 8), gastrostomía (n = 6), tenotomías (n = 4), tratamiento con pamidronato disódico (n = 5) y administración intravenosa de seroalbúmina (3).

Conclusiones: Dada la afectación multisistémica de esta enfermedad y las implicaciones pronósticas que puede conllevar, la EA requiere un abordaje precoz y multidisciplinar con el objetivo de disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

P910 17:45 SÍNDROME DE SWEET EN LA INFANCIA

Patricia Zardoya Santos, Silvia Souto Hernández, Teresa Molins Castiella, Ana Lavilla Oiz, Mercedes Herranz Aguirre, Marta Montes Díaz, Mónica Larrea García

Servicio de Pediatría y Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra) y Servicio de Dermatología del Hospital de Navarra, Pamplona (Navarra).

Introducción: El síndrome de Sweet, también llamado dermatitis neutrofílica febril aguda, afecta predominantemente a adultos de mediana edad, en especial a mujeres. Se ha descrito aso-

ciado a infecciones, neoplasias (principalmente hematológicas) y a enfermedades reumáticas. Nosotros aportamos un caso en una niña asociado a una infección aguda.

Caso clínico: Niña de 3 años sin antecedente de interés que acude a Urgencias por fiebre alta, decaimiento y aparición de lesiones en piel, en el contexto de una amigdalitis purulenta. *Exploración física:* mal estado general con quejido continuo. Lesiones que primero aparecieron en cuero cabelludo y se van extendiendo; redondeadas, de distinto tamaño, con borde bien definido sobrelevado y vesiculoso, centro violáceo; no son confluentes ni afectan a palmas o plantas. Resto de exploración normal. *Analítica:* 18.500 leucocitos con fórmula normal, proteína C reactiva 16,97. *Evolución:* ingresa y se realiza biopsia de piel. El cuarto día de ingreso, ante la persistencia de la fiebre alta, el malestar y el aumento del tamaño y eritema de las lesiones, se inicia tratamiento empírico con antibióticos y corticoides endovenosos, cediendo la fiebre a las 24 horas y mejorando progresivamente las lesiones. La biopsia de piel es compatible con dermatosis neutrofilica febril aguda (síndrome de Sweet). Se completa el estudio con anticuerpos antinucleares y factor reumatoide, ambos negativos. Al alta, la niña presenta buen estado general, está afebril y tiene lesiones a modo de costra.

Conclusiones: El síndrome de Sweet es infrecuente en la infancia. El diagnóstico se establece por la presencia de las lesiones, fiebre alta, malestar general y neutrofilia (tanto en sangre como en las lesiones). La biopsia confirma el diagnóstico y el tratamiento de elección son los corticoides. El diagnóstico diferencial se debe hacer con el edema agudo hemorrágico del lactante, urticaria vasculitis y eritema multiforme entre otros.

P911

17:50

MIOFIBROMATOSIS INFANTIL: REGRESIÓN DE LESIONES VISCERALES

Amalia Devesa Balmaseda, María Ángeles Requena Fernández, Carlos Paredes Cencillo, Mercedes Andrés Celma
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: La miofibromatosis infantil (MI) es un crecimiento nodular de lesiones compuestas de miofibroblastos, en piel, tejido subcutáneo, músculo, hueso y vísceras de presentación habitualmente en el recién nacido. Su incidencia real es desconocida (dado su infradiagnóstico por su pequeño tamaño y regresión frecuente). La forma más frecuente es la solitaria (74%), frente a la multicéntrica (26%), y dentro de ésta se diferencia la miofibromatosis múltiple (sin afectación visceral), y miofibromatosis generalizada (MG) (con afectación cutánea y visceral). El pronóstico está marcado por la localización: las lesiones solitarias en tejidos blandos o hueso tienen un curso benigno, con regresión frecuente en los primeros años. En cambio, en las MG, con amplia afectación visceral, existe una mortalidad del 73% en los primeros meses por las complicaciones. La actitud más recomendada es la expectante, con seguimiento estrecho, dada la frecuente regresión, reservando la cirugía para las complicaciones (obstrucción, destrucción local o compresión).

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño que actualmente tiene 13 meses, que presentó al nacimiento múltiples nódulos subcutáneos, ampliamente distribuidos en cabeza, tronco, miembros y dorso de la lengua; de tamaño variable (de mm a 2 cm), de consistencia dura-elástica, no dolorosos. La biopsia de

dos de las lesiones permitió el diagnóstico de MI, y las exploraciones complementarias revelaron afectación cerebral, con numerosas lesiones intraparenquimatosas, la mayor de 3 cm de diámetro en lóbulo parietal; lesiones osteolíticas metafisarias en fémur, húmero y cúbito; nódulos pulmonares múltiples; un nódulo subcapsular hepático; lesiones en tracto gastrointestinal (en estómago e intestino delgado); y las lesiones ya conocidas en músculo esquelético. Clínicamente, ha permanecido asintomático, sin manifestaciones neurológicas, respiratorias o digestivas y con un desarrollo completamente normal. Se mantuvo actitud expectante, observando una regresión importante de las lesiones tanto a nivel superficial como visceral (pulmón, hígado, así como en el sistema nervioso central) durante el primer año.

Conclusiones: Recordar que en la MI es importante el diagnóstico inicial y seguimiento estrecho de todos los pacientes. Remarcar que la forma generalizada tiene mal pronóstico, con mortalidad elevada debido a complicaciones como fallo cardiopulmonar, obstrucción gastrointestinal o hemorragia. Nuestro caso tiene como particularidad su excelente evolución, a pesar de la amplia afectación visceral.

P912

17:55

SÍNDROME DE CROUZON: UN CASO DE MUTACIÓN ESPORÁDICA

Elena Cascón Criado, Guadalupe Izquierdo Monte, Gema Galindo Doncel, Natalia Casillas Díaz, María Rodríguez Mesa, María Tapia Ruiz, Miriam Muñoz Díaz, Myriam Herrero Álvarez, Tania de Miguel Serrano, Mar Junco Piñeiro
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El síndrome de Crouzon es una patología genética de herencia autosómica dominante que se produce por mutaciones en el FGFR2 (receptor del factor de crecimiento fibroblástico tipo 2), caracterizado por craneosinostosis y anomalías faciales.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino fruto de la segunda gestación de una pareja sana, edad materna de 20 años y paterna de 34, sin enfermedades relevantes; hermano sano nacido 5 años antes. Embarazo y parto normal. A la exploración al nacimiento destaca facies dismórfica con: proptosis ocular bilateral, hipertelorismo, prominencia de arcos ciliares, hipoplasia malar, prognatismo, nariz picuda, filtrum corto, diastasis de suturas, fontanela anterior normotensa de 8 x 7 cm, posterior de 2 x 2 y occipucio plano; leve hipotonía axial y succión débil. Durante su ingreso presentó ictericia que no precisó fototerapia (existía incompatibilidad de grupo) e intolerancia oral que fue mejorando progresivamente. Se realizaron una serie de pruebas complementarias ante la sospecha de síndrome dismórfico con craneosinostosis: ecografía cerebral normal; serie ósea normal; RMN que mostró exoftalmos, estrabismo divergente e hipertelorismo, sin alteraciones en SNC y mielinización normal para la edad; estudio oftalmológico: exotropía restrictiva por exoftalmos y estudio genético, que mostró una mutación en el exón 10 Cys 342 Arg, no existiendo alteraciones en las muestras de ambos progenitores.

Conclusiones: El síndrome de Crouzon es una enfermedad poco frecuente (se estima una prevalencia de 16,5 por millón de nacimientos, que supone el 4,8% de todos los casos de craneosinostosis). Aunque se hereda de forma autosómica dominante, un 50% de los casos corresponden a mutaciones esporádicas, re-

presentando un papel importante en su patogenia la avanzada edad paterna. La clínica es variada, pudiendo existir complicaciones neurológicas, auditivas, oftalmológicas y esqueléticas. El tratamiento requiere una intervención multidisciplinar precoz, con la corrección quirúrgica de las anomalías craneofaciales y revisiones en oftalmología, otorrinolaringología y neuropediatría.

P913**18:00****APORTACIÓN DE 2 GEMELOS CON RETRASO MENTAL LIGADO AL X PARA EL ENFOQUE INTEGRAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL RETRASO MENTAL**

Manuel Antonio Fernández Fernández, Israel Valverde Pérez, Moisés Rodríguez González, Esperanza Cabello Cabello, Marcos Madruga Garrido, Bárbara Blanco Martínez, Miguel M. Rufo Campos

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El retraso mental es una de las principales consultas en neuropediatría con una prevalencia del 2-3%, y un predominio en varones, lo que orienta hacia su asociación al cromosoma X. Su causa más frecuente es el Sd X-fragil (15-20%) aunque hay otras muchas alteraciones genéticas. Pueden asociar epilepsia y se ha descrito la asociación de distonía en relación a alteraciones en el gen ARX.

Casos clínicos: Presentamos 2 hermanos gemelos adoptados a los 4 años de edad sin datos previos conocidos, con retraso mental desde los primeros meses de vida, distonía generalizada y crisis parciales secundariamente generalizadas. Tienen una hermana con retraso mental leve, otro hermano de diferente padre con síntomas parecidos que se ha suicidado y otro asintomático.

Comentarios: La peculiaridad de la adopción, en familias no conectadas, hizo que ambos hermanos fueran diagnosticados aisladamente de PCI con un amplio decalaje temporal. Tras una detallada historia y árbol genealógico, se pudo comprobar la relación de parentesco y realizar un estudio acorde con la clínica de los pacientes.

Conclusiones: La realización de una detallada historia clínica y una investigación profunda sobre los datos clínicos, antecedentes personales y familiares de los pacientes es imprescindible a la hora de ofrecerles una atención a la medida de sus necesidades. Así mismo, es básico el conocimiento de estos cuadros a la hora de realizar un consejo genético a las familias, dada la asociación frecuente gen ARX.I.

P914**18:05****DELECIÓN TERMINAL 11Q23: IMPORTANCIA DEL CARIOTIPO DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES DISMÓRFICOS CON RETRASO MENTAL**

Juan Morales Hernández, Inés Bueno Martínez, Enrique Galán Gómez, José M. Carbonell Pérez, Feliciano J. Ramos Fuentes

Unidad de Genética, Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza y Servicio de Genética del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: La delección terminal 11q23.3 ocasiona un patrón reconocido de malformaciones. Su incidencia se estima en 1:100.000 nacidos vivos y los principales hallazgos clínicos incluyen retraso del crecimiento, dismorfia craneofacial, anomalías cardíacas, oftalmológicas, en extremidades, trombocitopenia y retraso mental. Presentamos el caso de una paciente con sospecha diagnóstica previa de síndrome de Smith-Lemli-Opitz en quien se demostró una delección terminal de 11q23.3.

Caso clínico: Mujer de 24 años de edad que acude a la consulta de genética para valorar por retraso mental, fenotipo dismórfico y asesoramiento genético. Embarazo controlado a término, de padres sanos y no consanguíneos. Parto eutócico, apgar desconocido. El peso al nacimiento fue de 2.500 g, la longitud 47 cm, el perímetro craneal 34 cm y a la exploración física presentó dismorfia craneofacial. En la infancia se planteó como sospecha diagnóstica un síndrome de Smith-Lemli-Opitz que no fue confirmado con la determinación de los niveles séricos de colesterol o de 7-dihidrocolesterol. En la valoración actual encontramos un retraso mental, talla baja, microcefalia con trigonocefalia y dismorfia craneofacial, ptosis palpebral bilateral, labio superior fino, filtrum alargado, pabellones auriculares dismórficos y de implantación baja, micrognatia y paladar ojival, braquidactilia y clinodactilia de 4º y 5º dedos de ambas manos, hallux valgus bilateral y sindactilia del 2º y 3º dedo de ambos pies, hiperlaxitud de muñecas y codos, alteraciones oftalmológicas y septo interauricular aneurismático sin evidencia de comunicación. Se solicitaron estudios genéticos para los síndromes de Smith-Lemli-Opitz y Noonan, aún pendientes del resultado, y un cariotipo de alta resolución que resultó 46,XX,del(11)(q23), compatible con síndrome de Jacobsen.

Discusión: Resaltamos la similitud fenotípica de los pacientes con diagnóstico confirmado de síndrome de Jacobsen o de Smith-Lemli-Opitz. Desde el punto de vista genético el Smith-Lemli-Opitz es consecuencia de una mutación, autosómica recesiva, en el gen que codifica la síntesis de la enzima 7-dihidrocolesterol reductasa. Mientras, el Jacobsen corresponde a una delección cromosómica habitualmente *de novo*. En ambos su localización citogenética está situada en el brazo largo del cromosoma 11, aunque a una distancia que hace difícil pensar que se trate de síndrome de genes contiguos.

P915**18:10****RETASO PSICOMOTOR EN NIÑO INMIGRANTE DE 6 AÑOS CON CATARATA BILATERAL CONGÉNITA**

Silvia Meavilla Olivares, Rocío García García, Mireia Biosca Pàmies, Zulema Pinillos Hernández, Matilde Viñas Viña, Yanny Paola Delgado Peña, Juan Morales Hernández, María Josefa López Moreno, José Luis Olivares López, César Lorís Pablo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza y Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El síndrome de Lowe (síndrome óculo cerebro renal) es una enfermedad hereditaria extremadamente rara. Se caracteriza por anomalías oculares, retraso mental grave, alteraciones renales y facies peculiar. Casi exclusivo de varones.

Caso clínico: *Antecedentes familiares y personales:* Dos abortos espontáneos. Parto a la 28 SG. PRN: 900 g. Complicaciones neonatales: hemorragia peri-intraventricular grado II-III, hipotonía, catarata bilateral congénita (intervenido a los 7 m y a los 4 a). Hidrocefalia. Retraso psicomotor: Sostén cefálico 6 m, sedestación 18 m, deambulación 24 m. Habla retrasada. *Exploración física:* peso, talla y perímetro craneal < P3. Aspecto dismórfico. Talla baja. Hipotonía generalizada. Dolicocefalia. Cara estrecha. Nistagmus horizontal. Estrabismo. Catarata bilateral. Tumoración blanquecina en córnea derecha. Microftalmus. Hipoplasia dental. Hipotrofia de extremidades con hipoprecimiento. Torpeza motora. Afasia expresiva. Controla esfínteres en casa. Resto normal. *Historia actual:* niño de 6 a y 7/12 m, de origen rumano, que es remitido a la consulta de Neuropediatría por retraso psicomotor y diagnóstico perinatal de encefalo

falopatía grave. *Pruebas complementarias:* perfil general: colesterol 209 mg/dl, AST 80 U/L. IGF1 <2 5 ng/ml. Lactato basal 2,93 mmol/l. Gasometría: pH 7,21, CO₂H 15,3 mmol/l, E.B: -11,4 mmol/l. Fosfatasa alcalina: 577 U/L, CK 391 U/L, LDH 947 U/L. 25-OH-colecalciferol 56 ng/dl. Sedimento de orina: proteínas 296 mg/dl. Función renal: glucosuria 42 mg/24 h, proteinuria 0,79 g/24 h, fósforo en sangre 2,98 mg/dl, reabsorción tubular de fósforo 75%, aclaramiento de creatinina 73,04 ml/min, calciuria/creatinuria 0,39. Aminoácidos en sangre y orina: aminoaciduria generalizada. Rx fémur, tibia y peroné: Ensamblamiento e irregularidad metafisiaria. Arqueamiento diafisario. Edad ósea: de 3 años. Rx esqueleto: osteopenia. Hallazgos compatibles con raquitismo. Biopsia corneal: conjuntivitis crónica. *Diagnóstico:* catarata congénita, retraso mental, tubulopatía: Síndrome de Lowe. Se instaura tratamiento con fósforo, tiazidas, vitamina D y citrato potásico desapareciendo la acidosis metabólica.

Comentarios: El Síndrome de Lowe se hereda como un rasgo genético recesivo ligado a X, habiéndose identificado el locus causal del defecto genético en la región q26 (Xq25-26.1). No existe tratamiento curativo específico. Sin tratamiento suelen fallecer por daño renal progresivo o infección intercurrente en la primera década de vida.

P916

TRISSOMIA PARCIAL FAMILIAR

Sandra Mesquita, Arminda Jorge, Antonio Resende, Ricardo Costa, Sérgio Castedo

Servicio de Pediatría del Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã (Portugal) y Centro de Genética Médica y Diagnóstico Prenatal, Porto (Portugal).

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança do sexo masculino de 18 meses de idade com atraso do desenvolvimento psicomotor, fácies dismórfico (fendas palpebrais curtas, ptose palpebral, lábio superior fino, retrognatismo e pavilhões auriculares grandes), cujo estudo genético revelou uma trissomia parcial do cromossoma 8, com cariótipo 46XY,dup(8)(p11.2p21.3). A investigação genética de ambos os progenitores demonstrou tratar-se de uma transmissão directa da duplicação do segmento 8p11.2 → 8p21.3 de origem materna. A mãe apresenta um atraso mental ligeiro e as mesmas características dismórficas. Não encontramos referência na literatura a esta duplicação proximal directa do cromossoma 8p restrita às sub-bandas p11.2 → p21.3.

18:15

INFECTOLOGÍA

Sala 128 (Planta 1)

P917

ABSCESO CEREBRAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

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

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: El absceso cerebral se define como una colección purulenta localizada en parénquima cerebral. Su inciden-

cia global es de 4 casos/millón de habitantes/año, considerándose una entidad infrecuente en edad pediátrica.

Caso 1: Niño de 13 años que presenta episodio de crisis tónico-clónica generalizada junto con fiebre, cefalea, vómitos, dolor y tumefacción ocular izquierdos desde hace 5 días. *Antecedentes:* sin interés. *Exploración:* normal. Hemograma: 15.000 leucocitos/ μ L (45,9% segmentados). TC craneal: absceso epidural con área de encefalitis adyacente frontal izquierda y pansinusitis. *Evolución:* se inicia tratamiento con cetotaxima, metronidazol y vancomicina intravenosos presentando en las primeras horas nueva crisis parcial motora generalizada. En RM cerebral muestra nuevo absceso cerebral frontal izquierdo, que precisa drenaje neuroquirúrgico, completando tratamiento antibiótico durante 6 semanas, con buena evolución.

Caso 2: Niño de 5 años, presenta dos crisis convulsivas generalizadas consecutivas con afasia y hemiparesia derecha post-crítica junto con fiebre, cefalea y vómitos de 10 días de evolución, sin mejoría tras tratamiento antibiótico. *Antecedentes:* sin interés. *Exploración:* hemiparesia derecha, clonus y reflejo palmar derecho exaltado. Hemograma: 2700 leucocitos/ μ L (20% cayados, 40 % segmentados). PCR: 18 mg/dL. TC: imagen hipodensa frontal izquierda realzada con contraste y pansinusitis derecha. *Evolución:* se inicia tratamiento con cefotaxima, metronidazol y vancomicina intravenosos sin mejoría, por lo que precisa drenaje de senos y abordaje neuroquirúrgico. Completa 6 semanas de terapia antibiótica con buena evolución.

Discusión: Los abscesos cerebrales se presentan como complicaciones de procesos infecciosos, traumatismos y neuroquirúrgicos, así como cardiopatías congénitas. La localización y el agente etiológico varía en función del foco primario; en el odontógeno o sinusitis, los abscesos suelen ser frontales con estreptococos, enterobacterias, *Staphylococcus aureus* y anaerobios como agentes más frecuentes. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y el TC craneal con contraste, considerándose la RM cerebral prueba útil en el diagnóstico precoz. En el tratamiento se utilizan antibióticos intravenosos (cefalosporina 3ª generación, metronidazol y vancomicina 4-6 semanas) y drenaje de senos o abordaje neuroquirúrgico según evolución.

P918

SACROILEITIS NEUMOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés Pérez López, Antonio Marco Lliteras, Sonia Yeste González, Montserrat Pons Rodríguez, María Elodia Alemany Massia, Isidre Marimón Juan, Jordi de Otero, Emma Padilla
Fundación Hospital de Manacor, Baleares.

Caso clínico: Se trata de un niño de 4 años, sin antecedentes patológicos de interés, que ingresó por presentar desde hacía 48 horas fiebre elevada, dolor en nalga derecha y limitación funcional progresiva hasta imposibilitar la deambulacion. *Examen físico:* rechazo a la sedestación/bipedestación, cadera derecha semiflexionada e intenso dolor a la presión de la cresta iliaca y articulación sacroilíaca. Analítica: leucocitocis con neutrofilia; PCR de 5 mg/dl. RMN: pequeño derrame en articulación sacroilíaca derecha y edema en fibras profundas del músculo psoas iliaco del mismo lado. Gammagrafía: hipercaptación intensa y homogénea del radiofármaco en articulación sacroilíaca derecha. Hemocultivo: se aisló *Streptococcus pneu-*

17:20

moniae sensible a penicilina y macrólidos. Inicialmente, se pautó tratamiento empírico intravenoso con cloxacilina y cefotaxima. El tercer día de hospitalización se cambió a penicilina, al conocerse la identificación y el antibiograma del germen. Tras 7 días ingresado, se envió al domicilio con amoxicilina hasta completar 3 semanas de tratamiento. La evolución clínica fue excelente sin observarse secuelas ortopédicas durante el seguimiento.

Discusión: Consideramos interesante aportar un nuevo caso de sacroileitis neumocócica ya que revisada la literatura, solo se han encontrado 5 casos descritos en niños, ninguno de ellos referido en España. Aunque se trata de una manifestación extremadamente rara de la enfermedad neumocócica invasora, las características clínicas y radiológicas de nuestro paciente coinciden con las clásicamente descritas en las sacroileitis producidas por otras bacterias, destacando el papel de la RMN en el diagnóstico precoz en nuestro caso.

P919 17:25 INTERNAMENTO POR PNEUMONIA- REVISÃO DE 6 ANOS

Mafalda Sampaio, Otilia Cunha, Isabel Loureiro, Laura Soares, Virgínia Monteiro, Miguel Costa, Arménia Oliveira
Hospital de São Miguel, Oliveira de Azeméis (Portugal).

Introdução: As pneumonias adquiridas na comunidade são uma causa frequente de morbidade em idade pediátrica. O diagnóstico baseia-se na clínica e imagem radiológica. A escolha do antibiótico é geralmente empírica.

Objetivo: Avaliar a prevalência da pneumonia adquirida na comunidade, a sua forma de apresentação e a eficácia da terapêutica instituída nas crianças internadas no serviço de Pediatria do Hospital de São Miguel.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças internadas com o diagnóstico de pneumonia, no período de 1 de Janeiro de 2001 a 31 de Dezembro de 2006. Foram incluídas as crianças com idade superior a 3 meses e inferior a 15 anos. Foram excluídas as crianças com história de internamentos nos 30 dias anteriores à admissão. Analisaram-se os seguintes parâmetros: identificação, motivo de internamento, manifestações clínicas, alterações no exame físico, exames complementares de diagnóstico, terapêutica, evolução e duração do internamento.

