

Jueves, 5 de junio (09:00 - 10:00)

COMUNICACIONES LIBRES I

Sala 13-14 (Planta Alta)

23

09:00

**EPIDEMIOLOGÍA, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN GALICIA Y ASTURIAS**

Sonsoles Suárez Saavedra, Antonio Rodríguez Núñez, José Antonio Iglesias Vázquez, Corsino Rey Galán, José Andrés Concha Torre, Luis Sánchez Santos

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña) y Sistema Médico de Emergencias de Galicia-061, A Coruña.

**Antecedentes y objetivos:** La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un proceso poco frecuente en pediatría con una elevada morbimortalidad. Nuestro objetivo es describir la epidemiología, manejo y evolución de las PCR extrahospitalarias atendidas por los servicios de emergencias.

**Métodos:** Estudio prospectivo, siguiendo las recomendaciones del estilo Utstein, de todas las PCR extrahospitalarias pediátricas (1 mes a 18 años) registradas desde el 1 Enero 2007 hasta el 31 Enero de 2008 en Galicia y Asturias. Se excluyeron 3 casos por no haber sido atendidos por los servicios de emergencias.

**Resultados:** Se analizaron 12 episodios. La media de edad fue de 82,42 meses (rango: 4-172). Seis casos eran varones. Entre las causas de la PCR se encontraron 2 síndromes de muerte súbita del lactante, 3 de causa respiratoria (incluyendo 2 ahogamientos), 1 cardiológica, 3 neurológica (incluye el traumatismo craneoencefálico) y otros 3 traumática. Casi el 60% tuvieron lugar en el domicilio y en la escuela. La mitad fueron directamente paradas cardíacas y la otra mitad paradas respiratorias que progresaron a cardíaca. El 42% fueron presenciadas y en ellas se iniciaron las maniobras de reanimación en el primer minuto excepto en 2 casos. En 5 casos se inició reanimación por testigos. En todos se ventiló con bolsa y mascarilla facial, y en el 83% se practicó intubación orotraqueal. Sólo se canalizó acceso venoso en el 25%, de los restantes en el 66% se consiguió vía intraósea. La adrenalina fue utilizada en 8 pacientes mientras que 2 recibieron atropina y 3 bicarbonato. Casi en el 60% se administró expansión de volumen. El ritmo cardíaco más frecuente fue la asistolia (58%), si bien 2 pacientes precisaron desfibrilación. En la mitad de los casos las maniobras de reanimación fueron eficaces, sin embargo sólo sobrevivieron finalmente 3 pacientes y únicamente uno sin secuelas.

**Conclusiones:** Los accidentes son la causa más frecuente de PCR en la infancia. El no haber registrado ninguna parada respiratoria manifiesta el retraso en el reconocimiento de la situación de parada. La mortalidad y morbilidad secundaria a los episodios de PCR extrahospitalaria es alta.

24

09:10

**REACTANTES DE FASE AGUDA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA. PROCALCITONINA COMO MARCADOR EVOLUTIVO**

Marta de los Arcos Solas, Corsino Rey Galán, José Andrés Concha Torre, José Alberto Medina Villanueva, Sergio Menéndez Cuervo

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

**Objetivo:** La procalcitonina (PCT) ha demostrado su utilidad como parámetro infeccioso, relacionándose con la gravedad y la mortalidad. El síndrome de isquemia-reperusión tras la parada cardiorrespiratoria (PCR) produce la liberación de mediadores inflamatorios en los tejidos hipóxicos e isquémicos. El objetivo de este trabajo es mostrar los valores de PCT y proteína C reactiva en pacientes pediátricos, en las primeras 24 horas, tras una PCR. **Material y método:** Se realizó un estudio retrospectivo en la UCIP del Hospital Universitario Central de Asturias durante un periodo de dos años. En once niños menores de 14 años se realizaron determinaciones de PCT y proteína C reactiva a las 12 y 24 horas después de sufrir una PCR. Siete de los pacientes sobrevivieron mientras que cuatro fallecieron.

**Resultados:** La mediana de PCT (rango) a las 12 horas tras la PCR fue 23,6 ng/mL (3,1-78,2) y de 79,1 ng/mL (32,8-300,8) en supervivientes y fallecidos respectivamente (p NS), mientras que a las 24 horas fue de 22,7 ng/mL (0,2-41,0) y 205,5 ng/mL (116,6-600,0) en supervivientes y fallecidos, respectivamente (p < 0,05). La mediana de proteína C reactiva a las 12 horas fue de 2,1 mg/dL (0,4-8,5) y 1,3 mg/dL (0,1-3,0) en supervivientes y fallecidos, respectivamente (p NS) mientras que a las 24 horas fue de 9,1 mg/dL (2,0-24,4) y 4,5 mg/dL (4,0-10,5) en supervivientes y fallecidos, respectivamente (p NS). El tiempo de PCR y el tiempo de inicio de la reanimación fueron dos parámetros que se correlacionaron positivamente con los valores de PCT a las 24 horas. Esta relación no se encontró en el caso de la proteína C reactiva.

**Conclusiones:** La determinación de PCT a las 12 y 24 horas después de una PCR puede ser útil como marcador de mortalidad en estos pacientes.

## 25 09:20 FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA A LA POBLACIÓN GENERAL: APRENDER A SALVAR VIDAS

María José Sastre Carrera, Isabel Celdrán Lucía,  
Jesús López-Herce Cid, Ángel Carrillo Álvarez

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud del C.M.S. Chamberí,  
Madrid, Ayuntamiento de Madrid y Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** El objetivo del estudio fue analizar la eficacia de la formación en reanimación cardiopulmonar básica (RCP) mediante cursos teórico-prácticos a la población general.

**Métodos:** Se realizaron cursos de formación en prevención y actuación ante situaciones urgentes con clases teóricas de prevención de la parada cardíaca, maniobras de RCP básica y clases prácticas de RCP básica con maniqués en el lactante, niño y adulto. Se realizó un cuestionario de evaluación teórica al inicio y al final del curso consistente en 10 preguntas con 5 opciones de respuesta, sobre actitudes prácticas basadas en supuestos clínicos. Se compararon los resultados de la evaluación teórica inicial y final, mediante la prueba de la t de Student para datos apareados y el análisis de la varianza (ANOVA) de medidas repetidas. Se realizó evaluación práctica continuada y evaluación práctica final de RCP básica. Se consideró que el alumno había alcanzado una preparación práctica suficiente cuando la puntuación global fue al menos de 3 puntos (máximo 5). Al finalizar el curso los alumnos cumplimentaron una encuesta anónima de satisfacción.

**Resultados:** Participaron un total de 609 personas. 89% mujeres con edad media de 44,6 años (rango 13 a 75). *Evaluación Teórica inicial:*  $3,6 \pm 1,4$  *Evaluación Teórica final:*  $7,9 \pm 1,5$  ( $p < 0,01$ ) máximo 10. Un 89,2% de los participantes alcanzaron una preparación práctica suficiente. No existieron diferencias significativas en la evaluación práctica en relación al sexo, nivel de estudios o profesión. En la encuesta de satisfacción la mayoría se sintieron más capacitados para actuar al final del curso  $4,2 \pm 0,2$ , escala 1 a 5 y recomendarían el curso a otras personas  $4,9 \pm 0,1$ , escala 1 a 5.

**Conclusiones:** Los cursos de RCP básica consiguen, que los ciudadanos que han sido entrenados, adquieran la habilidad necesaria para actuar correctamente en las situaciones vitales, de su entorno cotidiano, hasta la llegada de los servicios de emergencias; convirtiéndose en ese "primer eslabón de la cadena de supervivencia".

Es posible, una formación adecuada en reanimación cardiopulmonar básica en la población general, independientemente de la edad y nivel sociocultural.

## 26 09:30 RWANDA 2006: ¿RCP EN PAÍSES SUBDESARROLLADOS?

José Miguel Mataix Piñero, Noelia García Aracil,  
M<sup>a</sup> Elena Castejón de la Encina.

Grupo Alicantino de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica

En septiembre de 2006, en colaboración con el departamento de cooperación exterior de la Universidad Miguel Hernández de Elche, participé en un programa de formación en cuidados críticos para médicos y enfermeras Rwandeses. El objetivo es

identificar las dificultades presentadas y reflexionar acerca de la utilidad de programas de basado en la formación de sanitarios.

**Material y métodos:** Se impartieron clases teóricas y prácticas a médicos y enfermeras rwandeses centrándose en el manejo del niño y el adulto graves, el adiestramiento en situaciones críticas, RCP básica y avanzada, atención al politraumatizado, medicación, protocolos, técnicas de urgencias y reanimación en la sala de partos. Las clases teóricas-prácticas se impartieron en el hospital de Nemba. Participaron 30 sanitarios (10 médicos/as y 20 enfermeros/as), con excelente aprovechamiento.

**Conclusiones:** La cooperación internacional supone un reto apasionante. Las dificultades idiomáticas, socioculturales, los escasos recursos, el bajo nivel científico, la carencia de medios diagnósticos y terapéuticos, se añaden a las propias de impartir formación. Los programas de cooperación basados en tareas asistenciales concretas (intervenciones quirúrgicas, tratamiento ciertas patologías...), mejoran la salud de aquellos que son atendidos, pero generan una demanda asistencial difícilmente afrontable, son limitados en recursos y cesan cuando acaba el programa. Los programas basados en el adiestramiento de sanitarios (médicos, enfermeras), tiene muchas ventajas. La mejora del nivel formativo médico, repercute en pacientes, sanitarios e instituciones. La intervención afecta a más población de forma indirecta y persiste tras su finalización. Una medicina científica de calidad, resulta impensable, en las condiciones de estos países. Cada vez surgen más programas de cooperación internacional y cada vez más sanitarios se involucran, pero ¿realmente lo estamos haciendo de forma correcta? ¿Es útil enseñar RCP pediátrica en un país con una tasa de mortalidad infantil de 88 por mil habitante? Sin lugar a dudas, sí.

## 27 09:40 EFECTIVIDAD DEL CURSO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA PADRES DE PACIENTES DE RIESGO

Claudia González, Tai Luong, Laura Peralta, Carla Prudencio,  
Juan Vasallo

Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan, Buenos Aires (Argentina).

**Antecedentes y objetivos:** Una adecuada reanimación cardiopulmonar (RCP) en los primeros minutos de un paro cardiopulmonar, disminuye significativamente la morbi-mortalidad de pacientes de riesgo. A los 6 meses y al año posterior a recibir el curso de RCP, se evalúan las competencias adquiridas por los padres de esta población, siendo este el período de mayor riesgo de repetir eventos. Secundariamente se analiza la frecuencia de los mismos en este período.

**Métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo. *Población:* padres de pacientes de riesgo que hayan realizado el curso entre enero y diciembre del año 2007. Se realiza encuesta (instrumento) telefónica estandarizada y realizada por un único operador, se midieron los conocimientos teóricos en reanimación cardiopulmonar básica. En caso de aprobarla se realiza una evaluación práctica (checklist), sobre destrezas y secuencia básica de RCP. Para los objetivos secundarios se realizó una encuesta.

**Resultados:** Mantenimiento de la competencia adquirida en el curso de RCP. Datos preliminares sobre un  $n = 114$  pacientes y  $n = 177$  padres. Aproximadamente el 87% de los padres encuestados aprobaron el cuestionario de evaluación de competencias adquiridas durante el curso (84% de respuestas correc-

tas) y solo el 20% aprobaron el checklist, todos los padres reconocieron el estado fisiológico del caso presentado. Se analizaron variables cualitativas, niveles de instrucción, edad y sexo buscando asociación con el porcentaje de aprobados. Se evaluó en el examen práctico en secuencia abc, maniobras de mayor dificultad no encontrando diferencias significativas. Dentro de los objetivos secundarios 12% (n = 4) de los pacientes, presentaron pausas respiratorias después del egreso hospitalario. Tres de estos niños requirieron estimulación por las madres.

**Conclusiones:** Dado los resultados de este estudio proponemos reforzar los cursos de RCP, con una actualización práctica 3 meses a posteriori del egreso, a los padres de estos pacientes de riesgo para asegurar el mantenimiento de las habilidades prácticas. Como resultado del objetivo secundario, se observó que fue muy pequeño el número de pacientes que han repetido eventos.

## 28 09:50 SALVA UNA VIDA: SIMULADOR INTERACTIVO DE RCP BÁSICA

Carlos Sánchez Ferrer, María José Sastre Carrera,  
Jesús López-Herce Cid, Ángel Carrillo Álvarez,  
Dionisio Aranda Rocha, Aitor Ugarte Iturrizaga  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** La formación de la población en reanimación cardiopulmonar (RCP) básica es un método esencial para disminuir la mortalidad debida a parada cardiorrespiratoria. Los métodos de formación interactivos por ordenador son eficaces y tienen un elevado grado de aceptación. Internet puede ser un buen medio para lograr la difusión masiva de la información. A pesar de ello no existen sistemas de formación en RCP Básica a través de internet.

**Objetivos:** Mostrar el desarrollo y funcionamiento de un método de formación teórico-práctico en RCP básica para la población general que permita: Enseñar al ciudadano a actuar de forma sistemática mediante la aplicación de medidas de RCP básica de forma ordenada hasta la llegada de los servicios de emergencias, y así mejorar la supervivencia de los pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria.

**Material y métodos:** Madrid Salud ha desarrollado una aplicación multimedia interactiva con Macromedia Flash 8 llamado "Salva una vida" para crear un simulador informático de RCP Básica en Internet para enseñar a la población general a realizar una RCP Básica correcta.

Se publica en varios idiomas, con acceso libre, en las siguientes direcciones:

En español: <http://www.madridsalud.es/salvaunavida.htm>

En ingles <http://www.savealife.eu>

**Resultados:** La aplicación contiene 2 módulos con idéntica estructura de contenidos: Adultos y Niños. En cada módulo la información esta organizada en 4 apartados: 1. *Introducción:* Conceptos básicos sobre RCP para la población general. 2. *Maniobras:* Técnica de RCP mostrada con animaciones y texto explicativo. 3. *Procedimiento:* Algoritmo interactivo de RCP Básica. 4. *Simulación interactiva de casos:* contiene 4 casos de niños y 4 casos de adultos.

En la simulación de casos, se deja al usuario que marque la secuencia de maniobras de RCP utilizando una barra de botones dinámica. El programa interactúa con el usuario cada vez que este realiza una nueva acción, indicándole si es correcta, corrigiéndole si es errónea y guiándole en el orden de los pasos de la RCP.

**Conclusiones:** Este método al ser interactivo, abierto, sencillo de utilizar, gratuito y disponible en dos idiomas puede ser un instrumento muy útil para la enseñanza masiva de reanimación cardiopulmonar básica a la población general.

## Jueves, 5 de junio (12:30 - 13:00)

### COMUNICACIONES LIBRES - PÓSTER

#### Sala 13-14 (Planta Alta)

P39

12:30

#### MANEJO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA PEDIÁTRICA EXTRAHOSPITALARIA EN LA COMUNIDAD GALLEGA

Luis Sánchez Santos, José Antonio Iglesias Vázquez, Antonio Rodríguez Núñez, Pilar Blanco-Ons Fernández, Rosario Rasines Sisniega, Luisa Chayán, María Victoria Barreiro Díaz, María Cegarra García  
Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña) y Fundación Pública Urgencias sanitarias de Galicia-061.

**Antecedentes y objetivos:** Conocer las características de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) pediátricas y los resultados de la reanimación cardiopulmonar (RCP) en Galicia e intentar identificar factores pronósticos de supervivencia.

**Métodos:** Se incluyeron todos los niños, con edades entre recién nacido y 16 años, que sufrieron una PCR extrahospitalaria en Galicia y fueron atendidos por el personal de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUS-061), entre Junio de 2002 y Febrero de 2005. Los datos fueron recogidos de forma prospectiva siguiendo el estilo Utstein.

**Resultados:** 31 casos (incidencia: 3.4 PCR por 100.000 niños y año). PCR respiratoria en 5 (16,1%) y cardiaca en 26 (83,9%). PCR en domicilio en 18 (58,1%). Tiempo parada-RCP inferior a 10 minutos en 10 (32,2%) y superior a 20 minutos en 9 (29,0%). En 7 (22,6%) se realizó RCP inicial por un testigo. Primer ritmo detectado asistolia en 21 (67,7%). 25 casos (80,6%) fueron ventilados con bolsa y mascarilla, siendo intubados 27 (87%). En 21 ocasiones (67,7%) se consiguió una vía venosa periférica y en 5 (16,1%) una vía intraósea. 29 (93,5%) recibieron adrenalina. Recuperación de la circulación espontánea en 12 (38,7%). 10 (32,2%) no respondieron a las medidas de RCP. De los 21 niños que llegaron al hospital, 11 fallecieron antes de su ingreso (52,4%) y 10 (47,6%) fueron ingresados; de ellos, 4 fallecieron durante su estancia (12,9%) y 6 sobrevivieron al alta (19,4%). No se identificaron factores predictores de supervivencia, aunque un agresivo manejo de la vía aérea y la RCP por testigo podrían ser significativos en el caso de disponer de un mayor número de casos.

**Conclusiones:** Las características de las PCR pediátricas y los resultados de la RCP en Galicia son comparables a las de otras áreas de nuestro entorno. Se deben llevar a cabo programas para incrementar la RCP por testigos, mejorar la formación en

RCP básica de la población general y actualizar los conocimientos del personal sanitario.

P40

12:35

#### ENFERMEDAD SISTÉMICA POR ARAÑAZO DE GATO

María Virginia Orrillo, Ángela Rocher, Marta Cáceres  
Hospital Aeronáutico Central, Buenos Aires (Argentina).

**Introducción:** La E.A.G. es una enfermedad infecciosa causada por Bartonella henselae habitualmente benigna y autolimitada que se manifiesta como linfadenopatía regional. En un bajo porcentaje hay compromiso sistémico: Sme oculoglandular de Parinaud, granulomas hepatoesplénico, compromiso del SNC, renal, oseo, vasculopatías, y artritis.

**Objetivo:** Presentación de un caso de E.A.G. en una niña de 10 años inmunocompetente, con compromiso sistémico grave.

**Caso clínico:** Niña de 10 años que acude a la consulta con fiebre de 9 días de evolución, dolor en pierna derecha y abdomen, cefalea, náuseas y vómitos biliosos.

Al examen físico regular estado general, decaimiento, palidez generalizada, dolor a la palpación abdominal, hepatoesplenomegalia, adenopatía inguinal derecha de 2 cm móvil, lisa, dolorosa. Antecedente previo de haber tenido contacto con gato síames dos semanas antes de presentar síntomas.

LBT: Bc 10.000, S64/L25/E4. ESD 80. HTO30, HB 11. Rx torax normal. Ecografía Abdominal hepatoesplenomegalia con adenopatía periportal y aortica.

Serología para Bartonella henselae positive, IgM 1/70, IgG 1/130.

ATC anti Francisella tularensis negativa. Hemocultivo negativo, controles posteriores de laboratorio ESD 160 Hto 28, Hg 8,4.

Diagnóstico: positivo a Epidemiología, serología y ecografía: con hepatoesplenomegalia con granuloma múltiple adenopatía periportales y periaorticos.

La evolución fue tórpida con astenia, dolor abdominal y fiebre de dos meses de evolución a pesar de instituir tratamiento antibiótico de seis meses de duración con

Rifampicina/TMP mas claritromicina.

Posttratamiento se realizó control ecográfico no presentando, hepatoesplenomegalia ni granulomas, su laboratorio al alta BC4800, ESD 2, Hg 14.

**Conclusión:** La E.A.G. es una enfermedad benigna y autolimitada que se manifiesta como linfadenopatía regional, a pesar de ello el pediatra debe estar al tanto de las formas atípicas de presentación ante compromiso abdominal, neurológico, oseo y articular.

## P41 12:40 INTRAÓSEA: VÍA DE INFUSIÓN DE URGENCIA EN PEDIATRÍA

Noelia García Aracil, M<sup>a</sup> Elena Castejón de la Encina  
Grupo Alicantino de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica.

**Objetivo de la comunicación:** La comunicación está dedicada al uso de la intraósea en niños en situación de parada cardiorrespiratoria o con riesgo inminente de muerte.

El póster refleja, junto con las ilustraciones y un algoritmo, cuándo está indicada la canalización-punción de la vía intraósea, según las últimas recomendaciones del 2005 (ERC, AHA y Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal); también se describe paso por paso la técnica de punción de 2 de los posibles sistemas existentes en el mercado y se muestra los lugares donde se realizará según la edad del niño, las alternativas y las contraindicaciones.

El objetivo principal de esta comunicación, es reflejar la importancia de la NO pérdida de tiempo en el intento de canalizar una vía periférica en un niño en situación grave o en parada cardiorrespiratoria; existiendo la 2<sup>a</sup> mejor alternativa, la punción de la vía intraósea, como un acceso vascular fácil, rápido y con un alto porcentaje de éxito en la realización de la técnica.

## P42 12:45 ROTURA TRAQUEAL EN LACTANTE CON DEPENDENCIA DE VENTILACIÓN MECÁNICA: TRATAMIENTO CONSERVADOR

Silvia Dosil Gallardo, Laura Pérez Gay,  
Antonio Rodríguez Núñez, Federico Martinón Torres,  
Sara Trabazo Rodríguez, José María Martinón Sánchez  
Servicio de Críticos, Intermedios y Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

**Introducción:** La laceración traqueal secundaria a traqueostomía es una complicación muy rara y potencialmente mortal. Suele manifestarse como neumomediastino, neumotórax bilateral, enfisema subcutáneo, neumoperitoneo, con hipoxemia severa. Tras la reanimación y estabilización inicial, si la situación del paciente lo permite debe valorarse el cierre quirúrgico precoz de la lesión. La ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) es una modalidad "protectora" del pulmón y la vía aérea, por lo que podría ser útil en el manejo conservador de la rotura traqueal.

**Caso clínico:** Lactante de 14 meses con insuficiencia respiratoria crónica en el contexto de un síndrome Kabuki, que precisó traqueostomía para mantener la ventilación asistida. Seis días después de la intervención, presentó una crisis hipoxémica grave y bradicardia, con escasa respuesta a la ventilación con presión positiva a través de la cánula de traqueostomía y FiO<sub>2</sub> elevada. La paciente desarrolló un enfisema subcutáneo generalizado (cráneo-facial, cervical y de pared tóraco-abdominal), neumotórax bilateral y neumomediastino. Se retiró la cánula de traqueostomía, intubándose por vía oro-traqueal (tubo con neumotaponamiento) y se drenó el neumotórax bilateral, con buena respuesta clínica. Ante la sospecha de rotura traqueal y dadas las condiciones de la paciente se decidió realizar tratamiento conservador con VAFO: parámetros iniciales Paw 50 cmH<sub>2</sub>O, delta-P 100 cmH<sub>2</sub>O, frecuencia 9 Hz y FiO<sub>2</sub> 100%. Seis

horas después, fue posible disminuir los parámetros ventilatorios (Paw 13 cmH<sub>2</sub>O, delta-P 53 cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 33%), presentando una mejoría clínica progresiva. Se mantuvo con VAFO durante 10 días y posteriormente con ventilación convencional, sin incidencias. La cánula de traqueostomía fue recolocada 5 días después, sin problemas. Un año después, la paciente se mantiene a nivel domiciliario con ventilación mecánica a través de traqueostomía, sin haber precisado nuevos ingresos hospitalarios.

**Conclusiones:** La rotura traqueal es un evento agudo de alto riesgo vital. Tras la reanimación, cuando el tratamiento quirúrgico no es factible, la ventilación con VAFO puede resultar una alternativa conservadora y eficaz para la resolución de la lesión.

## P43 12:50 PROYECTO FENG DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON NIÑOS DE PRIMARIA

María Luz Alvarez Zapata, Francisco Crespo Ruiz,  
María Jose Villanueva Ordoñez, Begoña Martínez Argüelles  
Servicio de Atención Médica Urgente. \*Hospital de Jove, Gijón. Asturias.

**Introducción:** El Proyecto FENG pretende acercar la Reanimación Cardiopulmonar a los niños desde 1º de infantil con tres años hasta 6º de Primaria con 11 años.

**Objetivos:** Presentar las características del proyecto y sus primeros resultados.

**Metodología:** El algoritmo de Reanimación Cardiopulmonar es dividido en pasos, cada uno de los cuales se va enseñando a los niños con una clase teórica con diapositivas específicas y un taller práctico con muñecos. El objetivo es que al cumplir 11 años sepan el algoritmo completo de RCP. En infantil debe conocer el teléfono de emergencias 112 y ser capaz de marcarlo. *En 1º primaria:* debe conocer el teléfono de emergencias, marcarlo y saber decir su dirección completa. *En 2º primaria:* debe saber qué hacer ante una persona tirada en el suelo. En primer lugar despertar, luego pedir ayuda y finalmente poner de lado. *En 3º primaria:* debe ser capaz de hacer todos los pasos anteriores y valorar si la persona respira. En caso de que respire la pondrá de lado y en el caso de que no respire le dará masaje y ventilación. *En 4º primaria:* será capaz de hacer todo lo anterior más maniobras de desobstrucción parcial y completa de la vía aérea por cuerpo extraño, en conscientes. *En 5º y 6º de primaria:* será capaz de hacer el algoritmo completo de Reanimación Cardiopulmonar y desobstrucción completa de la vía aérea en conscientes e inconscientes.

**Resultados:** El 80% de los niños de 3º de primaria y casi el 70% de los de 5º de primaria hacían el algoritmo de RCP completo sin olvidar ningún paso en el examen práctico que se les hacía al final del taller.

**Conclusiones:** La receptividad mostrada por los niños, incluso los más pequeños, ante una materia de la que nunca habían oído hablar es alta. Las encuestas hechas antes y después de recibir el taller ponen de manifiesto la gran capacidad que tienen los niños de asimilar este tipo de información. Este proyecto fortalece la cadena de supervivencia con las consecuencias positivas que esto tiene tanto a nivel personal en las familias de los niños que participan en el proyecto, como de la sociedad donde de estos niños residen.

Jueves, 5 de junio (15:30 - 16:45)

**NUTRICIÓN**

**Sala 23-25 (Planta Alta)**

**59**

**15:30**

**ESTUDIO DE SEGURIDAD DE UNA FÓRMULA INFANTIL DE CONTINUACIÓN ADICIONADA DEL PROBIÓTICO LACTOBACILLUS SALIVARIUS CECT5713 AISLADO DE LECHE MATERNA**

Federico Lara Villoslada, Saleta Sierra Ávila, Lluís Sempere Bordes, Julio Boza Puerta, Jordi Xaus Pey, Mónica Olivares Martín, José Maldonado Lozano  
Departamento de Nutrición y Salud de Puleva Biotech, S.A. y Departamento de Pediatría del Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

**Objetivo:** Evaluar la seguridad y tolerancia de una fórmula infantil de continuación adicionada del probiótico *L. salivarius* CECT5713, en niños de 6 meses.

**Métodos:** Se trata de un estudio aleatorizado a doble ciego controlado por placebo que incluye a 80 niños de 6 meses de edad. Los voluntarios se dividieron en dos grupos (n = 40 por grupo) que consumieron la fórmula adicionada o no del probiótico (al menos  $2 \times 10^6$  cfu/g) durante 6 meses. Se tomaron muestras de heces en el momento del reclutamiento, a los 3 meses y al final del estudio. Se analizó la microbiota de las heces, la concentración de ácidos grasos de cadena corta (AGCC), la humedad y la concentración de IgA. Además se determinaron diferentes parámetros clínicos y antropométricos bajo supervisión médica.

**Resultados:** Tras 6 meses no se observaron diferencias en cuanto al crecimiento y al peso de los voluntarios en los distintos grupos. Además ninguno de los voluntarios abandonó el estudio ni refirió ningún efecto adverso, lo que sugiere la seguridad y tolerancia del probiótico estudiado. Los niños que recibieron la fórmula adicionada de *L.salivarius* CECT5713 presentaron unos niveles de lactobacilos en heces significativamente superiores a los del grupo control ( $7,5 \pm 0,1$  versus  $7,9 \pm 0,1$  log cfu/g heces, control versus probiótico). También se observó un aumento significativo de la concentración fecal de butirico. En cuanto a los niveles de IgA en heces no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Finalmente, y aunque no fue el objetivo principal del estudio, los niños que recibieron el probiótico mostraron una incidencia de enfermedades infecciosas menor que la del grupo control.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio demuestran que una fórmula infantil de continuación adicionada de *L. salivarius* CECT5713 es segura y bien tolerada por niños de 6 meses. Además esta cepa probiótica induce cambios en diferentes parámetros gastrointestinales que podrían tener una implicación en la salud del niño, por lo que sería interesante llevar a cabo estudios de funcionalidad.

**60**

**15:40**

**REPERCUSIÓN DE LA INGESTA DE FIBRA EN EL CONTROL DE LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS**

María González de Olaguer-Feliu, Selma Vázquez Martín, María Paz Barrio Alonso, Vanesa Matías del Pozo, José Manuel Marugán de Miguelsanz, Florinda Hermoso López, Margarita Alonso Franch  
Unidad de Endocrinología Pediátrica del Hospital Clínico Universitario, Valladolid y Departamento de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

**Introducción:** Una dieta rica en carbohidratos (CH) eleva la insulina y puede alterar la glucemia postprandial. Se ha demostrado que una dieta rica en CH con fibra mejora las glucemias y reduce el colesterol plasmático, comparada con una dieta baja en dichos componentes.

**Objetivos:** 1) Estudio de los cambios en la glucemia pre y postprandial con una dieta rica en fibra, mediante monitor continuo de glucosa con sensor intersticial, en niños con DM 1. 2) Análisis de posibles efectos adversos en la utilización de dicho monitor.

**Material y métodos:** El estudio se realizó con 7 pacientes de 11 a 14 años, ambos sexos con DM 1 de más de un año de evolución, en tratamiento con insulina a dosis similares. Se utilizó el monitor Continuous Glucose Monitoring System, que a través de un sensor subcutáneo, mide glucemias cada 5 minutos durante 72-96 horas. La cantidad de fibra añadida el segundo y tercer días fue 7,5 g y 15 g respectivamente. Se compara el ascenso en las cifras de glucemia pareadas pre y postprandiales para la misma ingesta, en niños sin fibra, con 7,5 g o 15 g de fibra mediante el test de Wilcoxon y las medias de glucemia entre los distintos grupos con el test U de Mann-Whitney ( $p < 0,005$ ). El programa de análisis estadístico utilizado es el SPSS v11.0.

**Resultados:** La evolución de la glucemia pre a postprandial entre los diferentes grupos (sin fibra, con 7,5 g., con 15 g.) no fue estadísticamente significativa. La media de glucemias preprandiales globales en días con o sin fibra, no mostró diferencias significativas. No hubo diferencias en la glucemia media postprandial entre el grupo sin fibra y con fibra, pero sí al comparar los dos grupos con fibra (7,5 g. y 15 g.), siendo menor la media de glucemias con el aporte de 15 g. ( $p = 0,025$ ). La glucemia más elevada postprandial fue más baja en el grupo de 15 g. que en el de 7,5 g. ( $p = 0,045$ ). En un caso se produjo desconexión accidental del sensor. No se observaron infección, reacciones alérgicas ni molestias locales.

**Conclusiones:** La ingesta abundante de fibra parece mejorar el control glucémico con respecto a menores aportes de la misma, consiguiendo valores menores de glucemia postprandial. Sería conveniente realizar este estudio con un mayor tamaño muestral para poder confirmar los resultados a la población diabética infantil. No se observaron efectos adversos debidos al sensor de medición.

61

## CARACTERIZACIÓN DE LOS NIVELES DE PLOMO EN SANGRE DE NIÑOS DE NUESTRO MEDIO

María Pilar Bas Suárez, Luis Peña Quintana, J.L. García Martín, J.M. González González, L. Domínguez Boada

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Insular, Las Palmas y Departamento de Ingeniería de Procesos de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

**Antecedentes y objetivos:** El plomo es un metal pesado cuya exposición puede producir alteraciones a nivel del sistema nervioso, digestivo, renal y hematopoyético. El Centers of Disease Control and Prevention (CDC) define cifras superiores a 10  $\mu\text{g}/\text{dl}$  como límite tóxico, aunque cifras entre 5 y 10  $\mu\text{g}/\text{dl}$  pueden conllevar riesgo neurológico.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo en niños entre 6 meses y 6 años de edad durante el periodo comprendido entre junio de 2007 y enero de 2008. La población de estudio fue seleccionada de forma aleatoria entre los niños sanos que acudieron a nuestro hospital a realizarse una analítica preoperatoria de cirugía menor. Se realizó antropometría, anamnesis, hemograma, bioquímica general, metabolismo del hierro y niveles de plomo en sangre con la misma extracción. Los padres recibieron un cuestionario estructurado similar al que usa el CDC para evaluar el riesgo medioambiental de presentar una intoxicación plúmbica, obteniéndose consentimiento informado por escrito. La plumbemia se analizó mediante un equipo de absorción atómica en modo electrotrémico con cámara de grafito (modelo Varian 240Z), cuyo límite de detección es de 1,5  $\mu\text{g}/\text{dl}$ . Para el análisis estadístico se empleó el paquete estadístico SPSS, usándose el test de la  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 120 niños (60% niños frente 40% niñas), siendo la media de edad 41,3 meses (rango 8 meses y 6 años). La concentración media de plomo en sangre fue de  $0,8 \pm 2,1$   $\mu\text{g}/\text{dl}$  (rango 0-16,2). El 80% de la muestra se encontraba por debajo del límite de detección, mientras que un 15% presentaba niveles entre 2 y 5  $\mu\text{g}/\text{dl}$ . En 5 (4,16%) pacientes el rango estaba comprendido entre 5 y 10  $\mu\text{g}/\text{dl}$  y sólo una niña presentó cifras de 16,2  $\mu\text{g}/\text{dl}$ . No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para presentar una mayor plumbemia con el sexo, nivel socioeconómico, hábito tabáquico de los padres o visitar o habitar una casa de los años 70. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de nuestro hospital.

**Conclusiones:** El riesgo de intoxicación plúmbica en nuestro medio es muy bajo; sin embargo cerca del 5% de nuestra población puede presentar riesgo neurológico por exposición a este metal, lo que justifica una mayor investigación en este campo.

62

## EL CONSUMO DIARIO DE UN PRODUCTO LÁCTEO ENRIQUECIDO CON DHA MEJORA PARÁMETROS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO COGNITIVO EN NIÑOS DE 8 A 14 AÑOS

Asunción Bernabeu Litrán, María del Carmen Robles Vilchez, María Aranzazu Rabaza Espigares, Eduardo García Mármol, María Rodríguez, Belén Cueto Martín, Juan de Dios Fernández Gálvez, Julio Boza Puerta, Mar Cepero González, Juristo Fonollá Joya  
Delegación de Educación de la Junta de Andalucía, (Granada), Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada y Puleva Biotech, S.A.

**Antecedentes y objetivos:** Son numerosos los estudios realizados en las dos últimas décadas que relacionan positivamente

15:50

la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga y el desarrollo neuronal en niños. Se pretende evaluar cómo el consumo continuado de Puleva Max<sup>®</sup> puede incidir en el desarrollo cognitivo y el rendimiento intelectual de los niños.

**Métodos:** 119 niños de ambos sexos de edades entre 8 y 14 años de 3 centros educativos de Granada capital y su provincia fueron repartidos de forma aleatoria en 2 grupos. El grupo M consumió durante 5 meses 600 mL (desayuno, media mañana y merienda) de un producto lácteo comercial enriquecido con minerales, vitaminas, miel y aceite de pescado rico en DHA (Puleva Max<sup>®</sup>) y el grupo E leche entera (Puleva Entera<sup>®</sup>). Se midieron parámetros cognitivos, de rendimiento intelectual y conductuales (Escala de Inteligencia de Wechsler, Batería Psicopedagógica EVALUA y Escala de Conducta-Revisada Conner's para padres y profesores) al inicio y al final del estudio y se tomaron muestras de sangre a los mismos tiempos.

**Resultados:** Los niños del grupo M vieron aumentada de forma significativa los valores de DHA en sangre al final del estudio ( $1,98 \pm 0,07$  vs.  $2,37 \pm 0,07$ ;  $p = 0,046$ ) mientras que los del grupo E los mantuvieron. Igualmente, los niños del grupo M vieron mejorados parámetros relacionados con la memoria de trabajo (dígitos:  $8,58 \pm 0,43$  vs.  $10,02 \pm 0,42$ ;  $p = 0,019$ ), velocidad lectora ( $243,80 \pm 13,38$  vs.  $197,12 \pm 12,07$ ;  $p = 0,024$ ) y comprensión lectora ( $7,82 \pm 0,58$  vs.  $9,31 \pm 0,39$ ;  $p = 0,036$ ). Los del grupo E sólo vieron mejora significativa en comprensión lectora ( $7,60 \pm 0,55$  vs.  $9,06 \pm 0,40$ ;  $p = 0,035$ ). No hubo cambios importantes en la escala de conducta.

**Conclusiones:** La ingesta diaria del producto lácteo enriquecido con DHA mejora significativamente ciertas capacidades cognitivas en niños de 8 a 14 años.

63

## VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ALIMENTOS CONSUMIDOS POR LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA CIUDAD DE MADRID

M. Isabel Junco Torres, Pilar García Crespo, Emilia Magnani Pérez, José Antonio Arribas Herrero, Trinidad Rivas Martínez

Instituto de Salud Pública de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

**Introducción y objetivos:** La obesidad es un grave problema de Salud Pública. Es necesario conocer la situación en la que nos encontramos, por lo que se plantea realizar un estudio de alimentos consumidos frecuentemente por la población infantil, para conocer la composición de nutrientes (hidratos de carbono, proteínas, grasas) de los mismos y su contribución a las ingestas recomendadas diarias (IR) para un niño de 10 años.

**Metodología:** Se han analizado 12 grupos de alimentos, lo que supone un total de 156 muestras. Se realiza la toma de muestras y se analizan utilizando métodos acreditados y/o autorizados. Los informes finales se elaboran según los criterios de referencia para población infantil española.

**Resultados:** Las patatas fritas aportan grasas que dependen de la grasa utilizada en la fritura. El aporte medio de una hamburguesa (200 gr) es 500 Kcal, supone el 25% de las necesidades diarias y el 60% de las IR de ácidos grasos saturados (AGS). Los menús infantiles presentan exceso de AGS. El aporte de las pizzas depende de los ingredientes utilizados en la elaboración, generalmente aportan exceso de AGS. Los precocinados aportan, de media, el 25% de las IR de grasas. *Galletas/bollería:* 100 gr.

16:10

16:00

aportan, de media, el 22% de la ingesta de energía del día. *Batidos*: el aporte medio de calcio supone un 11% de las IR. *Yogures*: aportan de media el 14% de las IR de calcio. *Palomitas de maíz*: la ingesta de 100 gramos, aporta, de media, 483,4 Kcal lo que supone el 22% la ingesta de energía del día, aportan mucha sal. *Fiambres*: el aporte medio de sodio supone el 54% de las IR, el contenido medio, en colesterol, supone el 19% de las IR.

**Conclusiones:** Es necesario transmitir a la industria alimentaria, la importancia del uso de materias primas que favorezcan una alimentación saludable. No se deben utilizar grasas vegetales saturadas. Se debe proporcionar información adecuada a los ciudadanos, sobre el contenido de los alimentos, para que puedan decidir sobre la alimentación más adecuada a sus necesidades. Es necesario incidir sobre la importancia de consumir dietas equilibradas, a través de una correcta educación nutricional desde la infancia, para facilitar el cambio de hábitos en la sociedad.

64

16:20

#### LACTOSA PURIFICADA EN UN HIDROLIZADO EXTENSIVO EN NIÑOS ALÉRGICOS A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA

Benjamín Martín Martínez, Paloma Araujo Salinas, Marcel Íbero Iborra

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil y Unidad de Alergia del Servicio de Pediatría del Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona.

**Antecedentes y objetivos:** Tradicionalmente en las fórmulas de hidrolizados de caseína y/o de proteínas de suero se ha utilizado como fuente de hidratos de carbono la dextrinomaltoza o algunos monosacáridos, descartando el uso de la lactosa por su posible contaminación con proteínas lácteas sin hidrolizar. Las ventajas nutricionales de la lactosa sobre la dextrinomaltoza (aporte de galactosa y aumento de la absorción de calcio) hacen deseable su uso en todos los niños que no sean intolerantes a la misma. Hemos evaluado la alergenicidad y tolerancia de una nueva lactosa industrial muy purificada en niños alérgicos a proteína de leche de vaca, que representa el 42% de los hidratos de carbono de un hidrolizado de caseína recientemente comercializado en España (LactoDamira®).

**Pacientes y métodos:** 25 pacientes (13 niños y 12 niñas) con una edad media de 34,72 meses (límites: 3 meses y 96 meses) alérgicos a proteína de leche de vaca (prick-test e IgE específica positivos a dos o más fracciones proteicas de la leche) con clínica de urticaria (8), urticaria i angioedema (3), urticaria y síntomas digestivos (4), síntomas digestivos y eczema atópico (3) y solo clínica con síntomas digestivos (7).

Se practicaron pruebas cutáneas (prick-test) con lactosa al 3,95% y prueba de tolerancia oral.

**Resultados:** Todos los prick-test con lactosa fueron negativos y todos los pacientes toleraron el hidrolizado de caseína que contenía dicha lactosa.

**Conclusiones:** La nueva lactosa industrial evaluada no muestra alergenicidad en nuestros pacientes alérgicos a proteína de leche de vaca.

65

16:30

#### EVOLUCIÓN DE LA COMPOSICIÓN LIPÍDICA DE LECHE HUMANA DURANTE LA LACTANCIA

Montserrat Parrilla Roure, María Victoria Escolano Margarit, A. Sala-Vila, Francisco Javier Garrido Torrecillas, Antonio Emilio Jerez Calero, A. Castellote, María Rodríguez-Palmero Seuma, M. C. López-Sabater, Juan Antonio Molina Font, Cristina Campoy Folgoso

Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, Departamento de Nutrición y Bromatología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona y Departamento Científico de Laboratorios Ordesa, S. L., Barcelona.

**Introducción:** La leche materna se considera el alimento ideal para la alimentación del bebé durante los primeros 6 meses de vida. Respecto a su composición en macronutrientes, la fracción lipídica es crucial para cubrir las necesidades nutricionales del recién nacido y lactante, pues al menos el 50% de las calorías son aportadas en forma de grasas. Numerosos estudios han demostrado que los lípidos están implicados en importantes funciones estructurales y fisiológicas en el organismo. Los componentes grasos más importantes de la leche son los ácidos grasos (AG); estos están esterificados principalmente en forma de triglicéridos (TG), y suponen el 98% de la fracción grasa de la leche. Una pequeña proporción de ácidos grasos están esterificados en forma de fosfolípidos (FL), que están incluidos en una membrana que recubre y estabiliza el núcleo lipídico de cada glóbulo graso de la leche. Los FL son fuente de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga [AGPI-CL, ácido nervónico (AN; C24:1ω-9) y colina]. Estos nutrientes son necesarios para el correcto desarrollo del lactante.

**Material y métodos:** En el presente estudio se analizan los cambios en la composición de leche materna {FL, AG y TG} en 66 madres lactantes sanas a lo largo de la lactancia (calostro (C), leche de transición (LT) y leche madura (LM)) *Bioquímica:* Cromatografía de capa fina: FL y TG. Cromatografía gaseosa: fracciones de AG. HPLC: tipos de FL (fosfatidiletanolamina, fosfatidilinositol, fosfatidilserina, fosfatidilcolina y esfingomielina). *Estadística:* ANOVA para medidas repetidas, análisis de correlación.

**Resultados:** La LM presentó una menor concentración de FL que las otras leches ( $p < 0,020$ ). El porcentaje de esfingomielina fue constante en todas las etapas de la lactación, mientras que el porcentaje de fosfatidilcolina en la LM fue significativamente menor ( $p < 0,05$ ) que en el C y LT. Los TG en la LM contenían niveles bajos de ácido araquidónico, ácido docosahexaenoico (DHA) y AN ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** La composición de los diferentes FL y ácidos grasos de FL y TG en la leche de madres granadinas varía a lo largo de la lactancia adaptándose a la madurez metabólica del bebé. Desde el C hasta la LT se produce una disminución del contenido de DHA en los FL, que están a su vez disminuidos. Durante las 2 primeras semanas de lactación, existe un flujo mantenido hacia el lactante de AN a través de la leche materna. Se observa un descenso significativo del índice AGPI-CL de los FL / AGPI-CL de los TG conforme avanza la lactancia.



Jueves, 5 de junio (15:30-16:45)

## CIRUGÍA

### Sala 4-5 (Planta Alta)

66

15:30

#### TRATAMIENTO CONSERVADOR PARA LA NEUMATOSIS INTESTINAL Y NEUMOPERITONEO POSTRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

Concepció Barcelo Cañellas, Claudia Marhuenda Irastorza, María Teresa Olivé Oliveras, Anna Moreno Sánchez, Gabriela Guillen Burrieza, José Andrés Molino, José Lloret Roca, Vicenç Martínez Ibáñez  
Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Objetivo:** La neumatosis intestinal (NI) asociada o no a neumoperitoneo no es una patología exclusiva de los neonatos con enterocolitis necrotizante. También puede aparecer en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea alogénico. Presentamos nuestra experiencia con 6 pacientes con NI posttrasplante de médula ósea (MO) desde el inicio de nuestro programa de trasplante hace 23 años que fueron tratados de forma conservadora sin necesidad de cirugía en ningún caso y con muy buena evolución.

**Material y métodos:** De los pacientes sometidos a trasplante de MO alogénico, 6 han presentado 7 episodios de NI con neumoperitoneo en 3 de ellos. Todos los casos desarrollaron previamente Enfermedad de Injerto Contra Huésped intestinal. La NI fue diagnosticada entre 1 y 4 meses posttrasplante. Al diagnóstico, ningún paciente presentó signos de peritonitis ni afectación del estado general. La TC fue utilizada para el diagnóstico, destacando NI de predominio colónico (4), neumomediastino (1) y retroneumoperitoneo (2). El tratamiento fue conservador con dieta absoluta, antibióticos y nutrición parenteral total. Se reinició la alimentación enteral progresivamente entre 1 y 2 meses después del diagnóstico, apareciendo en un caso una recidiva de la NI que requirió reiniciar el tratamiento conservador. En el resto de casos, la evolución posterior fue satisfactoria, con mejoría de la neumatosis y correcta tolerancia oral sin necesidad de cirugía aunque en dos casos el seguimiento es corto.

**Conclusiones:** La NI con o sin neumoperitoneo es una entidad a tener en cuenta en los pacientes trasplantados de MO. La presencia de neumoperitoneo sin afectación del estado general ni aparición de signos de peritonitis no es indicativo de cirugía en estos pacientes. El tratamiento conservador con antibióticos y

nutrición parenteral prolongada permite la resolución del cuadro espontáneamente.

67

15:37

#### MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN DUODENAL

Hossein Allal, Sonia Pérez Bertólez, Aurelie Chiapinelli, Olivier Maillet, Vuthy Kong, Quynh Doan  
Unidad de Vídeo-Cirugía Pediátrica del Hospital Lapeyronie, Montpellier (Francia).

**Antecedentes y objetivos:** La atresia duodenal es el tipo más frecuente de obstrucción congénita del intestino delgado. El objetivo de este trabajo es la descripción del abordaje laparoscópico en la atresia duodenal y sus resultados.

**Métodos:** Hemos realizado un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes diagnosticados de obstrucción duodenal entre 2000 y 2007, tanto antenatal como posnatalmente. Todos los pacientes que se internaron cuando estuvieron estables. Los pacientes con diagnóstico antenatal se operaron al nacimiento y los de diagnóstico postnatal, tras establecer este diagnóstico. Se realizó una anastomosis duodeno-duodenal o una duodenoplastia por laparoscopia. Se realizó un tránsito 3 meses después de la cirugía y se siguieron durante el primer año.

**Resultados:** En los últimos ocho años se han intervenido 21 pacientes de atresia duodenal en nuestro centro hospitalario: 14 pacientes se operaron por laparotomía y 7 por laparoscopia. Los pacientes estudiados fueron los operados por laparoscopia. Se operaron con edades comprendidas entre 1 y 7 días. La edad gestacional fue de 36 a 39 semanas. El peso medio fue de 2.400 g. Las patologías asociadas encontradas fueron: trisomía 21, cardiopatía y atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal. El diagnóstico antenatal se realizó en 5 casos y en 2 fue postnatal. Se emplearon 4 o 5 trócares. No hubo ninguna conversión a vía abierta. No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas ni al año.

**Conclusiones:** Hoy en día es posible realizar el tratamiento laparoscópico de la atresia duodenal, incluso con la presencia de múltiples malformaciones. El diagnóstico prenatal nos permite planificar el tratamiento. Es importante contar tanto con la infraestructura como con la habilidad y experiencia necesarias para realizar este procedimiento.

68

**TORSIÓN TESTICULAR NEONATAL: SEGUIMIENTO Y RESULTADOS**

Azucena Lirio Armas Álvarez, Pedro Taboada Santomil, Elina Estévez Martínez, Roberto Méndez Gallart, Adolfo L. Bautista Casanovas, Ramiro Varela Cives

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

**Objetivo:** Revisar la presentación clínica, estudio de imagen usado, manejo quirúrgico, hallazgos intraoperatorios y anatomopatológicos, seguimiento y resultados de viabilidad testicular en pacientes diagnosticados de torsión testicular neonatal.

**Material y método:** Estudio Descriptivo, Retrospectivo y Longitudinal. Revisión de 11 casos con diagnóstico de torsión testicular neonatal a quienes se realizó seguimiento clínico y ecográfico.

**Resultados:** El 82% de casos fueron detectados en el primer día de vida extrauterina (44% en las primeras 12 horas, 56% de 12-24 hs). El 91% eran neonatos a término sin antecedentes maternos patológicos. La clínica se caracterizó por un aumento de volumen escrotal, testículo indurado a la palpación y cambios en la coloración escrotal. La ecografía doppler testicular fue sugestiva del diagnóstico en el 100% de los casos. La torsión fue unilateral en el 91% y bilateral en el 9% de casos. El testículo izquierdo se afectó en el 100%. *El tratamiento quirúrgico consistió:* orquiectomía izquierda y orquidopexia derecha 4 (36%), orquiectomía bilateral 1 (9%), orquidopexia bilateral 5 (45%) y orquidopexia izquierda sin exploración contralateral 1 (9%). El 55% fueron torsiones extravaginales y el 45% intravaginales. *Durante la cirugía:* el 73% de los testículos se observaron necróticos preservando el 25% de ellos; el 27% de testículos presentaron leve recuperación tras la detorsión y fueron preservados. El infarto hemorrágico testicular fue el hallazgo anatomopatológico en el 100% de testículos. En el seguimiento el 67% de testículos preservados sufrieron atrofia y el 33% evolucionaron como testículos de tamaño normal. El 75% de pacientes orquiectomizados son portadores de prótesis testicular.

**Conclusiones:** La torsión testicular neonatal se manifiesta en las primeras 24 horas de vida por induración, aumento de volumen testicular y cambios de coloración escrotal. La ecografía doppler permite obtener un diagnóstico de certeza. En el tratamiento quirúrgico predominó la preservación del testículo torsionado con orquidopexia bilateral. 2/3 de los testículos torsionados preservados se atrofiaron durante el seguimiento.

69

**REDUCCIÓN DE VÓLVULO GÁSTRICO Y REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL GIGANTE POR LAPAROSCOPIA EN UN NEONATO**

Sonia Pérez Bertólez, Timothy Dennis Kane, Alexander Feliz, Indranil Sau, Bradley Segura, George Gittes

Departamento de Pediatría General y Cirugía Torácica del Children's Hospital of Pittsburgh, PA (Estados Unidos).

**Introducción:** El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente, generalmente asociada a otras patologías, como los defectos diafragmáticos. Presentamos un caso tratado mediante laparoscopia.

15:44

**Caso clínico:** Niña de 3 semanas derivada por vómitos, ausencia de ganancia ponderal y taquipnea con las tomas. Las radiografías realizadas mostraban una gran burbuja aérea intratorácica que parecía corresponder a un ascenso de la cámara gástrica. Se realizó una laparoscopia en la que se evidenció una hernia de hiato esofágico gigante tipo III y un vólvulo gástrico órgano-axial. Se procedió a la reducción gástrica y a su desvolvulación, se cerraron los pilares de diafragma y se realizó una gastrope- xia a la pared abdominal anterior.

**Comentarios:** Los objetivos de la cirugía del vólvulo gástrico son la reducción del vólvulo, la fijación gástrica para prevenir la recurrencia y la corrección de los factores predisponentes. La laparoscopia permite tanto la confirmación precoz del diagnóstico como su tratamiento.

70

**TRATAMIENTO ACTUAL DE LOS TRAUMATISMOS PENETRANTES PEDIÁTRICOS**

Concepció Barcelo Cañellas, Anna Moreno, Gabriela Guillen Burrieza, Claudia Marhuenda Irastorza, José Andrés Molino, José Lloret Roca, Vicenç Martínez Ibáñez  
Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Introducción:** Tradicionalmente el tratamiento del trauma penetrante consistía en la revisión quirúrgica amplia de la zona anatómica afectada. Sin embargo, cada vez es más frecuente realizar un tratamiento menos invasivo gracias a la precisión diagnóstica que aportan pruebas de imagen como la tomografía computerizada (TC). El objetivo del estudio es revisar la experiencia de nuestro centro en los últimos 8 años con la aplicación de criterios más conservadores.

**Pacientes y métodos:** Se revisaron retrospectivamente (2000-2007) las historias clínicas de los pacientes afectados de traumatismos penetrantes de diversa localización (excluyendo loscefálicos). Se recogieron datos relativos al tiempo de llegada a Urgencias, mecanismo lesional, tipo de lesión, pruebas diagnósticas, tratamiento definitivo y secuelas.

**Resultados:** Identificamos 17 pacientes (mediana 9,5 años, rango 4-15) víctimas de traumatismos penetrantes. Según su localización se clasificaron en: cervicales (17,6%), torácicos (23,5%), abdominales (17,6%) y de extremidades (41,2%). Los tipos de lesión más frecuentes fueron: piel y músculo (con o sin entrada a cavidad peritoneal o torácica, 52,9%), vasos o paquetes vasculonerviosos (29,4%). Destacaron un caso de perforación cardíaca con taponamiento, una sección traqueal y una sección de la arteria ilíaca externa. Las lesiones por cristales o vidrios (35,3%), seguidas de las heridas de arma blanca (29,4%) fueron los mecanismos más frecuentes. Como tratamiento definitivo bastó la sutura simple con ingreso en observación en un 47,1%. En tres pacientes se suturaron microquirúrgicamente vasos y nervios. Sólo se realizaron una toracotomía y una esternotomía media. No fue precisa ninguna laparotomía. Ningún paciente falleció. El 88% de los mismos permanece libre de secuelas.

**Conclusiones:** La mayoría de los traumatismos penetrantes en pediatría presentan buen pronóstico y se asocian a pocas secuelas. Los traumatismos torácicos y abdominales penetrantes de baja energía pueden tratarse de forma conservadora en pacientes estables con TC dentro de la normalidad, evitando medidas invasivas innecesarias.

15:58

15:51

71

**¿ES LA LAPAROSCOPIA LA MEJOR OPCIÓN PARA LA APENDICITIS AGUDA?**

Erika Rezola Arcelus, Iñaki Eizaguirre Sexmilo, Ángel Villanueva Mateo, Javier Garay, Mariona Suñol de Amilibia, Jesús Arana, Maribel Intxaurre

Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

**Introducción:** Aunque la apendicectomía laparoscópica (AL) va ganando en popularidad, no termina de ser considerada como la mejor opción para el tratamiento de la apendicitis aguda. Con el objetivo de aclarar las diferencias entre la AL y la abierta (AA), hemos revisado las complicaciones graves de las AL, en función de la curva de aprendizaje, y las hemos comparado con las de las AA.

**Métodos:** Entre 2001 y 2007 se han realizado 204 AL, 83 de ellas durante la curva de aprendizaje (35 primeras intervenciones por cirujano, LDC) y 121 tras la curva de aprendizaje (LTC). En el mismo periodo se practicaron 580 AA por el mismo equipo. Hemos comparado los 2 grupos laparoscópicos entre ellos y con las AA. Hemos analizado la edad, sexo, estancia, tipo de apendicitis (simple o peritonitis) y cuatro complicaciones graves: absceso intraabdominal (AI), oclusión postoperatoria, hemorragia y complicación post-apendicectomía laparoscópica (CPAL), infección intraabdominal sin formación de absceso tras una AL no complicada.

**Resultados:** La edad media (9 años), el sexo (58% niños) y el porcentaje de peritonitis (30%) fueron similares en los 3 grupos. La estancia media se redujo de 5,4 días en el grupo AA a 4,2 días en el grupo de LDC y a 3,6 días en el grupo LTC ( $p < 0,01$ ). En las apendicitis simples, la diferencia fue mayor: 3,41 días en las AA y 2,16 días en el grupo LTC ( $p < 0,0001$ ). En el grupo AA, se detectaron 52 complicaciones graves (8,8%): 46 AI, 2 oclusiones, 2 CPAL, 1 hemorragia y 1 absceso intrahepático. En el grupo LDC, hubo 15 complicaciones graves (18%): 9 AI, 3 hemorragias, 2 oclusiones y 1 CPAL ( $p < 0,01$  versus AA). En el grupo LTC, se detectaron 12 complicaciones (10%): 8 AI, 2 oclusiones, 1 CPAL y 1 hemorragia ( $p = 3$ , no significativo versus AA).

**Conclusiones:** 1. La estancia media se redujo en las AL. 2. Durante la curva de aprendizaje, las complicaciones graves aumentaron. 3. Tras la curva de aprendizaje, el porcentaje global de complicaciones fue similar al de las apendicectomías abiertas, con aumento leve de hemorragias y oclusiones, sin cambios en la CPAL, y disminución leve de los AI. 4. En nuestra experiencia, la AL es la técnica de elección para la apendicitis aguda, una vez superada la curva de aprendizaje.

72

**ESTUDIO COMPARATIVO DE TORACOSCOPIA VERSUS TORACOTOMÍA EN ATRESIA ESOFÁGICA**

Hossein Allal, Sonia Pérez Bertólez, Olivier Maillot, Dominique Forgues, Quynh Doan, Aurelie Chiapinelli, Vuthy Kong

Unidad de Vídeo-Cirugía Pediátrica del Hospital Lapeyronie, Montpellier (Francia).

**Introducción:** Hasta hace 14 años todas las atresias de esófago se operaban por toracotomía. Actualmente es posible realizar su tratamiento mediante toracoscopía. El objetivo de este estudio es comparar el resultado de la atresia esofágica con fistula traqueoesofágica distal (tipo III) en función del tipo de abordaje.

16:05

**Métodos:** entre Enero de 2000 y Diciembre de 2006 se operaron 31 niños, 17 por toracotomía (peso entre 1.750 g y 4.020 g) y 14 por toracoscopía (peso entre 1.600 y 4.160). Se excluyeron los pacientes que fallecieron por otras patologías (3 casos en el grupo de toracotomía), así que se analizaron 14 pacientes en cada grupo. Las variables estudiadas incluyen: duración del procedimiento quirúrgico, tiempo bajo ventilación mecánica, tiempo con drenaje torácico, tiempo de estancia en cuidados intensivos, momento de inicio de la alimentación oral, duración de analgesia con morfina, tiempo de estancia hospitalaria y porcentaje de complicaciones.

**Resultados:** La necesidad de opiáceos fue superior en el grupo de toracotomía que en el grupo de toracoscopía (media 6,6 días frente a 5,3 días, respectivamente,  $p = 0,16$ ). La duración de la hospitalización fue también superior en el grupo de toracotomía (media 22,6 días frente a 19,1 días,  $p = 0,3$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a la estenosis de la anastomosis que precisó dilatación (21% en el grupo de toracotomía frente a 21% en el grupo de toracoscopía) ni respecto a la indicación de funduplicatura tipo Nissen (28% en el grupo de toracotomía frente a 14% en el grupo de toracoscopía). En la tabla mostramos otros parámetros estudiados. La duración de la intervención fue superior en el grupo de toracoscopía (media: 175 vs 137 minutos). Encontramos tiempos inferiores en el grupo de toracoscopía en: duración de ventilación mecánica (3,8 vs 4,6 días), días con drenaje pleural (5 vs 6), inicio de alimentación oral (6,5 vs 7,5 días) y duración de estancia en cuidados intensivos (7,5 vs 7,8 días).

**Conclusiones:** el abordaje toroscópico de la atresia esofágica tipo III reduce tanto la necesidad de analgesia como la duración de la estancia hospitalaria, sin incrementar el riesgo de complicaciones postoperatorias.

73

**HEMANGIOMAS EN CYRANO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN FASE INVOLUTIVA PRECOZ. PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS CLÍNICOS**

Manuel Gómez Tellado, Juan Carlos López Gutiérrez, Roberto Méndez Gallart, Jesús del Pozo Losada

Servicio de Cirugía pediátrica y Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña, Servicio de Cirugía Plástica Pediátrica del Hospital Universitario La Paz, Madrid y Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

**Introducción:** Los hemangiomas de la punta nasal, también conocidos como hemangiomas en Cyrano o nariz de Pinocho, suponen un desafío terapéutico importante por presentar características especiales: 1. La involución es especialmente lenta y en ocasiones no ocurre. 2. Aunque regresen de forma completa, pueden destruir el cartílago nasal y dejar deformidades permanentes en la nariz. 3. Afectan de forma muy importante el desarrollo psicosocial del niño. 4. Suele existir una importante presión familiar para mejorar la apariencia del niño.

Hoy día el tratamiento quirúrgico se considera de elección, pero aun existen controversias respecto al momento de realizarlo.

**Caso 1:** Hemangioma en punta nasal en niña de los 2 meses. Se hizo una infiltración intralesional de corticoides y posteriormente corticoides tópicos de potencia media, con lo que el crecimiento fue mínimo. Cirugía a los 18 meses.

16:19

16:12

**Caso 2:** Paciente valorada desde los 3 meses con hemangioma de tonalidad azulada en punta nasal. Se pautó tratamiento con esteroides tópicos hasta los 10 meses. A los 17 meses se realizó tratamiento quirúrgico.

**Caso 3:** Varón valorado desde los 4 meses por hemangioma en dorso nasal, cerca de la punta, con intensa tonalidad rojiza. Se realizó seguimiento hasta la cirugía a los 20 meses.

**Caso 4:** Niña de 27 meses con hemangioma en región medio-facial, que afecta zona glabellar, punta nasal y labio superior. Se realiza cirugía de la lesión nasal y una pequeña corrección del labio inferior.

**Discusión:** La cirugía de los hemangiomas nasales cuando afectan totalmente la punta se realiza por una rinoplastia abierta y cuando interesan parte del dorso de la nariz se puede hacer una sutura en L. En ambos casos los resultados cosméticos suelen ser excelentes.

En la fase involutiva precoz los hemangiomas son fácilmente disecables, pero cuando esta fase progresa, la fibrosis que se desarrolla dificulta el tratamiento quirúrgico.

A partir de los 2 años comienza por parte del niño la formación de su propia imagen. Por tanto, para evitar secuelas psicológicas, el tratamiento quirúrgico creemos que debe realizarse en la fase involutiva precoz, antes de los 2 años.

## 74 ANSIEDAD Y DOLOR EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA 16:26

Sonia Pérez Bertólez, Inmaculada Bellido Estévez, Aurelio Gómez Luque

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Materno-Infantil, Málaga, Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga, y Servicio de Anestesia del Hospital Clínico Universitario, Málaga.

**Antecedentes y objetivos:** El dolor postoperatorio es una complicación muy frecuente en el paciente pediátrico tanto en el post-quirúrgico inmediato como en los días posteriores. El dolor peri-quirúrgico enlentece y dificulta la evolución postquirúrgica de los pacientes. Para prevenir esta complicación el paciente pediátrico debe ser analgesiado con eficacia y seguridad. El objetivo de este trabajo fue determinar la influencia de la ansiedad presente en el paciente pediátrico previo a la cirugía con respecto a la sensación dolorosa y a la duración e intensidad de la analgesia perioperatorias.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en pacientes pediátricos sometidos a cirugía en nuestro centro hospitalario. Se emplearon variables: demográficas, clínicas, quirúrgicas, anestésicas, algicas, postoperatorias, régimen de ingreso. Los datos se expresan como el valor medio  $\pm$ sem o  $\pm$ DE, frecuencia y porcentaje de incidencia de N casos. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante los test de t-student, ANOVA de una y varias vías,  $\chi^2$ , correlaciones bivariadas, regresiones lineales y logísticas y función del tipo de variable.

**Resultados:** Se estudiaron 319 pacientes con una edad media de 5 años y peso medio de 21 kg. La técnica anestésica más usada fue la anestesia general. Sólo el 30% de los pacientes fue premedicado con midazolam. Se observó que la intensidad de dolor era leve en la fase previa a la cirugía y que tras ésta era moderado. La ansiedad fue más elevada antes de la cirugía y en el postoperatorio inmediato en la sala de recuperación post-anestésica (URPA), disminuyendo posteriormente, sobre todo

en los pacientes de cirugía mayor ambulatoria. La intensidad del dolor y la ansiedad aparecieron relacionadas positivamente en los tres periodos de seguimiento.

**Conclusiones:** El dolor y la ansiedad periquirúrgicos en los niños están infratratados. Se deberían confeccionar protocolos de tratamiento, adaptados a las características de esta población, en función de sus necesidades y de los diferentes tipos de cirugía a los que pueden ser sometidos.

## 75 ¿ES EFECTIVA LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (RIO) EN EL CONTROL LOCAL DE LOS TUMORES MALIGNOS EN LA EDAD PEDIÁTRICA? 16:33

Noela Carrera Guermeur, Agustín Cañizo López, Julio Cerdá Berrocal, Alberto Parente Hernández, Ana Laín Fernández, María Fanjul Gómez, Felipe Calvo, Paloma Galarón, Elena Cela, Juan Vázquez Esteve  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** La radioterapia intraoperatoria actúa sobre un campo restringido, permitiendo un mejor control local de aquellos tumores en los que no se logra una resección completa reduciendo la dosis de radiación y evitando radiar órganos radiosensibles adyacentes.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia con la radioterapia intraoperatoria (RIO) en el tratamiento de tumores malignos de la edad pediátrica en estadios avanzados.

**Material y métodos:** Estudiamos retrospectivamente 18 pacientes, de edades comprendidas entre 1 mes y 16 años, de los cuales 7 casos estaban afectados de un neuroblastoma avanzado (estadio III, IV), 5 de sarcoma de Ewing, 1 de rhabdomyosarcoma (estadio III), 1 de sarcoma sinovial (estadio II), 1 de disgerminoma recidivado y 3 de fibromatosis. Todos ellos fueron tratados con resección quirúrgica con una dosis única de RIO (dosis 500-1250 cGy, energía 4-18 Mev, cono 5-15 cm). 8 pacientes se trataron asimismo con radioterapia externa (dosis 2000-5000 cGy).

**Resultados:** 10 pacientes de los estudiados (4 neuroblastomas, 3 sarcomas de Ewing, 1 disgerminoma y 2 fibromatosis) están libres de enfermedad. 1 Neuroblastoma y el sarcoma sinovial tienen control local, aunque enfermedad diseminada. No se detectaron complicaciones asociadas a la RIO. El seguimiento realizado fue de 5 años.

**Conclusiones:** La radioterapia intraoperatoria es un procedimiento seguro que parece mejorar el control local en tumores malignos de la infancia, logrando un aumento de la supervivencia. Por tanto deben promoverse estudios prospectivos sobre la radioterapia intraoperatoria.

## 76 ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL VARICOCELE PEDIÁTRICO 16:40

Pedro Taboada Santomil, Azucena Lirio Armas Álvarez, Adolfo L. Bautista Casasnovas, Roberto Méndez Gallart, Elina Estévez Martínez, Ramiro Varela Cives

Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

**Antecedentes y objetivos:** El varicocele es la dilatación de las venas testiculares que ocurre en el plexo pampiniforme, que afecta al 13% de adolescentes y que causa atrofia testicular e infertilidad en la edad adulta. El objetivo de este trabajo es eva-

luar nuestra experiencia con el tratamiento laparoscópico del varicocele en niños y adolescentes.

**Métodos:** Entre 1995 y 2007, 175 pacientes con varicocele fueron tratados mediante la ligadura laparoscópica de los vasos espermáticos (técnica de Palomo). Se analizaron indicaciones, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, seguimiento y complicaciones del procedimiento.

**Resultados:** De los 175 pacientes tratados mediante esta técnica, 172 tenían un varicocele del lado izquierdo y 3 eran bilaterales (178 varicocelectomías). La edad media de presentación fue de 13,6 años (rango 9-18). El tiempo operatorio medio fue de 38 minutos (rango 25-82) y la estancia media hospitalaria de 41 horas. De la totalidad de pacientes intervenidos, el 58% de los varicoceles eran de grado 2 y el 42% eran de grado 3. Además, el 41,9% presentaban una asimetría testicular y el 7,4% dolor testicular. Se realizó un seguimiento de estos pacientes tras la intervención de 5,4 años de media (rango 4 meses-12 años). La complicación postoperatoria más importante fue el hidrocele, apareciendo en 25 casos (14%), de los cuales 15 fueron intervenidos, 2 curaron espontáneamente y 8 permanecieron estables. Existieron 12 casos (6,74%) de recurrencia/persistencia del varicocele tras el procedimiento. El control ecográfico entre los 3 y 12 meses postintervención demostró un aumento medio del volumen testicular de 2,56 veces tras la intervención del lado izquierdo y de 2,47 veces tras la cirugía del lado derecho. No se evidenció ningún caso de atrofia testicular.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico es un método altamente efectivo para corregir el varicocele en pacientes pediátricos. Puede ser realizado además con seguridad y rapidez, disminuyendo el tiempo operatorio y la convalecencia del paciente y mejorando el resultado estético.

líticas y las pruebas de imagen (ECO y CUMS) en lactantes ingresados con el diagnóstico de primera ITU y evaluar si hay diferencias entre aquellas producidas por E. coli y las producidas por otros patógenos.

**Sujetos y métodos:** Estudio retrospectivo en 203 pacientes diagnosticados de primera ITU ingresados en el Servicio de Lactantes de nuestro hospital entre los años 2003 y 2007. Se recogieron datos de laboratorio al ingreso y se les realizó pruebas de imagen (ECO y CUMS), junto con un seguimiento posterior en Consultas Externas.

**Resultados:** De los 203 niños incluidos, 174 (85,7%) resultaron positivos para E. coli y 29 (14,3%) para diferentes patógenos no E. coli. Estos últimos presentaron más alteraciones en la ECO que los no E. coli, con OR = 2,61 (1,12-6,05). Así mismo presentaron mayor frecuencia de anomalías nefrourológicas, considerando como tal la presencia de alteraciones en la ECO y/o CUMS, con OR = 4,57 (2,01-10,4). También comprobamos que pacientes cuyos urocultivos fueron positivos para patógenos diferentes a E. coli mostraron más frecuentemente reflujo vesicoureteral de grado  $\geq 3$  que los E. coli, OR = 7,9 : OR = 7,9 (2,68-27,2), con  $p < 0,05$ . En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias en cuanto al resto de parámetros analizados (datos epidemiológicos y de laboratorio).

**Conclusión:** De nuestros resultados parece deducirse que aquellos niños que presentan una ITU por gérmenes diferentes a E. coli presentan con más frecuencia malformaciones nefrourológicas.

78

15:37

### ¿ALTERAN EL CURSO DE LA INFECCIÓN URINARIA DEL NEONATO LOS ANTIBIÓTICOS RECIBIDOS POR SU MADRE?

Eva González Colmenero, Ana Concheiro Guisán, María Suárez Albo, María Luisa González Durán, J. Ignacio García Burriel, Jesús Antelo Cortizas

Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra).

**Introducción:** Estudiar la influencia de los antimicrobianos empleados durante gestación y parto en la flora productora de infección urinaria en el recién nacido y en el patrón de resistencias antibióticas.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los lactantes menores de 2 meses ingresados en nuestro centro por IU, desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2005.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 139 pacientes. Se consultaron los datos del episodio de IU, y los relativos a la gestación (tabla a pie de página).

**Conclusión:** La fosfomicina no produce cambios en la flora productora de infección, ni en el patrón de resistencias antibióticas por lo que podemos afirmar que se trata de un agente se-

## NEFROLOGÍA

### Sala 8-9 (Planta Alta)

77

15:30

#### ALTERACIONES NEFROUROLÓGICAS E INFECCIONES DE ORINA POR GÉRMEENES NO E. COLI

M<sup>a</sup> Lourdes Calleja Gero, Beatriz Cabeza Martín, Carmen García García, Begoña Rabadán Sanz, Marciano Sánchez Bayle, Julia Cano Fernández, Gladys Yep Chullenz, Emma de la Torre Montes de Neira  
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

**Introducción:** Se ha señalado que las infecciones del tracto urinario (ITU) por gérmenes diferentes a E. coli se asocian con más frecuencia a malformaciones vesicoureterales y cicatrices renales. El objetivo de este estudio es analizar las características ana-

	Flora productora de IU en RN	Resistencia a antibióticos en general	Resistencia a antibióticos en particular
<b>IU materna</b>	No modificaciones	No diferencias	No diferencias
Fofomicina			
<b>Frotis vaginal</b>	(+): E. coli	Tend ↑ R en general (p = 0,08)	Tend a ↑ R ampicilina y amoxicilina
Ampicilina	(-): Otras enterobacterias		No amoxiclavulánico
<b>PFX quirúrgica</b>	Otras Enterobacterias	↑ R en general (p = 0,02)	↑ R amoxicilina (p = 0,001)
Cefazolina			Tendencia ↑ R amoxiclavulánico (p = 0,07)

guro. Por otro lado, debemos hacer una llamada de atención al uso generalizado de cefazolina dado que los datos que hemos obtenido, no se corresponden con los de un antibiótico del todo inocuo para el recién nacido.

79

### ECOCISTOGRAFÍA MICCIONAL: EL ESTUDIO DE LA URETRA HA DEJADO DE SER UNA LIMITACIÓN DE LA TÉCNICA

Carmina Durán Feliubadaló, Ana Pérez Benito, Salvador Rigol Sanmartín, Juan-Cristóbal Rojo-Fernández, Valentí Pineda Solás, Rosa Bou Torrent, Irene Baena Olomi, Ana María de los Ríos, Vitoria Aldecoa Bilbao, César Martín Martínez

UDIAT-SDI de la Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

**Antecedentes y objetivos:** La ecocistografía miccional ha demostrado ser una modalidad de imagen fiable para la identificación y graduación del reflujo vesicoureteral (RVU); hasta ahora no se indicaba en el varón por no permitir el estudio morfológico de la uretra. Nuestro objetivo es describir e ilustrar el uso de la ecocistouretrografía miccional para el estudio de la uretra.

**Material y métodos:** Se realizó ecocistografía miccional con contraste (5% Levovist (300 mg/ml)) a 208 pacientes (2 días-10 años) para descartar reflujo vesicoureteral. En 150 (99 varones y 51 mujeres) de éstos se incluyó el estudio de la uretra. Se utilizó un equipo Acuson Sequoia 512 con programa específico de imagen de armónicos para realce del contraste. Transductores convex 6-4 MHz y lineal 14 MHz. Abordaje transperineal y transpélvico.

**Resultados:** *En el varón:* Se realizó el abordaje transperineal como primera opción, justo antes de la micción, ya que se consigue una imagen similar a la cistouretrografía miccional (CUMS) pero con mayor detalle morfológico. Se optó por un abordaje transpélvico en aquellos casos en que la micción se producía de forma inmediata o incontrolada y para el estudio del vaciado vesical. De esta forma, el abordaje transperineal se realizó en 94 pacientes (95%), sólo transpélvico en 5 (5%) y se pudo obtener ambos abordajes en un mismo estudio en 44 de ellos (44%). *En la hembra:* Mayoritariamente realizamos el abordaje transpélvico, y solamente en 5 casos usamos un abordaje ínterlabial para conseguir un buen estudio uretral.

Se visualizó el cuello vesical y toda la uretra en todos los casos. Se estudiaron 99 varones (edad media 14 meses) y 51 hembras (edad media = 27 meses).

Los hallazgos fueron normales en 95 varones, sin diferencias > 2 mm entre la uretra posterior y la anterior. Se diagnosticaron válvulas de uretra posterior (n = 2), divertículo del utrículo prostático (n = 1), divertículo uretra anterior (n = 1), confirmados por CUMS. En todas las hembras el estudio de la uretra fue normal.

**Conclusión:** La ecocistouretrografía miccional proporciona imágenes de alta calidad diagnóstica de la vía urinaria superior y de la uretra, y permite la visualización en tiempo real de la micción. En nuestra experiencia esta técnica puede reemplazar a la CUMS en el estudio inicial del reflujo vesicoureteral en ambos sexos, evitándose así la irradiación pélvica a los pacientes.

15:44

80

### FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LAS VASCULITIS DE VASO PEQUEÑO CON PARTICIPACIÓN RENAL

Silvia Moriano León, Marta Mencía Ybarra Zavala, Laura Espinosa Román, Elena Alonso Villan, Marta Melgosa Hijosa, Ángel Alonso Melgar, Carmen García Meseguer, Antonia Peña Carrión, Carlota Fernández Cambolor, Mercedes Navarro Torres  
Servicio de Nefrología Infantil del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Objetivos:** Revisar la clínica de presentación, participación renal y evolución de los pacientes con vasculitis de vaso pequeño diagnosticados en un servicio de nefrología infantil.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo desde el año 1989 de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de vasculitis.

**Resultados:** Analizamos 9 pacientes (3 V, 6 M), 7 caucásicos, 1 hispano y 1 negro con edad de diagnóstico  $9,3 \pm 2,4$  a (6,1-12,5 a). El tiempo (T<sup>o</sup>) medio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico es de 28 d (0,2-150 d). El motivo de diagnóstico en el 78% fueron síntomas sistémicos (fiebre, astenia, artralgias) y sólo en 2 el motivo de diagnóstico fue la participación renal. Manifestaciones cutáneas tuvieron 6 (67%) y afectación pulmonar al ingreso 5 (56%), afectación neurológica 4 y gastrointestinal 2. Todos presentaron proteinuria y hematuria (en 6 macroscópica). Un 56% hipertensión arterial (HTA). El 78% se comportó como una GNRP, con un filtrado glomerular (FG) < 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en todos los casos y sólo 2 tenían un FG normal. Hipocomplementemia tenían el 33%. En 7 se realizó determinación de ANCA que fueron (+) en todos (anti MPO en 6 y anti Pr3 en 1). Un caso con anti MPO asociaba Ac anti MBG. El tratamiento consistió en bolos de MP en 8, prednisona oral y ciclofosfamida en los 9. Plasmaféresis se realizó en 6 casos. El T<sup>o</sup> de seguimiento varía de 1 a 228 m (mediana 25 m). Tres casos presentaron nuevos brotes de la enfermedad. Dos pacientes murieron por hemorragia digestiva y pulmonar. De los 7 restantes: 3 desarrollaron IRT precoz y están trasplantados (1 ha presentado 1 recidiva), 3 presentan IRC (todos mantienen tratamiento inmunosupresor) y 1 FG normal.

**Conclusión:** Las vasculitis de vaso pequeño es una entidad rara y se acompañan con frecuencia de GRP que evoluciona a IRT precozmente. La gravedad de la afectación renal y de las manifestaciones sistémicas obliga a una terapia inmunosupresora precoz y agresiva para conseguir la remisión. La monitorización de los ANCA ayuda para vigilar la aparición de nuevos brotes de actividad. Se precisa tratamiento inmunosupresor de mantenimiento a largo plazo.

81

### ENFERMEDAD DE BERGER: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

María Juliana Serrano Nieto, Marta García Ramírez, Manuel Peña Muñoz, Alberto Bueno Fernández, Antonio Herrero Hernández, Antonio Jurado Ortiz

Sección de Nefrología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

**Objetivos:** Revisión de los pacientes con enfermedad de Berger, describiendo sus características epidemiológicas, forma de presentación, hallazgos anatomopatológicos, tratamiento y evolución clínica durante su seguimiento en consulta de nefrología pediátrica.

15:51

15:58

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes con clínica compatible y confirmación anatómo-patológica de Nefropatía por depósito de IgA diagnosticados en los últimos 25 años en un hospital terciario.

**Resultados:** Se observaron 43 pacientes, predominando el sexo masculino (69%). La edad media de debut fue 8 años (rango 5-13 años). La biopsia renal se realizó a los 1,5 años de media tras la aparición de la sintomatología (1 mes-5 años). Todos debutaron con hematuria macroscópica (HM), asociando proteinuria el 70% (29 casos, 2 de ellos en rango nefrótico). Cinco pacientes presentaron disminución del filtrado glomerular y 2 hipertensión arterial transitorias. Sorprende que en más de la mitad se objetivaron cifras elevadas de IgA.

Ninguno presentó alteraciones histológicas de grado IV o V, encontrando en 14, 16 y 13 casos cambios mínimos glomerulares, glomerulonefritis proliferativa (GNp) mesangial y GNp focal-segmentaria, respectivamente. En cuanto a la evolución, en los pacientes a los que se siguió más de 5 años, destaca que presentaron una media de 4 brotes de HM durante el primero, signo que sólo persistió a partir del 6º año en 2 casos. La microhematuria interbrote es prácticamente una constante. Únicamente tres pacientes requirieron tratamiento con IECA por proteinuria persistente. Destaca un paciente que requirió bolos de corticosteroides intravenosos y ciclofosfamida vía oral, por brotes de HM muy frecuentes e insuficiencia renal aguda, respondiendo satisfactoriamente. En ningún caso se produjo progresión a IRC.

**Conclusiones:** El motivo de realización de biopsia renal en nuestros pacientes fue la persistencia de brotes de HM, signo frecuente aunque no exclusivo de presentación de esta entidad en la edad pediátrica, que resulta infradiagnosticada al requerir estudio anatómo-patológico para su diagnóstico de certeza. La buena evolución de nuestros niños a corto plazo está probablemente en relación con su bajo grado de afectación histológica.

## 82 16:05 GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA

Fabiola Caracseghi, Sara Chocrón Gabizón,  
Alejandro Casquero Cossio, Joaquín Escribano Subias,  
Manuel Samper, Àgata Vázquez Reverter,  
Luis Enrique Lara Moctezuma, Álvaro Madrid Aris,  
Ramón Vilalta Casas, José Luis Nieto Rey  
Servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Introducción:** La glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GSFS) familiar es una causa poco frecuente de síndrome nefrótico corticorresistente (SNCR) en niños. Se caracteriza por resistencia a cualquier tratamiento corticoideo e inmunosupresor y rápida progresión a insuficiencia renal terminal (IRCT). La mayoría presentan mutación del gen de la podocina (NPHS2) y mediante el estudio genético se puede catalogar, lo cual orienta el enfoque diagnóstico y terapéutico.

**Materiales y métodos:** Revisión retrospectiva de 9 pacientes pertenecientes a 4 familias constituidas por 3 parejas de hermanos y la cuarta por 2 hermanos y primo de padres consanguíneos. Todos debutaron como SNCR y biopsia renal compatible con GSFS. El estudio genético se practico en 6 pacientes y en los 3 restantes no se realizó por no disponer de la técnica en su momento.

**Resultados:** La edad media de debut fue de 20,3 meses, y curso hacia IRCT fue de 35,5 meses. En ningún caso se obtuvo respuesta a corticoides ni inmunosupresores. Cuatro de estos pacientes fueron transplantados, tres de ellos sin IRCT con edad promedio de 35 meses y el 4º paciente a los 3 meses de iniciar hemodiálisis. Tres evolucionaron satisfactoriamente, y el cuarto presentó rechazo agudo secundario a anticuerpos antiendotelio y no por recidiva de su enfermedad de base. De la serie estudiada 3 pacientes, (los más antiguos) fallecieron por complicaciones propias del SN antes de llegar al trasplante y los otros 2 restantes mantienen una función renal conservada recibiendo solo tratamiento sintomático. De las 4 familias estudiadas, en 2 de ellas se halló mutación del gen de la podocina. La 3ª familia constituida por 3 miembros el estudio fue negativo y de la 4ª familia los 2 hermanos fallecieron antes que el estudio genético fuera una técnica disponible.

**Conclusiones:** 1) La GSFS familiar no responde habitualmente a tratamiento corticoideo ni inmunosupresor. 2) El estudio genético ayuda a catalogar a estos pacientes y evitar tratamientos innecesarios con efectos adversos importantes. 3) El tratamiento sintomático del SN estaría indicado en estos pacientes y 4) El trasplante renal anticipado constituye una opción terapéutica válida, tomando en cuenta su bajo riesgo de recidiva.

## 83 16:12 CONTROL DE CALIDAD DEL NUEVO PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL TRACTO URINARIO TRAS UN PRIMER EPISODIO DE PIELONEFRITIS. ¿ES SEGURO REDUCIR EL NÚMERO DE CISTOGRAFÍAS?

Raquel Martín Molina, Raquel Mata Fernández,  
María del Mar Espino Hernández, Fernando Echavarrí Olavarria,  
Sara Jimerno Ruiz, Bartolomé Bonet Serra,  
Mercedes Mitjavilla Casanovas, Jose Albillos Merino,  
Clara Molina Amores

Área de Pediatría y Neonatología y Área de Diagnóstico por la Imagen de la Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

El protocolo diagnóstico de anomalías del tracto urinario ante un primer episodio de infección urinaria febril (PNA) en nuestro Centro incluía ecografía (ECO), cistouretrografía miccional seriada (CUMS) y gammagrafía (DMSA) a los 9 meses de la PNA. Hace un año, basándonos en la literatura que propone reducir el nº de exploraciones invasivas como la CUMS, y teniendo en cuenta las evidencias para no utilizar la profilaxis en los reflujo vesicoureterales (RVU) de grado I a III en los pacientes con un solo episodio de PNA con ECO normal, procedimos a obviar la CUMS de forma rutinaria, limitándolo a la sospecha de RVU de alto grado.

**Objetivo:** Control de calidad del nuevo protocolo instaurado en nuestro Centro.

**Material y métodos:** Incluimos 50 pacientes con PNA tratados en el periodo de un año. El nuevo protocolo incluye DMSA y ECO en fase aguda y, ante la sospecha de RVU de alto grado, CUMS. Revisamos las historias informatizadas recogiendo anomalías del tracto urinario, secuelas parenquimatosas, consultas en Urgencias, urocultivos realizados e infecciones urinarias en el seguimiento de estos pacientes. Realizamos estadística descriptiva y analítica mediante el SPSS.

**Resultados:** La edad media inicial de los pacientes es 13 meses (rango 7 días-8 años). El DMSA estuvo alterado en 32 pacientes

(64%). La ECO en 16 pacientes (32%). Existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de afectación parenquimatosa en el DMSA y anomalía ecográfica. Realizamos un total de 11 CUMS que supone una reducción de un 78% de exploraciones respecto al protocolo previo. 4 pacientes no tenían RVU, 2 tenían RVU grado II, 3 grado III, 1 grado IV y 1 grado V bilateral. En el seguimiento, 3 pacientes presentaron una infección cada uno: 1 afebril y 2 febriles (1 sin afectación parenquimatosa y otro con ella; en este último se realizó CUMS y se detectó un RVU grado III al RD).

**Conclusión:** Nuestro nuevo protocolo ha conseguido una reducción significativa del número de CUMS (prueba invasiva y con dosis de radiación considerable) sin tener PNA evolutivas presuntamente evitables con una actitud inicial más agresiva.

## 84 16:19 ESTUDIO POR TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL PRIMER EPISODIO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL EN EL LACTANTE. ¿ES NECESARIA LA CISTOGRAFÍA MICCIONAL SERIADA?

Oihana Muga Zuriarrain, Itziar Sota Busselo, Eider Oñate Vergara, Unai Hernández Dorronsoro, Izaskun Olaciregui Echenique, Esozia Erroabarren Aleman, Carmen García Pardos, Mercedes Ubetagoyena Arrieta, Doroteo Arruebarrena Lizarraga, Ramón M<sup>a</sup> Areses Trapote

Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivos:** Valorar la utilidad de la gammagrafía renal (DMSA) como método de screening para detectar el reflujo vesicoureteral (RVU) grave (grados IV-V) en la fase aguda de la infección urinaria del lactante

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 162 pacientes de entre 0 y 24 meses con ecografía prenatal normal, sin antecedentes de patología nefrourológica y con ecografía en fase aguda normal, en los que se ha realizado estudio con CUMS y DMSA en fase aguda.

**Resultados:** De los 162 pacientes estudiados 93 (57,41%) eran varones y 69 (42,59%) mujeres. 111 (68,52%) pacientes eran menores de 6 meses, siendo la mayoría de ellos varones (68,47%), y 51 eran mayores de 6 meses, siendo la mayoría mujeres (66,67%). La edad media al diagnóstico fue de  $161 \pm 115$  días y el tiempo medio de seguimiento fue de 19 meses  $\pm 10,5$  meses. Gérmenes aislados con mayor frecuencia: E. Coli 148 (91,36%) casos; Proteus 4 (2,47%) casos, Klebsiella 3 (1,85%) casos.

La CUMS fue normal en 100 (61,73%) casos y se evidenció RVU en 62 (38,27%) casos, siendo bilateral en 30 (48,39%) de ellos. De los que tenían RVU, 56 casos (90,32%) presentaban un RVU leve (grados I-3) y 6 casos (9,68%) presentaban un RVU grave. El estudio con DMSA detectó lesión renal en 44 (27,16%) casos. El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico de la ITU y la realización del DMSA fue de 7 días.

La sensibilidad del DMSA para detectar RVU grave es 100%, con una especificidad de  $0,76 \pm 0,07$  (VPP 0,14 y VP 1).

**Discusión:** Los niños con primer episodio de ITU febril raramente tienen RVU grave. El DMSA es un buen método de screening para detectar este tipo de reflujo, que son los de riesgo.

**Conclusión:** En los lactantes que presenten DMSA normal en la fase aguda de su primera ITU febril se podría evitar la realización de la CUMS.

## 85 16:26 AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DA TAXA DE COMPLICAÇÕES AGUDAS E CICATRIZ RENAL APÓS PRIMEIRA INFECÇÃO URINÁRIA EM LACTENTES TRATADOS POR VIA ORAL OU ENDOVENOSA

João Nuno Franco, Brígida Robalo, Susana Marcelino, Ana Dias Alves, Manuela Braga

Servicio de Pediatría del Hospital Garcia de Orta (Portugal).

**Introdução e objetivos:** Ensaios clínicos controlados e aleatorizados têm demonstrado que a antibioterapia oral não é inferior à terapêutica endovenosa no tratamento de infecção urinária. O presente estudo pretende comparar a taxa de complicações agudas e cicatriz renal em lactentes com primeira infecção urinária tratados por via oral com lactentes tratados por via endovenosa.

**Métodos:** Estudo retrospectivo baseado na consulta de processos. Critérios de inclusão: (1) primeira infecção urinária diagnosticada na urgência de pediatria de um hospital com urgência polivalente entre 01/01/1997 e 31/12/2004; (2) idade inferior a 12 meses. Critérios de exclusão: (1) patologia nefrourológica conhecida; (2) abandono da consulta antes da conclusão do estudo nefrourológico (ecografia renal, cistografia isotópica e cintigrafia renal com DMSA). Comparou-se a proporção de complicações agudas e de cicatriz renal entre lactentes submetidos a antibioterapia oral e endovenosa/mista.

**Resultados:** Foram incluídos 324 lactentes, 57% do sexo masculino, com mediana de idade de 113 dias. A duração média de sintomas foi de 60 horas, e 82% dos lactentes tiveram febre. *Escherichia coli* foi identificada em 89,8% dos casos. Observaram-se 7 casos de urosépsis, todos em lactentes tratados por via endovenosa. Não se observaram casos de piodrose ou abscesso renal. A taxa de falência microbiológica na urocultura de controlo pós-terapêutica foi de 1,5% em ambos os grupos terapêuticos. A proporção de lactentes com cicatriz renal após seis meses foi de 12,7% no grupo com terapêutica oral e de 15,7% no grupo com terapêutica endovenosa ou mista. Na análise estratificada por idade, duração de sintomas, presença de febre e refluxo moderado ou grave não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na proporção de cicatriz renal entre os lactentes tratados por via oral ou endovenosa.

**Conclusões:** A taxa de complicações agudas e de cicatriz renal após primeira infecção urinária em lactentes tratados por via oral não foi superior à encontrada em lactentes tratados por via endovenosa ou mista.

## 86 16:33 UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN EL NIÑO CRÍTICO

Susana Schuffelmann Gutiérrez, Ana Gómez Zamora, Cristina Verdú Sánchez, Juan José Menéndez Suso, Paloma Dorao Jaramillo, Francisco Javier Ruza Tarrío

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y estudiar los factores de riesgo de mortalidad en el paciente crítico pediátrico con técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDR).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes que recibieron tratamiento con una técnica de depuración extrarrenal en la UVI del Hospital Infantil La Paz desde Enero de 2000 hasta Enero de 2008.



**Resultados:** Se realizaron un total de 78 tratamientos (60% niños, 40% niñas). La edad media de los pacientes fue 92 meses (rango 27 días-17 años). El peso medio era 22 kg (rango 3,5-54 kg) siendo el 32% menores de 10 Kg. Los principales diagnósticos fueron: shock séptico (31%), trasplante hepatointestinal (10%), fallo hepático agudo (9%) y trasplante hepático (9%). La indicación de TCDR fue: insuficiencia renal aguda (IRA) (67%), IRA y sobrecarga de volumen (15%), hiperamoniemia (6%), IRA e hiperamoniemia (6%), sobrecarga de volumen (4%) y depuración de citoquinas (1%). La bomba utilizada fue Hygieia Plus® Kimal. Las modalidades utilizadas fueron: HFVVC (76%), HDFVVC (12%), HFVVC + MARS (5%). En todos los pacientes se usó heparina en perfusión continua como anticoagulante con dosis ente 2,5-10 U/kg/h. Durante el tratamiento fallecieron 43 pacientes (55%); de ellos, el 94% presentaba fallo multiorgánico y el 89% recibía inotrópicos al inicio de la terapia. Ningún paciente falleció por causa de la técnica.

**Conclusión:** Las TCDR son seguras en el paciente pediátrico crítico de diferentes edades y pesos. El riesgo de mortalidad no esta relacionado con la técnica, sino con la presencia de fracaso hemodinámico y fallo multiorgánico al inicio de la terapia.

87

### SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO: NUESTRA EXPERIENCIA

Isabel Martínez Carapeto, María José Manzano Infante,  
Ana M. Sánchez Moreno, Juan Martín-Niclós Govantes  
Servicio de Nefrología Infantil del Hospital Universitario Virgen del Rocío,  
Sevilla.

**Antecedentes y objetivos:** Revisar las características clínico-evolutivas de los casos de síndrome hemolítico urémico acontecidos en nuestro hospital en los últimos años.

16:40

**Métodos:** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados y/o tratados de SHU en el H.U. Virgen del Rocío de Sevilla desde 1994 a 2007, obteniendo una muestra de 17 casos, y analizando numerosas variables según las distintas fases de la enfermedad.

**Resultados:** De los 17 pacientes, el 76% (n = 13) fueron mujeres, y el 24% (n = 4) varones, siendo la edad media al diagnóstico de 4,7 años (5 meses-9 años). Sólo en uno de los casos hemos encontrado antecedentes familiares (7 parientes por rama paterna) con presentación atípica, hipocomplementemia y evolución tórpida. Como pródromos, el 82% cursó con diarrea, 11% (n = 2) con infección respiratoria y 5,8% (n = 1) sin clínica previa. En la fase aguda, el 53% desarrolló hipertensión arterial, el 17,6% crisis convulsivas y todos presentaron proteinuria, anemia hemolítica y plaquetopenia, excepto un caso, que cursó con plaquetas normales. El fracaso renal agudo apareció en el 82,3% (n = 14), con una duración de más de 7 días en el 71,3% de ellos, precisando diálisis peritoneal en 27%, hemodiálisis en 36,4%, hemofiltración en 9%, plasmaféresis en 9%, con una duración media de 10 días (15h-20d) y buena función renal al alta (creatinina menor o igual a 1,1 mg/dl) en el 94% de los casos. Con respecto a la evolución posterior, el 35,3% (n = 6) ha desarrollado insuficiencia renal crónica (IRC), precisando trasplante renal en 2 casos, sin haber constatado recidiva post-trasplante. Hasta la fecha, no se ha documentado ningún exitus.

**Conclusiones:** Existencia de un caso que se presentó sin plaquetopenia. Hemos hallado una duración más prolongada del fracaso renal agudo con respecto a otras series revisadas. Destacar la alta incidencia encontrada de IRC, con posibilidad de verse influida por ser éste hospital de referencia.

Jueves, 5 de junio (15:30-16:45)

**HEMATOLOGÍA**

**Sala 11 (Planta Alta)**

**P88**

**15:30**

**COAGULOPATÍA AGUDA, UNA COMPLICACIÓN PREVISIBLE EN UN NIÑO CON DÉFICIT CONGÉNITO DE GLICOSILACIÓN**

Tamara Angulo Sacristán, Rubén Martín de la Vega, Jorge López Martínez, Erika Recio Ahrendt, Mercedes Gómez Manchón, Enrique García Frías  
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

Presentamos un varón de 4 años diagnosticado previamente de defecto congénito de glicosilación tipo Ib, que consulta en nuestra urgencia por frialdad y cianosis distal en ambos miembros inferiores, que acontece de forma brusca en el contexto de gastroenteritis aguda de 48 horas de evolución, que cursa con fiebre elevada.

A la edad de 4 meses, había sido diagnosticado de deficiencia de glicosilación tipo Ib, debido a retraso ponderal e hipoglucemias recurrentes. Mantiene tratamiento con suplementos orales de manosa y dieta exenta de gluten debido a diagnóstico de enfermedad celiaca.

En la urgencia se objetiva frialdad acra de extremidades inferiores con mala perfusión, coloración eritematoviolácea "en calce-tín" de ambos pies, pulsos pedios y femorales palpables y simétricos. Hepatomegalia de 2 cm. Resto de exploración normal. En las dos horas siguientes aparecen petequias puntiformes en el dorso de pies. A su llegada a la urgencia: 16.900 leucocitos (S: 66, L: 20, M: 12). Serie roja normal; plaquetas: 148.000. Glucemia: 124, Na: 126, K: 3,5, Cl: 95, GPT: 249, PCR: 185. APTT: 67,7, INR: 1,5, Activ. Protrombina: 53,2 Fibrinógeno 162, dímero D: 8554. Se instaura tratamiento con Cefotaxima y expansión con SSF. Al cabo de 3 horas: se mantiene estable hemodinámicamente, persistiendo la coagulopatía, la hiponatremia y el aumento de GPT. Se infunde fibrinógeno 50 mg/kg en bolo. En las 4 horas siguientes, la coagulación se normaliza y corrige progresivamente la hiponatremia. Una radiografía de tórax y ecografía abdominal son normales. Entre las 24-48 horas desaparecen los signos patológicos de extremidades inferiores, y remite la fiebre. Un Eco Doppler arterial y venoso de miembros inferiores, realizado a las 48 horas no demostró alteraciones. Coprocultivo crecimiento de *Salmonella B*. Es dado de alta al 9º día, habiendo completado 7 días de antibioterapia intravenosa.

El déficit de glucosilación tipo Ib afecta a múltiples órganos y sistemas, dado que son muchas las proteínas que necesitan ser glicosiladas para su buen funcionamiento. Por ello son numerosas las complicaciones que pueden afectar a estos pacientes, entre las que se encuentra la coagulopatía aguda potencialmente grave.

**P89**

**15:35**

**ANEMIAS HEMOLÍTICAS AUTOINMUNES. DIFERENCIAS ANALÍTICAS Y EVOLUTIVAS SEGÚN MECANISMO DE PRODUCCIÓN**

Irene Ruiz-Ayúcar de la Vega, Dorotea Fernández Álvarez, Manuela Muriel Ramos, Enrique de Goicoechea Manzanares, Cristina Muñoz López, Miryam Mateos Polo  
Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

**Antecedentes:** La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) es un síndrome clínico que resulta de una respuesta inmune aberrante debida a la formación de autoanticuerpos contra Ag del hematíe que produce hemólisis. Es una entidad poco frecuente (incidencia de 1/80000). Se clasifican según la reactividad térmica del Ac.

**Objetivo:** Presentar tres casos de AHAI, sus características clínicas, analíticas y evolutivas.

**Material:** *Caso1:* Mujer de 3 años y medio con astenia, palidez cutáneomucosa, adenopatías cervicales, hematomas en miembros inferiores. AC: soplo sistólico II/VI, esplenomegalia de 6 cm, hepatomegalia de 2,5 cm. Hematíes 1.650.000, Hb 5,4 gr/dL. Frotis con esferocitos. Reticulocitos: 30,9%. Coombs directo: IgG 4+, complemento 4+. LDH 881, Bi total 4,23. Haptoglobina 162 mg%. Ac para VEB: IgG VCA+, IgM VCA+. Diagnóstico: AHAI asociada a infección aguda por virus de Epstein-Barr. Tratamiento con prednisona 4mg/kg sin respuesta. Se pauta una dosis de inmunoglobulina respondiendo bien. Evolucionan hacia la cronicidad dándose varias crisis hemolíticas y desarrollando un S.Evans. *Caso2:* varón de 13 años con cefalea, malestar, fiebre, dolor abdominal e ictericia. Hb 12,3 mg/dL, reticulocitos 2,7%. Bi total 10,30 mg/dL. LDH 495. Haptoglobina 1,2 mg/dL. Coombs+++ para C3, IgG e IgM. Crioaglutininas + Aglutinación frente a antígeno I. IgG e IgM+ para Clamydia. Diagnóstico: Anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos, coincidente con infección aguda por Clamydia. Evolucionan con persistencia de hemólisis compensada, Ac. ANA+1/80, anticoagulante lúpico+. *Caso3:* mujer de 15 meses que ingresa con palidez cutánea y tinte icterico. Hb 4,4 mg/dL. Coombs Anti IgG+++ anti C3 ±. Recibe transfusiones de sangre y corticoterapia. A la llegada a nuestro servicio: Hb 8,7 gr/dL, hematíes 2.240.000, LDH 940, reticulocitos 7,5%, Diagnóstico: AHAI por anticuerpos calientes.

**Comentarios:** Las AHAI son una entidad a menudo asociada con infecciones, procesos autoinmunes y SLP. En ocasiones evolucionan hacia la cronicidad, como en dos de los casos que presentamos. El tratamiento inicial con corticosteroides suele ser efectivo para las AHAI por Ac calientes, y no en las producidas por Ac fríos. En los casos más refractarios se usan inmunoglobulinas y diversos inmunosupresores, ganando cada vez más protagonismo el Rituximab (anticuerpo anti CD20).

## P90 15:40 SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO TRANSITORIO NEONATAL Y OTRAS ANOMALÍAS HEMATOLÓGICAS EN SÍNDROME DE DOWN

Héctor Avellón Liaño, Cristina Mata Fernández,  
Maite Echeverría Fernández, María Isabel Pescador Chamorro  
Servicio de Oncohematología del Servicio de Pediatría del Hospital  
General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción y objetivos:** La asociación entre síndrome de Down y anomalías hematológicas es bien conocida. En el periodo neonatal son frecuentes alteraciones inespecíficas (neutrofilia, trombocitopenia y policitemia). Sin embargo la entidad clínicamente más importante es el síndrome mieloproliferativo transitorio (SMPT), casi exclusiva de recién nacidos con fenotipo Down. Se revisa este trastorno a propósito de dos casos, así como el diagnóstico diferencial y su relación con la leucemia megacarioblástica del síndrome de Down.

**Pacientes y métodos:** Se presentan dos recién nacidos Down estudiados por hiperleucocitosis en los primeros días de vida, asociando además uno de ellos síntomas de colestasis y de síndrome de lisis tumoral. La extensión de sangre periférica fue diagnóstica y en ambos se realizaron controles seriados de hemograma, bioquímica y extensiones de sangre periférica. Uno de ellos evolucionó hacia la resolución espontánea, precisando el otro tratamiento citotóxico con arabinosido de citosina a dosis bajas.

**Discusión:** El SMPT asociado a síndrome de Down, denominado también leucemia transitoria neonatal o mielopoyesis anómala transitoria tiene una incidencia aproximada del 10%. Su expresión clínica varía desde formas asintomáticas hasta presentar síntomas derivados de la infiltración de órganos y del síndrome de lisis tumoral, acompañados de una intensa hiperleucocitosis por blastos circulantes en sangre periférica, cuyo porcentaje es característicamente mayor que en médula ósea, exhibiendo marcadores inmunofenotípicos de precursores mieloblasticos, megarioblasticos y eritroblásticos. El curso clínico suele ser autolimitado no precisando tratamiento salvo medidas de soporte, y en formas severas arabinosido de citosina a dosis bajas. Son características las mutaciones en el gen GATA-1 tanto en el SMPT como en la leucemia mieloblástica; otro posible hallazgo frecuente es la sobreexpresión del gen WT1, que se ha relacionado con la leucemización del cuadro.

**Conclusiones:** Debería excluirse SMPT en todo recién nacido fenotipo Down con hiperleucocitosis grave asociada o no a sintomatología. El seguimiento de la enfermedad mínima residual podría predecir la evolución a leucemia aguda.

## P91 15:45 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS FRÍOS

Patricia Castilla Ruiz, Victoria Sánchez Tatay,  
José María Carmona Ponce, María Teresa Charlo Molina,  
José M<sup>a</sup> Pérez Hurtado, Mercedes Loscertales Abril  
Unidad de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias y Sección de  
Hematología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** Es una entidad poco frecuente en pediatría. La hemólisis es producida por autoanticuerpos IgM dirigidos contra antígenos de la membrana eritrocitaria. Tras infecciones virales (mononucleosis infecciosa) o neumonía por mycoplasma, puede aumentar el título de Ac séricos.

**Caso 1:** Niño de 15 meses asistido en urgencias por palidez intensa, mal estado general y orinas oscuras. Cuadro viral la semana previa. Ingresó en UCI. *Pruebas complementarias:* Hb: 3,7 g/dL; Hct: 8,7%; Plaquetas: normales; urea (Ur): 184 mg/dl; creatinina (Cr): 1,6 mg/dl; K<sup>+</sup>: 5,5 mEq/l; bilirrubina total (BiT): 6,74 mg/dl; bilirrubina directa (BiD): 0,49 mg/dl. Coagulación: normal. Proteinuria y hemoglobinuria. Frotis de sangre periférica con autoaglutinación de hematíes. Se inicia soporte con concentrado de hematíes y corticoterapia a altas dosis. Coombs directo positivo por complemento (C3b), existiendo autoAc muy activos a 4°C. Ante la sospecha de AHAI por Ac fríos, se suspende corticoterapia siendo la evolución favorable.

**Caso 2:** Niño de 2 años ingresado en UCI por ictericia y afectación del estado general. Vómitos, dolor abdominal y fiebre autolimitada en las 48 horas previas. Llega inconsciente con gran palidez e ictericia, precisando intubación. *Pruebas complementarias:* Hb: 3 g/dl. Hto: 7%. Leucocitosis con neutrofilia y plaquetas normales. Ur 168 mg/dl, Cr: 0,53 mg/dl, BiT: 7,97 mg/dl, BiD: 1,38 mg/dl. Dímeros D elevados. Mioglobinuria y proteinuria. Frotis sangre periférica: autoaglutinación y neutrófilos con eritrofagocitosis. Coombs directo positivo. Imagen de neumonía en radiografía de tórax. Se realiza transfusión de hemoderivados, antibioterapia empírica y corticoterapia que se suspende tras diagnóstico de AHAI por Ac fríos. Evolución favorable.

**Conclusiones:** Debemos pensar en la AHAI por Ac fríos ante un niño con datos analíticos de hemólisis intravascular y Coombs directo positivo, sobre todo si ha sufrido previamente un proceso viral, ya que en ocasiones puede producir hemólisis grave. El tratamiento de elección es la transfusión de hematíes a 37°C y evitar la exposición al frío; los corticoides son menos eficaces que en las AHAI por Ac calientes.

## P92 15:50 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO ASOCIADO A LEHISMANIAS VISCERAL

Rafael Galera Martínez, Patricia Oliva Pérez, María Ortiz Pérez,  
Francisco Lendínez Molinos, María Angeles Vázquez López,  
Manuel Martín González

Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica del Servicio de Pediatría del  
Hospital Torrecárdenas del SAS, Almería.

**Introducción:** El síndrome hemofagocítico (SHF) es una grave entidad, secundaria a una activación del sistema mononuclear fagocítico. Está incluido dentro de la histiocitosis clase II y se distinguen dos tipos: uno familiar con herencia AR, y otra secundaria a enfermedades subyacentes o síndrome hemofagocítico reactivo.

**Caso:** Preescolar de 3 años, previamente sano, que ingresa por cuadro de 15 días de evolución de fiebre (picos  $\geq 39^\circ$  C axilar), astenia y anorexia. En la exploración destaca palidez mucocutánea, esplenomegalia de 5 cm y hepatomegalia de 4 cm bajo reborde costal. Entre los exámenes complementarios destacaban: pancitopenia (Leucocitos 1.510/uL, Hb 6,4 g/dl, plaquetas 48.000/uL), hipertrigliceridemia (254 mg/dl) con colesterol normal, GPT 463 U/L, GOT 877 U/L, GGT 70 U/L, Ferritina sérica 2.350 ng/ml, LDH 4.226 U/L, PCR 24 mg/dl. Receptor sérico de la interleucina 2 en suero elevado (289 pmol/L). Serologías, incluyendo Leishmania, y cultivos negativos. El aspirado de médula ósea al ingreso mostraba hiperplasia de células reticulares con intensa actividad fagocítica; no formas parasitarias. Estudio genético SHF familiar negativo. El paciente presentaba criterios clínicos, analíticos e

histopatológicos de SHF, por lo que se inició tratamiento con dexametasona, VP-16, clicosporina e inmunoglobulina iv. La respuesta fue, en un primer momento, favorable con desaparición de la fiebre y mejoría clínica y analítica. Pero tras la finalización de la fase de inducción, reaparecen esplenomegalia de 2 cm, pancitopenia, hipertrigliceridemia y aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza reevaluación, incluyendo nuevo aspirado de médula ósea, en el que se observó presencia de abundantes formas parasitarias intra y extracelulares de Leishmania. Iniciamos tratamiento con Anfotericina B liposomal a dosis de 5 mg/kg/día, con mejoría clínica y analítica progresiva, y recuperación del cuadro.

**Conclusión:** El diagnóstico de leishmaniasis visceral asociada a SHF puede resultar difícil. Debemos considerar este diagnóstico diferencial en los pacientes pediátricos afectados de SHF. Aún cuando no se evidencien amastigotes en un primer estudio de médula ósea, debemos replantearnos este diagnóstico en casos de mala respuesta al tratamiento.

### P93

#### ACTIVIDAD TRANSFUSIONAL EN PEDIATRÍA: ESTUDIO DE 3 MESES EN 3 AÑOS

Sara Kanaan Leis, Dorotea Fernández Álvarez, Manuela Muriel Ramos, Cristina Muñoz López, María Angeles Sánchez Miguel, María Jesús Cuscó Fernández  
Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

**Introducción:** La hemoterapia es una práctica frecuente en el tratamiento de distintas situaciones clínicas durante todas las edades de la vida inclusive la infancia desde la edad neonatal. El pretermino de < 1500 g es la población más profusamente transfundida y en algunos trabajos se demuestra que han sido expuestos a 8-10 donantes cada uno.

Esta práctica no está exenta de riesgos y es preciso aunar los esfuerzos para mejorar la hemoterapia y garantizar el uso óptimo de todos los componentes y derivados sanguíneos, especialmente en la edad infantil.

**Material y métodos:** Estudio durante el mes de marzo de 2005, 2006 y 2007 de todos los episodios transfusionales realizados en el S. de Pediatría de nuestro Hospital, dentro del estudio de actividad transfusional de todo el Hospital. Criterios de uso según la guía de transfusión aceptada por el Comité de Transfusiones.

**Resultados:** N° total de pacientes transfundidos: 33, RN 15, no RN 18. N° total de episodios transfusionales: 138 (46/mes) de los cuales 92 fueron en 10 RN (9,2 episod/RN) *Concentrados de hemáties:* 50, que suponen 16/mes de media, 46% irradiados, la Hb pretransfusional fue en RN: 8,2-12,9, en No RN: Estable 6,6-8,7 y No estable 9,5-10. Respecto a las plaquetas supusieron 87 episodios transfusionales (media 29/mes), 61% irradiadas y obtenidas por aféresis. El recuento plaquetario pretransfusional osciló entre 9.000 y 60.000. Solo se utilizó un episodio de plasma en el curso de una exanguinotransfusión. Se destaca la patología asociada a la población transfundida así como la distribución de los pacientes, el amplio uso transfusional en el neonato y la elevada exposición a donantes. Se comentan las indicaciones actuales de uso de componentes sanguíneos en pediatría.

**Comentarios:** La edad neonatal, especialmente el RN de muy bajo peso y con múltiple patología asociada, es la población más profusamente transfundida.

Los niños no neonatos transfundidos son principalmente hemato-oncológicos y los de cuidados intensivos.

15:55

Es importante conocer cuando se deben irradiar los productos para evitar la enfermedad injerto contra huésped en la evolución posterior.

### P94

#### SÍNDROME DE KOSTMANN EN LACTANTE SANA DE 4 MESES

Ángela Claver Monzón, Marta Salvatierra Arrondo, Ruth Romero Gil, Rosana Ranz Angulo, Arantxa Olloqui Escalona, M. Paz Ruiz-Echarri Zalaya  
Unidad de Oncopediatría del Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

El síndrome de Kostmann (SK) o Neutropenia Congénita Severa es una entidad de escasa frecuencia en la población (en torno a 200 casos en la literatura). Se caracteriza por la detención de la maduración mielóide en la etapa promielocítica, originando una neutropenia severa, con número absoluto de neutrófilos (ANC) inferior a 200/mm<sup>3</sup>. El 90% de los casos se diagnostican en los 6 primeros meses de vida, generalmente a raíz de infecciones piógenas graves en niños previamente sanos.

**Caso clínico:** Lactante sana, de 4 meses de vida, sin antecedentes relevantes, remitida para estudio de lesión ulcerativa en área del pañal que no responde a tratamiento tópico ni oral. Se encuentra afebril y con buen estado general. En el hemograma se observó neutropenia severa (ANC: 150/mm<sup>3</sup>) con normalidad en el resto de las series. En la lesión se aísla *Pseudomonas Aeruginosa* (Ectima gangrenoso), con respuesta favorable a la antibioterapia i.v. La punción de médula ósea (m.o) muestra bloqueo parcial de la maduración compatible con SK. En los controles periódicos realizados persisten ANC inferiores a 200/mm<sup>3</sup>, descartándose la neutropenia cíclica. Siete meses después, presenta nuevo ectima gangrenoso en mentón. Tras recibir tratamiento i.v, con evolución favorable, se remite a centro de referencia para valoración, confirmando el diagnóstico de sospecha (S K). En el exámen citogenético de m.o se objetivó monosomía del cromosoma 7, factor asociado a un elevado riesgo de desarrollo de síndromes linfoproliferativos, decidiéndose trasplante de m.o (TMO). Reingresa en otras 2 ocasiones por cuadros febriles, recibiendo antibioterapia y G-CSF en ambos episodios. A los 14 meses de vida, se realiza TMO con células de cordón de donante no emparentado, con excelente respuesta. El ANC a los 2 meses del mismo fue de 1500/mm<sup>3</sup>, sin volver a objetivarse cifras de neutropenia severa hasta la actualidad (edad: 2 años).

**Conclusiones:** Las infecciones piógenas en los primeros meses de vida, deben alertar al pediatra sobre la posible existencia de alteraciones en el número o función de los neutrófilos, aún en los lactantes aparentemente sanos. La evaluación inicial se fundamenta en la historia clínica detallada y la exploración minuciosa que, junto con los exámenes hematológicos y bioquímicos básicos, constituyen datos esenciales para plantear un diagnóstico diferencial ante un cuadro de neutropenia.

### P95

#### VARIANTES TALASÉMICAS

Gabriela Pereira, Celeste Bento, Silvana Saldana, Henedina Antunes  
Servicio de Pediatría del Hospital de São Marcos, Braga (Portugal), Servicio de Hematología del Hospital Pediátrico, Coimbra (Portugal) y Pediatría del Centro de Saúde de Infias, Braga (Portugal).

**Introdução:** A Hemoglobina E ( $\alpha_2\beta_2^{26Glu \rightarrow Lis}$ ) (HbE), uma variante estrutural talassémica, é muito comum no Sudeste

16:00

16:05

Asiático. Os indivíduos heterozigóticos assemelham-se àqueles com traços leves de  $\beta$ -talassémia. Os homozigóticos possuem anormalidades mais acentuadas, porém são assintomáticos. Os heterozigóticos compostos para HbE e um gene da  $\beta$ -talassémia podem ter  $\beta$ -talassémia intermédia ou *major*, dependendo da gravidade do gene talassémico co-herdado. A Hemoglobina *Monroe* (Hb *Monroe*), tem sido pouca descrita desde o seu relato original em 1989. Trata-se de uma variante talassémica, caracterizada pela substituição de Arg→Thr no codão 30 no gene da  $\beta$  globulina.

**Caso Clínico:** Criança do sexo masculino, natural e residente em Portugal. Pais naturais do Bangladesh. Mãe grávida com o diagnóstico de "drepanocitose" e pai com "litíase vesicular". Enviado aos 22 meses à consulta de Gastroenterologia Pediátrica por vômitos repetidos associados a má progressão ponderal. Sem antecedentes pessoais de relevo ou alterações ao exame objectivo. Trazia ecografia abdominal normal. A mãe apresentava anemia moderada, com ferritina normal e medicada com ferro. Foi pedido hemograma (Hb: 103g/l), ferritina: 22ng/ml com PCR e anticorpo anti-endomísio negativos e IgA 63 mg/dl. Esfregaço sanguíneo normal e electroforese de hemoglobina revelou: HbA 68,6%, HbE 29,1% e Hb F 2,3%. Estudo familiar: Mãe após a gravidez-anemia microcítica hipocrômica com ferritina elevada. Pai sem alterações no hemograma. O estudo molecular da mãe mostrou heterozigotia composta para as mutações CD26 GAG-AG (HbE) e CD30 AGG-ACG (Hb*Monroe*), compatível com talassémia intermédia, e o estudo molecular do filho mostrou heterozigotia para a mutação CD26 GAG-AAG (HbE). O Pai apresentou estudo normal e a irmã heterozigotia para Hb *Monroe*. Mãe orientada para a consulta hospitalar e as duas crianças para a Pediatra do centro de saúde.

**Comentários:** É importante o correcto diagnóstico para evitar tratamentos desnecessários, nomeadamente com ferro sobretudo na dupla heterozigotia. Pelo facto desta situação ser na maioria das vezes assintomática, passa despercebida ao longo da vida, impossibilitando o acesso ao aconselhamento genético adequado. O aconselhamento genético dos indivíduos sob risco de HbE deve ser principalmente centrado na interacção da HbE com a,  $\beta$ -talassémia.

## P96 16:10

### EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DREPANOCITOSIS EN TRATAMIENTO CON HIDROXIUREA EN NUESTRO HOSPITAL

Rebeca Losada del Pozo, Áurea Cervera Bravo, Beatriz Martínez Escribano, Gema Tesorero Carcedo, Carmen Troyano Rivas, Pedro Puyol Buil  
Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

**Objetivos:** Analizar la evolución de los pacientes pediátricos tratados con hidroxiurea por drepanocitosis severa en el Hospital de Móstoles.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de una serie de 9 niños tratados con hidroxiurea, de un total de 23 niños con drepanocitosis seguidos en nuestro hospital. Se realizó un estudio descriptivo de: edad al diagnóstico (dco), motivo de dco, motivo de inicio de tratamiento, efectos secundarios y cumplimiento, y se realizó un análisis comparativo de los siguientes datos pre y postratamiento: número de ingresos, días/año de ingreso

(totales, por crisis vasooclusivas -CVO- y por síndrome torácico agudo -STA), parámetros analíticos (Hb, HbF, Reticulocitos, VCM, LDH, Bilirrubina). Datos analizados con SPSS 15.0

**Resultados:** La mediana de la edad al dco fue 10,50 meses (nacimiento-108 meses), el motivo de dco fue 33,3% por anemia y 22% por infección invasiva por neumococo. El motivo de tratamiento fue en el 44% por STAs y el 33,3% por CVOs, la mediana de inicio del tratamiento fue a los 7,5 años (3-14años).

En la comparativa de los datos pre y post se encontraron diferencias significativas en el número de ingresos, las cifras de HbF y el VCM; una llamativa tendencia de disminución en los días de ingreso por año, tanto totales como por CVO y STA.

El 66,7% de los pacientes no tuvieron efectos secundarios, el cumplimiento fue bueno en el 66,7% de los pacientes.

**Conclusiones:** La hidroxiurea disminuye el número de ingresos, aumenta la cifra de hemoglobina F y aumenta el VCM. Eso supone una mejor calidad de vida para el niño, presentando pocos efectos secundarios.

## P97 16:15

### RECEPTOR SÉRICO DE LA TRANSFERRINA Y HEMOGLOBINA RETICULOCITARIA EN ADOLESCENTES SEGÚN EL ESTADO DEL HIERRO CORPORAL

Ana Mar Ruiz Sánchez, María Angeles Vázquez López, Rafael Galera Martínez, Patricia Oliva Pérez, Encarnación López Ruzafa, Maribel Sáez Alonso, Francisco Lendínez Molinos, Francisco Javier Muñoz Vico, Emilio García García, Manuel Martín González  
Servicio de Pediatría del Hospital Torrecárdenas del SAS, Almería.

**Objetivos:** 1) Conocer las variaciones del Receptor sérico de la transferrina (RsTf) y la Hemoglobina reticulocitaria (Hbr) en adolescentes con déficit de hierro. 2) Analizar su utilidad diagnóstica para discriminar estados de ferropenia sin anemia.

**Material y métodos:** 205 adolescentes entre 12-16 años seleccionados por muestreo probabilístico polietápico. Se determinó hemograma (incluyendo Hbr), ferritina sérica, índice de saturación de transferrina (IST), RsTf, cociente RsTf/ferritina e Índice RsTf-F (RsTf/logFerritina). Se estratificó la población en 4 grupos según el estado del hierro: normal (N), depleción de depósitos (DD), eritropoyesis ferropénica (EF) y anemia ferropénica (AF), siguiendo criterios hematológicos y bioquímicos establecidos internacionalmente. Se estudiaron las variaciones de la Hbr, el RsTf y sus índices (RsTf/ferritina y RsTf/log ferritina) en los diferentes grupos. Método estadístico: Test Anova y curva ROC.

**Resultados:** Los valores de RsTf aumentaron a medida que el déficit de hierro progresó (N: 1,59  $\pm$  0,36 mg/L; AF: 2,89  $\pm$  0,44 mg/L; p < 0,0001). El cociente RsTf/ferritina pasó de 52,6  $\pm$  28,9 en normales a 743,7  $\pm$  152,4 en la AF, observando valores tres veces superiores en estados de DD: 164,9  $\pm$  19,9; p < 0,0001. Igualmente el Índice RsTf-F (RsTf/log ferritina) pasó de 1  $\pm$  0,2 a 4,9  $\pm$  0,7 en la AF y los valores en estados de ferropenia sin anemia fueron también significativamente superiores (DD: 1,6  $\pm$  0,2, p < 0,0001). Los valores de Hbr disminuyeron de forma significativa ante el progreso de la carencia férrica: N: 31,3  $\pm$  1,3 pg/dl; AF: 25,4  $\pm$  2,6 pg/dl; p < 0,0001, sin embargo, los valores en la DD fueron similares a los del grupo normal (DD: 31,2  $\pm$  0,9 pg/dl; NS). Utilizando la curva ROC el RsTf y sus índices dis-

crimaron situaciones de ferropenia sin anemia (AUC: 0,70 (IC 95% 0,57-0,84); 0,94 (IC 95% 0,85-1) y 0,91 (IC 95% 0,8-1) para el RsTf, cociente e índice respectivamente), en cambio la Hbr no fue discriminatoria.

**Conclusiones:** 1) En adolescentes, el RsTf y sus índices detectan precozmente estados de ferropenia. 2) La Hbr no fue útil para discriminar estados de ferropenia sin anemia.

## P98

### TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Nelia Navarro Patiño, Ana Cristina Peñalba Citores, Elena Cela de Julián, Ana Huerta Rodríguez, Maite Echeverría Fernández, Belén Huidobro Fernández  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** La trombosis venosa profunda (TVP) es infrecuente en niños sanos y presenta una alta morbimortalidad por complicaciones como el tromboembolismo pulmonar o el síndrome posttrombótico. Existen factores predisponentes hereditarios como mutaciones o deficiencias de anticoagulantes naturales.

**Caso clínico:** Niño de 7 años ingresado por dolor e impotencia funcional en miembro inferior izquierdo. En las 2 últimas horas enrojecimiento, aumento de diámetro y fiebre. Los 2 días previos dolor en la zona lumbosacra. No traumatismos previos. Ingresado por bronquiolitis y neumonía que precisó toracocentesis 6 meses antes. Peso 42,5 Kg (> p90). Marcada red venosa superficial en abdomen, miembro inferior izquierdo edematoso, con aumento de diámetro y asimetría respecto al derecho, eritematoso sin calor asociado, dolor en reposo e impotencia funcional. Coagulación: INR 1.3; TP 14.9, TTPA cefalina 34, Dímero D > 1.100. Radiografía y ecografía de caderas normales. Eco-Doppler miembro inferior izquierdo: trombosis de la vena cava infrarrenal hasta tercio medio de la vena femoral superficial, afectando también vena safena mayor y femoral profunda. Ecocardiografía y TAC toracoabdominal normales. Inmunoglobulinas, y complementos normales. Factor de proferdina, factor reumatoide y anticuerpos antinucleares negativos. Anticuerpos anticardiolipina, anti B2 GPI, anticoagulante lúpico negativos. Factor II y Factor V de Leiden homocigotos normales, MTHFR heterocigoto. *Proteína C (sc) 44%*, proteína S, plasminógeno, homocisteína y antitrombina III normales. Actualmente en tratamiento con acenocumarol, con el que continuará de forma indefinida por el diagnóstico de Déficit funcional de Proteína C. Último Eco-Doppler de control con recanalización de vena femoral profunda izquierda y flujo colateral a través de las circunflejas.

**Conclusiones:** Aunque la TVP es infrecuente en pediatría debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la impotencia funcional por su alta morbimortalidad y graves complicaciones. Puede ser el debut de enfermedades autoinmunes, neoplasias, cardiopatías congénitas o enfermedades protrombóticas hereditarias. El tratamiento puede tener graves complicaciones y una larga duración por lo que se necesita un enfoque multidisciplinar. El de elección en los niños es la anticoagulación, pues la trombectomía es un método con poca experiencia y de alto riesgo.

16:20

## P99

### SINTOMATOLOGÍA INESPECÍFICA: ¿PATOLOGÍA ANODINA? DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME MIELODISPLÁSICO DE FORMA CASUAL

Carmen María Martín Delgado, Raquel Díaz Conejo, Clara Villalba Castaño, Ruth del Valle Pérez, Ana María Sánchez García, Marcos Zamora Gómez  
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

**Introducción:** Los Síndromes Mielodisplásicos (SMD) son procesos poco frecuentes en niños (3% de todas las enfermedades hematológicas) y se caracterizan por una hematopoyesis ineficaz, con fallo progresivo de médula ósea y transformación leucemoide.