Resultados: Foram internadas 219 crianças com diagnóstico de pneumonia, 62% do sexo masculino e com uma idade média de 3,5 anos. Verificou-se um predomínio de internamentos no Inverno e Primavera (66% dos casos). Os motivos de internamento foram: a dispneia (33%), o mau estado geral (29%), a má resposta a antibioterapia prévia (21%) e os vômitos (19%). As manifestações clínicas mais frequentemente observadas foram a febre (96%), a tosse (83%), a dispneia (30%) e a toracalgia (15%). No exame físico, verificou-se alteração do estado geral em 48% das crianças, sinais de dificuldade respiratória em 40%, crepitações em 65% e diminuição do murmúrio vesicular em 45%. Em 99% dos casos constatou-se aumento dos marcadores de fase aguda. A hemocultura revelou-se positiva em 6,4% dos casos. A imagem radiológica prevalente foi a condensação lobar (64%). A

ampicilina foi o antibiótico mais frequentemente utilizado (66%).

Comentários: A pneumonia continua a ser uma causa frequente de internamento em idade pediátrica, apesar da implementação de medidas de prevenção. Neste estudo, não se constatou mortalidade e as complicações foram raras, o que demonstra a eficácia da terapêutica instituída. A ampicilina foi eficaz na maioria dos casos, devendo continuar a ser considerada antibiótico de primeira escolha no tratamento das pneumonias adquiridas na comunidade em crianças previamente saudáveis.

P920 17:30 PIOMIOSITIS: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 7 CASOS

Daniel Clemente Garulo

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

Antecedentes: Se denomina piomiositis a la infección bacteriana del músculo estriado. Es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio (la mayoría de los casos se registran en áreas tropicales) pero que origina una morbimortalidad importante y estancias hospitalarias prolongadas.

Objetivo: Descripción de las características de la piomiositis en pacientes pediátricos.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo realizado en pacientes con piomiositis. Mediante la revisión de historias clínicas se obtuvieron los datos referentes a características epidemiológicas de los pacientes, la localización de la infección, los factores de riesgo asociados, el tratamiento recibido y la evolución posterior.

Resultados: Se identificaron 7 pacientes diagnosticados de piomiositis, de edades comprendidas entre los 16 meses y 14 años, 5 de ellos varones. Las lesiones se localizaron en las extremidades inferiores en 5 pacientes (71,4%). Se realizaron hemocultivos en todos los pacientes, resultando 3 de ellos positivos (2 *Staphylococcus aureus* y 1 *Streptococcus pyogenes*). En dos casos se realizaron técnicas diagnósticas invasivas (punción del absceso o cirugía). Se identificó antecedente de traumatismo como posible causa desencadenante en 3 pacientes (42,9%). Ningún paciente estaba inmunodeprimido ni presentaba otros factores de riesgo conocidos. En cuatro casos (57,1%) aparecieron complicaciones (2 artritis séptica, 1 sacroileitis, 1 osteomielitis). No falleció ningún paciente. Todos recibieron antibioterapia intravenosa durante al menos 9 días, continuándose el tratamiento antibiótico por vía oral durante un mínimo de 2 semanas más. La cloxacilina fue empleada en todos los pacientes, de forma exclusiva (1) o asociada a cefotaxima (5 pacientes) o gentamicina (1). En 2 casos (28,6%) fue requerida la realización de un drenaje quirúrgico. La estancia media fue de 13,9 días, con un rango entre 10 y 18 días. No hubo recidivas en el seguimiento posterior de los pacientes.

Conclusión: La prevalencia de piomiositis es baja, pero no excepcional. Puede aparecer en pacientes con antecedentes de traumatismos previos, pero pueden no existir factores de riesgo para la enfermedad. La sospecha diagnóstica y el tratamiento precoz son fundamentales para lograr una buena evolución.

P921 17:35

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA POR BRUCELOSIS

Manuel Mendoza Jiménez, Cristina Pérez Aragón, Sebastián Quintero Otero, Arturo Hernández González, María Jesús Salado Reyes, María Teresa Benavides Medina, Isabel Benavente Fernández

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La brucelosis es una zoonosis de carácter endémico producida por bacterias del género *Brucella*. La brucelosis humana sigue una distribución geográfica, siendo nuestro medio una zona de elevada incidencia. Se calcula que el número de casos contabilizados es de 2 a 3 veces menor a la incidencia real, debido en parte a sus múltiples formas de presentación clínica (incluso asintomáticas). A pesar de esta elevada incidencia, es muy infrecuente su presentación como fallo hepático agudo.

Caso clínico: Niño de 10 años de edad que remiten a nuestro hospital por fiebre de 13 días de evolución. Al inicio del cuadro se aprecian lesiones cutáneas que la madre relaciona con picaduras de pulgas. AP: no refiere ingesta de setas ni derivados lácteos no controlados. Exploración al ingreso: REG, ictericia cutáneo-mucosa, Abdomen globuloso, hepatomegalia de 3 cm, dolorosa a la palpación. Tendencia al sueño, sin focalidad neurológica. Analítica al ingreso: hemograma: Hb 9,5 g/dl, Hto 29%, 4.920 L (72% N, 24% L) 54.000 plaquetas. Bioquímica: urea 62; creat. 0,6; p. totales 4,9; GOT 243; GPT 97; LDH 932; bil. total 8,2; bil. conj. 5,3; PCR 7. Coagulación: AP 23%. Tiempo cefalina: no coagula; INR 3,2; fibrinógeno: no coagula. Vía intrínseca F.VIII 70%; F. IX 23%; F.XI 52%; F. XII 37%. Vía extrínseca F.II 14%; F.V 60%; F.VII 31%; F.X 15% (valores normales 50-200%). Ante este cuadro clínico se realiza el diagnóstico diferencial entre procesos infecciosos, tumorales, tóxicos y otros. Se inicia tratamiento antibiótico, transfusión de hemoderivados, y tratamiento del fallo hepático. Presenta evolución favorable, con traslado a planta de hospitalización tras 11 días. Se obtienen aglutinaciones a *Brucella* con títulos positivos, y posteriormente hemocultivo positivo. Posteriormente reconoce el consumo de leche de cabra sin pasteurizar.

Conclusiones: La brucelosis es relativamente frecuente en nuestro medio, posiblemente infradiagnosticada, con múltiples presentaciones clínicas. La historia clínica es fundamental para el diagnóstico, insistiendo en el consumo de productos lácteos. Destacamos la infrecuente presentación en forma de fallo hepático, situación clínica en la que raramente se piensa en la brucelosis como agente causal.

P922 17:40

COMPLICACIONES SUPURATIVAS NO HABITUALES DE FOCO OTORRINOLARINGOLÓGICO

Javiera Francisca Hurtado Díaz, Andrea Táboas Pereira, Mónica Mantecón Ruiz, María Paz Vior Álvarez, Yolanda Pérez Saldeño, Patricia Pernas Gómez, María Carmen García Barreiro, Celia M. Rodríguez Rodríguez, Susana Rey García, Federico Martínón Sánchez

Servicio de Pediatría del Hospital Materno-Infantil del Complejo Hospitalario de Ourense.

Antecedentes y justificación: La mayor parte de las infecciones pediátricas se asientan en el área ORL, requiriendo ocasio-

nalmente la asistencia multidisciplinar. Tres casos inhabituales por su expresión y evolución justifican este aporte.

Caso 1: Varón de 7 años, con aumento de volumen mesofacial y diagnóstico previo de sinusitis (2 días con antibiótico). **Exploración:** inflamación de párpados que impide apertura ocular. **Analítica:** leucocitosis y neutrofilia; Reactantes de fase aguda elevados. Rx de senos: ocupación de senos maxilares y celdillas etmoidales anteriores y presencia de nivel hidroaéreo en senos frontales. TAC sin patología intracraneal. **Diagnóstico:** celulitis orbitaria secundaria a sinusitis. **Tratamiento:** cloxacilina, cefotaxima y corticoides con evolución favorable aparente hasta el 6º día en que evidencia inflamación del área frontal y cefalea; TAC de senos: fractura de la tabla externa del seno frontal y drenaje espontáneo al plano subcutáneo. **Diagnóstico:** sinusitis frontal abscesificada o tumor de Pott's. Precisa drenaje quirúrgico y 21 días de antibióticos.

Caso 2: Lactante de 20 meses con fiebre, diagnosticada de amigdalitis (3 días con antibiótico) que sufre inflamación aguda retroauricular. **Exploración:** tumefacción eritematosa fluctuante que desplaza el pabellón auricular hacia anterior. **Analítica de sangre:** leucocitosis y neutrofilia. **TAC craneal:** ocupación bilateral de celdillas etmoidales y mastoides, con absceso retroauricular drcho. **Diagnóstico:** mastoiditis bilateral abscesificada. Precisa drenaje y antibióticos durante 21 días.

Caso 3: Niña de 21 meses con 5 episodios de celulitis preseptal izqda en 4 meses, presentando tumefacción palpebral aislada. En todos los casos, leucocitosis, neutrofilia y VSG elevada. Se aíslan gérmenes en 2 ocasiones: *S. coagulasa* (-) y *H. influenzae*. Rx de senos: ocupación de celdillas etmoidales anteriores, confirmado con TAC. Buena respuesta a antibióticos en todos los casos. La resección quirúrgica de la bulla etmoidal y del proceso uncinado busca evitar recaídas.

Conclusión: Las complicaciones supurativas en infecciones ORL son infrecuentes, pero han de ser consideradas para su diagnóstico precoz, como demuestran nuestras observaciones: Un tumor de Pott's, de carácter excepcional, una mastoiditis abscesificada que además de antibióticos precisa tratamiento quirúrgico y una celulitis preseptal recurrente que, así mismo, impone intervención correctora.

P923 17:45

NEUMONÍA NECROTIZANTE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Marta Barrios López, Adela Alcolea Medina, Rocío Casado Picón, Sagrario Negreira Uceda, Pablo Rojo Conejo, Fernando Chaves

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: En los últimos años se ha observado un incremento de las infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina adquirido en la comunidad (SARM-CA) en otros países. Presentamos el primer caso publicado en España de neumonía por SARM-CA en un niño sin factores de riesgo conocidos.

Caso clínico: Niño de 2 años y 4 meses acude a urgencias por decaimiento, aparición de fiebre (39 °C), dolor en espalda y hombro derecho en las últimas horas.

No antecedentes personales ni familiares de interés. *Exploración física*: marcada afectación del estado general y dificultad respiratoria moderada. Auscultación pulmonar: hipoventilación y soplo tubárico en hemitórax derecho. Temperatura: 38,7 °C, frecuencia respiratoria: 40 rpm, SO₂: 90%. *Pruebas complementarias*: hemograma: 8.670 leucocitos/ml (21% segmentados, 36% cayados), PCR: 34,37 mg/dl. Radiografía de tórax PA: consolidación pulmonar derecha con derrame pleural. Ecografía torácica: derrame pleural > 2 cm, tabicado, de ecogenicidad aumentada. Ingresa con el diagnóstico de neumonía complicada con derrame pleural. Se inicia tratamiento con cefotaxima y vancomicina intravenosos.

Evolución: En el cultivo del líquido pleural se aísla *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SARM) portador de Leucocidina de Pantón-Valentine y del gen mecA. Estudio de portadores en paciente y familiares: negativo. En TAC torácico: consolidación pulmonar con neumatoceles y engrosamiento pleural. Tras 32 días de hospitalización con evolución clínica favorable fue dado de alta sin tratamiento antibiótico.

Comentarios: Este caso presenta las características típicas de neumonía por *S aureus* y alerta de la posible emergencia en España de SARM-CA como causa de neumonía, así como de la necesidad de considerar el uso de vancomicina en el tratamiento empírico inicial de niños con neumonía grave complicada con empiema en comunidades con alta prevalencia de infecciones por SARM- CA.

P924 17:50 ¿ES ÚTIL EL TRATAMIENTO BRONCODILATADOR EN LAS BRONQUIOLITIS?

María del Mar Santos Sebastián, María Hernando Puente, Ana Berroya Gómez, Estíbaliz Barredo Valderrama, Sara Zarzoso Fernández, Bibiana Riaño Méndez, Elena Cidoncha Escobar, Marta Botrán Prieto, Vicente Climent Riera, Rosa Rodríguez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El tratamiento broncodilatador en las bronquiolitis es muy controvertido. Tanto los beta adrenérgicos como los alfa adrenérgicos demuestran en la literatura mejorías clínicas poco significativas, a pesar de su uso habitual. El objetivo de nuestro estudio es valorar la respuesta a dicho tratamiento durante el período epidémico VRS así como comparar la eficacia de ambas terapias.

Método: Estudio prospectivo observacional longitudinal en el que se mide la respuesta a broncodilatadores (salbutamol vs. adrenalina) según un score clínico validado, durante las primeras 24 horas del ingreso. La elección del tratamiento dependía del médico que realizaba el ingreso, según el protocolo establecido de manejo de bronquiolitis. Los datos se analizan mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se estudió un total de 54 niños ingresado en nuestro hospital con el diagnóstico de bronquiolitis, 28 por VRS. Antes del tratamiento el valor medio del score de Wood-Downes es de 5,5, después del tratamiento de 4,59 ($p < 0,001$). En 34 niños el score mejoró, en 8 empeoró y en 12 no se modificó. Cuando se estratifica por gravedad en leve, moderado y grave ambas terapias demuestran mejorías significativas en los tres grupos ($p < 0,004$). La frecuencia respiratoria es el parámetro que más se modifica tras el tratamiento broncodilatador (media an-

tes del tratamiento de 46,29 rpm, después 44,1 ($p < 0,045$)). El score mejora siempre tras la administración de cualquiera de los dos tratamientos, pero cuando se comparan ambos; las diferencias no son estadísticamente significativas ($p < 0,08$). Según el agente causal tanto las bronquiolitis debidas al VRS como las causadas por otros virus responden igual al tratamiento broncodilatador, sin que existan diferencias con significación estadística.

Conclusiones: Tanto el tratamiento broncodilatador con adrenalina como con salbutamol mejoran el score clínico en el primer día del ingreso. La adrenalina muestra mayor mejoría aunque carezca de significación estadística, probablemente en relación con el tamaño muestral. Se necesitan más estudios que incluyan más pacientes para demostrar esta tendencia. En nuestra muestra a diferencia de otros autores el salbutamol también mejora el score clínico en las primeras 24 horas del ingreso independientemente del agente causal.

P925 17:55 MONONUCLEOSIS INFECCIOSA Y RESPUESTA INMUNOLÓGICA FRENTE AL VIRUS DE EPSTEIN-BARR

Irene Maté Cano, Helena Carbajosa Moreno, Isabel Jiménez López, Jesús Ruiz Contreras

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Como objetivo principal nos planteamos analizar las alteraciones inmunológicas secundarias a la infección por el virus de Epstein-Barr.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo. Se seleccionó a 22 niños que acudieron a la consulta de inmunodeficiencias de nuestro hospital con un diagnóstico previo de mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr y se recogieron datos sobre la evolución de su clínica, hemograma, bioquímica sanguínea básica y un estudio inmunológico completo, con cuantificación de inmunoglobulinas, subpoblaciones linfocitarias y respuesta a mitógenos y antígenos. En 6 de los pacientes se repitió en estudio inmunológico al mes de la primera visita, a fin de valorar la evolución de las eventuales alteraciones inmunológicas. Se realizó una base de datos en Microsoft® Access y se realizó el análisis estadístico usando el programa SASS.

Resultados: Disponíamos de determinación de Igs de 19 pacientes, así un 47% de los niños tenía valores elevados para la edad de IgM. Un 63% de los niños tenía valores elevados de IgA y un 63% de IgG total. En 6 de los pacientes se realizó un segundo estudio inmunológico; en él se evidenció un descenso progresivo de los valores de todas las inmunoglobulinas hacia la normalización. Analizando los valores medios de subpoblaciones linfocitarias, se observó un aumento la subpoblación CD21, CD3, CD8, CD57 y CD16 y un descenso la subpoblación CD4, con inversión del CD4/CD8 en las fases iniciales de la infección, que tendió a la normalización al repetir los estudios. Se observó un descenso de la respuesta a mitógenos (lecitinas (*Fitohemaglutinina (PHA)*, *Pokeweed (PWM)* y *Concavalamina (Con A)*); respuesta a antígenos: *enterotoxinas A y C1*, respuesta a anticuerpos anti-CD3 (OKT3), que en las muestras siguientes se había normalizado.

Conclusiones: Tras la infección por el virus de Epstein-Barr se produce una inmunodeficiencia secundaria transitoria. A nivel humoral aparece hipergammaglobulinemia, trastornos en la función de los anticuerpos y fenómenos autoinmunes. La inmunidad humoral se altera al modificarse la distribución normal de sus poblaciones y, fundamentalmente, por la aparición de una anergia de los linfocitos T, también de tipo transitoria.

P926 18:00 SÍNDROME MONONUCLEÓSICO EN LA INFANCIA: VALOR DE LOS ANTICUERPOS HETERÓFILOS EN EL DIAGNÓSTICO

Daniel Blázquez Gamero, Begoña Santiago García,
Cecilia Paredes Mercado, Esther Aleo Luján
Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El síndrome mononucleósico está producido por el VEB (virus de Epstein Barr) en la mayoría de los casos, aunque puede ser ocasionado por otras etiologías como el CMV, toxoplasma, adenovirus, VHH 6 y el VIH. Las pruebas de detección en plasma de anticuerpos heterófilos frente al VEB son ampliamente utilizadas para el diagnóstico del síndrome mononucleósico ya que resultan sencillas y rápidas de realizar.

Objetivos: Estudio etiológico del síndrome mononucleósico y valoración de la utilidad de los anticuerpos heterófilos para el diagnóstico en la infancia.

Material y métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva las historias de 47 pacientes menores de 18 años (media: 6,7 años, mediana: 4 años) que acudieron a nuestro servicio de urgencias con un cuadro clínico compatible con un síndrome mononucleósico (fiebre, adenopatías laterocervicales y hepato/esplenomegalia). Se realizó el test para la detección de los anticuerpos heterófilos en la infección por VEB (mediante Test Microgen) en 44 casos, y serologías para VEB (anticuerpos VCA IgM e IgG y anti EBNA IgG), CMV y toxoplasma en 29 pacientes.

Resultados: Se alcanzó un diagnóstico etiológico mediante serologías en 14 pacientes: 7 casos por VEB (50%), 4 por CMV (28%) y 3 por toxoplasma (22%), con edades medias de 5,7, 4 y 1,5 años, respectivamente. Otros 10 pacientes fueron diagnosticados de probable síndrome mononucleósico por VEB con detección de Ac. heterófilos positiva. En 26 niños se realizó tanto la detección de anticuerpos heterófilos (Test Microgen) como las serologías para el VEB. La sensibilidad y especificidad global de la detección de anticuerpos heterófilos (comparada con las serologías) fue de un 42 y de un 68%, respectivamente, presentando en 4 casos (15%) falsos negativos y en 6 casos (23%) falsos positivos. El 100% de los falsos negativos y el 67% de los falsos positivos (4) se produjeron en menores de 5 años. Ninguno de los falsos positivos se relacionó con una infección por CMV o toxoplasma.

Conclusiones: En nuestro estudio la detección de anticuerpos heterófilos en el síndrome mononucleósico por VEB tiene una escasa sensibilidad y especificidad, especialmente en los menores de 5 años de edad, por lo que se debe valorar la realización de serologías si existe una fuerte sospecha clínica.

P927 18:05 VALOR DEL TEST RÁPIDO DE ESTREPTOCOCO EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

Miriam Muñoz Díaz, Daniel Blázquez Gamero, Natalia Casillas Díaz, Celia Gil López

Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Antecedentes y objetivos: La faringoamigdalitis aguda es una causa muy frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. La prescripción antibiótica inadecuada ha conllevado un crecimiento exponencial de la resistencia del *Streptococcus pyogenes* a los macrólidos. Hasta la fecha, no se han documentado resistencias a la penicilina. Los objetivos del estudio son: 1) Valorar la utilidad del test rápido de detección antigénica del estreptococo ante las faringoamigdalitis agudas de etiología dudosa. 2) Conocer los hábitos de prescripción antibiótica en nuestro servicio de urgencias. 3) Valorar la sensibilidad antibiótica del *Streptococcus pyogenes* en nuestro medio.

Métodos: Se han revisado 182 informes del servicio de Urgencias de pacientes a los que se les solicitó test rápido de detección antigénica frente al *S. pyogenes*. Se ha recogido una serie de variables en relación con síntomas, signos, resultado del test y del cultivo de exudado faríngeo, tratamiento prescrito y sensibilidad del *S. pyogenes* en el antibiograma.

Resultados: El mayor número de tests diagnósticos se solicitó en el grupo en torno a los 3 años de edad. Coincidiendo con lo descrito en la literatura, se encuentra un aumento porcentual en la positividad para *S. pyogenes* como agente causal en este grupo etario. La sensibilidad y especificidad del test en la práctica clínica (91,30 y 93,07%, respectivamente) utilizando el cultivo de exudado faríngeo como patrón de referencia, coincide con la esperada. Ningún síntoma aislado se muestra útil como predictor clínico de faringoamigdalitis estreptocócica. La existencia de exantema escarlatiniforme se relaciona de forma estadísticamente significativa con etiología bacteriana ($p < 0,05$), no así la presencia de exudado faríngeo ni adenopatías. Los antibióticos prescritos son penicilina (71,7%) y amoxicilina (19,5%). Los antibióticos del grupo de los macrólidos (en total 6,5%) se prescribieron en casos de alergia a betalactámicos. La resistencia a la eritromicina asciende al 17,4%. La sensibilidad a la penicilina es el 100%.

Conclusiones: La elevada especificidad y sensibilidad del test de detección antigénica lo convierten en un método rápido y fiable para el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica. La prescripción antibiótica, cuando se precisa, es adecuada en nuestro servicio. La sensibilidad a la penicilina sigue siendo del 100%.

P928 18:10 PROTECCIÓN CONTRA LA GRIPE EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES HIJOS DE MADRES QUE RECIBIERON VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL DURANTE EL EMBARAZO

Sergio José Quevedo Teruel, M. Mercedes Bueno Campaña,
Gloria Rodrigo García, Sara Jimeno Ruiz, Miguel Ángel Martínez
Granero, José Francisco Valverde Cánovas

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

Introducción: Actualmente, en EEUU se recomienda vacunación anual contra la gripe en niños entre 6 y 23 meses. No exis-

te vacuna aprobada para menores de 6 meses. La vacunación de la madre en el 3º trimestre es segura con el doble beneficio potencial de proteger a madre e hijo. En la temporada 2005-2006 se introdujo en España la embarazada entre los grupos de riesgo que debían recibir vacunación.

Objetivo: Medir la eficacia que la vacunación contra la gripe en la embarazada en el 3º trimestre tendría en la prevención de la gripe en su hijo menor de 6 meses.

Material y métodos: Estudio prospectivo en mujeres que dieron a luz en las Áreas 8 y 9 de la Comunidad de Madrid entre el 1-11-05 al 31-1-06. Se siguió a sus recién nacidos (RN) hasta el 30-04-06 mediante llamadas quincenales, concertando una visita para la toma de muestra de aspirado nasofaríngeo cuando la sintomatología sugiriera infección por virus de la gripe según criterios previamente establecidos. El diagnóstico de gripe se realizó mediante inmunocromatografía y posteriormente reacción en cadena de polimerasa (PCR) en las muestras de aspirado nasofaríngeo.