**Caso clínico:** Niño de 9 años, con dolor abdominal generalizado intenso de 5 días de evolución y deposiciones líquidas, sin productos patológicos. Febril. *Antecedentes Personales:* Escoliosis (en seguimiento con radiografía de columna anual) y epistaxis frecuentes. *Exploración Física:* Regular estado general, con palidez mucocutánea. Dolor localizado en hipocondrio derecho y Murphy positivo, sin hepatoesplenomegalia ni adenopatías. *Hemograma:* leucocitosis con abundantes formas inmaduras de la serie mieloide y plaquetopenia. Cultivos negativos. Serología: infección por VEB pasada. *Ecografía abdominal:* vesícula biliar distendida sin cambios inflamatorios. Se pautaron antibióticos, con mejoría clínica significativa, a pesar de la cual, en el hemograma de control, persistía leucocitosis con formas inmaduras, plaquetopenia y anemia de reciente aparición. Se realizó un aspirado de médula ósea, siendo ésta hipocelular, con megacariocitos disminuidos y rasgos displásicos. En la citogenética se encontró una monosomía 7. Se decidió seguimiento y ampliación del estudio en el Servicio de Hematología.

**Conclusiones:** 1) Estos desórdenes pueden ocurrir de novo o después de años de exposición a factores que potencialmente pueden provocar mutaciones (radiaciones ionizantes, radioterapia, infecciones...). 2) Los signos y síntomas de presentación suelen inespecíficos. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, estableciéndose el diagnóstico de forma casual al realizar análisis de laboratorios rutinarios. 3) El diagnóstico debe considerarse en pacientes con citopenias o monocitosis inexplicadas, siendo necesario extensión de sangre periférica y aspirado medular. 4) Múltiples alteraciones cromosómicas numéricas y estructurales se asocian a SMD (hasta en el 50%). La monosomía 7 es la alteración citogenética más frecuentemente encontrada y confiere mal pronóstico, con un riesgo elevado de progresión hacia leucemia mieloide aguda.

## P100

### PÚRPURA TROMBOPÉNICA INMUNE SEVERA INDUCIDA POR RIFAMPICINA

Lorena Rodeño Fernández, Gisela Cristina Muñoz García, Ainhoa Gondra Sangroniz, Ana Isabel Martínez Muruaga, M. Isabel Garrote Llanos, Javier de Arístegui Fernández  
Unidad de Infectología Pediátrica y Unidad de Pediatría General del Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

**Introducción:** La púrpura trombopénica aguda (PTI) tiene una incidencia estimada de de 2,5-5/100.000 niños/año y en la mayoría de los casos se asocia a infecciones virales, pero también puede ser secundaria a enfermedades autoinmunes o inducida por drogas. En el 50-80% de los casos se detectan anticuerpos

16:25

16:30

antiplaquetares que reaccionan con glicoproteínas de membrana (IIb/IIIa y Ib/IX).

**Caso clínico:** Niño de 4 años de origen marroquí, diagnosticado de tuberculosis pulmonar bacilífera hace 16 días, en tratamiento con isoniazida, rifampicina (R) y pirazinamida en pauta diaria a dosis habituales, que acude al servicio de urgencias por presentar las últimas 24 h hematomas espontáneos en extremidades inferiores.

Presenta petequias generalizadas y abundantes hematomas en extremidades con restos hemáticos en encías y fosas nasales. La ACP y la situación hemodinámica son estables. El resto de exploración es normal.

Las pruebas complementarias detectan trombopenia severa (1.000 plaquetas/uL) sin otras alteraciones. Se establece tratamiento según protocolo con corticoides y gammaglobulina i.v. A las pocas horas de ingreso, presenta epistaxis severa que precisa cauterización y colocación de taponamiento antero-posterior e infusión de concentrado de plaquetas. Ante la sospecha de trombocitopenia inducida por rifampicina se retira dicho fármaco. La evolución es favorable, al 7º día presenta plaquetas > 100.000/uL, suspendiéndose el tratamiento con corticoides. Actualmente continúa tratamiento antituberculoso con INH, PZD y Etambutol siendo el seguimiento y los controles hematológicos a los 4 meses, normales.

**Discusión:** Se ha demostrado que la R puede inducir formación de anticuerpos contra el complejo glicoproteína Ib/IX que producen una rápida destrucción plaquetar. Hasta un 6% de los pacientes que reciben rifampicina a dosis altas en pauta discontinua desarrollan trombocitopenia, pero hay descritos pocos casos de esta complicación en terapias diarias a dosis habituales. En nuestro caso, no podemos descartar que una mala cumplimiento del tratamiento antituberculoso o una sensibilización previa a la rifampicina hayan desencadenado la trombopenia severa.

## P101 16:35 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

Carla Criado Muriel, Miryam Mateos Polo,  
Soraya Cuadrado Martín, Manuela Muriel Ramos,  
Dorotea Fernández Álvarez, Gabriel Mateos Pérez  
Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

**Antecedentes y objetivos:** Valorar la evolución y tratamiento de los niños diagnosticados de Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) y actualmente en seguimiento en la Unidad de Hospital de Día Pediátrico de nuestro centro.

**Métodos:** Se analizaron 15 niños mediante la revisión de historias clínicas. Las variables se obtuvieron del Protocolo de PTI del 2004 de la Sociedad Española de Hematología Pediátrica.

**Resultados:** La muestra se compone de 15 niños: el 26,6% son niñas y el 73,4% niños. La edad media fue de 6,4 años (7,2 años para el sexo femenino y 6,1 años para el masculino). No se encontraron antecedentes personales de enfermedades autoinmunes habiendo antecedentes familiares en el 40% del total. En el 93,3% de los casos, el motivo de consulta fue por afectación cutánea. La clínica de debut fue en 8,6% petequias, 26,6% equimosis, 73,3% hematomas. El 13,3% púrpura húmeda. En cuanto al sangrado activo (40% del total) el 6,6% fue digestivo, el 20% renal y el 33,3% nasal. No se objetivó visceromegalia al

diagnóstico en ningún caso. El valor mínimo de plaquetas fue de 1.000/mm<sup>3</sup> y el máximo de 38.800/mm<sup>3</sup> con una media al diagnóstico de 7.046/mm<sup>3</sup>. Se realizó estudio de médula ósea en el 73,3% de los niños. En el estudio de extensión, los Anticuerpos antifosfolipídicos fueron positivos en el 18,2 y los anticuerpos antiplaquetas en el 57,1%. Todos ellos tienen realizadas serologías hallándose una IgM positiva para virus de Epstein Barr en uno de los casos. Fueron tratados inicialmente el 86,6% de los casos, el resto observación. De los niños tratados, el 30,7% recibió corticoides, el 61,5% gammaglobulina y el 7,7% recibió ambos tratamientos. Posteriormente precisaron algún tratamiento el 53,3% de la muestra (87,5% corticoides y el 50% gammaglobulina). Finalmente, el 66,6% fueron formas agudas (aislada 9 casos y recidivante en 1 caso) y el 26,6% evolucionó hacia la cronicidad (controlada en 2 casos, 1 persistente y otro recidivante).

**Conclusiones:** La clínica observada fueron hemorragias en piel seguidas de mucosas y sangrado activo. La evolución hacia la cronicidad ocurrió en una cuarta parte de los casos. El tratamiento empleado con más frecuencia fue gammaglobulina y corticoides. En todos los niños que recibieron corticoides se le practicó médula ósea.

## P102 16:40 MENINGITIS ASÉPTICA COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA INESPECÍFICA EN EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE

María Sánchez Carbonell, Cristina Moscardó Guillemé,  
Ester Pérez Lledó, Esther Blanco Alemany, María Tasso Cereceda,  
Carlos T. Esquembre Menor  
Hospital General Universitario, Alicante.

**Introducción:** El tratamiento de la Púrpura Trombocitopénica Inmune (PTI) se basa en corticoides e inmunoglobulinas inespecíficas a altas dosis (IGAD). La meningitis aséptica (MA) es una complicación infrecuente pero potencialmente grave que puede aparecer con las IGAD. Suele presentarse en las primeras 48-72 horas de la infusión con síntomas de irritación meníngea y LCR claro, con pleocitosis de predominio linfocitario, aumento moderado de proteínas y cultivo bacteriano negativo. Su evolución es benigna, sin dejar secuelas. En la literatura se describen medidas preventivas tales como disminuir la dosis de IG y/o premedicar con corticoides.

**Objetivo:** Establecer las medidas adecuadas para prevenir la MA secundaria a IGAD.

**Caso clínico 1:** Niño de 5 años que recibe IGAD por PTI corticodependiente. En las 24 h posteriores a una dosis de 600 mg/kg en infusión lenta presenta un cuadro clínico y analítico compatible con una MA que se resuelve con tratamiento sintomático. Evoluciona hacia una PTI aguda persistente, precisando IG en cuatro ocasiones más, que se administra a dosis más bajas (450 mg/kg) y asociada a prednisona 1 mg/kg/día durante 3 días. No presenta nuevos episodios de MA.

**Caso clínico 2:** Niño de 10 años que recibe IGAD por PTI corticorresistente. Tras una primera dosis de 800 mg/kg presenta un cuadro clínico y analítico compatible con MA resuelta con tratamiento sintomático. Evoluciona hacia una PTI aguda persistente, por lo que precisa tratamiento con IG en dos ocasiones más. Se administra a dosis más bajas (500 mg/kg) y asociada a prednisona 1 mg/kg durante 3 días. En la segunda ocasión

presenta un nuevo episodio de MA el cuarto día tras la infusión.  
**Conclusiones:** Las medidas profilácticas descritas para la MA secundaria a IGAD fueron eficaces en cinco de las seis administraciones. En la única ocasión en la que no resultaron efectivas, la sintomatología apareció el cuarto día tras la infusión, cuando el paciente ya no recibía corticoides. La disminución de dosis de la IG a 400-500 mg/kg como profilaxis de la MA es una medida bien establecida en la bibliografía consultada, sin embargo se necesitan más estudios con el fin de establecer la dosis y duración adecuada del tratamiento corticoideo.

## NEONATOLOGÍA

### Sala 12 (Planta Alta)

**P103**

**15:30**

#### HIPERTENSIÓN PULMONAR DE COMIENZO TARDÍO. ROL DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE PROLONGADO

Yolanda Pérez Saldeño, Verónica Favareto, Marta Rogido, Augusto Sola  
 Complejo Hospitalario, Ourense.

**Introducción:** La displasia broncopulmonar (DBP) ha evolucionado a través de los años a una nueva DBP. La DBP severa (s) (necesidad de soporte ventilatorio y hospitalización a los 4-10 meses de edad, el fallo cardíaco derecho, cor pulmonale (COR-P) y la posible hipertensión pulmonar de comienzo tardío (HTPT)) eran más prevalente en el pasado. Existe preocupación sobre los efectos potenciales de un shunt ductal prolongado a través del ductus de izquierda a derecha. No hay descripciones recientes de niños con DBP severa e HTPT.

**Objetivos:** Describir el curso de la DBP severa y la Hipertensión Pulmonar de comienzo tardío en recién nacidos de muy bajo peso.

**Material y métodos:** DBP severa fue definida como: VMI/CPAP, retención de CO<sub>2</sub>, necesidad de O<sub>2</sub> y radiografía patológica > 4 meses. El COR-P como hipertrofia del ventrículo derecho por ECG y fallo ventricular derecho. La HTPT fue definida como signos inequívocos en la ecografía de HTP desarrollada > 2 meses, sin HTP neonatal. DAP: signos clínicos y confirmación ecográfica.

**Resultados:** Siete RN (10/06-11/07). *Peso al nacer:* 800 ± 243 g; EG: 26,11,6. *Esteroides prenatales:* 86%; EMH: 71%; cesárea: 86%; surfactante en sala de partos: 71%, VMI α 24h: 71%, CPAP α 24h: 29%, DAP: 86% (7,4 ± 1 d). Indometacina para DAP < 5d: 0%; 1-3 cursos en 71%, ligadura 43% (50 ± 2 d). 6/7 aún tenían DAP a las 7 sem; en 3/6 nunca se documentó el cierre. Uso de esteroides postnatales 71%. VMI + CPAP 133 ± 60 d, FiO<sub>2</sub> > 0,21 171 ± 55 d; FiO<sub>2</sub> > 0,45 a los 4 m: 86%. Recibieron diuréticos y digital 100% y sildenafilo el 43%. ECO: regurgitación tricuspídea en 57%, presión sistólica de VD 55-110 mmHg. Todos tenían PCO<sub>2</sub> > 65 mmHg, ECG con predominio de fuerzas derechas. Días totales de hospitalización 1.344. Al alta, todos con malnutrición y O<sub>2</sub> domiciliario, 71% con hipertensión sistémica y osteopenia, 57% retinopatía severa, 43% déficit auditivo.

**Conclusiones:** La DBP severa con COR-P e HPTT en RNMBP está asociada con DAP y produce hospitalización prolongada y serias morbilidades. La persistencia del shunt de izquierda derecha en el DAP durante varias semanas en un período de desarrollo crítico puede afectar el desarrollo del corazón y el pulmón y conducir a enfermedades irreversibles.

**P104**

**15:35**

#### INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B: CLÍNICA PRECOZ VERSUS TARDÍA

Erika Rezola Arcelus, Nerea Martín Calvo, Unai Hernández Dorronsoro, Itxaso Martí Carrera, Carmen García Pardos, Fco. Javier Mintegui Aramburu, Javier Eizaguirre Arocena, Ángeles María Ruiz Benito, Juncal Echeverría Lecuona, Luis Paísán Grisolia

Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital de Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

**Objetivo:** Analizar los factores de riesgo y clínica de la enfermedad invasiva precoz (EIP), menores de 7 días, y tardía (EIT), entre 7 y 90 días, por EGB.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad invasiva por EGB, en los Servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Donostia entre 01/01/2000 y 31/12/2007.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 30 pacientes: 14 con EIP y 16 de EIT (Ver tabla a pie de página).

**Conclusiones:** 1) No se observan diferencias de edad gestacional ni peso recién nacido entre los dos grupos. 2) En el 30%

Datos demográficos	Sexo		Edad media al diagnóstico	Edad gestacional media (sg)	Peso medio recién nacido (g)
	Varón	Mujer			
EIP (n = 14)	7 (50%)	7 (50%)	1,2 días	38+6	2.955
EIT (n = 16)	7 (44%)	9 (56%)	38,5 días	38 + 5	3.020
<b>Diferencias entre EIP y EIT</b>				<b>EIP (n = 14)</b>	<b>EIT (n = 16)</b>
Factores de riesgo de enfermedad invasiva por EGB	Screening EGB materno		Positivo	3 (21,5%)	5 (31%)
			Negativo	7 (50%)	6 (38%)
			Desconocido	4 (28,5%)	5 (31%)
		Otros	5 (36%)	1(6%)	
Profilaxis antibiótica			2/8 (25%)	5/6 (83%)	
Síntoma principal			Distrés (50%)	Fiebre (63%)	
Bacteriemia			6 (43%)	13 (81%)	
Sepsis clínica			7 (50%)	3 (19%)	
Estancia media			14,9 días	13,4 días	



de las madres de la serie, se desconoce su situación frente al EGB. 3) La clínica de sepsis y distrés respiratorio es más frecuente. 4) La estancia media no varía en ambos grupos.

## P105 15:40 HEMOFILIA DE PRESENTACIÓN NEONATAL, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Ana Nevot Flor, Francisca Font de Mora Lleo,  
Ana Filgueira Posse, Marta Redondo Gago, Jana Planas Morant,  
Juan Antonio Hervás Palazón.  
Fundación Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Balears).

**Introducción:** En las hemofilias graves las hemorragias suelen ser espontáneas, antes del año de edad, existiendo un riesgo elevado de sangrado en SNC (del 2 al 8%). Los factores de coagulación VIII y IX no atraviesan la barrera placentaria, por lo que los síntomas de su déficit podrían manifestarse ya desde el nacimiento. En este periodo el diagnóstico es difícil porque muchos de los factores de coagulación tienen niveles fisiológicamente bajos. Las manifestaciones tempranas pueden resultar imperceptibles o difíciles de identificar en el periodo neonatal. Hay pocos casos descritos en la época neonatal. Presentamos dos casos clínicos de hemofilia de debut neonatal.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Varón a término que en el periodo neonatal inmediato presenta tumefacción rojo violácea con edema en el prepucio impresionando inicialmente de parafimosis, en el control realizado al 6º día de vida persistía lesión ampollosa con excoriación que se resolvió con curas locales. A los 24 días de vida consulta por sangrado profuso de una herida de 0,5 cm en labio inferior. A los 2 m consulta de nuevo por sangrado, que no cedía con la compresión, en el punto de punción de la vacuna. Se realizó analítica sanguínea objetivándose TTPA alargado con FVIII del 5% diagnosticándose de hemofilia A moderada. *Caso 2:* Recién nacido varón a término ingresado al nacimiento en la UCI neonatal por depresión respiratoria secundaria a opioides. Durante su estancia se aprecian sangrados en las zonas de punción y petequias puntiformes. En la analítica se detecta TTPA alargado y factores IX del 1% y XII del 25% diagnosticándose de hemofilia B grave asociada a un déficit de factor XII.

**Conclusiones:** Debemos considerar la hemofilia dentro del diagnóstico diferencial en los síndromes hemorrágicos del recién nacido, junto con el déficit de vitamina K o trombocitopenias aun, incluso, sin la existencia de antecedentes familiares de primer grado. El alargamiento del TTPA aislado en el periodo neonatal obliga a realizar el estudio de factores de coagulación para descartar la hemofilia neonatal.

## P106 15:45 TUMORES NEONATALES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

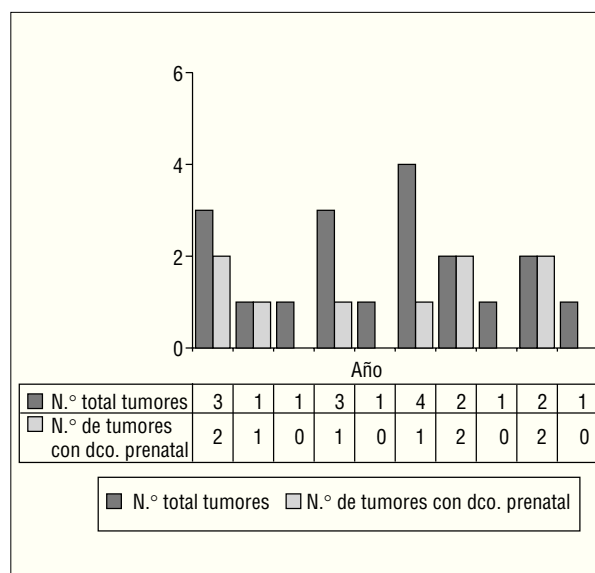
Inés Tofé Valera, Francisco Miguel Pérez Fernández,  
Cristina Herráiz Perea, M<sup>a</sup> Dolores Jimenez Martinez,  
M. Elena Mateos González, M. Dolores Ruiz González,  
María José Parraga Quiles, María Dolores Huertas Muñoz,  
Juana María Guzmán Cabañas, Mercedes Zapatero Martínez  
Servicio de Neonatología y Unidad de Oncología Pediátrica del Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Antecedentes y objetivos:** Los tumores diagnosticados en el periodo neonatal tienen un comportamiento diferente a sus ho-

mólogos en otras edades pediátricas. El uso generalizado de la ecografía prenatal ha aumentado su diagnóstico durante este periodo. Revisar los tumores diagnosticados en RN  $\leq 28$  días desde enero'98 hasta enero'07, analizar sus características histológicas y clínicas y conocer la proporción de aquéllos diagnosticados en época prenatal.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de tumor neonatal en los últimos 9 años. Variables analizadas: género, distribución de casos por año, proporción de tumores con diagnóstico prenatal, edad media en el momento de diagnóstico, síntoma/signo de presentación, diagnóstico histológico y de localización.. En el caso de los neuroblastomas se revisaron además sus aspectos clínicos, terapéuticos y evolutivos. Se excluyeron del estudio los angiomatos.

**Resultados:** Del total de 19 RN diagnosticados de procesos tumorales, 68,18% eran varones con una media de edad al diagnóstico de 9,7 días de vida. En 9 neonatos se realizó dco. prenatal (fig. 1). El síntoma de presentación fue masa visible/palpable en un 68% de los casos. El diagnóstico más frecuente fue neuroblastoma (4 casos, 27,27%) de los que 2 eran estadio I, 1 estadio IV y 1 estadio II.



**Conclusiones:** El uso extensivo de la ecografía prenatal ha hecho que aumente la el diagnóstico precoz de tumores neonatales. Los tumores más frecuentemente diagnosticados en el periodo neonatal fueron sólidos, dentro de los cuales el más habitual fue el neuroblastoma. El comportamiento biológico varía respecto a otras edades y su patrón histológico no es determinante del pronóstico.

## P107 15:50 HIPOTONIA Y LETARGIA EN PREMATURO

José Luis Hernández Zabalza, Montserrat Garriga Badía,  
Lluís Galcerán Jove, Silvana Andrea Bosnich Rubinich,  
Silvia Zambudio Sert, Joan Sitjes Costa

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Servicio Asistencial de Manresa (Barcelona).

La enfermedad de la orina con olor a Jarabe de arce es un metabolopatía cuyo pronóstico viene dado por la premura en el

diagnóstico dado que el acumulo de aminoácidos produce una encefalopatía y neurodegeneración. En nuestro servicio tenemos experiencia suficiente de esta enfermedad, dado que hemos tenido tres casos en los últimos cinco años. Sin embargo presentamos este caso por la dificultad del diagnóstico dada la sintomatología acompañante a la propia de la metabopatía. Presentamos el caso clínico de una recién nacida de 34 semanas, hija de madre con preeclampsia. Sin antecedentes familiares de interés ni consanguinidad. Peso 1.900 g Apgar: 9/10. Presenta buena evolución los primeros días de vida con controles analíticos y eco gráficos correctos.

A los 10 días presenta quejido, distensión abdominal, rechazo parcial de la alimentación. En el control analítico destaca 2900 leucocitos y PCR de 62 asociado a mucosidad nasal VRS positivo. Rx de tórax con pequeño infiltrado basal derecho. Se inicia tratamiento con antibiótico y disminución del aporte alimentario. A pesar del llevar varios días con antibioterapia y una buena repuesta analítica destaca un empeoramiento clínico con letargia, hipotonía muy marcada, no succión, reflejos neonatales débiles, bradipnea.

Esta sintomatología nos lleva a la 18 días de vida la sospecha de metabopatía confirmándose en pruebas de Laboratorio el acumulo de los aminoácidos de cadena ramificada.

**Conclusiones:** 1) Destaca el inicio tardío de la clínica que puede asociarse a inicio lento de la alimentación al ser una prematura. 2) Falta de antecedentes y de consanguinidad de los padres. 3) La asociación a una infección por VRS que enmascaró la sintomatología metabólica.

## P108 15:55 TRATAMIENTO DEL HEMATOMA SUBGALEAL MASIVO NEONATAL CON FACTOR RVII ACTIVADO

María Hernández Pérez, Carolina Felici,  
María Dolores Madrid Castillo, Fernando Ferreira Pérez,  
María Luisa Rosso González, Antonio Losada Martínez

Unidad de Gestión Clínica Neonatal del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Antecedentes y objetivos:** El factor VII juega un papel fundamental en el inicio de la hemostasia. Describimos su uso compasivo en un hematoma subgaleal masivo tras el fracaso de las terapias convencionales.

**Métodos:** Producto único de gestación controlada de 40 + 1 semanas, que cursa con preeclampsia, serología materna y SGB negativos. Parto finalizado mediante ventosa, Apgar 9/10/10. PAEG.

Al nacimiento presenta pequeño hematoma subgaleal que a las 9 horas de vida requiere ingreso en UCI-NN por shock hipovolémico, con incremento progresivo del perímetro craneal, anemia importante e insuficiencia renal aguda prerrenal. Tras reanimación tipo C, se transfunde plasma fresco, 5 concentrados de hematíes y 1 Unidad de plaquetas durante su estancia en la Unidad. A pesar del tratamiento, persiste coagulopatía de consumo (TP 60 seg TPTA 130 seg) y sangrado activo. Se decide a las 24 horas de vida administrar rFactor VIIa a dosis de 100 µg/Kg con la posibilidad de repetir dosis a las 3-4 horas.

**Resultados y conclusiones:** A las pocas horas de la administración de la 1ª dosis de Factor rVII se consigue un acortamiento de los tiempos de coagulación (TP 23 seg, TPTA 52 seg) con

control de la hemorragia y evolución favorable del cuadro. Persiste trombopenia (51.000 plaq) que revierte con transfusión de 1 Unidad de plaquetas.

Los últimos estudios demuestran que este factor es fundamental en las dos vías de la coagulación y en la activación plaquetaria. Sobre esta base se plantea su aplicación a otros campos además de las indicaciones actuales. El uso del Factor rVIIa en el control de la hemorragia aguda refractaria al tratamiento convencional es eficaz y seguro presentando bajo potencial inmunógeno, una rápida mejoría de TP y TPTA, sin producir un estado de hipercoagulabilidad y con menor riesgo de complicaciones derivadas de la sobrecarga de fluidos y transmisión de infecciones que supone la transfusión de hemoderivados y plasma. La experiencia en Neonatología es limitada. Se necesitan más estudios y ensayos clínicos para poder establecer la evidencia médica de su eficacia, y las dosis e intervalos óptimos de su uso en pediatría.

## P109 16:00 ¿SON ÚTILES LOS VALORES ANALÍTICOS NEONATALES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA FORMA NO CLÁSICA DE HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA?

Susana Larrosa Capaces, Albert Feliu Rovira,  
Beatriz Martín Cuesta, Neus París Miró, Joaquín Escribano Subias  
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

**Introducción:** La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) en la forma no clásica es una enfermedad frecuente aunque de difícil diagnóstico al nacimiento.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Neonato de sexo femenino sin alteraciones genitales y diagnosticada prenatalmente de HSC forma no clásica. *Antecedentes:* Madre diagnosticada de HSC no clásica desde los 14 años asintomática sin tratamiento. Padre diagnosticado de HSC no clásica en un estudio genético, también asintomático. A las 10 semanas de gestación se detectan, mediante biopsia de vellosidades coriales, dos mutaciones V281L i Q318X en heterocigosis compatibles con HSC no clásica suspendiéndose la dexametasona en la madre que se inició al detectarse el embarazo. *Exploraciones complementarias:* Analítica sanguínea (2o día de vida) 17-OH-progesterona 8,62 nmol/l (valores bajos). *Analítica sanguínea (2 meses de vida):* 17-OH-progesterona 11,62 nmol/l (valores altos) compatible con el diagnóstico genético de forma no clásica de HSC. Actualmente asintomática y sin tratamiento. *Caso 2:* Neonato de sexo femenino a término con hipertrofia de clítoris. *Antecedentes:* Sin interés. *Exploraciones complementarias:* Analítica sanguínea (2o día de vida) 17-OH-progesterona 35,4 nmol/l (valores altos). *Analítica sanguínea (2 meses de vida):* 17-OH-progesterona 2,6 nmol/l (valores normales). A la exploración física ya no se observa hipertrofia de clítoris.

**Comentarios:** Actualmente se utiliza el diagnóstico prenatal mediante la búsqueda de mutaciones en el DNA fetal. Sin embargo, solo es posible predecir la correlación genotipo-fenotipo en el 88% de los casos. El estudio analítico postnatal está sujeto a muchas variaciones y resulta de difícil interpretación antes del mes de vida, por lo que es recomendable realizar controles pasados los 2 meses de vida y realizar, si es necesario, un test de estimulación con ACTH.

## P110 16:05 QUISTE ONCOCÍTICO BENIGNO - UNA CAUSA INUSUAL Y POTENCIALMENTE LETAL DE ESTRIDOR NEONATAL

Antía López Rodríguez, Silvia Celorio Duarte,  
Francisco Borja Osona de Torres, Manuel Tomás Barberán,  
Rafael Ramos Asensio, Joan Figuerola Mulet  
Servicio de Pediatría, Servicio de ORL y Servicio de Anatomía Patológica  
del Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Baleares).

**Introducción:** El quiste oncocítico es un tumor de origen epitelial y carácter benigno. Su localización en la laringe es extraordinariamente rara, habiéndose descrito hasta la fecha 150 casos, ninguno en edad neonatal.

Describiremos un caso reciente de nuestro hospital con diagnóstico de quiste oncocítico benigno en período neonatal.

**Resultados:** Recién nacida trasladada a nuestro centro por sospecha de cardiopatía congénita por presentar episodios de cianosis y bradicardia los primeros días de vida, que se descarta al ingreso. A los seis días de vida persiste tendencia a bradicardia con episodios de cianosis y aparece estridor intermitente que se agudiza con fases de intranquilidad y con las tomas, empeorando en las siguientes 24 horas haciéndose constante.

Se realiza laringoscopia, observándose zona quística que parecía depender de la base de la lengua, sin apreciarse otras malformaciones en cavum. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: radiografía lateral y ecografía de cuello, gammagrafía tiroidea que descarta origen tiroideo. Por fibroscopia se observa masa supralaríngea, de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, redondeada de color pálido en base de la lengua en línea media que comprime y desplaza epiglotis produciendo obstrucción intermitente de la vía aérea.

Se procede a realización de cirugía láser de la lesión quística, sin incidencias. La paciente evoluciona favorablemente con tratamiento corticoideo, que se mantiene durante tres días, sin presentar reaparición de la clínica tras su retirada. No presenta nuevos episodios de cianosis ni de bradicardia. Es dada de alta a los 16 días de vida con diagnóstico anatomopatológico de la lesión de quiste oncocítico benigno. Realiza controles en Consultas Externas de ORL, hasta ahora sin incidencias.

**Conclusiones:** Las lesiones quísticas laríngeas son una causa rara de estridor neonatal, pero de fácil diagnóstico. Es crucial su sospecha y su diagnóstico precoz por poder presentar un riesgo vital para el paciente al obstruir la vía aérea superior. El tratamiento inicial de elección es la escisión por cirugía láser.

## P111 16:10 SEPSIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HIPOPITUITARISMO CONGÉNITO

Ana Amat Madramany, Laura Chofre Escrihuela,  
Ángel González Muñoz, Rosa Martínez Camacho,  
Josefa Juan Martínez, Elena Gastaldo Simeón  
Hospital de la Ribera, Alzira (Valencia).

Los déficits congénitos de hormonas hipofisarias pueden presentarse, en la época neonatal, como crisis de apnea, cianosis e hipoglucemia grave. Es importante identificarlos precozmente para evitar las potenciales secuelas. Una anomalía clínica como genitales ambiguos o micropene pueden ser el hallazgo inicial que nos conduzca al diagnóstico.

**Caso clínico:** Neonato varón de 6 horas de vida que ingresa en el centro neonatal por hipotermia (35°C) e hipoglucemia severa (17 mg/dl). Antecedentes maternos de diabetes gestacional controlada con dieta; cesárea urgente por inducción fallida, oligoamnios y alteraciones en el registro cardiotocográfico. A la exploración llama la atención hipotonía, llanto débil, quejido intermitente; micropene con criptorquidia bilateral. A pesar de una buena respuesta inicial a bolo de glucosa (200 mg/kg) y perfusión a 5 mg/kg/min; la hipoglucemia se vuelve refractaria. Asocia deposiciones con sangre con radiografía compatible con enterocolitis necrotizante. Se inicia cobertura antibiótica empírica con ampicilina, gentamicina y clindamicina. Deterioro clínico y hemodinámico progresivo con necesidad de soporte con dopamina a dosis medias.

**Exploraciones complementarias:** Perfil infeccioso compatible con proceso séptico. Cultivos iniciales negativos. *Determinaciones hormonales:* Cortisol inapreciable. ACTH, GH y TSH también disminuidas. Hiponatremia (130 mmol/L) e hiperpotasemia (5,9 mmol/L). *Resonancia cerebral:* Ausencia del tallo hipofisario con ectopia del lóbulo posterior de la hipófisis.

Ante estos hallazgos se asocia tratamiento hormonal sustitutivo con hidrocortisona y tiroxina, tras el cual evoluciona de forma favorable. Al alta se continúa dicho tratamiento. Seguimiento en consultas de endocrinología infantil. Al año de vida se inicia tratamiento con GH y a los 3 años con HCG.

**Comentarios finales:** Las alteraciones endocrinas neonatales pueden amenazar gravemente la vida del recién nacido. Requieren un alto umbral de sospecha. El tratamiento debe ser enérgico y precoz. Es importante obtener una prueba de imagen por la asociación entre hipopituitarismo y alteraciones de la línea media.

## P112 16:15 RECIÉN NACIDO A TÉRMINO CON APNEAS CENTRALES

David Alfageme Pérez de las Vacas, María Mercedes Chaffanel Peláez,  
Rocío Calvo Medina, Antonio Morales Martínez, Antonio Medina,  
Manuel García del Río  
Servicio de Neonatología y Servicio de Pediatría del Hospital Materno  
Infantil Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** El síndrome de Ondine consiste en un síndrome de hipoventilación central congénita secundario un trastorno del sistema nervioso central (SNC) en el cual el control autonómico de la respiración está ausente o se encuentra deteriorado en ausencia de enfermedad del tronco del encéfalo, neuromuscular, pulmonar, metabólica o cardíaca que lo justifique. Actualmente se cifra la incidencia de esta entidad en un caso por cada 200.000 nacimientos.

**Caso clínico:** Recién nacido a término, adecuado para la edad gestacional, derivado a nuestro centro a las 12 horas de vida, por presentar depresión neurológica y respiratoria que requiere intubación y conexión a ventilación mecánica con diagnóstico de sospecha de síndrome hipóxico isquémico. *Antecedentes personales:* Embarazo controlado. Cesárea urgente por sospecha de pérdida del bienestar fetal. No factores de riesgo infeccioso. Antecedentes familiares sin interés. Durante su ingreso permanece hemodinámicamente estable, conectado a ventilación mecánica y se inicia antibioterapia empírica hasta recibir cultivos negativos. Se intenta extubación en dos ocasiones a ventilación no invasiva con fracaso por acidosis

respiratoria severa hipercápnica con disminución del nivel de consciencia. Se observa patrón respiratorio bradipneico durante el sueño en modalidad asistida de ventilación mecánica y ante el diagnóstico de sospecha de hipoventilación central se inicia estudio etiológico. Se descarta patología infecciosa por resultado de cultivos estériles (sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR); *Estudio de metabopatías: a)* Analítica sanguínea: aminoacidemia, glucemia, valores de carnitina, amonio, lactato, piruvato y estudio de la piruvato deshidrogenasa *b)* Analítica de orina y LCR: determinación de aminoácidos, carnitina y ácidos orgánicos. Todos los resultados fueron normales. Estudio de imagen: Ecografía transfontanelar y Resonancia magnética craneal normales. Electromiograma, electroencefalograma y electroencefalograma normal. Ecocardiograma y electrocardiograma sin alteraciones. Test genético que muestra mutación del tercer axón del gen PHOX-2B. Tras resultados de estos estudios negativos y la positividad de la alteración genética se confirma el diagnóstico de Síndrome de Ondine.

**Comentarios:** El diagnóstico de este síndrome es por exclusión de otras causas. Recordar la existencia de diagnóstico genético por biología molecular (positivo entre un 67-97% de los pacientes según series).

## P113

### GEMELARIDADE-CASUÍSTICA 2003 A 2005

Joana Ramos Pereira, Joana Batista, Miguel Brito, Susana Branco, Cristina Baptista, Fernando Cabral, Joao Fonseca  
Hospital São Teotónio, Viseu (Portugal).

**Antecedentes e objetivo:** A taxa de gestação múltipla tem aumentado significativamente desde o início das técnicas de reprodução medicamente assistida. Neste tipo de gestação, as complicações materno-fetais são mais frequentes, salientando-se a hipertensão arterial (HTA), pré-eclâmpsia, anemia e hemorragia pós-parto. A morbimortalidade fetal está aumentada pela maior frequência de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino, anomalias congénitas, descolamento prematuro da placenta e complicações do parto. Os gémeos têm maior risco de parálisis cerebral, dificuldades de aprendizagem, atraso de linguagem e problemas de comportamento, relacionados sobretudo com a sua prematuridade. O objetivo deste trabalho é caracterizar as complicações materno-fetais das gestações múltiplas e dos gémeos que nasceram na maternidade do Hospital S. Teotónio de Viseu., num período de 3 anos.

**Material e Método:** Estudo retrospectivo, análise de todos os processos de gestações gemelares e gémeos nascidos, de 1 de Janeiro de 2003 a 31 de Dezembro de 2005.

**Resultados:** O número de gestações múltiplas foi de 92, correspondendo a 186 recém-nascidos (RN), 3 foram nados-mortos, contudo, só foi possível avaliar 175 processos de gémeos vivos. A mediana da idade materna foi de 30 anos e 50% eram múltiparas. Treze gestações (14%) resultaram de técnicas de reprodução medicamente assistidas e 52% eram bicoriónicas, 25% da gestações monocoriónicas, e 23% dizigóticas. As complicações obstétricas mais frequentes foram a rotura prematura de membranas (23%), HTA (22%), metrorragias e diabetes gestacional (10%). A cesariana foi o tipo de parto mais frequente

(50%). A idade gestacional média foi de 36 semanas. Os RN tinham em média um peso de 2.400 g. As principais patologias apresentadas foram a prematuridade, a icterícia e o SDR. Oito RN necessitaram de ser transferidos para maternidades centrais e houve 1 óbito.

**Comentarios:** Nos últimos anos tem-se verificado um aumento do número de gravidezes gemelares, no entanto também se registaram progressos significativos no acompanhamento destas situações de alto risco obstétrico e das complicações inerentes à gestação múltipla, permitindo a diminuição da morbimortalidade de recém-nascidos de gravidez múltipla.

## P114

### LISTERIOSIS NEONATAL: DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN 4 CASOS

Paula Garzón Lorenzo, Marta Nicolás López, Susana Melendo Pérez, Carmen Ribes Bautista, Marcos Linés Palazón, Félix Castillo Salinas  
Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

La listeriosis es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente grave que se puede presentar bajo diversas formas clínicas. Se transmite al ser humano por medio de alimentos contaminados con la bacteria *Listeria monocytogenes* (L.M). Afecta principalmente a individuos inmunodeprimidos o en edades extremas de la vida. La transmisión al feto o neonato puede ser vertical (trasplacentaria o a través del canal del parto) u horizontal (generalmente nosocomial). Entre las múltiples formas de presentación destacan distrés respiratorio, exantema generalizado, conjuntivitis purulenta, discrasias sanguíneas, meningitis o sepsis. Las secuelas más frecuentes en neonatos son hidrocefalia y alteraciones en el desarrollo psicomotor.

Presentamos 4 casos de listeriosis neonatal ocurridos en nuestro centro en 2007.

El primer caso es una prematura de 27 semanas de gestación que presentó un cuadro clínico compatible con meningitis con PCR de LCR positivo a L.M. La evolución clínica fue desfavorable a pesar del tratamiento, presentando hidrocefalia que requirió colocación de derivación ventrículo-peritoneal.

El segundo caso corresponde a un neonato de 35 semanas de gestación que presenta cuadro de sepsis y meningitis por L.M. Los cultivos de placenta y líquido amniótico fueron positivos a L.M. Preciso colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia activa.

El tercer caso es un recién nacido a término que ingresó por distrés respiratorio, con hemocultivo positivo a L.M. Su evolución clínica fue favorable sin presentar secuelas neurológicas. El cuarto caso se trata de un recién nacido pretérmino de 26 semanas de gestación, que presentó un exantema maculopapular al nacimiento y bacteriemia por L.M. con cuadro clínico de sepsis. La evolución fue desfavorable con hemorragia intraventricular grado IV y hemorragia subaracnoidea, siendo éxitus a los 5 días de vida.

La infección neonatal por listeria se puede presentar bajo distintas formas clínicas. Es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar el alto índice de morbimortalidad asociado.

16:25

16:20

## P115 16:30 ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO 0. UNA CAUSA DE ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA

Vanessa Moreno Arce, María Teresa Benavides Medina,  
José A. Blanca García, Simón Pedro Lubián López, Carmen  
Rodríguez López, Tomás Aguirre Copano

Sección de Neonatología y Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del  
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

La artrogriposis múltiple congénita (AMC) es un síndrome caracterizado por la rigidez de múltiples articulaciones, con limitación a la movilización de las mismas que suele acompañarse de hipotonía y atrofia muscular. De forma frecuente es causado por lesiones en sistema nervioso periférico. Se conocen más de 150 síndromes en los que predomina.

**Caso clínico:** Tras gestación a término nace niña con diagnóstico prenatal de acinesia fetal. A la exploración física destaca rigidez articular más marcada en MMII con caderas en flexión y rodillas en hiperextensión, codos flexionados, manos en flexión palmar y puños cerrados con clinodactilia y camptodactilia; hipotonía generalizada con atrofia muscular; ROT dudosos; facies hipomímica y fasciculaciones linguales. A las 16 horas de vida comienza con distress respiratorio que requiere intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica; en radiografía de tórax se detecta infiltrados pulmonares en campos superiores sugerentes de aspiración. Se realiza enzimas musculares normales, EMG de patrón neuropático y biopsia muscular con atrofia muscular difusa compatible con Atrofia Muscular Espinal (AME) tipo 0, severa o antenatal, por no presentar patrón típico de la AME infantil tipo 1. Ecografía transfontanelar y RMN craneal normales. Estudio genético no se detecta delección en homocogosis de gen SNMt (survival motor neuron). Tras confirmación diagnóstica se decide limitación del esfuerzo terapéutico siendo éxitus a los 3 meses de vida por insuficiencia respiratoria.

**Conclusión:** Ante la presencia de AMC además de los datos recogidos de la historia clínica y exploración física puede ser de gran ayuda para orientar el diagnóstico la realización de estudio de conducción nerviosa, EMG y biopsia muscular; sin olvidar el estudio genético.

La AME tipo 0 fue descrita por Macleod J.M. y Dubowitz en 1999. Clínicamente corresponde a los casos del tipo 1 más graves y de comienzo neonatal. Desde punto de vista anatomopatológico las lesiones además de la médula espinal también afectan otras estructuras del SNC. Genéticamente, junto con la delección del gen SNMt, existe un menor número de copias del gen SNMc.

## P116 16:35 SEPSIS NEONATAL PRECOZ POR *S. AGALACTIAE*. LIMITACIÓN DE LOS MEDIOS DE CULTIVO CONVENCIONALES PARA DETECTAR GESTANTES PORTADORAS

Sofía Benítez Fusté, María Dolores Esteban Oliva, Sonia Molinos,  
Montserrat Giménez Pérez, Wifredo Coroleu Lletget,  
Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria

Unidad Neonatal del Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología del  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

**Introducción:** El cultivo vagino-rectal realizado a la gestante entre las semanas 35-37 para la búsqueda de la colonización por *S. agalactiae* y la posterior administración de antibioterapia en aquellas con resultado positivo, ha permitido disminuir considerablemente la incidencia de las sepsis neonatales precoces

por este microorganismo.

**Objetivo:** Exponer la limitación de los medios de cultivo convencionales para detectar gestantes portadoras de *S. agalactiae* no beta-hemolítico, circunstancia que se da en un 5-10% de los casos. Presentamos un caso de un neonato con sepsis precoz por *S. agalactiae* en madre con cultivo vagino-rectal negativo.

**Caso clínico:** Recién nacido a término (EG 40,4 semanas) de peso adecuado que ingresa en la Unidad Neonatal por cuadro de dificultad respiratoria y signos analíticos de infección bacteriana. Colonización materna vagino-rectal realizada en la semana 37 negativa. Ingresó con tratamiento antibiótico con correcta evolución. Presenta hemocultivo positivo para *S. agalactiae* no hemolítico. Se repite el cultivo vagino-rectal a la madre siendo positivo para *S. agalactiae* no productor de pigmento ni de hemólisis.

**Comentarios:** Para la prevención de la sepsis precoz por *S. agalactiae* es muy importante el estudio de colonización materna y, en caso de resultar positivo, la administración de profilaxis antibiótica intraparto. Para su detección se recomienda la utilización de un medio específico y selectivo. Uno de ellos es el medio Granada, basado en la detección del pigmento naranja-rojizo producido cuando se incuba en condiciones de anaerobiosis y que se relaciona con la producción de hemólisis en medios de agar sangre con antibióticos. Este medio ha demostrado no ser 100% eficaz ya que no detecta aquellos *S. agalactiae* que no producen pigmento carotenoide y por lo tanto tampoco hemólisis. Se están empezando a utilizar técnicas moleculares de diagnóstico rápido basadas en la PCR en tiempo real que permitirían detectar todas las madres portadoras de *S. agalactiae* independientemente de la producción o no de hemólisis.

## NEUROLOGÍA

### Sala 15-16 (Planta Alta)

## P117 15:30 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON CEFALEA VALORADOS EN CONSULTAS EXTERNAS

Roberto Escamilla Pinilla, Emilio Ferriols Gil, Jana Herrmannova,  
Katie Aguilar Torres, Laura Blanquer Fagoaga  
Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

**Antecedentes y objetivos:** En nuestro hospital la consulta externa de cefaleas está a cargo de un pediatra general y está separada de la consulta de Neuropediatría; dicha consulta se generó con el objetivo de disminuir el volumen y la larga lista de espera y sus datos ya han sido expuestos con anterioridad en el congreso de la AEPED del año 2004. La población actualmente estudiada no tiene el "sesgo" de demora en la atención por lista de espera prolongada. Nuestro objetivo es recolectar los datos epidemiológicos y clínicos de esta patología y contrastar los datos obtenidos con un estudio previo.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de 203 casos de cefalea en niños valorados en la consulta externa del Hospital General Universitario de Valencia (HGUV) durante el año 2007. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas.

**Resultados:** De un total de 203 niños con cefalea la edad de inicio de los síntomas estaba entre los 2,5 y 14,5 años (media de

7,7 años) y cuyo tiempo de evolución media fue de 21,6 meses. La distribución por grupo de edades fue: por debajo de 5 años encontramos un 15% (31), entre 5 y 10 años un 64% (130) y mayores de 10 años un 20,6% (42). En el sexo femenino se presentaron 108 (53%) casos, donde los tipos de cefalea fueron: 39,8% (43) mixtas (migrañosa y tensional), el 29,6% (32) tensionales, 20% (22) migrañas, 9,2% (10) cefaleas no clasificables y 0,9% (1) cefalea punzante. Mientras que en los 95 (46,7%) casos en varones el 49,4% (47) eran mixtas, 26,3% (25) migrañas, 19% (18) tensionales, 4,2% (4) no clasificables y 1% (1) cefalea en racimos. En nuestro trabajo, la migraña es más frecuente en el varón que en la mujer. Mientras que en las mujeres la cefalea tensional es significativamente más frecuente que en los varones. Hallamos antecedente familiar de migraña en primer grado en el 55% (112) en segundo grado el 20,6% (42) y en el 23,6% (48) no tenían antecedentes. En cuanto a las características clínicas del dolor encontramos lateralidad en un 51% de las cefaleas mixtas, 25% de las migrañas y solo un 14% de las cefaleas tensionales. La pulsatilidad estaba presente en un 51% de los casos con cefalea mixta, en el 26% de las migrañas y en el 20% de las tensionales. El 56% de las cefaleas mixtas, el 31% de las migrañas y el 9% de las tensionales presentaban empeoramiento con el ejercicio. Presencia de aura en el 12,3% (25) y progresividad en el 15% (31) del total de los casos. También se valoró la duración mínima y máxima de los episodios de dolor, encontrado una media de 1,1 a 7,5 horas en las cefaleas tensionales, 4,5 a 19,5 horas en las migrañas y 1,3 a 21,5 horas en las cefaleas mixtas. Se realizó fondo de ojo en el 75,6% de los casos, pero en solo un 22,6% (46) de ellos había sido solicitado por el pediatra de atención primaria. En el 13% de los casos se realizó neuroimagen (generalmente RMN); donde un 6% de estas ya se habían realizado con anterioridad a la consulta de cefaleas por otro especialista. En estos había datos claros de progresividad, alteración neurológica e inicio precoz. Solo en un caso donde había inicio y empeoramiento del dolor con el ejercicio, y nistagmos a la exploración se encontró patología de interés; malformación tipo Arnold-chiari.

**Conclusiones:** La cefalea en niños es una patología frecuente y multicausal que genera gran ansiedad en los padres. En donde una buena historia clínica es el instrumento más efectivo en la valoración de esta patología. En la migraña y las cefaleas mixtas encontramos una frecuencia mayor de lateralidad, comparando con las tensionales. En el grupo de pacientes con inicio de la cefalea antes de los 5 años (15%-21casos) se solicitó RMN solo en 2 casos, por que la gran mayoría asistían a la consulta con varios años de evolución. Por tanto en las cefaleas primarias el papel de pediatra es fundamental para tranquilizar a los padres, aliviar el dolor en el niño y hacer un uso racional de las pruebas complementarias.

## P118 15:35 ¿ARTERIOPATÍA CEREBRAL TRANSITORIA O DISPLASIA LOCALIZADA?

Patricia García Soler, Carlos de la Cruz Cosme,  
José David Martínez Pajares, Aurora Madrid Rodríguez,  
Jacinto Martínez Antón

Sección de Neuropediatría del Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** El ictus isquémico pediátrico más allá del período neonatal es una entidad poco frecuente, lo que explica la

escasez de estudios epidemiológicos consistentes y de protocolos diagnóstico-terapéuticos basados en la evidencia. La arteriopatía cerebral transitoria (ACT), un proceso reversible y monofásico asociado a infecciones herpéticas, representa hasta el 30% de los casos en algunas series.

**Observación clínica:** Niña de 8, 9/12 años, sin antecedentes de interés, que presentó un episodio brusco de desvanecimiento mientras jugaba, con incapacidad para incorporarse, dificultad en el lenguaje y debilidad de miembros derechos. Niega cefalea u otros pródromos y no se observaron movimientos ni posturas anómalas. A su llegada estaba alerta, presentaba disfasia mixta leve-moderada, hemiparesia derecha proporcionada 4+/5 que respetaba hemicara, Babinski derecho y marcha discretamente hemiparética, sin otros déficits. La tomografía computerizada (TC) craneal inmediata (1 hora de evolución) fue normal. La resonancia magnética (RM) practicada a las 72 horas mostró una lesión compatible con infarto agudo en territorio profundo de arteria cerebral media (ACM) -ganglios de la base y cápsula interna-. Los análisis de rutina, los estudios de trombofilia e inmunidad, el perfil metabólico y las serologías practicadas fueron negativos, excepto IgG a CMV y VEB. El estudio cardiológico y el doppler de troncos supraaórticos fueron normales. La angiografía de polígono de Willis evidenció una ACM irregular en sus segmentos M1 y M2; la angiografía abdominal no detectó anomalías. Se pautó antiagregación con ácido acetil salicílico y rehabilitación motora. La evolución fue satisfactoria, persistiendo mínima hemiparesia como único déficit al alta.

**Conclusiones:** El hallazgo de una arteriopatía estructural localizada en el estudio etiológico de ictus isquémico en la infancia obliga a plantear el diagnóstico diferencial entre la ACT y displasia localizada, siendo ésta última excepcional. Sólo el seguimiento con angiografía o doppler transcraneal periódicos permite alcanzar un diagnóstico definitivo, basado en la reversibilidad de las lesiones en la ACT; no obstante, la ausencia de otros vasos displásicos en el paciente, de antecedentes familiares y la mayor frecuencia de la ACT permiten emitir un diagnóstico de presunción precoz.

## P119 15:40 CONVULSIONES Y GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS

Marisa Planells Mangado, Anna Knörr Puigdemont,  
M<sup>a</sup> Asunción Díaz Gómez, Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria  
Servicio de Pediatría del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,  
Badalona (Barcelona).

**Antecedentes:** La asociación de convulsiones afebriles repetitivas pero de carácter benigno con gastroenteritis leve se describió por primera vez en 1982. Desde entonces, en varios países predominantemente asiáticos se han publicado casos donde se identifica la presencia de rotavirus en heces.

**Casos clínicos:** De los 50 niños que ingresaron por convulsiones febriles o afebriles en nuestro centro en los últimos 2 años, 9 (18%) presentaron también gastroenteritis, pero sólo en 5 se identificó rotavirus. Presentamos 5 casos de niños previamente sanos que presentaron convulsiones benignas asociadas a gastroenteritis leve por rotavirus. En uno de ellos se identificó concomitantemente la presencia en heces de Adenovirus y *Campylobacter jejuni*. Uno de ellos era de raza asiática. Tres presentaban fiebre ( $T^a > 38^\circ\text{C}$ ). Todos presentaron varios episodios convulsivos (entre 2 y 8) durante un máximo de 48 ho-

ras. Todos siguieron una evolución benigna, 3 de ellos sin recibir ningún fármaco anticonvulsivante.

**Conclusión:** Las convulsiones asociadas a la gastroenteritis por rotavirus probablemente son infradiagnosticadas en nuestro medio. La presencia de fiebre no debería excluir el diagnóstico. La mayoría presentan una evolución benigna sin necesidad de realizar estudios agresivos ni recibir anticonvulsivantes. Varios estudios han intentado describir el mecanismo por el que el rotavirus produciría las convulsiones, sin ser concluyente ninguna de las hipótesis.

## P120 15:45 ESTUDIO DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA EN CANTABRIA

Marta Monsalve Sáiz, María Jesús Caldeiro Díaz, David Sánchez Arango, Esther Rubín de la Vega, María Laura Bertholt, Vicente Madrigal Díez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

**Introducción:** La hipertensión intracraneal idiopática (HII) es una entidad de incidencia baja en la edad pediátrica (1/100.000). El diagnóstico es de exclusión, apareciendo signos de hipertensión intracraneal (vómitos, diplopía y cefalea), sin focalidad neurológica (salvo parálisis del VI par), con pruebas de neuroimagen y líquido cefalorraquídeo normales. El tratamiento recomendado es Acetazolamida y en caso de mala evolución, se recurre a otras medidas, desde punciones lumbares evacuadoras a defenestración del nervio óptico. A pesar de ello pueden quedar secuelas importantes.

**Casos clínicos:** En los últimos 10 años ingresaron 5 casos de HII en nuestro servicio, 4 por sospecha de hipertensión intracraneal; el restante fue un lactante, que en el contexto de pielonefritis aguda, desarrolló una clínica compatible. Las edades oscilaron entre 4 meses y 13 años; 1 mujer y 4 varones. Como antecedentes personales 3 de ellos habían ingresado en periodo neonatal, 2 por sufrimiento fetal agudo (SFA) y 1 por macrocefalia y madre con IgM positiva a toxoplasma. 1 presentaba obesidad. Los síntomas más prevalentes fueron vómitos, cefalea y diplopía; excepto en el lactante que aparecieron vómitos proyectivos, irritabilidad y fontanela abombada. En todos los casos se observó edema de papila bilateral; en 3 de ellos apareció parálisis del VI par craneal. Todas las pruebas complementarias fueron normales. La evolución fue favorable excepto en 2 que no respondieron al tratamiento con acetazolamida y precisaron punciones lumbares evacuadoras, quedando en uno de ellos, como secuela, afectación de la visión.

**Conclusiones:** 1) La HII es una patología de causa desconocida. La clínica más frecuente es diplopía, visión borrosa, cefalea y vómitos. En lactantes la clínica es menos florida pudiendo presentar únicamente vómitos e irritabilidad. Suelen asociar parálisis del VI par craneal (60% en nuestros pacientes). 2) La incidencia es mayor en mujeres adolescentes obesas, aunque en nuestra revisión el 80% fueron varones y sólo el 20% presentaba obesidad. 3) En nuestra serie, el 40% tenía como antecedente SFA. 4) Es una entidad poco frecuente en la infancia y la evolución suele ser favorable con tratamiento médico, pero se debe tener en cuenta dadas las importantes secuelas que puede producir; entre el 2 y el 20% desarrollan amaurosis bilateral (la complicación más frecuente).

## P121 15:50 EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE WEST

María del Mar Montejo Vicente, Manuel Crespo Hernández, Francisco Villanueva Gómez, Julián de Juan Frigola, Ignacio Málaga Diéguez

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

El síndrome de West (SW) representa una de las formas de epilepsia más grave en la edad infantil, ocupando quizás el segundo lugar de gravedad tras la epilepsia mioclónica severa de la infancia. La mayoría de estos pacientes sufre un pobre desarrollo neurológico, retraso mental y otras discapacidades neurológicas.

**Objetivos:** Estudio retrospectivo de una serie de 31 pacientes con SW, analizando sus características epidemiológicas y electroencefalográficas, así como el tratamiento empleado y la evolución clínica y electroencefalográfica que han tenido.

**Resultados:** La edad media al diagnóstico fue de 7,23 meses (2-17 meses). Los casos idiopáticos fueron un 6,4%, los criptogénicos el 35,5% y los sintomáticos 58,1%, obedeciendo estos últimos a una causa disgénica (22,6%), hipoxia-isquemia (19,3%) y hemorrágica (12,9%). En el 55% de los casos criptogénicos se registró el antecedente de la vacuna DTT. En un 77,4% debutaron con espasmos en flexión y un 16,1% en extensión, con una exploración neurológica alterada en un 68% y en un 61,3% sin otras crisis acompañantes. Los patrones electroencefalográficos principales al diagnóstico fueron de hipsarritmia típica (64,5%) e hipsarritmia asociada a un foco (19,4%). Tras el tratamiento agudo, el EEG sólo se normalizó en un 6,5%, persistiendo en un 77,4% un foco irritativo. El tratamiento con ACTH se empleó en un 75%, bien de forma aislada o asociada a otros fármacos (el más frecuente fue el ácido valproico: 32,3%). En un 22,6% se describieron efectos secundarios al tratamiento y en todos ellos se había empleado la terapia hormonal. Como tratamiento de mantenimiento el más utilizado fue el ác. Valproico (48,4%). El 77,5% presentó retraso mental en su desarrollo neurológico (en un 19,4% grave), con un índice de mortalidad del 22%. La evolución electroencefalográfica hacia la normalidad ocurrió en un 52%, persistiendo en el 39% un foco irritativo.

**Conclusiones:** La disminución del número de casos idiopáticos puede deberse a la mejoría de las técnicas empleadas. Hay que analizar con cautela la relación con la vacuna DTT, ya que puede ser una mera relación témporo-espacial. Es difícil establecer cual es el tratamiento idóneo debido a la gran variabilidad de fármacos y pautas empleadas, así como a la falta de ensayos clínicos bien diseñados.

## P122 15:55 HEMIANOPSIA UNILATERAL TEMPORAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE EPILEPSIA OCCIPITAL

Ana Guerrero Rico, Cristina Cáceres Marzal, María del Pilar Martín-Tamayo Blázquez, Julián Vaquerizo Madrid  
Unidad de Neuropediatría y Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil, Badajoz.

**Introducción:** La epilepsia occipital benigna de la infancia tipo Gastaut, es una entidad poco frecuente. La edad media de presentación es de 8 años. Las crisis suelen ser diurnas, y muy frecuentes, con fenómenos visuales y sin alteración del

nivel de conciencia. La amaurosis ictal, a veces precedida por una hemianopsia, es un fenómeno característico. La duración suele ser desde segundos hasta varios minutos, y se han descritos casos excepcionales de días de duración. El EEG presenta típicamente una actividad de fondo normal con paroxismos epileptiformes occipitales reactivos a la apertura ocular. Las crisis ceden en el 60% de los casos, aunque en ocasiones se precisan tratamientos prolongados para lograr la remisión de las crisis.

**Caso clínico:** Niño de 12 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, remitido desde Urgencias para valoración neurológica por presentar desde 15 días antes, múltiples episodios de hemianopsia temporal izquierda, sin otros síntomas acompañantes. En un principio, éstos eran agudos y autolimitados, pero posteriormente se hicieron cada vez más prolongados, refiriendo el paciente que el último duró varios días. Exploración sistemática y neurológica: normal, (incluido fondo de ojo). En la campimetría se confirmó la hemianopsia. La TAC craneal y de órbita, EEG en vigilia, Potenciales Evocados visuales, RMN craneal y AngioRMN, normales. El paciente continuó presentando episodios frecuentes y de similares características, acompañándose en alguna ocasión de patrones circulares coloreados en la periferia del campo visual. La duración era variable, desde minutos hasta varios días. Se le realizaron varios EEG en vigilia, así como una nueva RMN, siendo normales, excepto las campimetrías icuales, que corroboraban la clínica. A pesar de ello, ante la sospecha de epilepsia occipital, se solicita EEG de sueño, hallándose anomalías epileptiformes puntaonda, a nivel parieto-occipital en la fase de adormecimiento. Se inicia tratamiento con levetiracetam, siendo la respuesta hasta ahora adecuada.

**Conclusiones:** Este caso es un ejemplo de la dificultad diagnóstica de la epilepsia occipital de la infancia cuando la única manifestación ictal son los fenómenos visuales.

## P123

### HEMIPLEJIA ALTERNANTE INFANTIL

M<sup>a</sup> Elena Arce Portillo, Lourdes Rodríguez Romero, M<sup>a</sup> Teresa Cáceres Redondo, Beatriz Muñoz Cabello, Luis Ruiz del Portal Bermudo, Miguel M. Rufo Campos  
Servicio de Neuropediatría del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La hemiplejia alternante de la infancia es una enfermedad infrecuente, de etiología desconocida, que se manifiesta por ataques de hemiplejia alterna de duración variable, de comienzo anterior a los 18 meses, trastornos paroxísticos precoces que pueden confundirse con epilepsia y deterioro neurológico progresivo.

**Caso clínico:** Lactante de 7,5 meses, sin AP de interés, que consulta por episodios caracterizados por paresias alternantes, de predominio en miembro superior izquierdo, en ocasiones con desviación tónica de la cabeza, de la mirada ipsilateral y nistagmo de duración variable (entre 5 minutos y 3 días) de presentación intermitente a lo largo del día. Estos episodios mejoran con el sueño. *Exploración física:* pérdida de fuerza oscilante en función del momento de la exploración en miembro superior izquierdo. Resto sin hallazgos salvo paresia del VII par craneal ipsilateral al miembro parético.

Se realizan estudios analíticos incluyendo estudio de hipercoagulabilidad, determinación de enzimas musculares, ácido láctico, amonio, ácidos orgánicos, pirúvico, beta-hidroxiacetato y despistaje de metabolopatías resultando normales; electroencefalograma crítico e intercrítico así como restante estudio neurofisiológico normales; potenciales evocados normales; biopsia muscular normal. Pruebas de neuroimagen incluida SPECT normales. Pendiente el resultado del estudio de mutaciones Leigh, MELAS y MERRF.

Con esto se descarta patología vascular, metabólica, desmielinizante y mitocondrial.

Se realiza tratamiento con Flunarizina presentando una respuesta parcial al mismo. En los cuadros agudos se añadió corticoides al tratamiento.

**Conclusiones:** La variabilidad clínica al inicio junto con la ausencia de marcadores específicos dificulta el diagnóstico que ha de basarse en criterios clínicos, la negatividad de otras pruebas complementarias y la realización de un diagnóstico diferencial exhaustivo. El diagnóstico precoz permite no someter al niño a tratamientos innecesarios y potencialmente tóxicos.

## P124

### PANDAS RECURRENTE ASOCIADO A TÍTULOS ELEVADOS DE ANTI-GLUTÁMICO DESCARBOXILASA Y DIABETES AUTOINMUNE

Marta Monsalve Sáiz, María Ruiz del Campo, Domingo González-Lamuño, María Jesús Caldeiro Díaz  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

El síndrome PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with *streptococci*) es un cuadro neuropsiquiátrico descrito por primera vez en 1998, atribuido a una respuesta autoinmune en la que participan reacciones cruzadas entre antígenos del estreptococo grupo A (SGA) y proteínas de los ganglios de la base. Los criterios que definen este proceso son: *a)* trastornos obsesivo-compulsivos y/o tics; *b)* curso episódico con exacerbaciones bruscas; *c)* alteraciones neurológicas (movimientos coreiformes), y *d)* relación temporal entre infección por SGA y exacerbación de los síntomas. El tratamiento en la infección aguda es la penicilina, que no evita las recurrencias. En los casos graves o discapacitantes estaría indicada inmunoglobulina endovenosa o plasmaféresis.

**Caso clínico:** Niña de 10 años con discreto retraso del desarrollo y faringitis y otitis de repetición desde los 2 años de edad. Madre con artritis reumatoide y Sd. Antifosfolípido. En el último año presenta movimientos anormales de extremidades superiores etiquetados de tics y tratados con risperidona sin mejoría. Posteriormente asocia un trastorno obsesivo compulsivo, diagnosticándose PANDAS al asociar títulos ASLO elevados y mejorando con el tratamiento con penicilina. La tercera reagudización no responde al tratamiento antibiótico, impidiendo realizar vida normal y escolarización. En ese momento presenta un ASLO 1090 UI/L. Recibe tratamiento con inmunoglobulina y antibiótico, mejorando clínicamente pero con recaída precoz. Se ensaya corticoterapia oral que debe suspenderse por hiperglucemia que precisa insulino terapia. Ac anti insulina negativos y glutámico descarboxilasa (GAD) positivos. Actualmente tratamiento sostenido con penicilina G (6 meses), asintomática y sin insulino terapia (ASLO 400 UI).