Resultados: Se reclutaron 316 RN, el 48,4% del área 8 y el 51,6% del área 9, siendo el 51,3% varones. La edad gestacional media fue 39 + 3 semanas. Preciso ingreso en Neonatos un 4,4%, siendo el motivo mas frecuente el riesgo de infección (4/12). El seguimiento se completó en el 93,1% de los casos, siendo la causa mas frecuente de perdida no contestar a las visitas programadas (11/22). En el 58,2% de los casos se trataba del primer hijo, siendo el 6,6% el 3º hijo. Se vacunó de gripe el 5,7% de las madres. Se realizaron 1.865 llamadas telefónicas y 106 visitas por enfermedad, recogiendo muestra de aspirado nasofaríngeo en 95 ocasiones. Se realizó una media de 4 llamadas por niño. El Ag de gripe fue positivo en 2 ocasiones, realizándose PCR sólo en una de ellas, resultando negativa para virus *Influenza*. En ninguno de los 2 sus madres recibieron vacunación contra la gripe.

Conclusiones: La incidencia de gripe en los lactantes menores de 6 meses seguidos en nuestro estudio fue nula. No se pueden extraer conclusiones sobre la influencia de la vacunación materna sobre la gripe en el menor de 6 meses dado el bajo número de mujeres que se vacunaron, y la escasa tasa global de gripe de esa temporada. Cabría resaltar la necesidad de una mejor información por parte de sanitarios para que un mayor número de mujeres embarazadas fueran vacunadas.

P929

FARINGOAMIGDALITIS DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE

Carlos A. Marcos Córdoba, Pedro Juan Jiménez Parrilla, María José Carbonero de Celis, Francisco Freire Domínguez, Mercedes Losana Ruiz, José González Hachero

Unidad de Urgencias Pediátricas de la Sección de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: La angina de P. Vincent es un proceso inflamatorio, necrótico, afecta a bordes gingivales y orofaringe, produciendo sangrado, a veces con pérdida de piezas dentarias, y lesiones ulceradas en amígdala faríngea, predominio unilateral, con exudado amarillento, halitosis; en ocasiones aparecen unas pseudomembranas grisáceas sobre las lesiones, que sangran fácilmente; causada por numerosos gérmenes (asociación fuso espirilar), potenciada por mala higiene bucal, y responde a tratamiento antibiótico. Debido a su baja incidencia decidimos presentar este caso.

Métodos: Niña de 13 años de edad que consulta por odinofagia intensa y sensación de cuerpo extraño de tres días de evolución. Bien vacunada, sin alergias conocidas, se reconoce fumadora desde hace unos meses. La exploración refleja un buen estado general, febrícula, quejumbrosa. Se palpa pequeña adenopatía submaxilar izquierda, algo dolorosa. En la exploración faríngea se visualiza en polo superior de amígdala izquierda, una llamativa úlcera de 2 x 3 cm de diámetro con exudado blanquecino en sus bordes. Resto exploración sin datos patológicos. Con sospecha de angina de Vincent, se realiza hemograma, bioquímica, PCR –valores normales– con frotis y cultivo faríngeo para diagnóstico definitivo. Informe de microbiología: tinción de gram en muestra de exudado faríngeo: numerosas bacterias fusiformes y espiroquetas, compatibles con el diagnóstico de A. de Vincent. Posterior exudado de control: flora normal. Se pauta antibioterapia y se cita en días.

Resultados: Tras tratamiento con analgesia y antibioterapia vía oral durante 15 días (espiramicina y metronidazol), acude a cita concertada presentando clara mejoría clínica. Refleja buen estado general, continúa con adenopatía submandibular izquierda, no dolorosa en la actualidad, faringe normocoloreada, cripta amigdalares en resolución, persistiendo el exudado. Resto sin hallazgos. Se completa ciclo terapéutico y en nuevo control evolución favorable, resolviéndose la úlcera amigdalares.

Conclusión: La angina pseudomembranosa, gingivitis necrotizante, es una rara infección que afecta típicamente a adolescentes, producida por anaerobios (fusobacterias) y espiroquetas, necesita para diagnóstico cultivo de exudado amigdalares. Responde muy bien al tratamiento con espiramicina y metronidazol, además de una buena higiene bucal y evitando factores de riesgo como tabaquismo, estrés y mala alimentación, tan a la orden del día en esta época.

P930

MIOPATÍA POR VIH EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Vanessa Bonil Martínez, Pere Soler Palacín, Mireia del Toro Riera, Manuel Roig Quilis, Concepción Figueras Nadal

Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La miopatía por VIH es una entidad poco frecuente en adultos, siendo excepcional en la edad pediátrica. Su presentación es independiente del estado de inmunosupresión, pudiendo aparecer en todos los estadios de la enfermedad e incluso ser su primera manifestación. De patogenia desconocida, se cuestiona un posible mecanismo inmune mediado por macrófagos y toxicidad por citocinas y/o un componente antigénico. Suele presentarse en forma de debilidad muscular proximal y simétrica de cintura escapular y pélvica y elevación de CPK séricas. Para su diagnóstico son útiles el EMG, la RMN y la biopsia muscular. Su tratamiento, no bien estandarizado, se basa en corticoides o gammaglobulinas.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 14 años de edad con infección por VIH de transmisión vertical diagnosticada a los 5 años de edad. Ha recibido múltiples regímenes antiretrovirales sin presentar infecciones oportunistas ni otras complicaciones de interés. En la actualidad presenta una carga viral de 340 copias RNA/mL y CD4 totales de 401/mm³ (19%). No ha recibido AZT en los últimos 4 años. En los últimos 3 meses inicia cuadro de debilidad muscular bilateral y simétrica principalmente de cintura escapular y pérdida de masa muscular de pre-

18:15

18:20

dominio en deltoides con elevación de CPK séricas (máximo 537 UI/L). Se realiza RMN compatible con miositis, EMG con patrón miopático y biopsia muscular bicipital con patrón de denervación. Se descartan causas secundarias de miopatía mediante las correspondientes exploraciones complementarias. Se inicia tratamiento con corticoides (1 mg/kg/día) y rehabilitación motora durante 2 meses con mejoría clínica subjetiva de EESS; sin embargo, aparecen importantes efectos secundarios y la RMN de control muestra una pérdida de masa muscular en la mayoría de territorios musculares, sobre todo en EEII.

Conclusiones: La miopatía es una complicación neuromuscular rara en la infección por VIH que puede presentarse en la edad pediátrica. Su causa más frecuente es el propio VIH. Es frecuente la coexistencia de un patrón miopático y neuropático en diferentes grupos musculares. La RMN, el EMG y la biopsia muscular son las pruebas de elección para su diagnóstico y para descartar otras etiologías. Debido a su probable patogenia inmune, la corticoterapia puede ser de utilidad en ciertos casos, debiéndose controlar la aparición de efectos secundarios.

P931 18:25 NEUMOTÓRAX Y NEUMOMEDIASTINO CAUSADO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Alfonso Amado Puentes, María Luisa González Durán, Manuel Ortiz Pallarés, José Luis Vázquez Castelo, José Ignacio Vázquez Lima, Alfredo Reparaz Romero, Domingo González Lestón, José Luis Chamorro Martín, Lourdes Rey Cordo, Fernando Mejjide del Río

Servicio de Pediatría y Servicio de Radiología y MEDTEC del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, (Pontevedra).

Introducción: Los micoplasmas son los microorganismos más pequeños de vida libre. Son pleomórficos y carecen de pared celular, lo que los hace insensibles a los beta-lactámicos y a la tinción por el método de Gram. Producen varios tipos de infecciones respiratorias y urogenitales, de las que la neumonía comunitaria por *Mycoplasma pneumoniae* es la más conocida, afectando principalmente a niños entre 5 y 15 años y a poblaciones institucionalizadas. Ocasionalmente pueden producir manifestaciones extrapulmonares y, excepcionalmente, neumotórax.

Caso clínico: Niña de 3 años con cuadro de 48 horas de evolución de fiebre, odinofagia y disnea progresiva. *Antecedentes personales:* pretérmino 35 semanas, taquipnea transitoria. En la exploración destaca: T³ 38,2 °C, FC 185 lpm, TA 75/40 mmHg, FR 60 rpm, Sat. O₂ 70%, afectación severa del estado general, obnubilación, palidez y mala perfusión; severo trabajo respiratorio con taquipnea, tiraje, aleteo nasal, bamboleo abdominal y quejido. Auscultación pulmonar: hipoventilación y estertores diseminados. *Exploraciones complementarias:* hemograma: 8.020 leucocitos (73% PMN), Hb 10,4 g/dl, Hto 30%; bioquímica y coagulación dentro de la normalidad; procalcitonina: 12,26 ng/ml; PCR 120 mg/l; inmunoglobulinas normales; Rx tórax: neumotórax a tensión derecho, con atelectasia masiva del pulmón ipsilateral, desplazamiento contralateral del pulmón izquierdo atelectásico, neumomediastino, enfisema subcutáneo. TAC pulmonar con contraste (a las 48 h del ingreso): neumomediastino, neumotórax derecho, afectación parenquimatosa de ambos lóbulos inferiores, cardiomegalia, y derrame pleural bilateral; ecocardiografía: hipertensión pulmonar moderada; EMG:

patrón compatible con miopatía del enfermo crítico; serología IgM *M. pneumoniae* positiva. Preciso ventilación mecánica durante 13 días, óxido nítrico, soporte inotrópico, antibioterapia (imipenem, vancomicina y eritromicina), corticoides parenterales y tratamiento rehabilitador. Evolución lentamente favorable, con resolución del proceso respiratorio, persistiendo al alta debilidad muscular generalizada atribuida a miopatía del enfermo crítico.

Conclusiones: Aunque las infecciones por *M. pneumoniae* suelen tener un curso clínico benigno, excepcionalmente pueden producir cuadros de extrema gravedad. En la literatura hemos encontrado escasas referencias a la asociación con neumomediastino y neumotórax.

PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Sala 129 (Planta 1) P932

17:15

HIPERFOSFATASEMIA TRANSITORIA BENIGNA DE LA INFANCIA

Soiartze Ortuzar Yandiola, María Madera Barriga, Beatriz Rodríguez Pérez, Intzane Ocio Ocio, Elena Goicoechea Manso, Concepción Salado Marín, Juan I. Montiano Jorge, M. Elena García Ojeda, Idoia Martínez, Eva Tato Eguren
Hospital Txagorritxu, Vitoria (Alava).

Introducción: La hiperfosfatemia transitoria de la infancia (HTI), descrita en 1954 por Bach, es una entidad benigna que se caracteriza por la elevación importante de los niveles de fosfatasa alcalina (FA) en ausencia de signos y síntomas de patología ósea o hepática, de carácter transitorio y sin secuelas posteriores. Puede aparecer tanto en niños sanos como con sintomatología inespecífica (retraso ponderal, alteraciones gastrointestinales, respiratorias, urinarias o neurológicas). En 1985 Kraut et al propusieron 6 criterios de orientación diagnóstica: edad < 5 años, sintomatología variable, ausencia de enfermedad y alteraciones óseas y/o hepáticas, aumento de ambas isoenzimas, y normalización de FA en 4 meses. La etiopatogenia es desconocida aunque se han sugerido diferentes etiologías.

Caso clínico: Niña de 19 meses que es remitida para estudio por vómitos ocasionales de un mes de evolución y deposiciones blandas y malolientes. No ganancia ponderal en las últimas semanas. Inicialmente se relacionó con la ingesta de unos cereales que contenían frutos secos. Entre los *antecedentes personales* destacar: prematuridad de 33 S y CIR tipo 2. Bronquitis de repetición en el primer año de vida. *Antecedentes familiares* de atopía. *Exploración física:* peso: 8.650 g (p < 3), talla: 77,5 cm (p. 10), exploración normal por sistemas y aparatos. Se realiza estudio orientado: pruebas alérgicas a alimentos negativa, pH metría normal, estudio de heces normal, analítica de sangre con normalidad de las tres series destacando en la bioquímica FA: 7996 U/L con elevación de ambas isoenzimas, resto de pará-

metros normales, incluida la antitransglutaminasa. Mejoría progresiva y normalización clínica en 4 semanas. Ganancia ponderal adecuada posteriormente.

Comentarios: Destacar el carácter benigno de esta entidad y la relativa frecuencia con que se presenta en la práctica clínica diaria, motivo por el que el pediatra debe estar familiarizado con ella. Su conocimiento disminuirá el número de pruebas complementarias innecesarias. El caso que presentamos es representativo de la HTI puesto que cumple todos los criterios de Kraut.

P933 17:20 NEBULIZADORES NO DOMICILIO - INDICAÇÕES E CUSTOS NUM CENTRO DE SAÚDE

Maria José Dinis, Márcia Gonçalves, Maria José Cáliz Augusto, M. Elvira Pinto

Centro Saúde Barao do Corvo, Portugal.

Introdução: A inaloterapia teve um grande impulso em pediatria nos últimos anos, através do desenvolvimento de diferentes dispositivos que geram partículas respiráveis com capacidade de deposição pulmonar. Numerosos estudos mostram que a deposição de determinados fármacos é maior na combinação pMDI/câmara expansora do que com o nebulizador; no entanto a prescrição incorrecta dos sistemas de nebulização continua a ser uma realidade frequente na prática clínica.

Objectivos e métodos: O objectivo do nosso trabalho foi determinar a frequência de prescrição de nebulizadores, no ano 2004, na população com idade inferior a 16 anos inscritas num Centro de Saúde e fazer uma análise comparativa dos custos desta forma de inaloterapia com outros métodos. Para determinação dos dados recorreu-se a uma base de registo de nebulizadores do Centro de Saúde. Posteriormente convocaram-se 34 crianças/pais a quem foi feito um inquérito que avaliou: motivo da prescrição, tempo de requisição, medicação habitual, origem da prescrição, uso de outros dispositivos inalatórios, seguimento em consulta de pediatria/alergologia, modo de utilização e cuidados de manutenção dos nebulizadores.

Resultados: De um total de 8983 crianças inscritas no Centro de Saúde 268 (2,98%) requisitaram nebulizador através dos médicos do Centro de Saúde, 156 do sexo masculino com mediana de idade de 3 anos. No ano de 2004 a mediana do tempo de requisição foi de 7 meses/criança, sendo que 54% requisitaram o nebulizador por um período igual ou superior a 6 meses. Da amostra seleccionada 18% nunca teve história de pieira, em 47% a primeira prescrição foi feita pelo médico de família, 41% manteve o nebulizador sem segunda consulta, 54% utilizava o nebulizador fora das crises. Em 53% o nebulizador foi utilizado por outra pessoa, 38% não utilizava máscara para fazer a nebulização. Calculando os custos do aluguer do nebulizador domiciliário obtivemos o valor de 119 000 euros, muito superior ao custo da compra individual de qualquer sistema de inalação, nomeadamente as câmaras expansoras (cerca de 9 000 euros).

Conclusão: Perante o número de casos em que o nebulizador foi prescrito sem história de pieira e perante os custos do seu aluguer, torna-se importante a criação de normas de prescrição e levantam-se dúvidas sobre a sua utilização perante a

existência de dispositivos igualmente ou mais eficazes e a custos mais reduzidos.

P934 17:25 UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN DE ESCOLARES SANOS DEPORTISTAS PARA PREVENIR LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍAS

Adela Cristina Cis Spoturno, Matilde López Zea

Centro de Evaluación de Niños y Adolescentes Deportistas de Almería.

Objetivos: 1) Diagnosticar enfermedades cardiológicas causantes de muerte súbita (MS). 2) Detectar factores de riesgo cardiovascular (obesidad, diabetes, dislipemia, tabaquismo, índice de masa corporal). 3) Identificar otras alteraciones de interés pediátrico.

Material y métodos: Presentamos 80 niños de entre 4-17 años (mediana: 14) de distintas disciplinas deportivas vistos durante un período de 7 meses. Usamos un protocolo diseñado para niños, constituido por: A) interrogatorio completo de antecedentes personales y familiares (especialmente los cardiovasculares); B) examen físico general y cardiovascular; C) electrocardiograma.

Resultados: Detectamos: A) 2 cardiopatías congénitas: 1 insuficiencia aórtica moderada en bicúspide aórtica y un síndrome de Wolf-Parkinson-White (WPW); 1 extrasístolia ventricular y un 2º ruido desdoblado fijo con bloqueo completo de rama derecha. B) Factores de riesgo cardiovascular personales: en 57/80 pacientes (71,25%): obesidad 10 casos (1 mórbido); 4 hipercolesterolemias familiares; 2 diabetes tipo I, 33/80 registraron marcado sobrepeso y 18 tensión arterial en límites superiores normales y antecedentes cardiovasculares en familiares de 47 niños (58,75%); a destacar 4 casos de MS en menores de 40 años. Otros datos de interés pediátrico a remarcar: 23 casos de alteraciones osteoarticulares (30%)

Conclusiones: La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular va en aumento en la población infantil española y el ejercicio físico es una de las pautas para disminuirlos. Su detección precoz, junto al hallazgo de enfermedades que puedan causar MS, nos permite, aunque la muestra es pequeña, sugerir la utilidad de este tipo de protocolo posibilitando la intervención temprana en este grupo de edad.

P935 17:30 EXCELENTE TOLERABILIDAD DE UN PRODUCTO DE HIGIENE GINECOLÓGICA INFANTIL COMPROBADA CON TRES PRUEBAS INDEPENDIENTES

Mar Recaséns, J.A. Erienne, S. Zaveri, R. Rento, Carles Trullàs Cabanes

Isdin, Barcelona (España) y Essex Testing Clinic, Ins. New Jersey (Estados Unidos).

Objetivo: Determinar la inocuidad y tolerabilidad cutaneomucosa de un producto de higiene ginecológica con agentes anti-pruriginosos y prebióticos específico para niñas premenárquicas.

Material y método: Estudio diseñado en tres fases: estudio de inocuidad del producto sobre el epitelio vaginal (epitelio reconstituido in vitro), estudio clínico de tolerancia y sensibilización (repeated insult patch test, RIPT) con 48 voluntarios sanos y test de uso con 33 niñas de 6 a 12 años.

Resultados: La viabilidad celular y la liberación de interleucina IL-1 α in vitro fue igual a la de los controles negativos. La estructura epidérmica sólo mostró efectos superficiales muy ligeros. En el RIPT sólo un sujeto presentó una reacción cutánea

transitoria apenas perceptible que se consideró de naturaleza no específica y no indicativa de irritación clínicamente relevante. Ningún sujeto mostró reacciones de sensibilización cutánea. Ni el pediatra ni el ginecólogo observaron ningún signo de irritación en el control realizado tras dos semanas de uso en condiciones normales.

Conclusiones: Los resultados de inocuidad de un producto in vitro durante la fase de formulación final se asocia a un buen resultado en la evaluación clínica de seguridad y en las pruebas de uso. El producto de higiene ginecológica específico para niñas premenárquicas ha demostrado una buena tolerabilidad cutáneo-mucosa.

P936 17:35 HÁBITOS BUCALES Y PROBLEMAS ORTODÓNCICOS; DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ POR EL PEDIATRA

Vanessa Paredes Gallardo, Bernardo Mir Plana, Carlos Paredes Cencillo

Centro de Salud Serrería, Valencia, Centro de Salud Rafelbunyo, Valencia y Hospital Clínico Universitario, Facultad de Medicina y Odontología de Valencia.

Los hábitos anómalos modifican la posición de los dientes y la forma de las arcadas dentarias. El pediatra debe identificar estos hábitos de manera precoz para tener éxito en el tratamiento.

Objetivos: Conocer la prevalencia de estos hábitos orales anómalos en una muestra de escolares valencianos y las alteraciones dentarias más frecuentes asociadas. Se ha realizado un estudio sobre 1.213 escolares con edades entre 5-12 años de edad. El examen clínico se realizó por dos observadores, un pediatra y un odontólogo, durante los meses de noviembre a julio de 2006.

Resultados: Los resultados mostraron una distribución desigual para cada uno de los diferentes hábitos, siendo la compresión maxilar, la mordida abierta y la protrusión maxilar las maloclusiones más frecuentemente asociadas a estos.

Conclusiones: La prevalencia encontrada de los diferentes hábitos fue del 39%, apareciendo de igual manera independientemente del sexo. Las maloclusiones asociadas a la presencia de hábitos son la mordida abierta anterior (12%), compresión maxilar (16%) y el aumento del resalte (20%). La succión del dedo es el hábito que más deformaciones o maloclusiones produce. Un 65% de los niños que lo presentan, tienen algún tipo de maloclusión. La relación entre estos hábitos y las deformaciones se producen desde edades muy tempranas (5 años) por lo que la intervención precoz del pediatra es fundamental. Se ha instaurado un programa de intervención precoz y seguimiento para apreciar resultados sobre estas maloclusiones al cesar o interrumpir los hábitos.

P937 17:40 PSORIASIS GUTTATA ASOCIADA A INFECCIONES ESTREPTOCÓCICAS SUPERFICIALES RECIDIVANTES: ABORDAJE Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

María Reyes López de Mesa, Lourdes Cascante Díaz

Centro de Salud Lodoso, Estella (Navarra) y Hospital García Orcoyen, Estella (Navarra).

Introducción: La psoriasis guttata es una forma definida de psoriasis, característica en niños, que aparece como reacción

inmune asociada a infecciones estreptocócicas, en ocasiones subclínicas. Su posible evolución a psoriasis crónica, en la que las infecciones pueden actuar de factores desencadenantes,

Caso clínico: Niño de 2 años que, al mes de un episodio de amigdalitis estreptocócica (tratado con amoxicilina-clavulámico 7 días), presenta un cuadro de dermatitis perianal (tratado con azitromicina 5 días), desarrollando a las 3 semanas una erupción cutánea generalizada. El cuadro se inicia en tronco con escasas lesiones papulo-eritematosas de 0,1-1 cm, moderadamente pruriginosas y sugestivas de pitiriasis rosada que no mejoran con corticoide tópico de baja potencia. Ante la diseminación de las lesiones a extremidades, cara y cuero cabelludo (respetando palmas y plantas), el incremento del tamaño de las mismas y su aspecto descamativo, se plantea diagnóstico diferencial entre psoriasis en gotas, pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide y tiña corporis. Se realiza biopsia cutánea con diagnóstico de psoriasis. Dada la persistencia de estreptococo en cultivos orofaríngeos y la mala respuesta del cuadro cutáneo al corticoide tópico, se trata con bencilpenicilina y corticoides tópicos de potencia alta con resolución progresiva del cuadro. El paciente permanece asintomático 6 meses tras finalizar el tratamiento.

Discusión: La asociación de infecciones estreptocócicas, en ocasiones asintomáticas, con la psoriasis guttata, hace necesario el examen cuidadoso y la toma de cultivos orofaríngeos y de la región perianal en niños con cuadros de dermatitis de características psoriasiformes. La recurrencia de dichas infecciones plantea la necesidad de tratamiento con antibióticos durante períodos prolongados para erradicar el antígeno causal. Algunos autores plantean incluso la necesidad de practicar amigdalectomía en cuadros de psoriasis crónica en los que se demuestre la existencia de estreptococo en los cultivos.

P938 17:45 SÍNDROME DE APIO-ARTEMISIA-ESPECIES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel Vera Arlegui, Ainhoa Largo Iglesias, María Genoveva Miranda Ferreira, David Lozano Díaz, Aizpea Echebarría Barona, Marta Suárez Rodríguez, Moira Garraus Oneca, Valentín Alzina de Aguilar, Marta Ferrer Puga, Judith Antón Remírez
Departamento de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra).

El polen de Artemisia puede producir alergia respiratoria y con cierta frecuencia es responsable de reacciones cruzadas con diversos alimentos (apio, zanahoria, especias, frutos secos, legumbres, mostaza, etc), debido a la sensibilización a proteínas alergénicas que se expresan en especies relacionadas o no taxonómicamente, constituyendo el denominado síndrome de Artemisia.

Caso clínico: Niño de 13 años presenta episodio de shock anafilático tras la ingesta de pizza (orégano, albahaca, pimentón, mozzarella, lechuga, etc.), asociado a realización de ejercicio, que cedió con adrenalina, broncodilatadores, corticoides y antihistamínicos. Sin antecedentes personales de interés, salvo dolor abdominal periumbilical inespecífico diario de un año de evolución. A raíz de este cuadro presenta rinoconjuntivitis alérgica y episodios de disnea, tos seca y opresión torácica, por lo que acude a consulta. Seguía dieta restrictiva: to-

maba pan, cerdo, pollo, arroz, pasta, aceite de oliva, patata, huevo y pescado. *Exploración física:* sólo destaca dolor periumbilical a la palpación profunda. *Pruebas complementarias:* hemograma (eosinófilos 4%), PCR, VSG, bioquímica, inmunoglobulinas (IgE 66,5kU/I), alfa 1 antitripsina, inhibidor C1 antígeno, inhibidor C1 funcional, actividad C total, anticuerpos anti H. Pylori, parásitos en heces, radiografía de tórax y función respiratoria normales. Fracción C4 12,2 mg/dL (límite bajo). Pruebas cutáneas (positivas frente a frutos secos, leguminosas, artemisia, diente de león, mostaza, pimentón, ajo, albahaca), test de activación de basófilos (positivo frente cacahuete y lechuga), IgE específica clase 0 para artemisia, frutos secos, leguminosas, lechuga, guisante, judía verde, mostaza, olivo, plántago y soja y clase 1 para cacahuete. Diagnóstico: sensibilización a compuestas asociada a alergias alimentaria (síndrome de Apio-Artemisia-Especies). Tratamiento: restricción dietética.

Conclusión: Se ha demostrado asociación entre polinosis a artemisia y alergias alimentarias derivadas del consumo de vegetales, sugiriendo un nuevo síndrome alérgico. La alergia a especias, frutos secos, leguminosas, es un cuadro no infrecuente que puede inducir reacciones severas. Se ha descrito relación entre este síndrome y anafilaxia inducida por estos alimentos y exacerbada por el ejercicio. El pediatra debe conocer que alimentos producen estas reacciones y que las exacerba, así como la posible gravedad de estas para poder aconsejar y educar a sus pacientes.

P939 EXPERIENCIA DE UN AÑO DE GRUPO DE LACTANCIA

Ana María Cegarra Ferrer, Clara Castells Domenech,
Antonia Ramos Fraile, Nuria Sansuan Gallard,
Helena Arnauda Landa

Consorcio de Atención Primaria de Salud de L'Eixample, Barcelona.

Ya hace más de un año que creamos el "Grupo de Lactancia" y hemos querido hacer una primera valoración.

Objetivo: Demostrar que la educación grupal sobre la lactancia materna incrementa el tiempo de mantenimiento de la lactancia materna respecto a las madres que no participan de la intervención grupal.

Metodología: Diseño del estudio: estudio de intervención no randomizado. Ámbito: 2 equipos de atención primaria de la ciudad de Barcelona. Población diana: niños de 0-7 meses atendidos en nuestro centro del 1 de febrero 2005 al 28 de febrero 2006. Criterios de inclusión: niños atendidos durante este periodo de tiempo con registro de lactancia materna. Intervención: grupo de lactancia donde se exponen temas sobre la lactancia, se solucionan dudas, se corrigen posiciones a la hora de lactar y expresan sentimientos junto a otras madres. Las sesiones grupales se hacen semanalmente en horario de mañana. La participación se ofrece a cualquier madre de bebés de 0 a 7 meses. Plan de análisis: análisis descriptivo i bivariable adecuado cuando los test estadísticos a las características de las variables analizadas.

Resultados: El total de niños atendidos de 0 a 7 meses con registro de lactancia materna fue de 160, 74 niños y 86 niñas. De estos, 45 asistieron al "Grupo de lactancia CAPSE", 20 niños y

25 niñas. La mediana de tiempo de la lactancia materna exclusiva en el grupo intervención fue de 4,4 meses (DE: 1,4) en frente de 4 meses en el grupo control (DE: 1,5) (p = 0,107). La mediana de tiempo del mantenimiento de la lactancia materna una vez introducido el beikost fue de un mes superior en las madre del grupo de lactancia (grupo intervención mediana: 6,2 meses, DE: 2,7; grupo no intervención mediana: 5,2 meses, DE: 2,6; p < 0,05).

Conclusiones: La educación grupal hace aumentar la media de tiempo de mantenimiento de la lactancia materna. Este resultado refuerza la implementación de este proyecto como una de las actividades comunitarias habituales en nuestro centro.

P940 EVALUACIÓN DEL USO DE ANTITÉRMICOS EN PEDIATRÍA UTILIZANDO LA WEB COMO MODALIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Rodrigo Matamoros, Lucio Ringuet, Juan Barrena,
Ariel Melamud, Daniel Matamoros, Alejandro Suwezda
Argentina.

La fiebre es una de las consultas más frecuentes en pediatría. El manejo de la fiebre por parte de los pediatras es dispar. Es por ello que hemos decidido realizar este estudio para conocer el modo de trabajo de nuestros colegas a través de una herramienta masiva como es la web.

Objetivo: Conocer el enfoque de los pediatras de Argentina respecto del manejo de la fiebre utilizando Internet como sistema de recolección de datos.

Material y métodos: Encuesta realizada a través del sitio de contenidos médicos Intramed –www.intramed.net– durante el período julio de 2005-abril de 2006. Cuestionario con preguntas generales y específicas sobre el manejo de la fiebre en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y alternancia de antitérmicos.

Resultados: Participaron de la encuesta 1.599 médicos. Aspectos generales. Sexo: 62% femenino. Especialidad: 94% pediatras. Años de recibido: 38,8% menos de 10 años, 28,1% de 10 a 20 años y 33,1% más de 20 años. Formación: 66,7% residencia de pediatría. Manejo de la fiebre. Sitio de toma de la temperatura: 93% axilar. Fiebre: 36,9% > de 38 °C, 20,4% > de 37,5 °C 13,8% > de 37,8 °C. El 65,6% indica antitérmicos según el nivel de temperatura, indicando a partir de 38 °C el 48,8% y el 15,8% a partir de 37,8 °C. El 96,3% utiliza medios físicos para bajar la temperatura (baño de inmersión 75,2%). El antitérmico más utilizado en niños mayores de 6 meses es el ibuprofeno (73,5%); en menores de 6 meses es el paracetamol (92,8%). Intervalo de dosis: 71% cada 6 horas, indicándolos a razón de 10 mg/kg el 73,5%. El 59% de los encuestados alterna 2 antitérmicos, cada 4 horas el 59,3%; cada 6 horas el 31% y cada 8 horas el 9,7%. El 40,7% espera que la temperatura baje a 37,5° con el uso de antitérmicos, el 27,3% a 37° y el 20,8% hasta que el paciente se sienta bien. El 29% define sus acciones en base a recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría, el 26,7% en base a su experiencia personal y el 19% en base a publicaciones científicas.

Conclusiones: La utilización de la herramienta nos ha permitido conocer ampliamente la conducta de los profesio-

nales pediatras con respecto al manejo de la fiebre. Hemos observado que independientemente de la formación, los pediatras indican antitérmicos en forma regular fomentando su alternancia a pesar de no haber evidencia fundamentada sobre su utilización. De lo observado vemos que la experiencia personal en el manejo de la temperatura es de importancia a la hora de comenzar la conducta antipirética.

P941 LAS REVISTAS PEDIÁTRICAS EN SCIENCE CITATION INDEX-JOURNAL CITATION REPORT

18:00

Javier González de Dios, Rafael Aleixandre Benavent

Departamento de Pediatría del Hospital de Torrevieja, Alicante, Universidad Miguel Hernández, Alicante e Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, CSIC de la Universidad de Valencia.

Antecedentes y objetivos: Los indicadores bibliométricos (de calidad, de importancia y de impacto científico) permiten conocer la estructura y dinámica de los grupos que producen y consumen información científica en un área temática. El factor de impacto (FI) obtenido en la base del Science Citation Index-Journal Citation Report (SCI-JCR) es el más utilizado.

Métodos: Revisión exhaustiva del SCI-JCR del año 2005. Variables analizadas en todas las revistas: artículos publicados, citas totales, FI, índice de inmediatez, vida media citas. Análisis global, de las revistas españolas y de las revistas pediátricas.

Resultados: Del total de 6.089 revistas en SCI-JCR 2005, sólo 95 (1,56%) presentaban un FI > 10. Las revistas con mayor FI son *Ca-Cancer J Clin* (49,749), *Annu Rev Immunol* (47,400) y *NEJM* (44,016), pero las revistas más citadas son *Nature* (372.784 citas), *P Natl Acad Sci Usa* (357.239) y *Science* (345.991). Se encuentran un total de 66 revistas relacionadas con la pediatría y sus áreas específicas (1,08% del total en SCI); las revistas pediátricas con mayor FI son *Pediatrics* (4,272), *J Am Acad Child Psy* (4,113) y *J Pediatr* (3,837), que si equivalen con las más citadas: *Pediatrics* (31.633), *J Pediatr* (19.744) y *J Am Acad Child Psy* (12.912). Un total de 26 revista española están volcadas en SCI-JCR 2005 (17 de ellas biomédicas); las revistas nacionales con mayor FI son *Drugs New Perspect* (2,159), *Histol Histopathol* (2,023) y *Rev Esp Cardiol* (1,769), pero las más citadas son *Histol Histopathol* (2.152), *Med Clin* (2.084) y *Rev Neurol* (1.157). Las áreas más representadas son el área de farmacología clínica (con 4 revistas) y neurología (con 3), seguida de las ciencias morfológicas y medicina clínica (con 2), y un conjunto de siete áreas representadas por una revista (psiquiatría, cardiología, neumología, gastroenterología, nefrología e infeccioso). Ninguna revista pediátrica española presenta FI.

Conclusiones: La demostrada calidad e importancia de las publicaciones pediátricas nacionales (lideradas por *Anales de Pediatría*), aún no tiene el aval del FI. Se plantean estrategias para mejorar este apartado, la mayoría de las cuales ya se están llevando adelante en la política editorial de la Asociación Española de Pediatría.

P942 ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO DE VALIDACIÓN DE LA MICROSCOPIA DEL SEDIMENTO DE ORINA EN EL DIAGNÓSTICO DEL PRIMER EPISODIO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRÍA

18:05

Rodrigo Matamoros, Mariana Yacachury, Alejandro Suwezda, Salomón Danón, Juan Barrena, Fabián González, Ariel Melamud, Adrián Maggio, Sonia Moreno, Mariana Castelli

Grupo de Estudio Multicéntrico de Diagnóstico de Infección del Tracto Urinario en Pediatría, Buenos Aires (Argentina).

Objetivos: Validar la Microscopía Estándar del Sedimento Urinario (MESU) de acuerdo a edad, sexo y clínica en la presunción del primer episodio de infección del tracto urinario (ITU).

Material y métodos: Estudio realizado en 2005 en 14 centros asistenciales en Argentina, transversal, prospectivo y aleatorio de datos demográficos, clínicos y de laboratorio en pacientes de 1 mes a 14 años sin antecedentes de relevancia que presentaron sintomatología presuntiva de ITU. Se aparearon por cada caso dos muestras independientes de orina (chorro medio) para recuento de elementos en la MESU y para urocultivo (patrón de oro). Se calcularon, para el total y por estratos, la probabilidad previa (PP), sensibilidad (S), especificidad (E), cocientes de probabilidad positiva y negativa (CPP y CPN); y área bajo la curva ROC (AUC) para leucocitos/campo (L/c).

Resultados: Total de 639 casos; 71,1% del sexo femenino; 277 urocultivos fueron positivos; 344 negativos y 18 contaminados. El AUC total fue 0,824 y el mejor punto de descarte fue para ≥ 4 L/c. En < 2 años se estratificó como 'con o sin escasa ganancia ponderal' (EGP) y en ≥ 2 años como 'con o sin sintomatología urinaria', obteniéndose la siguiente validación:

		≥ 4 L/c					
		N	PP	S	E	CPP	CPN
Total	621	0,45	0,96	0,33	1,44	0,12	
< 2 años	Total	273	0,48	0,94	0,38	1,52	0,16
	Sin EGP	186	0,53	0,98	0,30	1,39	0,07
	Con EGP	87	0,38	0,82	0,52	1,70	0,35
≥ 2 años	Total	348	0,42	0,98	0,30	1,40	0,07
	Con SU	291	0,47	0,98	0,27	1,34	0,08
	Sin SU	57	0,16	1,00	0,40	1,66	0,00
El CPP total fue para 10L/c: 2,13; para 20L/c: 5,30; bacterias (≥ 1 /c): 4,09; hematíes (≥ 3 /c): 2,16; piocitos (≥ 1 /c): 1,45. Por sexos no hubo diferencias significativas.							

Conclusiones: El recuento de leucocitos en la MESU es un buen método de cribado para la presunción de ITU, siendo hasta 4 L/c en ausencia de otros elementos formes un punto sugerido para su descarte, con excepción de EGP en < 2 años, en quienes este síntoma de aparición tardía no se expresa en el sedimento urinario con las características típicas de una reacción inflamatoria aguda.

P943**ANÁLISIS DE 7 AÑOS EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA****18:10**

Olga M. Escobosa Sánchez, Antonio Herrero Hernández, María del Mar Serrano Martín, Begoña Tundidor Moreno, María Ángeles Orduña Martín, Margarita Sánchez Rivas, Tomás Acha García, Antonio Jurado Ortiz

Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica, Unidad de Oncología Infantil y Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

Introducción: En 1999 se inauguró nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica (HADO), que atiende en domicilio a pacientes pediátricos de patologías muy variadas.

Objetivos: Exposición de los datos recogidos entre diciembre de 1999 y diciembre de 2006.

Material y métodos: Análisis de los ingresos, procedencia, programa seguido, estancia media, número de visitas y llamadas de la Unidad y de los padres, pruebas complementarias y reingresos hospitalarios.

Resultados: Se han atendido 1.022 pacientes. Los programas con más ingresos fueron: neonatos con bajo peso: 40% y control de síntomas: 23,5%. Los servicios que más pacientes remitieron fueron neonatología (40%) y oncología (18,5%). Estancia media: 33,1 días. Media de llamadas telefónicas: 12,6; visitas de enfermería: 4,1 y del pediatra: 2,3. Se realizaron 325 pruebas complementarias y 46 reingresos hospitalarios.

Discusión: La hospitalización a domicilio proporciona cuidados de rango hospitalario en casa a niños de muy variada patología. Permite el alta precoz del hospital, con una adecuada incorporación a la vida familiar de estos niños y sus padres. Las pruebas complementarias se realizan sin desplazar al paciente al hospital, y es posible coordinar los reingresos hospitalarios para intervenciones o las interconsultas con especialidades.

Conclusiones: 1) La unidad HADO ha atendido a 1.022 pacientes desde su inicio, con patologías muy variadas. 2) La mayoría de los pacientes procede de neonatología, con el programa de alta precoz de recién nacidos de bajo peso. 3) El alta hospitalaria temprana proporciona ventajas para los niños enfermos, las familias y, al mismo tiempo, para los servicios hospitalarios. El porcentaje de reingresos es bajo.

P944**FACTORES ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA****18:15**

Carlos Redondo Figuero, Marina Rosa Ortiz Otero

Centro de Salud Vargas, Santander (Cantabria), Universidad de Cantabria, Santander (Cantabria) y Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Antecedentes: La OMS aconseja a las madres que lacten exclusivamente a sus hijos durante 6 meses y que complementen su alimentación con leche materna hasta los 2 años. Por eso es importante conocer la realidad en la que estamos y qué factores influyen en ella.

Objetivos: 1º Describir la curva de lactancia materna (LM) y 2º) Describir los factores asociados con la supervivencia de la LM.

Personas: Todos los niños asignados a un cupo de pediatría en un centro de salud urbano (405), de los que se excluyeron los que nunca acudieron (13) por acudir a la medicina privada o por error en la asignación administrativa. Muestra válida de 392.

Métodos: Base de datos diseñada para este estudio. Cada visita del sujeto permite actualizar la fecha de la última visita y el estado de la LM, sigue o terminó), en este último caso se registra la fecha de terminación. Esto permite utilizar la técnica estadística del análisis de la supervivencia. Además se registran una serie de factores de los padres (edad, peso, estudios, profesión) y del niño (edad gestacional, peso, Apgar, lugar y tipo de parto). Se analiza su influencia mediante la prueba de log-rank y la regresión de Cox.

Resultados: Como no se encontraron diferencias entre estos cuatro años ($p = 0,353$) se describen como un conjunto: inicio 89,5%, 1 mes = 71,7%, 2 m = 63,8%, 3 m = 58,2, 4 m = 50,3%, 5 m = 39,5%, 6 m = 30,9%, 12 m = 9,4%, 24 m = 3,9% y máx = 872 días. La significación estadística de los factores analizados fue: visita prenatal ($p = 0,387$), sexo ($p = 0,174$), estudios del padre ($p = 0,001$), estudios de la madre ($p = 0,002$), formación familiar ($p = 0,000$), IMC del padre ($p = 0,372$), IMC de la madre ($p = 0,342$), tipo de unión ($p = 0,501$), origen ($p = 0,663$), edad madre ($p = 0,119$), trabajo de la madre ($p = 0,314$), paridad ($p = 0,484$), edad gest ($p = 0,009$), lugar del parto ($p = 0,347$), tipo de parto ($p = 0,046$), Apgar 1 ($p = 0,858$) y peso RN ($p = 0,121$).

Conclusiones: Los factores que se asocian individualmente con la LM son el grado de formación (estudios del padre, de la madre y CRF familiar), la edad gestacional y el tipo de parto. Hay otros factores casi significativos, y demás modificables, en los que podemos actuar para conseguir acercar a las futuras madres a los objetivos de la OMS.

P945**MEJORÍA CLÍNICA DE ASMA DEL LACTANTE TRAS ERRADICACIÓN DE HELYCOBACTER PYLORI****18:20**

María Genoveva Miranda Ferreira, Ainhoa Largo Iglesias, Isabel Vera Arlegui, Marta Suárez Rodríguez, Marta Martín Izquierdo, Paula Prim Jaurieta, Javier Andueza Sola, Moira Garraus Oneca, Valentín Alzina de Aguilar

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

Introducción: Presentamos el caso de un lactante con crisis asmáticas graves, cuyos síntomas mejoraron de forma importante tras tratamiento de *Helicobacter pylori* por pangastritis crónica.

Caso clínico: Lactante de 10 meses. Acude a nuestra consulta para valoración de episodios de dificultad respiratoria. Desde los 2 meses de vida requirió ingreso hospitalario en 4 ocasiones por disnea marcada con tiraje intercostal y sibilancias. Había seguido tratamiento con budesónida, fluticasona, fluticasona/salmeterol y salbutamol, por vía inhalatoria con cámara espaciadora, a dosis ascendentes sin conseguir el control de la clínica. La exploración física fue normal. En la analítica los niveles de inmunoglobulinas, IgE sérica total, α -1-antitripsina y hemograma fueron normales, a excepción de eosinofilia y test de atopia positivo. Se diagnosticó asma del lactante. Se indicó tratamiento con fluticasona/salmeterol. El test de activación de basófilos para los alérgenos más frecuentes para su edad fue negativo. Se realizó gastroscopia para descartar la existencia de reflujo gastroesofágico. En esta prueba se tomaron biopsias de cuerpo y antro gástrico, donde se visualizaron signos de pangastritis crónica con bacilos *Helicobacter pylori* en la luz de las criptas de ambas muestras. Se instauró tratamiento con claritromicina, amoxicilina y pantoprazol, además de mantener fluticasona/sal-

meterol y asociar montelukast. Desde entonces y tras un año de seguimiento, el paciente no ha vuelto a requerir ingreso por crisis asmáticas. Se ha descendido la dosis de fluticasona/salmeterol. Ha presentado 3 episodios de dificultad respiratoria que se han controlado ambulatoriamente con salbutamol y prednisona oral.

Discusión: La relación entre *Helicobacter pylori* y asma no está establecida, aunque diversos estudios han intentado encontrarla. Este interés es debido a que la prevalencia de ambos factores en la población es alta, y sí existe relación entre este bacilo y otras patologías pulmonares (bronquitis crónica, tuberculosis, bronquiectasias). Con este caso sugerimos que aquellos pacientes asmáticos con mala respuesta al tratamiento e infección por *Helicobacter pylori* podrían beneficiarse clínicamente de la erradicación de esta bacteria.

P946 18:25 QUISTE ARACNOIDEO CEREBRAL. HALLAZGO CASUAL O CAUSADO

Ignacio García Muga, Eduard Bastida Ratera, Ana Peña Busto, María Luisa Poch Olivé, Inés Esteban Díez

Servicio de Pediatría del Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja).

Introducción: Los quistes aracnoideos son formaciones patológicas de características benignas formadas por una membrana histológicamente similar a la aracnoidea que albergan en su interior líquido cefalorraquídeo. Estas estructuras suponen un 1% de las lesiones intracraneales, presentando una sintomatología variable según la zona de sistema nervioso central en la que se sitúen, siendo más frecuente la fosa temporal. En niños menores de 2 años lo más característico es un aumento del perímetro craneal, apareciendo clínica de hipertensión intracraneal con mayor frecuencia en niños mayores.

Caso clínico: Niño de 15 meses remitido para valoración por neuropediatría tras objetivar un aumento excesivo del perímetro craneal en su última revisión rutinaria de salud. A la exploración presenta un perímetro cefálico de 51 cm ($p > 97$) con una fontanela anterior de 4 x 3 cm ligeramente a tensión, siendo el resto de la exploración física y neurológica normal. Tras la realización de una ecografía transfontanelar se visualiza un quiste en zona temporal izquierda. Se completa el estudio con una RMN en la que aparece una tumoración de aspecto quístico en zona frontotemporal izquierda de 85 x 55 mm de diámetro, de contorno regular y contenido homogéneo que ejerce un marcado efecto masa en estructuras adyacentes y desplaza línea media, siendo compatible con quiste aracnoideo. Valorado por servicio de neurocirugía infantil se decide tratamiento quirúrgico mediante craniotomía con derivación del quiste a ventrículo lateral. El paciente evoluciona satisfactoriamente, presentado en el control posterior de neuroimagen un área de porencefalia residual sin otros hallazgos.

Conclusiones: Las revisiones periódicas de salud del niño sano suponen una parte fundamental del trabajo del pediatra en atención primaria. La somatometría sirve como marcador del desarrollo pondero-estatural del niño, pero también indica la existencia de algún proceso patológico. En nuestro caso, a través de un aumento excesivo del perímetro cefálico para su edad, se inició un estudio que evitó complicaciones neurológicas derivadas de una hipertensión intracraneal.