16:05

16:00



**Conclusiones:** Nuestra paciente cumple criterios de PANDAS con títulos altos de ASLO y cultivos positivos a SGA. Se trata de una enfermedad autoinmune, asociada a otras como la Diabetes, en este caso relacionadas con Ac antiGAD que actúan sobre proteínas de los ganglios de la base. El tratamiento de las agudizaciones se postula con penicilina y en casos graves inmunoglobulinas y plasmaféresis, pero no está descrito la prevención de recaídas.

## P125 16:10 ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EN LACTANTES: DE LA CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO

Nazareth Martínón Torres, Sonia Arias Alvarez, Consuelo Astorgano Fernández, Carmen Curros Novo, Elena V. Rodrigo Sáez, Manuel Castro Gago

Servicio de Pediatría y Servicio de Neuropediatría del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son una patología infradiagnosticada en la infancia, por su baja incidencia y la inespecificidad de su clínica, con el consiguiente retraso en su tratamiento y prevención de recurrencias. Exponemos su forma de presentación en dos lactantes, como convulsión y hemiparesia respectivamente.

**Caso 1:** Niña de 21 meses que en el contexto de una bronquiolitis, presentó un episodio brusco de movimientos tónico-clónicos de miembro superior derecho y desviación de la comisura bucal hacia la derecha, sin pérdida de conocimiento ni otros síntomas asociados. Carecía de antecedentes personales de interés. Patología cardíaca en rama paterna. El episodio convulsivo cedió espontáneamente a los 15 min y se reinició a su llegada a Urgencias. *En TC craneal:* hipodensidad de sustancia blanca subcortical frontal izquierda inespecífica. La angiografía demostró zona de hipodensidad en el territorio de la arteria cerebral media, por obstrucción de la arteria carótida izquierda a nivel supraclinoideo, y hallazgos sugerentes de Moya-Moya. *Exploración cardiológica:* CIA-OS mediana.

**Caso 2:** Lactante de 9 meses sin antecedentes perinatales de interés que presentó súbitamente desviación de la comisura bucal hacia la derecha, con hemiparesia izquierda ligeramente espástica. Historia familiar de migrañas, y padre con crisis convulsivas a estudio. A las 24 h de su ingreso no se apreciaba la parálisis facial, pero persistía ligera hipotonía. El TC craneal y la angiografía cerebral fueron normales. La RM reveló una lesión a nivel del núcleo lenticular derecho y córtex cerebral en región parietotemporal del mismo lado. Por crisis focales recibio flunarizina y carbamazepina, con control de las mismas. Los factores de coagulación, antitrombina III, proteínas C y S, perfil lipídico, factor V Leiden, láctico y pirúvico pre y postprandial y gen de la protrombina, así como la homocisteína fueron normales en ambos pacientes. En el primero: Ac.Anticardiolipina IgM + débil y heterocigoto C677T de la MTHFR.

**Conclusiones:** A pesar de la baja incidencia de los ACV en lactantes (1,2-2/100.000 niños/año), han de considerarse siempre en el diagnóstico diferencial ante una crisis convulsiva o una hemiparesia de aparición súbita. Aunque la historia clínica y la exploración física aportan datos muy sugerentes, la angio-resonancia es la prueba más rápida y definitiva para su detección.

## P126 16:15 TROMBOSIS DE LOS SENOS VENOSOS EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO

Miren Imaz Murgiondo, Oihana Muga Zuriarrain, Itxaso Martí Carrera, Izaskun Miner Kanflanka, Itziar Sota Busselo, Ángeles María Ruiz Benito  
Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

**Introducción:** El síndrome nefrótico presenta con más frecuencia fenómenos tromboembólicos relacionados con el aumento de factores protrombóticos y la disminución de los factores fibrinolíticos. La incidencia de esta complicación en los niños afectos de síndrome nefrótico es de un 2-5%.

**Caso clínico:** Niña de 7 años diagnosticada de síndrome nefrótico desde hace 3 años, en la actualidad corticorresistente y ciclofosfamida resistente, en tratamiento con micofenolato mofetilo, enalapril y prednisona, que presenta cefalea de carácter irregular y dolor ocular izquierdo de 2 días de evolución asociado a fiebre de una semana de evolución con vómitos aislados. En la exploración actitud ausente y postura en flexión a causa de la intensa cefalea. Ingresa por sospecha de meningitis linfocitaria con analítica sanguínea compatible (11.800 leucocitos con 10.148 neutrófilos) y líquido cefalorraquídeo con predominio linfocitario (320 leucocitos con 275 linfocitos). Debido a la evolución tórpida del cuadro, alternando días prácticamente asintomática con días con intensa cefalea frontal y mal estado general se realiza una nueva punción lumbar (resultado similar al anterior), EEG (discreta asimetría durante el sueño lento con atenuación temporo-occipital derecho) y TC craneal (sin hallazgos). Durante el 5º día de ingreso presenta episodio autolimitado de desconexión del medio, nistagmos y babeo por lo que se solicita angioRM craneal visualizando trombo a nivel de la confluencia de senos venosos de región parasagital izquierda con afectación talámica bilateral secundaria a isquemia venosa. Se realiza también estudio de hipercoagulabilidad con resultado negativo. Comienza tratamiento con heparina de bajo peso molecular con evolución posterior satisfactoria.

**Comentarios:** Ante un paciente afecto de síndrome nefrótico tendremos que tener siempre presente las posibles complicaciones que puede tener como la mayor susceptibilidad para las infecciones y los fenómenos tromboembólicos. Siempre que nos encontremos con un niño afecto de síndrome nefrótico y clínica neurológica deberemos descartar una trombosis a nivel del sistema nervioso central.

## P127 16:20 ENFERMEDAD METABÓLICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA

Julio Fontenla García, Manuel Óscar Blanco Barca, Alfonso Amado Puentes, Dolores Bóveda, María José Coll, Javier León Alonso

Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra), Servicio de Metabolopatías del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña) y el Instituto Bioquímica Clínica, Barcelona.

**Introducción:** La enfermedad de jarabe de arce, es una aminoacidopatía con patrón de herencia autosómico recesivo, caracterizada por un aumento de la concentración de los aminoácidos ramificados esenciales (valina, leucina e isoleucina) en todos los fluidos orgánicos. Existen tres formas clínicas: la más frecuente es la de comienzo neonatal grave, con sintomatología

de instauración en los primeros días de vida tipo "intoxicación neurológica" y presencia de olor dulzón en la orina, que sin tratamiento lleva al fallecimiento precoz. Las otras formas son las de comienzo tardío y sintomatología intermitente, y una forma crónica progresiva.

**Caso clínico:** Paciente de 11 años que ingresa por cuadro de dolor abdominal, hiperemesis y afectación del estado general de etiología no aclarada. Destaca una prematuridad de 28 semanas, parto gemelar. Screening metabólico neonatal normal. Hermano gemelo éxitus al mes de vida. Retraso psicomotor y cognitivo leve, con desarrollo pondoestatural normal. No episodios de hiperemesis previos. Exámenes complementarios (bioquímica, gases, lactacidemia, cetonemia, amonemia, perfil de acilcarnitinas en tandem masas, ácidos orgánicos en orina, estudio de porfirinas, niveles plasmáticos de plomo. Endoscopia con estudio histopatológico compatible con gastroesofagitis secundaria. RM cerebral con hiperseñal a nivel de sustancia blanca occipital. Durante el proceso se constata una pérdida ponderal de casi el 10%, con mejoría tras introducción de nutrición enteral con débito continuo. Se detecta en el estudio de aminoácidos en plasma y orina, una elevación moderada de los niveles de Leucina, Isoleucina, Valina, detectándose la presencia de Alo-Isoleucina. Test de oxidación de leucina en fibroblastos: pendiente de resultado.

**Conclusiones:** Los trastornos metabólicos y en concreto la enfermedad de jarabe de arce, deben sospecharse ante todo episodio de hiperemesis de causa no aclarada, especialmente si asocian trastornos neurológicos, aunque no hayan presentado episodios previos. Algunos trastornos metabólicos y en especial las formas intermitentes pueden no detectarse en el screening metabólico neonatal o en las determinaciones tomadas en periodos intercrisis. Es importante su sospecha debido a las implicaciones pronósticas y genéticas que tienen.

## P128 16:25 TOXINA BOTULÍNICA COMO TRATAMIENTO DE LAS AUTOMUTILACIONES EN EL SÍNDROME DE LESH-NYHAN

Laura Rubio Ortega, Ana María Rivera Figueiras, Ángela Sempere Pérez, Rocío Jadraque Rodríguez, Jorge Frontela Losa, María Sánchez

Hospital General Universitario, Alicante.

**Introducción:** El síndrome de Lesch-Nyhan es una enfermedad transmitida de forma recesiva ligada al X que condiciona un déficit de la enzima hipoxantina-guanina fosforibosiltransferasa, produciéndose ácido úrico en exceso y dando manifestaciones clínicas a nivel renal, musculoesquelético, neurológico y conductuales. La tendencia a la automutilación se observa en el 85% de estos pacientes, observándose con frecuencia mordedura de dedos, labios y mucosa oral. Estas conductas autolesivas son poco respondedoras a tratamientos farmacológicos, férulas antimordeduras, técnicas de modificación de la conducta o medidas de contención. A menudo se llega a requerir intervención quirúrgica con retirada de piezas dentales. El uso de toxina botulínica en maseteros ha sido descrito previamente en un caso de automutilación en el síndrome de Lesch-Nyhan con excelente resultado, así como en casos de bruxismo y otras distonías oromandibulares.

**Caso clínico:** Niño de 7 años con diagnóstico de síndrome de Lesch-Nyhan que consulta por episodio agudo de autolesiones consistente en mordedura de labios. Tratamiento previo con: alopurinol, diazepam y melatonina. Se procedió a infiltración de toxina botulínica en maseteros e instaurando como tratamiento coadyuvante risperidona. La respuesta fue favorable con desaparición de la conducta y cicatrización de las heridas bucales. Preciso ingreso a los 7 días por aparición de disfagia, que se resolvió favorablemente en pocos días tras retirada de risperidol y diazepam, pudiéndose reintroducir posteriormente éste último. No ha vuelto a presentar nuevos episodios de autolesiones ni han aparecido nuevos efectos secundarios.

**Conclusión:** El uso de toxina botulínica es una nueva herramienta terapéutica que puede ofrecer una alternativa eficaz y segura para tratar los cuadros de autolesiones.

## P129 16:30 ONANISMO EN EL LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Soraya Borraz Gracia, Alicia Lizondo Escuder, Mercedes Andrés Celma, M. Luisa Castelló Pomares, María Teresa Romero Rubio, Ana María González Fernández  
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

**Introducción:** El onanismo es una conducta infrecuente en el lactante y niño pequeño, difícil de reconocer por sus características propias. Es confundido con epilepsia, dolor abdominal o distonía entre otras patologías.

**Caso clínico:** Lactante niño de 11 meses remitido a nuestro centro por trastornos paroxístico del movimiento. *Antecedentes perinatales:* Sin interés. Desarrollo psicomotor normal.

Los padres refieren inicio de la clínica a los 6 meses de edad con crisis caracterizadas por movimientos de extensión de miembros inferiores, flexión de los superiores y desviación de la mirada hacia arriba (este dato no es constante). Se acompañan de rubor facial y sudoración, y terminan con llanto. La duración de los episodios es inferior a uno minuto. La frecuencia de aparición es variable, aunque en el momento de la consulta en nuestro centro alcanzaba los 50 episodios al día. Las crisis aparecen tanto al inicio del sueño como al despertar, al tomarle en brazos o al cambiarle el pañal. Cuando finaliza el niño es capaz de seguir con su actividad habitual. Las pruebas efectuadas previas a nuestra consulta incluían hemograma, química hemática, EEG en vigilia y sueño, pH y gasometría, determinación de amonio, pHmetría esofágica; todos dentro de la normalidad. En la RNM cerebral destacaba leve ventriculomegalia. En el momento de la visita se encontraba en tratamiento con Clonazepam sin mejoría aparente. Anteriormente había estado en tratamiento con Valproato. Los padres nos presentaron un vídeo familiar, donde se identificaron estas crisis como episodios de autoestimulación u onanismo. Se retiró el tratamiento y se recomendó distraer al niño en estos momentos. Al cabo de 3 meses este comportamiento había cedido y su desarrollo psicomotor era normal.

**Conclusiones:** Reconocer este tipo de conducta evita pruebas complementarias innecesarias y tratamientos farmacológicos infructuosos. Para esto, pueden ser útiles los vídeos familiares o la grabación de los episodios.

### P130 MERALGIA PARESTÉSICA DE PRESENTACIÓN POSTQUIRÚRGICA

16:35

Enrique Blanca Jover, Ricardo Pérez Jañez,  
Alfredo Valenzuela Soria, Pablo Cid Galache,  
José M. Gómez Vida, Salvador Broncano Lupiañez

Departamento de Pediatría del Hospital General Básico Santa Ana, Motril (Granada).

La meralgia parestésica es una neuropatía periférica focal del nervio femoro-cutáneo lateral. Se da con cierta frecuencia en adultos, pero raramente se ha descrito en niños.

La mayoría de los casos son idiopáticos, aunque parece existir una mayor incidencia asociada con cirugía inguinal previa. La forma de presentación clínica está presidida por dos síntomas principales, el dolor y las parestesias circunscritas al muslo lateral. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque por la rareza del cuadro habitualmente este es demorado. El tratamiento es sintomático, precisando a menudo infiltraciones de anestésicos y corticoides. Al ser un dolor neuropático, puede ser subsidiario además de tratamiento con antidepresivos o anti-convulsivantes, entre estos últimos la carbamazepina o la gabapentina. En casos refractarios se puede realizar descompresión quirúrgica del nervio.

Aunque se resuelve espontáneamente en la mayoría de los pacientes, en algunos, puede persistir durante muchos años.

Presentamos el caso de una niña de 10 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, al a que se le realiza apendicectomía. En el postoperatorio inmediato comienza con dolor intenso en extremidad inferior derecha, en zona anterolateral proximal del muslo e inguinal, con disestesia. A la exploración se detecta sensibilidad térmica y a la presión disminuida. Exploración de caderas y rodillas normales. Impotencia funcional debido al dolor y pérdida de fuerza de la musculatura de dicha zona.

Las pruebas de imagen y analíticas realizadas no revelan alteraciones significativas.

Ante la persistencia del dolor, se deciden realizar infiltraciones anestésicas locales de dicho nervio (hasta en tres ocasiones), junto a tratamiento sistémico con gabapentina y tramadol. Evoluciona favorablemente. A los dos meses queda sólo un déficit sensitivo mínimo y precisa únicamente tratamiento con gabapentina en disminución progresiva de dosis hasta supresión.

Este es un caso raro en su presentación en niños, pero que no debemos olvidar tanto por el contexto en que aparece, requiriendo un elevado índice de sospecha, como por el enfoque diagnóstico y terapéutico.

### P131 APRESENTAÇÃO NEUROLÓGICA EM DOIS CASOS DE TROMBOSE VENOSA CENTRAL APÓS OTOMASTOIDITE

16:40

Ana Manuela Fernandes Teixeira, Américo Gonçalves,  
Sonia Fernandes, Esmeralda Rodrigues, Maria Manuel Campos  
Unidad de Neurología Pediátrica y Unidad Autónoma de Gestión de la Mujer y el Niño del Hospital de São João, Porto (Portugal).

**Introdução:** Nos últimos anos, a frequência de otomastoidite (OM) e suas complicações tem diminuído. A trombose venosa (TV) central é uma complicação rara mas potencialmente fatal. É necessário elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico, às vezes dificultado pela variabilidade da apresentação clí-

nica. Apresentam-se 2 casos neurológicos distintos em crianças com TV central após OM.

**Caso 1:** Sexo masculino, 3 anos. Otite média aguda (OMA) direita 1 mês antes, com evolução aparentemente favorável sob antibioterapia oral. Iniciou depois cefaleias, vômitos e flutuação da consciência, com estrabismo por parésia do VI nervo direito e edema papilar bilateral. Na tomografia cerebral (TC) tinha OM direita e a ressonância magnética cerebral (RMC) revelou TV dos seios transversos e sigmóide homolaterais.

**Caso 2:** Sexo feminino, 3 anos. Apresentou no serviço de urgência crise epiléptica focal motora direita, com hipotonia residual, em período febril. Foi diagnosticada OMA esquerda. No líquido céfalo-raquidiano tinha pleocitose (410 células/mm<sup>3</sup>). Efectuou TC que mostrou OM esquerda e empiema adjacente, a RMC confirmou a presença de TV dos seios transversos e sigmóide homolaterais. Nos 2 casos foi instituída antibioterapia sistémica de largo espectro (ceftriaxone e ceftriaxone+metronidazol, respectivamente), efectuada miringotomia e iniciada anticoagulação com heparina. No caso 2 foi efectuada drenagem do empiema extradural. Ambos apresentaram melhoria clínica progressiva com reversão completa das alterações neurológicas. O restante estudo complementar efectuado excluiu outros factores predisponentes a TV, nomeadamente situações com risco de trombofilia. Ambos mantiveram anticoagulação durante 6 meses (após a alta, com varfarina). A reavaliação imagiológica, cerca de 6 meses depois, mostrou sinais de revascularização dos seios venosos previamente trombosados.

**Conclusão:** As complicações intracranianas da OM são raras e podem apresentar-se de forma diversa e inespecífica. O diagnóstico de TV central implica elevado índice de suspeição e a realização de RMC. Nestes casos, a instituição atempada da terapêutica adequada permitiu recuperação neurológica completa. O rastreio de outros factores de risco é indispensável para a definição da duração da anticoagulação.

## CUIDADOS INTENSIVOS

### Sala 19-20 (Planta Alta)

#### P132 COMPARACIÓN DE LA FIABILIDAD DE TRES MONITORES DE CO<sub>2</sub> TRANSCUTÁNEA EN NIÑOS CRÍTICOS

15:30

Javier Urbano Villaescusa, Verónica Cruzado Nuevo,  
José María Bellón Cano, Jesús López-Herce Cid,  
María Herrera López, Ángel Carrillo Álvarez

Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Medicina Preventiva del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos:** Estudiar la precisión y fiabilidad de 3 aparatos de medición de CO<sub>2</sub> transcutánea en niños ingresados en una UCI pediátrica.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, no ciego comparando las mediciones de 3 monitores de CO<sub>2</sub> transcutánea (SENTEC, TOSCA y TINA) con los valores simultáneos de CO<sub>2</sub> arterial. Se evaluaron un máximo de 4 muestras por paciente. Se recogieron los datos demográficos y clínicos de los pacientes y se valoraron el gradiente de temperatura y las dosis de inotrópicos.

**Resultados:** Se estudiaron 46 muestras de 33 pacientes críticos de edades entre 2 y 192 meses (mediana 12,5 meses) y de peso: 9 kg (rango: 3,1-72 kg). La mediana de los valores de PaCO<sub>2</sub> fue de 42,5 mmHg (rango: 28-85 mmHg). La correlación entre las mediciones se muestra en la tabla 1. Existió una buena correlación entre la CO<sub>2</sub> arterial y la CO<sub>2</sub> transcutánea con los 3 monitores. La mediana del gradiente entre la temperatura central y periférica fue de 5,5°C (rango: 0,8-13,9°C). El coeficiente de contingencia (r<sup>2</sup>) para el gradiente de temperatura fue de 0,19 (p < 0,05), y no significativo para el índice de inotrópicos.

Modelo	Nº de muestras	CCI	Diferencia. media	Desviación. estándar	Dif. < 5 mmHg (% muestras)
Tina	18	0,833	4,47	3,75	61%
Tosca 500	14	0,877	4,67	3,9	57%
Sentec	16	0,931	4,3	3,78	75%

CCI: coeficiente de correlación intraclase.

**Conclusiones:** Los 3 aparatos estudiados permiten estimar de forma aceptable los valores de CO<sub>2</sub> presentando una buena correlación con los medidos mediante gasometría arterial. Estos aparatos pueden ser útiles para la monitorización de la función respiratoria especialmente en los niños críticos en los que no se dispone de CO<sub>2</sub> arterial y/o capnografía.

### P133 15:35 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA POR AMANITA PHALLOIDES: TRASPLANTAR O NO TRASPLANTAR. ÉSTA ES LA CUESTIÓN

Carme Alejandre Galobardes, María del Mar Reyné Vergeli, Marina Flotats Bastardas, Jesús Quintero Bernabeu, Javier Bueno Recio, Juan Ortega López  
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidad de Trasplante Hepático y Unidad de Hepatología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Introducción:** La intoxicación por Amanita Phalloides es una causa de Insuficiencia Hepática Aguda (IHA) que puede precisar trasplante hepático.

**Caso clínico:** Niña de 13 años que ingresa en UCIP de nuestro centro por IHA. La paciente inicia clínica de vómitos y diarreas 6 horas postingesta de setas (A. Phalloides) y 30 horas después consultan a urgencias. Exploración física y constantes normales, salvo dolor abdominal. Analítica al ingreso: AST 690U/L, ALT 733U/L, Quick 40%, TP 1,69, amonio 130. Por IHA se traslada a UCIP de centro de referencia y se inicia tratamiento con carbón activado, silibilina, N-acetilcisteína, penicilina G, vitamina K, decontaminación intestinal, diuresis forzada y antibioterapia empírica.

**Evolución:**

Horas postingesta (h)	48	72	96	102	106	120
INR	6,79	8,18	12	9,7	6,7	8,6
Quick (%)	13	11	<8	9	13	10
Factor V (%)	-	13	4	12	18	50
ICG-PDR (%)	27,7	7,2	7,2	7	12	15
Lactatos (mmol/L)	3	2,6	4	4,2	3,5	1,1
Fósforo (mg/dl)	4,2	2,4	1,6	1,8	2,3	1,8

A las 72h post ingesta entra en lista de trasplante hepático en urgencia 0 y empieza la valoración de donantes por equipo multidisciplinar. Entre las 96 y 102 h se oferta un órgano ópti-

mo, pero la monitorización estricta (factor V, lactatos, fósforo, ICG-PDR) indica leve tendencia a la mejoría, por lo que se decide no aceptar el donante, evidenciándose en las siguientes horas una mejoría notable con recuperación total, dándose de alta del hospital 10 días después.

**Conclusión:** 1) La IHA por A.Phalloides es un proceso grave y difícil de pronosticar. 2) Ante sospecha de IHA, es importante derivación precoz a centro de referencia con experiencia y con capacidad para efectuar el trasplante hepático. 3) Dada la gran capacidad de recuperación de estos pacientes, es fundamental monitorización de parámetros objetivos de reversibilidad (factor V) cada 6h si es necesario. 4) El ICG-PDR es un parámetro objetivo y dinámico de funcionalismo hepático que nos indica la reversibilidad del cuadro.

### P134 15:40 DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LAS LESIONES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS CON EL MATERIAL DE ARTRODESIS EN LA CIRUGÍA DE ESCOLIOSIS

Elena Sobrino Ruiz, César Pérez-Caballero Macarrón, Jesús Burgos Flores, Gema de Blas Beorlegui, Nathalie Dedieu, María Isabel Martos Sánchez, Elena Álvarez Rojas, José Luis Vázquez Martínez  
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La importancia de la monitorización neurológica durante la cirugía de escoliosis ha sido bien establecida durante los últimos años. La utilización combinada de los potenciales evocados somatosensitivos y de los potenciales evocados motores aportan la ventaja de ser más sensibles a la hora de detectar daño espinal durante la cirugía ortopédica de la columna, disminuyendo así el riesgo de falsos negativos.

**Pacientes y métodos:** Presentamos a 5 pacientes intervenidos de escoliosis, con monitorización simultánea de potenciales evocados sensitivos y motores que perdieron potenciales en algún momento de su cirugía con recuperación completa posterior de las funciones motoras o sensoriales.

**Resultados:** De nuestros 5 pacientes 4 eran mujeres y 1 varón con edades comprendidas entre 12 y 34 años (mediana 15 años). En cuatro de nuestros pacientes la escoliosis era de origen idiopático mientras que el quinto paciente presentaba una escoliosis congénita toracolumbar. En todos ellos se realizó toracotomía posterior y artrodesis. Durante la cirugía se objetivó pérdida de potenciales sensitivos y motores de MID en 3 pacientes, MII en un paciente y ambos miembros en el paciente restante. En uno de los casos la pérdida de potenciales se relacionó con un episodio severo de hipotensión recuperando potenciales tras la estabilización de la hemodinamia. Dos de los pacientes restantes presentaron disestesias y paresia de miembros inferiores durante el postoperatorio inmediato con recuperación completa tras retirada de tornillos en una segunda cirugía. En los dos casos restantes se procedió a la retirada de parte del material quirúrgico cuando se evidencia la pérdida de potenciales durante la cirugía no objetivándose déficit neurológico posterior durante el postoperatorio inmediato.

**Conclusiones:** La monitorización intraoperatoria de potenciales evocados sensitivos y motores debe ser utilizada en todos los pacientes que vayan a ser intervenidos de escoliosis. Los potenciales motores añaden sensibilidad a la detección de lesión medular y predice con mayor sensibilidad la existencia de un déficit postquirúrgico.

### P135 15:45 HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HEMOFILIA B GRAVE

María Tallón García, Alfonso Amado Puentes,  
Lorena Pardo García, Rosario González Boullosa,  
José Luis Chamorro Martín, Manuel Ortiz Pallarés  
Complejo Hospitalario Xeral-Ciés, Vigo (Pontevedra).

**Antecedentes y objetivos:** La hemorragia intracranial puede ser el debut de una coagulopatía congénita, lo que representa una complicación grave.

**Caso clínico:** Lactante de 6 meses con antecedentes de prematuridad de 34 semanas e hiperfenilalaninemia transitoria. Acude por cuadro de fiebre, irritabilidad, vómitos y rechazo de alimentación de 12 horas de evolución. En la exploración física destacan postración y fontanela anterior abombada. Ante la sospecha de proceso séptico se decide practicar análisis de sangre y punción lumbar (PL). Tras la realización de la PL se observa episodio de movimientos clónicos de MSD y desviación de la mirada a la izquierda. Se ingresa en UCIP y se inicia tratamiento con ceftriaxona, vancomicina y dexametasona. En exámenes complementarios destacan: leucocitosis 23.410/mmc (65,3% N); Hb 7,4 gr/dL; plaquetas 585.000/mmc; ratio TTPA 3,59, mezcla TTPA 37,7/28,5 y TP ratio 1,55; PCR 140,38 mg/L y PCT 0,71 ng/mL. LCR: 80 células/mmc (95% polinucleares) 25.000 hemafíes/mmc, glucosa 53 mg/dL, proteínas totales 50 mg/dL, no gérmenes en Gram. RM cerebral objetiva sangre interhemisférica, subdural y en espacio subaracnoideo izquierdo, así como lesiones parenquimatosas sugestivas de focos de hemorragia córtico-subcortical parietooccipitales izquierdos. Se infunde plasma fresco inactivado (PF) 15 mL/kg. En nuevo estudio de coagulación, aproximadamente 6 h. tras PF, destaca factor IX 2,5% e inhibidor Factor IX < 0,5 UB (no se dispone de determinación basal). Se interroga a la familia, que no recuerda antecedente traumático, ni conoce antecedentes familiares de coagulopatía. Con el diagnóstico de hemofilia B probablemente grave se inicia tratamiento sustitutivo con factor IX recombinante diario 15 d.; luego días alternos una semana; y a continuación, profilaxis adaptada 3 veces/semana. Evolución clínica y radiológica aceptable, observándose paresia residual de MSD.

**Conclusión:** La hemorragia intracranial es una forma inhabitual de presentación de hemofilia, si bien sí está descrita como complicación en la evolución de pacientes hemofílicos conocidos. Destaca la presentación tardía en un niño que por sus antecedentes y edad había sido ya sometido a repetidas extracciones sanguíneas e inyecciones intramusculares sin haberse señalado sangrados significativos.

### P136 15:50 VENTILACIÓN NO INVASIVA CON PRESIONES ELEVADAS EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

María Herrera López, María José Solana García,  
Clara Molina Amores, Estíbaliz Barredo Valderrama,  
Santiago Mencía Bartolomé, Jesús López-Herce Cid  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La ventilación no invasiva (VNI) es una técnica cada vez más utilizada en las unidades de cuidados intensivos pediátricos para tratamiento de la insuficiencia respi-

ratoria aguda. La mayoría de los pacientes que mejoran con ventilación no invasiva lo hacen con presiones moderadas, con límites máximos de presión inspiratoria de 18-20 cmH<sub>2</sub>O y presión espiratoria de 10-12 cmH<sub>2</sub>O. La necesidad de presiones más elevadas sugiere fracaso de la técnica y necesidad de ventilación mecánica invasiva ya que en general son mal toleradas y se asocian con una mayor incidencia de complicaciones. El objetivo de esta comunicación es presentar tres casos clínicos de utilización con éxito de VNI con presiones elevadas.

**Casos clínicos:** 3 pacientes pediátricos de edades entre 9 y 11 años los diagnósticos de: insuficiencia respiratoria en el postoperatorio de cirugía cardíaca, bronconeumonía con atelectasia de hemotórax izquierdo en paciente con encefalopatía severa; e infección respiratoria en un niño con patrón respiratorio restrictivo muy grave por Síndrome de Klipper-Feil presentaron 4 episodios de insuficiencia respiratoria importante. Los cuatro fueron ventilados con VNI, uno como modalidad inicial y tres tras la retirada de la ventilación mecánica convencional en modalidad espontánea-temporizada (ST). Para lograr una oxigenación y ventilación aceptable se requirió un aumento de las presiones de ventilación hasta una presión inspiratoria máxima (IPAP) de 22 a 35 cmH<sub>2</sub>O y una presión espiratoria (EPAP) de 12 a 18 cmH<sub>2</sub>O. FiO<sub>2</sub> entre 0,4 y 1. Los tres pacientes toleraron bien la VNI sin efectos secundarios y ninguno de ellos precisó reintubación. Una de ellos precisó hemodiafiltración venovenosa continua durante la VNI. La duración de la VNI fue de 11 a 25 días. Dos de los pacientes precisaron tras el alta hospitalaria VNI nocturna domiciliaria.

**Conclusión:** La VNI es eficaz en un elevado porcentaje de niños que presentan insuficiencia respiratoria aguda tras extubación. En algunos pacientes seleccionados, con estricta monitorización y vigilancia clínica, se pueden utilizar con éxito, parámetros de presión elevados, evitando la necesidad de reintubación.

### P137 15:55 LAVADO BRONCOALVEOLAR CON BIPAP EN PACIENTE ONCOLÓGICO HIPOXÉMICO

Susana Beatriz Reyes Domínguez, M. Cruz León León,  
Cinta Téllez González, Silvia García Martín,  
María José Arroyo Marín, Pedro Torres Tortosa  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Introducción:** La neumonía en el paciente oncológico es una de las infecciones específicas más frecuentes. El desconocimiento del agente causal obliga a utilizar un tratamiento empírico que no garantiza cubrir todas las posibilidades etiológicas por lo que es necesario realizar lavado broncoalveolar (LBA) para alcanzar un diagnóstico etiológico. La fibrobroncoscopia con LBA desencadena reflejos protectores de la vía aérea como la tos o el aumento de secreciones y precisa una adecuada sedoanalgesia lo cual supone que los pacientes con escasa reserva respiratoria precisen intubación. La utilización de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) podría evitar el deterioro de la función respiratoria durante la FOB y el LBA, permitiendo realizarlos de forma segura y eficaz.

**Caso clínico:** Paciente de 7 años diagnosticada de LLA con aplasia medular, fiebre e infiltrados pulmonares bilaterales. Inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, antiviral, anti-Pneumocystis Carinii y antifúngico. No se aprecia res-

puesta, persistiendo fiebre, reactantes de fase aguda elevados y deterioro de la función respiratoria con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica. Precisa mascarilla reservorio para obtener Sat O<sub>2</sub> adecuadas. El TAC torácico demuestra infiltrados alvéolo-intersticiales bilaterales con áreas de consolidación. Ingresar en UCIP. Se conecta a VMNI en modalidad BiPAP con mascarilla buconasal y buena respuesta inicial, pero tras 48 horas persisten datos de proceso infeccioso activo. Se realiza LBA diagnóstico bajo sedación y con VMNI en modo BiPAP. Se identifica crecimiento de *Geotrichum Capitatum*. No alteraciones gasométricas posteriores. A continuación se mantuvo conectada a BiPAP nasal, se cambió el tratamiento antifúngico asociando voriconazol más caspofungina y evolucionó a la curación.

**Conclusiones:** El LBA en pacientes hipoxémicos oncológicos es un procedimiento que puede abocar a la intubación, lo cual ensombrece su pronóstico vital. El uso de VMNI durante el mismo, previene el colapso de la vía aérea, permite administrar sedoanalgesia con mayor seguridad y aplicar un flujo de aire con elevada concentración de O<sub>2</sub> asegurando un óptimo intercambio gaseoso durante el mismo.

### P138

#### DERRAME PERICÁRDICO EN UCI: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Iria González Rivera, Raquel Díaz Soto, Ángela Ferrer Barba, Mónica Camaño González, Alejandro Ávila Álvarez, Carmen Ramil Fraga, Enrique Quiroga Ordóñez

Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

**Antecedentes y objetivos:** El derrame pericárdico (DP) es una entidad rara en la edad pediátrica de la que existe poca información. Nuestro objetivo fue describir el perfil clínico, tratamiento y evolución de los pacientes con derrame pericárdico ingresados en una UCIP de tercer nivel a lo largo de un período de diez años.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de 26 pacientes ingresados en una UCIP de tercer nivel y que fueron diagnosticados de DP entre 1998 y 2007.

**Resultados:** La mediana de edad de los pacientes fue de 0,67 años (P25-75:8,2), siendo 14 de ellos varones. Los motivos de ingreso en UCIP fueron: postoperatorio de cirugía cardíaca (entre ellos 2 casos de quilopericardio): 61%, DP: 26%, cardiopatía: 7,7%, postcateterismo: 3,8%. Las causas del DP fueron: postcirugía cardíaca (69,2%), traumática-iatrogénica (11,5%), pericarditis infecciosas (7,7%: 1 tuberculosa, 1 vírica) y otras causas (11,5%). Presentaron síntomas clínicos el 38%, siendo más frecuentes entre los pacientes cuyo motivo de ingreso fue el derrame (85,7% vs 21,1%, p = 0,005). Se encontró un ECG típico en el 30% de los casos y una RX de tórax alterada (cardiomegalia y/o edema) en el 68%. Evolucionaron a taponamiento cardíaco el 26%, de entre los cuales los postoperados de cirugía cardíaca supusieron el 69%. Recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico el 76,9%, siendo los fármacos empleados: AAS (19,2%), ibuprofeno (11,5%), corticoides (7,7%), indometacina (3,8%) y colchicina (3,8%). El 50% del total de pacientes precisaron pericardiocentesis y/o ventana pericárdica (100% en el subgrupo de pacientes ingresados por DP), alcanzándose en todos ellos una resolución completa del mismo. A lo largo del seguimiento (mediana = 2,026 días), 2 pacientes fallecieron por

causas relativas a su cardiopatía de base y 1 paciente presentó una recidiva sintomática que se resolvió con tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** El DP es una entidad poco frecuente y de buen pronóstico en la edad pediátrica que entre los pacientes ingresados en UCIP aparece más frecuentemente como complicación postoperatoria tras cirugía cardíaca. Sin embargo, existen otras causas como la pericarditis infecciosa que se asocian a mayor incidencia de síntomas y necesidad de tratamiento invasivo.

### P139

#### SEPSIS NEONATAL GRAVE POR ENTEROVIRUS

María Mercedes Chaffanel Peláez, David Alfágeme Pérez de las Vacas, Antonio Morales Martínez, Rocío Calvo Medina, Concepción Oliva Muñoz, Custodio Calvo Macías

Servicio de Críticos y Urgencias y Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Los enterovirus son un grupo común de virus humanos que producen desde cuadros clínicos banales hasta potencialmente letales (meningitis aséptica, miocarditis, sepsis..)

**Caso clínico:** Ingresar recién nacida mujer de 19 días de vida en UCIP tras sufrir parada cardiorrespiratoria de aproximadamente 15 min de duración, requiriendo maniobras de RCP avanzadas y desfibrilación en 4 ocasiones por fibrilación ventricular. Referían cuadro clínico de 6h de evolución de fiebre 38°C (38,5°C en Urgencias) acompañada de quejido y decaimiento. **Antecedentes personales:** embarazo no controlado. **Evolución:** A su ingreso se conecta a ventilación mecánica, se inician drogas vasoactivas por hipotensión arterial, y antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima. En la evaluación postparada presentaba ácido láctico normal e hipertransaminasemia leve con ecografía de cráneo normal. Continúa con picos febriles sin elevación de reactantes de fase aguda, LCR con citoquímica normal y aspecto hemorrágico, y coagulopatía leve que precisa plasma fresco. Se cursan cultivos y estudios virológicos. A las 48h de su ingreso, presenta crisis parciales izq secundariamente generalizadas con EEG: paroxismos de puntas periódicas en región fronto-temporal dcha, y se asocia al tratamiento aciclovir intravenoso y benzodiacepina. Mala evolución clínica al tratamiento antimicrobiano desarrollando status parcial generalizado que precisa pentotal para su control (EEG status: actividad irritativa generalizada con periodos de atenuación). Tras status se realiza TAC craneal visualizándose imagen compatible con isquemia/hemorragia en región temporo-parietal dcha. A las 72 horas aparece exantema maculoso generalizado que afecta palma-plantas que desaparece espontáneamente. Se reciben cultivos estériles y presencia de RNA positivo a enterovirus en sangre. **Resto de virología:** grupo herpes, VEB, adenovirus negativa en sangre, exudado traqueal y LCR. Tras recibir resultados se retira tratamiento antibiótico y aciclovir. Permite retirar el pentotal e iniciar oxcarbamacepina a las semana de ingreso extubándose con buena tolerancia y destacando en la exploración al alta leve hipertonia de miembros superiores sin recurrencia de crisis.

**Conclusión:** Recordar las infecciones virales como causa de sepsis grave neonatal y la rentabilidad de pruebas diagnósticas virológicas para completar el estudio etiológico infeccioso.

16:05

16:00

## P140 16:10 SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO (SST): DESCRIPCIÓN DE 9 CASOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Estibaliz Barredo Valderrama, María Herrera López, Clara Molina Amores, María del Mar Tolín Hernani, Sara Zarzoso Fernández, María José Solana García, Javier Urbano Villaescusa, Jimena del Castillo Perea, Romero Alcaraz Romero, Belén Huidobro Fernández

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivo:** Describir y analizar la epidemiología, clínica, evolución y tratamiento de los casos de SST más recientes admitidos en nuestra unidad.

**Diseño:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de SST en UCIP desde 2002 a 2007. Se recogieron los datos clínicos asociados al proceso de SST, con la evolución en UCIP y con la morbi-mortalidad.

**Resultados:** Revisión de 9 casos (66% niñas). Ocho cumplían criterios para SST estreptocócico y uno para SST estafilocócico. No se evidenció ningún factor de riesgo entre los antecedentes personales. La mediana de edad fue de 2. El origen de la infección fue amigdalar en 4 casos, cutáneo en otros 4 (dos de ellos relacionados con varicela, otro con fascitis necrotizante) y en un caso no se objetivó puerta de entrada. Dos casos cursaron con empiemas aislando *S. pyogenes* en líquido pleural. *Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron:* fiebre > 38° (100%), hipotensión (100%), eritrodermia (77%), descamación posterior (57% de los pacientes con eritrodermia) y fallo multiorgánico con hepatopatía (77%), coagulopatía (77%), plaquetopenia (66%) y fallo renal (66%). El 77% precisó soporte inotrópico y el 55% ventilación mecánica. Los casos de SST estreptocócico fueron tratados con cefotaxima y clindamicina y el SST estafilocócico recibió cloxacilina. Se administró inmunoglobulina en dos casos y corticoides en uno de ellos. La estancia media en UCIP fue de 15 días y de hospitalización de 30 días. Todos evolucionaron de forma favorable sin evidenciar posteriormente ningún tipo de secuelas, salvo estéticas en el caso con fascitis. No se observó agrupación estacional.

**Conclusión:** La incidencia del SST se ha incrementado recientemente, el 55% de los casos fueron diagnosticados en los dos últimos años. Ante la aparición de hipotensión rápidamente progresiva, fiebre y exantema se debe iniciar tratamiento precoz lo cual mejora el pronóstico. En nuestra serie la evolución fue favorable en todos los pacientes. La asociación de clindamicina inhibe la síntesis proteica y puede ser favorable.

## P141 16:15 DERRAME PLEURAL Y NEUMOTÓRAX: UNA EVOLUCIÓN NATURAL O EL PRECIO DE NUEVAS FORMAS DE TRATAMIENTO

Verónica García Sánchez, Sebastián Quintero Otero, Fernando Rubio Quiñones, Arturo Hernández González, José Carlos Flores González, Servando Pantoja Rosso

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

**Introducción:** El derrame pleural (DP) es una patología creciente con evolución muchas veces tórpida, dando lugar a hospitalizaciones prolongadas y a terapéuticas que no siempre rinden los resultados esperados.

**Objetivo:** Analizar las características de los DP y la frecuencia con que asocian neumotórax, así como su posible relación con las distintas modalidades terapéuticas.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los DP infecciosos en los últimos 5 años.

**Resultados:** Recogimos 38 DP. *La distribución anual de casos fue la siguiente:* 6 en 2003 (15,7%), 3 en 2004 (7,9%), 11 en 2005 (28,9%), 7 en 2006 (18,4%), 9 en 2007 (23,6%) y 2 en enero del 2008 (5,2%). En cuanto a la edad: 12 (31,5%) eran menores de 2 años, 13 (34,2%) entre 2 y 5 años y 13 (34,2%) mayores de 5 años. Recibieron antibioterapia previa 32 (84%), pero sólo 5 (13,5%) vacunación antineumocócica.

La estancia media en UCIP fue de 8 días (1-17) y la hospitalaria de 20 días (8-43). Cinco precisaron reingreso en UCIP por diversas circunstancias. En cuanto a la etiología se halló el *S. pneumoniae* en 20 pacientes (52,6%) (1 en hemocultivo, 2 cultivos de líquido pleural y 17 antígeno positivo en orina y/o líquido pleural), *S. viridans* en 1 (2,5%), *M. tuberculosis* en 1 (2,6%) *P. aeruginosa* en 1 (2,6%), no aislando patógenos en 15 pacientes (39,5%). Todos recibieron antibióticos asociados a alguno de los siguientes procedimientos: 2 (5,2%) actitud expectante, 11 (29%) drenaje torácico simple, 13 (34,2%) urokinasa, y 12 (31,6%) se les realizó videotoroscopia o toracostomía, 4 de los cuales recibieron urokinasa en algún momento. Neumococo resistente a cefalosporina y penicilina en 1 caso.

Nueve pacientes (23,7%) desarrollaron neumotórax a lo largo de su evolución, de los cuales a 3 (33%) se les realizó toracostomía y 6 (66%) habían sido tratados con urokinasa, 2 de ellos fueron sometidos además a videotoroscopia o toracostomía.

**Conclusiones:** Coincidiendo con otros autores, constatamos una mayor incidencia de DP; siendo el neumococo el germen más frecuente. Elevado porcentaje de neumotórax asociado, que podría estar relacionado con agresividad del germen, la administración de urokinasa o con la realización de técnicas más invasivas.

## P142 16:20 INFECÇÃO NOSOCOMIAL EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Teresa Andrade, Elsa Santos, Marta Tavares, Francisco Cunha, Milagros Garcia, Marta João, José Carvalho, Augusto Ribeiro

Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios de Pediatría del Hospital de São João, Porto (Portugal).

**Introdução:** A infecção nosocomial (IN) é uma complicação temida nas crianças admitidas em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), com consequências inevitáveis na multirresistência bacteriana, morbidade, tempo de hospitalização, mortalidade e custos de saúde. O objectivo deste estudo é a caracterização da infecção nosocomial na nossa UCIP.

**Métodos:** Estudo prospectivo, descritivo com componente analítico, com todos os doentes admitidos na UCIP durante um período de 4 meses. Para cada IN foram analisados os factores de risco, tipo de infecção (de acordo com os CDC), colheita da amostra, agentes, resistência antimicrobiana, tratamento e evolução.

**Resultados:** A amostra foi de 82 crianças, 67% do sexo masculino, com idades entre 1 mês e 15 anos (mediana de 28,5 meses). Em 58,5% dos doentes o motivo de admissão foi cirúrgico. A duração do internamento variou entre 1 e 40 dias (mediana de 2,5 dias) correspondendo a um total de 441 dias

de internamento. Registaram-se 6 episódios de IN (2 infecções do tracto urinário, 2 pneumonias e 2 infecções relacionadas com cateter) o que correspondeu a um número de episódios de IN de 13,6/1000 dias de internamento. As IN ocorreram em 3 doentes, todos do sexo feminino, com os diagnósticos de coagulopatía grave, neuroborreliose e estado de mal convulsivo, com idades de 1 mês, 9 anos e 6 anos, respectivamente. Os 3 doentes foram submetidos a várias técnicas invasivas, nomeadamente entubação endotraqueal, cateter urinário e cateter intravascular. A IN associou-se a aumento do tempo de internamento. Os agentes isolados foram a *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida albicans* na urina; *Enterobacter cloacae* e *Staphylococcus aureus* nas secreções brônquicas; e *Staphylococcus epidermidis* e *Candida parapsilosis* na hemocultura. Excepto na doente com coagulopatía grave e óbito por falência multiorgânica não relacionada com infecção, verificou-se boa evolução clínica.

**Conclusões:** A IN na nossa UCIP, neste período de tempo, foi elevada em comparação com os valores da literatura internacional. Contudo, os resultados referem-se apenas a um período de 4 meses, pelo que não pode ser excluída a existência de um viés, que só um registo continuado poderá minimizar.

## P143 16:25 CANDIDEMIA EN UCIP: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO. ANÁLISIS DE 5 AÑOS

Lorena Moreno Requena, David Alfageme Pérez de las Vacas, Concepción Mediavilla Gradolph, M<sup>a</sup> de Gracia Espinosa Fernández, Francisco Rodríguez Amuedo, Custodio Calvo Macías  
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Microbiología del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Las infecciones graves por *Candida* son cada vez más frecuentes en los hospitales. Los pacientes pediátricos en situación crítica son especialmente vulnerables a la infección invasiva por *Candida*.

**Objetivos:** Estudiar la incidencia de candidemia y la relación con los procedimientos y terapéuticas específicos empleados en UCIP.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con hemocultivo positivo a *Candida* en nuestra unidad durante los últimos 5 años.

**Resultados:** De 2.180 pacientes ingresados en la unidad durante este periodo, se contabilizaron 14 casos de candidemia. La especie que se aisló en más casos fue *C. parapsilosis* (11/14), seguida de *C. albicans* (2/14) y *C. tropicalis* en un caso. No hubo diferencias en cuanto al sexo, siendo varones/mujeres 7/7. La edad osciló entre los 2 meses y los 13 años, con una media de 2,5 años. La media de estancia en UCIP previa a la positivización fue de 17 días (rango 1-60 días). Se estudiaron los procedimientos realizados: intubación endotraqueal (13/14 pacientes), catéter endovascular (14/14), sondaje vesical (14/14), diálisis (3/14, todos ellos peritoneal), y terapéuticas: empleo de nutrición parenteral (9/14), antibióticos de amplio espectro (13/14), corticoides previos (5/14). Se estudiaron también otros factores de riesgo: neutropenia (3/14 casos), cirugía previa (4/14), neoplasias y tratamiento quimio o radioterápico (3/14). El tratamiento fue en 3/14 casos fluconazol i.v., en 5/14 casos anfotericina B liposomal y en 4/14 casos la combinación de ambos. En 2/14 casos no se trataron en

nuestra unidad por haber recibido el cultivo cuando ya se les había dado de alta.

**Conclusiones:** La incidencia de candidemia en nuestra unidad fue de 6,4 casos/1.000 ingresos, lo cual se asemeja a datos publicados de hospitales de nuestro entorno. Aunque es una infección poco frecuente en UCIP, está fuertemente relacionada con los procedimientos y técnicas invasivas empleadas, sobre todo el uso de ventilación mecánica, catéteres, sondaje vesical y antibioterapia previa. La *C. parapsilosis* es el agente más frecuentemente implicado en nuestra unidad.

## P144 16:30 TÉCNICAS DIALÍTICAS EM ERROS INATOS DO METABOLISMO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS E PEDIÁTRICOS

Margarida Figueiredo, Alzira da Glória Sarmento, Conceição Mota, M. Sameiro Faria, Teresa Costa, Paula Rocha, Céu Mota, Esmeralda Martins, Eloi Pereira, Carlos Duarte  
Hospital de Crianças Maria Pia, Porto (Portugal).

**Introdução:** Alguns erros inatos do metabolismo (EIM) manifestam-se no período neonatal ou primeiros meses com acumulação de metabolitos que provocam encefalopatía grave e lesões neurológicas irreversíveis. O prognóstico depende da remoção imediata destes metabolitos.

**Material e métodos:** Os autores apresentam quatro doentes com EIM (três doenças do ciclo da ureia e uma leucinose) admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), no ano de 2005, e aos quais foram aplicadas técnicas dialíticas para remoção de amónia e leucina.

**Resultados:** *Caso clínico (CC) 1:* Recém-Nascido (RN), 22 dias admitido por insuficiência respiratória grave, ao qual se diagnosticou Leucinose através do rastreio metabólico precoce sendo o resultado comunicado naquela data. Apresentava níveis de leucina de 2.726 umol/L (N: 68-158) e iniciou hemodiafiltração venovenosa, que efectuou durante 12 horas, permitindo diminuição para valores inferiores a 50% do inicial (884 umol/L). Às 48 horas apresentava valores normais. *CC2:* Lactente, 3 meses com síndrome nefrótica congénito, admitido por disfunção multiorgânica. Diagnosticada hiperamoniémia (amónia > 1.000 ug/ml) e, neste contexto, acidúria argininosuccinica. Fez diálise peritoneal aguda (DPA) durante 40 horas com redução para menos de 50% do valor inicial em 15 horas. Valor final de amónia: 91 ug/ml. *CC 3:* RN com 5 dias, admitido por encefalopatía metabólica (amónia: 1.020 umol/L), ao qual se diagnosticou citrulinemia. Iniciou DPA na data do internamento atingindo valores de amónia de 495 umol/L. A técnica teve a duração de 13 horas sendo interrompida por óbito da doente. *CC4:* RN, 4 dias, admitido por encefalopatía metabólica, com níveis de amónia de 3.280 umol/L, com diagnóstico défice de carbamil fosfato sintetase. Fez DPA com redução para 1.108 umol/ml em 36 horas. A duração do procedimento foi 81 horas com valores finais de amónia de 100 umol/ml. Óbito aos 29 dias por disfunção multiorgânica.

**Conclusão:** As técnicas utilizadas foram eficazes na remoção dos metabolitos tóxicos, não se registando complicações relacionadas com o procedimento. Os óbitos registados não se relacionaram com a técnica mas com gravidade da doença de base.



## P145 16:35 HALLAZGOS DE LA POLISOMNOGRAFÍA EN EL EPISODIO APARENTEMENTE LETAL

Lucía Márquez de la Plata Alonso, Rosario López López, Andrea Mora Capín, Estíbaliz Barredo Valderrama, Cristina Iglesias Fernández, María José Solana García, Sara Zarzoso Fernández, Marta Crespo Medina, Belén Huidobro Fernández, Rosa Rodríguez Fernández  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** La polisomnografía (PSG) es la prueba diagnóstica más utilizada en el estudio del episodio aparentemente letal (EAL), ya que permite determinar su etiología y la frecuencia de los episodios, mediante un registro continuo y simultáneo de electroencefalograma (EEG), electrocardiograma (ECG), flujo en la vía aérea, movimientos torácicos y saturación de oxígeno.

**Objetivos:** Analizar los datos aportados por la PSG en el EAL y establecer una correlación entre la clínica y los hallazgos patológicos.

**Material y métodos:** Se diseña un estudio observacional retrospectivo, basado en la revisión de historias. Se incluyeron los niños ingresados con diagnóstico de pausas de apnea a los que se realizó PSG; en el periodo de tiempo de enero a diciembre del 2007. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Analizamos una muestra de 31 pacientes de edades comprendidas entre 4 días y 3 meses. La PSG fue normal en el 48,4% de los pacientes. Se objetivaron pausas de apnea durante el sueño en el 29% de los casos, de los que 44,4% asociaban signos de inmadurez cerebral en el registro de EEG y 11,1% alteraciones en el ciclo del sueño. Otros hallazgos fueron inmadurez cerebral (sin otras alteraciones asociadas) en el 9,7%, alteraciones del ciclo del sueño en el 9,6%, pausas relacionadas con la alimentación en el 9,6% y reflujo gastroesofágico en el 6,5%.

En los pacientes que presentaban episodios de apneas centrales en la PSG las manifestaciones clínicas al ingreso fueron cianosis en el 88,8% de los casos, cese del esfuerzo respiratorio en el 44,4% e hipotonía en el 22,2%.

En relación con otras pruebas realizadas, la ecografía transfontanelar y el estudio metabólico fueron normales en todos los casos. La pH-metría fue patológica en el 45% de los pacientes. Sólo uno (3,2%) de los ECG realizados fue patológico. En el 12,9% de las ecocardiografías se objetivó un foramen oval permeable.

El 80% de los pacientes con PSG patológica presentaron un nuevo episodio.

**Conclusión:** El principal hallazgo de la PSG en EAL fueron las pausas de apnea durante el sueño. Hemos podido constatar la utilidad de la PSG como herramienta diagnóstica de un EAL, y su valor pronóstico para predecir nuevos episodios.

## P146 16:40 DERRAMES PARANEUMÓNICOS DRENADOS: EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

María José Arroyo Marín, Cinta Téllez González, Sara Moralo García, Silvia García Martínez, M. Cruz León León, Susana Beatriz Reyes Domínguez, Santiago Alfayate Miguélez, Genoveva Yagüe Guirao, Carlos Pérez Cánovas, Pedro Tortosa Tortosa  
Servicio de Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

**Introducción:** Una de las complicaciones de las neumonías adquiridas en la comunidad son los derrames paraneumónicos

que en ocasiones precisan toracocentesis por dificultad respiratoria, derrame significativo o mala evolución a pesar de anti-bioterapia.

**Objetivo:** Estudiar la incidencia y la evolución de las neumonías con derrame paraneumónico que precisaron toracocentesis.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de los derrames paraneumónicos ingresados en nuestra UCIP durante el periodo comprendido entre Enero 2003-Diciembre 2007. *Se recogen las siguientes variables:* edad, sexo, vacunación antineumocócica, antibioterapia previa, curso clínico previo, tipo de toracocentesis y uso de fibrinolíticos, características del líquido pleural, aislamiento bacteriano, días de estancia hospitalaria, evolución clínica y complicaciones.

**Resultados:** En el periodo de tiempo del estudio 68 niños precisaron toracocentesis (22 en el último año) por persistencia de la fiebre o hallazgo de derrame pleural significativo (> 2 cm) en estudio ecográfico. De éstos, 55% fueron varones y 45% mujeres, con un edad media de 36,8 meses (rango 2-120); el 91% había recibido antibioterapia previa, con una media de 8,8 días de fiebre previo a toracocentesis (rango 2-28 días). Se realizó toracocentesis en 17,5% de los casos, drenaje pleural en 82,5% y se instilaron fibrinolíticos (por presencia de derrame tabicado) en el 72% de los casos; 33 derrames presentaron criterios de empiema (pH < 7). Las complicaciones que presentaron fueron: neumotórax (x 2), fístula broncopleural (1), neumonía necrotizante con neumatoceles (x 2), absceso pulmonar (1), síndrome hemolítico-urémico (x 2), SIADH (1), trombocitosis (1, que precisó tratamiento antiagregante). El agente aislado más frecuente fue el neumococo sensible a penicilina.

**Conclusiones:** 1) Existe un aumento de la incidencia de neumonía con derrame que precisa toracocentesis a pesar de tratamiento antibiótico. 2) Presentan un curso clínico tórpido con estancia hospitalaria prolongada. 3) El neumococo sensible a penicilina fue el agente etiológico más frecuente.

## NEUMOLOGÍA

### Sala 21 (Planta Alta) 15:30 P147 VALOR DE LA PCR PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUMONÍA COMPLICADA CON DERRAME PARANEUMÓNICO

Gisela Cristina Muñoz García, Javier Elorz Lambarri, Ainhoa Gondra Sangroniz, Iker Serna Guerediaga, Carlos González Díaz, Naiara Ortiz Lana, Rosa Zabala Landa, Marian Villar Álvarez, Oihane Rotaetxe Vacas, Jon Montero Gato

Servicio de Pediatría, Unidad de Neumología del Servicio de Pediatría y Servicio de Radiología del Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

**Antecedentes y objetivos:** Últimamente está aumentando la incidencia de las neumonías complicadas en el niño. Su posibilidad debería tenerse siempre presente al enfrentarnos al diagnóstico y tratamiento de los niños con neumonía. Entre los reactantes agudos de uso corriente en la práctica clínica, la PCR parece tener el mayor poder discriminatorio en el diagnóstico de la neumonía con derrame paraneumónico. Con la intención de comprobar su validez en un nuestro medio realizamos un estudio retrospectivo de los niños ingresados en nuestro hospital.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los derrames paraneumónicos ingresados en nuestro hospital desde el 1-1-1997 al 30-09-2007 y de todas las neumonías ingresadas desde el 1-1-2004 y el 21-10-2007. Las diferencias de medias entre grupos se analizaron mediante la one-way anova, empleándose el test de Bonferroni para comparaciones múltiples. Con los resultados de la PCR se construyó una curva de ROC para valorar su validez como prueba diagnóstica.

**Resultados:** Se ingresaron un total de 82 neumonías con derrame paraneumónico de los cuales 14 (17,1%) eran empiemas y 284 neumonías sin derrame. Existieron diferencias significativas de las cifras de PCR entre los diferentes grupos: neumonía no complicada ( $17,8 \pm 15,9$ ), exudado paraneumónico ( $22,4 \pm 16,8$ ) y empiema ( $33,7 \pm 16,2$  mg/dl),  $p$  for trend  $< 0,001$ . Después de aplicar el test Bonferroni para comparaciones múltiples hubo diferencias significativas entre el empiema y la neumonía no complicada y el exudado paraneumónico con una  $p < 0,001$  y  $p < 0,05$  respectivamente. El área bajo la curva fue de 0,753 (IC 95% 0,7-0,84),  $p < 0,001$ . Cifras de PCR superiores a 26,5 mg/dl tuvieron una sensibilidad y especificidad del 71% para el diagnóstico de empiema (LR+ 2,45). Valores  $< 12,5$  mg/dl mostraron una sensibilidad del 100% pero la especificidad fue solo del 49%. Valores  $> 49,5$  tuvieron una especificidad del 95% pero la sensibilidad fue solo del 21% (LR+ 4,2).

**Conclusiones:** Encontramos diferencias significativas entre las cifras de PCR entre las neumonías complicadas con empiema y el resto de las neumonías. A pesar de ello la PCR tiene un valor moderado como prueba en el diagnóstico de una neumonía complicada con derrame.

## P148

15:35

### PNEUMONIA NECROTIZANTE COM EMPIEMA: S. AUREUS, S. PNEUMONIAE OU AMBOS?

Hugo Rodrigues, Miguel Salgado, Sandrina Martins, Catarina Sousa, Teresa Nunes, Idalina Maciel

Centro Hospitalar Alto Minho, Viana do Castelo (Portugal) y Hospital de São João, Porto (Portugal).

**Introdução:** Empiema é a presença de líquido purulento na cavidade pleural, geralmente consequente à infecção bacteriana de derrame parapneumónico. O agente mais frequente é o *S. pneumoniae* resistente à penicilina, embora a frequência de *S. aureus* metilino-resistente esteja a aumentar consideravelmente. Os exames de imagem são fundamentais para o diagnóstico e o tratamento é medico-cirúrgico.

**Caso Clínico:** Criança do sexo feminino, 3 anos, sem antecedentes relevantes, internada por anorexia, febre e diarreia com 48h de evolução, associada a bom estado geral e sem alterações ao exame físico. **Análises:**  $15,83 \times 10^9/L$  leucócitos (neutrófilos-85%) e PCR 41,4 mg/dl, decidindo-se o internamento por provável gastroenterite aguda. Apresentou melhoria clínica e, às 24 horas, a mãe abandonou o Serviço contra parecer médico. Decorridos 2 dias é re-internada por manutenção da febre, prostração e mau estado geral. À entrada apresentava ar tóxico, polipneia, palidez cutâneo-mucosa, AP - diminuição do MV à esquerda, sem outras alterações. **Exames Complementares:** Hb-10,5g/dl; Leucocitos-31970 (N - 83,2%); PCR-32,69 mg/dl; Na-129 mmol/l; K e função renal sem alterações. Radiografia pulmonar-hipotransparência do hemitórax esquerdo. Ecografia pulmonar-derrame pleural de grande volume, septado

Iniciou ceftriaxone e clindamicina, sendo transferida para Pneumologia Pediátrica, onde efectuou toracotomia à esquerda, com drenagem de grande quantidade de líquido purulento espesso; pulmão com múltiplos focos de necrose. Iniciou flucloxacilina por crescimento de *S. aureus* metilino-sensível na 1ª hemo-cultura (2ª amostra revelou *S. pneumoniae*). Teve evolução clínica favorável, com boa resposta à terapêutica (ceftriaxone-8 dias; flucloxacilina-21 dias; clindamicina-21 dias).

**Conclusões:** Com este caso, pretende-se realçar uma situação grave de pneumonia necrotizante com empiema, cuja etiologia se deve provavelmente a uma infecção polimicrobiana (*S. aureus* e *S. pneumoniae*). O diagnóstico foi dificultado pela apresentação clínica inicial semelhante a um quadro de gastroenterite, associado ao facto de a mãe ter abandonado o Serviço.

## P149

15:40

### PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE DE EVOLUÇÃO COMPLICADA - REVISÃO CASUÍSTICA DE 6 ANOS

Maria João Freitas Sampaio, Sandra Teixeira

Unidad Padre Américo, EPE del Centro Hospitalar Tamega e Sousa, Penafiel (Portugal).

**Introdução:** A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é um motivo frequente de internamento. As complicações são pouco frequentes, mas necessitam de uma abordagem precoce.

**Objectivo:** Rever a epidemiologia da PAC complicada num Serviço de Pediatria de um hospital distrital (secundário).

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças internadas de 01/01/2002 a 31/12/2007 (6 anos), com o diagnóstico de PAC complicada de derrame pleural/empiema, abcesso pulmonar, pneumatoceles, atelectasia ou pneumotórax. **Analisamos:** sexo; distribuição etária, anual e sazonal; estado vacinal; antibioticoterapia prévia; sinais e sintomas; meios complementares de diagnóstico; tratamento; duração do internamento e evolução.

**Resultados:** Incluídas 34 crianças, com predomínio do grupo etário dos 5 aos 12 anos (59%) e do sexo masculino (71%), com uma média de 5,7 casos/ano e um pico no ano de 2006 (17 casos, 50%). O plano nacional de vacinação estava actualizado em 59% dos casos e 23% cumpriram vacinação antipneumocócica. 34% das crianças tinham efectuado antibioticoterapia previamente ao internamento. À admissão, os sintomas mais frequentes foram a febre (91%) e a tosse (88%); 71% apresentavam alterações auscultatórias. Analiticamente, havia leucocitose em 63% dos casos. Todos efectuaram radiografia de tórax, apresentando 97% imagem de condensação e 88% derrame pleural. 76% realizaram ecografia e 12% tomografia computadorizada (5 casos derrame pleural septado, 1 pneumatoceles e 1 abcesso pulmonar). A etiologia foi identificada em 5 casos (15%): 1 *Streptococcus pneumoniae*, 2 *Mycoplasma pneumoniae* e 2 *Mycobacterium tuberculosis*. Alterou-se a antibioticoterapia instituída na admissão em 8 crianças. A duração média de internamento foi de 7,4 dias. 6 crianças foram transferidas para um centro terciário. Em 91% dos casos a evolução clínica é conhecida, com cura em todos.