P947 18:30 USO DE ANTIEPILEPTICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y SU MONITORIZACIÓN CON EL "SISTEMA PKS" DE AJUSTE FARMACOCINÉTICO. UNA SERIE DE CASOS

Rocío Díaz González, Jesús Carlos García Palomeque, Trinidad Maqueda Madrona, Jose Luis Alloza y Gascón Mollins

Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Jerez de la Frontera, Cádiz, Departamento de Farmacología del la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid y Departamento de Fisiología de la Universidad de Sevilla.

En el presente trabajo se realizó un estudio de utilización de antiepilépticos, en diversas indicaciones en pediatría. El fin primordial del mismo fue la creación de una base de datos, de niños que utilizaron fármacos que necesitan monitorización terapéutica. Presentamos aquí el subgrupo de antiepilépticos, cuya dosificación fue ajustada mediante programa farmacocinético PKS que proporciona el diseño del régimen de dosificación en base al nivel encontrado, edad, peso y función renal. Además, este estudio observacional incluye hallazgos de tipo farmacoepidemiológico. Los objetivos de la creación de esta base de datos consistieron en ajustar la dosis por el sistema Pks cuando fuera necesario, detectar precozmente las reacciones adversas (ADRs). Adicionalmente la realización de un estudio sobre las ADRs que sirviera de ayuda para los diagnósticos diferenciales en Pediatría. Los datos se recogieron de las historias clínicas de niños que tomaban antiepilépticos. El estudio se realizó durante el período de junio de 2006 a febrero de 2007, en una población de 3.000 niños de un área de salud. La edad de los niños estaba comprendida entre 4-12 años. Los medicamentos más consumidos fueron: ác. valproico 31,6%, carbamazepina 26,3%, oxcarbamazepina 31,6%, fenobarbital 5,3%, y topiramato 5,3%. El diagnóstico de las indicaciones fueron: epilepsia benigna de la infancia 52,63%, "petit mal" 26%, epilepsia asociada a parálisis cerebral 10,52%, trastorno por déficit de atención 15,9%, y terror nocturno 5,36%. Convulsión febril 5,36%. Epilepsia sintomática 5,26%. El porcentaje de fármacos cuyo nivel encontrado fue subterapéutico 5,3%, en rango 84,2% y con sobredosificación 10,5%. Se ajustaron todos los casos aplicando el sistema PKS cuando el rango terapéutico estaba alterado. Tras el ajuste de la dosificación todos los niveles entraron en rango. Se encontraron las siguientes reacciones adversas: urticaria, cefalea, reacción paradójica, alteración conducta con llanto y púrpura trombocitopénica. Del total de reacciones adversas, el 40% tenía un nivel tóxico del fármaco. Monitorizar los fármacos antiepilépticos y el ajuste farmacocinético ofrece una mayor seguridad y eficacia de los mismos; es útil para el diagnóstico diferencial así como para la prevención de la aparición de reacciones adversas.

P948 18:35 GEMELAR CON FALLO DE MEDRO Y ALCALOSIS METABÓLICA

Bárbara Hernández García, Rocío Benítez Fuentes, María Velázquez de Cuellar Paracchi, Genoveva del Río Camacho, Mercedes Bernacer Borja, Ana María Leal Orozco

Fundación Jiménez Díaz, Madrid y Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: La hiporexia y el retraso ponderal son frecuentes en el lactante de bajo peso. Se presenta el caso de dos gemelos univitelinos que son diagnosticados de fibrosis quística a

los 4 meses de vida tras presentar fallo de medro asociado a alcalosis metabólica.

Caso clínico: Lactante de 4 meses de edad remitido por su pediatra que ingresa para estudio por pérdida de peso de dos semanas de evolución e hiporexia habitual, sin otros síntomas. *Antecedentes personales:* primer gemelar univitelino. Pretérmino de 33 semanas con peso al nacimiento de 2.130 g (p 50), talla 44 cm (p 50), PC 32 cm (p 75). Ingreso neonatal para control nutricional. Expulsión meconial precoz. No patología respiratoria. Anemia del prematuro. Alta a los 14 días con peso 2.250 g. *Exploración física:* peso 5.000 g (p < 3), talla 60 cm (p 10), PC 41,5 cm (p 25). Aspecto desnutrido y deshidratación leve. Auscultación normal. Resto sin hallazgos. *Pruebas complementarias:* 17.000 leucocitos (38% L, 10% M, 46,5% N), Hb 13,4 g/dl, Hcto 36%, 518.000 plaquetas; sodio 125 mEq/l, potasio 3,6 mEq/l, cloro 71 mEq/l; gasometría venosa pH 7,44, bicarbonato 31 mEq/l, EB 11,8 mmol/l. Se plantea el diagnóstico diferencial de cuadro de alcalosis metabólica con hiponatremia en lactante con fallo de medro. Se solicita estudio de orina, para descartar síndrome de Bartter, que resulta normal, y test de cloro en sudor. Paralelamente se ingresa también al hermano gemelo, con antecedentes perinatales similares, al objetivar entonces detención de curva ponderal, demostrando de igual forma alcalosis metabólica e hiponatremia severas. El test de cloro en sudor objetivó excreción muy elevada de cloro en ambos hermanos (100 y 106 mEq/l). El estudio genético demostró que eran gemelos idénticos, ambos portadores de la mutación DF508. *Evolución:* terapia con nutrición enteral con fórmula para bajo peso y suplemento calórico, reposición iónica y lipasa pancreática. Presentan bronquiolitis VRS negativa con infiltrado intersticial bilateral. Evolución favorable, alta para seguimiento en unidad de fibrosis quística.

Conclusiones: Se remarca el interés de incluir la fibrosis quística en el planteamiento etiológico inicial del lactante que no gana peso. La detección precoz de la enfermedad permite mejorar el pronóstico de estos niños.

P949

TELEVISÃO, VIDEOJOGOS E INTERNET – HÁBITOS DE CONSUMO

Carla Laranjeira, Filomena Vidal, Susana Peres

Hospital Senhora da Oliveira EPE, Guimarães (Portugal) y Centro de Saúde do Barão do Corvo, Vila Nova de Gaia (Portugal).

As crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis às mensagens televisivas, podendo estas alterar os seus hábitos e comportamentos. Os transtornos mais importantes induzidos pela televisão, Internet e videojogos são bem conhecidos. O objectivo do trabalho foi avaliar os hábitos de consumo de televisão e utilização de computador ou consola de jogos de uma amostra de crianças. Foram realizados 86 inquéritos a pais de crianças que frequentavam o 3º ou 4º anos de escolaridade. Cerca de 90% das crianças tinha idade compreendida entre 8 e 9 anos. Trinta e seis por cento delas referiam ser a televisão a principal forma de ocupação dos seus tempos livres, e em 25,6% dos casos, o computador ou consola de jogos. Constatamos que cerca de metade das crianças vê mais de 2 horas diárias de televisão durante a semana, e durante o fim-de-semana este valor ascende os 85%. A maioria das crianças (60,5%) possui televisão no quarto e 54,7% vê televisão com

regularidade durante as refeições. Vinte por cento raramente vê televisão acompanhada por adultos. Relativamente à utilização de computador ou consola de jogos, cerca de 10% refere o seu uso por mais de 2 horas diárias durante a semana, e este valor ascende a 30% se considerarmos o período de fim-de-semana. Cerca de 30% das crianças utiliza com regularidade a Internet, e 15% destas, raramente na presença de adultos. Constatamos que 60% das crianças ocupa os seus tempos livres com a televisão, computador ou videojogos. As recomendações da Academia Americana de Pediatria limitam a utilização de televisão e/ou videojogos a 2 horas diárias. Verificamos que a maioria das crianças da amostra apresenta um tempo de exposição superior ao recomendado (84,8% assistem televisão durante mais de 2 horas diárias e 28,6% utilizam consola de jogos/Internet por mais de 2 horas diárias durante o fim-de-semana), e adopta atitudes desaconselhadas, tais como a utilização de televisão no seu quarto (mais de 60% das crianças), durante as refeições (mais de metade da amostra), e apenas 8,1% na companhia de um adulto. De salientar que 81,5% das crianças têm acesso a computador ou consola de jogos, cerca de 30% têm acesso à Internet e que apenas metade destas o fazem sempre na companhia de um adulto. Este estudo demonstra a necessidade de re-educar as crianças e os pais relativamente à ocupação dos seus tempos livres, tendo o pediatra um papel fundamental nesta questão.

NEONATOLOGÍA

Sala 130 (Planta 1)

P950

17:15

MALFORMACIONES CONGÉNITAS DESCRITAS DURANTE EL AÑO 2006 EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

Carmen Ruiz Ledesma, Marta Carmona Ruiz, María Jesús

Rodríguez Revuelta, Sebastián Tornero Patricio, Antonia López

Sanz, Lucas Durán de Vargas, José González Hachero

Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Hacer una revisión de los recién nacidos atendidos en nuestro hospital a los que se detectó alguna malformación congénita durante su estancia.

Métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva todos los recién nacidos atendidos en nuestra Unidad durante el año 2006, atendiendo a la presencia de malformaciones externas, clínica o exploración sugestiva o sospecha prenatal de malformación. Se revisaron los siguientes criterios: edad materna, paridad, antecedentes familiares, maternos y obstétricos, sospecha o no de diagnóstico prenatal, edad gestacional, tipo de parto, sexo, exploración y clínica del RN.

Resultados: de los 3.954 recién nacidos vivos en nuestro hospital durante el año 2006, 157 presentaron algún tipo de malformación, con un claro predominio masculino sobre femenino (aproximadamente 2:1). El 18% de los casos fueron pretérminos. Fallecieron 12 neonatos; en 6 de ellos la causa guardaba relación con su malformación. Existió sospecha prenatal en el 20% de los casos, fundamentalmente en las

malformaciones digestivas y genitourinarias. En 11 casos existieron antecedentes que sugerían malformación. Las más frecuentes fueron las que afectaron al sistema genito-urinario (60 niños), seguidas por las cardíacas (43 casos), musculoesqueléticas (40 niños), craneofaciales y SNC (17 RN) y síndromes polimalformativos en 13 niños de los cuales 5 fueron síndrome de Down. En un porcentaje mucho más elevado encontramos malformaciones menores entre las que destacan por su frecuencia las polidactilias, sindactilias, apéndices preauriculares, anquiloglosias y otros rasgos dismórficos aislados.

Conclusión: Es muy difícil establecer con certeza la incidencia de anomalías congénitas debido al diagnóstico y tratamiento prenatal (IVE). La importancia de un diagnóstico precoz se debe a que las malformaciones continúan siendo un motivo importante de morbimortalidad infantil y el pronóstico depende de un tratamiento temprano y adecuado. En este sentido, no conviene olvidar las malformaciones menores ya que muchas de ellas suelen asociar malformaciones mayores ocultas, fundamentalmente si coexisten 3 o más de ellas (hasta en el 90% de estos casos). Encontrar una incidencia relativamente elevada en nuestra Unidad (aproximadamente 4%) creemos que puede ser debida a que nos encontramos en un hospital de tercer nivel con una Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

P951 17:20 RESULTADOS PERINATALES EN RN A TÉRMINO HIJOS DE MADRE EGB POSITIVO

Inés Tofé Valera, Juana María Guzmán Cabañas, Cristina Herráiz Perea, David García Aldana, María José Parraga Quiles, M. Dolores Ruiz González, María Dolores Huertas Muñoz, Ramiro Álvarez Marcos, Mercedes Zapatero Martínez
Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El EGB es un coco gram positivo que causa infecciones graves en el RN y adultos con enfermedad de base. Coloniza el tracto urogenital de la embarazada de manera intermitente. La detección sistemática del EGB por cultivos vaginal rectal a la 36 semana de embarazo y el tratamiento de la madre antes del parto y del RN de las madres no tratadas ha disminuido la sepsis precoz en el RN a término hasta el 0,99 por mil RN (Grupo Castrillo).

Objetivos: 1. Valorar cumplimiento y efectividad del protocolo de la SEGO en madres y RN. 2. Valorar efectividad de las medidas tomadas en hijos de madre EGB+ que no ingresaron.

Material y métodos: Estudio descriptivo de la población de gestantes EGB+ y de sus RN de enero 2005 a enero 2007. En las gestantes EGB+ se analizó: tto recibido, tipo de parto, necesidad de ingreso en la unidad y otros factores de riesgo asociados. A los hijos de madre EGB+, en función del tto recibido por la madre y la presencia o no de factores de riesgo infeccioso, se sometían a observación clínica durante 48 h y se realizaba despistaje de infección. Para la estadística se utilizó el SPSS 12.0.

Resultados: Detectamos 1.039 madres portadoras de EGB. Prevalencia del 13,73%. Un 40% de las madres fueron correctamente tratadas, 40,6 recibieron tto parcial, 10,3% no tratadas y 9,4% tto desconocido. Precisarón ingreso 4,43 % de los RN hijos de madre EGB+. Ningún RN desarrolló sepsis precoz confirmada.

Conclusiones: 1) Existe más riesgo de ingreso en hijos de madre EGB+ parcialmente tratada. 2) El 96% de los RN hijos de madre EGB+ fueron dados de alta tras observación clínica y normalidad de los parámetros indicativos de infección. 3) En nuestro medio, la observación clínica durante al menos 48 horas, pudiera ser suficiente en los RN a término hijos de madre EGB+ parcialmente tratadas.

P952 17:25 SEPSIS NOSOCOMIALES POR HONGOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. ESTUDIO DESCRIPTIVO

María Victoria López Robles, Rosa Salinas Guirao, Juan José Quesada López, Ángel Bernardo Brea Lamas, José Luis Alcaraz León, Manuel Cidrás Pidre, Vicente Bosch Jiménez
Sección de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia y Servicio Murciano de Salud, Murcia.

Antecedentes y objetivos: La candidiasis sistémica de origen nosocomial se manifiesta como un cuadro clínico grave, responsable de importante morbi-mortalidad en el RNMBP. Este estudio es una aproximación descriptiva de diferentes variables presentes en los pacientes afectados de sepsis fúngica.

Métodos: Se definió candidiasis invasiva como el aislamiento de cándida en cultivos generalmente estériles con signos clínicos de infección. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes incluidos, recopilando datos demográficos, manifestaciones clínicas y analíticas, variables microbiológicas, tratamiento y morbi-mortalidad.

Resultados: Se diagnosticaron de candidiasis sistémica 9 pacientes ingresados en UCIN durante el período de estudio comprendido entre marzo 2006 y diciembre 2006. La EG y PN medios (rango) fue de 30,44 semanas (24-41) y de 1.433 g (730-2.780), respectivamente. Se documentó el germen en el hemocultivo en 3 de los pacientes (33,3%), observándose la presencia de levaduras en análisis microscópico de la orina en el 77% de los casos. La estancia media en UCIN (rango) de los pacientes afectados en el momento del diagnóstico fue de 18,77 días (13-32). En este momento, se encontraban recibiendo VM invasiva el 77% de los pacientes, durante un tiempo medio de 17,33 días (10-32). Ocho de los 9 pacientes (88,8%) se encontraban recibiendo antibioterapia sistémica, con una media de ciclos antibióticos pautados de 2,66 (1-5). El 100% de los pacientes afectados había recibido nutrición parenteral por un período medio de 17,11 días (6-32), el 66% había recibido corticoides prenatales y sólo 1 de ellos se encontraba en tratamiento con corticoides sistémicos por cuadro de DBP severa. En nuestra serie, el 44% de los pacientes que desarrollaron infección por hongos había precisado cirugía abdominal por patologías de diferente índole. *Cándida albicans* estuvo presente en el 66% de los casos. Al diagnóstico, el 77% de los casos presentó trombopenia y sólo el 22% hiperglucemia. Se empleó anfotericina B liposomal en el 100% de los pacientes. Fallecieron 5 de los 9 pacientes (55,5%), siendo la mortalidad atribuible a la sepsis por hongos de un 60%.

Conclusiones: Se requieren nuevos estudios que clarifiquen los factores de riesgo más significativos para padecer una sepsis por hongos. La morbi-mortalidad atribuible a las infecciones fúngicas continúa siendo muy alta en nuestro medio.

P953**RECURRENCIAS CUTÁNEAS: MARCADOR PRONÓSTICO EN LA INFECCIÓN NEONATAL POR VIRUS HERPES SIMPLEX**

Diego Hernández Martín, Nuria Gutiérrez Cruz, Juan Arnáez Solís, Leticia Albert de la Torre, Carmen Troyano Rivas, Gema Tesorero Carcedo, Cristina Ortiz-Villajos Maroto, Pedro José Pujol Buil
Hospital General de Móstoles, Madrid.

Introducción y objetivos: La infección por virus herpes simplex (VHS) en el período neonatal se puede presentar de forma localizada (mucocutánea) y/o extenderse a una forma diseminada, con participación en ocasiones del sistema nervioso central. Sin embargo, las formas mucocutáneas, a pesar de un tratamiento correcto, pueden seguir un curso clínico con recurrencias. De hecho, éstas se consideran un marcador pronóstico en la evolución de la afectación neurológica. Presentamos el caso clínico de un neonato con una forma localizada de infección por VHS con extensión al SNC que presenta varias recurrencias posteriores con alteración del desarrollo psicomotor.

Caso clínico: Recién nacido de 4 días de vida que ingresa por lesiones vesículo-costrosas en cuero cabelludo. No antecedentes maternos de infección por VHS. Recibe tratamiento profiláctico con cloxacilina y aciclovir intravenoso (60 mg/k/día). Se suspende este último al 4º día después de aislarse estafilococo aureus en el cultivo de la lesión. A la semana de suspender el aciclovir comienza con clínica neurológica (convulsiones, disminución del nivel de conciencia y fiebre), motivo por el cual se reinicia el tratamiento antiviral al sospecharse infección cutánea por VHS con extensión del SNC. Se extraen cultivos y PCR del LCR, resultando esta última positiva para VHS tipo II. Se mantiene el tratamiento con aciclovir i.v. durante 21 días, pautando posteriormente aciclovir oral a dosis supresoras que recibió durante 6 meses. La RMN mostró 2 lesiones hemorrágicas pequeñas paratálamicas y de corteza frontotemporal izquierda y meningitis parieto-occipital derecha. En el seguimiento, el niño presenta varios episodios con recurrencia de las lesiones cutáneas (hasta 4 veces) en la misma localización. En la evaluación neurológica que se le realizó a los 4 meses de edad presentaba un notable retaso madurativo en su desarrollo.

Discusión y conclusiones: 1) El factor pronóstico más importante en la infección por VHS es la forma clínica con la que se manifiesta, con la mayor morbimortalidad en la forma diseminada. La mayoría de las formas localizadas se extenderán a una forma neurológica o diseminada si no reciben tratamiento. Nuestro paciente muestra dicha evolución ante una retirada precoz del tratamiento antiviral. 2) No hay consenso en el tratamiento indicado para las recurrencias cutáneas si bien su presencia se ha asociado a un peor pronóstico en el desarrollo neurológico.

P954**MIASTENIA TRANSITORIA NEONATAL**

María López Sousa, Laura Pérez Gay, Marta Bouzón Alejandro, Marta Lojo Rodríguez, Alejandro Pérez Muñozuri, Pilar A. Crespo Suárez, María Luz Couce Pico
Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Introducción: La miastenia transitoria neonatal ocurre en el 10-20 % de los hijos de madre con miastenia gravis y se debe al

17:30

paso de anticuerpos contra el receptor de acetilcolina producidos por la madre a través de la barrera placentaria. Los síntomas aparecen unas horas después del nacimiento y duran entre una y tres semanas. Su severidad es muy variable, pudiendo llegar a presentarse insuficiencia respiratoria que precise ventilación mecánica; sin embargo, la mayoría de las veces, los síntomas más llamativos son la hipotonía generalizada y las dificultades para la succión. En caso de duda puede realizarse una prueba con neostigmina, pero ésta es difícil de valorar en neonatos, por lo que el diagnóstico generalmente es clínico. El tratamiento depende de la gravedad, pudiendo precisar alimentación por sonda gástrica, ventilación asistida o tratamiento con neostigmina; también se ha probado en los casos más graves la exsanguinotransfusión y la inmunoglobulina a dosis elevadas.

Caso clínico: Recién nacido de 38 semanas de edad gestacional, fruto del 1º embarazo de una madre afectada por miastenia gravis y por LES con anticuerpos anti-Ro y anti-La negativos. Las ecografías y serologías antenatales fueron normales. Nace por parto espontáneo de vértice, con peso de 3.280 gr y Apgar de 9/10/10. Durante las primeras 14 horas de vida el neonato presenta buena succión y tono muscular normal. A partir de ese momento, aparece somnolencia, ptosis palpebral, hipotonía generalizada y dificultades para la succión, sin presentar hipoventilación ni signos de dificultad respiratoria. La analítica sanguínea, incluyendo hemograma y bioquímica básica, fueron normales, así como el ECG y las ecografías cerebral y abdominal. La gasometría fue normal, sin evidenciar retención de CO₂. Recibió alimentación mediante sonda nasogástrica durante 8 días, recuperando a partir de ese momento la succión adecuada y el tono muscular normal. Fue dado de alta al 11º día de vida.

Discusión: La miastenia transitoria neonatal es una entidad poco frecuente; sin embargo, la severidad que los síntomas pueden llegar a presentar, llegando a amenazar la vida del neonato, obliga a una estrecha vigilancia de los recién nacidos de madre afectadas de miastenia gravis y a su ingreso y monitorización ante el menor síntoma de afectación.

P955**ERITRODERMIA ICTIOSIFORME AMPOLLOSA CONGÉNITA: PRESENTACIÓN NEONATAL**

Zulema Pinillos Hernández, Silvia Meavilla Olivas, Rocío García García, Mireia Biosca Pàmies, Elena Lucas Sáez, Inés García Salces, Matilde Viñas Viña, Gerardo Rodríguez Martínez, María Pilar Samper Villagrasa, Purificación Ventura Faci

Departamento de Pediatría y Departamento de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El recién nacido con lesiones ampollasas y despigamiento cutáneo plantea dificultades de diagnóstico. Las entidades más frecuentes que causan estas lesiones son: epidermolisis ampollasas, síndrome de la piel escaldada y eritodermia ictiosiforme congénita. La actuación temprana es fundamental para evitar la aparición de complicaciones debido a la interrupción de la barrera cutánea.

Objetivo: Presentar el caso de un RN con lesiones cutáneas exfoliantes y desprendimiento cutáneo generalizado desde el momento del nacimiento.

Caso clínico: RN sano, segundo hijo vivo de padres sanos consanguíneos. Gestación controlada de 37 semanas. Serologías TORCH negativas. *Exploración:* peso: 2.950 g (p 50), lon-

17:40**17:35**

gitud: 47,5 cm (p 25-50), PC: 34 cm (p 75). Lesiones ampollas generalizadas en tronco y extremidades, de predominio en zonas de roce. Signo Nikolsky positivo. Desprendimiento de epidermis quedando la dermis exudativa. Eritrodermia. No afectación de mucosas. Resto exploración normal. *Evolución y tratamiento:* a su ingreso se instaura antibioterapia endovenosa y gran aporte de líquidos debido a la gran superficie de epidermis perdida, además de curas tópicas con parches hidrocoloides, apósitos epitelizantes y anti-biótico tópico. Se corrigen las complicaciones que va presentando: hipernatremia, acidosis metabólica, insuficiencia cardíaca congestiva y sepsis por *Staphylococcus haemolyticus*. Hipotiroidismo congénito detectado en cribado neonatal. Progresivamente disminuyen la exudación y las ampollas, habiendo una rápida reepitelización, y dando lugar a xerosis y descamación difusa (escamas de pez). En la biopsia de piel se observa una hiperqueratosis epidermolítica que, junto a la evolución clínica, confirma el diagnóstico de eritrodermia ic-tiosiforme ampollosa congénita (EIAC). Pendiente de estudio genético.

Conclusiones: La eritrodermia y las ampollas con las que debuta la EIAC suelen dificultar el diagnóstico, predominando posteriormente la hiperqueratosis y las características escamas de la ictiosis. El principal riesgo que presentan estos pacientes es la sobreinfección y las alteraciones del medio interno por la extensa pérdida de superficie cutánea. La EIAC es una enfermedad rara, habitualmente de herencia AD, aunque en un 50% de los casos puede estar causada por una mutación de novo. Hay muy pocos casos de herencia AR y se asocian a consanguinidad.

P956

PREMATURIDAD Y CITOMEGALOVIRUS: ¿LACTANCIA MATERNA O ARTIFICIAL?

Mariano Plana Fernández, Romy Rossich Verdés, Carlos Margareto Sanz, Núria Tomasa Wörner, Margarita Arroyo Balaguer, César Ruiz Campillo, Félix Castillo Salinas

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Vilanova (Lleida) y Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La infección congénita por citomegalovirus (CMV) causa una importante morbimortalidad. La infección postnatal sintomática por CMV en neonatos a término es poco frecuente. Se han descrito casos de infección por CMV postnatal grave e incluso letal en prematuros de menos de 29 semanas o menos de 1.500 g. La lactancia materna (LM) es una de las vías de transmisión postnatal.

Objetivo: Presentación de dos casos de viroláctea positiva para citomegalovirus.

Casos clínicos: *Caso 1:* pretérmino de 29^{1/7} semanas, afecta de retraso de crecimiento intrauterino (peso 550 g). Seroconversión materna a CMV durante el embarazo, con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y cultivo de líquido amniótico negativos. La detección de antígeno (Ag) de CMV en orina en el recién nacido es negativa. Viroláctea positiva, por lo que no se inicia LM. *Caso 2:* pretérmino de 23^{6/7} semanas (peso 675 g), con detección inicial de Ag de CMV en orina negativa. En controles posteriores dicha determinación se positiviza. Se estudia la leche materna que muestra viroláctea positiva, por lo cual se suspende la LM. En los dos casos la PCR y el Ag de CMV en sangre son negativas, con IgM negativa e IgG positiva. Ninguno de

los dos presenta enfermedad sintomática por CMV. El fondo de ojo y las ecografías cerebrales son normales.

Discusión y conclusiones: La incidencia de transmisión de CMV a través de la leche materna en prematuros es dispar (5-48%), y clínicamente la afectación puede ser muy importante, por lo que podría estar indicada la utilización de técnicas para inactivar el CMV o el uso de fórmulas artificiales. Según la literatura actual, la pasteurización es altamente efectiva para eliminar el CMV viable, pero altera la composición de la leche materna. En contraste, la congelación altera menos sus constituyentes, pero no elimina completamente el riesgo de infección. Una opción para mantener la LM sería disponer de banco de leche, pero serán necesarios más estudios para asegurar la ausencia de CMV y la integridad de la leche materna tratada.

P957

EXANTEMAS GENERALIZADOS EN EL RECIÉN NACIDO. IMPORTANCIA DE LA HISTORIA MATERNA

María Estévez Domingo, Paula Corcuera Elosegui, Miguel A. Cortajarena Altuna, Miren Apilánez Urquiola, Ángel Rey Otero, Juncal Echeverría Lecuona, Luis Paísán Grisolia
Unidad de Neonatología del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)

Introducción: Se presentan 4 casos de exantemas generalizados en recién nacidos (RN) ingresados en la Unidad Neonatal durante el último año.

Casos clínicos: *Caso 1:* RN mujer. Peso 2.100 g. Parto eutócico en semana (s) 32 + 5 de gestación. Líquido teñido posterior. Antecedente materno (AM): ingreso por amenaza de parto de la s 28 a 30, candidiasis vaginal tratada con óvulos en la s 29. Exploración RN: exantema máculo-eritematoso que desaparece a la presión con petequias; episodios de bradicardia y desaturación con PCR en aumento (hasta 18 mg/l). *Cándida albicans* en frotis ótico, dérmico, perianal y coprocultivo. Tratamiento con anfotericina B liposomal y ketokonazol crema y gel (21 días). *Caso 2:* RN mujer. Peso 2.870 g. Parto eutócico en s 36 de gestación. Líquido claro. AM: candidiasis vaginal tratada con óvulos en la s 32. Exploración RN: exantema pápulo-pustuloso, eritematoso, intenso y generalizado con afectación palmo-plantar y descamación posterior. PCR 7 mg/l. *Cándida albicans* en frotis dérmico. Tratamiento con anfotericina B liposomal y ketokonazol crema y gel (21 días). *Caso 3:* RN varón. Peso 1.820 g. Parto eutócico en s 31+6 de gestación. Líquido claro. AM: candidiasis vaginal de repetición tratada con óvulos. Exploración RN: lesiones eritematosas descamativas generalizadas con acentuación en pliegues, evolución a lesiones ampollas con contenido blanquecino y posterior descamación en palmas a los 6 días. PCR 0,59 mg/l. *Cándida albicans* en frotis ótico, dérmico y perianal. Tratamiento: ketokonazol crema y gel (15 días). *Caso 4:* RN varón. Peso 2.890 g. Parto eutócico en s 40 de gestación. Líquido teñido. AM: brote de exantema variceloso 4 días antes del parto (tratamiento con aciclovir 2 días antes). Tratamiento con gammaglobulina antivaricela al RN. Exploración: pústulas generalizadas friables. PCR 0,45 mg/l. Cultivo de pústula: estafilococo coagulasa negativo.

Comentarios: Destacar la importancia de la historia clínica materna en el diagnóstico diferencial de los exantemas del RN. Señalar la amplia variedad de presentación clínica de las lesiones cutáneas por *Candida albicans* en el neonato.

17:45

P958**17:55****HEMANGIOMATOSIS CAPILAR PULMONAR CONGÉNITA ASOCIADA A SÍNDROME DE NOONAN**

Raquel Gil Gómez, Celia Gómez Robles, Enrique Salguero García, Esther García Requena, Javier Blasco Alonso, Sonia Pérez Bertólez, Manuel García del Río

Servicio de Neonatología del Hospital Materno-Infantil de Málaga.

La hemangiomasia capilar pulmonar (HCP) es una causa rara de hipertensión pulmonar (HTP) que tiene mal pronóstico. Se caracteriza por la neoformación de capilares que infiltran las estructuras del parénquima pulmonar, particularmente vénulas, bronquiolos, intersticio y otras. Presentamos un caso de HCP congénita en un recién nacido (RN) con síndrome de Noonan.

Caso clínico: RN a término que ingresa al nacimiento por distrés respiratorio que precisa oxígeno en incubadora. Antecedentes materno-obstétricos sin interés. Cesárea por presentación de nalgas. Apgar 7/9. Frente prominente, fontanela anterior amplia, hipertelorismo, micrognatia, pabellones auriculares de implantación baja y dismórficos, pterigium colli, tórax ancho, distancia intermamilar aumentada, criptorquidia bilateral (fenotipo Noonan); hiperlaxitud rodillas y caderas, hipotonía generalizada. Foramen oval permeable con shunt izquierda-derecha, ductus grande con shunt bidireccional, HTP. Crisis frecuentes de sudoración, frialdad y desaturación que no permiten la retirada del oxígeno. Se realiza ligadura quirúrgica del ductus al mes de vida, sin mejoría y con deterioro brusco a los 2 meses que requiere ventilación mecánica. En controles ecográficos se observa derrame pleural izquierdo compatible con quilotórax (iniciándose tratamiento nutricional con MCT) y posteriormente desarrolla miocardiopatía hipertrófica (recibiendo tratamiento con propranolol). TC de tórax normal. El cateterismo confirma la HTP suprasistémica (95/65) sin cardiopatía, y sin respuesta al test vasodilatador con óxido nítrico. Presenta mala evolución posterior, falleciendo a los 3 meses de vida. Informe anatomopatológico: hemangiomasia capilar pulmonar difusa bilateral. Hemosiderosis secundaria (pulmón, bazo, hígado).

Conclusiones: La HCP origina una HTP grave de mala evolución. Infradiagnosticada, generalmente, suele ser un hallazgo anatomopatológico. Su diagnóstico precoz es básico para manejarlo evolutivo.

P959**18:00****RESOLUCIÓN DE TROMBO INTRACARDÍACO CON UROKINASA LOCAL A BAJAS DOSIS EN UN GRAN PREMATURO**

María Teresa Benavides Medina, Simón Pedro Lubián López, José A. Blanca García, María Jesús Salado Reyes, Juan Navarro Morón, Tomás Aguirre Copano

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

Introducción: Los catéteres venosos centrales se usan para la administración de medicación y nutrición parenteral. Su uso en recién nacidos de muy bajo peso ha conducido a un aumento en la incidencia de fenómenos trombóticos, de forma que el 89% de las trombosis neonatales se asocia con la colocación de un cateter. La formación de trombos intracardiacos es una complicación poco frecuente pero grave de los catéteres centrales.

Caso clínico: Varón de 26 semanas. Embarazo: sospecha de TBC miliar tratada con rifampicina, isoniacida y etambutol.

Aborto previo en el primer trimestre. Ureaplasma urealyticum en secreciones vaginales. No maduración pulmonar. Parto eutócico. Apgar 5/7/8. Reanimación tipo IV. Peso RN 810g. A su ingreso se administra surfactante pulmonar exógeno. Radiología compatible con EMH y se administra una segunda dosis de surfactante a las 6 h. Ecografía craneal a las 48h: hemorragia intraventricular grado II, con evolución a leucomalacia periventricular con dilatación ventricular. A los 20 días de vida se ausculta SS 2/6 paraesternal izquierdo, hepatomegalia y trombopenia. Ecocardiografía: trombo en aurícula derecha en la entrada de vena cava localizado en punta de catéter epicutáneo. Ante el alto riesgo de la trombectomía quirúrgica por su bajo peso, y el riesgo de la trombolisis sistémica dado el antecedente de hemorragia intraventricular se inicia tratamiento, a través del mismo epicutáneo, con urokinasa a 2.000 U/Kg/h. Control ecográfico 14 días tras fibrinólisis: normal. Se mantiene en tratamiento con heparina de bajo peso molecular 6 semanas.

Conclusión: La regresión espontánea de un trombo intracardíaco es posible pero la mayoría de los autores están de acuerdo en el peligro inherente de estos trombos, aconsejando el tratamiento precoz. Hay poca experiencia en el tratamiento de la trombosis en pretérmino. La retirada quirúrgica de trombos intracardiacos en prematuros de menos de 1.500 g conlleva una alta mortalidad, por lo que la trombolisis local con bajas dosis de urokinasa puede ser una opción terapéutica eficaz y segura en recién nacidos pretérmino, requiere la monitorización ecocardiográfica del tamaño del trombo así como de los niveles séricos de fibrinógeno, aunque se precisa de más estudios para valorar la eficacia y seguridad de esta nueva modalidad terapéutica.

P960**18:05****SÍFILIS CONGÉNITA: UN DIAGNÓSTICO DEL PRESENTE**Patricia Pernas Gómez, Yolanda Pérez Saldeño, Mónica Mantecón Ruiz, María Paz Vior Álvarez, Andrea Táboas Pereira, Javiera Francisca Hurtado Díaz, María Carmen García Barreiro, Guadalupe Palacios Martín, Federico Martín Sánchez
Complejo Hospitalario, Ourense.

Introducción: La sífilis congénita es un problema importante de salud pública en algunos países, principalmente de Europa del Este y Latinoamérica. El fenómeno de la inmigración es aún poco significativo en nuestra área de influencia pero su tendencia es ascendente, por ello aportamos a la casuística este nuevo caso de sífilis congénita; una enfermedad que creíamos del pasado.

Caso clínico: Recién nacido varón prematuro de 30 semanas. Primer hijo de un embarazo no controlado, de madre de origen latinoamericano con anticuerpos FTA positivos. Parto por cesárea. Apgar 3-8. Preciso intubación inmediata al parto por asfisia neonatal. Peso al nacimiento: 1.380 g, talla: 38 cm, PC: 26,5 cm. La exploración física evidencia: Afectación del estado general, ictericia, distensión abdominal con circulación colateral, hepatomegalia de 5 cm y esplenomegalia de 4 cm. Las pruebas complementarias revelan leucocitosis (41.100/mm³) con predominio de neutrófilos (31.100/mm³), anemia (Hb: 10g/dl, Hcto: 30,8%), trombopenia (44.000/mm³) y patrón colestático con aumento de GGT: 640 UI/L y bilirrubina. 10 mg/dl. LCR: 5 leucos/microlitro. Glucosa: 67 mg/dl. Proteínas: 100 mg/dl. En las

pruebas de imagen, la radiología simple no reveló alteraciones esqueléticas, la ecografía abdominal confirmó la hepatoesplenomegalia y en la ecografía craneal se observó dilatación de astas occipitales de ambos ventrículos y una calcificación de 5 mm localizada en núcleo caudado derecho. Se inició tratamiento con penicilina, ampicilina y gentamicina. Los resultados de las serologías: anticuerpos reagínicos RPR positivos con título de 1/16, anticuerpos treponémicos FTA IgM positivo, hemagutinación TPHA positivo con título 1/2560. VDRL en LCR fue positivo pero la PCR y cultivo negativos. Preciso ventilación mecánica hasta los 28 días de vida Presentó bloqueos de 2 grado y bradicardias y recibió transfusiones de hemoderivados por anemia persistente. La ictericia fue en aumento, con predominio de bilirrubina directa. No se observaron lesiones cutáneas, alteraciones auditivas ni coriorretinitis. Evolución clínica favorable a partir del mes de vida con normalización de las alteraciones ecográficas encontradas al nacimiento.

Discusión: El aumento de la inmigración en nuestro país hace que debamos tener especial atención a esta entidad, para realizar un diagnóstico y tratamiento precoces en el recién nacido con el objetivo de evitar las complicaciones tardías.

P961 18:10 PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE HIPOACUSIAS DEL RECIÉN NACIDO EN UN HOSPITAL COMARCAL. INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y CALIDAD DEL PROGRAMA DEL PRIMER AÑO

Carmen María del Aguila Grande, José Luis Castillo Romero
Servicio de Pediatría y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital La Inmaculada del SAS, Almería.

Introducción: Andalucía cuenta, desde el 2004, con un programa universal de cribado neonatal de hipoacusias. Sin embargo, actualmente su cobertura es muy irregular en todas las provincias, así como su realización en los distintos centros. En nuestro hospital se puso en marcha hace un año. En este estudio evaluamos las dificultades de su puesta en marcha en un centro de nivel 4 y cómo se han comportado los indicadores de seguimiento y calidad del mismo en este período.

Material y métodos: El programa se estructura en tres fases. Como método de estudio se emplean otoemisiones acústicas en las dos primeras y potenciales evocados auditivos del tronco cerebral en la última. La primera fase se realiza íntegramente por el personal de enfermería y está supervisada por el Servicio de Pediatría; las siguientes fases son realizadas por el Servicio de Otorrinolaringología. Las otoemisiones se realizan en los recién nacidos al alta hospitalaria, que generalmente suele ser a las 48 horas.

Resultados: Las dificultades encontradas para la puesta en marcha del programa, has sido la ausencia de material para la realización de la prueba, descoordinación entre los Servicios implicados y la falta de información y formación del personal. En el período estudiado hubo un total de 1.357 nacimientos; la cobertura global del programa se situó en torno al 80%. La tasa de paso de la primera fase fue del 92%, mejorando ostensiblemente la cobertura en los últimos meses en que se situó en cifras cercanas al 100%. El porcentaje de pérdidas de la segunda y tercera fases fue del 32%. La tasa global de referencia para estudio por Otorrinolaringología se situó en el 4%.

Discusión y conclusiones: La cobertura media anual ha sido muy satisfactoria para un programa de reciente instauración y que ha tenido los problemas de personal propios de la puesta en marcha de un programa de cribado universal. El porcentaje de pérdidas de la segunda y tercera fases es demasiado elevado, por lo que habrá que mejorar nuestros sistemas de rescate.

P962 18:15 NEUMOMEDIASTINO ASOCIADO A PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN UN RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

Amaya Rodríguez Serna, María Martí Carrera, Aitziber Pérez Fernández, Lourdes Román Echevarría, Adolfo Valls i Soler

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

RNPT de 27 semanas y 850 g, que recibió una dosis de surfactante profiláctico en área de partos y posteriormente terapéutico, presentó a las 14 horas de vida en la radiografía de tórax un neumomediastino, sin neumotórax, con enfermedad de membrana hialina mínima. Los días siguientes empeoró, apareció un enfisema subcutáneo, por lo que se aplicó ventilación de alta frecuencia. Después pudo pasar de nuevo a ventilación mecánica convencional, extubándose posteriormente a presión positiva continua por vía nasal (n-CPAP), persistiendo el neumomediastino sin neumotórax asociado. Se realizó un esofagograma demostrándose la presencia de una perforación esofágica a nivel de la unión proximal del esófago con la faringe. Se realizó un tratamiento conservador, con dieta absoluta y nutrición parenteral, sonda nasogástrica colocada bajo control radiológico para tutorización y antibióticos. Para evitar la n-CPAP se intubó y se conectó a ventilación mecánica convencional. El neumomediastino desapareció en 72 horas, 24 horas antes se había iniciado alimentación enteral trófica.



Comentarios: 1) El neumomediastino en el recién nacido pretérmino puede ser por ruptura de la vía aérea, raro si la enfermedad de membrana hialina no se acompaña de neumotórax, o por rotura de una víscera mediastínica, lo más frecuente, la perforación esofágica. 2) La perforación esofágica puede producirse por sondas de polivinilo, o más raramente por intubaciones, con la pala del laringoscopio, por el uso de un estilete o guía rígida, o por el mismo tubo endotraqueal. 3) El tratamiento es conservador, con cobertura antibiótica y evitar la n-CPAP si la perforación es alta.

P963**18:20****UN NUEVO CASO DE ACIDURIA METILMALÓNICA NEONATAL EN LA REGIÓN DE MURCIA**M^á Jesús Juan Fita, Inmaculada Vives Piñera, José M. Egea Mellado, Inmaculada González Gallego, Antonio Gutiérrez Macías, David Gil Ortega, Asunción Fernández Sánchez

Sección de Metabolopatías del Centro de Bioquímica y Genética Clínica y Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El ácido metilmalónico (MM) es producto del catabolismo de los aminoácidos metionina (Met), valina (Val), isoleucina (Ile) y treonina (Thr), así como del colesterol y ácidos grasos de cadena impar. En su formación participa la enzima metilmalonil-CoA mutasa, que utiliza como coenzima a la cobalamina. El déficit enzimático o la carencia del cofactor desencadenan la aciduria metilmalónica (MMA), enfermedad autosómica recesiva que cursa con acidosis metabólica, hiperamoniemia y deshidratación, entre otros. Según la pérdida de actividad enzimática, la MMA se subdivide en dos formas clínicas: el tipo mutasa 0 (mut0), con falta completa de actividad enzimática y el mutasa negativo (mut-), con déficit parcial.

Caso clínico: RN, segunda hija de padres no consanguíneos, una hermana de 4 años sana y una prima hermana fallecida de muerte súbita a los 2 meses. Embarazo con amenaza de aborto y parto por cesárea a las 41 semanas de gestación. A las 72 horas de vida, presenta rechazo del alimento, somnolencia, quejido y signos de deshidratación, ingresa inicialmente en neonatología con acidosis metabólica grave con cuerpos cetónicos en orina, normoglucemia e hiperamoniemia. Se instauran medidas antiamonio e ingresa en UCI por coma neurometabólico. El análisis de ácidos orgánicos en orina refleja niveles muy elevados de los ácidos 3-OH-propiónico, MM, metilcítrico y tigilglicina, característicos de MMA. El estudio de aminoácidos y acilcarnitinas en sangre revela un aumento de glicina, propionil y metilmalonilcarnitina. Ante estos hallazgos se instaura tratamiento específico con OH-cobalamina, carnitina y dieta baja en Met, Val, Ile y Thr. Tras el tratamiento mejora progresivamente, se restablece el equilibrio metabólico y al alta presenta leve hipotonía generalizada. El estudio enzimático en fibroblastos muestran una actividad de metilmalonil CoA mutasa deficiente (2,5%) que no aumenta en presencia de OH-cobalamina, por lo que se concluye que presenta una forma mut. La paciente fallece al mes de vida tras un episodio de broncoaspiración.

Conclusiones: Ante sintomatología similar a la descrita es importante descartar posibles metabolopatías. Nuevas técnicas como la espectrometría de masas en tandem permiten la detección precoz de esta patología en *screening* neonatal e instaurar un pronto tratamiento dietético y farmacológico.

P964**18:25****AISLAMIENTO DE TRES CLONES DE *ESCHERICHIA COLI* MULTIRRESISTENTE (MR) NO PRODUCTOR DE BETA-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA**

Belén Ruiz del Castillo, Celia García de la Fuente, Javier Gómez-Ullate Vergara, Luis Martínez Martínez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Antecedente y objetivo: Existen múltiples estudios sobre *E. coli* MR productor de BLEE aislado en neonatos, pero hay poca

información sobre cepas MR que no producen estas enzimas. En este estudio se analiza la relación clonal y los grupos filogenéticos de los *E. coli* MR BLEE (-) obtenidos en una unidad neonatal.

Métodos: Se han estudiado los aislados de *E. coli* (uno por paciente) del Servicio de Neonatología (enero 05-mayo 06), resistentes a, al menos, tres de los siguientes antimicrobianos: amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, gentamicina, tobramicina, ciprofloxacino y/o cotrimoxazol; estos dos últimos se incluyeron como marcadores de resistencia, aunque no se usan en el servicio considerado. La resistencia y la no producción de BLEE se determinaron por microdilución estandarizada. La relación clonal se estudió por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) usando dos cebadores. La adscripción de los aislados a cada uno de los 4 grupos filogenéticos de *E. coli* se realizó por PCR multiplex, con cebadores específicos.

Resultados: En el período de estudio se aisló *E. coli* en 111 pacientes, de los que en 18 se obtuvo un aislado MR, según el criterio establecido, a partir de sangre (1), orina (1), lavado nasofaríngeo (7), frotis conjuntival (5) u otras muestras (4). Se reconocieron 3 grupos clonales (I, II y III) que agruparon 4, 9 y 5 aislados, respectivamente. Los correspondientes a los clones I y III pertenecían al grupo filogenético D, los del clon II al grupo B2. Los aislados de los clones I y II eran resistentes a ampicilina, amoxicilina-clavulánico, gentamicina, tobramicina, ciprofloxacino y (salvo 1 del clon II) cotrimoxazol. Los del clon III eran sensibles/intermedios a amoxicilina-clavulánico y sensibles a ciprofloxacino.

Conclusiones: Los resultados de antibiograma dificultan definir la relación clonal de los aislados estudiados. Los *E. coli* multirresistentes identificados correspondieron a los grupos filogenéticos B2 y D y se distribuyeron en tres grupos clonales distintos, lo que indica la transmisión entre pacientes.