**Conclusão:** Nos últimos anos constatou-se um aumento do número de casos de PAC complicada, e neste momento não encontramos justificação para o pico ocorrido em 2006. O isolamento etiológico foi inferior a outras séries. A tuberculose

continua a ser um diagnóstico a ter conta, atendendo à sua elevada incidência nesta região.

## P150 15:45 BRONCOFIBROSCOPIAS. A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II (1999-2007)

João Farela Neves, Patrícia Rodrigues, Isabel Esteves, Claudia Constantino, Florbela Cunha, Oliveira Santos, Ana Casimiro

Hospital Reynaldo dos Santos, Vila Franca de Xira (Portugal) y Hospital Dona Estefânia, Lisboa (Portugal).

**Introdução:** A Broncofibroscopia é uma técnica fundamental na avaliação de doentes com sintomatologia respiratória persistente e/ou com suspeita de lesão da árvore traqueo-brônquica, podendo ser decisiva no diagnóstico e tratamento de várias entidades nosológicas.

**Objectivo:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de Janeiro 1999 a Maio de 2007 das crianças internadas ou seguidas em Consulta referenciadas a uma Unidade de Técnicas Broncológicas de um Hospital de nível III para investigação complementar. Foram avaliados dados demográficos, clínicos, imagiológicos, laboratoriais e terapêuticos.

**Resultados:** No período do estudo houve 41 crianças que realizaram broncofibroscopia para esclarecimento do quadro clínico, tendo 39 desses sido sujeitos a análise. A distribuição anual foi relativamente uniforme, sendo o ano de 2000 aquele com maior número de casos (n = 7). Metade das crianças eram do sexo masculino e a mediana das idades foi 2 anos (P25 = 0,5; P75 = 4). O exame foi requisitado na Enfermaria (89,5% dos casos) e na Consulta Externa (10,5%), sendo que os motivos que originaram o pedido foram: pneumonias complicadas (n = 16) e de repetição (n = 4), estridor (n=8), suspeita de aspiração de corpo estranho (n = 4), investigação de tuberculose (n=4) e de sibilância persistente (n = 2). Em 80% dos casos o exame revelou alterações, como compressão brônquica extrínseca adeno-pática ou vascular em 13 casos (incluindo dois casos de duplo arco aórtico), inflamação brônquica (n = 10), malácia (n = 6), corpo estranho orgânico (n = 2), malformação brônquica congénita, hemangioma subglótico, granuloma subglótico e endobronquico, quisto da laringe (cada diagnóstico com 1 caso).  
**Conclusões:** Com o aperfeiçoamento progressivo desta técnica, a broncofibroscopia tem vindo a ocupar um lugar de destaque dada as suas potencialidades terapêuticas e diagnósticas. A coordenação deste Hospital de nível II com as Unidades de referência tem permitido a concretização da investigação etiológica de forma eficaz e em tempo útil. A maioria dos doentes referenciados apresentou alterações que justificaram a requisição do exame, sublinhando a importância da broncofibroscopia na avaliação destas crianças.

## P151 15:50 NEUMONIA NEUMOCÓCICA COMPLICADA

Silvia Rodriguez Blanco, Nazareth Martinón Torres, Aranzazu Castellón Gallego, Adela Alonso Martín, Manuel López Rivas, Manuel Bravo Mata

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña)

Presentamos un caso excepcional de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) por *St pneumoniae*, por ser progresiva y necrotizante, complicaciones más habituales en la neumonía por

*S.Aureus*: Paciente de dos años y medio con antecedentes de reflujo gastroesofágico e hiperreactividad bronquial desde el primer año, inmunizado con el calendario vacunal oficial y dos dosis de antineumocócica conjugada heptavalente. A. Familiares de asma y alergia. Ingresó por cuadro respiratorio febril agudo de tres días de evolución, con dificultad respiratoria (FR 60 rpm), afectación del estado general, palidez y dolor torácico en reposo. En la exploración crepitantes difusos e hipoventilación basal izqda. SaO<sub>2</sub> 92% con aire ambiente. En su analítica, 29.400 leucocitos/mm<sup>3</sup>-fórmula con 90% Ntf y 34% cayados. VSG 90 mm. Ag de neumococo en orina positivo y en la Rx consolidación de LII. Se inició antibioterapia con cefuroxima iv. A las 24 h empeoramiento de la auscultación y Rx con neumonía basal bilateral, por lo que se añadió vancomicina iv ante un posible neumococo PEN-R. El 7º día, aún febril, anemización y menor leucocitosis, con VSG 126 mm, PCR 8,5 mg/dL, PCT 0,5 ng/mL. IgE 150 UI/mL. En el hemocultivo, *St pneumoniae* sensible a penicilina. En la Rx/ECO/TAC torácico (imagen), derrame pleural tabicado en zona axilar izqda y neumatoceles en el interior de la consolidación basal izqda. Por las características del empiema, se descartó toracocentesis y se programó toracoscopia y desbridamiento pleural. En la 2ª semana del proceso cedió la fiebre y en la 3ª semana se produjo la resolución del derrame pleural, bajo tratamiento conservador.



**Conclusiones:** En el paciente con NAC bacteriana sin mejoría en las primeras 48-96 hr, con un tratamiento adecuado, hay que pensar en la posibilidad de cepas resistentes y la presencia de factores de comorbilidad. El ECO y el TAC aportan datos pormenorizados de las lesiones anatómicas y cuando la evolución del empiema no es favorable debe tratarse para evitar una fístula broncopleurale. Los neumatoceles suelen resolverse en 2-3 m. Es posible que los serotipos de neumococo no vacunales (1 y 5), importados, sean la causa de estos cuadros.

## P152 15:55 BRONQUIOLITIS AGUDA: REVISIÓN DE NUESTROS CASOS

Sonia Blázquez Trigo, Iratxe Saez de Ugarte Sobrón, Naiara Olabarrieta Hoyos, Maider Alcalde Rastrillo, Andrea Miguélez Velazco, Ana González Sala, Itziar de la Fuente Díaz, Eneritz Guerra García, Elena Pérez Estévez, Amaia Sojo Aguirre

Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya) y Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

**Antecedentes y objetivos:** La bronquiolitis es la primera causa de ingreso en los lactantes durante los meses de invierno. El objetivo de nuestro estudio es describir las características clíni-

cas, epidemiológicas, evolución y manejo de los pacientes ingresados por bronquiolitis en nuestra unidad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de los lactantes dados de alta con el diagnóstico de bronquiolitis desde noviembre del 2007 a enero del 2008. Para ello, se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y evolutivos.

**Resultados:** Presentamos un total de 103 casos, 46,6% niños y 53,3% niñas. La edad media fue de 3,15 meses (mediana 1,7 meses) aunque el 77% fueron menores de 3 meses. Como antecedente personal de interés, encontramos un 15% de preterminos. Al ingreso, el valor medio del score de gravedad fue de 6 puntos (rango 4 a 11), la frecuencia respiratoria media fue de 51 rpm, la frecuencia cardíaca de 153 lpm y la saturación de oxígeno de 95%. Analizando las pruebas diagnósticas, a 75 niños (72,8%) se les realizó una radiografía de tórax (58,6% normales), analítica sanguínea a 43 niños (41,7%), y a 100 niños se les recogió muestra para cultivo nasofaríngeo, aislando VRS en 45 casos (45%). Durante el ingreso, 7 niños no recibieron ningún tipo de tratamiento, salvo medidas físicas. Del resto, el 81,6% recibió adrenalina nebulizada asociada a salbutamol en 21 niños, 8 niños recibieron corticoide oral por evolución no satisfactoria, y un 26,2% cobertura antibiótica. Precisaron oxigenoterapia 56 niños (54,4%) y soporte nutricional un 58,3%. 10 niños precisaron ingreso en cuidados intensivos. El tiempo medio de ingreso fue de 8,19 días (rango 2-27 días). En el momento del alta 76 niños (73,8%) no precisaban tratamiento.

**Conclusiones:** La bronquiolitis es la causa más frecuente de ingreso de los lactantes durante los meses epidémicos. El agente más frecuentemente encontrado es el VRS. El manejo de la bronquiolitis está cambiando en los últimos años, aunque aun se realizan pruebas complementarias innecesarias en muchos casos.

## P153

### FIBROSIS QUÍSTICA.

#### REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 16 AÑOS EN CANTABRIA

Cristina Pato Fernández, Eva Aragonés Achutegui, María Ruiz del Campo, M<sup>a</sup> Jesús Cabero Pérez, Elena Pérez Belmonte

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

**Introducción:** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva cuya incidencia varía de 1/2.000 a 1/5.000, que puede cursar con clínica digestiva, con insuficiencia pancreática (85%), obstrucción intestinal; y/o respiratoria, con sinusitis crónica, bronquiectasias, insuficiencia respiratoria.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los casos de fibrosis quística controlados en nuestro hospital desde el año 1991, analizando edad y sintomatología al inicio, estudios de genética molecular y test de cloro en sudor, así como el seguimiento de la enfermedad respiratoria crónica.

**Resultados:** *Epidemiología:* Se trata de 20 niños cuya edad de diagnóstico se sitúa entre 1 y 6 meses de vida en el 41% de los casos, y por debajo del mes en el 23%. *Genética:* La mutación más frecuente es la  $\Delta F508$ , que afecta a la función de una proteína transportadora de cloro y sólo en el 5,8% se ha encontrado otro tipo de mutación (principalmente, G542-K). Existe historia familiar en uno de los casos. *Clínica:* En un 53% de los pacientes el síntoma inicial fue una curva ponderal plana, mien-

tras que el 29,4% debutó con un ileo meconial. Todos presentan enfermedad respiratoria crónica y se ha objetivado diarrea en un 35,2%. *Pruebas complementarias:* La totalidad de los niños estudiados han tenido resultados positivos en el test de cloro en sudor (Q.I.P.T.) en tres determinaciones. *Evolución:* En los cultivos respiratorios realizados periódicamente se ha observado que el 53% ha resultado positivo para *S.aureus NMR*; un 70,5% para *S. aureus MR*; *Pseudomonas aeruginosa no mucoide* en un 76,4%; *Pseudomonas aeruginosa mucoide* en el 11,7% y *Aspergillus fumigatus* en un 17,6% (33,3% menores de un mes).

**Conclusiones:** El 94% de los pacientes presentan la mutación  $\Delta F508$ , superior al 67% estimado en la literatura, siendo la mitad de ellos homocigotos. Un 23% debutó en el período neonatal con íleo meconial (no se realiza screening neonatal). Todos padecen enfermedad respiratoria crónica, siendo los gérmenes colonizadores más frecuentes *S. aureus* (100%), *P. aeruginosa* (88%) y *H. influenzae* (70.5%), con cultivos positivos antes del año de vida en los tres casos.

## P154

### RESECCIÓN POR VIDEOTORACOSCOPIA DE UNA MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA EN UN CASO CON EVOLUCIÓN FAVORABLE

Diego Pascual-Vaca Gómez, José Luis Díaz Rodríguez, Martín Navarro Merino, Guadalupe María Pérez Pérez, María del Mar Romero Pérez, Jesús Loscertales Abril

Sección de Neumología del Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivo:** Exponer la resolución y recuperación de un niño con malformación adenomatoidea quística. Revisar las indicaciones quirúrgicas y la idoneidad de la técnica empleada.

**Material y métodos:** Lactante de 2 meses que ingresa por tos y dificultad respiratoria de 24 h de evolución. Sin antecedentes de interés. *Exploración física:* Peso: 4.350 g (P3). Longitud: 54 cm (P3-10). Buen estado general, afebril. Buena coloración de piel y mucosas. Tiraje subcostal, intercostal. Sibilancias espiratorias difusas. Resto sin interés. Exámenes complementarios: inmunofluorescencia directa a virus respiratorio sincitial: negativa. Radiografía de torax: área de aspecto quístico en lóbulo medio derecho con algunos tractos fibrosos en su interior. Se solicita TC de alta resolución: lesión de quística de unos 5 cm de eje máximo de paredes definidas con múltiples septos en su interior. Gammagrafía pulmonar: anulación en la captación y en la perfusión en segmento medial de lóbulo medio derecho. *Tratamiento:* se decide extirpación de lesión videotoracoscopia.

**Resultados:** Anatomía patológica: lesión constituida por quistes de distinto tamaño revestidos por un epitelio cúbico con tejido fibromuscular que alternan con escasas áreas más sólidas con estructuras semejantes a bronquiolos dilatados. Morfología compatible con una malformación adenomatoidea quística tipo 1. La evolución del niño en un año de seguimiento ha sido favorable sin nuevos episodios de dificultad respiratoria.

**Conclusiones:** Según la literatura parece existir consenso en cuanto a la indicación quirúrgica en casos sintomáticos. Existe controversia en niños asintomáticos aunque la mayoría apoya la cirugía electiva por el riesgo de complicaciones a largo plazo. En este supuesto la edad para la cirugía se sitúa entre los 3-6 meses permitiéndose así un mejor crecimiento compensado. La cirugía auxiliada por videotoracoscopia se plantea como

16:05

16:00

una opción segura y efectiva en el tratamiento de lesiones congénitas quísticas pulmonares. La evaluación de las ventajas de esta técnica a largo plazo será objeto de futuras investigaciones.

**P155****16:10**

### **PATOLOGÍA RESPIRATORIA ASOCIADA A INFECCIONES VÍRICAS EN MENORES DE UN MES**

Eider Oñate Vergara, Diego Vicente Ansa, Maider Leunda Iruretagoyena, Mila Montes Mos, Gustavo Cilla Eguiluz, Eduardo González Pérez-Yarza, Ángeles María Ruiz Benito, Luis Paísán Grisolia

Servicio de Microbiología, Unidad de Neumología Infantil, Unidad de Neonatología y Unidad de Lactantes del Servicio de Pediatría del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

**Antecedentes y objetivos:** Las infecciones agudas de vías respiratorias (IAVR) causan importante morbilidad en niños < de 1 mes de edad. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la presencia de infecciones víricas en niños < de un mes con patología respiratoria.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de niños menores de un mes de edad atendidos en Urgencias Hospitalarias o en Maternidad durante 1 año (1-7-2006/30-6-2007), con diagnóstico clínico de infección respiratoria, que precisaron ingreso durante más de 24 horas y en los que se estudió en aspirado nasofaríngeo la presencia de VRS, Influenza A/B, Parainfluenza, Adenovirus, Metapneumovirus (hMPV), Coronavirus y Rhinovirus (RV) mediante cultivo celular y/o reacción en cadena de la polimerasa. La población general estimada de niños < 1 mes durante el período de estudio fue de 4060 niños.

**Resultados:** Se procesaron 88 muestras respiratorias (49 niños y 39 niñas). La edad media fue  $14,86 \pm 7,86$  días. Se detectaron virus en 50 pacientes (56,8%). El virus más frecuente fue el VRS, 27 casos (54%) seguido de RV (44%) Coronavirus (4%) Influenza (4%) y hMPV (2%). En 4 pacientes (8%) se detectaron coinfecciones virales. El diagnóstico clínico al alta más frecuente fue bronquiolitis (36,4%) seguido de IAVRS (20,4%) apnea-IAVRS (15,9%) y gripe (2,2%). Hospitalizaron en UCIP 9 casos (4 con aspirado nasofaríngeo negativo, 2 con RV, 2 con VRS y una coinfección de RV + VRS). En el 75% de los niños que precisaron soporte respiratorio (4 presión positiva y 3 de ellos ventilación mecánica) se encontró un virus (3 RV asociado en una ocasión a VRS). EL 27% de los niños precisaron oxigenoterapia (25/88). Se aislaron en ellos más virus (24/25) ( $\chi^2 = 21,85$ ;  $p < 0,001$ ). El VRS se asoció significativamente con mayor necesidad de oxigenoterapia comparado con otros virus ( $\chi^2 = 16,05$ ;  $p < 0,001$ ). No hubo ningún fallecimiento.

**Conclusiones:** El 1,13% de la población general de niños menores de 1 mes requirieron hospitalización por infección respiratoria. En 1 de cada 2 niños estudiados se detectó la presencia de un virus.

**P156****16:15**

### **ALCALOSE METABÓLICA HIPOCLORÉMICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FIBROSE QUÍSTICA**

Marco Pereira, Nádía Rodrigues, Ana Isabel Castro, Ana de Lurdes Aguiar, Georgeta Oliveira

Departamento de Pediatría del Hospital Pedro Hispano, Matosinhos (Portugal).

**Antecedentes:** A fibrose quística é uma doença hereditária, autossómica recessiva, com atingimento multiorgânico, em que a

patologia respiratória é a principal causa de morbilidade e mortalidade. Embora a sintomatologia respiratória, a malnutrição e o atraso de crescimento constituam as formas de apresentação predominantes, os desequilíbrios electrolíticos e ácido-base podem ser a manifestação inicial em até 5,4% dos casos.

**Métodos:** Apresentação do caso clínico de um lactente com fibrose quística manifestada inicialmente por alcalose metabólica hipoclorémica.

**Resultados:** Lactente com 4 meses, sexo masculino, que recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica por vómitos alimentares com 48h de evolução, sem febre ou diarreia. De valorizar nos antecedentes pessoais uma desaceleração de crescimento, com cruzamento de percentis ponderais. Antecedentes familiares irrelevantes. Objectivamente, com sinais de desidratação moderada e perda ponderal de 8%. Sem outras alterações.

Análiticamente, hemograma normal. Creatinina 1,04 mg/dl e ureia 105 mg/dL. Normonatremia, hipocaliémia de 2,9 mEq/L, hipoclorémia de 70 mEq/L. Gasimetria arterial com alcalose metabólica: pH-7,60, pCO<sub>2</sub>-49 mmHg, HCO<sub>3</sub>-45,2 mmol/L e BE-20,9 mmol/L. Exame sumário de urina normal. Iniciou fluidoterapia endovenosa para correção da desidratação e desequilíbrios electrolíticos.

Durante o internamento, manteve-se clínica e hemodinamicamente bem. Correção rápida da creatininémia, ureia sérica e da hipocaliémia nas primeiras 30h. Manteve alcalose metabólica com hipoclorémia sustentadas. Ionograma urinário que revelou cloretos inferiores a 20 mEq/L e sódio inferior a 20 mEq/L. Realizou prova de suor com concentração de cloretos de 110 mEq/L e estudo molecular para fibrose quística que detectou as mutações c.1.132C > T e p.delF508 em heterozigotia no gene CFTR, que permitem estabelecer o diagnóstico de fibrose quística neste doente.

**Conclusão:** A fibrose quística deve ser considerada no diagnóstico diferencial de qualquer criança que se apresente com alcalose metabólica hipoclorémica.

**P157****16:20**

### **BRONQUIOLITIS AGUDA: UN DIFÍCIL CAMINO HACIA LA EVIDENCIA**

María Paz Vior Álvarez, Mónica Mantecón Ruiz, José M. Iglesias Meleiro, Susana Rey García, José Luis García Rodríguez, Javiera Francisca Hurtado Díaz, María Andrea Táboas Pereira, Patricia Pernas Gómez, Ariana Pellitero Maraña, Federico Martín Sánchez  
Complejo Hospitalario, Ourense.

**Antecedentes y objetivos:** La bronquiolitis aguda (BA) es una de las enfermedades que más estudios ha generado en el campo de conocimiento de la Pediatría; actualmente se objetiva una importante disparidad entre las recomendaciones derivadas de la medicina basada en la evidencia y la práctica clínica diaria. Con el objetivo de analizar cuál es la situación actual del manejo de esta patología en nuestro medio analizamos la casuística de los dos últimos años.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo que abarca 135 pacientes, ingresados con el diagnóstico de BA entre los años 2006 y 2007, cuyas historias fueron revisadas con carácter retrospectivo.

**Resultados:** La distribución por sexos fue la siguiente: 64% niños y 36% niñas. La edad media fue de 5,3 meses. Según la escala Wood-Downes, se clasificaron al ingreso como bronquio-

litis leve el 21%, moderada el 74% y grave el 5%, sin encontrarse diferencias significativas en la severidad según la edad. *Las pruebas diagnósticas solicitadas fueron:* hemograma en 135 pacientes (100%), VSG en 117 (87%) procalcitonina en 85 (63%), gasometría capilar en 128 (92%), hemocultivo en 68 (51%, negativo en todos los casos), inmunofluorescencia para VRS en 122 (91%, positiva en el 65% de los pacientes estudiados) y radiografía de tórax en 112 (83%). *El tratamiento indicado consistió en:* fluidoterapia intravenosa en 117 niños (87%), adrenalina neb. en 21 (16%), bromuro de ipratropio neb. en 1 (1%), salbutamol neb. o inh. en 101 (75%), corticoides neb. o inh. en 81 (60%), corticoides sistémicos en 48 (36%), antibioterapia en 78 (58%), ventilación no invasiva (CPAP nasal) en 3 (2%). Ningún paciente precisó ventilación mecánica invasiva.

**Conclusiones:** De acuerdo con nuestra casuística, los pacientes afectos de BA continúan siendo sometidos en un alto porcentaje, a pruebas diagnósticas y tratamientos que, de acuerdo con las evidencias científicas actuales, no siempre son imprescindibles y, en algunos casos, pueden resultar incluso desaconsejables.

## P158

### COMPLEJO RING-SLING DE LA PULMONAR: UNA PATOLOGÍA INFRECIENTE PERO POTENCIALMENTE MORTAL

Silvia Escribà Bori, Núria Gilabert Iriondo, Alberto Salas Ballestín, Borja Osona Rodríguez de Torre, Joan Figuerola Mulet, José Antonio Peña Zarza

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Balears).

**Antecedentes:** El Sling de la arteria pulmonar constituye una patología congénita infrecuente dentro del grupo de anillos vasculares. Un 50% se los casos se acompaña de anomalías traqueales, incluyendo estenosis focales, segmentarias o extensas, por cartílagos traqueales completos (complejo ring-sling). Es un diagnóstico con incidencia desconocida, pero de gran importancia clínica por confundirse con patología banal respiratoria y por la mortalidad asociada.

**Caso clínico:** Varón lactante de 2 meses, con antecedentes de un episodio de dificultad respiratoria y persistencia del conducto arterioso. A su llegada al hospital destaca palidez cutáneo-mucosa, tiraje intercostal y supraesternal, estridor espiratorio y taquipnea, hipoventilación en hemitorax derecho con estertores crepitantes bilaterales y espiración alargada. Se realiza radiografía de tórax, donde se objetiva un infiltrado en LSD y atrapamiento aéreo. El paciente es diagnosticado de bronquiolitis, instaurándose tratamiento con broncodilatadores, antibióticos y oxigenoterapia, a pesar de lo cual presenta un empeoramiento que requiere ingreso en UCI. Dada la no mejoría clínica se realiza ecocardiograma, donde se objetiva una ramificación desde la rama pulmonar derecha que corresponde al inicio de la rama pulmonar izquierda y que forma un anillo vascular. Se instaura tratamiento con digoxina, furosemida y espironolactona y se realiza angio-TAC, donde se observa sling de la arteria pulmonar izquierda y colapso pulmonar izquierdo. El paciente se traslada a centro de referencia para reimplantación de la arteria pulmonar izq. Tras la intervención presenta leve estridor espiratorio y leve tiraje supraesternal e

intercostal, con dificultad para la extubación, por lo que se realiza fibrobroncoscopia y TC torácico, que confirman una estenosis traqueal extensa con cartílagos traqueales completos en más de dos tercios traqueales. Dada la extensión de la estenosis y la edad del paciente se decide conducta expectante. Buena evolución presentando leve estridor espiratorio con la agitación.

**Conclusiones:** El sling de la pulmonar debe ser recordado en pacientes con síntomas respiratorios persistentes y que no responden al tratamiento. Es característico la aparición de la clínica en el primer año de vida y el estridor espiratorio. El retraso en el diagnóstico puede implicar un uso indebido de fármacos y un aumento de la mortalidad.

## P159

### HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA EN LACTANTE DE 2 MESES

Lorena Braviz Rodríguez, Rosa Jiménez, Susana Larrosa Capaces, Joaquín Escribano Subias

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

16:30

**Introducción:** La hernia diafragmática congénita es debida al cierre incompleto del diafragma durante el desarrollo embrionario. La más frecuente es la posterolateral (90%) (Hernia de Bochdaleck), se pueden herniar intestino delgado, colon, estómago, riñones e incluso hígado y bazo, a través de su defecto. Es relativamente común (1/3.000 rn vivos), diagnosticándose habitualmente en periodo prenatal o neonatal inmediato, siendo un reto diagnóstico su presentación tardía (5%), lo que da lugar a errores diagnósticos y demora con consiguiente morbi-mortalidad.

**Reporte del caso:** Lactante de 2 meses derivado por su pediatra a consultas externas de Neumología Pediátrica por distrés respiratorio des de los primeros días de vida, y desmedro. A la exploración física presenta coloración pálido-grisácea, aspecto desnutrido, pectum excavatum y signos de distrés respiratorio con taquipnea marcada y tiraje subcostal. No cianosis. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, no soplos, hipoventilación en base izquierda con peristaltismo. Se realiza radiografía de tórax constatando presencia de asas intestinales en hemitórax izquierdo con atelectasia pulmonar ipsilateral. Se realiza intervención quirúrgica, exteriorizando el contenido torácico (intestino delgado, grueso, estómago y bazo), con presencia de saco herniario. A nivel intratorácico se localiza tejido de consistencia hepatizada sugestivo de secuestro pulmonar, que se reseca, y riñón izquierdo con glándula suprarrenal. La radiografía post-operatoria muestra parénquima pulmonar expandido en mitad superior, con imágenes de atelectasia. Se mantiene intubado 24 horas, con evolución favorable.

**Comentarios:** Ante un niño con distrés respiratorio y clínica gastrointestinal persistente, debemos plantear el diagnóstico de hernia diafragmática congénita. La radiografía torácica es una prueba de fácil acceso y de primera línea en el estudio de un niño con signos de distrés respiratorio, resultando muy eficiente en el diagnóstico de hernia diafragmática. Debemos tener presente que el 40-50% de los casos de HDC se asocian a malformaciones congénitas como: defectos cardíacos, hipoplasia pulmonar ipsilateral y/o secuestro pulmonar.

## P160 16:35 BRONQUIOLITE OBLITERANTE - A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

Diana Alexandra Moreira Pereira, Isabel Pinto Pais, Herculano Costa, Susana A. Pereira, António Vilarinho, Isabel Carvalho

Servicio de Pediatría del Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Portugal).

**Introdução:** A bronquiolite obliterante (BO) é uma doença pulmonar crónica rara, caracterizada por inflamação, fibrose e obliteração dos bronquíolos respiratórios e terminais. Na criança surge habitualmente após uma infecção vírica das vias aéreas inferiores-BO pós-infecciosa (BOP), sobretudo por adenovírus. Apesar de rara, nas últimas décadas tem-se descrito um aumento da sua incidência.

Os autores apresentam 3 crianças com o diagnóstico de BOP, seguidas na consulta de Pediatría, descrevendo a sua apresentação clínica, alterações imagiológicas, abordagem terapêutica e evolução clínica.

**Casos clínicos:** Das 3 crianças, 2 são do sexo feminino, com idades actuais compreendidas entre os 6 e os 12 anos. Em todos os casos a agressão inicial foi uma pneumonia a adenovírus, ocorrida entre os 14 e os 15 meses de idade, num dos casos complicada com insuficiência respiratória aguda (IRA) tipo II e nos restantes com IRA tipo I, sem necessidade de ventilação mecânica. Após o episódio infeccioso inicial, todas as crianças mantiveram sintomas respiratórios obstrutivos e infecções respiratórias frequentes, com necessidade de múltiplas consultas e em dois dos casos com internamentos frequentes. A tomografía computadorizada de alta-resolução torácica demonstrou envolvimento bilateral em todos os casos, com áreas de air-trapping, padrão em mosaico, espessamento brônquico, atelectasias e bronquiectasias. Em nenhum caso houve repercussão na evolução estatura-ponderal. Actualmente estas crianças apresentam um padrão ventilatório obstrutivo sem resposta ao broncodilatador (em 2 das quais moderado-severo), com necessidade de cinesiterapia respiratória, corticoterapia sistémica e/ou inalada, broncodilatadores inalados e tratamento precoce das infecções respiratórias.

**Comentários:** Os autores salientam a importância do diagnóstico precoce da BO, o qual associado ao tratamento de suporte pulmonar e nutricional e à abordagem agressiva de infecções respiratórias intercorrentes, conduzirá a uma melhoria clínica e da qualidade de vida destas crianças. A BOP deve ser sempre um diagnóstico a considerar perante um criança com tosse e sibilância persistente na sequência de uma infecção respiratória aguda.

## P161 16:40 ¿ESTÁ AUMENTANDO LA INCIDENCIA DE DERRAMES PLEURALES EN EL NIÑO EN NUESTRO MEDIO?

Náira Llopert Saratxu, Uxco Jimémez Belasategui, M. Ángeles Villar Álvarez, Javier Elorz Lambarri, Carlos González Díaz, José del Cura Rodríguez, Rosa Zabala Landa, Gisela Cristina Muñoz García, Oihane Rotaetxe Vacas, Jon Montero Gato

Servicio de Pediatría, Unidad de Neumología del Servicio de Pediatría y Servicio de Radiología del Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

**Antecedentes y objetivos:** En la última década se está refiriendo prácticamente en todos los países un aumento en las tasas de incidencia de derrames pleurales y empiemas en la edad

pediátrica. Este aumento podría ser secundario a un incremento de la circulación de serotipos de neumococo especialmente agresivos (serotipo 1) y tal vez a la vacunación antineumocócica en el niño que puede haber provocado un cambio en los serotipos productores de enfermedades invasivas (serotipos 3 y 19A). Realizamos un estudio en nuestro hospital para valorar estos cambios

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los derrames paraneumónicos ingresados en nuestro hospital desde el 1-1-1997 al 30-09-2007 y de todas las neumonías ingresadas desde el 1-1-2004 y el 21-10-2007.

**Resultados:** Entre el 1-1-1997 y el 30-9-2007 se han ingresado un total de 82 neumonías con derrame paraneumónico de los cuales 14 (17,1%) han sido empiemas. La incidencia de derrames pleurales se ha incrementado en los últimos años. Entre el 1-1-1997 y el 31-1-2001 han ingresado 17 exudados y 2 empiemas y entre el 1-1-2002 y el 31-1-2006, 59 y 14 respectivamente (p ns). Las tasas por año para exudados y empiemas han sido 3,4 y 0,4 (97 a 01) y 11,8 y 2,8 (02-0,7) respectivamente (p < 0,05). En los últimos 5 años han supuesto el 12,4% y 3,6% de los ingresos por neumonía. La presencia de derrame paraneumónico incrementó significativamente la duración del ingreso: 9,7 ± 4,9 (exudado), 12 ± 3,7 (empiema) y 3,9 ± 1,9 días (neumonía no complicada): derrame paraneumónico (exudado o empiema) y neumonía no complicada (p < 0,001) y entre el empiema y el exudado (p = 0,01) después de aplicar la corrección de Bonferroni. Igualmente aumentó el tiempo de fiebre post-antibiótico (p < 0,001 y < 0,05). Estas diferencias no parecen secundarias a cambios en el manejo de las neumonías; no hubo diferencias significativas entre los grupos en las horas de fiebre antes del inicio del tratamiento.

**Conclusiones:** Estamos asistiendo a un aumento en la prevalencia de derrames paraneumónicos. Este cambio no parece deberse a cambios en la práctica médica y podrían ser secundarios a la respuesta del huésped o mucho más probablemente a la circulación de serotipos de neumococo más agresivos, cambios que coinciden temporalmente con el uso generalizado de la vacunación antineumocócica.

## P162 16:45 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME POSTNEUMONECTOMÍA CON UN EXPANSOR TORÁCICO

Concepció Barcelo Cañellas, Claudia Marhuenda Irastorza, Antonio Moreno, Joan Balcells, José Lloret Roca, Vicenç Martínez Ibáñez

Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Objetivo:** El síndrome postneumonectomía es la estenosis bronquial secundaria a una compresión extrínseca entre la aorta y la arteria pulmonar después de una neumonectomía. Se produce por el desplazamiento de las estructuras mediastínicas hacia el hemitórax vacío. Se trata de una complicación poco frecuente, en los pacientes neumonectomizados y que pueden cursar con insuficiencia respiratoria.

Se describe la técnica quirúrgica aplicada como tratamiento en un paciente con síndrome postneumonectomía.

**Caso clínico:** Lactante de 6 meses remitida para valoración de estenosis severa en el bronquio principal izquierdo después de una neumonectomía derecha.

Al ingreso se realizó una broncoscopia flexible que evidenciaba una estenosis del bronquio principal izquierdo del 80%; y una TAC que mostraba el desplazamiento de todas las estructuras mediastínicas hacia el hemitórax derecho y con compresión extrínseca del bronquio izquierdo entre la aorta y la arteria pulmonar. Unos días después del ingreso se produce un empeoramiento de la obstrucción bronquial que obligó a la intubación selectiva del bronquio.

Fue intervinguda quirúrgicamente, colocándose un reservorio expansible de silicona en el interior del hemitórax derecho para desplazar de forma progresiva las estructuras mediastínicas hacia la línea media.

En el postoperatorio presentó una mejoría franca de su clínica respiratoria.

Los controles se realizaron mediante radiografías de tórax y bronoscopias para el llenado progresivo del reservorio. Al año y medio de la intervención, se evidenció una fuga en el reservorio con repercusión respiratoria por lo que se realizó el cambio del expansor por otro de mayor tamaño. La evolución posterior ha sido satisfactoria.

**Conclusiones:** 1) El síndrome postneumonectomía es una entidad a tener en cuenta en aquellos pacientes neumonectomizados que presentan un síndrome de obstrucción bronquial. 2) Es importante establecer el diagnóstico correcto en estos casos y así permitir la realización de la técnica quirúrgica más adecuada. 3) La colocación de un reservorio expansible torácico para revertir el desplazamiento de las estructuras mediastínicas es una buena técnica utilizada con éxito en la literatura y en nuestro caso.



Jueves, 5 de junio (17:00 - 18:15)

NEUROLOGÍA

Sala 23-25 (Planta Alta)

174

17:00

**TORTÍCOLIS PERSISTENTE COMO SÍNTOMA  
GUÍA DE PATOLOGÍA GRAVE**

Raquel Vecino López, M<sup>a</sup> Dolores Corral Sánchez,  
Beatriz Jiménez Montero, Ana Méndez Echevarría,  
Javier Saceda Gutiérrez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Objetivo:** Describir tres casos de patología grave cuyo síntoma de consulta inicial fue tortícolis persistente.

**Caso 1:** Niña de 9 meses con tortícolis izquierda de una semana y vómitos de un mes y medio de duración y adenomegalias cervicales, diagnosticada de mononucleosis infecciosa. *Exploración:* tortícolis, fondo de ojo normal. *Pruebas complementarias:* analítica normal, TAC y RMN craneales: masa en fosa posterior. Exéresis quirúrgica subtotal. *Estudio anatomopatológico:* carcinoma de plexos coroideos. Se inicia quimioterapia. Fallece al año y medio de la primera consulta.

**Caso 2:** Niña de 1 año con tortícolis derecha/retrocolis de 20 días de evolución con catarro de vías altas y síndrome febril resuelto en el momento de consulta. *Exploración:* abundante mucosidad y retrocolis llamativo, resto normal. *Pruebas complementarias:* analítica con leucocitosis (50% neutrófilos), PCR 19,8 mg/l y VSG 120 mm/h; hemocultivos estériles; Mantoux negativo; radiografía de tórax y cervical normal; fibroscopia de vías altas normal; TAC craneal normal; gammagrafía Tc99 y Galio normales. No mejoría inicial con antiinflamatorios ni relajantes musculares. Persiste retrocolis y reaparece fiebre. *Se realiza RM cervical:* aumento del líquido y edema a nivel atloaxoideo. *Diagnóstico:* artritis séptica atloaxoidea. Tratamiento con antibioterapia intravenosa, desapareciendo fiebre y retrocolis en 48 horas y disminuyendo parámetros analíticos infecciosos.

**Caso 3:** Niña de 11 años con tortícolis derecha de una semana de evolución. *Diagnóstico inicial:* contractura muscular. No mejora con antiinflamatorios. Inicia cefalea y alteración de la visión con diplopía. *Exploración:* tortícolis, neurológico normal. Radiografía cervical y analítica normales. *Fondo de ojo:* edema bilateral de papila y peripapilar. TAC y RMN craneal compatibles con malformación de Dandy-Walker. Hidrocefalia secundaria. Tras punciones evacuadoras, dexametasona y acetazolamida, evoluciona favorablemente.

**Conclusiones:** La tortícolis no es un diagnóstico, sino un síntoma de una patología subyacente. La tortícolis persistente debe

considerarse un síntoma de alarma y obliga a descartar patologías graves en su diagnóstico diferencial. Los síntomas asociados son clave para orientar la realización de un correcto juicio clínico.

175

17:10

**EVOLUTIVO HISTÓRICO Y CONSEJO FAMILIAR  
EN LA FORMA CONGÉNITA DE LA ENFERMEDAD  
DE STEINERT EN GUIPÚZCOA**

Aiora Arrizabalaga Van Remoortere,  
Nagore García de Andoain Barandiarán, Itxaso Martí Carrera,  
Maider Leunda Iruretagoyena, Ángel Rey Otero,  
Juncal Echeverría Lecuona

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

**Antecedentes y objetivos:** La forma congénita de la enfermedad de Steinert (ES) es una enfermedad autosómica dominante transmitida principalmente por la madre que se caracteriza por una profunda hipotonía muscular y facies inexpresiva junto con dificultad respiratoria y de la alimentación en el recién nacido. El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de la enfermedad en Guipúzcoa y el cambio en la estrategia diagnóstica.

**Métodos:** Revisión de casos clínicos de enfermedad de Steinert (359.2 CIE9-MC) en Guipúzcoa entre los años 1978 y 2007, procedimientos diagnósticos utilizados y consejo familiar realizado. Análisis de 3 periodos: I (1978-1988), II (1989-2003), y III (2004-2007).

**Resultados:** En el periodo I, hubo 9 casos en los que el diagnóstico se realizó por la clínica neonatal, los antecedentes familiares y el estudio electromiográfico en la madre que demostró el fenómeno miotónico. Prevalencia estimada en este periodo es: 26,5/100.000 nacidos vivos. En el periodo II no se detectaron nuevos casos. En el periodo III se diagnosticaron 4 casos en los que se realizó estudio genético con técnica de PCR con resultado de la amplificación del trinucleótido CTG del extremo 3' en el cromosoma 19. Así mismo, se realizó estudio genético familiar confirmando la transmisión por parte materna. Prevalencia estimada en este periodo: 13,6/100.000 nacidos vivos.

**Conclusiones:** Observamos una importante fluctuación en la prevalencia de la ES en los últimos 30 años y encontramos un periodo libre de 15 años. En los casos de ES del grupo III se ha realizado estudio genético familiar, detectándose la enfermedad en otros miembros de la familia. En el periodo III el diagnóstico genético ha sido de gran utilidad para establecer un consejo genético y evitar nuevos casos de la enfermedad. La ausencia

de casos en el período II la podemos explicar por el buen control de los núcleos familiares del grupo I que se realizó en nuestra provincia. Los nuevos casos del período III corresponden a nuevos grupos familiares.

176

17:20

### MIASTENIA CONGÉNITA POR DÉFICIT DE RAPSINA

Sonia Martínez González, Ainhoa García Ribes,  
María Jesús Martínez González, José M. Prats Viñas

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

**Introducción:** Las Miasténias Congénitas (MC) son un grupo de trastornos debidos al fallo de la transmisión neuromuscular. Clásicamente se dividen en pre, post y sinápticos. Dentro de las formas postsinápticas están las secundarias a mutaciones en la rapsina, proteína fundamental para el funcionamiento del receptor de acetilcolina y recientemente descritas. Su cuadro clínico es variable siendo característicos empeoramientos coincidiendo con infecciones y una respuesta favorable a anticolinesterásicos. La mayoría presenta la mutación N88K. Presentamos dos casos de MC por déficit de rapsina.

**Caso 1:** Lactante de 21 meses de edad con desarrollo psicomotor "lento", que a los 18 meses presenta episodio de hipotonía cervical coincidiendo con fiebre, autolimitado. Pocos meses después en dos ocasiones, en contexto de cuadro infeccioso, reaparece la clínica de debilidad de predominio cervical asociando dificultad respiratoria que mejora espontáneamente al ceder la fiebre. Ante la persistente normalidad de los estudios complementarios, se realiza un test de tensilón durante el último episodio siendo positivo, por lo que se inicia tratamiento con piridostigmina sin haber presentado nuevas crisis. El estudio genético mostró una mutación N88K/E94K en el gen de la rapsina.

**Caso 2:** Paciente de 17 años actualmente, que precisó ingreso al nacimiento por hipotonía, artrogriposis y dificultad respiratoria con evolución favorable en pocas semanas. Al año, coincidiendo con un cuadro catarral presenta una importante debilidad generalizada con dificultad respiratoria. Tras la realización de estudios complementarios normales, se realiza test de tensilón con resultado positivo. En un nuevo episodio febril empeora pautando tratamiento con piridostigmina sin volver a presentar nuevos episodios de debilidad. En la actualidad realiza una actividad normal. Estudio genético: mutación N88K/V165M en el gen de la rapsina.

**Conclusiones:** Las MC son infrecuentes en la infancia pero es importante reconocerlas por ser causa potencialmente tratable de insuficiencia respiratoria. Las MC por déficit de rapsina son una nueva entidad a tener en cuenta por sus características clínicas y buena respuesta al tratamiento.

177

17:30

### TORTÍCOLIS PAROXÍSTICO BENIGNO: NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

Javiera Francisca Hurtado Díaz, María Andrea Táboas Pereira,  
M<sup>a</sup> Elena Porta Dapena, Ariana Pellitero Maraña,  
María Paz Vior Álvarez, Mónica Mantecón Ruiz,  
M<sup>a</sup> Teresa González López, Federico Martinón Sánchez  
Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario, Ourense.

**Introducción:** Tortícolis paroxístico benigno (TPB): trastorno funcional episódico iniciado en los primeros meses de edad con

inclinación de la cabeza durante horas o días y de mayor frecuencia en mujeres. Pueden asociarse síntomas neurológicos y vegetativos. Son recurrentes y se espacian hasta desaparecer a los 2 o 3 años.

**Justificación:** Analizar las características y evolución de los casos de TPB ocurridos en nuestro servicio, así como resaltar el carácter de exclusión de este diagnóstico, que requiere estudios para descartar patologías de gravedad del SNC, así como de otros sistemas como el digestivo.

**Pacientes y métodos:** Presentamos 8 casos de lactantes diagnosticados de TPB o probable TPB entre 1998 y 2007. Se consigna patología asociada, edad y otras variables epidemiológicas, estudios practicados y el seguimiento. Se revisa la literatura del trastorno.

**Resultados:** 6 casos de TPB, y 2 casos de probable TPB. Antecedentes familiares de migraña en 2. Todos de sexo femenino. Inicio entre los 2 y los 9 meses. *Clínica:* lateralización del cuello, junto con otra sintomatología en 7 de los casos (ataxia, vómitos, palidez, tics de cuello, hipertonia). RNM normal en todos. En otros estudios, destaca la phmetría (+) con reflujo gastroesofágico en 2: sdme. Sandifer. No patología de SNC. *Seguimiento:* alta entre los 6 meses y los 2 años. Mejoría del tortícolis en los 2 casos de RGE al iniciar tratamiento.

**Discusión:** Conforme a lo revisado en la literatura, el TPB debutaba entre los 2 y 8 meses. *Puede acompañarse de:* palidez, vómitos, ataxia, irritabilidad, nistagmo, retrocolis, anomalías posturales de tronco y extensión de las piernas. Estas alteraciones se observan en patología tumoral, malformativa o traumática del SNC, por lo que es necesario su estudio en formas atípicas. Como etiología, se sugiere alteración vestibular periférica, así como de conexiones vestibulo-cerebelosas, etiopatogenia común con la migraña y el vértigo paroxístico benigno. Se sospecha causa genética por la agregación familiar y el predominio en niñas, pero no existen marcadores, por lo que el diagnóstico es clínico y debe conocerse para la realización del diagnóstico diferencial; dentro de estos se incluye el sdme de Sandifer, como se muestra en 2 casos de nuestra serie. El pronóstico es bueno (pueden presentar migrañas o vértigo en edad adulta), lo que debe recalarse a la familia.

178

17:40

### SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ: REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Marta Soriano Arola, Silvia Celorio Duarte, Elena Miravet Fuster,  
Gustavo Picó Fuster, María Antonia Grimalt Calatayud,  
Ángeles Ruiz Gómez

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Balears).

**Introducción:** El síndrome Guillain-Barré es una poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda adquirida, de origen autoinmune, que cursa típicamente con debilidad simétrica, progresiva y ascendente, con ausencia de reflejos osteotendinosos y signos sensitivos leves o ausentes.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes menores de 14 años ingresados en los últimos 10 años con dicho diagnóstico en nuestro centro. Se recogió sexo, edad, motivo de consulta, clínica de presentación, antecedentes infecciosos, exploraciones complementarias, tratamiento recibido, estancia hospitalaria y evolución clínica.

**Resultados:** Se encontraron 6 casos (3 niñas y 3 niños) con una edad media de 6 años. La estancia hospitalaria media fue de 18

días. La mayoría presentaban clínica típica con electroneurografía compatible; 3 casos con tetraparesia, uno de los cuales con alteraciones de la sensibilidad; 1 caso de tetraparesia con arreflexia limitada a EEII (extremidades inferiores) y 2 casos de paraparesia. Solo uno cursó como parálisis facial bilateral periférica con debilidad muscular proximal sin arreflexia. En el LCR se encontró disociación albúmina-citológica en 4 de los 6 casos. Se objetivaron anticuerpos antigangliósido positivos en 1 de los 5 realizados. Todos excepto uno presentaban antecedentes infecciosos previos al cuadro, entre ellos destaca una gastroenteritis aguda por *Campylobacter* Jejuni. Casi todos evolucionaron favorablemente con tratamiento con gammaglobulina recibiendo 2 tandas 2 de los 6 casos. Preciso estancia en unidad de críticos solo uno de ellos, sin requerir ventilación mecánica.

**Conclusiones:** Esta enfermedad suele cursar con clínica típica pero siempre hay excepciones que dificultan el diagnóstico, en éstos la exploración física y las pruebas complementarias pueden ayudar. Cabe destacar la no presencia en todos los casos de disociación albúmino-citológica en el LCR, siendo la prueba de confirmación diagnóstica la electroneurografía. El tratamiento de elección es la gammaglobulina aunque hay controversia en cuanto a la pauta de administración.

## 179 17:50 SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ EN EDAD PEDIÁTRICA. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y TERAPÉUTICO EN EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

Carlos Ignacio Ortez González, Mauricio Ramirez Zamora,  
Carlos Roberto Burgos Ganuza, Patricio Eduardo Vergara Galán,  
David Antonio Alas Valle

Universidad de El Salvador y Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom,  
San Salvador (El Salvador).

**Antecedentes:** El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una poliradiculoneuropatía aguda, de etiología en la mayoría de los casos autoinmune; manifestándose como parálisis motora flácida, de tipo ascendente distal, acompañada de arreflexia con o sin alteraciones sensitivas. En El Salvador, Centro América (C.A.), cada año hay brotes de ésta enfermedad, principalmente en la edad pediátrica.

**Objetivos:** Conocer el perfil epidemiológico clínico y terapéutico de pacientes diagnosticados como SGB en el Hospital de Niños Benjamín Bloom (HNBB), El Salvador, (C.A), del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2004.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. *Casos incluidos:* 414, evaluando: distribución por año, sexo, edad, precedentes infecciosos, manifestaciones clínicas, resultado de punción lumbar (PL), estudios electrofisiológicos y tratamiento recibido. Análisis estadístico realizado con el programa Epi info 2002, 3.3.2

**Resultados:** Predominio de sexo masculino; presentándose con mayor frecuencia en edad escolar. Hay aumento de casos en el tercer trimestre de cada uno de los años del estudio. Como antecedente infeccioso prevaleció la infección respiratoria aguda. La presentación clínica más frecuente fue la debilidad ascendente. El 88% de los pacientes que se le realizó PL presentaron disociación albumino citológica. La polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda predominó en un 88,3%. El 60% re-

quirió Unidad de Cuidados Intensivos. La terapéutica empleada en la mayoría de casos fue la inmunoglobulina intravenosa. Complicaciones ocurren en un 30,5% y la mortalidad fue del 2,9%.

**Conclusiones:** El SGB, de tipo polineuropatía desmielinizante inflamatoria predominó. Presentándose mayormente en la época más lluviosa del año, relacionándose con un aumento de infecciones de vías respiratorias superiores y gastroentéricas, predisponiendo lo anterior a brotes seculares de la enfermedad.

## 180 18:00 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: REVISIÓN DE 11 CASOS

Concepción González Fuentes, Adrián García Ron,  
M<sup>a</sup> Teresa Ferrer Castillo, Olga Arias Blasco,  
Belén Jiménez Crespo, José Sierra Rodríguez  
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción:** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía aguda de causa inmunológica que produce desmielinización inflamatoria en el sistema nervioso periférico. Se caracteriza por una debilidad muscular progresiva con arreflexia, siendo su presentación y evolución clínica muy heterogénea.

**Pacientes y métodos:** Presentamos 11 niños con edades comprendidas entre los 6 meses y 11 años de edad que fueron diagnosticados de SGB entre 1985-2008 siguiendo los criterios diagnósticos de Hach y Baroh. Establecemos 2 grupos: Grupo 1 (5 casos) tratados con corticoesteroides y el Grupo 2 (6 casos) tratados con inmunoglobulinas IV (Ig IV) en dosis de 400 mg/kg/día. Revisamos enfermedades anteriores o vacunas, estudio microbiológico, virus, secuelas, variantes clínicas y comparamos la evolución clínica y tiempo de hospitalización.

**Resultados:** 1. Existen antecedentes de infección respiratorias de vías altas en 5 casos y gastroenteritis aguda en 3 casos y no existen antecedentes previos en 3 casos. No existían antecedentes de vacunación. 2. Estudios microbiológicos y virus fueron negativos en todos los casos. 3. En ningún caso aparecieron secuelas. 4. Variantes clínicas: Síndrome de Miller-Fisher 1 caso, polineuritis craneal ningún caso, sensitiva (ataxia sensitiva) 1 caso, pandisautonómica (hipertensión arterial y el síndrome pierde-sal) 2 casos, crónica y recurrente ningún caso. 5. En el grupo 1 el tratamiento no influyó en la evolución clínica, presentado una media de 21 días; en el grupo 2 la recuperación de la debilidad muscular fue marcada y rápida a las 48 horas de tratamiento en 3 casos y en un caso persistió una discreta debilidad durante un periodo de estado de 12-13 días. 6. En el grupo 1 el tiempo medio de hospitalización fue de 21 días mientras que en el grupo 2 fue de 10 días en 4 casos y 15 días en 2 casos (las 2 variantes disautonómicas debido a su presentación clínica).

**Resultados y conclusiones:** 1) El SGB en niños tiene una evolución favorable en cuanto a las secuelas (80-85% según la bibliografía). 2) La Ig IV favorece una mejoría rápida y marcada de la sintomatología utilizada precozmente acorta los periodos clínicos de la enfermedad así como el tiempo de hospitalización. 3) Las complicaciones necesitan un tratamiento específico.

Jueves, 5 de junio (17:00-18:15)

**PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA  
Y ATENCIÓN PRIMARIA**

**Sala 4-5 (Planta Alta)**

**181**

**17:00**

**MAPA DE PREVALENCIAS DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN NIÑOS DE 6-7 AÑOS DE GALICIA**

Ángel G. López-Silvarrey Varela, Luciano Garnelo Suárez, Manuel Sampedro Campos, Miguel Ángel San José González, Juan Manuel Sánchez Lastres, Luis Baamonde Rodríguez, Sonia Pértega Díaz, Teresa Pérez Castro, Francisco Javier González Barcala

Fundación María José Jove, A Coruña, Xunta de Galicia - Consellería de Sanidade y Sociedad de Pediatría de Galicia.

**Antecedentes y objetivos:** El ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), construyó el mapamundi de prevalencias de enfermedades alérgicas infantiles utilizando una metodología única y validada. En la fase III del ISAAC en A Coruña, para los niños de 6-7 años, la "prevalencia actual" de asma fue del 12,9%, de rinitis alérgica del 11% y de dermatitis atópica del 8,7%. Estos datos no son extrapolables al resto de Galicia, a la luz de las importantes diferencias encontradas en el ISAAC entre países, regiones e incluso entre ciudades muy próximas. Para conocer la realidad en Galicia, nos propusimos estudiar la prevalencia de estas enfermedades en el resto de áreas sanitarias de la Comunidad con idéntica metodología, y estimar la prevalencia global de Galicia.

**Material y métodos:** Realizamos en el año 2006 (A Coruña 2003) un estudio descriptivo transversal, realizando una encuesta poblacional en el medio escolar siguiendo la metodología ISAAC (<http://isaac.auckland.ac.nz>), con preguntas sobre síntomas de asma, rinitis y dermatitis. Analizamos muestras urbanas de A Coruña, Ferrol, Santiago, Lugo, Ourense, Pontevedra, Vigo y una muestra no urbana de toda Galicia. Se seleccionaron aleatoriamente 1.000 niños de 6-7 años en cada área.

**Resultados:** Presentamos datos de la "prevalencia actual" de las tres enfermedades por cada área estudiada y la estimación global de Galicia.

**Conclusiones:** Las enfermedades alérgicas son muy frecuentes entre los niños de 6-7 años en Galicia. Existe una gran variabilidad en las prevalencias de las diferentes áreas estudiadas para el asma, la rinitis alérgica y la dermatitis atópica.

Respecto al resto de ciudades españolas donde se han realizado estudios con la misma metodología, nuestros resultados se sitúan en un rango alto para el asma, muy alto para la rinitis e intermedio-alto para la dermatitis.

**182**

**17:07**

**LA PREVALENCIA DE NOCTURIA EN NIÑOS SANOS ESPAÑOLES ES MAYOR QUE LO ACEPTADO COMO NORMAL EN LA LITERATURA**

M. Isabel Úbeda Sansano, Roberto Martínez García, Luís Carlos Blesa Bosch, Alfredo Ballester Sanz, José M<sup>a</sup> Baldó Torrentí, Pilar Albors Esteve, Carmen Casani Martínez, Julia Colomer Revuelta, Trinidad Álvarez de Laviada Mulero, Vicente Antón Crespo  
Servicio de Pediatría del Centro de Salud de la Eliana, Valencia, Unidad de Incontinencia Urinaria del Hospital Clínico Universitario, Valencia y Servicio de Pediatría del Centro de Salud Serrería, Valencia.

La nocturia o necesidad de levantarse para orinar durante la noche se acepta que ocurre habitualmente en el 4,2% de los niños en edad escolar. Los resultados de su prevalencia se han obtenido por encuestas poblacionales, que pueden tener un sesgo de memoria. Nuestro objetivo es verificar los datos reales mediante el registro de diarios miccionales.

**Métodos:** Estudio epidemiológico, observacional, transversal, multicéntrico, aprobado por el Comité Ético, realizado en consultas de pediatría de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Se seleccionaron niñas y niños sanos de 5-14 años sin antecedentes de enuresis o patología urinaria. Se entregó una jarra graduada y un diario miccional de 3 días que debían entregar cumplimentado en una 2ª visita. Se consideró que un niño tenía nocturia si registró alguna micción nocturna cualquiera de los tres días evaluados.

**Resultados:** Se analizaron 514 casos. El 16,9% de nuestra población presentó nocturia sin diferencia entre sexos, aunque esta condición disminuyó con la edad (tabla 1). Fue más frecuente en los menores de 7 años (20%) y menos (11,8%) en los mayores de 11 años con diferencias entre estos grupos de edad ( $p = 0,015$ ). (Ver tabla inicio página siguiente)

**Conclusiones:** El elevado índice de nocturia del 16,9% detectado en nuestra población infantil contrasta con las cifras aceptadas en la literatura (por sólo dos publicaciones). Ello podría

%prev.	Coruñ.	Ferrol	Santía.	Lugo	Ouren.	Pontev	Vigo	No urb	Galicia
Asma	12,9	15,2	11,4	14,8	12,8	12,9	15,6	13,3	13,6
Rinitis	11	15,7	10,9	12,5	8,3	11,3	14	11,8	12
Dermat	8,7	10,6	8,2	7,3	6	7,4	9,8	7,5	8

Edad	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Totales
Nº de casos	56	59	52	62	46	52	52	50	45	40	514
Casos nocturia	11	17	6	15	7	8	7	7	5	4	87
% nocturia	20,10%			17,50%				11,80%			16,9
% nocturia	20	29	12	24	15	15	14	14	11	10	16,9

justificarse bien porque el método de registro fue distinto, bien porque en nuestra zona geográfica existe más nocturia o porque al realizar el diario miccional en días no lectivos, puede que los niños durmieran más horas y tuvieran mayor necesidad de levantarse a orinar.

### 183 17:14 "COME SANO, CRECE SANO". UN NUEVO MATERIAL DE APOYO EN LA EDUCACIÓN SANITARIA INFANTIL

Josefina Navarro Navarro, Eduardo Vara Robles, Pilar Castelló Castelló, Montserrat Hernández Martínez, Mercé Vilalta Barreras, Carolina Mendoza Mayor  
Consortio Sanitario Integral, ABS Collblanc, H ospitalet de Llobregat (Barcelona) y el Institut Català de la Salut.

**Introducción:** Estamos asistiendo a un incremento progresivo del sobrepeso y la obesidad en la población pediátrica de los países desarrollados, constituyendo el problema nutricional de mayor importancia en la actualidad. Cada vez hay más niños obesos y su obesidad es más grave. El sobrepeso y la obesidad en el niño y en el adolescente aumentan el riesgo de padecer obesidad en la edad adulta, y por tanto generará unos problemas y comorbilidades que heredará el médico de atención primaria, el internista y el sistema sociosanitario.

**Objetivos:** En el desarrollo de la obesidad, además de un componente genético, intervienen otros factores metabólicos, psicosociales y ambientales. La tendencia al alejamiento de la dieta mediterránea a favor del modelo de dieta anglosajona, así como cambios en el estilo de vida (sedentarismo) y de rol familiar (los niños suelen estar mucho tiempo solos en casa) nos ha llevado a plantearnos la necesidad de dar una mayor difusión de los aspectos más básicos relacionados con unos hábitos de vida más saludables.

**Material y métodos:** Presentamos un folleto divulgativo que utilizamos como apoyo en la educación sanitaria de la consulta de pediatría. El folleto está editado en catalán y castellano, en colores llamativos y dibujos simpáticos, con el fin de llamar la atención de los niños sobre los contenidos que nos interesa resaltar.

Hemos creado dos personajes, David y Dani, que representan dos estilos muy diferentes de vida. Dani representa el modelo a seguir: alimentación variada y actividad física regular, y David el modelo a corregir: sedentarismo, dieta inadecuada e irregularidad en los horarios de las comidas.

**Conclusiones:** A pesar del interés que el tema de la obesidad suscita en los pediatras, enfermeras y dietistas, nos encontramos a menudo con obstáculos como la falta de motivación del paciente, la falta de colaboración por parte de la familia y la falta de tiempo por parte nuestra, que pueden llevar al fracaso los intentos por el control del peso.

Esperamos que este material sirva para mejorar los hábitos de vida de nuestra población, facilitando la adhesión a la ense-

ñanza de una buena nutrición, con una planificación adecuada de las comidas y la práctica de una actividad física regular.

### 184 17:21 DIFERENCIAS EN FRECUENTACIÓN A LA CONSULTA PEDIÁTRICA Y GASTO FARMACÉUTICO ENTRE LACTANTES ALIMENTADOS CON LACTANCIA NATURAL FRENTE A FÓRMULA ARTIFICIAL

Rebeca López-Cano Ausejo, Pilar García Tamarit, Elisa Mañas Pagan, Enrique Jareño Roglán, Rosa M. Ros García, Luis Vicente Díez Domingo, Xavier Albert Ros, Mercedes Pérez Martínez, Amparo Fraile Zamarreño, Pilar Codoñer Franch

Centro de Salud de Moncada, Valencia y Departamento de Pediatría de la Universidad de Valencia.

**Antecedentes:** La leche de mujer posee una serie de anticuerpos, proteínas y células vivas que protegen al lactante frente a enfermedades infecciosas.

**Objetivos:** Comparar la frecuentación a la consulta de Pediatría y el gasto farmacéutico entre lactantes con lactancia materna y con lactancia artificial.

**Material y métodos:** 119 lactantes nacidos entre el 1-11-2005 y el 31-10-2006, atendidos en nuestro Centro de Salud tanto en el Programa de Supervisión del niño sano como por distintas patologías; 69 de ellos se alimentaron con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y 50 con lactancia artificial desde el nacimiento. De forma retrospectiva analizamos los siguientes datos, extraídos del programa de consulta informatizada Abucasis: 1. El tipo y número de consultas que generaron en las consultas de Pediatría de Atención Primaria (PAP) hasta cumplir 6 meses, excluyendo las consultas del Programa de Supervisión del niño sano. 2. El gasto en medicamentos, obtenido del registro de las recetas electrónicas emitidas en las mismas consultas durante el mismo periodo.

**Resultados:** 1) Los niños alimentados con fórmulas artificiales fueron visitados con una frecuencia significativamente mayor que los lactados a pecho, con una media de  $6,2 \pm 5,03$  consultas frente a  $4,19 \pm 3,52$  ( $p < 0,01$ ). Según los diagnósticos, también observamos diferencias significativas entre los visitados por patología respiratoria (infección respiratoria superior, otitis media, bronquitis, bronquiolitis, etc):  $3,20 \pm 3,14$  consultas frente a  $2,09 \pm 2,37$ ;  $p < 0,05$ . 2) Los alimentados con fórmulas artificiales generaron un gasto farmacéutico mucho mayor que los alimentados a pecho: 1.690,85 € totales ( $33,81 \pm 122,27$  € por niño) frente a 655,26 € ( $9,49 \pm 11,07$  € por niño;  $p = 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los lactantes alimentados con fórmulas artificiales frecuentan más la consulta de Pediatría y generan mayor gasto farmacéutico que los alimentados con lactancia natural, en parte debido al efecto protector de la leche de mujer.

185

**AVALIAÇÃO DA VISÃO ESTEREOSCÓPICA DOS SEIS AOS 36 MESES**Sofia Martins, Ana Catarina Sousa, Nelson Teixeira, Fátima Pinto  
Centro de Saúde da Carvalhosa, Porto (Portugal).

A presença de má estereopsia é sinal de alerta para existência de estrabismo, anisometropia e ambliopia. Na criança acima dos três anos é possível testá-la com lentes polarizadas o que não acontece nas mais jovens que recusam o seu uso; nestas revela-se útil o teste de Lang que ao dispensar o uso de óculos se pode realizar desde os seis meses de idade. Os autores pretendem avaliar a utilidade do teste de Lang no rastreio visual numa população pediátrica.

Foi realizado um estudo observacional transversal através da aplicação de um protocolo de rastreio oftalmológico infantil validado para a população portuguesa aplicado na consulta de pediatria de um centro de saúde urbano, a crianças com idades entre os seis e os 36 meses de idade, entre fevereiro de 2006 e dezembro de 2007. Foram excluídas as crianças com antecedentes de prematuridade, doença sistémica com manifestação ocular e seguimento em consulta de oftalmologia. Foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade, colaboração no exame, comportamento visual (fixação, seguimento e olho dominante), acuidade visual (olhar preferencial), teste de cover, teste de cover alternado e testes de Lang 1 e 2.