P965**18:30****HEMORRAGIA SUPRARRENAL BILATERAL NEONATAL**

Soiarte Ortuzar Yandiola, María Mercedes Martínez Ayucar, Ignacio Díez López, Eva Tato Eguren, Ángel Marí Gonzalo, Intzane Ocio Ocio, Elena Goicoechea Manso, María Madera Barriga, Ainhoa Zabaleta Rueda, Marta del Hoyo Moracho Hospital Txagorritxu, Vitoria (Alava).

La hemorragia suprarrenal bilateral es una entidad poco habitual en recién nacidos. Su etiología es idiopática o traumática obstétrica, asfixia, shock, coagulopatía, etc. Clínicamente puede presentar anemia o ictericia. Puede asociar trombosis de la vena renal e insuficiencia adrenal. El diagnóstico se realiza por ecografía abdominal.

Caso clínico: Recién nacida mujer de 3 días de vida que ingresa en la Unidad Neonatal por hiperbilirrubinemia, hipoglucemia y anemia. Parto vaginal con ventosa a las 39 + 5 semanas de edad gestacional. Gestación controlada sin incidencias presentadas ecografías prenatales normales. Apgar al minuto 7/10 y a los 5 minutos 10/10. No precisa reanimación neonatal. A su ingreso se instaura tratamiento con fototerapia por hiperbilirrubinemia que se mantiene 3 días, hipoglucemia aislada asintomática con controles posteriores normales y anemia realizándose ecografía cerebral no objetivándose patología y ecografía abdominal en la que se aprecian colecciones anecoicas en relación con hemorragia suprarrenal bilateral en estado de licue-

facción. La hemorragia suprarrenal derecha mide 4 x 2,4 cm y la izquierda 2,3 x 3,3 cm. En controles posteriores se aprecia amplio contenido ecogénico en el interior de suprarrenal izquierda en relación con sangrado. Posteriormente persiste colección quística suprarrenal bilateral y la suprarrenal izquierda se encuentra llena de detritus. A pesar del tamaño de las hemorragias en ningún momento se palpan masas abdominales, y clínicamente se encuentra asintomática.

Discusión y conclusiones: 1) La hemorragia suprarrenal bilateral es una patología poco habitual dada su poca frecuencia de publicación en la literatura tras realizar búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre este tema. 2) En estos casos de hemorragia suprarrenal bilateral hay que plantear diagnóstico diferencial con neuroblastoma neonatal y descartar insuficiencia adrenal aguda. Se realiza estudio hormonal, catecolaminas en orina, control de tensión arterial, diuresis e iones y ecografías seriadas. En nuestro caso analíticas normales y ecografía a los 43 días de vida normal.

P966 18:35 INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS: ASPECTOS POR RESOLVER

Romy Rossich Verdés, Anna Fàbrega Riera, Silvia Redondo Blázquez, Jesús Quintero Bernabeu, César Ruiz Campillo, Félix Castillo Salinas

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La infección congénita por citomegalovirus (CMV) es la infección viral intrauterina más frecuente. Afecta al 1% de los recién nacidos vivos, presentando al nacimiento sintomatología el 10% de ellos.

Objetivo: Presentar un caso de infección por CMV congénita y revisar la situación actual de esta patología.

Caso clínico: Recién nacido de 34^{6/7} semanas de gestación. La ecografía a las 34 semanas muestra retraso de crecimiento intrauterino, con signos de redistribución hemodinámica y derrame pericárdico; controles ecográficos previos correctos. La exploración física al nacimiento muestra distrés respiratorio, petequias, ictericia y hepatoesplenomegalia. La RX de tórax evidencia cardiomegalia y la ecocardiografía muestra derrame pericárdico. Inicialmente presenta hipoglucemias, colestasis, citolisis, anemia, trombopenia y coagulopatía. IgM total: 44 mg/dL. Estudios microbiológicos: cultivo de orina para CMV positivo; IgG e IgM para CMV positivas; serologías maternas: IgG CMV positiva e IgM CMV negativa. Resto de estudios microbiológicos y cribaje de metabolopatías negativos. No presenta signos de coriorretinitis. En el TC y la RMN cerebrales se evidencia un foco de displasia cortical y hemorragias periventriculares y cerebelosas. Se diagnostica de infección congénita por CMV y a las 48 horas de vida se inicia tratamiento con ganciclovir, tras lo cual presenta mejoría clínica y analítica.

Discusión y conclusiones: La infección por CMV congénita presenta grandes incertidumbres que los conocimientos actuales no resuelven: 1) La relación entre la edad gestacional en el momento de la infección materna y la evolución del feto. 2) El cribaje universal para la infección por CMV durante el embarazo no forma parte de las recomendaciones actuales. Más del 60% de neonatos infectados intraútero por CMV nacen de madres con inmunidad preconcepcional, ya que la tras-

misión intraútero puede producirse durante una primoinfección o en reactivaciones o reinfecciones de madres seropositivas. 3) El tratamiento precoz con antivirales está recomendado en pacientes sintomáticos y podría disminuir la aparición de secuelas neurosensoriales. Incluso en pacientes asintomáticos al nacimiento existe riesgo de secuelas neurosensoriales. En el momento actual no existe un consenso internacional para decidir el manejo diagnóstico y terapéutico de estos casos.

P967 18:40 ASCITIS URINARIA NEONATAL COMO CONSECUENCIA DE DIVERTÍCULO URETRAL

Gloria Moreno Solís, David García Aldana, Cristina Herráiz Perea, María Dolores Huertas Muñoz, Inés Tofé Valera, Francisco Miguel Pérez Fernández, Inmaculada Raya Pérez, María Dolores Martínez Jiménez, Marina Calvo Fernández, Rafael González de Caldas Marchal

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La ascitis neonatal es de causa urinaria en el 40% de los casos; de éstos, en el varón el 70% es secundaria a la existencia de valvas de uretra posterior. Otra de las causas obstructivas, más rara, son los divertículos de uretra en valva anterior, que al llenarse durante la micción provocan su compresión extrínseca, y cuyo diagnóstico se confirma durante la fase miccional de cistouretrografía. La extravasación urinaria con o sin ascitis se ha relacionado con una disminución de la presión que soportaría la vía urinaria y consecuentemente una mejor preservación de la función renal.

Caso clínico: RNAT de 3.130 g de peso al nacimiento, que ingresa con diagnóstico intraútero de dilatación de pelvis renal izquierda, tumoración de riñón derecho que no permite identificar estructuras y ascitis. *Exploración al ingreso:* BEG, abdomen distendido, a la palpación tenso, doloroso, sin identificar masas. Hidrocele bilateral. Resto de la exploración física sin hallazgos patológicos. *Exámenes complementarios:* hemograma y función renal normales. Sedimento de orina, hemocultivo y repetidos urocultivos negativos. Ecografía abdominal: líquido perirrenal derecho; riñón izquierdo con leve dilatación y rotura de un cáliz renal; líquido libre peritoneal. Se procedió al sondaje vesical al nacimiento, con desaparición de la ascitis clínica y radiológicamente a las 72 horas de vida, persistiendo poliuria durante todo el ingreso. Se realiza la CUMS en la que se evidencia imagen compatible con divertículo sacular de uretra anterior; RVU bilateral grado III; no se observan valvas de uretra posterior. Ha recibido tratamiento profiláctico durante su ingreso con cefotaxima y tobramicina. Queda pendiente de tratamiento quirúrgico.

Comentarios: 1) La ascitis urinaria neonatal es una entidad que requiere diagnóstico etiológico inmediato así como un soporte adecuado para preservar la función renal. En nuestro caso, la rotura del cáliz renal que provocó la ascitis urinaria fue un factor protector renal. 2) El diagnóstico prenatal de ascitis urinaria en un feto varón obliga a descartar patología urológica obstructiva grave. Si bien la causa más frecuente son las valvas en uretra posterior no hay que olvidar la posibilidad de otras menos frecuentes como los divertículos uretrales. 3) Los divertículos urinarios suelen asociar otras malformaciones como valvas de uretra posterior, estenosis meatales, epispadias e hipospadias que no estaban presentes en nuestro caso.

INFECTOLOGÍA

Sala 131 (Planta 1)

P968

17:15

TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR DE LARGA EVOLUCIÓN. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Andrés Hagerman Sánchez, Purificación Moreno Pascual, David Moreno Pérez, Marta Cruz Cañete, Francisco Jesús García Martín, Antonio Jurado Ortiz

Hospital Materno Infantil, Málaga.

Introducción: La tuberculosis es una de las principales enfermedades a considerar en el niño emigrante, con una incidencia de hasta 12%. Las manifestaciones extrapulmonares se presentan en el 25-30% de los casos, La afectación articular se presenta en un 3%.

Objetivo: Describir los casos de tuberculosis osteoarticular en nuestro medio.

Método: Estudio retrospectivo de los niños con tuberculosis osteoarticular en nuestro hospital en los últimos 5 años.

Resultados: 4 casos con una media de edad de 5,2 años. Tres de ellos de origen inmigrante, provenientes de Marruecos; Con un tiempo medio de evolución de 12 meses. *Antecedentes personales-familiares:* BCG en el 50% de los pacientes, quimioprofilaxis en el 25% con isoniazida. Contacto con bacilíferos en el 75%. *Manifestaciones clínicas:* fiebre (25%), Impotencia funcional y deformidad de la articulación afecta (rodilla, cadera, tobillo y vertebra) en el 100% de los casos, signos inflamatorios locales tan sólo en el 50%. *Pruebas complementarias:* Mantoux: más de 5 mm en todos (media de 14,75 mm). VSG media: 33,25 mm, PCR: 11,4 mg/L, radiografía de torax: normal (100%), TAC de torax: adenopatías calcificadas e infiltrado en lóbulo superior derecho en un caso. Lowestein y Ziehl-Neelsen: negativo (50%), el resto no fue realizado, afectación articular radiológica en el 100%; biopsia en 3 casos (2 positivas para *Mycobacterium tuberculosis* sensible a isoniazida y rifampicina). *Tratamiento:* 2 casos (artritis de tobillo y espondilodiscitis L3) isoniazida, rifampicina y pirazinamida, y resto (artritis de rodilla y cadera): isoniazida, rifampicina, pirazinamida y estreptomycin, presentando todos buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Es obligatorio descartar tuberculosis en las monoarticular, sobre todo si proceden de zonas de alta endemia.

P969

17:20

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LACTANTES MENORES DE 1 AÑO

Nuria Millán García del Real, Nicola Portolani, Laura Gil Juanmiquel, Mercè Boronat Rom, Josefa Suñé Gracia, Isabel Roca Bielsa, María Boronat de Ferrater, María del Carmen Ferrer Blanco, Antonio Carrascosa Lezcano

Servicio de Pediatría General del Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Estudio retrospectivo y descriptivo de los lactantes menores de 12 meses con infección del tracto urinario ingresados en el período de un año.

Material y métodos: Se revisan 143 historias de pacientes con ITU, y se analizan distintos parámetros: edad, sexo, resultados de las pruebas de imagen realizadas (ecografía renal, gammagrafía renal y cistouretrografía miccional seriada), y parámetros

analíticos encontrados valorando: leucocitosis > 15.000, neutrofilia > 60%, bandas > 5%, PCR > 5 mg/dl.

Resultados: De las 143 historias de pacientes con ITU, 106 son menores de un año: 80 menores de 6 meses y 50 menores de 3 meses. Entre estos 106 pacientes encontramos 59 varones y 47 mujeres, de edad media de 4,25 meses (rango < 1mes-12 meses.) Se practicaron 106 ecografías renales, de las cuales 69 (65,1%) fueron normales. Las alteraciones más frecuentes fueron la ectasia piélica en 11 casos (10,4%) y la asimetría del tamaño renal en 9 casos (8,5%). La CUMS se realizó a 100 pacientes, el 77% fueron normales, en un 20% se detectó reflujo vesicoureteral y en un 3% se detectaron otras anomalías. Se realizaron 85 gammagrafías renales, 34 (40%) resultaron normales, 39 (45,8%) presentaban afectación unilateral (uni o plurifocal) y 9 (10,5%) eran bilaterales. En 3 casos los hallazgos correspondían a patología previa. Se dividen los pacientes en dos grupos (DMSA patológico y DMSA normal). Los pacientes con DMSA patológico presentaron en un 75% una PCR > 5 mg/dl, en un 75% una leucocitosis > 15 x 10⁹/L, en un 35,4%, neutrofilia > 60% y en un 20,8% presentaron bandas > 5%. Los pacientes con DMSA normal presentaron en un 35,2% una PCR > 5 mg/dl, en un 73,5% una leucocitosis > 15 x 10⁹/L, en un 11,7% de neutrofilia > 60% y en un 14,7% presentaron bandas.

Conclusiones: Las ITUs en menores de 6 meses representan un 80% del total de pacientes menores de un año ingresados por ITU. Las alteraciones de la gammagrafía renal no siempre están relacionadas con la presencia de reflujo. La gammagrafía renal es la exploración que con mayor frecuencia detecta hallazgos patológicos en el parénquima renal. Se observa cómo la frecuencia de una PCR > 5 y una neutrofilia > 60% es mayor en los pacientes con DMSA patológico respecto a los del DMSA normal.

P970

17:25

NIÑO DE 7 AÑOS CON MIALGIAS GENERALIZADAS Y EDEMA PALPEBRAL BILATERAL

Roi Piñeiro Pérez, Christian Garriga Braun, Marta Barrios López, Rocío Casado Picón, Pablo Rojo Conejo, María Isabel González Tomé, Julián Clemente Pollán, Jesús Ruiz Contreras

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Caso clínico: Niño de 7 años que consulta en urgencias por cuadro de 5 días de evolución que se inicia con fiebre de hasta 38,5 °C y se sigue de febrícula, edema palpebral bilateral, cefalea frontal pulsátil y mialgias generalizadas, sobre todo durante los 2 días previos. Padre ingresado con clínica similar, precedida de cuadro de gastroenteritis (GEA) de 3 semanas de evolución con coprocultivos negativos y analítica de sangre con eosinofilia como único hallazgo reseñable. Abuelos paternos con GEA durante una semana y aparición posterior de mialgias, dolor abdominal inespecífico y edema palpebral. Madre con febrícula y edema palpebral. Como antecedente destaca la ingesta hace 3 semanas de chorizo y jamón de jabalí procedente de un coto de caza, con un control veterinario supuestamente realizado. *Pruebas complementarias:* sistemático de sangre: 7.300 Leucocitos con 14% de eosinófilos, resto normal. Bioquímica: CK 314 UI/L, LDH normal, proteínas totales y albúmina normales, resto normal. Sistemático de orina y sedimento: normales. Hemocultivos: negativos. Serología para *Trichinella spiralis* a las 3 semanas: Negativo. A las 4 semanas: Positivo. Serología para

Fasciola hepática: negativo. *Evolución*: ante la sospecha clínica de triquinosis se pauta tratamiento empírico con Albendazol durante 10 días, asociado a prednisona e ibuprofeno durante los primeros 5 días, desapareciendo la sintomatología a partir del cuarto.

Discusión: La triquinosis es una zoonosis de declaración obligatoria transmitida a los humanos por la ingestión de carne cruda o poco cocinada de cerdo, jabalí o caballo contaminados. Su incidencia en los países desarrollados debe ser baja debido a los controles de Salud Pública; sin embargo, durante el período 2001-2005 se han registrado en España 160 casos. La presencia de edema palpebral asociada a fiebre y mialgias en varios miembros de una misma familia nos debe hacer sospechar y tratar precozmente una parasitosis potencialmente mortal, cuyo diagnóstico definitivo es además tardío. Su escasa prevalencia hace que en la actualidad aún no exista acuerdo en el antihelmíntico a utilizar, a qué dosis y cuánto tiempo, ni tampoco en el empleo o no de corticoides.

P971

17:30

ESPONDILODISCITIS CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Elodia Alemany Massia, Antonio Marco Lliteras, Andrés Pérez López, Montserrat Pons Rodríguez, Sonia Yeste González, Isidre Marimón Juan, Francisca Jiménez Ignacio, Gloria Pinzón Balbuena, Iliana Barros Brito, Roberto Romeo Bocco
Fundación Hospital de Manacor, Baleares.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un lactante de 9 meses, con un cuadro de tortícolis e irritabilidad de 2 semanas de evolución, que no había mejorado con tratamiento antiinflamatorio. En su primera valoración en urgencias destacaba en la exploración física una leve limitación a la movilización lateral y flexoextensión del cuello, siendo el resto de la exploración y la exploración neurológica normales. Los estudios complementarios aportaron los siguientes datos: Hb 10,4 g/dl, Hto 31,7%, leucocitos 16.340 (58% N, 33% L, 8% M), plaquetas 528.000, VSG 61 mm/h, prot C reactiva 0,7 mg/dl. En la radiografía se objetivó una lesión lítica en C4. La resonancia magnética (RM) cervical mostró una espondilodiscitis de C3-C4 con importante edema del disco y pequeño absceso prevertebral. La gammagrafía fue normal. Se instauró tratamiento antibiótico con cloxacilina y cefotaxima endovenosa, manteniéndose una actitud conservadora. A los 10 días se cambió el tratamiento por amoxicilina-clavulánico oral, que se mantuvo durante 3 semanas. La evolución clínica fue excelente, desapareciendo la sintomatología a los pocos días de iniciado el tratamiento, y normalizándose la VSG y la proteína C reactiva. Los hemocultivos (x2) fueron negativos.

Discusión: La espondilodiscitis es una entidad rara, siendo la localización cervical la más infrecuente. Suele presentarse con una sintomatología insidiosa e inespecífica, lo que a veces resulta en un retraso diagnóstico importante (hasta 14 semanas según series). Por ello, es importante incluirla en el diagnóstico diferencial de tortícolis en lactantes, para llegar a un pronto diagnóstico e iniciar un tratamiento precoz. La etiología infecciosa es la más aceptada, siendo el *S. Aureus* el germen más frecuentemente aislado. Aun así, el diagnóstico etiológico es infrecuente, dado que la biopsia percutánea y los hemocultivos presentan una baja rentabilidad. El manejo conservador con tra-

tamiento antibiótico durante 4-6 semanas suele llevar a la curación sin secuelas, aunque hay casos descritos con complicaciones que han precisado intervención quirúrgica.

P972

DENGUE HEMORRÁGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gema Tesorero Carcedo, Miguel Ángel Roa Francia, Carmen Troyano Rivas, Diego Hernández Martín, Leticia Albert de la Torre, Rebeca Villares Alonso, María Arriaga Redondo, Cristina Ortiz-Villajos Maroto, Nuria Gutiérrez Cruz, Pedro José Pujol Buil
Hospital General de Móstoles, Madrid.

17:35

Introducción: La fiebre Dengue está producida por un flavivirus; transmitida por el *Aedes aegypti*, *A. polynesiensis* y *A. albopictus* (recientemente identificado en España). Es la enfermedad viral por picadura de mosquito más prevalente, con 100 millones de infecciones al año. El cambio climático podría inducir la aparición de esta enfermedad en España, actualmente endémica en Asia tropical, América Central, Sudamérica y Caribe. Existen cuatro grados de enfermedad: I leve, II con hemorragia, III y IV pueden cursar con shock. Enfermedad a tener en cuenta en viajeros a zonas tropicales, aunque en niños viajeros es poco frecuente.

Caso clínico: Niño de 11 años, único antecedente de interés de meningitis vírica a los 7 años; recién llegado de un viaje de 2 semanas a Veracruz (México), refiere fiebre alta de 6 días de duración, astenia, exantema en tronco y posteriormente en miembros, sin afectar a palmas y plantas, aportando serología hecha en México de Dengue (IgM e IgG negativas) y hemograma normal. En la analítica de urgencias presenta leucopenia, trombopenia y linfocitos atípicos. En el ingreso presenta fiebre alta durante los tres primeros días y trombocitopenia, 3 episodios de epistaxis, sin presentar en ningún momento hipoperfusión ni datos clínicos de shock. A partir del cuarto día comienza la mejoría clínica con desaparición progresiva del exantema y aumento de la cifra de plaquetas. Permanece ingresado durante 7 días, recibiendo el alta con normalidad en la exploración física y hemograma normal; con la sospecha clínica de Dengue en forma hemorrágica (II), confirmada posteriormente con serología IgM e IgG positiva.

Discusión: El Dengue es una enfermedad con elevada prevalencia mundial, poco frecuente en nuestro medio. Puede presentar formas graves, poco frecuentes, pero imprevisibles. Es necesario tener en cuenta la posibilidad de serologías negativas en las primeras fases que originan confusión. En el niño viajero es necesario tener en cuenta este diagnóstico (principalmente inmigrante a zonas urbanas endémicas). Existe la posibilidad de enfermedad endémica en España como consecuencia del cambio climático.

P973

SÍFILIS CONGÉNITA EN HIJO DE MADRE CON SEROLOGÍA LUÉTICA "NEGATIVA"

Carlos Herrero Hernando, Anna Knörr Puigdemont, Noemi Contreras Balada, Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria
Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) y Universidad Autónoma, Barcelona.

17:40

Antecedentes: La sífilis congénita en España tiene una muy baja incidencia (0,03 casos/10⁵ habitantes en 2005), en gran me-

didada gracias al estricto control serológico de las embarazadas. En los últimos 3 años se ha apreciado un aumento en la incidencia de sífilis en adultos, lo que puede comportar también un incremento de la incidencia de la forma congénita.

Métodos: Revisión de 1 caso de sífilis congénita diagnosticado en nuestro centro.

Resultados: Lactante de 51 días, fruto de una gestación no controlada de madre cocainómana, que consulta en urgencias por exantema, tos, rinorrea y rechazo del alimento. **Antecedentes:** parto eutócico a término en otro centro; ante el nulo control de la gestación, se realizó test urgente de VIH materno intraparto que resultó positivo y serologías para hepatitis B, lúes y toxoplasma que fueron negativas. **Exploración física:** exantema maculopapular eritematoso con halo descamativo, de elementos de 0,5 a 2 cm diámetro, que afecta palmas, plantas y extremidades. Lesión ulcerativa en mucosa labial superior y rinitis sanguinolenta. Esplenomegalia blanda de 5 cm y una hepatomegalia de 3 cm. Los análisis revelan una importante anemia con esquistocitos, que precisa transfusión de concentrado de hemáties, y un discreto aumento de la proteína C reactiva. Evolución: ingresa para estudio y, ante la sospecha clínica de sífilis congénita, se practica una serología luética al lactante y se repiten las serologías maternas. El lactante presenta un RPR positivo en suero, sin alteraciones del LCR; se instaura tratamiento con penicilina endovenosa. La repetición de la serología inicial materna reveló un RPR > 1/256, inicialmente no observado por fenómeno prozona, por lo que también se realizó tratamiento materno. La sintomatología remitió progresivamente. Siguió control en nuestras consultas externas, sin presentar complicaciones de la sífilis congénita precoz. Se confirma la infección por VIH del lactante mediante determinación de RNA de VIH y DNA pro-viral. Actualmente se halla en tratamiento anti-retroviral, con buena evolución.