Foram estudadas 232 crianças, com idade entre os seis e os 36 meses (média de 22,5 meses), sendo 114 (49,1%) do sexo masculino. O resultado no teste de Lang foi de "bom" em 172 crianças (74,1%), de "mau" em 46 (19,8%) e de "duvidoso" nas restantes 14 (6,0%). O resultado deste teste foi "mau" em 88,9% das crianças com suspeita de estrabismo e em 69,2% das crianças com suspeita de diferença de acuidade visual entre os dois olhos igual ou superior a duas décimas. Os resultados foram sobreponíveis para os testes de Lang 1 e 2. Da análise realizada verificou-se associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre o resultado "mau" do teste de Lang e a suspeita de estrabismo e de diferença de acuidade visual entre os dois olhos (igual ou superior a duas décimas).

O teste de Lang com resultado "mau" sugere ausência de visão binocular, estando associado a suspeita de estrabismo e anisometropia, o que é concordante com a pouca bibliografia existente. Conclui-se que o teste de Lang se revela importante no rastreio destas patologias e poderá ser utilizado a partir dos seis meses de idade.

186

**DERIVACIONES A ESPECIALIZADA DESDE UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**Yolanda Martín Peinador, Lourdes Caruana Bermejo,  
Soledad Gallego Campillo, Sergio Ruíz

Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid y Area Sanitaria 2, Madrid.

**Objetivos:** Analizar el perfil de las derivaciones realizadas a especializada desde una consulta de pediatría de atención primaria.

**Métodos:** Estudiamos las derivaciones realizadas desde tres consultas de pediatría de atención primaria, área urbana de Madrid, durante un período de un año. Se realizó la explotación de datos de la historia clínica informatizada (OMI-AP) haciendo

17:28

una consulta a la base de datos para recoger las interconsultas a especializada, filtrado por los pediatras participantes del estudio, a través de sentencias SQL.

**Resultados:** Primero buscamos los datos relacionados con nuestra zona básica, así como la población adscrita a nuestros cupos, un total de 4.344 niños, correspondientes a las tres consultas estudiadas. Se realizaron un total de 861 derivaciones en ese período, 263, 302 y 296 en cada una de las consultas, lo que suponía un 2,21%, 2% y un 1,93% respectivamente, relacionándolo con el total de las consultas realizadas. Las especialidades más demandadas siguen un patrón muy similar en las tres consultas estudiadas siendo éstas: oftalmología, dermatología, otorrinolaringología, traumatología, alergia, urgencias, urología, logopedia, digestivo y psiquiatría. Se analizan asimismo los motivos de derivación más frecuentes dentro de cada especialidad y su perfil por edad y sexo si fuera relevante.

**Conclusiones:** 1) Aunque no hemos encontrado datos en la bibliografía para poder comparar, creemos que los porcentajes de derivaciones encontrados son muy satisfactorios, demostrando una atención primaria resolutoria. 2) Las especialidades más demandadas lo son, a nuestro juicio, por tratar patología prevalente en la población infantil y/o porque su contenido se aleja de la formación recibida por el pediatra general. 3) La importancia del registro de datos en la historia OMI-AP, herramienta fundamental para nuestro trabajo. 4) Necesidad de mejorar la relación con la atención especializada.

187

**CRISIS HEMOLÍTICAS: 3 CASOS DE ANEMIA DE DISTINTA ETIOLOGÍA**Isabel Vera Arlegui, Ainhoa Largo Iglesias,  
María Genoveva Miranda Ferreira, Moira Garraus Oneca,  
Paula Prim Jaurrieta, Luis Sierrasesúmagu Ariznavarreta  
Departamento de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra,  
Pamplona (Navarra).

**Introducción:** La anemia hemolítica es una afección poco frecuente que se presenta cuando la médula ósea es incapaz de compensar la destrucción prematura de los glóbulos rojos. La clínica habitual consiste en palidez, ictericia, esplenomegalia y coluria. Existen muchos tipos de anemia hemolíticas de causas muy diversas. Se clasifican según el lugar en que se ubica el defecto, el cual puede ser un factor intrínseco o extrínseco al eritrocito. Presentamos 3 casos desencadenados por causas diferentes.

**Caso 1:** Niña de 2 años y 11 meses de origen asiático con fiebre y orinas colúricas coincidiendo con picos febriles. Ingesta de habas las últimas 48 horas. *En la exploración:* palidez cutáneo-mucosa e ictericia, no presenta esplenomegalia. *En la analítica destaca:* hemoglobina (Hb) 5,6 g/dl, leucocitosis, bilirrubina indirecta (BI) 6,52 mg/dl, LDH 1512 UI/L, haptoglobina 8,80 mg/dl, reticulocitos 185, Coombs directo negativo, G6PDH 27. Recibió tratamiento con transfusión de hemoderivados, corticoides y antibiótico endovenoso con buena evolución. *Diagnóstico (Dx):* Déficit G6PDH.

**Caso 2:** Niño de 3 años que acude a Urgencias por hematuria franca. Desde hace una semana presenta infección de vías respiratorias altas con fiebre y abdominalgia. En las últimas horas sufre un episodio de escalofríos y palidez asociado a una micción con hematuria franca. Sin antecedentes de interés. Exploración física anodina. *En la analítica realizada destaca:* Hb 4,5

17:42

17:35

g/dl, leucocitosis, BI 3,30 mg/dl, LDH 3194 UI/l, haptoglobina 119 mg/dl, reticulocitos 38, Coombs directo positivo, Coombs indirecto (C3d) positivo, crioaglutininas positivas. Se inicia tratamiento con transfusión de hemoderivados, antibiótico y corticoides. Dx: Anemia por crioaglutininas. **Caso 3:** Niña de 2 años que desde el año de vida presenta crisis de anemia coincidiendo con infecciones banales. Ha precisado transfusiones en 6 ocasiones el último año. *Exploración física:* esplenomegalia de 2 traveses. Padre afecto de esferocitosis hereditaria asintomática. Se realiza esplenectomía. Dx: Esferocitosis hereditaria. **Conclusión:** Es importante conocer la existencia de estas enfermedades y las pruebas diagnósticas necesarias para un buen despistaje dada la posible gravedad de una crisis hemolítica aguda. El tratamiento y la evolución depende del tipo y de la causa que la produzca por lo que se debe indagar la etiología en cada caso.

**188**

### CELULITIS POR PASTEURILLA MULTOCIDA TRAS MORDEDURA DE GATO

Patricia Oliva Pérez, Gabriel Cara Fuentes, M. del Mar Sánchez Gutiérrez, Francisco Sánchez Prados  
Servicio de Pediatría del Centro de Salud Virgen del Mar, Almería.

**17:49**

**Caso clínico:** Escolar de 7 años que consulta por haber sufrido, 24 horas antes, una mordedura por gato doméstico correctamente vacunado. Presenta lesiones de incisión de los colmillos del felino con intenso edema perilesional a tensión de aproximadamente 10 cm de diámetro, induración y calor intenso en cara anterior de antebrazo derecho. Se procede a la cura de la herida y se pauta tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico y revisión en 48 horas. Regresa pasadas las mismas mostrando aumento de la inflamación del antebrazo con lesión abscesificada de unos 5 cm, con fluctuación y secreción de material purulento, del que se toman muestras para cultivo e investigación de patógenos típicos implicados en infecciones por mordeduras animales y se asocia un macrólido al tratamiento, ante la posibilidad de infección por Bartonella Henselae. No presenta adenopatías a nivel axilar ni supraclavicular. En la siguiente revisión, 72 horas después, se aprecia tumorcación de consistencia leñosa que impresiona de cápsula cerrada, con los puntos de inoculación de la mordedura cerrados, sin exudado y sin calor a nivel cutáneo, por lo que se deriva a Cirugía Infantil para drenaje y desbridamiento del absceso. El cultivo resulta positivo a Pasteurella multocida, sensible a amoxicilina-clavulánico, de manera que se mantiene el tratamiento con el mismo durante 14 días, con evolución clínica favorable y sin aparición de complicaciones.

**Conclusión:** Los animales pueden provocar lesiones graves a través de mordeduras y arañazos. Existe un elevado riesgo de infección tras las mismas, alcanzando hasta un 80% en las mordeduras de gato. Pasteurella multocida debe ser considerada siempre como agente etiológico en las infecciones de heridas producidas por mordeduras animales. Hay que tener en cuenta

que, sin tratamiento adecuado, puede causar infecciones severas como celulitis, artritis séptica, osteomielitis y tenosinovitis; con complicaciones importantes por diseminación hematogena que pueden afectar a diferentes órganos. En este tipo de heridas, hasta disponer de los cultivos y antibiograma, se considera de elección el tratamiento con amoxicilina-clavulánico entre 7 y 14 días. Por otra parte, las mordeduras y arañazos de animales deben ser lavados, limpiados y desbridados lo más precozmente posible.

**189**

### MAPA DE PREVALENCIAS DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN NIÑOS DE 13-14 AÑOS DE GALICIA

Ángel G. López-Silvarrey Varela, Manuel Sampedro Campos, Miguel Ángel San José González, Juan Manuel Sánchez Lastres, Luis Baamonde Rodríguez, Luciano Garnelo Suárez, Teresa Pérez Castro, Francisco Javier González Barcala, Sonia Pértega Díaz

Fundación María José Jove, A Coruña, Xunta de Galicia - Consellería de Sanidade y Sociedad de Pediatría de Galicia.

**17:56**

**Antecedentes y objetivos:** El ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), construyó el mapamundi de prevalencias de enfermedades alérgicas infantiles utilizando una metodología única y validada. En la fase III del ISAAC en A Coruña, para los niños de 13-14 años, la "prevalencia actual" de asma fue del 15,2%, de rinitis alérgica del 9,9% y de dermatitis atópica del 6,2%. Estos datos no son extrapolables al resto de Galicia, a la luz de las importantes diferencias encontradas en el ISAAC entre países, regiones e incluso entre ciudades muy próximas. Para conocer la realidad completa en Galicia, nos propusimos estudiar la prevalencia de estas enfermedades en el resto de áreas sanitarias de la Comunidad con idéntica metodología, y estimar la prevalencia global de Galicia.

**Material y métodos:** Realizamos en el año 2006 (A Coruña, 2003) un estudio descriptivo transversal, realizando una encuesta poblacional en el medio escolar siguiendo la metodología ISAAC (<http://isaac.auckland.ac.nz>), con preguntas sobre síntomas de asma, rinitis y dermatitis. Analizamos muestras urbanas de A Coruña, Ferrol, Santiago, Lugo, Ourense, Pontevedra, Vigo y una muestra no urbana de toda Galicia. Se seleccionaron aleatoriamente 1000 niños de 13-14 años en cada área.

**Resultados:** Presentamos datos de la "prevalencia actual" de las tres enfermedades por cada área estudiada y la estimación global de Galicia. (Ver tabla a pie de página).

**Conclusiones:** Las enfermedades alérgicas son muy frecuentes entre los niños de 13-14 años en Galicia. Existe una gran variabilidad en las prevalencias de las diferentes áreas estudiadas para el asma, la rinitis alérgica y la dermatitis atópica. En el caso del asma y la rinitis parece haber un patrón de mayores prevalencias en la costa. Respecto otras ciudades españolas que han realizado estudios similares, nuestras ciudades de costa tienen rangos elevados, y las de interior intermedios para el asma y la rinitis.

%prev.	Coruña.	Ferrol	Santia.	Lugo	Ouren.	Pontev	Vigo	No urb	Galicia
Asma	15,2	13,5	11,6	9,5	8,6	13,8	18,5	10,7	12,1
Rinitis	19,9	16,2	17,3	14,7	14,1	18,2	19,7	14,9	16,1
Dermat	6,2	4,6	6,3	4,5	4,2	4,2	7	4,1	4,9

190

**PREVALENCIA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA**

Josefina Navarro Navarro, Montserrat Hernández Martínez, Juan Jairo Ortiz Guerra, Anna Torres, Carolina Mendoza Mayor, Juan Luis Llobet

ABS de Collblanc, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Instituto Catalán de la Salud, Barcelona y Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

**Introducción:** El TDAH es un trastorno, de base genética, que afecta al 5 – 7% de la población escolar. Los síntomas nucleares son: inatención, hiperactividad e impulsividad. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos y es frecuente su asociación con otros trastornos comórbidos.

**Objetivos:** Averiguar la prevalencia de TDAH en niños, de 6 a 15 años de edad. Informar de la tasa de trastornos asociados, y realizar una evaluación clínica global de la respuesta al tratamiento psicológico, farmacológico o combinado en los pacientes afectos.

**Material y método:** Pacientes correspondientes a una cohorte de 1900 niños, asignados a dos pediatras de atención primaria de un CAP. Se incluyeron en el estudio niños entre 6 y 15 años. 1) Con diagnóstico previo de TDAH. 2) Niños que consultaron por dificultades escolares y /o conductas disruptivas.

Se solicitó información de padres y maestros respecto a los síntomas principales y se evaluaron las escalas ADHD RS-IV de Du Paul cumplimentadas por ambos.

En casos con dificultades diagnósticas, o sospechar de comorbilidad, se derivó al niño al Servicio de Psiquiatría infantil de nuestro hospital de referencia.

**Resultados:** La prevalencia de TDAH hallada en niños entre 6 y 15 años de edad es de 3,63%, con predominio de sexo masculino, en una proporción 3,5: 1. El 30% de los niños presentaba un trastorno oposicionista, el 40%, trastornos del aprendizaje/rendimiento escolar y el 10%, trastornos del humor. El tratamiento farmacológico en el 70% de los niños TDAH ha sido el metilfenidato, preferentemente de liberación retardada, siendo su respuesta muy buena /buena en el 60%. Debido a la dificultad para acceder, en la mayoría de los casos, a un tratamiento conductual simultáneo, no podemos valorar si la respuesta hubiera sido mejor.

**Conclusiones:** El TDAH sigue estando infradiagnosticado y tratado de forma inadecuada. El retraso o la no detección del trastorno empeoran el pronóstico, favoreciendo el riesgo de fracaso escolar, personal y social.

18:03

urgencias pediátricas de nuestro hospital. Evaluar el rendimiento diagnóstico de las pruebas y establecer el posible abuso en la petición de pruebas radiológicas.

**Métodos:** Se incluyeron en el estudio los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de pediatría durante 17 días. Se recogieron los datos de los pacientes sometidos a técnicas diagnósticas que implicaban la exposición a radiación ionizante revisándose el tipo de prueba solicitada, la hora a la que se realizó y el resultado obtenido, determinándose como resultados diagnósticamente positivos aquellos en los que se observó alguna alteración radiológica. Finalmente se revisó el historial médico de cada paciente sometido a pruebas, determinándose el número y el tipo de pruebas diagnósticas con radiación ionizante realizadas previamente en nuestro hospital.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio un total de 2.305 niños, de los cuales fueron sometidos a pruebas radiológicas que implicaban el uso de radiación ionizante 360 pacientes (15,62%), con una edad media de 2 años y 10 meses. Se obtuvieron alteraciones radiológicas en el 23,61% de las pruebas. De los pacientes sometidos a pruebas radiológicas hasta un 45% tenían pruebas radiológicas previas.

**Conclusiones:** El bajo rendimiento diagnóstico obtenido implica un posible abuso de su utilización. Por ello, dado el potencial riesgo que suponen, creemos necesario establecer nuevos medios para minimizar este, estableciendo unas indicaciones aún más precisas para el uso de las pruebas radiológicas. Pensamos que sería necesario establecer un seguimiento de cada paciente a modo de historial radiológico en el que se recogiesen las dosis de radiación recibidas debido a la asistencia médica, a lo largo de su vida, permitiendo reducir el uso de la radiación en la medida de lo posible en aquellos pacientes que hayan recibido una mayor dosis.

**DIAGNÓSTICO POR IMAGEN****Sala 8-9 (Planta Alta)**

191

**EL EMPLEO DE LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS CON RADIACIÓN IONIZANTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ¿USO O ABUSO?**

Rafael González Cortés, José Carlos Prado de la Sierra, M. Ángeles García Herrero, Marta Llorente Romano, María del Carmen Jiménez Hernando, Enrique García Frías, David Ruano Domínguez

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

**Antecedentes y Objetivos:** Determinar el patrón de uso de las técnicas diagnósticas con radiación ionizante en el servicio de

17:00

192

**CONCORDANCIA EN LA INTERPRETACIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX PEDIÁTRICAS**

María Luisa Herreros Fernández, Juana Barja Tur, Alfonso González Laguillo, Daniel García Villar, Rogelio González Figueira, Marco A. Motta Calderón, Xamila Salcedo Mora, Rolando Sánchez Quintero, Alby Paiz Valdez, Judith Rodríguez Gómez  
Clínica Moncloa, Madrid.

**Antecedentes:** La radiografía de tórax es la prueba más usada en la valoración de la patología respiratoria en pediatría. Su interpretación puede implicar importantes variaciones en las decisiones clínicas y terapéuticas. La introducción de la radiología digital puede influir en la interpretación de las placas.

**Objetivo:** Determinar la concordancia inter e intra observador en la interpretación de la radiografía digital de tórax en el equipo de pediatría de Clínica Moncloa.

**Material y métodos:** 35 radiografías digitales de tórax fueron interpretadas independientemente por 9 pediatras. Se definieron cinco patrones radiológicos: normal, infiltrado para hiliar-peribronquial, condensación lobar-alveolar, hiperaireación y patrón intersticial.

Cada observador interpreto la misma serie de 35 radiografías en dos días consecutivos, modificando aleatoriamente el orden de presentación.

El grado de coincidencia fue evaluado mediante el índice kappa ( $K$ ), valorando la concordancia inter e intraobservador.

17:07



**Resultados:** La concordancia interobservador global fue de baja  $K = 0,3063$  (IC 95% 0,1699-0,3832). La mejor concordancia se obtuvo para el patrón de condensación lobar-alveolar ( $K = 0,5801$ ; IC 95% 0,4153-0,7442) y la peor fue para el patrón de infiltrado perihiliar ( $K = 0,1087$ ; IC 95% 0,0311-0,1861).

La concordancia diagnóstica intraobservador global fue moderada-alta  $k = 0,5864$  (IC 95% 0,5222-0,6505), con un rango individual entre 0,3438 y 0,883.

**Conclusiones:** El grado de coincidencia en la interpretación de las radiografías de tórax entre los miembros del equipo de pediatría es baja. La falta de patrones radiológicos claramente definidos, la menor experiencia en lectura de radiología digital y un grado de formación heterogénea pueden influir en esta baja concordancia.

## 193 17:14 DESMOIDE PAROSTAL: ENTIDAD DE DELICADO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Armando M. Paz Vilar, Yolanda González Piñeiro, Raquel Toba de Miguel, Mireia Crehuet Almirall, Carmen Almuiña Simón, José Luis Fernández Iglesias  
Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

**Introducción:** El desmoide parostal es una proliferación fibrosa perióstica benigna que tiene predilección por la cortical posterior del cóndilo femoral medial en la zona de inserción de los tendones del adductor mayor o cabeza medial del gemelo. Afecta predominantemente a varones entre 12 y 20 años y suele desaparecer espontáneamente.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un niño de 12 años de edad que acude al S. de Urgencias por dolor e incapacidad funcional en rodilla izquierda tras flexión de la misma mientras practicaba deporte. En los 4 meses previos al ingreso refiere dolor intermitente en rodilla izquierda. *Exploración física:* Peso: 70,9 kg; Talla: 171 cms. Limitación dolorosa de la flexión de rodilla izquierda. Rodilla seca y estable. Sensibilidad aumentada en interlínea externa con maniobras para menisco externo positivas. Resto normal. *Pruebas complementarias:* Rx rodilla izquierda: Reacción perióstica en "rayos de sol" a nivel de la cara posterior interna de la metafisis distal del fémur. *Ecografía rodilla izquierda:* Discontinuidad cortical irregular a dicho nivel con dudosa afectación de partes blandas. *RM rodilla izquierda:* Lesión en la cortical posteromedial de la metafisis distal de fémur, con irregularidad cortical y lesión hiperintensa subyacente. No evidencia de afectación de partes blandas ni de médula subyacente. Hallazgos compatibles con desmoide parostal. No lesiones intrarticulares. TC rodilla izquierda: Irregularidad de la cortical metafisaria en localización posteromedial a nivel de la inserción de los tendones aductores con osificación irregular de aspecto laminar. Hallazgos compatibles con desmoide parostal. No datos que sugieran malignidad. Una vez descartada malignidad, se decide alta con seguimiento posterior por el S. de Traumatología, evidenciándose recuperación casi completa de la cortical ósea en Rx realizada a los 3 meses.

**Conclusiones:** Aunque de comportamiento completamente benigno, el desmoide parostal puede simular imágenes de malignidad en las radiografías simples. La edad de aparición y su localización tan típicas establecen la sospecha diagnóstica, pero, ante la duda, siempre deben realizarse pruebas de imagen más

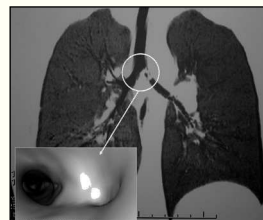
sensibles y específicas que nos permitan descartar invasión de tejidos adyacentes y, por tanto, malignidad.

## 194 17:21 BRONCOSCOPIA VIRTUAL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA TOS CRÓNICA REFRACTARIA

Nazareth Martínón Torres, Aranzazu Castellón Gallego, Silvia Rodríguez Blanco, Ana Moreno Álvarez, Adela Alonso Martín, Santiago Almeida Agudín  
Servicio de Pediatría, Servicio de Radiología Pediátrica y Servicio de Urgencias en Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

La tos crónica en un pre-escolar que acude repetidas veces a Urgencias debe incluir en el diagnóstico diferencial la posibilidad de un cuerpo extraño (CE). Sin embargo, su diagnóstico no siempre es obvio, incluso con la aplicación de las pruebas complementarias habitualmente indicadas en este contexto.

Presentamos un caso en el que sólo tras la broncoscopia virtual se indicó la intervención instrumental.



**Caso:** Niño de 4 años que acudió a Urgencias por tos de larga evolución, con empeoramiento en los últimos meses a pesar de haber recibido diferentes tratamientos. Referían consultas repetidas por tos seca desde el año de edad, en ocasiones asociada a fatiga, sin predominio horario/estacional. No tomaba frutos secos ni constaban episodios de atragantamiento. Hacía 1,5 meses había recibido amoxicilina-clavulánico por neumonía basal derecha, y estaba pendiente de resultados de pruebas de alergia. Fue visto en Urgencias 24 horas antes, recibiendo adrenalina nebulizada y prednisona, sin mejoría. En el momento de la consulta: tos seca y continua, rubicundez facial. Estaba afebril, sin dificultad respiratoria. SaO<sub>2</sub> 97% (FiO<sub>2</sub> 0.21). En la auscultación, marcada disminución del murmullo vesicular en hemitórax izqdo. Se realizaron Rx tórax AP y decubito lateral que demostraron asimetría de vascularización de ambos hemitórax, con disminución izqda y dudoso atrapamiento aéreo de éste en el decubito lateral, que se interpretaron como normales. En TC torácico con reconstrucción multiplanar (MPR) (fig.) se objetivó defecto de repleción en bronquio principal izqdo (BPI) que ocupaba la práctica totalidad de la luz; la broncoscopia virtual (Fig.) no permitía ver la luz del BPI. Se realizó broncoscopia y se extrajo de BPI un material cavitado compatible con resto vegetal, de aproximadamente 1 x 1 cm, acompañado de abundante pus en el que creció *H. Influenzae*.

**Conclusiones:** La broncoscopia virtual puede ser una herramienta de gran utilidad en la evaluación de niños con tos crónica refractaria y sospecha de aspiración CE, y debería realizarse de forma complementaria y sistemática en todos los casos en los que bajo esta posibilidad diagnóstica se realice un TC pulmonar. Son necesarios estudios que evalúen reglamentadamente su rentabilidad.

195

**CONVULSIÓN COMO MANIFESTACIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA**

Ana Moreno Álvarez, Pilar Vázquez Tuñas, Cristina Diz-Lois Palomares, Pablo Lázaro Lázaro

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Las malformaciones arteriovenosas son el grupo más frecuente de malformaciones vasculares. Su prevalencia se estima en un 0,1% de la población. Se producen por una disfunción en el proceso embrionario que origina una conexión directa entre una arteria y una vena. Las manifestaciones clínicas más habituales son: hemorragia intracraneal (41-69%), convulsión (11-33%), cefalea y déficit neurológico focal. La angiografía constituye la técnica de elección para el diagnóstico, planificación de tratamiento y seguimiento posterior. Los factores que influyen en la decisión de tratar son la edad, forma de presentación, características angioestructurales según la escala de Spetzler-Martin y el estado clínico del paciente. El abordaje debe ser multidisciplinar. Las técnicas actualmente disponibles son la cirugía, la radiocirugía y el tratamiento endovascular como técnica coadyuvante.

**Caso clínico:** Paciente de 12 años, celíaca, con fiebre y episodio de desviación tónica de la cabeza hacia la izquierda, flexión tónica de los dedos de la mano izquierda y fijación de la mirada, con hipertonia generalizada posterior. *Duración:* tres minutos. *Exploración física:* ORL: orofaringe hiperémica, con exudado fibrinoso amigdalár. *NRL:* signos meníngeos negativos, no datos de focalidad. Resto normal. *Pruebas complementarias:* Analítica: 13.470 leucocitos (87% neutrófilos, 8,2% linfocitos, 3,8% monolitos) 171.000 plaquetas, Hb: 12,8 g/dl, frotis faríngeo: estreptococo pyogenes, RM: nido angiomaso de aproximadamente 25 mm en los giros frontales superior y medio derechos, *Angiografía cerebral:* las aferencias arteriales son los ramos frontopolares de la cerebral anterior y los ramos duros etmoidales de la oftálmica y meníngea media derechas. Drena en el seno longitudinal superior con presencia de un aneurisma venoso.

**Conclusiones:** Las convulsiones en la infancia a veces son secundarias a malformación estructural en el sistema nervioso central. La angiografía es la técnica de elección para el diagnóstico definitivo y la planificación terapéutica de las malformaciones arteriovenosas. No se ha constatado en la literatura asociación entre la enfermedad celíaca y las malformaciones arteriovenosas.

196

**TROMBOSIS DEL SENO VENOSO LATERAL SECUNDARIA A MASTOIDITIS EN UN NIÑO CON COLESTEATOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

María Dolors Llop Viñolas, María del Carmen Ferrer Blanco, Mercè Boronat Rom, Elida Vázquez Méndez, Félix Pumarola Segura, Antonio Carrascosa Lezcano

Servicio de Pediatría General, Servicio de Radiología Infantil y Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Antecedentes y objetivos:** La mastoiditis es la complicación más frecuente de la otitis media aguda en niños. Su incidencia actual se estima en el 0,4%. Una complicación poco frecuente es la trombosis del seno venoso lateral (TSVL) (0,67 de cada 100.000 casos por año).

17:28

**Métodos:** Presentamos el caso de un varón afecto de otitis crónica con colesteatoma complicada con una TSVL, con la finalidad de describir las características clínicas, el tratamiento y evolución.

**Resultados:** Niño de 11 años con cefalea temporal, fiebre y posterior aparición de cervicalgia. En tratamiento con ibuprofeno, paracetamol y cefaclor desde hacía 6 días. En la otoscopia se observa secreción purulenta izquierda, sin signos externos de mastoiditis. Dolor a la palpación latero cervical izquierda. *Análítica:* 16.500 leucocitos con 82% de neutrófilos, 64.200 plaquetas y PCR de 11,88 mg/dl. TAC que revela osteítis de la cadena media y mastoides izquierda, pequeño neumoencéfalo y TVSL que se confirma con RMN. Se realiza intervención quirúrgica practicando mastoidectomía radical, tratamiento con cefotaxima, cloxacilina endovenosos y anticoagulación, presentando una correcta evolución clínica. Estudio de trombofilia normal.

**Conclusiones:** La TVSL es una complicación poco frecuente que precisa un diagnóstico y tratamiento precoz por su gravedad. En niños con infecciones óticas o colesteatoma que presentan una evolución tórpida se aconseja la realización precoz de un TAC y/o RMN para descartar la presencia de trombosis de los senos u otras complicaciones intracraneales.

197

**MASAS ABDOMINALES MÓVILES**

José María Garrido Pedraz, María Teresa Garzón Guiteria, Pilar Garzón Guiteria, José Samaniego Torres, Silvia García Saavedra, Ennio Fuentes Ceballos

Servicio de Radiodiagnóstico, Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario, Ourense.

**Introducción:** El quiste ovárico y el entérico de duplicación intestinal, pueden ser pediculados y manifestarse como masas abdominales móviles.

Presentamos dos pacientes con estas patologías.

**Caso 1:** Recién nacida a término con peso adecuado para la edad gestacional, diagnosticada intraútero de masa quística abdominal. La ecografía postnatal muestra una masa heterogénea sólida de 43 mm localizada en FII que cambia a FID en control ecográfico a las 24 horas. Se extirpa quirúrgicamente mediante laparoscopia, con evolución favorable, con el diagnóstico anatomopatológico de quiste ovárico hemorrágico pediculado.

**Caso 2:** Niña de 6 años con cuadro de abdomen agudo, con dolor más intenso en FID y leucocitosis. La ecografía abdominal urgente muestra una masa quística polilobulada con pared engrosada en capas, de 60 x 80 x 40 mm, localizada en FID. En el acto quirúrgico se localiza en hipocondrio izquierdo adyacente al bazo. Se extirpa una masa trilobulada que mediante anatomía patológica se diagnostica de quiste de duplicación intestinal con restos de páncreas en pedículo.

**Conclusión:** El quiste ovárico y el quiste de duplicación intestinal pueden presentarse como masas móviles. La ecografía es de gran importancia en el diagnóstico. Las dos son de naturaleza quística y pueden tener contenido en su interior (sangre o moco). En un RN debe considerarse primero el diagnóstico de quiste ovárico, que si es pediculado, puede cambiar de posición en los distintos controles ecográficos. El reconocimiento de una gruesa pared en el quiste entérico con las distintas capas de la pared intestinal normal, permite el diagnóstico diferencial.

17:42

17:35

198

**QUISTE ARACNOIDEO COMPLICADO CON HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO**

Juan Mayordomo Colunga, Marta de los Arcos Solas, José Andrés Concha Torre, Gonzalo Anes González, Regina Labra Álvarez, Corsino Rey Galán

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Radiología del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

**Introducción:** Los quistes aracnoideos suponen un 1% de las masas intracraneales en la infancia. Aunque habitualmente asintomáticos, de forma infrecuente dan clínica por su rotura traumática o espontánea. La técnica de imagen de elección para el diagnóstico de los quistes aracnoideos es la RMN cerebral. Presentamos el caso de un quiste aracnoideo complicado con hemorragia secundaria a su rotura.

**Caso clínico:** Niño de 7 años que consulta por cefalea holo-craneal de un mes de evolución, con vómitos matutinos. Se realiza fondo de ojo en el que se aprecia edema de papila bilateral. En la TC craneal realizada a continuación se observa un hematoma subdural subagudo-crónico hemisférico izquierdo, con moderado efecto masa que desplaza línea media, y una lesión hiperdensa en cisura de Silvio. En la RMN craneal se aprecia una colección extra-axial en lóbulo temporal izquierdo y cisura de Silvio con contenido hemático comunicado con el hematoma subdural, compatible con quiste aracnoideo complicado. Se realiza craneotomía izquierda urgente con evacuación completa del hematoma subdural, siendo alta a los cinco días. La angio-TC descarta aneurismas cerebrales u otras causas de sangrado, persistiendo quiste aracnoideo silviano izquierdo. Actualmente asintomático, con seguimiento ambulatorio.

**Comentarios:** El hematoma subdural subagudo/crónico es muy infrecuente en los niños, así como el quiste aracnoideo sintomático, por ello la presentación conjunta en nuestro caso nos parece de interés para su comunicación.

17:49

199

**QUISTO NEUROEPITELIAL INTRAVENTRICULAR-UM CASO CLÍNICO**

Liliana Raquel Lourenço Pinheiro, Bárbara Pereira, José Valle, Jaime Rocha, Carla Sá

Servicio de Pediatría, Servicio de Neurocirugía y Servicio de Neurorradiología del Hospital de São Marcos, Braga (Portugal).

**Introdução:** Os quistos neuroepiteliais são um grupo heterogénio de lesões de etiologia ainda controversa. No entanto, parecem ter origem ectodérmica, surgindo da sequestração da neuroectoderme em desenvolvimento ou do pregueamento da pia-máter na fenda coroideia. Estas lesões podem ser encontradas ao longo de todo o neuro-eixo, sendo a localização intraventricular relativamente rara.

**Caso Clínico:** Criança, sexo feminino, actualmente com 3 anos e 2 meses. Gestação de risco por diabetes gestacional. Serologias maternas sem alterações e ecografias fetais descritas como normais. Prematuridade de 35 semanas e antropometria ao nascimento grande para idade gestacional. Internamento na Unidade de Neonatologia por hipoglicemia e hipocalcémia sintomáticas. Realizada ecografia transfontanelar que revelou quisto do plexo coroideu ventricular lateral direito. Cariótipo 46XX e estudo metabólico normal. Ressonância magnética nuclear cerebral aos 8 meses de idade mostrava dilatação do átrio do ventrículo direito produzida por provável quisto neuroepitelial (diâmetro ântero-posterior 3,34 cm e diâmetro transversal 2,21 cm). Durante o período de seguimento apresentou sempre desenvolvimento psicomotor adequado à idade; sem convulsões, cefaleias ou distúrbios do movimento e perímetro cefálico no percentil 90. Abordagem conservadora com controlo imagiológico, que mostra um aumento progressivo das dimensões do quisto e um discreto alargamento da ponta ventricular esfenoidal direita condicionado por provável dificuldade de drenagem do líquido.

**Comentários:** O padrão imagiológico destas lesões é bastante típico, sendo relativamente limitado o seu diagnóstico diferencial. Embora raros e frequentemente assintomáticos, os quistos intra-ventriculares laterais podem causar hidrocefalia obstrutiva, aumento da pressão intracraniana e, mais raramente, hemorragia intraquística. Quando encontrados acidentalmente levantam problemas sobre a orientação terapêutica. A RMN cerebral é o estudo fundamental para diagnóstico e seguimento.

17:56

Jueves, 5 de junio (17:00-18:15)

**URGENCIAS**

**Sala 11 (Planta Alta)**

**P200**

**17:00**

**RESCATE CON HELIOX DE NIÑOS CON CRUP SEVERO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

Javier Adrián Gutiérrez, María del Mar Guerrero Soler, Ana Cristina Peñalba Citores, Paula Vázquez López, María Concepción Míguez Navarro, Rafael Marañón Pardillo

Sección de Urgencias Infantil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** El tratamiento habitual de las laringitis severas es la asociación de corticoides orales con adrenalina nebulizada. El heliox es un gas inerte que produce un flujo laminar disminuyendo la resistencia de la vía aérea. Exponemos 4 casos de obstrucción de la vía aérea superior tratados con heliox como rescate al tratamiento habitual.

**Métodos:** Revisión de casos clínicos de crup severo (Score Taussing > 8) de 6-36 meses que acudieron a Urgencias y se les administró una dosis única de dexametasona 0,6 mg/kg vía oral (dosis máxima 10 mg) más adrenalina nebulizada 1/000 a 0,5 ml/kg (dosis máxima 5 ml) con posterior administración de heliox (70/30) con mascarilla reservorio de no reinhalación parcial durante una hora. Se excluyeron niños con cardiopatía congénita, displasia cardiopulmonar, broncoespasmo asociado y tratamiento previo con corticoides.

**Resultados:** Se incluyeron 4 pacientes todos varones con edad media de 18.2 meses (rango 9-24 m). A su llegada a Urgencias presentaban un de Score de Taussing (ST): mediana 9 que disminuyó a los 60 y 120 minutos a 6 y 4 respectivamente. El resto de parámetros se reflejan en la tabla 1. El 50% de los pacientes requirieron medicación de rescate (adrenalina nebulizada) e ingreso. (Ver tabla a pie de página).

**Conclusiones:** 1) La administración de heliox precozmente en la urgencia puede evitar la intubación y el ingreso de los pacientes con crup severo. 2) Son necesarios estudios randomizados para demostrar la eficacia del heliox en esta patología.

**P201**

**17:05**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES EN NUESTRO MEDIO**

Raúl Rodríguez Serrano, María Isabel Vega Martín, Jesús Sánchez Etxaniz, Andrés González Hermosa, Eider Astobiza Beobide, Neli García Pérez, Mikel Santiago Burrutxaga

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

**Objetivos:** Conocer la características epidemiológicas y clínicas de los Episodios Aparentemente Letales (EAL) en nuestro medio.

**Metodología:** Estudio abierto y prospectivo de aplicación de un protocolo a los lactantes que acudieron a los servicios de urgencias (SU) de los 2 hospitales pediátricos de la provincia, con historia de EAL, entre el 01.06.06 y el 31.05.07. Se define EAL según el consenso del NIH Americano del año 1986. Con el mismo reparto entre sexos y edades se establece un grupo control. Todos los casos estuvieron ingresados un mínimo de 24 horas. Tanto en los casos como en los controles se realizó un control telefónico a los 12 meses de edad cronológica.

**Resultados:** Los 50 casos de EAL (23 varones y 27 niñas) suponen una incidencia de 0.5 por cada 100 recién nacidos vivos. La edad media fue de 8.46 semanas. Respecto al grupo control, hemos encontrado diferencias en el hecho de ser primogénito ( $p < 0,001$ ), existencia de problemas en el embarazo ( $p < 0,001$ ), antecedentes familiares (AF) ( $p < 0,001$ ), EAL previos ( $p = 0,003$ ), y alteraciones previas del comportamiento ( $p = 0,001$ ). El EAL ocurrió durante el sueño en el 32%, la vigilia en el 46%, y las tomas en el 20%. Referían una duración menor al minuto el 48%, habiendo precisado medidas de RCP prehospitalaria el 28%. Los síntomas referidos más frecuentemente fueron apnea (66%), hipotonía (62%) y palidez (60%). La exploración física (EF) se consideró normal en el 74%, no precisando ningún tratamiento el 80%. Se han catalogado de Idiopáticos el 56%. *La patología subyacente fue:* 7 Bronquiolitis, 6 RGE, 4 Infecciones Respiratorias, 2 convulsiones, 1 tosferina, 1 casi ahogamiento, 1 cardiopatía. Falleció un caso (2%). Durante el estudio 4 casos recidivaron (8%).

Casos	Edad (meses)	ST basal	SatO2 basal	FR basal	ST 60'	SatO2 60'	FR 60'	ST 120'	SatO2 120'	FR 120'
1	16	10	97	35	7	97	22	4	96	22
2	24	9	95	50	6	97	40	4	98	18
3	24	9	94	50	3	99	36	2	98	36
4	9	9	96	40	6	97	42	6	97	48

**Conclusiones:** La edad media ha sido de 8.46 semanas. Los síntomas referidos más frecuentes fueron apnea, hipotonía y palidez. La EF se consideró normal en el 74%, no precisando ningún tratamiento el 80%. Un 56% fueron etiquetados de EAL Idiopáticos. La patología subyacente fue sobre todo infecciones respiratorias y RGE. Hubo un fallecimiento (2%). Respecto al grupo control hemos encontrado diferencias en el hecho de ser primogénito, existencia de problemas en embarazo, AF, EAL previos, y alteraciones previas del comportamiento.

## P202 17:10 EPIDEMIOLOGÍA DE LA METAHEMOGLOBINEMIA EN NUESTRO MEDIO. REVISIÓN DE 55 CASOS

Raquel Díaz-Aldagalan González, Desirée Morales Senosiain, Teresa Molins Castiella, Mercedes Herranz Aguirre, Concepción Goñi Orayen, Félix Sánchez-Valverde Visus, Diana Martínez Cirauqui, Eva Gembero Esarte, Ana Castroviejo Gandarias, Alba Martínez Ortiz  
Servicio de Pediatría del Hospital Virgen del Camino, Pamplona (Navarra).

**Antecedentes:** La metahemoglobinemia es una enfermedad poco frecuente y una causa rara de cianosis en pacientes pediátricos. Se origina con la oxidación del hierro del grupo hemo a estado férrico, alterándose la capacidad de transporte del oxígeno.

**Objetivos:** Describir los casos de metahemoglobinemia diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 20 años.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las metahemoglobinemias diagnosticadas en nuestro hospital entre 1987-2007. Revisión de historias clínicas y encuesta telefónica. Variables analizadas: sexo, edad, fecha de intoxicación, motivo de consulta, causa, intervalo de preparación-ingesta, composición del puré, nivel de metahemoglobinemia, saturación de oxígeno, pH sanguíneo y tratamiento.

**Resultados:** Total: 57 pacientes (31 varones y 26 mujeres), edad media 10 meses (rango de 5 a 28 meses). Mayor frecuencia durante los meses cálidos (junio a septiembre). *Motivo de consulta:* cianosis en el 66%, cianosis y vómitos en el 2% y en un caso convulsión. En todos la causa fue la ingesta de puré de verduras. En el 63% el tiempo transcurrido entre preparación del puré y la ingesta fue de 24-48 horas, en el 12% entre 48-72 horas, en el 12% > de 72 horas y desconocido en el 10% restante. La composición del puré fue determinado en 46 casos, teniendo todos varias verduras: borraja 51%, zanahoria 46%, acelga 40%, puerro 16%, alubia verde 16%. Se determinó el nivel de metahemoglobina en sangre en 40 casos: 49% entre 15-40%, 10% entre 40-55%, 1,7% > 70%. El 36% presentaba saturaciones de oxígeno < 80%. El pH sanguíneo fue determinado en el 75% de los casos: 53% entre 7,31-7,40, 21% > 7,40, 4% entre 7,21-7,30 y 2% < 7,21. 55 casos recibieron tratamiento: 40% azul de metileno y 47% azul de metileno + vitamina C.

**Conclusiones:** Todos los niños estaban previamente sanos y la intoxicación fue de causa alimentaria. El principal motivo de consulta fue la cianosis. La borraja y la acelga fueron de las verduras más frecuentes, siendo verduras de menor consumo en otras regiones. En la mayoría de los casos el puré llevaba preparado más de 24 horas y fue conservado a temperatura ambiente. En nuestro centro observamos una mayor frecuencia de esta enfermedad que la comunicada en otras comunidades, cuya causa última desconocemos.

## P203 17:15 TEST RÁPIDO ESTREPTOCOCO GRUPO A: VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. UN ESTUDIO PROSPECTIVO

Rosa María Romarís Barca, Guillermo Lorenzo González, Romina Vázquez Golpe, Francisco Roca Fernández, Julio Díaz Pazos, Kamel Saadeddine Moussa, María Rodríguez Mayo, M. Lorena Anidos Redondo  
Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol (A Coruña).

**Antecedentes y objetivos:** Estudio prospectivo de validación interna de un test de detección rápida del estreptococo grupo A (*Streptococcus Pyogenes*), causante de la faringoamigdalitis aguda bacteriana.

**Material y métodos:** Se analiza la validez interna de la técnica comparada con cultivo de frotis faríngeo ("gold Standard"), en dos series consecutivas de 59 pacientes, realizada por 5 observadores en la práctica diaria de un servicio de urgencias. Las muestras se tomaron con doble hisopo simultáneo, uno para el test rápido en la consulta y otro para su cultivo y test rápido por el servicio de microbiología.

**Resultados:** Los parámetros mejoran notablemente en la segunda serie, tras analizar los posibles fallos y adiestrar a los clínicos en la toma de las muestras.

Primera serie (59 pacientes)	Segunda serie (59 pacientes)
Sensibilidad: 36%	Sensibilidad: 93%
Especialidad: 100%	Especialidad: 94%
VPP: 100%	VPP: 84%
VPN: 88%	VPN: 88%
Eficacia global: 88%	Eficacia global: 89%
Índice Kappa: 0,68	Índice Kappa: 0,84

**Conclusiones:** Este estudio de validez interna ha mejorado notablemente nuestro manejo de la faringoamigdalitis aguda. Disponer de una técnica diagnóstica no implica necesariamente una correcta interpretación de los resultados, si la técnica no se domina adecuadamente.

## P204 17:20 SOSPECHA DE INFECCIÓN URINARIA EN EL MENOR DE 3 MESES. ¿A TODOS PUNCIÓN LUMBAR EN URGENCIAS?

Javier Adrián Gutiérrez, Ana Cristina Peñalba Citores, Elena Cidoncha Escobar, María del Mar Guerrero Soler, Rafael Marañón Pardillo, María Concepción Míguez Navarro  
Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivo:** Estudiar la incidencia de meningitis bacteriana en lactantes menores de 3 meses que se presentan en el servicio de urgencias con piuria y clínica compatible con infección del tracto urinario (ITU) en este rango de edad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, de los lactantes menores de 3 meses que fueron atendidos en el servicio de urgencias con sospecha de ITU en orina realizada por sondaje. Se realizó en el periodo Octubre 2004-Octubre 2007. A todos los pacientes se les realizó hemocultivo y analítica sanguínea, asociando punción lumbar según valoración del pediatra.

**Resultados:** El estudio incluye un total de 169 niños, de ellos, el 77% fueron niños y el 38% niñas. En relación a la edad, el 48% tenía menor de un mes, con una media de 33 días. De los

casos donde se registró el motivo de consulta la fiebre estaba presente en el 73% de los casos. El urocultivo fue positivo en 87% de los pacientes. El hemocultivo fue positivo en el 11,4% de los analizados. Se realizó punción lumbar a 100 pacientes, encontrando 7 casos de pleocitosis y una meningitis por *E coli* en un neonato de 24 días, con cultivo positivo para *E coli*.

**Conclusión:** En niños menores de 3 meses que acuden al servicio de urgencias e ingresan con sospecha de infección urinaria, hemos encontrado una incidencia de meningitis del 1%. Es importante la valoración individual de estos pacientes sobre todo en los menores del mes en relación a realizar una punción lumbar en el servicio de urgencias previa administración de tratamiento antibiótico.

## P205 17:25 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES Y SANITARIAS DE LOS NIÑOS INMIGRANTES EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Paloma Aymerich Salas, Silvia Vanesa Talón Bañón, Almudena Navarro Ruiz, José Rafael Bretón Martínez, Cristina del Castillo Villaescusa, Raquel Simó Jordá, M. Isabel Vega Senra, Pascual Barona Zamora, Pilar Codoñer Franch, Roberto Hernández Marco  
Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

**Objetivos:** Conocer las características de los niños inmigrantes (I) e hijos de inmigrantes (HI) en Urgencias y sus diferencias con la población autóctona.

**Metodología:** Estudio descriptivo-analítico de casos-contróles mediante una encuesta aplicada al grupo de estudio y un grupo control de población pediátrica autóctona.

**Resultados:** Se recogieron 570 encuestas (320 del grupo de estudio y 250 controles). Los países de origen de los niños o sus padres fueron sobre todo Ecuador, Colombia, Bolivia, Marruecos y Rumanía. Los padres y madres de los niños inmigrantes referían con mayor frecuencia ausencia de trabajo remunerado o un trabajo poco cualificado frente al grupo control con trabajos mejor cualificados ( $p < 0,01$ ). Para los no hispano-hablantes los padres presentaban un buen conocimiento del idioma en el 69%, regular 22% y malo 9%. Para las madres estos porcentajes eran del 50%, 19% y 31% ( $p = 0,013$ ). El 21% de los niños del grupo de estudio habían acudido al país de origen en los últimos 12 meses sin diferencias entre I e HI. El 14% de niños del grupo de estudio tenía hermanos fuera de España. La mediana de estancia de los I era de 24 meses. No hubo diferencia en el porcentaje que acudía a guardería o estaba escolarizado. No disponía de SIP el 5% de I, el 0,5% de HI y 0,4% de controles ( $p < 0,01$ ). Los controles de salud eran incompletos en el 36% de I, 7% de HI y 1% de controles ( $p < 0,01$ ). No había acudido a su pediatra en los últimos 12 meses el 20% de I, 11% de HI y 6% de los controles ( $p < 0,01$ ). El calendario vacunal era incompleto en 13% de I, 2% de HI y 1% de controles ( $p < 0,01$ ). Para la edad  $\leq 3$  años la vacunación frente al neumococo fue del 15% en I, 28% en HI y 60% controles ( $p < 0,01$ ). Estaban vacunados frente a varicela el 11% de I, 14% de HI y 28% controles ( $p < 0,01$ ). Entre los lactantes la vacunación frente a rotavirus fue del 0% en I, 3% en HI y 10% controles ( $p = NS$ ).

**Conclusiones:** Destaca la peor integración de estos niños en el sistema sanitario con menor número de controles y peor estado vacunal, especialmente entre los inmigrantes comparados con los hijos de inmigrantes. Estos hechos han de ser tenidos en cuenta en la valoración de estos niños en Urgencias.

## P206 17:30 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Gema Tesorero Carcedo, Miguel Ángel Roa Francia, Carmen Troyano Rivas, Rebeca Losada del Pozo, Beatriz Martínez Escribano, Pedro Puyol Buil  
Complejo Hospitalario de Móstoles, Madrid.

**Introducción y objetivo:** La población inmigrante presenta un crecimiento considerable en nuestro medio, con posibles diferencias culturales y sociales que pueden influir en las características de la atención a la urgencia pediátrica. El objetivo es conocer si existen diferencias con la población autóctona en el momento actual.

**Material y método:** Estudio observacional mediante encuesta aleatoria. Un total de 435 encuestas realizadas en noviembre y diciembre de 2007, correspondientes al 8,04% de las urgencias atendidas durante dos meses. Se han comparado la población inmigrante y autóctona analizando los parámetros: Edad, tiempo de evolución, estancia en urgencias, distancia a domicilio, motivo de la urgencia, diagnóstico, visitas y revisiones con su pediatra, vacunación, grupo poblacional, analíticas, estancia en observación, pruebas complementarias, doble cotización. Se ha realizado el estudio con el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** La población inmigrante supuso un 31,7% de las urgencias atendidas. Se han comparado los parámetros antes referidos de las dos poblaciones. Se han encontrado menor tiempo en urgencias del paciente inmigrante (65 vs 92 minutos) ( $p = 0,04$ ) y más tiempo sin acudir a su pediatra (144 vs 51 días) ( $p = 0,038$ ). Tendencias, aunque no significativas en cuanto a menor tiempo de evolución del proceso (69,4 vs 92,32 horas); menor porcentajes de ingreso (3,5 vs 6,8%) en la población inmigrante. Fueron semejantes los motivos de la urgencia, diagnósticos al alta, número de ocasiones que acudían a urgencias por el mismo proceso a urgencias y a su pediatra, edad, vacunaciones o revisiones en su pediatra. Distancia a domicilio y doble cotización.

**Conclusiones:** En líneas generales el aumento de la población inmigrante, que se ha duplicado en nuestro área en los últimos ocho años, no difiere de forma significativa de la autóctona, aunque acude significativamente menos a su pediatra y permanece menos tiempo en el servicio de urgencias, con menor porcentaje de ingresos, que podría indicar procesos de menor entidad.

## P207 17:35 REGLAS DE OTAWA PARA EL TRAUMATISMO DE TOBILLO: VALIDACIÓN EN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. UN ESTUDIO PROSPECTIVO. PRESENTACIÓN PRELIMINAR

Alba Corrales Santos, Guillermo Lorenzo González, Francisco Roca Fernández, Romina Vázquez Golpe, Julio Díaz Pazos, M. Lorena Anidos Redondo, Kamel Saadeddine Moussa  
Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol (A Coruña).

**Antecedentes y objetivos:** Existe escasa literatura acerca de la utilización de La reglas de Ottawa (definen la indicación de radiografía) para el traumatismo de tobillo en nuestro país, en población pediátrica. Este estudio pretende analizar su validez en este segmento de la población.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, de una serie de pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias pediátricas tras sufrir traumatismos en tobillo y pie. Se realizó radiografía a todos los participantes en el estudio, y se comparó el resultado con la hipotética aplicación de las reglas de Ottawa a dichos pacientes por parte de 5 observadores (N = 30).

**Resultados:** Al igual que en otras series, la sensibilidad de su aplicación se aproxima al 100%, con una especificidad baja (40%). VPP = 0,33% y VPN = 100%, con una eficacia global del 53%.

**Conclusiones:** Aunque sería necesario una serie mayor para obtener un resultado estadísticamente significativo, las reglas parecen adecuadas como cribado para descartar posibles lesiones óseas en población pediátrica ras traumatismos en tobillo o pie. En nuestro caso, permitiría ahorrar hasta un 30% de las radiografías.

## P208 17:40 INGESTÃO DE TÓXICOS: O PERIGO COMEÇA EM CASA

José Miguel Vaz Salgado, Sandrina Martins, Ana Torres, Ana Araújo, Cristiana Ribeiro, Hugo Rodrigues, Maria Joao Azevedo, Fátima Rato, Teresa Bernardo  
Centro Hospitalar Alto Minho, Viana do Castelo (Portugal) y Centro Informação Anti-Venenos (CIAV), Lisboa (Portugal).

**Introdução e objectivos:** A ingestão de produtos tóxicos pela população pediátrica continua a ser um problema global e sub-referenciado. Em Portugal, em 2006, as ocorrências registadas superaram as 10.000, sendo os medicamentos responsáveis por mais de metade dos tóxicos implicados. O objectivo deste trabalho é quantificar e caracterizar a ocorrência de ingestões de tóxicos na nossa população pediátrica.

**Material e métodos:** Através do sistema informático Alert® foram pesquisados todos os episódios de urgência em crianças dos 0 aos 11 anos triadas como "sobredosagem ou envenenamento", de 1 de Maio de 2005 até 31 de Dezembro de 2007. A análise estatística foi realizada com base na informação da ficha de urgência e dos respectivos processos de internamento, se existentes.

**Resultados:** Durante o referido período deram entrada na urgência hospitalar 72 casos de intoxicação, 67% do sexo masculino e 92% com idade inferior a 4 anos.

Os medicamentos foram responsáveis por 64% dos tóxicos (benzodiazepinas 28%, anti-histamínicos e descongestionantes 17%, anti-asmáticos 15%) seguidos pelos produtos de limpeza 24%, pesticidas e venenos 6% e em menor quantidade cosméticos, combustíveis e baterias. A ingestão foi accidental em 94% dos casos, em 4% ocorreu erro terapêutico na administração e houve 1 caso de maus-tratos. Não se registaram tentativas de suicídio. O Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) foi contactado em 60% dos casos (39% em 2005 e 74% em 2007). Os procedimentos mais usados foram a fluidoterapia 33%, análises ao sangue e urina 26%, lavagem gástrica 25% e ingestão de carvão activado 21%. O tempo médio de observação foi de 10 horas, 11% foram internados e não houve registo de óbitos.

**Conclusão:** As intoxicações são um fenómeno vulgar na idade pediátrica e, embora potencialmente fatais, a maioria resolve sem sequelas. O seu diagnóstico deve ser considerado em qualquer criança com comportamento inadequado ou alteração da consciência. Os tóxicos mais prevalentes coincidem com outros es-

tudos e são produtos que existem em todos os lares. É fundamental apostar na prevenção, reforçando o ensino nas escolas e nos meios audiovisuais. A linha telefónica CIAV tem sido muito útil no tratamento e encaminhamento adequado e atempado.

## P209 17:45 ACTITUD DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO ANTE UN NIÑO CON FIEBRE, PROCEDENTE DE UN PAÍS TROPICAL

Marta Taida García Ascaso, Antonio Medina Claros, Milagros García Hortelano, Roi Piñeiro Pérez, María José Mellado Peña, María José Cilleruelo Ortega, Julián Villota Arrieta, Pablo Martín Fontelos  
Servicio de Pediatría del Hospital Carlos III, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La incidencia de infecciones importadas está aumentando debido al elevado número de niños que llegan a nuestro país tras una estancia más o menos prolongada desde un país tropical. Se realiza un estudio descriptivo de las patologías más frecuentes encontradas en niños viajeros y se propone un protocolo de actuación.

**Métodos:** Se revisan las historias clínicas de los niños que han acudido al Servicio de Urgencias del hospital (2006-2007) que presentaban fiebre y referían haber estado en un país tropical en los 3 meses previos. Se recogen: edad, género, nacionalidad, país del viaje, duración de la fiebre, presencia de cuadro respiratorio o digestivo, signos clínicos, pruebas complementarias, diagnóstico y si precisaron ingreso.

**Resultados:** Se evalúan 60 niños (32 varones) con edades entre 1-14 años. La nacionalidad más frecuente fue la africana y el país, Guinea Ecuatorial. Todos los niños presentaban fiebre previa (12 horas-2 semanas). Además de la fiebre, el cuadro respiratorio fue el síntoma más frecuente (45%) y las adenopatías el hallazgo más habitual (20%). En 5 pacientes no se realizó ninguna prueba complementaria. Se solicitó hemograma y bioquímica en 53 niños, radiografía de tórax en 13, análisis de orina en 12 y estudios microbiológicos en 53 (gota gruesa en 45, siendo positiva en 8 (13.3%), en todos se aisló *Plasmodium falciparum* y uno de de los casos coparasitación con *P ovale*). Un niño guineano ingresó con un diagnóstico de Fiebre Sin Foco con gota gruesa negativa pero con PCR (realizada durante el ingreso) positiva para Plasmodium. Los diagnósticos definitivos fueron en orden decreciente: infección vías respiratorias altas (25%), síndrome febril sin foco (22%), paludismo (15%), gastroenteritis aguda (10%), neumonía, amigdalitis pultácea, fiebre dengue, varicela, sospecha de bacteriemia oculta y adenitis.

**Comentario:** Aunque en algunas ocasiones el niño viajero febril presenta patología fácilmente identificable que no precisa pruebas complementarias, en la mayoría es obligado aplicar un protocolo de actuación que permita descartar enfermedad importada grave.

## P211 17:55 APENDICITE AGUDA NA INFÂNCIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Isabel Esteves, Mária Baptista, Catarina Damaso, Diana Pignatelli, Antonio Soares, Florbela Cunha  
Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía del Hospital Reynaldo dos Santos, Vila Franca de Xira (Portugal).

A apendicite aguda é a principal causa de abdómen agudo na infância. Pela variabilidade na sua apresentação clínica consti-

tui um desafio diagnóstico que pode determinar um atraso terapêutico e condicionar o prognóstico.

O objectivo deste estudo foi rever os processos das crianças submetidas a apendicectomia num hospital de nível II. Fez-se uma revisão retrospectiva com registo de dados demográficos, clínicos e laboratoriais.

Das 304 crianças submetidas a apendicectomia de 2003 a 2007, seleccionaram-se aleatoriamente 202 processos clínicos.

A mediana das idades foi de 11 anos (extremos de 4 a 15 anos) e 118 crianças eram do sexo masculino. O tempo médio de evolução das queixas foi de 1,4 dias ( $\sigma=1,39$ ).

Os doentes distribuíram-se em 4 grupos (G) de diagnóstico anatómico-patológico: G1- sem apendicite (13%), G2- apendicite fleimonosa (43%), G3- apendicite gangrenosa (14,5%) e G4- apendicite gangrenosa perfurada (29,5%).

Da análise dos subgrupos verificou-se que os dados demográficos, clínicos e laboratoriais não mostraram diferenças significativas nos grupos 2 a 4. No entanto, em comparação com o G1 ( $p < 0,05$ ), verificou-se que em G2-4 houve um tempo médio de evolução das queixas inferior em um dia, uma maior incidência de registo de dor localizada à fossa ilíaca direita com história de migração da região periumbilical (20% vs 11%), bem como de dor à descompressão abdominal ou defesa (82% vs 60%). Na avaliação laboratorial existiram também diferenças significativas ( $p < 0,05$ ): encontrou-se leucocitose com neutrofilia em 23% das crianças em G1, e em 66% em G2-4. O valor médio da proteína C reactiva foi inferior em G1 (3,4 mg/dL) comparativamente com G2-4 (5,3 mg/dL).

Verificaram-se 8 casos de complicações: 1 infecção da ferida operatória, 4 abscessos abdominais, e 3 casos de febre prolongada no pós-operatório, sendo as mais graves nos grupos 3 e 4. Este estudo confirma que o diagnóstico de apendicite aguda na criança pode ser difícil e a conjugação dos dados clínicos e laboratoriais pode melhorar a sensibilidade diagnóstica e reduzir a gravidade das complicações.

## P212 COMPLICACIONES GRAVES DE LA VARICELA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

18:00

Manuel Fernández Elias, Julio Parrilla Parrilla, Lourdes Rodríguez Romero, Rocío Martínez Blanco, Josefina Cano Franco, Mercedes Loscertales Abril  
Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias  
Pediátricas del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La varicela es una enfermedad habitualmente benigna pero que presenta complicaciones, a veces graves, y que incluso ponen en peligro la vida del paciente. La incidencia de complicaciones que precisan ingreso hospitalario es de 2,4 por cada 1.000 casos de varicela en la población pediátrica.

**Caso 1:** Varón de 2 años con exantema purpúrico en periodo inmediato postvaricela. Presenta empeoramiento del estado general, aumento de las lesiones y aparición de edema indurado y áreas purpúrico-necróticas. Lesiones equimóticas confluyentes en ambas piernas con edema indurado y doloroso. Lesiones necróticas en cara anterior de ambas piernas y flictenas en pantorrilla derecha. Hemograma, bioquímica y PCR normales; *Estudio de coagulación:* Proteína C 49% y proteína S 4 U/dl, normalizados tras la administración de plasma y vitamina K. Se inicia tratamiento con plasma fresco congelado, inmunoglobulinas,

heparina de bajo peso molecular y antibioterapia intravenosa. Al alta proteína C y proteína S normales.

**Caso 2:** Varón de 5 años con convulsión febril y antecedente de 4 días previos de varicela. Afectación del estado general. Pupilas midriáticas reactivas a la luz. *Glasgow:* 13/15. Eupnéico y auscultación sin ruidos patológicos. *Hemograma:* Leucocitosis, bioquímica y PCR: normales. *Cultivo LCR:* negativo. *PCR para VZV en masa encefálica:* negativo. Posteriormente aparecen signos meníngeos, se realiza punción lumbar y se inicia tratamiento con aciclovir i.v. Comienza con deterioro progresivo del estado general, y se traslada a UCIP. Se aprecia edema cerebral en la TAC. Se instaura tratamiento antiedema cerebral, se conecta a ventilación mecánica y se monitorizan las constantes vitales y la presión intracraneal. Mala respuesta al tratamiento y fallece. *Necropsia:* Meningoencefalitis vírica compatible con etiología por virus tipo varicela, con edema difuso, signos de isquemias y encajamiento amigdalares.

**Conclusiones:** 1) La varicela también puede ser causa de muerte. 2) En pacientes con púrpura fulminans por varicela hay que descartar procesos trombofílicos de base. 3) La vacunación sistemática de la varicela podría disminuir las complicaciones de la misma.

## P213 EL BILICHECK COMO MÉTODO DE SCREENING DE ICTERICIA SIGNIFICATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

18:05

Javier Adrián Gutiérrez, Ana Cristina Peñalba Citores, María del Mar Guerrero Soler, Rafael Marañón Pardillo, Paula Vázquez López, María Concepción Míguez Navarro  
Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos:** Estudiar la fiabilidad del Bilicheck para determinar el nivel de bilirrubina y su utilidad como screening de neonatos con riesgo de precisar ingreso.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional del 15-9-05 al 15-2-06 de neonatos que acuden a urgencias para control de ictericia. En cada paciente se realiza determinación de bilirrubina en sangre y transcutánea con el bilicheck (5 mediciones). Las mediciones fueron realizadas por 4 observadores diferentes. Se consideró indicación de fototerapia bilirrubinemia igual o superior a 18 mg/dl a partir de 48 horas de vida.

**Resultados:** Se recogen datos de 66 neonatos con edades de 2 a 36 días de vida (81% en primera semana de vida). Entre los pacientes existía variabilidad étnica: 49 caucásicos, 13 sudamericanos, 2 negros y 2 asiáticos. Nueve pacientes presentaban incompatibilidad de grupo sanguíneo con test de coombs directo positivo. Se comparan cifras de bilirrubina transcutánea y sanguínea existiendo correlación lineal estadísticamente significativa ( $r = 0,81$ ;  $p < 0,001$ ). La máxima diferencia entre los dos métodos fue -10,4 mg/dl. Mediante análisis de varianza observamos que el peso al nacimiento, peso durante la determinación y presencia o no de incompatibilidad de grupo, no influyen en la precisión de medida de bilirrubina transcutánea. El área por debajo de la curva ROC fue 0,90, de su análisis consideramos que la detección de ictericia susceptible de fototerapia podría situarse en valores de bilicheck iguales o superiores a 13, con una sensibilidad del 92,9% y una especificidad del 63,5%.

**Conclusiones:** Existe una correlación lineal significativa entre las determinaciones de bilirrubina en sangre y bilirrubina trans-



cutánea. El Bilicheck no puede reemplazar la bilirrubina sérica como prueba de referencia pero, en nuestro estudio, podría considerarse como punto de corte, para la valoración de ictericia significativa, el valor de bilirrubina transcutánea de 13, lo que podría ayudar a reducir el número de análisis de sangre innecesarios.

## P214

### FACTORES DE RIESGO EN LOS EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES Y RENDIMIENTO DE LAS PRUEBAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

María Isabel Vega Martín, Raúl Rodríguez Serrano, Jesús Sánchez Etxaniz, Andrés González Hermosa, Eider Astobiza Beobide, Neli García Pérez, Mikel Santiago Burrutxaga

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

**Objetivos:** Valorar si en los Episodios Aparentemente Letales (EAL) existen indicadores clínicos de encontrar patología subyacente y de predecir recidivas. Conocer el rendimiento de las pruebas realizadas en el Servicio de Urgencias (SU).

**Metodología:** Estudio prospectivo de aplicación de un protocolo a los lactantes con EAL que acudieron a los 2 SU de pediatría de la provincia entre el 01.06.06 y el 31.05.07. Con el mismo reparto entre sexos y edades se estableció un grupo control.

**Resultados:** Analizamos 50 casos de EAL (23 varones y 27 niñas). Se consideraron Idopáticos el 56%. *Patología subyacente:* 7 Bronquiolitis, 6 RGE, 4 Infecciones Respiratorias, 2 convulsiones, 1 tosferina, 1 casi ahogamiento, 1 cardiopatía. Falleció un caso (2%). Ocurrieron durante el sueño el 32%, la vigilia el 46%, y las tomas el 20%, sin que tuvieran relación con la severidad ni con la existencia de diagnóstico subyacente. El 82% de los casos mostraron algún tipo de alteración en las pruebas realizadas, siendo las más alteradas el recuento plaquetar (34%), y niveles séricos de amonio (32%) y ácido láctico (64%). Todos los EKG fueron normales, excepto en la cardiopatía (2%). Hemos considerado que solo en 8 casos los estudios realizados en el SU contribuyeron al diagnóstico final (16%: 7 bronquiolitis y 1 tosferina), aunque no se asociaron de forma significativa a la existencia de recidivas. Durante el estudio hubo 4 recidivas (8%), sin encontrar ningún factor que se haya relacionado con este hecho, salvo la necesidad de RCP ( $p = 0,02$ ). Como factores relacionados con la gravedad del episodio y/o posibilidad de encontrar patología subyacente, hemos encontrado significativa la edad gestacional  $< 37$  semanas ( $p = 0,002$ ); presencia de AF ( $p = 0,02$ ); edad cronológica  $> 12$  semanas ( $p = 0,02$ ); necesidad de RCP ( $p = 0,01$ ), alteración de la EF en el SU ( $p < 0,001$ ), e intervención en el SU ( $p = 0,037$ ).

**Conclusiones:** En los EAL consideramos factores de riesgo la presencia de AF, edad gestacional  $< 37$  semanas; edad cronológica  $> 12$  semanas; necesidad de RCP, alteración de la EF y necesidad de intervención en el SU. Solo la necesidad de RCP se relacionó con la ocurrencia de recidivas. Hemos tenido un bajo rendimiento de las pruebas realizadas en el SUP en cuanto al diagnóstico de patología subyacente y relación con recidivas.

18:10

## P215

### RABDOMIOLISIS AGUDA NO TRAUMÁTICA. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA Y PROPUESTA DE CRITERIOS DE INGRESO

Paloma Donado Palencia, Enrique Palomo Atance, Víctor Quintero Calcaño, María Pilar Sánchez Miranda, M<sup>a</sup> José Ballester Herrera, M. del Carmen Torres Torres

Servicio de Pediatría del Hospital General, Ciudad Real.

18:15

**Introducción:** La rabdomiolisis aguda no traumática es poco frecuente en la infancia. La mayoría de los casos son debidos a miositis secundarias procesos virales. Las miositis vírica es una enfermedad autolimitada, de curso benigno y de tratamiento ambulatorio. En raras ocasiones la rabdomiolisis es secundaria a una miopatía o enfermedad metabólica. La lisis muscular aguda da lugar liberación de mioglobina y potasio con riesgo de fracaso renal e hiperkalemia. En las fases iniciales es difícil predecir el curso de la enfermedad. Revisamos nuestra caustística y proponemos criterios de ingreso.

**Objetivo:** Revisamos todos los casos ingresados con diagnóstico de rabdomiolisis aguda no traumática o miositis vírica entre Junio de 2006 y enero de 2008.

**Resultados:** Ingresaron por rabdomiolisis 10 niños (6 niños y 4 niñas) con edades comprendidas entre los 5 meses y 9 años. Todos presentaban síntomas infecciosos catarrales durante el episodio. El motivo de acudir a urgencias fue de dolor e impotencia funcional en miembros inferiores, salvo en los 2 lactantes que presentaban llanto e hipotonía. Los niveles de CPK oscilaban entre 420 u/l y 81.000 u/l. Sólo 3 presentaban mioglobinuria y fueron tratados con alcalinización e hiperhidratación iv. En 2 de 4 pacientes se confirmó infección por virus influenza. La evolución fue benigna en casi todos los casos. Un paciente falleció por rabdomiolisis con hiperkalemia y tenía antecedentes de 2 hermanos fallecidos en el curso de proceso infecciosos con orinas oscuras. Los diagnósticos definitivos fueron miositis vírica (8), rabdomiolisis por reacción a drogas (1) y miositis de causa metabólica aún no filiada (1).

**Conclusiones:** El curso fue benigno y autolimitado de la mayoría de los casos de rabdomiolisis. No hay que olvidar que existen procesos distintos a los virales sobre los que hay que realizar el diagnóstico diferencial. Proponemos el ingreso de todos los niños con niveles de CPK elevados ( $>10.000$  u/l), mioglobinuria positiva en análisis de orina o antecedentes personales o familiares de rabdomiolisis y muerte súbita de causa no filiada. Es aconsejable monitorizar estrechamente la diuresis, EKG y potasemia en las fases iniciales.

## P216

### INFLUENCIA DE LA PCT SEMICUANTITATIVA EN EL MANEJO DEL NIÑO CON SOSPECHA DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA

Ainhoa González de Zárate Pérez de Arriucea, Zuriñe García Casales, Izaskun Rubio Olló, Cosme Gorostiza Guerricaebebarria, Susana Capapé Zache, Eider Astobiza Beobide, Amagoia Andrés Olaizola, Jesús Sánchez Etxaniz, Javier Benito Fernández, Miguel Ángel Vázquez Ronco

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

18:20

**Objetivo:** Conocer si el valor de la PCT semicuantitativa (PCTs) influiría en el manejo de los niños con sospecha de infección

bacteriana potencialmente severa (IBPS) en la urgencia de pediatría.

**Pacientes y método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se hizo una encuesta a los médicos adjuntos de urgencias de pediatría, sobre 200 episodios de niños en los que sospechaba la presencia de IBPS y se realizó analítica sanguínea. Se exponía el caso clínico, exploración física y pruebas complementarias excepto la PCTs. Posteriormente se comprobaba si cambiarían en algún aspecto el manejo del niño al conocer el valor de la PCTs.

**Resultados:** *Los diagnósticos finales fueron:* ITU 65; Síndrome febril 34; Neumonía 24, Meningitis viral 30; Sepsis/meningitis bacteriana 10; absceso/celulitis 11; artritis 9; otros 17.

Se encontró algún tipo de cambio en el manejo en 32 niños (16%). El 50% de los cambios se produjeron en niños con el diagnóstico de ITU (en el 68% se priorizaría la consulta por especialista/pruebas de imagen y en el 32% se cambiaría la pauta antibiótica). En 6 casos se hubiera decidido no ingresar a los niños (3 niños con sospecha de artritis séptica y 3 con meningitis viral). En 9 niños con el diagnóstico final de síndrome febril no se les habría pautado ATB domiciliario y en un niño con sospecha de sepsis meningocócica (corta evolución y analítica normal) se hubiera iniciado el tratamiento ATB precozmente.

**Conclusiones:** La inclusión de la PCTs en la toma de decisiones, podría modificar el manejo de la patología infecciosa en Urgencias de Pediatría en un porcentaje significativo de pacientes.

## ONCOLOGÍA

### Sala 12 (Planta Alta)

P217

17:00

#### OPSOCLONUS-MIOCLONUS. ¿NEUROBLASTOMA? NUESTRA EXPERIENCIA EN TRES CASOS

Amanda Torres Amieva, Eduardo Quiroga Cantero, Catalina Márquez Vega, Gema Lucía Ramírez Villar  
Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** El Síndrome de Opsoclonus-Mioclonus-Ataxia (OMA) es un cuadro neurológico paraneoplásico que afecta al 2-3% de los niños con neuroblastoma. Aunque los niños con OMA y neuroblastoma pueden tener una alta supervivencia, muchos de ellos experimentan secuelas neurológicas tardías de importancia. En ocasiones, la clínica de OMA antecede a la detección del neuroblastoma, como podría ser el caso de los tres pacientes que presentamos.

**Casos clínicos:** Presentamos tres niños de 7 meses, 14 meses y 5 años de edad con clínica de OMA que, a pesar de encontrar elevación de las catecolaminas urinarias y de la enolasa neuronal específica en dos de ellos, no se ha detectado neuroblastoma hasta el presente momento, a pesar de la realización de numerosas pruebas de imagen.

En uno de los casos se realizó tratamiento con ACTH que produjo una mejora parcial y autolimitada de los síntomas.

**Discusión:** El manejo y seguimiento de estos niños en la actualidad sigue controvertido pues, en algunas ocasiones, la aparición del OMA puede anteceder a la detección del neuroblastoma en meses, incluso en años, y los tratamientos utilizados no

han demostrado claramente su eficacia en la mejora del pronóstico neurológico.

P218

17:05

#### ASOCIACIÓN ENTRE INDICADORES DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑOS CON QUIMIOTERAPIA

Jorge Carlos Herrera Silva, Aida Treviño Moore, Hilda Medina Rosales

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, México D.F. (México).

**Introducción:** Los marcadores de inflamación sistémica se encuentran catalogados como dentro de los asociados al tumor debido a que se producen en respuesta a él o al tratamiento empleado.

**Objetivos:** Conocer y estimar el grado de asociación entre el índice de masa corporal y marcadores de inflamación sistémica de bajo grado en niños con cáncer en tratamiento con quimioterapia.

**Material y métodos:** A través de una serie de casos se realizó la revisión de expedientes y realizaron mediciones corporales a pacientes en tratamiento con quimioterapia. Se consideraron variables antropométricas (peso, talla, e índice de masa corporal) y parámetros bioquímicos de inflamación sistémica (proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, fibrinógeno, albúmina y leucocitos) excluyendo a los que tuvieran datos de infección, antecedentes de cirugía y tratamiento antibiótico o antiinflamatorio. El análisis de los datos se realizó con estadística no paramétrica.

**Resultados:** Participaron veinticinco pacientes, quince (60%) con neoplasia hematológica, el resto (40%) con tumores sólidos. No se encontró asociación entre índice de masa corporal y los marcadores de inflamación sistémica de bajo grado. La prevalencia global del síndrome inflamatorio fue del 72% y la de obesidad del 32%. Existió correlación moderada entre fibrinógeno y PCR ( $r = 0,500$ ) en los pacientes con tumores sólidos, fibrinógeno y PCR ( $r = 0,621$ ) y fibrinógeno y VSG ( $r = 0,605$ ) en las neoplasias hematológicas.

**Conclusiones:** No existe asociación entre los marcadores de inflamación sistémica y el IMC en el grupo estudiado, sin embargo la prevalencia del síndrome inflamatorio y obesidad es muy alta.

P219

17:10

#### POLIMORFISMO A223G DEL GEN DEL RECEPTOR DE LA LEPTINA: INFLUENCIA SOBRE EL DESARROLLO DE OBESIDAD EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER

Olalla López Suárez, María Adela Urisarri Ruiz de Cortazar, Manuel Vázquez Donsion, José Miguel Couselo Sánchez

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

**Introducción:** Trastornos endocrinológicos como el sobrepeso y la obesidad, son secuelas frecuentes en los pacientes oncológicos pediátricos. El polimorfismo A223G del gen del receptor de la leptina se ha implicado en la etiopatogenia de este fenómeno, si bien los estudios existentes arrojan resultados contrapuestos al respecto.

**Objetivos:** Estudiar los posibles factores causales de obesidad en los pacientes oncológicos de nuestro Centro.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio analítico, observacional, retrospectivo, incluyendo a aquellos pacientes que se encontraban en remisión completa de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), Linfomas Hodgkin y no Hodgkin (LH y LNH) y tumores del sistema nervioso central (TSNC). Valoramos el índice de masa corporal (IMC) y sus percentiles pre y postratamiento, así como la progresión de los mismos a los 2, 4, 6 y 8 años de finalizado el tratamiento; se determinaron de forma transversal los niveles de leptina y el polimorfismo del gen de la leptina, analizándose la influencia de estas determinaciones sobre la progresión del IMC, así como la de otros factores tales como el sexo, la edad al diagnóstico, el tipo de tumor, el campo y la dosis de radioterapia empleados en el tratamiento.

**Resultados:** Se estudiaron 29 pacientes (65,5% niños, 34,5% niñas). El 51,7% eran LLA y el 27,6% TSNC. La edad media al diagnóstico fue de 6,22 años ( $\pm 3,8$ ), con cifras medias de leptina de 5,04 ng/mL ( $\pm 8,97$ ) y dosis medias de radioterapia craneoespinal de 43,99Gy ( $\pm 29,9$ ). El 44,8% presentaban el polimorfismo A223G del gen del receptor de la leptina. Encontramos una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,02$ ) entre la progresión del IMC y la edad al diagnóstico, así como para dicha progresión y el tipo de diagnóstico ( $p = 0,002$ ). No encontramos relaciones estadísticamente significativas entre el aumento del IMC y el sexo, las dosis o campos de radioterapia, los niveles de leptina ni el polimorfismo de su receptor.

**Conclusiones:** Nuestros resultados no apoyan al polimorfismo A223G del receptor de leptina como una posible causa de obesidad en los pacientes pediátricos con cáncer, sumándose así a los resultados de los estudios más recientes, si bien nuestro tamaño muestral puede no ser suficiente como para descartarlo de forma definitiva.

## P220 17:15 MIOFIBROMA SOLITARIO EN MÚSCULO ESPLENIO DE LA CABEZA

Gloria Moreno Solís, Fernando Vázquez Rueda, M. Elena Mateos González, Mónica Rodríguez Salas, Joaquín Alejandro Fernández Ramos, María Dolores Ordoñez Díaz

Unidad de Oncología Pediátrica del Servicio de Pediatría y Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** La miofibromatosis infantil engloba un grupo heterogéneo de lesiones caracterizado por la proliferación de miofibroblastos. Se estima que es el tumor de origen mesenquimal más frecuente durante la infancia, detectándose el 90% en el primer año de vida. En la mayoría de los casos se trata de lesiones solitarias, que suelen afectar a cabeza y/o cuello (1/3 de las ocasiones), siendo más frecuentes en varones. A diferencia de los miofibromas múltiples, la miofibromatosis solitaria posee buen pronóstico.

**Caso clínico:** Lactante de 7 meses remitido por presentar, desde los 4 meses, lesión en zona occipital derecha, de consistencia elástica, desplazable, no dolorosa a la palpación, adherida a planos profundos, que ha aumentado de tamaño, sin cambios de coloración de la piel ni signos inflamatorios. Mediante ecografía se objetiva tumoración intramuscular. En resonancia magnética se confirma su localización en músculo esplenio derecho contemplando como primera posibilidad diagnóstica de hemangioma. Se procede a exéresis completa de la misma, siendo el estudio histológico compatible con miofibroma. Se com-

pleta estudio de extensión con resultados negativos. La evolución hasta la actualidad ha sido favorable sin recidiva.

**Comentarios:** La miofibromatosis solitaria sin afectación visceral presenta pronóstico muy favorable, en algunos casos regresa espontáneamente. Es necesario realizar un estudio de extensión e identificación de afectación visceral (pulmón, miocardio, tracto gastrointestinal) como importante indicador pronóstico. La tasa de recurrencia tras la escisión quirúrgica es baja, aproximadamente 10%, en comparación con las otras formas. El diagnóstico diferencial debe ser establecido con malformaciones vasculares, así como con neuroblastomas, sarcomas y/o tumores de partes blandas. Pese a hallarse en cuello, en nuestro caso se presenta a nivel del músculo esplenio de la cabeza, localización inusualmente descrita.

## P221 17:20 GLIOMATOSIS CEREBRI. UNA ENTIDAD INFRECIENTE EN LA INFANCIA

Concepción María López Calero, Eduardo Quiroga Cantero, Gema Lucía Ramírez Villar, Catalina Márquez Vega, Eloy Rivas Infante, Javier Márquez Rivas

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla y Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción:** La Gliomatosis Cerebri (GC) es una neoplasia glial poco frecuente en la infancia, que se puede presentar con sintomatología insidiosa, de difícil manejo terapéutico y con pésimo pronóstico.

**Caso clínico:** *Antecedentes personales:* Varicela. Otitis media aguda. Desviación del tabique nasal. Enfermedad actual: Niño de 4 años en tratamiento por un Logopeda por trastorno del desarrollo del lenguaje desde hacía un año, con síntomas de 3 meses de evolución de astenia y pérdida de fuerza en hemisferio izquierdo, inestabilidad en la marcha y desviación de la comisura bucal a la derecha. *Exploración:* Buen estado general. Parálisis del III par bilateral y VI par derecho. Anisocoria con pupila del ojo izquierdo mayor y ausencia de reflejo fotomotor. Desviación de la comisura bucal a la derecha. Hemiparesia izquierda. Espasticidad en miembro inferior izquierdo. Marcha "en segador". *Pruebas complementarias:* TAC y RMN cerebral: Lesión difusa y extensa que afecta a ambos tálamos y tronco cerebral compatible con Gliomatosis cerebri. Biopsia: Gliomatosis cerebral. *Tratamiento:* Recibe 3 ciclos de quimioterapia para los gliomas de bajo grado sin obtener respuesta clínica, presentando varias crisis comiciales que mejoran con corticoides y que reaparecen al suspenderlos. En el EEG tras las crisis se detecta signos de sufrimiento cerebral en hemisferio izquierdo en relación a estatus de mal parcial. Ante la falta de respuesta clínica a la quimioterapia se decide iniciar tratamiento con Temozolamida oral a 175 mg/m<sup>2</sup> y según tolerancia aumentar en el segundo ciclo a 200 mg/m<sup>2</sup> durante 5 días. Actualmente ha completado 3 ciclos y está asintomático junto con el tratamiento antiepiléptico y con corticoides. Tras el 3º ciclo se realizará RMN cerebral para valorar la respuesta.

**Discusión:** La gliomatosis cerebri es una forma infrecuente de neoplasia consistente en un infiltrado encefálico difuso de células gliales en distintos estadios de diferenciación. Afecta a más de dos lóbulos cerebrales y ocasionalmente al tronco cerebral. Generalmente son de bajo grado histológico. Supervivencias de dos años en el mejor de los casos. La quimioterapia es la piedra angular del tratamiento ya que la cirugía queda relegada a la

biopsia por la extensión de la enfermedad y la radioterapia originaría grandes secuelas cognitivas en estos niños.

## P222 17:25 DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO II DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA

Unai Hernández Dorronsoro, Oihana Muga Zuriarrain, Esozia Errobarren Aleman, Nagore García de Andoain Barandiarán, José Javier Uriz Monaut, Rafael Guerrero Pereda  
Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

**Introducción:** Los glucocorticoides y la asparraginas (L-ASA) son dos fármacos con efecto diabético que se utilizan conjuntamente en el tratamiento de la leucemia linfocítica aguda (LLA), por lo que la manifestación de diabetes mellitus (DM) en los niños que reciben este tratamiento es una complicación a tener en cuenta.

Presentamos el único caso de debut diabético de entre los 32 niños afectados de LLA tratados en los últimos 12 años.

**Caso clínico:** Paciente de 15 años, afecta de LLA de riesgo intermedio y en tratamiento quimioterápico en fase de consolidación II según protocolo PETHEMA con dexametasona a 10 mg/m<sup>2</sup>/día (días 1-14) y a 5 mg/m<sup>2</sup>/día (días 15-21) y L-ASA a 10.000 UI/m<sup>2</sup>/día (días 1-3 y 15-17). *Antecedentes personales:* Índice de masa corporal mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>, glucemias ocasionalmente en el límite alto de la normalidad y madre afecta de DM tipo II. El día + 17 de tratamiento ingresa por poliuria y polidipsia de 3 días de evolución, con exploración física normal. *Análisis al ingreso:* glucemia 716 mg/dl, Na 127,1 mEq/L, pH 7,35, pCO<sub>2</sub> 34,1 mmHg, Bicarbonato 17,5 mmol/L EB -6,1 mmol/l. Glucosuria (++++), sin cetonuria. HbA1c 6,3%, Fructosamina 343 umol/l, péptido C 3 ng/ml, e Insulina 21,4 U/ml, ac-antiinsulina, ac-antitiroglobulina, ac-antitransglutaminasa y anti-tigliadina negativos. A su ingreso se inicia tratamiento con insulina rápida discontinua a un máximo de 0,5 UI/kg/día y dieta de 1.500 kcal/día, normalizándose los niveles de glucemia y pudiendo suspender la insulino terapia después de 7 días de tratamiento. En los posteriores ciclos de tratamiento ha mantenido glucemias dentro de la normalidad.

**Comentarios:** La diabetes mellitus tipo II es una complicación infrecuente en los pacientes en tratamiento quimioterápico afectados de LLA, con una incidencia del 1% cuando reciben tratamiento con L-ASA y corticoides. No se ha establecido cual de los dos fármacos es el responsable directo de la hiperglucemia debido a que en estos pacientes siempre se administran conjuntamente. En los pacientes afectados de LLA en tratamiento con estos dos fármacos y con factores de riesgo de DM es recomendable la monitorización metabólica estrecha.

## P223 17:30 CAMBIOS EN EL SOMATOTIPO DURANTE EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

Jorge Carlos Herrera Silva, Aida Treviño Moore  
Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, México D.F. (México).

**Introducción:** Los cambios en hábitos dietéticos y estilos de vida en la sociedad actual, también involucra a niños con cán-

cer, por lo que medir su composición corporal durante el tratamiento, se vuelve insoslayable.

**Objetivos:** Evaluar los cambios en el somatotipo de pacientes con cáncer durante el manejo con quimioterapia, partiendo del tipo de neoplasia y género de los participantes.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio clínico, bajo un diseño longitudinal, utilizando un muestreo no probabilístico, por cuota, con pacientes pediátricos diagnosticados de cáncer en tratamiento de quimioterapia. Las edades fluctuaron entre 2 a 15 años 11 meses. Realizamos tres mediciones antropométricas bajo el método de Heath-Carter, antes de iniciar cada curso de quimioterapia. El análisis de los datos fue con estadística no paramétrica.

**Resultados:** Incluimos treinta y ocho pacientes, 20 (56,63%) con leucemia y 18 (47,36%) de tumores sólidos, con edad promedio de 89,96 meses y una relación hombre/mujer de 2,45:1.0. El somatotipo predominante fue el mesomórfico, presentando una prevalencia de modificaciones durante el tratamiento del 86,84%. La somatocarta ubico al grupo como endo-mesomórfico. Las mujeres determinaron la diferencia ( $p < 0,01$ ) en el componente endomórfico, y los tumores sólidos ( $p < 0,01$ ) en el mesomórfico. Encontramos correlación moderada ( $r = .680$ ) entre el somatotipo y el índice de masa corporal.

**Conclusiones:** La población estudiada muestra un perfil tendiente al desarrollo de la grasa y el músculo. Las niñas tienen un patrón más endomorfo. El somatotipo es diferente a niños de la república mexicana en otros contextos y condiciones.

## P224 17:35 NIÑO DE 9 AÑOS EN SHOK HIPOVOLÉMICO CON VÓMICA Y MELENA

María Elena Molina Vázquez, Ana Lema Carril, María García Palacios, Iván Somoza Argibay, Manuel Gómez Tellado

Servicio de Cirugía Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

**Introducción:** Ante un paciente con sangrado súbito vía oral, una vez estabilizado si precisa, hemos de hacer un diagnóstico diferencial lo más rápido posible de la patología y origen del sangrado para llevar a cabo las medidas terapéuticas pertinentes.

**Material y métodos:** Presentamos un paciente de 9 años. AP: asma leve, tratamiento a demanda. Acude a nuestro servicio de urgencias intubado en parada por shock hipovolémico debido a un sangrado repentino y masivo vía oral la hora previa y una deposición melénica. La ventilación una vez intubado resulta dificultosa. Tras 1 hora de RCP en UCI sin éxito se suspenden las maniobras. Muerte sin diagnóstico a las 2 horas del comienzo del cuadro. *Rx torax portátil:* Opacificación perihiliar en probable relación con contusión traumática por RCP.

**Resultados:** *Autopsia:* Tumoración de gran tamaño en hilio pulmonar derecho, sangrado pulmonar masivo bilateral. Estudio microscópico: Tumor pulmonar de células plasmáticas.

El pseudotumor inflamatorio pulmonar es la tumoración primaria pulmonar más frecuente en menores de 18 años. Su carácter es benigno y su hallazgo generalmente casual. Se diagnostica mediante biopsia y su tratamiento es la resección completa con buen pronóstico posterior. En ocasiones puede

infiltrar estructuras vecinas, habiéndose descrito casos de muerte por dicho tumor.

**Conclusión:** Hemos de tener en cuenta el carácter localmente agresivo de esta tumoración a pesar de su benignidad, sobre todo si su localización es central. Además es importante considerar la patología tumoral a pesar de su infrecuencia ante el hallazgo de sibilancias aisladas.

## P225 17:40 UTILIZACIÓN DE FENTANILO TRANSDÉRMICO COMO ANALGESIA EN UN CASO DE MUCOSITIS GRAVE

Alejandro Cobo Costa, Ricardo López Almaraz,  
Macarena González Cruz, Victoria Villanueva Accame,  
Mercedes Murray Hurtado, Cristina Villafruela Álvarez

Servicio de Pediatría y Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Universitario de Canarias, La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) y Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

**Introducción:** Los efectos secundarios orales del tratamiento del cáncer todavía son una fuente importante de morbilidad, a pesar de la utilización de una gran variedad de agentes para su prevención. Uno de ellos es la mucositis oral. Estas lesiones pueden provocar un dolor muy importante, lo que conlleva dificultades para comer y hablar, junto a hospitalizaciones prolongadas. El manejo del dolor agudo adquiere un papel muy relevante dentro del tratamiento del paciente oncológico pediátrico; pero presenta dificultades llevarlo a cabo a nivel domiciliario en casos de mucositis graves. La utilización de parches de fentanilo puede ser una alternativa en pacientes seleccionados.

**Observación clínica:** Varón de 13 años de edad, afecto de Leucemia linfoblástica aguda T madura de muy alto riesgo, en tratamiento de intensificación del protocolo LAL-SHOP-2005. Tras el segundo bloque de intensificación (TIT, dexametasona, vincristina, asparraginasa, daunorrubicina, ciclofosfamida, y metotrexate), desarrolla un cuadro de mucositis oral grado III-IV, con eritema y lesiones ulcerosas en las encías y mucosa oral, con un dolor muy intenso en la boca, que le dificulta incluso la ingesta de líquidos. A pesar de encontrarse en situación de pancitopenia, la edad del paciente y su entorno familiar permite optar por un tratamiento de dicha complicación a nivel domiciliario con analgesia con parches transdérmicos de fentanilo de 50 mcg/h, previo dos bolos iv (1 mcg/kg) en Hospital de día, junto a suplementos nutricionales hipercalóricos y profilaxis antibiótica (ciprofloxacino oral). Durante los siguientes 7 días, el paciente mejora las ingestas, permaneciendo en todo momento con un buen estado general, y sin ningún dolor a partir del segundo día (dosis máxima: 75 mcg/h). Las lesiones orales mejoran progresivamente, hasta desaparecer a los 10 días de haberse iniciado el cuadro, sin otras interurrencias.

**Comentarios:** El empleo de parches transdérmicos de fentanilo en mucositis es una opción a valorar como analgesia domiciliaria en un paciente oncológico en el que, por el resto del estado clínico, el ingreso hospitalario no es estrictamente necesario. Puede mejorar su calidad de vida, disminuyendo la severidad de la afectación que produce la mucositis oral, y permitiendo mantener unas ingestas adecuadas.

## P226 17:45 LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES EN LA INFANCIA

Andrés Hagerman Sánchez, Antonio Herrero Hernández,  
Olga M. Escobosa Sánchez, Tomás Acha García,  
Pilar Caro Aguilera, Vanessa Rosa Camacho

Unidad de Oncología Infantil del Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Los Linfomas Anaplásicos de células grandes (LACG) representan aproximadamente el 10% de los linfomas infantiles.

**Caso 1:** Varón (11 años), tres meses de evolución con: dolor e impotencia funcional tobillo derecho, tos y dificultad respiratoria en aumento. *RM (tobillo):* lesión lítica en región distal de tibia, gammagrafía ósea: captación a nivel tibial y pulmonar; *Tc de tórax:* masa hilar derecha. *Toracoscopia:* no es resolutive para el diagnóstico, drenando líquido pleural (exudado). Durante su ingreso presenta deterioro respiratorio que precisa ventilación mecánica. *Fibrobroncoscopia:* masa a nivel traquea distal emergiendo de bronquio principal derecho, aspecto polilobulado, muy vascularizada (resección parcial de la misma). *Estudio AP:* LACG. Tras dos ciclos de quimioterapia (Protocolo Internacional para grupo de Alto Riesgo) presenta disminución de la masa mediastínica; posteriormente inmunosupresión marcada con afectación pulmonar bilateral compatible con distres respiratorio del adulto, hipoxemia refractaria y exitus.

**Caso 2:** Varón (13 años), diagnóstico inicial de síndrome hemofagocítico. Palidez de piel y mucosas, esplenomegalia de 2 cm, tumoración en tercio medio de ingle derecha. Pancitopenia, serología infecciosa negativa. *TC:* hepatoesplenomegalia, adenopatías de 2 cm, masa inguinal con centro quístico-necrótico de 4,5 x 3,2 cm. *Biopsia ganglionar:* LACG. Se inicio tratamiento por síndrome hemofagocítico, observándose mejoría progresiva clínico-analítica. Posteriormente se inicia tratamiento según protocolo internacional de LACG (grupo de alto riesgo). No tuvo incidencias a destacar con el tratamiento quimioterápico. Actualmente vivo libre de eventos.

**Conclusiones:** Destacar la mala evolución de nuestro primer paciente, a pesar de ser ambos casos de alto riesgo. La asociación con S. Distres respiratorio del adulto, el inicio de quimioterapia en UCIP y la localización pulmonar y mediastínica son factores a considerar. Resaltar la dificultad diagnóstica en ambos casos, precisando los Linfomas Anaplásicos de Células Grandes una alta sospecha clínica y la realización de pruebas oportunas.

## P227 17:50 HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSI-FORME CON SÍNDROME DE KASABACH-MERRITT

Lourdes Rodríguez Romero, Beatriz Morillo Gutiérrez,  
Israel Fernández Pineda, Gema Lucía Ramírez Villar,  
Catalina Márquez Vega, Eduardo Quiroga Cantero

Unidad de Oncología Pediátrica y Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** El hemangioendoteloma kaposiforme (HEK) es una entidad excepcional, que afecta exclusivamente a niños. Es frecuente su localización en retroperitoneo pero también puede afectar a la piel en forma de placas o tumores eritemato-vio-

láceos. Se trata de una lesión vascular de crecimiento rápido y agresivo que se presenta en niños menores de 3 meses, aunque algunos casos son congénitos. Mediante TC o RM se puede demostrar su carácter infiltrativo, y la biopsia cutánea muestra hallazgos combinados de los hemangiomas infantiles y del sarcoma de Kaposi. No metastatiza y su pronóstico depende del tamaño, de la localización de la lesión y de la aparición de complicaciones como el síndrome de Kasabach-Merritt, asociación muy frecuente en este tipo de tumor vascular.

**Caso clínico:** Lactante de 3 meses y 20 días remitida desde el hospital de referencia por presentar desde el nacimiento lesión angiomatosa en flexura del miembro superior izquierdo, con aumento de tamaño progresivo, llegando a abarcar desde axila hasta la mitad del antebrazo derecho. A su llegada a nuestro centro presenta mal estado general, palidez de piel y mucosas, mala perfusión periférica, con equimosis y petequias en miembro superior derecho, mano pálida con subcianosis ungueal y escasa movilización (cuadro compartimental), y plaquetopenia intensa, precisando ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. En las primeras horas del ingreso sufre empeoramiento clínico, necesitando intubación y conexión a ventilación mecánica. Ante la sospecha de HEK con síndrome de Kasabach-Merritt y síndrome compartimental asociado inician tratamiento con Vincristina, corticoides, Ticlopidina y ácido acetilsalicílico (AAS) junto a soporte hemodinámico, mejorando progresivamente el cuadro. En la actualidad continúa tratamiento ambulatorio con Vincristina y antiagregantes plaquetarios.

**Conclusiones:** Ante la sospecha clínica de síndrome de Kasabach-Merritt asociado a HEK, es fundamental iniciar tratamiento médico lo más precozmente posible, intentando evitar transfusiones de plaquetas, que se consumen con rapidez y pueden provocar un aumento del tamaño del tumor. Aunque la excisión quirúrgica de este tumor es el tratamiento más efectivo, rara vez es posible por el tamaño que alcanza y el riesgo de complicaciones asociadas. El empleo de Vincristina, corticoides y antiagregantes ha demostrado efectividad y buena tolerancia.

## P228 17:55 LINFOMA Y LEUCEMIA LINFOBLÁSTICOS QUE SIMULAN UNA OSTEOMIELITIS MULTIFOCAL

Dunia Sánchez Garvín, Rosa Bou Torrent, Montserrat Melo Valls, Luis Berná Roqueta, Ana María de los Ríos, Jordi Clotet Caba  
Hospital de Sabadell y UDIAT. Centro de Diagnóstico de la Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

**Introducción:** Las leucemias y linfomas constituyen en conjunto el 50% de las neoplasias en edad pediátrica. Su diagnóstico puede ser difícil cuando se presentan con clínica y alteraciones radiológicas y gammagráficas similares a los de un proceso infeccioso óseo. Presentamos dos pacientes: un linfoma linfoblástico óseo y una leucemia linfoblástica de afectación ósea que plantearon el diagnóstico diferencial con una osteomielitis multifocal.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Niña de 2 años con fiebre intermitente de 5 semanas de evolución e irritabilidad. En la analítica sanguínea presenta un hemograma normal, PCR 9mg/dL y VSG 35. Al 6º día de ingreso inicia dolor en cadera derecha y cojera. La

ecografía muestra derrame articular y en la gammagrafía se observa hiperactividad en pala ilíaca derecha y fémur izquierdo. Se instaura antibioterapia sin remisión de la fiebre. Se realiza biopsia ósea bajo TAC con diagnóstico de linfoma linfoblástico. *Caso 2:* Niño de 3 años con dolor esternal y fiebre de 4 días de evolución, que había recibido tratamiento antibiótico por adenitis submandibular los días previos. En la analítica presenta leucocitosis con neutrofilia y PCR 12 mg/dL. La gammagrafía ósea objetiva una hipoactividad esternal, sugestiva de osteomielitis esternal, recibiendo antibioterapia endovenosa durante 20 días, con resolución clínica y gammagráfica. Dos semanas después inicia dolor en hombro derecho con signos inflamatorios locales y fiebre, objetivándose aumento del nódulo submandibular. Se repite la gammagrafía apreciándose hiperactividad en clavícula derecha y tibia izquierda. Se instaura tratamiento antibiótico con mejoría clínica. Se biopsia la adenopatía submandibular que orienta el diagnóstico hacia linfoma linfoblástico. En el estudio de médula ósea, la infiltración del 80% blastos confirma el diagnóstico definitivo de leucemia linfoblástica aguda.

**Comentarios:** Creemos necesario recordar que una enfermedad oncológica puede simular un cuadro infeccioso de osteomielitis multifocal. Las técnicas de imagen nos aportan con gran sensibilidad la localización de la lesión, pero no son específicas para distinguir entre ambas entidades, siendo necesaria la biopsia para llegar a un diagnóstico certero, siempre que haya algún signo sugestivo de malignidad.

## P229 18:00 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MASA ABDOMINAL EN UN ADOLESCENTE

Andere Egireun Rodríguez, Inés Marrodan Ciordia, A Itzea Echebarria Barona, Ana Fernández-Teijeiro Álvarez, Itziar Astigarraga Aguirre, María Aurora Navajas Gutiérrez  
Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

**Antecedentes:** Ante una masa abdominal sin clínica común que la explique debemos estar alerta ante la posibilidad de tumor abdominal. En adolescentes los más frecuentes son linfomas, carcinomas hepatocelulares, sarcomas de partes blandas y disgerminomas.

**Caso clínico:** Varón de 12 años de edad, previamente sano, que consulta por cuadro de fiebre de 6 horas de evolución con astenia y anorexia. A la exploración física se observa y se palpa masa dura con origen en fosa ilíaca derecha que sobrepasa línea media (17 x 18 cm de diámetro), no objetivada previamente. Ingresa para estudio de masa abdominal con sospecha inicial de linfoma; se realiza punción-biopsia guiada por ecografía cuyo resultado anatomopatológico es; tumor de estirpe sarcomatosa. El estudio de extensión resulta negativo. Se inicia tratamiento quimioterápico según protocolo para sarcoma de partes blandas, sin respuesta. En la evolución presenta múltiples complicaciones debidas al efecto masa (cuadro de oliguria por alteración de vía urinaria, pseudocclusión intestinal que precisa dieta absoluta y nutrición parenteral durante un mes con introducción progresiva de alimentación enteral). Ante la progresión tumoral, se decide cirugía con intención de resección total tumoral previa biopsia

intraoperatoria. Se realiza exéresis macroscópica completa de la masa, con resección intestinal e ileostomía proximal, sin complicaciones. Ante el hallazgo de masa que engloba intestino delgado, y descripción macroscópica del tumor se sospecha tumor gastrointestinal estromal (GIST). El estudio inmunohistoquímico, con negatividad de marcadores CD-34 y Ckit, descarta el GIST. El diagnóstico definitivo es compatible con fibromatosis abdominal agresiva, por lo que ante la evolución favorable postoperatoria se adopta actitud expectante. A los 4 meses de seguimiento postoperatorio sin más tratamiento, el paciente se mantiene con buen estado general, con ganancia ponderal de 4 Kg y controles de imagen sin evidencia de recurrencia del tumor.

**Conclusiones:** Ante una masa abdominal de presentación atípica, que no responde al tratamiento previsto y progresa, es obligado modificar la orientación diagnóstica y/o diagnóstico definitivo.

### P230 18:05 A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN ATÍPICA

Fernanda López González, Luis Manuel Prieto Tato, José Tomás Ramos Amador, José María Rodríguez Barbero, M<sup>a</sup> Goretti Robayna Torres, María del Pilar Antón Martín  
Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La enfermedad de Rosai Dorfman o histiocitosis sinusal con linfadenopatías masivas es una enfermedad histiocítica proliferativa definida por los hallazgos histológicos. Es más frecuente en niños y jóvenes. Suele debutar con linfadenopatías cervicales, aunque se ha descrito afectación extraganglionar en la mitad de los casos. Puede acompañarse de síntomas generales. Tanto su causa como su patogenia son desconocidas. Se considera un proceso benigno y generalmente la evolución es favorable sin tratamiento aunque se han empleado esteroides, quimioterapia y radioterapia. Se presenta un caso de enfermedad de Rosai Dorfman atípico diagnosticado en nuestro hospital discutiendo la clínica y el manejo.

**Caso clínico:** Niño de 3 años que presenta una lesión papulosa umbilicada de 3mm en región cervical sin otra clínica asociada. A la exploración destaca la lesión mencionada y microadenopatías laterocervicales. La histología de la lesión mostró proliferación histiocítica y gigantocelular, con empiropolesis y positividad a la proteína s100 (hallazgos anatómopatológicos que definen el cuadro). Un mes más tarde presentó erupción cutánea maculopapulosa pruriginosa en tórax y lesión cutánea en escroto. La biopsia de la piel en esta ocasión mostraba dermatitis crónica superficial con eosinofilia. Los estudios microbiológicos fueron negativos. En el estudio de extensión no se encontraron adenopatías ni otras alteraciones. El paciente no recibió tratamiento pero es sometido a revisiones periódicas, con evolución favorable y estabilidad de las lesiones en un periodo de 7 meses desde el diagnóstico.

**Conclusiones:** Las linfadenopatías cervicales son la manifestación más frecuente de enfermedad de Rosai Dorfman por lo que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de éstas,

principalmente si no responden a terapia antimicrobiana o esteroidea. La afectación exclusivamente cutánea, aunque descrita, es muy infrecuente. Dada la evolución favorable en la mayoría de las ocasiones, de entrada se recomienda actitud expectante.

### P231 18:10 UTILIZACIÓN DE LA TEMOZOLAMIDA EN EL CÁNCER INFANTIL. NUESTRA EXPERIENCIA

Virginia Ramos Martín, Ricardo López Almaraz, José Cayetano Rodríguez Luis, Mercedes Mateos Durán, Mercedes Murray Hurtado, Victoria Villanueva Accame, Ana Sancho Pascual, Alejandro Cobo Costa, Macarena González Cruz, Cristina Villafruela Álvarez  
Servicio de Pediatría y Unidad de Oncohematología del Hospital Universitario de Canarias, La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) y Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La temozolamida (TMZ) es un quimioterápico alquilante con excelente biodisponibilidad oral, buena penetración a través de la barrera hematoencefálica y perfil de baja toxicidad. Es muy bien tolerado en niños. Se está utilizando en tumores cerebrales y otros sólidos recidivantes-refractarios. Describimos nuestra experiencia con el uso de TMZ en niños con cáncer.

**Métodos:** Revisión descriptiva retrospectiva del total niños tratados en nuestro Servicio con TMZ oral, sola o asociada, en los últimos 6 años (2002-2007). Se analizaron: tumor de base, edad al diagnóstico, edad al comienzo con TMZ, indicación, respuesta al tratamiento, toxicidad, y calidad de vida. Las tasas de supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE) fueron calculadas usando el método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se incluyeron 4 pacientes (3 varones y 1 mujer): dos gliomas difusos de tronco, un ependimoma grado II de fosa posterior, y un neuroblastoma estadio IV. La edad media al diagnóstico fue de 6 años y medio (rango: 3-9 años), y la edad media al inicio del tratamiento con TMZ fue de 7 años y 3 meses (rango: 5-9 años). Las indicaciones de TMZ fueron: de elección en los dos gliomas de tronco (75 mg/m<sup>2</sup>/día + radioterapia, y posteriormente sola en ciclos cada 4 sms. a 200 mg/m<sup>2</sup>/día x 5 días), ependimoma en segunda recaída tras 3<sup>a</sup> cirugía total (sólo TMZ) y neuroblastoma refractario (asociada a irinotecan). Se administraron un total de 36 ciclos, con una media de 9 ciclos por paciente (rango: 2-19 meses). El tratamiento fue interrumpido en tres pacientes al comprobar progresión de la enfermedad (media de 7 meses tras iniciado; rango: 2-13 meses), produciéndose el éxitus poco después. El ependimoma se encuentra libre de enfermedad 19 meses después. Las náuseas/vómitos y la toxicidad hematológica fueron los efectos adversos más frecuentes, todos ellos leves-moderados. Ninguno ingresó durante el tratamiento y todos presentaron una escala de Karnofsky > 60.

**Conclusiones:** 1) La SLE de nuestra serie tratada con TMZ, principalmente tumores cerebrales, es del 25% al año y medio de iniciado el mismo. 2) TMZ oral tuvo una excelente tolerabilidad, con escasa toxicidad, principalmente náuseas el primer día del ciclo, permitiendo así una aceptable calidad de vida, evitando hospitalizaciones.

## P232 18:15 SARCOMA DE EWING: CLÍNICA. IMPORTANCIA DEL RETRASO DIAGNÓSTICO

María Rubio Murrillo, Laura Marcos Fuentes,  
Eduardo Quiroga Cantero, Catalina Márquez Vega,  
Gema Lucía Ramírez Villar, José Fernández Cantalejo  
Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** El Sarcoma de Ewing (SE) es el segundo tumor óseo maligno más frecuente en la edad pediátrica, diagnosticándose en la segunda década de la vida en la mayoría de los casos. Los síntomas habituales de comienzo son dolor óseo e inflamación de la articulación afectada. Su comienzo insidioso con síntomas similares a otras patologías banales retrasa en ocasiones el diagnóstico.

**Objetivos:** Valoración de los datos clínicos, tiempo de retraso diagnóstico (lag-time), localización y su relación con el pronóstico de la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en la Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.

Revisamos las historias clínicas de los pacientes pediátricos con SE desde Enero 2000 a Diciembre de 2007. Analizamos edad, sexo, síntomas al diagnóstico, lag-time, localización, presencia o no de metástasis y evolución posterior.

**Resultados:** El número de pacientes fue de 25, 15 niñas (60%) y 10 niños (40%). La edad media de presentación fue de 10,3 años (2-16 años). Los síntomas por orden de frecuencia fueron dolor óseo 92,3%, impotencia funcional 42,3%, masa de partes blandas 42,3%, compresión medular 25%, parestia de miembros 19,2%, fiebre 7,6%, síndrome constitucional 7,5%.

La localización fue axial en el 60% de los casos (pelvis 23%, columna 26%, costilla 11 y cráneo 3,8%) y de extremidades en el 40% de los mismos.

El lag-time osciló entre 0,3 meses y 61,3 meses con una media de 5,8 meses. Se detectaron metástasis al diagnóstico en 4 niños (15,4%).

La Supervivencia Libre de Enfermedad es del 46,15% y la Supervivencia Global de 88,5% actualmente.

**Conclusiones:** Los signos clínicos más frecuentes del SE son el dolor, la impotencia funcional y la masa de partes blandas. El tiempo de retraso diagnóstico es de aproximadamente 6 meses. Para determinar su influencia en el pronóstico es necesario un estudio más amplio de casos.

## P233 18:20 HEMANGIOMAS INFANTILES PAROTÍDEOS: TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN EN UNA SERIE DE 8 CASOS

Isabel Vera Arlegui, Leyre Aguado Gil, Ainhoa Largo Iglesias, Luis Sierrasesúмага Ariznavarreta, Ignacio Sánchez-Carpintero Abad  
Departamento de Pediatría y Departamento de Dermatología de la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (Navarra).

**Introducción:** La patología de la glándula salival es poco frecuente pero más de un tercio ocurre en niños. (tabla diagnóstico diferencial de masa en parótida). La mayoría de las lesiones palpables en las glándulas salivares mayores son de etiología tumoral, localizándose el 80% en la parótida y de estas el 80% son benignas (mas frecuentemente vasculares). Los hemangiomas infantiles (HI) son los tumores benignos mas frecuentes de la

edad infantil. El 60% se localiza en cabeza y cuello. Los corticoides orales son el tratamiento de elección en HI complicados. En los HI localizados (ej. parótida) puede ser una alternativa eficaz la administración intralesional, minimizándose así los efectos secundarios.

**Material y métodos:** Hemos tratado a 8 pacientes con HI parotídeos en fase proliferativa (edad al inicio del tratamiento: entre 4 y 16 meses). 6 con corticoides intralesionales y 2 orales. 7 de ellos tenían afectación cutánea. El número de infiltraciones realizadas varió entre 1 y 3. La dosis administrada fue: triamcinolona 40 mg + dexametasona 6 mg. En 6 de ellos se trató a la vez el componente superficial con láser de colorante pulsado. Tratamos también 1 paciente de 4 meses con prednisona oral (3 mg/kg/día) y el paciente 8 asociado a vincristina. Todos presentaron muy buena respuesta, con reducción marcada del volumen (excepto el paciente 8), más evidente en los casos tratados en los primeros meses de vida. No hemos observado efectos sistémicos. (Se incluyen fotos pre y post-tratamiento)

**Conclusión:** A pesar de su baja frecuencia es importante hacer una buena anamnesis y examen físico detallados para realizar un correcto diagnóstico. Hay distintas modalidades terapéuticas de los HI; deben aplicarse según la edad, el tamaño, ubicación y etapa de crecimiento o involución. El pediatra debe conocer esta patología, sus posibles tratamientos y complicaciones para orientar adecuadamente cada caso y derivar cuando sea preciso al dermatólogo. Es importante el diagnóstico y sobretodo el tratamiento precoz para evitar el crecimiento, las complicaciones (ulceraciones) y desfiguración asociadas. Los HI con afectación de la parótida responden a la administración intralesional de corticoides de manera muy satisfactoria en esta serie y podrían ser la mejor alternativa terapéutica, evitando la administración de corticoides orales que se asocia a más efectos secundarios.

## INFECTOLOGÍA

### Sala 15-16 (Planta Alta) P234 17:00 MENINGITIS ASÉPTICAS DURANTE 2006-2007 EN UN HOSPITAL

Sonsoles San Román Pacheco, Ana Coral Barreda Bonis,  
Fernando del Castillo Martín, Fernando Baquero Artigao,  
Gonzalo Botija Arcos, Agustín Remesal Camba  
Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Materno Infantil La Paz,  
Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La meningitis es un proceso potencialmente grave que afecta a la población infantil, siendo la más frecuente la de etiología vírica. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar las características epidemiológicas y clínicas de dicha patología en nuestro centro.

**Métodos:** Se revisan retrospectivamente los casos de meningitis aséptica en niños < 14 años diagnosticados en nuestro servicio en el periodo comprendido entre enero del 2006 y diciembre 2007, atendiendo a su edad, sexo, clínica de presentación, características bioquímicas, citológicas y microbiológicas del LCR.



**Resultados:** De los 57 casos diagnosticados como meningitis vírica, 27 son varones (48%), con una media de edad 4,63 años. Hay un pico estacional durante los meses de mayo y junio (51%). Como manifestaciones clínicas iniciales, presentaron fiebre el 77% de los casos (44 pacientes), cefalea un 55% (31) y vómitos un 53% (30). El LCR mostró glucorraquia  $\geq 50$  mg/dl en el 78% (45 muestras) y proteinorraquia  $\geq 45$  mg/dl en el 52% (30). La citología del líquido mostró predominio polimorfonuclear en un 57% (32 muestras), linfocitario en 25% (14) e indeterminado en 18% (10). Entre los hallazgos microbiológicos encontramos que el enterovirus fue el único virus aislado, representando un 10% de los casos.

**Conclusiones:** Las meningitis víricas se presenta especialmente durante los meses de mayo y junio. Los pacientes más afectados tienen una media de edad de 4 años, manifestando principalmente fiebre, cefalea y vómitos.

En el LCR el hallazgo de glucosa  $< 50$  mg/dl hacen poco probable la etiología vírica. En la fase aguda se aprecia un predominio de polimorfonucleares (57% de los casos) en el LCR. El agente causal más frecuentemente aislado en cultivo de LCR fue el enterovirus.

### P235 17:05 MASTOIDITIS AGUDA: CASUÍSTICA DE LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS

Cristina María Suarez Castañón, María Morán Poladura, Carlos Pérez Méndez, Javier Melgar Pérez, Eva María Fernández Fernández, María Fernández Díaz, Rafael Pardo de la Vega, Cristina Molinos Norniebla, Cristina Menéndez Arias, M. Nuria Fernández González

Servicio de Pediatría del Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias).

**Objetivos:** Conocer las características clínicas de los pacientes ingresados por mastoiditis en nuestro hospital.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de mastoiditis en pacientes menores de 14 años ingresados en nuestro hospital entre el 1 de Enero de 1997 y el 31 de Diciembre de 2007.

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes (54% varones) con una edad media de 35,5 meses. Siete casos tuvieron lugar en el año 2007. El 28% refería antecedentes de otitis recurrentes. El 61% de los pacientes recibía tratamiento antibiótico en el momento del diagnóstico. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (86%) y otalgia (64%). El 96% presentó tumefacción, eritema y/o despegamiento en la región retroauricular; el 36% presentaba otorrea. En dos casos la otoscopia se describió como normal. El recuento leucocitario fue superior a  $15.000/\text{mm}^3$  en el 79% de los casos. El valor medio de la PCR fue 79,3 mg/dl, siendo superior a 100 mg/dl en el 48% de los casos. Se obtuvo muestra para cultivo en 21 niños siendo este negativo en el 60% de los casos; *S. pneumoniae* y *P. aeruginosa* (3 casos cada uno) fueron los patógenos hallados con más frecuencia. El tratamiento empírico inicial incluyó una cefalosporina parenteral de tercera generación en 26 casos (asociada a cloxacilina en 7). La mediana de la duración del tratamiento parenteral fue 6 días (rango: 3-24). Se realizó miringotomía en el 53,6% de los pacientes. Seis pacientes precisaron cirugía. Las complicaciones registradas fueron: un caso de cofofisis (en un paciente con laberintitis por *S. aureus*), una parálisis facial, un absceso subperióstico temporal y un colesteatoma. La estancia media en el hospital fue de 8 días.

**Conclusiones:** La mastoiditis aguda continúa siendo una complicación relativamente frecuente de la otitis media aguda y es responsable de una considerable morbilidad. *Streptococcus pneumoniae* y *Pseudomonas aeruginosa* son los agentes etiológicos más frecuentes. La práctica de una miringotomía evacuadora, parte fundamental del tratamiento se realiza en poco más de la mitad de los casos. Es necesario observar la evolución en los próximos años para comprobar si el aumento de la incidencia observado en el año 2007 se mantiene.

### P236 17:10 COMPLICACIONES DE LA SINUSITIS AGUDA: UNA REVISIÓN DE 10 AÑOS

Jorge López González, Tamara Angulo Sacristán,

Rubén Martín de la Vega, María Penín Antón,

José Ángel Gómez Carrasco, Enrique García Frías

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

**Introducción:** La sinusitis aguda es una patología frecuente en la edad pediátrica, que puede complicar hasta el 5% de los cuadros catarrales y que generalmente responde bien al tratamiento antibiótico de forma ambulatoria. Pero en ciertas ocasiones surgen complicaciones que no por poco frecuentes dejan de ser irrelevantes.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Pediatría de nuestro hospital en los últimos 10 años y que presentaron complicaciones relacionadas con sinusitis aguda.

**Resultados y discusión:** 43 pacientes fueron ingresados en nuestro servicio con diagnóstico de sinusitis aguda. Excluyendo a aquellos pacientes que como única complicación presentaron celulitis de cualquier localización, nuestra población a analizar se limita a 8 pacientes (19%); inmunocompetentes todos ellos. La media de edad fue de 9,8 años y la distribución por sexos fue: 50% mujeres y 50% varones.

Seis sujetos (75%) presentaron absceso subperióstico requiriendo cirugía dos de ellos. Dos pacientes (25%) presentaron complicaciones intracraneales (empiema subdural y absceso epidural) requiriendo ambos cirugía. Cinco (62,5%) habían recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso y un paciente quedó con secuelas al alta (crisis comiciales, parálisis del VII par y hemiparesia izquierda).

**Conclusiones:** Un porcentaje nada despreciable de las sinusitis agudas presenta algún tipo de complicación. Por ello creemos importante un seguimiento adecuado y pormenorizado de esta patología en la edad pediátrica junto con la realización de pruebas de imagen precoces en aquellos casos de evolución no esperada.

### P237 17:15 ADENITIS POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS. A PROPÓSITO DE 5 CASOS

Sara Kanaan Leis, Manuela Muriel Ramos,

Dorotea Fernández Álvarez, Enrique de Goicoechea Manzanares,

Candela Martínez Hernández, Gloria M. Escudero Bueno

Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

**Introducción:** La linfadenitis es la forma clínica más frecuente de infección por micobacterias no tuberculosas en la infancia. Representa el 10-20% de las adenitis en preescolares. Su fre-

cuencia es máxima entre los 2-5 años. En la actualidad la causa más frecuente es la infección por MAC (*Mycobacterium avium*) (70-80%).

**Objetivo del estudio:** Describir las características clínico-evolutivas, diagnósticas y terapéuticas de 5 pacientes afectados de adenitis por micobacterias atípicas. Señalar también la utilidad en el diagnóstico diferencial con *M.tuberculosis* de pruebas "in vitro" de Interferón γ específico.

**Material y métodos:** En la tabla de pie de página se describen la observación clínica -analítica de los pacientes.

**Conclusiones:** Todos nuestros pacientes presentan menos de 5a (edad señalada de mayor incidencia). Estas adenitis han tenido un curso crónico con tendencia a la fistulización como ocurrió en 3 de nuestros pacientes. La exéresis quirúrgica es el tto de elección y fue practicada en 2 de nuestros pacientes. El tto médico debe reservarse para casos en los que la familia rechace la cirugía, afectación extensa o no haya resección total y es la asociación de macrólidos y rifabutina la más empleada. La prueba de tuberculina puede ser + lo cual exige diagnóstico diferencial con infección por *M.tuberculosis*. La determinación de IFNγ específico discrimina a los individuos sensibilizados por *M.tuberculosis* de los que han recibido vacuna y de los expuestos a otras micobacterias.

**P238** **17:20**  
**ESPONDILODISCITIS EN PEDIATRÍA. REVISIÓN DE NUESTROS CASOS**

M. Isabel Serrano Robles, Nuria Espinosa Seguí, Manuel Roig Riu, Luis Moral Gil, Carlos Rodríguez Martínez, Fernando Goberna Burguera  
 Hospital Vega Baja, Orihuela (Alicante).

**Antecedentes y objetivos:** La discitis o espondilodiscitis es una inflamación del disco intervertebral y vértebras adyacentes de fisiopatología incierta y buen pronóstico.

Se presenta con síntomas inespecíficos como rechazo a la deambulación y sedestación, irritabilidad en lactantes o dolor de espalda en niños mayores.

Realizamos un análisis retrospectivo de los casos diagnosticados de discitis a raíz de un nuevo caso. Se analizan los síntomas de presentación, diagnóstico inicial y pruebas complementarias realizadas, así como el retraso en el diagnóstico.

**Métodos:** Realizamos una revisión de los casos diagnosticados de espondilodiscitis en nuestro hospital desde 1991 hasta 2007.

**Resultados:** Se trata de 3 casos: Una niña de 5 años que consulta por marcha antiálgica con el antecedente de absceso lumbar hace 5 meses, en la que encontramos un mantoux positivo y tras la biopsia cutánea es diagnosticada de espondilodiscitis tuberculosa (Mal de Pott).

Un paciente de 11 años que consulta por dolor lumbar y abdominal con fiebre, en un primer diagnóstico se trata como viria-

sis y posible traumatismo lumbar. Dado el tiempo de evolución la radiografía nos da el diagnóstico de discitis dorsal.

Por último un niño de 24 meses que consulta por cojera en pierna derecha en aumento hasta un rechazo de la deambulación y sedestación acompañado de sudoración nocturna, febrícula y estreñimiento. Se consideran los diagnósticos de sinovitis transitoria de cadera, proceso linfoproliferativo, neuroblastoma entre otros hasta que la RM nos da el diagnóstico de espondilodiscitis lumbar.

La evolución en todos los casos ha sido favorable con tratamiento antibiótico/antituberculoso e inmovilización de la zona.

**Conclusiones:** Es preciso un alto nivel de sospecha, en los 3 casos la inespecificidad de los síntomas nos hace pensar en patologías más frecuentes como primer diagnóstico, y la realización de pruebas innecesarias. La normalidad radiológica en las primeras semanas es causa de confusión inicial, siendo la técnica de elección la RM. La negatividad en los cultivos suele ser la norma. Recomendamos también la realización de mantoux para descartar enfermedad tuberculosa.

**P239** **17:25**  
**TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS. ESTUDIO COLABORATIVO ENTRE EL BANCO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL Y EL HOSPITAL GENERAL**

Cristina Parada Barba, Elena Montesinos Sanchís, Consuelo García Vicent, María Teresa Fraile Fariñas  
 Banco de Sangre de Cordón Umbilical de la Comunidad Valenciana Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología del Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

**Fundamento:** En nuestro medio ya existe la Enfermedad de Chagas, debido a los movimientos migratorios.

**Objetivo:** Diagnóstico precoz y tratamiento de la infección por *Trypanosoma cruzi* (*Tc*), en RN, hijos de madres seropositivas para la enfermedad.

**Caso clínico:** RN hijo de madre proveniente de Santa Cruz-Bolivia, reside en España desde 2002; durante su último parto donó el Cordón Umbilical, realizamos la prueba de detección de anticuerpos frente al *Tc*, como a todas las donantes procedentes de zonas endémicas. Las pruebas resultaron positivas. Se citó a la madre y al niño, para confirmarlos. Durante la entrevista previa y consentimiento informado, vimos que la madre vivió en zona endémica, conocía el vector y había oído hablar de la enfermedad, pero no sabía la sintomatología y nunca se le había realizado la detección de la enfermedad. A la madre se le realizó serología por Inmunoprecipitación (IP-Diamed), ELISA (Dade Behring), Inmunofluorescencia Indirecta (IFI-Inverness Medical). Al niño: IFI-IgM, PCR y microhematocrito, como protocolo para el diagnóstico de la transmisión vertical, todas dieron positivas. El niño se derivó a la consulta de infecciosas de pediatría del hospital, donde con los resultados aportados, la exploración clínica, una analítica básica, radiografía de tórax

	Caso-1	Caso-2	Caso-3	Caso-4	Caso-5
Edad	1 año	2,5 años	2a y 8 m	22 meses	1a y 6 m
Adenopatía.	Axilar	Mandibular	Mandibular	Cervical	Mandibular
Tuberculina	Positiva.IFNγ específico	Positiva.IFNγ específico	Positiva	Positiva	Negativa
Etiología	MAC	Cultivo	MAC	<i>M.Lentiflavum</i>	M.malmoense
Tto	Médico+Qx	Médico	Médico	Médico	Médico + Qx

y ECG se diagnosticó Enfermedad de Chagas Congénita en Fase Aguda asintomática. A través de este caso se estudió a sus dos hermanos diagnosticando al mayor de 7 años (nacido en Bolivia) de Enfermedad de Chagas en Fase Crónica Indeterminada. En ambos se inició tratamiento con Benznidazol (5 mg/kg/día) durante 60 días. En los controles de seguimiento realizados durante el tratamiento no se observó efectos secundarios por el mismo. Se consiguió la negativización de la PCR para Tc a las 3 semanas de tratamiento, lo que es indicativo de buena respuesta al mismo, quedando pendiente la negativización de la serología durante la evolución, que indicaría la curación de la enfermedad.

**Conclusiones:** La importancia de conocer la posibilidad del diagnóstico precoz de la infección por Tc durante la infancia, sobre todo en el periodo neonatal a través de sangre del cordón ofrece la posibilidad de su curación evitando la evolución de la enfermedad a fase crónica en edad adulta donde es más difícil de curar.

## P240 17:30 FEBRE ESCARO-NODULAR, UMA DOENÇA ENDÊMICA EM PORTUGAL. DEZ ANOS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA (1997-2006)

Leonor Salicio Geanini, Mara Silva Ferreira, Tânia Martins Monteiro, Miguel Almeida Santos, Horácio Paulino  
Servicio de Pediatría del Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Algarve (Portugal).

A febre escaro-nodular é uma doença endémica em Portugal, com sazonalidade estival que atinge todos os grupos etários mas preferencialmente as idades pediátricas. O diagnóstico baseia-se na tríade clínica de febre, exantema que atinge palmas e plantas e escara de inoculação que acontece 3 a 7 dias após mordedura de uma carraça infectada. É uma doença de declaração obrigatória (DDO) no nosso país, com uma média de 620 casos por ano entre 1997 e 2006.

Realizou-se um estudo epidemiológico retrospectivo dos casos de febre escaro-nodular notificados à Direcção-Geral de Saúde num período de dez anos (1997 a 2006). Pretende-se caracterizar a doença em relação à distribuição por regiões e subregiões, grupos etários, sexo, sazonalidade e evolução temporal.