Conclusiones: La sífilis congénita debe ser considerada como diagnóstico ante una clínica compatible a pesar de resultados serológicos negativos maternos, en especial en madres de riesgo. El tratamiento correcto en la fase precoz evita las complicaciones derivadas de ella y la evolución a sífilis congénita tardía. El repunte de la sífilis en la edad adulta en estos últimos años obliga a extremar las medidas preventivas para evitar el potencial aumento de la incidencia de sífilis congénita.

P974

ABSCESO CEREBRAL EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Beatriz Navarra Vicente, Beatriz Fernández Vallejo, Itziar Carceller Beltrán, Yolanda Aliaga Mazas, Paula Higuera Sanjuán, Margarita Bouthelier Moreno, Luis Miguel Ciria Calavia, Fernando de Juan Martín

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El absceso cerebral tiene una incidencia aproximada en pediatría de 4 casos por millón de habitantes y año. Tiene una elevada morbimortalidad, presentando actualmente mejor pronóstico gracias a las modernas técnicas de neuroimagen y de cultivo bacteriológico, así como a los avances en neurocirugía.

Casos clínicos: *Caso 1:* niña de 7 años con cuadro de letargia, asociado a fiebre, cefalea y vómitos los días previos. Sospecha de sinusitis 2 meses antes. En el servicio de urgencias afebril,

exploración neurológica normal con tendencia al sueño y edema de papila bilateral. Se realizó TAC craneal mostrando lesión ocupante de espacio en lóbulo frontal derecho compatible con absceso cerebral. El diagnóstico de confirmación se realizó por RMN. Preciso drenaje neuroquirúrgico y antibioterapia con cefotaxima y metronidazol, siendo la evolución favorable. En cultivo absceso cerebral aislamiento *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus mitis* y *Haemophilus aphrophilus*. *Caso 2:* niño de 12 años con cefalea, fiebre y vómitos de 2 días de evolución. Como antecedente, otitis media aguda 2 semanas antes. A la exploración presenta parálisis facial derecha periférica, afasia motora y disminución de la motilidad fina derecha. Mediante TAC craneal se visualiza imagen compatible con abscesos cerebrales a nivel frontotemporal izquierdo. Se trató con cefotaxima, vancomicina, metronidazol, dexametasona y fenitoina, con drenaje neuroquirúrgico posterior. No fue posible el aislamiento del agente etiológico.

Comentarios: El absceso cerebral es una patología infrecuente en pediatría, debiéndose sospechar ante la existencia de síntomas neurológicos acompañados de fiebre, especialmente si están asociados a infecciones otorrinolaringológicas. Resulta difícil el aislamiento del agente etiológico, debiéndose instaurar antibioterapia de amplio espectro orientada en función de la patología asociada. La ausencia de fiebre no descarta el diagnóstico.

P975

PAROTIDITIS AGUDA SUPURATIVA NEONATAL

Gonzalo Botija Arcos, Ana Coral Barreda Bonis, Teresa Aranda Calleja, Fernando Baquero Artigao, María Jesús García-Miguel, Fernando del Castillo Martín

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La parotiditis supurativa es una infección infrecuente en el período neonatal, cuyo principal agente etiológico es *S. aureus*. Se caracteriza por inflamación parotídea, generalmente unilateral, y síntomas generales inespecíficos.

Material y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los casos de parotiditis clínica confirmados por ecografía en niños menores de 30 días ingresados en nuestro hospital en los últimos 4 años (2003-2006).

Resultados: Durante el período de estudio se diagnosticaron cinco casos de parotiditis aguda supurativa neonatal, todos nacidos a término, tres de ellos varones, con edades comprendidas entre los 12 días y 30 días de vida. Como factores de riesgo un niño tenía antecedente de mastitis materna y otro había ingresado previamente por síndrome febril sin foco. En todos los casos se evidenció tumefacción en región parotídea con borramiento del ángulo mandibular y síntomas generales inespecíficos como llanto, irritabilidad y rechazo de tomas. Dos de los casos se presentaron en el contexto de una sepsis tardía y otros dos cursaron sin fiebre. La analítica mostró leucocitosis con desviación izquierda y aumento de PCR en dos casos, leucopenia en otros dos y normalidad en el quinto. Los valores de amilasa fueron normales. La ecografía parotídea clarificó el diagnóstico en todos los casos, observándose datos de inflamación intraglandular como aumento de la vascularización y ecogenicidad heterogénea. El hallazgo de drenaje purulento por el conducto de Stenon sólo se objetivó en dos casos, cuyo cultivo fue positivo para *S. aureus*. En los dos pacientes con sepsis tardía se ais-

17:50

17:45

ló *S. agalactiae* en el hemocultivo. En un caso no fue posible el aislamiento del agente etiológico. Todos los casos evolucionaron de forma favorable con el empleo parenteral de cloxacilina (en las parotiditis estafilocócicas) y cefotaxima (en las parotiditis estreptocócicas).

Conclusiones: La parotiditis supurativa neonatal es una enfermedad poco frecuente. El diagnóstico debe ser clínico y confirmarse por ecografía, no siendo de ayuda la determinación de amilasa. El drenaje de material purulento por el conducto de Stenon, aunque considerado patognomónico, no aparece en todos los casos. Encontramos dos casos de parotiditis por *S. agalactiae* formando parte de una sepsis tardía, hallazgo excepcional en la literatura. El tratamiento antibiótico parenteral consigue la curación sin secuelas.

P976 17:55 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A VIRUS HERPES 6 EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Silvia Moriano León, Francisco Climent, Ana María González Fernández, F. Javier Aracil, María Isabel de José Gómez
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El síndrome hemofagocítico es una enfermedad rara (incidencia en niños: 1 caso x millón) con una alta morbimortalidad. Se encuentra incluido dentro de las histiocitosis de clase II y puede ser familiar (linfocitosis eritrofágica familiar) o secundaria a enfermedades subyacentes (infecciones, neoplasias u otras). Para su diagnóstico se deben de cumplir 5 de los 8 criterios siguientes: fiebre, esplenomegalia, citopenia en al menos 2 líneas celulares, triglicéridos > 200 mg/dl o fibrinógeno < 1,5 g/l, ferritina > 500 µg/l, sCD 25 > 2.400 U/ml, disminución o ausencia de actividad de las natural killer y hemofagocitosis en la médula ósea, líquido cefalorraquídeo o ganglios. Para su tratamiento aún no hay protocolos consensuados pero se basa en medidas de soporte, tratamiento de la alteración de la coagulación, corticoides en altas dosis e inmunosupresores, así como el tratamiento de la enfermedad de base en los casos secundarios.

Caso clínico: Niño de 3 años, diagnosticado de hipogammaglobulinemia IgA e IgG, que ingresa por fiebre de mes y medio de evolución. En la exploración física presenta palidez cutáneo-mucosa, poliadenopatías, hepatomegalia de 3 cm y esplenomegalia de 8 cm. *Exploraciones complementarias:* Hb 6,6, Hto 19%, leucocitos 6.200/µ, neutrófilos 3.600/µ, plaquetas 134.000/µl, LDH 618 U/l, triglicéridos 354, fibrinógeno 132 mg, ferritina 726 ng/ml, PCR 60,47 mg/l. El estudio microbiológico fue negativo salvo PCR positiva de virus herpes 6. Médula ósea (3 controles) sin lesiones histológicas significativas. LCR pleocitosis. CD25 22.935 pg/ml, que completaría los 5 criterios necesarios para su diagnóstico, por lo que se inicia tratamiento con ciclosporina A y corticoides, cediendo la fiebre a las 48 horas y con disminución progresiva de la esplenomegalia y adenopatías. El tratamiento con ciclosporina A y corticoides se mantuvo durante 3 meses, disminuyendo hasta suspenderlos 2 meses después. También se pautó tratamiento con ganciclovir, meropenem, anfotericina B y gammaglobulina IV/2 semanas y fue necesaria una transfusión al inicio del cuadro.

Conclusiones: El síndrome hemofagocítico es una entidad rara pero con una importante morbimortalidad, por lo que se debería plantear su diagnóstico ante un paciente con fiebre persis-

tente, esplenomegalia y pancitopenia para iniciar su tratamiento lo antes posible.

P977 18:00 COMPLICACIONES INTRACRANEALES DE LA OTITIS MEDIA AGUDA

María Jose Pérez García, Maitane Andiñón Catalán, Blanca Molina Angulo, Gloria Domínguez Ortega, Juan Carlos Molina Cabañero
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

Antecedentes y objetivos: Las complicaciones intracraneales se producen cuando la infección del oído medio se extiende más allá del hueso temporal dando lugar a meningitis, abscesos, trombosis de los senos, etc. El objetivo es analizar las características de los pacientes atendidos en nuestro centro en un período de 5 años.

Métodos: Revisión retrospectiva durante 5 años (junio 2001-junio 2006). En este período 9 niños han presentado alguna complicación intracraneal en el curso de una otitis con mastoiditis aguda.

Resultados: Se han incluido 9 pacientes (5 niños y 4 niñas) con edades comprendidas entre 14 meses y 12 años diagnosticados de: trombosis del seno venoso transversal, del seno sigmoide (2), del seno lateral, de la vena yugular (2), absceso epidural (2), meningitis (2), parálisis del VI par (2), del VII par, absceso cerebeloso, absceso en fosa temporal, neuronitis vestibular y accidente vascular. 5 niños mantienen secuelas graves. El resto de las características se describen a continuación:

Características	Total	P complementarias	Total
Antecedentes de otitis media recurrente	5	Cultivo de exudado ótico (+)	1
Antibioterapia previa	5	Hemocultivos (+)	0
Fiebre > 38 °C	7	Leucocitos > 15.000	5
Días de fiebre previos (media)	6,4	Neutrófilos > 10.000	4
Otalgia/irritabilidad	4	PCR > 7 mg/dl	6
Otorrea	4	Afectación mastoidea en prueba de imagen	9
Signos retroauriculares	5		
Cefalea	5		
Síntomas neurológicos	6		

Conclusiones: 1) Los signos clínicos de afectación mastoidea no son evidentes en todos los casos. 2) Los marcadores biológicos de infección (leucocitosis, neutrofilia, elevación de la proteína C-reactiva) no siempre están presentes. 3) La afectación intracraneal secundaria a las infecciones del oído medio tienen mal pronóstico ya que ocasiona con frecuencia secuelas a largo plazo.

P978 18:05 MENINGITIS POR EL VIRUS TOSCANA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Troyano Rivas, Miguel Ángel Roa Francia, Gema Tesorero Carcedo, Leticia Albert de la Torre, Diego Hernández Martín, Pedro José Pujol Buil
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: En la última década asistimos a la aparición de enfermedades por Arbovirus, alguno de los cuales repre-

senta un importante problema sanitario, como el virus del Nilo Occidental (WNV), junto con el virus Sicilia, Nápoles y Toscana (vTOS). El vTOS es el único arbovirus autóctono, patógeno para el hombre, detectado en nuestro país. El vTOS produce patología en países ribereños del Mediterráneo. Es un arbovirus, género Phlebovirus, familia Bunyaviridae, transmitido por picadura de flebotomos, sobre todo *P. perniciosus* y *P. perfiliewi*. Produce cuadros asintomáticos habitualmente, cuadros febriles autolimitados o cuadros neurológicos como meningitis o meningoencefalitis más raramente. Se encuentran seroprevalencias más elevadas a mayor edad, da clínica en adulto joven y es rara en niños, fundamentalmente por debajo de 10 años. En 2005 no fue diagnosticado ningún caso de meningitis por este virus en nuestra comunidad.

Caso clínico: Varón de 8 años de edad que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y vómitos, con fiebre (t^a máxima 38,4 °C), dolor ocular, cefalea y anorexia. En la exploración presenta buen estado general, bien hidratado, sin exantemas ni edemas, sin adenopatías. No se hallan alteraciones en la exploración cardiopulmonar ni abdominal, así como en la neurológica. La persistencia de fiebre, cefalea y fotofobia llevan a la realización de un estudio analítico básico que resulta normal, y una punción lumbar que presenta: glucosa 61mg/dl, proteínas totales 41 mg/dl, hematíes 15/mcl, leucocitos 77/mcl con 98% de mononucleares. Cultivos bacterianos negativos. La fiebre desaparece en 24 horas y es dado de alta en 72 horas. El estudio virológico muestra un estudio de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) negativos para herpes simple, varicela zoster, CMV, herpes virus humano 6, Ebstein-Barr y enterovirus negativos. PCR genérica múltiple para arbovirus: Flavivirus negativa, Phlebovirus positiva. Se amplifica Phlebovirus caracterizado como virus Toscana.

Comentarios: El nuestro es probablemente uno de los casos de meningitis por vTOS más jóvenes de nuestro país. Esta presentación en niño de corta edad podría significar una progresión de esta patología, ya que se presenta en adultos, áreas rurales y de la costa mediterránea. Se trata de un virus emergente y que deberá ser tenido en cuenta en las etiologías de las meningitis víricas en nuestro país.

P979

CEREBELITIS AGUDA COMO COMPLICACIÓN DE VARICELA

María Ángeles Requena Fernández, Tania Sempere Serrano, María Teresa Romero Rubio, Amalia Devesa Balmaseda, Ana María Fortea Palacios, Francisco Núñez Gómez
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Antecedentes y objetivos: La varicela es una enfermedad infectocontagiosa muy común y habitualmente benigna. No obstante, puede presentar una serie de complicaciones, entre las que destaca la ataxia cerebelosa o cerebelitis aguda. El objetivo de este estudio es analizar el patrón clínico y la evolución de la cerebelitis aguda postvaricela.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo mediante la revisión de los casos de cerebelitis aguda relacionados con varicela, que fueron diagnosticados en nuestro centro desde marzo de 1994 a agosto de 2006.

Resultados: Se diagnosticaron tres casos: dos niños (3 y 12 años) y una niña de 2 años. Ninguno de ellos presentaba antecedentes familiares ni personales de relevancia. La sintomatología al ingreso consistía en: temblor intencional e inestabilidad de la marcha con ampliación de la base de sustentación en los tres casos; vómitos precedidos de sensación nauseosa en dos de los pacientes; cefalea y mareo con sensación de giro de objetos en un caso. El inicio de los síntomas se produjo una semana tras la aparición del exantema en dos de nuestros pacientes y tan sólo dos días después de las primeras lesiones vesiculosas en uno de ellos. A la exploración, además del temblor intencional y marcha atáxica, destaca rigidez nuchal y Romberg positivo en uno de los casos. **Pruebas complementarias:** hemograma, bioquímica hemática y coagulación anodinos en todos ellos. Fondo de ojo, electroencefalograma, tomografía axial computerizada: normales. Se realizó punción lumbar en dos pacientes, siendo en ambos el cultivo de LCR negativo. El tratamiento pautado fue sintomático con fármacos antieméticos en los dos casos que asociaban vómitos y sensación nauseosa. La evolución fue favorable, objetivándose mejoría progresiva con reducción de los temblores y la inestabilidad de la marcha en todos ellos. Los días de ingreso fueron de 6, 11 y 13 días. Evolución clínica sin complicaciones, con exploración normal a la semana del alta en los tres casos.

Conclusiones: En todos los casos los síntomas de afectación del SNC fueron posteriores a la aparición del exantema, siendo la inestabilidad de la marcha y el temblor los más reseñables. Destaca la normalidad de las exploraciones complementarias y el diagnóstico eminentemente clínico del cuadro. La evolución fue excelente en todos estos pacientes, con desaparición de la sintomatología y la ausencia de secuelas.

P980

ESTUDIO DE LOS SEROTIPOS IMPLICADOS EN LA ENFERMEDAD INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* Y SENSIBILIDAD A DISTINTOS ANTIBIÓTICOS

Milagrosa Santana Hernández, Ione Aguiar Santana, Ana Bordes Benítez, María Elena Colino Gil, Ana Todorcevic, 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 de los serotipos implicados en la enfermedad invasiva por neumococo en nuestro medio, así como su sensibilidad a la penicilina (PG), cefotaxima (CTX) y eritromicina (E).

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes ingresados en nuestro hospital por enfermedad invasiva por neumococo entre enero 2005 y enero 2007, así como de los serotipos implicados y su sensibilidad a los antibióticos referidos.

Resultados: 42 casos (el 71,4% en menores de 2 años), serotipándose 17 de los 19 casos de 2005 y 20 de los 23 registrados en 2006 (tabla1).

18:15

18:10

Tabla 1

Serotipo	Nº cepas		PG		CTX		E		
6A	7	2	2	S/I	I	S/S	S/I	S/I	R
18C	12	3	1	S	S	S	S	2S/I	I
10	23	1	3	S	S	S	S	S	2I/1S
9V	1	1	1	I	S	S	S	R	S
19F	19	1	7	I	I	S	6S/1I	R	6R/1I
19A	18	1	1	S	S	S	S	R	S
14	14	4	2	2S/2I	S	S	S	3R/1S	R
19	6	3	1	2S/1I	I	S	S	2R/1I	R
1	3	1	1	S	S	S	S	S	S
	15	1		I		S			S
2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006

S→a sensible; I→ intermedio; R→ resistente.

Conclusiones: El 58,8% de los serotipos en 2005 estaba incluido en la vacuna heptavalente frente al neumococo (88,2% si tenemos en cuenta los similares). En 2006, el 70% de los serotipos encontrados era similar a los incluidos en la vacuna. El 71,4% de los casos de enfermedad invasiva por neumococo se presentó en niños menores de 2 años. El 100% de los serotipos implicados eran sensibles a la cefotaxima y a la penicilina. En 2005, el 47% de los serotipos era resistente a la eritromicina (9V, 19F, 19A, 14 y 19) mientras que en el 2006 fue el 45% (6A, 19F, 14, 19).

P981**INCUMPLIMIENTO DEL ANTIRRETROVIRAL: COMPLICACIONES GRAVES EN UN PACIENTE DE 14 AÑOS****18:20**

Maidier Leunda Iruretagoyena, Nagore García de Andoain Barandiarán, Nere Aróstegui Careaga, Juncal Echeverría Lecuona, José Antonio Iribarren Loyarte, Francisco Rodríguez Arrondo Servicio de Pediatría y Servicio de Infecciosas del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción: El correcto cumplimiento del tratamiento anti-retroviral (TAR) en la infección VIH está consiguiendo mantener el adecuado funcionamiento del sistema inmunitario. Se presenta las importantes alteraciones clínicas secundario a interrupción voluntaria del TAR coincidiendo con la adolescencia en una niña de 14 años infectada de VIH por transmisión vertical (TV).

Caso Clínico: Paciente de 14 años que en el contexto de un cuadro febril no catalogado y coincidente con un absceso periodontal, presenta de forma aguda, marcada tumefacción cervical submandibular bilateral, dolorosa y blanda a la palpación, con borramiento del ángulo mandibular, mal delimitada, que ocasiona disnea. *Antecedentes personales:* VIH positiva por TV, tratada a lo largo de los años con AZT, DDI + crixivan y D4 + 3TC + ritonavir. Se mantiene asintomática con valores de CD4 > 1.000 células/mm³ y carga viral (CV) baja (1.000 copias/mL), hasta el período de incumplimiento; a partir del cual se observa descenso de CD4 y aumento de la CV (10.000 copias/mL) con antigenemia VIH positiva. Ante la sospecha de proceso linfoproliferativo maligno, se realiza estudio de ferritina (3.398 ng/mL), LDH (1.579 U/L), pruebas de función hepática (GOT 338 U/L; GPT 212 U/L; GGT 573 U/L), serología viral y cultivo

de médula ósea que fueron negativas. En el TC se apreciaban múltiples adenopatías retrocervicales, supraclaviculares y axilares. El estudio anatomopatológico evidenciaba histiocitosis difusa, sin hallazgos de malignidad. El drenaje del absceso periodontal y la terapia antibiótica contribuyeron a la disminución de la tumefacción hasta la normalidad. Pese a la mejoría clínica e instauración de nuevo TAR con trizivir y tenofavir en los 3 meses sucesivos, disminuye la CV pero continúa el descenso de CD4 hasta 250 células/mm³, iniciando nuevo cuadro febril con tos productiva que finaliza en una neumonía por *Pneumocystis Carinii* con buena respuesta a trimetopín-sulfametoxazol i.v. En el evolutivo posterior, continua con mismo tratamiento TAR, consiguiendo valores de CD4 > 300 células/mm³.

Conclusiones: Las terapias TAR actuales están consiguiendo mantener una buena evolución clínica en los niños infectados por VIH por TV. El incumplimiento de dicha terapia en nuestra paciente adolescente provocó complicaciones graves que obligó a descartar un proceso maligno.

P982**TOS FERINA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE SU INCIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS****18:25**

Sebastián Tornero Patricio, Daniel Nehme Álvarez, María José Carpio Linde, María del Mar Romero Pérez, Joaquín Romero Cachaza, José González Hachero

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

Antecedentes y objetivos: La tos ferina es una enfermedad infecto-contagiosa producida por *Bordetella pertussis* donde no siempre es posible su aislamiento bacteriológico. Su control epidemiológico es difícil a pesar de existir vacunación. Presentamos una revisión retrospectiva de los casos diagnosticados de tos ferina en nuestro servicio en los últimos 10 años.

Material y método: *Criterios de inclusión:* niños diagnosticados de tos ferina con confirmación bacteriológica mediante cultivo o PCR desde junio de 1996 hasta junio de 2006 (ambos meses incluidos). Se han recogido los siguientes datos: edad, sexo, estacionalidad, clínica, pruebas complementarias, tratamiento, días de hospitalización e inmunización recibida.

Resultados: La muestra está constituida por 31 casos, 19 niñas y 12 niños, con edades comprendidas entre 22 días y 12 años, siendo 24 casos (74,4%) menores de 6 meses. Dieciseis (51%) fueron diagnosticados en los meses de otoño-invierno. Todos los casos consultaron por accesos de tos con rubefacción facial y/o cianosis, presentando una niña de 12 años hemoptisis. Diecinueve niños (61,3%) tuvieron gallo inspiratorio y el mismo número tuvieron apnea. Sólo 7 casos (22,6%) presentaron fiebre. Tanto la auscultación cardiopulmonar como la Rx de tórax fueron normales en 22 casos (70,9%), en 7 casos se apreciaba imagen de hiperinsuflación pulmonar y/o aumento de la trama bronquial, y en 2 casos consolidación parenquimatosa. El rango de leucocitos era de 6.300 a 34.700/mm³, teniendo linfocitosis 19 casos (61,3%). Veintinueve (93,5%) de los niños fueron tratados con eritromicina, recibiendo salbutamol nebulizado 25 (80,6%), corticoides sistémicos 26 (83,9%) y oxígeno durante los accesos de tos 14 (45,2%). La estancia hospitalaria es de 11,3 días (rango: 3-24 días). Inmunización: 14 casos no habían iniciado la vacuna-

ción, 13 casos sólo recibieron 1 o 2 dosis previas a la enfermedad, 3 casos no seguían el calendario de vacunación y 1 caso tenía las cinco dosis de DTP.

Conclusiones: 1) El motivo de consulta en todos los niños fue los accesos de tos paroxística excepto en una niña de 12 años que consultaba por hemoptisis acompañando a la tos. 2) La ma-

yoría de los casos de tos ferina se producen en menores de 6 meses. 3) La inmunidad que aporta la vacuna antipertusis es limitada en el tiempo como ocurrió en la niña de 12 años con 5 dosis de DTP. 4) El diagnóstico de tos ferina se ve ayudado en gran medida por la PCR en exudado nasofaríngeo, técnica rápida y sensible.