Foram utilizados os dados do registo de DDO da Direcção-Geral de Saúde e da Administração Regional de Saúde do Algarve. A região do Alentejo apresentou a taxa de incidência mais elevada, ainda que o Centro tenha sido a região que mais casos notificou. Na Região Autónoma dos Açores apenas se notificou um caso. Os distritos de Coimbra e o de Beja foram os que tiveram mais casos; Viana do Castelo e Braga foram os que menos notificaram. No Algarve foram notificados 284 casos, com maior número no concelho de Silves.

O grupo etário entre os 0 e os 14 anos representa 48% das notificações. A distribuição por sexos foi bastante homogénea nestas idades. Verificou-se predominio de casos no terceiro trimestre de cada ano. O número de casos notificados de doença entre 0 e 14 anos diminuiu ao longo destes anos, com máximo de 501 em 1997 e mínimo de 146 em 2006.

A febre escaro-nodular é uma doença frequente (entre as mais declaradas em Portugal) mas em decréscimo, sendo mais prevalente entre os 0 e os 14 anos. Na criança com febre com vários dias de evolução e exantema atingindo palmas e plantas devemos considerar esta hipótese e examinar integralmente a

superfície corporal procurando a escara de inoculação que confirmará o diagnóstico.

## P241 17:35 CONJUNTIVITIS BACTERIANA EN NUESTRA ÁREA

Ana Castillo Serrano, M. del Carmen Carrascosa Romero, María Terrasa Nebot, Olga García Mialdea, Lourdes García Villaescusa, Jorge Víctor Sotoca Fernández, Purificación Robles Domínguez  
Servicio de Pediatría y Servicio de Microbiología del Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

**Antecedentes y objetivos:** La conjuntivitis es la infección ocular más común en la infancia, habitualmente de carácter autolimitado. El objetivo de esta revisión es conocer la frecuencia, distribución y patrones de sensibilidad de las bacterias aisladas en exudados conjuntivales de pacientes pediátricos.

**Métodos:** Se analizaron los cultivos de exudados conjuntivales de pacientes pediátricos, remitidos al laboratorio del 01/01/2004 al 31/12/2006. En los casos en que se realizó la toma de ambos ojos, se procesó sólo un aislamiento por paciente. Se establecieron 2 grupos de edad: grupo 1, lactantes y grupo 2, entre 2 y 14 años.

**Resultados:** Se procesaron 471 muestras de 401 pacientes (recogida bilateral sólo en 70) y se incluyeron en el estudio un total de 206 patógenos. El 86% de las muestras procedían de pacientes ingresados; estos cultivos presentaron una positividad global del 46,5% frente a la cercana al 90% que se obtuvo en frotes de pacientes ambulatorios. Se recuperaron 1 o más microorganismos en 265; en un tercio se aislaron *Estafilococos* coagulasa negativa u otras bacterias de la flora normal conjuntival. En 20 muestras se aislaron 2 o más patógenos, siendo la combinación más frecuente *S. pneumoniae* + *H. influenzae* (n = 5). Entre los lactantes ingresados, las Enterobacterias representaron el 42,6% y para los pacientes ambulatorios de este mismo grupo, estas bacterias representaron el 19% y *H. influenzae* el 42,8%. En el grupo 2 los más frecuentes fueron *H. influenzae* (46,6%) y *S. pneumoniae* (57,1%) en ingresados y no ingresados, respectivamente. El estudio de sensibilidad muestra un porcentaje de cepas resistentes de *E. coli* a gentamicina del 4,8% y a ciprofloxacino del 14,3%; el resto de Enterobacterias fueron sensibles a estos antibióticos. Todas las cepas de *H. influenzae* y *S. pneumoniae* fueron sensibles a ciprofloxacino y rifampicina.

**Conclusiones:** 1) Las Enterobacterias son los agentes etiológicos más prevalentes entre lactantes ingresados; para el resto de grupos lo son *H. influenzae* y *S. pneumoniae*. 2) Elevado porcentaje de aislamientos de *Estafilococos* coagulasa negativa y escasa recogida de muestras bilaterales, lo que dificulta su valoración. 3) Cultivo de exudado conjuntival como herramienta diagnóstica de uso predominantemente hospitalario y en casos ambulatorios seleccionados. 4) Todos los patógenos aislados mostraron buena sensibilidad a los colirios de uso habitual.

## P242 17:40 LEPRA TUBERCULOIDE

Anna Ruiz Llobet, Eva Bargalló Aylagas, María Dolors Casellas Vidal, Antoni Bergadà Masó, Susana Uriel Prat, Lluís Mayol Canals  
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

**Introducción:** Presentamos el caso de una niña de 11 años procedente de la India con el diagnóstico de lepra tuberculoides.

**Observación clínica:** Paciente de 11 años adoptada de la India 2 años antes. Antecedentes preadopción desconocidos. En el curso de un ingreso por un absceso cerebeloso se realiza estudio de una mancha hipopigmentada con halo eritematoso en parte anterior del tobillo derecho. La niña recuerda haber tenido esa mancha siempre, sin cambios de tamaño ni antecedentes traumáticos o de quemadura sobre la zona. Presenta sensibilidad fina y profunda, abolidas sobre la lesión. Se realiza interconsulta a dermatología que realiza biopsia de la lesión obteniéndose en la anatomía patológica dermatitis granulomatosa compatible con lepra tuberculoides. Se inicia tratamiento con rifampicina y sulfona con buena evolución clínica.

**Conclusiones:** La lepra es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium leprae* (o bacilo de Hansen) poco contagiosa, que se transmite de persona a persona mediante la convivencia con enfermos que presentan formas multibacilares y que no han recibido tratamiento. El período de incubación es de unos 5 años pero la aparición de síntomas puede acontecer hasta 20 años después. A pesar de que en nuestro medio es una patología extremadamente poco frecuente la inmigración ha hecho resurgir enfermedades que parecían olvidadas pero que debemos tener presentes.

## P243 17:45 FIEBRE, ASTENIA Y LESIONES MICRONODULARES HEPÁTICAS

Manuel Antonio Fernández Fernández, Jesús Brea Páez, Borja Croche, Ana Porras González, Ignacio Obando Santaella  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Caso Clínico:** Niña de 4 años que ingresa por cuadro de dolor en hipocondrio derecho acompañado de febrícula, astenia y pérdida de peso de 15 días de evolución. Se realizó ecografía en AP apreciándose lesiones hepáticas nodulares múltiples. *AF:* tía materna con hábito tabaquito tosedora. En la exploración solo destacaba una discreta hepatomegalia con. En analítica solo se apreció una ligera elevación de transaminasas (GOT 75, GPT 89,) y de la VSG, 48 mm. En la TC abdominal se apreciaron múltiples lesiones hepáticas focales (imagen 1) de predominio en lóbulo derecho y área periférica y tamaño entre 2 mm y 3 cm. Rx torax normal. La serología de brucela, bartonela, virus hepatotropos, ANA, y anti LKM y la determinación de la ECA fueron negativas o normales respectivamente. Se realizó una determinación complementaria que arroja una importante clave diagnóstica.

**Discusión:** La realización de IDR de Mantoux fue positiva con 18 mm. El estudio familiar determinó la existencia de TBC pulmonar en la tía materna. Con la sospecha de TBC hepática primaria se realizó biopsia que se informó como proceso granulomatoso con necrosis caseosa y celular multinucleadas gigantes tipo Langhans. La PCR del material de biopsia fue positiva para *M. tuberculosis*. Se inició tratamiento según pauta habitual de enfermedad tuberculosa evidenciándose la resolución clínica y por imagen del proceso. Este paciente presentó una tuberculosis multinodular hepática, en ausencia de enfermedad miliar o pulmonar activa. Esta entidad es muy rara y ha sido descrita sobre todo en pacientes de países en desarrollo o con síndrome de inmunodeficiencia adquirido. El patrón de imagen de estas lesiones es relativamente no específico y se requiere a menudo confirmación histológica o microbiológica, especialmente por

PCR como sucedió en este caso. La presentación clínica y de imagen de estos paciente de tipo pseudotumoral obliga a considerar un amplio espectro de cuadros en el diagnóstico diferencial incluyendo entre otros a procesos neoplásicos, sarcoidosis, hepatitis autoinmune y procesos infecciosos de tipo granulomatoso. Esta cuadro nos recuerda que el pleomorfismo de la tuberculosis, que puede ocasionalmente remedar cuadros tumorales con afectación hepática prominente.

## P244 17:50 FRACTURA PATOLÓGICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA

Alicia González Jimeno, Sonsoles Galán Arévalo, Ana María García Sánchez, Clara Villalba Castaño, Begoña Losada Pinedo, Carlos Vela Valdecabres  
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

La tuberculosis (TBC) ósea y articular es infrecuente, constituye el 2% de todas las tuberculosis y el 10-35% de las de causa extrapulmonar. La clave del diagnóstico se basa en la historia clínica que debe incluir lugar de nacimiento, historia familiar o contacto con caso índice.

**Caso clínico:** Niña 8 meses que presenta dolor y menor movilidad del brazo derecho, desde hace quince días. Afebril, no síndrome constitucional. Antecedentes personales sin interés. Antecedentes familiares: tío materno con TBC tratada y abuelo materno diagnosticado de tuberculosis a los 4 meses del nacimiento de la niña. *Exploración física:* Brazo y hombro derecho doloroso a la palpación, sin signos inflamatorios locales. Impotencia funcional a la abducción, flexión y extensión del hombro derecho. Otorrea purulenta derecha. Resto de exploración sin alteraciones significativas. *Exploraciones complementarias:* leucocitosis con elevación de PCR, hormonas y marcadores tumorales normales. Rx brazo derecho: fractura metaepifisaria de tercio proximal de húmero derecho. Radiografía de tórax: Infiltrado en lóbulo medio y superior derecho con ensanchamiento mediastínico. RMN brazo derecho y gammagrafía ósea compatible con osteomielitis húmero derecho. Hemocultivos: negativos.

**Evolución:** Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso empírico con Cefotaxima y Cloxacilina y se procede al drenaje quirúrgico de la lesión con curetaje de las zonas de secuestro. En la muestra se observa osteomielitis granulomatosa compatible con tuberculosis; se realiza Mantoux que es positivo. Previa recogida de cultivos, se instaura tratamiento antituberculoso con buena evolución.

**Comentarios:** El inicio de la tuberculosis ósea es insidioso, con dolor local como manifestación principal. En ocasiones la falta de sospecha clínica ocasiona un retraso en el diagnóstico especialmente en pacientes con radiografía de tórax normal. Puede afectar a cualquier hueso y si esta afectación es múltiple llevar al diagnóstico erróneo de metástasis tumorales ya que no existen hallazgos radiológicos patognomónicos de TBC ósea. El tratamiento se basa en los mismos regímenes terapéuticos que la TBC pulmonar. Tradicionalmente la duración es entre 12-18 meses por la baja penetración del fármaco en el tejido óseo y fibroso. Estudios recientes aconsejan reducir la pauta a 6 meses siempre que se incluya la Rifampicina, ampliando la duración a 9-12 meses en pacientes con enfermedad diseminada o mala respuesta al tratamiento.

## P245 17:55 CELULITES ORBITÁRIA E PERIORBITÁRIA-REVISÃO DE 7 ANOS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

António Augusto Vinhas da Silva, Ana Luísa Leite,  
Eduarda Marques, Cláudia Pedrosa

Servicio de Pediatría del Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia  
(Portugal).

**Introdução:** A celulite da região orbitária é uma doença relativamente frequente na idade pediátrica e classifica-se em duas entidades distintas: a celulite periorbitária e a celulite orbitária. A celulite orbitária é uma situação rara, mas com complicações potencialmente graves.

**Objectivos:** Rever a epidemiologia e orientação diagnóstica e terapêutica das crianças internadas com o diagnóstico de celulite da região orbitária.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo das crianças internadas com o diagnóstico de celulite orbitária e/ou periorbitária entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2007.

**Resultados:** Neste período foram internadas 71 crianças (64 com celulite periorbitária e 7 com celulite orbitária). A maioria dos casos ocorreu em menores de 5 anos (67%), sem diferença significativa na distribuição dos casos em relação ao sexo ou à estação do ano. O principal factor precipitante identificado foi a sinusite (33% na celulite periorbitária e 100% na celulite orbitária). Outros factores precipitantes identificados foram: conjuntivite (19%), traumatismo (16%), abscesso dentário (16%) e picada de insecto (10%). Clínicamente, todas as crianças apresentaram edema e rubor da região orbitária, sendo identificada febre em metade dos casos. A proptose e a dor com os movimentos oculares, respectivamente verificaram-se em 57% e 71% dos casos de celulite orbitária. A hemocultura requisitada em 44 crianças (62%), foi positiva em 2 casos (4,5%) com isolamento de *Streptococcus oralis* e *Streptococcus anginosus*. A tomografia computadorizada (TC) foi solicitada em 39 doentes (55%). A monoterapia foi efectuada na maioria das crianças (93%), sendo o antibiótico mais utilizado a cefuroxima (46%), seguido da ceftriaxona (18%) e amoxicilina + ácido clavulânico (13%). A antibioterapia combinada foi utilizada apenas em crianças com envolvimento orbitário. Em 2 casos foi necessária intervenção cirúrgica.

**Conclusões:** A sinusite é o principal factor precipitante das celulites da região orbitária. A TC é o exame de eleição no diagnóstico diferencial entre celulite periorbitária e orbitária. Apesar da atitude conservadora nos casos de celulite orbitária, a evolução foi favorável em todas as crianças, excepto numa criança que apresentou como complicações: meningite e trombose do seio cavernoso.

## P246 18:00 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS TRANSVERSOS Y SIGMOIDEOS COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS AGUDA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M<sup>a</sup> Carmen De Mingo Alemany, María Cernada Badía,  
David Gallego de la Sacristana, Begoña Ferrer Lorente,  
Emilio Monteagudo Montesinos

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Las complicaciones intracraneales de la otitis media aguda (OMA) son procesos graves pero poco frecuentes sobretudo desde el uso generalizado de antibióticos.

Presentamos el caso de una paciente de 8 años con OMA complicada con mastoiditis tratada con amoxicilina-clavulánico los 5 días previos, que consulta por diplopia. Se objetiva paresia del VI par de ojo derecho y edema de papila bilateral. Se realiza angiografía en la que se evidencia trombosis parcial del seno transversal y sigmoideo izquierdo, así como otomastoiditis y sinusitis etmoidal bilaterales. Con heparinización, corticoides iv y tratamiento antibiótico (ATB) iv (ceftriaxona y vancomicina/teicoplanina) se produce una rápida mejoría de la paresia del VI par y de del papiledema bilateral, sin otras complicaciones, no precisando tratamiento quirúrgico. En angiografía de control se evidencia retracción del trombo en su diámetro transversal, sin objetivarse progresión del mismo.

La tromboflebitis del seno sigmoideo y transversal se produce por invasión del vaso tras erosión ósea en una mastoiditis, o porque los mediadores inflamatorios de la mucosa timpánica y/o mastoidea alcanzan el seno sigmoideo por la vena emisaria. La parálisis del VI par se produce por inflamación del tejido perineural por extensión del trombo al seno petroso inferior, que relaciona el seno sigmoideo con el seno cavernoso. El edema de papila bilateral es consecuencia de una elevada presión intracraneal. El diagnóstico y tratamiento precoces con heparina y ATB, así como corticoides si existe hipertensión intracraneal o extensión del trombo, mejora el pronóstico. La indicación quirúrgica varía según autores. Algunos practican mastoidectomía sólo en caso de complicaciones neurológicas. Otros intervienen si a las 48 horas de ATB iv no hay mejoría, variando la técnica de elección según el caso (mastoidectomía, ligadura de la vena yugular interna o trombectomía).

En los casos de tratamiento inadecuado y diagnóstico tardío el pronóstico es sombrío. Si el tratamiento es correcto y precoz se consigue la curación en el 80% de los casos. De ahí la importancia de sospechar esta complicación en pacientes con otomastoiditis y diplopia.

## P247 18:05 LEISHMANIASIS VISCERAL: REVISIÓN DE CASOS EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS

María Ángeles Requena Fernández, Tania Sempere Serrano,  
Amalia Devesa Balmaseda, Alicia Lizondo Escuder,  
Ana María Fortea Palacios, María José López García,  
Francisco Núñez Gómez

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

**Antecedentes y objetivos:** La leishmaniasis visceral sigue siendo un problema relativamente frecuente en nuestro medio. El objetivo de este estudio es analizar el patrón clínico, el tratamiento y la evolución de esta enfermedad en los últimos años.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo mediante la revisión de los casos de leishmaniasis visceral diagnosticados en nuestro centro entre Abril de 1997-Junio de 2007.

**Resultados:** Se diagnosticaron 7 casos: 4 niños (edad media: 20 meses) y 3 niñas (edad media: 2,5 años). **Antecedentes familiares:** en un caso el padre había sido diagnosticado de leishmaniasis visceral 6 años antes. **Antecedentes personales:** linfocitosis hemofagocítica en un caso. Contacto con animales: dos pacientes tenían perro. Síntomas al ingreso: fiebre de larga evolución y decaimiento. Exploración clínica: hepatosplenomegalia, adenopatías y palidez cutáneo-mucosa en el 85% de los casos. **Pruebas complementarias:** pancytopenia,

elevación de PCR e Ig G en todos ellos. Antígeno de *Leishmania* positivo en orina en 3 pacientes, serología de *Leishmania* positiva en 2 pacientes, visión directa de *Leishmania* en aspirado de medula ósea en 4 casos y cultivo del protozoo en aspirado medular en un caso. **Tratamiento:** en los 4 primeros años se administró antimoniato de meglumina (4 casos), mientras que en los diagnosticados posteriormente se empleó anfotericina B liposomal. La evolución fue favorable en 5 casos, con reducción progresiva de la fiebre, pancitopenia y hepato-esplenomegalia, mientras que los otros 2 pacientes precisaron pautas de tratamiento más intensas que la estándar para conseguir su curación. Se ha empleado PCR de *Leishmania* en sangre periférica para el seguimiento de los dos últimos casos diagnosticados, resultando predictor de las sucesivas recaídas que experimentó uno de los pacientes.

**Conclusiones:** La tríada fiebre, pancitopenia y hepato-esplenomegalia sigue siendo guía en el diagnóstico de leishmaniasis visceral. Destacamos la dificultad para el aislamiento del protozoo en el cultivo de aspirado medular. El tratamiento más establecido en los últimos años es la anfotericina B liposomal. La PCR de *Leishmania* en sangre periférica es un método útil de seguimiento de estos pacientes.

## P248 18:10 INFECCIONES OSTEOARTICULARES ATÍPICAS. PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS

Javier Calzada Barrena, Miriam Palacios López,  
María José Azanza Agorreta, María Amalia Pérez Sáez,  
Elisabeth Blarduni Cardón, Leonor Arranz Aranda  
Servicio de Pediatría del Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa.

**Introducción:** Las infecciones osteoarticulares en pediatría se producen con mayor frecuencia en los huesos largos o grandes articulaciones de extremidades inferiores. A menudo se relacionan con traumatismos previos. Presentamos 4 casos con características clínicas atípicas.

**Caso 1:** Lactante de 15 meses que consulta por irritabilidad y llanto continuo. Rechaza la deambulación. No antecedente traumático previo. **Exploración:** febrícula y pierna derecha en rotación externa y flexión, dolorosa a la palpación. Inicialmente se sospecha artritis reactiva, aunque al 2º día de ingreso presenta fiebre alta y empeoramiento clínico. **RMN:** sacroileitis izquierda. Evolución favorable tras introducción de antibioterapia.

**Caso 2:** Niño de 10 años, diagnosticado previamente de celulitis de talón, acude por empeoramiento clínico. **Exploración:** febril, pequeña pápula en zona lateroinferior de talón derecho sobre placa de celulitis. **RMN:** osteomielitis de calcáneo. Cultivo positivo a *S. Aureus*. Tratamiento antibiótico y quirúrgico con buena evolución.

**Caso 3:** Lactante de 10 meses que acude por dolor y movilidad disminuida en pierna izquierda.

**Exploración:** febril, con tumefacción y derrame en rodilla izquierda. Hemocultivo y cultivo de líquido articular positivo a *Kingella Kingae*. Evolución favorable con antibioterapia.

**Caso 4:** Niño de 13 años que acude por fiebre, dolor e impotencia funcional de codo izquierdo. No traumatismo previo. **Exploración:** febril. Codo izquierdo tumefacto, caliente, doloroso a la movilización. Hemocultivo positivo a *S. Aureus*. Evolución favorable tras antibioterapia.

**Discusión:** Si bien la afectación de huesos largos y grandes articulaciones de EEII es más frecuente, deben tenerse en cuenta otras localizaciones. *S. Aureus* sigue siendo el agente causal más frecuente, aunque *Kingella* es un patógeno emergente, que además ofrece dificultades para su aislamiento. La RMN y gammagrafía presentan alta sensibilidad diagnóstica. Evolución generalmente favorable tras tratamiento antibiótico y/o quirúrgico.

## P249 18:15 TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE EN UN NIÑO PREESCOLAR

Manoel Muñiz Fontán, Nuria Fernández Quiroga,  
Marisa Pérez del Molino, Victoria Tuñas Bastida,  
Fernando Álvez González, Manuel López Rivas

Servicio de Pediatría, Servicio de Microbiología y Unidad de Tuberculosis del Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela (A Coruña).

**Antecedentes y objetivos:** La tuberculosis multirresistente (TBMR) o tuberculosis resistente a isoniazida y rifampicina es una entidad emergente en los últimos 20 años en diversas zonas del mundo. En España disponemos de pocos datos sobre la situación de este problema, aunque el aumento de la población inmigrante procedente de países que no disponen de programas de control de TB, hace pensar que esta entidad se irá incrementando. El objetivo es presentar el primer caso de TBMR en un niño en nuestra área sanitaria y las dificultades de su confirmación diagnóstica.

**Caso clínico:** Niña de 2 años y medio, que presenta tos desde hace 3 meses, inicialmente seca y productiva en el último mes. No refieren fiebre, anorexia, pérdida de peso, cansancio ni sudoración nocturna previamente. Contacto familiar frecuente con una tía materna diagnosticada tres meses antes de TBMR a INH y RFP. Se realizó PPD a los familiares, siendo positivo en ambos abuelos maternos y negativo en la paciente y sus padres. Debido a la persistencia de la tos y los antecedentes familiares se realiza una Rx tórax, en la que se observa una condensación pulmonar basal, motivo por lo que la remiten a nuestra Servicio, para completar estudio. La exploración física, hemograma, bioquímica, VSG, estudio inmunológico y análisis de orina han sido normales y el Mantoux (2), BAAR en aspirado gástrico y esputo inducido y el cultivo en medio Lowenstein negativos. Ante la ausencia de datos de TB se realiza broncoscopia y lavado broncoalveolar en el que se confirma, mediante amplificación de ADN, la presencia de *M. tuberculosis*. Ante estos hallazgos y la existencia de contacto familiar con TB, se diagnostica de TBC multirresistente y se recomienda tratamiento con etambutol, levofloxacino, pirazinamida y estreptomina durante 3 meses, continuando con etambutol y levofloxacino y pirazinamida hasta completar los 18 meses. La evolución ha sido favorable, observando buena tolerancia del tratamiento y normalización clínico-radiológica de la paciente.

**Conclusión:** La confirmación diagnóstica de TB resultó laboriosa debido a la negatividad de PPD, reactantes y BAAR en esputo y aspirado gástrico, precisando para ello de técnicas invasivas. La utilización de fármacos de segunda línea en el tratamiento la TB exigió un seguimiento continuo de los posibles efectos tóxicos.

## P250 18:20 FARINGOAMIGDALITIS POR ADENOVIRUS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Maria Dolors Llop Viñolas, Mireia Rosell, Francis Coll, Marc Tobeña, Rocío Rodrigo, Rocío Cebrián, Mónica Sancosmed Ron, Ignasi Calicó, Fernando Alfonso Moraga-Llop

Servicio de Pediatría General y Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Antecedentes y objetivos:** Las infecciones por adenovirus son muy frecuentes en niños. A pesar de que la mayoría de las infecciones son autolimitadas, algunos niños son hospitalizados o reciben tratamiento antibiótico innecesario. El objetivo del estudio es describir las características epidemiológicas y clínicas de los niños con cultivo faríngeo positivo para adenovirus visitados en nuestro servicio de urgencias.

**Métodos:** Revisamos las historias clínicas de todos los niños visitados en el servicio de urgencias de nuestro centro entre enero y diciembre de 2007 con cultivo faríngeo positivo para adenovirus.

**Resultados:** Se identificaron 53 casos (26 mujeres, 27 varones) con una edad media 2,27 años (DE  $\pm$  1,27). El 53% de los casos se observaron en otoño. Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron: exudados faringoamigdalares (100%), fiebre (95%), adenopatías laterocervicales (73,6%) y catarro de vías altas (23,1%). En un 30,2% de los casos se realizó analítica sanguínea con una cifra mediana de leucocitos de  $15,3 \times 10^9/L$  (7,8-29,3) y una PCR mediana de 9 mg/dl.(0,46-20,7)

El 100% de los casos presentó un cultivo positivo para adenovirus en el frotis faringoamigdal. En un 96,7% el cultivo a bacterias resultó negativo y en dos niños se aisló *Streptococcus pyogenes*.

Un 24% de los niños había recibido tratamiento antibiótico previo en el momento de la visita y en un 60% de los casos se prescribió tratamiento antibiótico al alta. Un 17% de los niños volvieron a consultar en urgencias en las primeras 72 horas tras la visita inicial. Un 13% de los pacientes fueron ingresados por fiebre, leucocitosis, elevación de los reactantes de fase aguda y sospecha de infección bacteriana de foco no faringoamigdal (estancia media 2,9 días).

**Conclusiones:** La faringoamigdalitis por adenovirus cursa habitualmente con fiebre elevada, exudados faringoamigdalares, leucocitosis y elevación de PCR.

La coinfección con *Streptococcus pyogenes* es poco frecuente. La infección por adenovirus da lugar con frecuencia a tratamientos antibióticos e ingresos hospitalarios innecesarios además de sobrecargar los servicios de urgencias.

## P251 18:25 INTERNAMENTOS POR VARICELA

Alexandra Vasconcelos, Raul Martins, Maria Joao Brito  
Hospital Fernando Fonseca, Lisboa (Portugal).

**Introdução:** A varicela é uma doença exantemática benigna da infância mas pode cursar com complicações potencialmente graves. Em Portugal estas infecções não são de declaração obrigatória. A maioria dos internamentos ocorre em crianças com menos de 3 anos de idade e sem factor de risco prévio. No que se refere às complicações não há dados nacionais publicados.

**Objetivos:** Análise das características dos internamentos por varicela.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos das crianças internadas por varicela entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2007 (3 anos). Analisaram-se dados sociodemográficos e epidemiológicos, clínica e doença concomitante, terapêuticas e evolução.

**Resultados:** Registaram-se 54 crianças com uma distribuição semelhante ao longo dos anos, idade média de 2,5 anos (10 dias-12 anos), 58% do sexo masculino. Oito crianças (14%) apresentavam doença crónica: eczemas (4), APLV (2), imunodeficiências HIV (1), LLA (1). Em 18 casos (33%) verificou-se contexto epidemiológico intrafamiliar, em 17% escolar, 4% hospitalar e em 46% dos casos a fonte de contágio era desconhecida. O tempo médio entre o início da doença e o internamento foi de 3,3 dias. O motivo de internamento foi varicela complicada em 36 casos (66,7%) risco de varicela grave em 6 (11%), varicela durante o internamento em 2 (4%). As complicações foram cutâneas em 64% dos casos, respiratórias em 14%, digestivas em 8%, neurológica 1,6%, osteoarticular 1,6% e fascíte necrotizante 1,6%. Das crianças com complicações cutâneas 43% tinham tomado previamente ibuprofeno. A duração média do internamento foi de 9 dias (2-72 dias) com um custo médio de 1.543€/doente (547€-8000€). A criança com fascíte necrotizante ficou com cicatrizes cutâneas extensas mas a evolução clínica foi boa nos restantes casos.

**Comentários:** Em Portugal a administração da vacina contra a varicela de forma individual e não universal, não tem diminuído o número de complicações na idade pediátrica.

## PSIQUIATRÍA Y MEDICINA DEL ADOLESCENTE

### Sala 19-20 (Planta Alta)

## P252 17:00 INGRESOS EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL. REVISIÓN DE UN PERIODO DE 6 MESES

Leonor Liquete Arauzo, Enrique Pérez Ruiz, Carlos Imaz Roncero, Soraya Geijo Uribe

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid y Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

**Objetivos:** Se ha evidenciado, que en los últimos años, se viene produciendo una creciente necesidad de ingresos de menores por causa psiquiátrica. Esto ha llevado, entre otras medidas a la apertura de nuevas unidades de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil. Con este estudio, pretendemos definir las características más relevantes de estos pacientes.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo de todos los ingresos psiquiátricos acacidos en los 6 primeros meses de funcionamiento de una de estas unidades. El periodo analizado comprende de agosto de 2007 a enero de 2008 ambos inclusive.

**Resultados:** De los 63 ingresos efectuados, sólo 8 fueron reingresos (12,6%). El 48% eran niños frente al 52% de niñas. Las

edades de los pacientes estuvieron comprendidas entre los 5 y los 17 años con una clara desviación hacia las edades mayores (El 85% de la muestra eran niños mayores de 12 años) La edad media fue de 13,13 años para los niños y de 14,18 para las niñas. Como dato sociodemográfico más relevante, se identificaron problemas familiares en el 55% de los casos.

En cuanto a los diagnósticos, los más frecuentes fueron: Trastornos adaptativos (30%); Trastornos de la conducta alimentaria (27%); Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (12%); Autismo y enfermedad de Asperger (11%); Trastornos del estado de ánimo (9,5%).

**Conclusiones:** Dada la abundante psicopatología observada en la actualidad en todas nuestras consultas, sorprende no encontrar en nuestro medio estudios de envergadura que se ocupen de analizar con más detalle las peculiaridades de este tipo de pacientes, cada día más numeroso.

## P253

17:05

### INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTES

Esperanza Navarro Pardo, Miguel Tortajada Girbes, Juan Carlos Meléndez Moral

Unidad de Salud Mental y Unidad de Pediatría del Centro de Salud de Catarroja, Valencia y Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

**Antecedentes:** La atención primaria pediátrica es un espacio privilegiado para la detección e intervención precoz de los problemas psicológicos en la edad pediátrica. No obstante, los trabajos con este tipo de muestra son escasos y recientes.

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de los trastornos psicológicos en esta franja de edad.

**Material y método:** Estudio descriptivo de 588 pacientes de edades comprendidos entre los 1 y 18 años de edad, derivados por los pediatras de un área de atención primaria de Valencia a la unidad de salud mental de la infancia y adolescencia de este departamento durante el período comprendido entre los años 2003-2008. Para ello se utilizó una entrevista clínica estructurada en la que se recogieron variables de tipo demográfico, clínico, social, familiar, escolar, etc. Los diagnósticos se codificaron mediante el DSM-IV-TR. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 14.

**Resultados:** Respecto a la edad, la media fue de 12,9 años, y la desviación típica 4,02. En cuanto al género, un 62,7% son varones y un 37,3% mujeres. De los 588 pacientes, en el 20,1% (118) de los pacientes atendidos no se evidenció ningún trastorno psicopatológico, mientras que en el 79,9% (470) restante sí se estableció diagnóstico clínico, siendo los tipos de trastornos más frecuentes: 1) trastornos de la conducta (21,5%), 2) trastornos de ansiedad (16,4%), 3) trastornos por déficit de atención e hiperactividad (10,9%), y 4) trastornos de la eliminación (enuresis y encopresis) (9,1%).

**Conclusiones:** 1) Nuestros datos son coherentes con los encontrados en otros trabajos. 2) Se constata la necesidad de proseguir e incrementar la interrelación entre las dos especialidades con el propósito de una detección precoz de este tipo de patología en la edad pediátrica. 3) Resaltar la importancia del concepto de salud integral, de la pediatría desde el modelo biopsicosocial, lo que mejoraría la capacidad diagnóstica e intervención precoz en estos trastornos.

## P254

17:10

### TAXA DE COBERTURA VACINAL CONTRA O VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO EM ADOLESCENTES: UM ANO APÓS A SUA INTRODUÇÃO EM PORTUGAL

Bárbara Pereira, Henedina Antunes

Unidad de Adolescentes del Servicio de Pediatría del Hospital de São Marcos, Braga (Portugal).

**Introdução:** A vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV) foi introduzida, em Portugal, em Janeiro de 2007, com a indicação de vacinação do sexo feminino, entre os 9 e os 26 anos, de preferência antes de iniciar actividade sexual.

**Objetivo:** Determinar a taxa de cobertura vacinal (TCV) para a vacina contra o HPV, em adolescentes, de ambos os sexos, um ano após a sua introdução em Portugal.

**Métodos:** Foi proposto ao Conselho Executivo de uma Escola Secundária, com uma população de 1124 alunos, a participação num questionário. Variáveis analisadas: sexo, idade, ano de escolaridade, início de relações sexuais, uso ou não de preservativo e vacinação contra o HPV. Os questionários só foram preenchidos com autorização por escrito dos encarregados de educação.

**Resultados:** Foram obtidos 395 questionários, dos quais 73,9% (n = 292) do sexo feminino e 26,1% (n = 103) do sexo masculino, com idades entre 14 e 20 anos (mediana: 16 anos). Dos adolescentes estudados, foram vacinados 3% (n = 12), todos do sexo feminino, correspondendo a uma TCV nas adolescentes de 4,1% ] intervalo de confiança (IC) a 95%, 1,8%-6,3%]. Cinco com 15 anos, 2 com 16 anos, 4 com 17 anos e 1 com 19 anos. Das adolescentes vacinadas, nove não tinham iniciado actividade sexual e três (2 de 16 anos e 1 de 17 anos) que já a tinham iniciado, registaram ter usado preservativo. Do grupo de adolescentes não vacinados (n = 383), 25,3% (n = 100) já tinham iniciado actividade sexual, e destes, nove não utilizaram preservativo. Os que iniciaram actividade sexual (n = 103) tinham mediana de 17 anos (mínimo: 15 anos; máximo: 20 anos).

**Conclusões:** A TCV da vacina contra o HPV foi orientada para as indicações propostas, visto apenas o sexo feminino estar vacinado, com uma prevalência de 4,1% [IC95%: 1,8%-6,3%], com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, em que a maioria ainda não tinha iniciado actividade sexual. Esta vacina teve uma TCV baixa, comparando, por exemplo, com a vacina contra o *Haemophylus* tipo b, que ao fim de 6 meses da sua introdução apresentava 25% de TCV. A baixa TCV da vacina contra o HPV, um ano após a sua introdução em Portugal, é um argumento a favor da necessidade da introdução no Plano Nacional de Vacinação, o que se vai verificar ainda este ano.

## P255

17:15

### PROTECÇÃO SOLAR NA ADOLESCÊNCIA: ATITUDES E CONHECIMENTOS

Miguel Salgado, Ana Torres, Hugo Rodrigues, Cristiana Ribeiro, Sandrina Martins, Joana Rios Lopes, Helena Sousa, Idalina Maciel, Teresa Bernardo

Centro Hospitalar Alto Minho, Viana do Castelo (Portugal).

**Introdução:** Os adolescentes têm comportamentos de risco segundo a Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo. É crucial evitar os efeitos deletérios da radiação ultra-violeta (UV), que podem verificar-se 10-20 anos depois.



**Objetivos:** Avaliar atitudes e conhecimentos dos adolescentes sobre fotoprotecção.

**Material e métodos:** Estudo transversal por questionários anónimos (N = 532), numa escola. Tratamento informático com SPSS-15.0.

**Resultados:** A média de idades foi 16,5 anos e a distribuição por género idêntica. Residem na cidade 40%. Os fotótipos mais prevalentes foram o III (42,1%) e o IV (29,3%). Sofreram raramente/nunca queimaduras solares 54,1%. A maioria bronzeia com relativa facilidade, mas só 69,3% faz protecção. Fotoprotecção unicamente na praia em 58%, nas horas de maior intensidade UV 26,8% e em qualquer ocasião 7,5%. Não fazem fotoprotecção: 25% dos fotótipos I e II, 30% dos III e IV e 38% dos V e VI. Escolhem o protector solar 75%, somente na praia 70,1%, frequentemente 77,2% e obrigados pelos pais 58,9%. Utilizam protector solar isoladamente 59,7% e 27,2% associam outras medidas. Dos fotótipos I e II, 54,9% usam protector com factor inferior a 30; mas 80,9% dos restantes fotótipos utilizam maior ou igual a 15. O tempo médio de aplicação do protector antes da exposição é 22 minutos e o de renovação 3horas. A baixa cosmeceuticidade é uma desvantagem significativa do uso do protector. Não gostam de utilizar 51,7% e é desnecessário 21,6%. Apesar de 96,4% considerarem o protector importante, só é imprescindível para 24% e reconhecem os riscos do não uso 45,1%. A importância deste é transmitida sobretudo por familiares, amigos e profissionais de saúde. A utilização de bronzeador é 25% e 1,4% refere não ser fotoprotector. O chapéu/boné é usado em 8,7%; óculos em 19,6%; e o protector labial em 21,3%, sem o objectivo de protecção 46%. A hora média de chegada de manhã à praia é 9h30, com regresso às 12h20 e à tarde às 14h45, para «aproveitar mais o tempo» (47%) e por «não dar jeito» (22%).

**Discussão e conclusão:** A exposição solar incorrecta, mesmo intermitente, associa-se a maior risco de neoplasia maligna cutânea. Face aos resultados, é fundamental continuar a educar para prevenir.

## P256

### TRASTORNOS MENSTRUALES ENTRE LAS ADOLESCENTES PROCEDENTES DEL MEDIO URBANO DE OURENSE

María Paz Vior Álvarez, Javiera Francisca Hurtado Díaz, Ariana Pellitero Maraña, Mónica Mantecón Ruiz, M<sup>a</sup> Elena Porta Dapena, María Andrea Táboas Pereira, Yolanda Pérez Saldeño, Federico Martín Sánchez  
Complejo Hospitalario, Ourense.

**Justificación:** La aparición de la menstruación precisa del normal funcionamiento del sistema reproductor y endocrino. Es por ello importante conocer los patrones de normalidad para reconocer posibles patologías.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia, características y repercusiones de los trastornos menstruales entre las adolescentes provenientes del medio urbano de Ourense.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta transversal, voluntaria y anónima, a adolescentes mujeres provenientes de dos institutos de la ciudad de Ourense. El tamaño muestral es de 114 (precisión de un 8% con un nivel de confianza del 95%). Análisis estadístico con el programa SPSS 14.0.

**Resultados:** La edad media de la muestra es de 15,18 años (entre 11 y 18 años). La edad media de la menarquia es de 12 años. La duración media del ciclo es de 30,86 días. La duración media

del periodo es de cinco días. Un 95,6% de las encuestadas (109 niñas) han presentado algún trastorno, siendo el más frecuente la dismenorrea (100 niñas, 87,7%), seguido del síndrome premenstrual (85,1%, 100 niñas) y la hemorragia uterina disfuncional (41,2%, 47 niñas). La amenorrea es el menos frecuente, con un 21,9% (25 niñas). Dentro de la dismenorrea, lo más común es el dolor abdominal en un 84% (84 niñas), seguido del dolor lumbar (40%, 40 niñas). Produce ausencia de clase en un 38% (38 niñas). Toman fármacos para los síntomas 65 niñas (65%); siendo el más usado el ibuprofeno (51%) seguido del paracetamol (21%). Consultaron a su médico o pediatra a causa de estos síntomas 17 niñas (17%). En cuanto al síndrome premenstrual, el cansancio y la mastalgia son los más frecuentemente referidos (48,5% cada uno, 47 niñas). Produce una modificación en los hábitos de vida diaria en un 41,2% (40 niñas) y consultan a su médico o pediatra 12 niñas (12,4%). Existe una asociación estadísticamente significativa entre las que padecen dismenorrea y las que padecen síndrome premenstrual ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Los trastornos menstruales son una patología muy frecuente entre las adolescentes orensanas, que afectan a la mayoría de las niñas. A pesar de que afecta a la vida diaria es muy bajo el número de niñas que realizaron una consulta a su médico o pediatra.

## P257

### TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTICOS Y ESTREPTOCOCO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Elena Bermúdez de Castro López, Raquel Gastón Eresu, M. Cruz Monterde Bartolomé, Elidia Medina, José Casas Rivero  
Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid y Centro de Salud de Soto Real, Madrid.

PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococci) es un síndrome descrito recientemente (1998), por lo que existen aún muchas controversias sobre su fisiopatología, su tratamiento, e incluso sobre su existencia. Está desencadenado por una infección por el estreptococo del grupo A, produciéndose una reacción autoinmune entre diversas proteínas del germen y los linfocitos B de pacientes susceptibles (con proteína D8/17 en sus linfocitos). La DSM IV ha definido los siguientes criterios: 1) Inicio antes de la pubertad. 2) TOC y/o tics. 3) Curso episódico con exacerbaciones bruscas. 4) Alteraciones neurológicas (movimientos coreiformes). 5) Relación temporal entre la infección por SGA y las exacerbaciones.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Niña de 6 años que, 15 días después de una amigdalitis aguda que fue tratada con amoxicilina, comenzó con pensamientos y acciones obsesivas. El frotis faríngeo posterior resultó negativo y los títulos de ASLO fueron positivos. Ante la sospecha clínica de PANDAS, se trató de nuevo con amoxicilina e indicaciones conductuales, con mejoría de la clínica. *Caso 2:* Niño de 6 años que presentó bruscamente síntomas obsesivos y fobias tras amigdalitis aguda 15 días antes. El frotis faríngeo para SGA y los títulos de ASLO fueron positivos. Tras tratamiento con amoxicilina, desaparecieron los síntomas.

**Conclusiones:** El tratamiento antibiótico puede revertir la clínica del PANDAS, lo que va a favor de la etiología bacteriana del cuadro. Se ha descrito que en caso de clínica incapacitante podría ser útil la plasmaféresis, justificando así la fisiopatología autoinmune. Se discute si sería eficaz realizar profilaxis de las exacerbaciones mediante amigdalectomía o con antibióticos a

17:25

17:20

largo plazo. El conocimiento de este cuadro es importante para su sospecha clínica y para el adecuado diagnóstico y tratamiento antibiótico precoz, que en ocasiones puede resolver totalmente el cuadro.

**P258****17:30****PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE ENTRE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL (USMI) Y LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA**

María José Gil Domínguez, José Antonio Villegas Rubio, Rosario Alonso Cuesta, Gema Lucía Ramírez Villar, Catalina Márquez Vega, Eduardo Quiroga Cantero

Unidad de Oncología Pediátrica y Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** El diagnóstico de la enfermedad oncológica en un niño puede suponer una debacle en la estabilidad emocional y psicológica de una familia. Con el fin de detectar este problema y de ofrecer una herramienta de apoyo a las familias y a los sanitarios dedicados a su atención, se crea este programa que lleva varios años desarrollándose y que forma parte estable y consolidada de las actividades generales de cada una de las unidades.

**Actividades y resultados:** El programa se desarrolla fundamentalmente en forma de Sesiones clínicas semanales en las que interviene psiquiatría infantil, enfermería de enlace de la unidad de salud mental infantil, oncología pediátrica, enfermería de la unidad de oncología y residentes de ambas especialidades. El volumen de trabajo es de aproximadamente 20-30 casos nuevos al año, 40 casos al año en seguimiento con un total de 100 consultas al año. A parte de atender a los problemas específicos que puedan presentar los pacientes y sus familiares a lo largo del desarrollo del tratamiento y seguimiento de la enfermedad, se desarrollan proyectos como el de Musicoterapia o el Vídeo informativo de psicoprofilaxis quirúrgica. Si su severidad lo requiere, los trastornos mentales específicos primarios o reactivos de los pacientes oncológicos pediátricos son derivados para su tratamiento concreto en las consultas de la USMI. También se trata de detectar patología mental en los progenitores, previa al diagnóstico de la enfermedad del hijo, para facilitar el manejo por parte del personal sanitario, y derivar a psiquiatría de adultos, si fuera preciso.

**Conclusiones:** El programa constituye un instrumento útil para el abordaje de la patología psíquica primaria descompensada o reactiva tanto en el momento del diagnóstico de la enfermedad oncológica como a lo largo del desarrollo del tratamiento en el paciente pediátrico y en sus familiares. Así mismo, es de gran ayuda como guía al personal sanitario que desempeña la delicada función de atender y cuidar a estos pacientes. Además de constituir un elemento de formación interesante para los residentes, resulta en una rica lección sobre la vida, el amor y el dolor que estas familias nos ofrecen a nosotros.

**P259****17:35****OSTEOMIELITIS VERTEBRAL EN ADOLESCENTE AFECTO DE ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN**

Sara Jimeno Ruiz, Raquel Martín Molina, M. Mercedes Bueno Campaña, Clara Molina Amores, Raquel Mata Fernández, Mercedes Mitjavilla Casanovas  
Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

**Introducción:** La enfermedad de Scheuermann, de etiología desconocida, es la causa más frecuente de cifosis en adoles-

centes. Se caracteriza por acunamiento en 3 vértebras contiguas, irregularidades de los platillos y degeneración discal prematura. Afecta a 1-8% de la población general, aunque su incidencia real podría ser mayor.

**Caso clínico:** Varón de 14 años con antecedentes familiares de cólico nefrítico, que presenta dolor lumbar intermitente de 3 días de evolución, irradiado a fosa lumbar izquierda, que aumenta con los movimientos y se acompaña de fiebre de 39,5°C. A la exploración física el abdomen es doloroso a la palpación en flanco izquierdo, con puñopercusión renal izquierda positiva. Resto sin hallazgos. Estudio inicial con hemograma y bioquímica anodinos, PCR 122 mg/L, sedimento de orina y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Ingresos con el diagnóstico de sospecha de cólico nefrítico/pielonefritis aguda con cefuroxima iv, previa recogida de hemocultivo, urocultivo y exudado faríngeo. A las 48h persisten fiebre elevada y dolor lumbar. Cultivos negativos. Nuevo control analítico con persistencia de PCR elevada (203 mg/L). *Reexploración física:* importante cifosis dorsal y dolor a la presión de D10 y articulaciones sacroilíacas. Se cambia el tratamiento a cefotaxima y se solicita una gammagrafía ósea que muestra un aumento de reacción osteogénica en D10. El TAC pone de manifiesto lesiones compatibles con E. de Scheuermann junto con aumento de partes blandas en torno a D10. Mediante RMN se confirma osteomielitis en D10 y E. de Scheuermann de D8 a D10. Se asocia cloxacilina al tratamiento, con mejoría progresiva del dolor, desaparición de la fiebre y descenso de reactantes de fase aguda. Se mantiene 10 días terapia parenteral y se continúa con amoxiclavulánico oral hasta completar 6 semanas, con normalización de VSG. Evoluciona favorablemente con leve contractura muscular paravertebral, en ausencia de lesiones óseas agudas en el control radiológico. Seguimiento por parte de Traumatología por E. de Scheuermann.

**Discusión:** La osteomielitis es una causa de fiebre sin foco a cualquier edad. La exploración física cuidadosa es un pilar fundamental en su diagnóstico. La cifosis dorsal marcada en un adolescente debe hacer sospechar E. de Scheuermann. No hemos hallado en la literatura ninguna descripción de osteomielitis sobre cuerpos vertebrales afectados de E. de Scheuermann.

## CUIDADOS INTENSIVOS Y NEUROLOGÍA

**Sala 21 (Planta Alta)****P260****17:00****COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL**

M<sup>a</sup> Teresa Rives Ferreiro, Miguel Ángel Delgado Domínguez, Juan José Menéndez Suso, Pedro de la Oliva Senovilla, Paloma Dorao Martínez-Romillo, José Antonio Ruiz Domínguez  
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

El trasplante hepático en niños precisa una asistencia ventilatoria postquirúrgica no exenta de complicaciones. Hemos revisado la ventilación mecánica (VM) y las complicaciones respiratorias en 176 niños trasplantados en los últimos 3 años.

La VM debe ser lo menos agresiva posible, con modalidades controladas por presión, bajas FiO<sub>2</sub> y PEEP, así como frecuencia y volumen tidal ajustados.

La VM de forma prolongada aumenta el riesgo de infección nosocomial y los días de estancia en UCIP, debiendo realizarse la extubación lo antes posible. La extubación precoz se planteará cuando el paciente esta hemodinámicamente estable y con una asistencia respiratoria mínima, sin disfunción del injerto o exceso de presión intraabdominal.

En nuestra serie, 32 de los 176 pacientes presentaron signos de dificultad respiratoria postextubación que obligaron a la instauración de VM no invasiva (CPAP o BIPAP), estando indicada la reintubación ante aumento de los signos de insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica, como prevención de la hipoxia y su repercusión sobre el órgano trasplantado.

La complicación fundamental en estos niños está en relación con la frecuente desproporción injerto-cavidad abdominal del receptor (hasta el 59% precisaron malla de goretex antes del cierre definitivo). A ésta se suman, la presencia de dolor, ascitis, sangrado, íleo paralítico, rechazo del órgano trasplantado, alteraciones electrolíticas, sedación, tratamiento analgésico y relajación prolongada.

Las complicaciones pulmonares más frecuentes fueron derrame pleural derecho (35,2%), paresia diafragmática (31,3%), atelectasias (29%), broncoespasmo (9,7%), neumotórax (6,3%), neumonía nosocomial (5,7%), hemotórax (4%), SDRA (3,5%), hemorragias pulmonares, bronquiolitis y edema pulmonar (2,3%).

Otras complicaciones menos frecuentes fueron síndrome hepatopulmonar, quilotórax, aspiraciones, edema y estenosis traqueal, calcificaciones pulmonares y mediastínicas.

## P261 17:05 ENFERMEDAD DE WOLMAN: UNA ENFERMEDAD FATAL CON UN TRATAMIENTO POSIBLE

Pablo Oliver Goicolea, Ainhoa González de Zárate Pérez de Arrilucea, Ansara Castillo Marcaláin, Julio López Bayón, Yolanda López Fernández, Fco. Javier Pilar Orive

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

**Introducción:** La enfermedad de Wolman es una lipodosis congénita de herencia autosómico recesiva debida al déficit de la actividad de la lipasa ácida lisosomal. Sin tratamiento progresa rápidamente siendo el fallecimiento en pocos años la norma. Se ha comunicado que el trasplante de progenitores hematopoyéticos puede modificar su evolución.

**Caso clínico:** Lactante de 12 días que consulta por cuadro de vómitos biliosos, disminución de la ingesta oral y estancamiento ponderal. AF: padres consanguíneos. En la exploración física destaca coloración pajiza, aspecto distrófico y distensión abdominal. Durante su ingreso persiste la sintomatología a pesar de tratamiento con fórmula elemental y procinéticos. A los 30 días de vida ante empeoramiento clínico asociado a rectorragia, se decide laparotomía exploradora con hallazgos compatibles con divertículo de Meckel y malformaciones vasculares. Durante su posterior evolución, presenta vómitos, diarrea, mala ganancia ponderal, hepatoesplenomegalia y distensión abdominal progresiva. En el estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas se observa infiltrado masivo de histiocitos espumosos en lámina propia. Así mismo se detectan histiocitos vacuolados en médula ósea y vacuolización citoplasmática linfocitaria en

sangre periférica. Ante la presencia de un síndrome malabsortido y hallazgos compatibles con enfermedad de depósito, se plantea como primera posibilidad diagnóstica la enfermedad de Wolman, apoyada por la búsqueda ecográfica de calcificaciones bilaterales en médula suprarrenal. La confirmación diagnóstica se realiza mediante estudio genético (homocigoto para delección del exón 4 del gen LIPA) y actividad de lipasa ácida en fibroblastos (7,3% respecto a control). Una vez confirmado el diagnóstico se traslada al hospital de referencia donde se realiza trasplante de progenitores hematopoyéticos de cordón haploidéntico, siendo la evolución posterior satisfactoria.

**Conclusiones:** La enfermedad de Wolman es considerada una rara entidad de pronóstico fatal. Sin embargo, un diagnóstico y tratamiento temprano permite modificar su evolución al poder realizar un trasplante precoz antes de que aparezcan las complicaciones propias de la enfermedad.

## P262 17:10 SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICO ATÍPICO EN DOS CASOS DE NEUMONÍA NEUMOCÓCICA

Juan Alberto Piñero Fernández, Cinta Téllez González, José Ramón Fernández Frutuoso, Susana Beatriz Reyes Domínguez, María José Arroyo Marín, M. Cruz León León

Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Introducción:** El síndrome hemolítico-urémico (SHU) traduce una triada clínica característica consistente en anemia microangiopática, trombopenia e insuficiencia renal aguda (IRA). Constituye una causa frecuente de insuficiencia renal crónica en niños. La forma de presentación atípica es inusual, implicando mecanismos etiopatogénicos y esquemas terapéuticos propios. Presentamos dos casos de esta patología desencadenados por neumonías neumocócicas complicadas.

**Casos clínicos:** Lactantes de 12 y 18 meses que ingresan en UCIP por neumonía con derrame (LII / LSD respectivamente). Antecedentes: vacunación reglada, incluyendo antineumocócica heptavalente en ambos casos. Se realizó toracocentesis, con drenaje pleural. Evolutivamente se objetivan datos de IRA no oligúrica, trombopenia, y anemia. En frotis sanguíneo se observan esquistocitos indicativos de anemia microangiopática.

	Hb	Plaquetas	Urea	Creatinina
Caso I	5,3 g/dl	22.000 c/ml	134 mg/dl	0,81 mg/dl
Caso II	5,8 g/dl	9.000 c/ml	109 mg/dl	1,12 mg/dl

Tratamiento antibiótico con Cefotaxima, asociando Vancomicina en Caso II. Aislamiento en hemocultivo (Caso I) y líquido pleural (Caso II) de neumococo serotipo 19A (serotipo no vacunal). Evolución renal satisfactoria con tratamiento conservador, sin precisar técnicas de depuración extrarrenal. Ambas precisaron transfusiones de hematíes lavados. Tórpida evolución respiratoria en nuestro primer caso, con neumonía necrotizante y desarrollo de neumatoceles. Sepsis por Acinetobacter como complicación tardía en Caso II.

**Conclusión:** 1) En los casos descritos la forma de presentación fue semejante. 2) Evolución renal favorable, en contraste con la esperable agresividad de las formas atípicas. 3) Necesidad de transfundir hematíes lavados para evitar anticuerpos contra el

antígeno Thomsen. 4) SHU atípico debe ser considerado una potencial complicación de la neumonía neumocócica.

## P263 17:15 FORMA LETAL DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRÍA

Julio Parrilla Parrilla, Manuel Fernández Elias, José María Carmona Ponce, Macarena Taguas-Casaño Corriente, María Teresa Charlo Molina, Mercedes Loscertales Abril  
Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una entidad rara en pediatría por la menor incidencia de factores de riesgo. La necropsia aporta el diagnóstico en numerosos casos.

**Caso clínico:** Niño de 8 años con insuficiencia respiratoria aguda. Intervenido hace 2 meses con inmovilización prolongada de miembros inferiores. 24 horas previas, presenta dolor en miembro inferior izquierdo, y súbita cianosis, disnea y dolor torácico. Afectación del estado general, polipnea, tiraje intercostal, hipoventilación global y taquicardia, soplo sistólico 2/6. Febril. En hospital de procedencia se inicia tratamiento con enoxaparina (20UI). *Rx tórax:* infiltrados en ambas bases, gasometría arterial y *coagulación:* normal. El ECG, taquicardia sinusal (170). Trasladado a nuestro hospital, ingresa en UCIP, *PRISM:* 14 y *Glasgow:* 15. Palidez, sudoración profusa, cianosis labial. Taquicardia, taquipnea, aceptable entrada de aire bilateral. *SatO2:* 85% con oxígeno a 6 lpm. *TA:* 100/60 mmHg. *Rx tórax:* Infiltrado reticulo-intersticial bilateral de predominio en bases. *Hemograma:* Leucocitosis con neutrofilia, serie roja y plaquetas normales. *Estudio hematológico:* "Alargamiento TPTA (52 seg) no atribuible a dosis de enoxaparina, posible relación con inhibidores tipo lúpico". *Dímeros D:* 1.017 mcg/l. *Fibrinógeno:* 5,7 g/l. *Eco doppler:* "No se visualizan trombos en venas femorales ni poplíteas". *Ecocardiografía:* "Ventrículo derecho dilatado, deficiente contractilidad, insuficiencia tricuspídea, arteria pulmonar dilatada, con bajo flujo a su través. No se visualizan trombos en cavidades, datos sugestivos de TEP". Se inició ventilación mecánica, perfusión de heparina sódica (20 U/Kg/h), previo bolo inicial (75 U/kg). Se asoció activador tisular del plasminógeno (rt-PA), en perfusión (0,6 mg/kg/h), con bolo inicial (0,6 mg/kg). El paciente presentó un shock cardiogénico refractario, siendo éxitus a las 6 horas del ingreso en UCIP.

**Conclusiones:** 1) La sospecha clínica de TEP justifica iniciar la terapia anticoagulante con heparina. 2) Dímeros D > 500 tiene un alto valor predictivo negativo (> 96%), por lo que valores normales permiten no efectuar otras exploraciones adicionales. 3) Es preciso, establecer indicaciones claras en pediatría, sobre profilaxis con heparina de bajo peso molecular en pacientes con riesgo de TEP.

## P264 17:20 PSEUDOTUMOR CEREBRI: REVISIÓN DE CASOS

Carmen Montes Mendoza, María Dolores Ordoñez Díaz, Inmaculada Raya Pérez, Eduardo López Laso, Irene Rubio Gómez, Marina Calvo Fernández, Daniel Ruiz García, Rafael González de Caldas Marchal, Rafael Camino León, Ana María Collantes Herrera

Unidad de Neuropediatría del Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** El pseudotumor cerebri (PTC) es una entidad relativamente infrecuente en la infancia. Se define por un au-

mento de la presión intracraneal sin ventriculomegalia y citológica de LCR normal. En la mayoría de las ocasiones es idiopático, aunque se asocia a diferentes patologías así como al empleo o supresión de determinados fármacos.

**Estudio:** Presentamos la serie de casos de nuestro centro diagnosticados entre enero de 2006 y diciembre de 2007. Encontramos 7 pacientes, 4 niñas y 3 niños. La edad promedio fue de 8 años. Como antecedentes de interés destacaban: síndrome de Down en una paciente, y en otra, una otitis media aguda y sinusitis en las 3 semanas previas al diagnóstico. La forma de presentación más frecuente fueron las alteraciones visuales (diplopia y/o disminución de la agudeza visual). Tres pacientes no presentaron cefalea. Una paciente desarrolló el PTC en el contexto de una polirradiculoneuritis craneal y cervical asimétrica. La niña con síndrome de Down fue diagnosticada en una exploración oftalmológica de rutina. El tratamiento de primera elección fue acetazolamida, y con ella evolucionaron favorablemente 4 pacientes. 2 niños precisaron punciones lumbares repetidas; y otro, con severa afectación de la agudeza visual desde el inicio, precisó corticoides y finalmente una válvula de derivación ventrículo-peritoneal por refractariedad al tratamiento médico.

**Comentarios:** El examen del fondo de ojo es esencial en la valoración de todos los pacientes con alteraciones visuales, así como en los pacientes con cefalea y en aquellos con enfermedades asociadas a PTC. Destacamos la ya conocida asociación de síndrome de Down y PTC, así como el riesgo de la aparición de éste en el contexto de toda polirradiculoneuritis.

## P265 17:25 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO COMO CAUSA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Jorge Frontela Losa, Javier Perona Hernández, Vanessa Botella López, Ángela Sempere Pérez, Rocío Jadraque Rodríguez, Lucía Sanguino López  
Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario, Alicante.

**Introducción:** Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son entidades raras en pediatría, con una incidencia de 3/100.000 niños. Pueden ser de tipo oclusivo o hemorrágico. La clínica de presentación suele ser la de un déficit neurológico de comienzo agudo, que persiste más de 24 horas, evidenciándose un infarto o hemorragia cerebral en los estudios de imagen. Presentan una importante morbimortalidad, que puede disminuir con el diagnóstico y tratamiento precoces.

**Caso clínico:** Niña de 5 años que acude a nuestro servicio de urgencias remitida desde otro hospital por cuadro de déficit neurológico de 24 horas de evolución. La exploración física evidenciaba una hemiparesia derecha y una paresia facial derecha central. Como antecedentes de interés había presentado a los 22 meses una adenitis por *M. Avium*, tratada con antituberculosos, y una picadura de garrapata en el mes previo a su ingreso sin sintomatología aguda. La TAC y RMN evidenciaron una imagen a nivel de los ganglios basales izquierdos compatible con infarto isquémico. En el estudio etiológico se objetivó una CIA tipo Ostium Secundum de 7-9 mm, y una coagulación alterada, presentando anticuerpos antifosfolípido positivos. La niña se trató con heparina de bajo peso molecular durante la fase aguda y posteriormente con ácido-acetil-salicílico a dosis antiagregantes como profilaxis de nuevos episodios.

**Discusión:** Los ACV son poco frecuentes en pediatría, pero se deben tener en cuenta ante la presencia de clínica compatible. El espectro etiológico es diferente a los adultos, donde la arterioesclerosis es el factor etiológico más frecuente, incluyendo cardiopatías, estados protrombóticos, enfermedades metabólicas, vasculitis, anemia falciforme, anomalías vasculares congénitas, traumatismos, etc. Es importante identificar factores de riesgo, ya que muchos de estos pueden actuar de forma prolongada hasta la edad adulta. En nuestro paciente se consideró un síndrome antifosfolípido y la presencia de una CIA como factores de riesgo de ACV. El síndrome antifosfolípido es una enfermedad autoinmune en la que se existe una alteración de la coagulación, y que se caracteriza clínicamente por episodios trombóticos tanto arteriales como venosos.

## P266 17:30 INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL, ¿SÓLO BRONQUIOLITIS?

Amaia Goñi Yarnoz, Artur Sharluyan, Eneritz Guerra García, Julio López Bayón, Yolanda López Fernández, Fco. Javier Pilar Orive

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

**Introducción:** El Virus Respiratorio Sincital (VRS) es una causa frecuente de infección de las vías respiratorias bajas en niños y la más común de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por insuficiencia respiratoria. En los últimos años se ha evidenciado la importancia de las manifestaciones extrapulmonares del mismo. Presentamos dos casos clínicos con manifestaciones extrapulmonares.

**Caso clínico 1:** Prematura de 35 semanas con 20 días de vida. Cuadro de leve rinorrea de 1 semana de evolución. Ingresó en UCIP con hipotermia (27,3°C), bradicardia, bradipnea e hipotensión. Tras medidas de recalentamiento desarrolla síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) que precisa ventilación mecánica (VM) con parámetros agresivos y cuadro de shock que precisa expansiones con volumen y apoyo inotrope. Asocia además leucopenia, trombopenia y coagulopatía importantes. Se descartan patologías cardíacas, endocrinas, abdominales, infecciosas incluso intoxicaciones, presentando únicamente positividad para VRS. Precisa apoyo inotrope durante 10 días y VM durante 27 días. Evolución clínica finalmente favorable, dándose de alta de la unidad al mes de ingreso.

**Caso clínico 2:** Pretérmino de 36 semanas de 15 días de vida con cuadro de tos y rinorrea de una semana de evolución que realiza episodio de apnea en domicilio por lo que ingresa en UCIP. Presenta hipotermia (32,7°C) y resto de constantes normales. Se recalienta y se coloca cánulas de CPAP. A los cuatro días de ingreso presenta empeoramiento respiratorio por el que se conecta a VM e inestabilidad hemodinámica (bradicardia e hipotensión) que precisa apoyo inotrope durante 6 días. Presenta mínima atelectasia pulmonar, positividad para VRS y parámetros de sobreinfección negativos. Evolución clínica satisfactoria.

**Conclusiones:** Las manifestaciones extrapulmonares del VRS son potencialmente graves. Es importante conocer los factores de riesgo que favorecen las mismas y llevar a cabo una adecuada monitorización (ritmo cardíaco, tensión arterial y natriemia principalmente) en niños ingresados en UCIP con infección por VRS.

## P267 17:35 CPAP EN BRONQUIOLITIS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCÁPNICA: ¿CUÁL ES EL MOMENTO ÓPTIMO?

Mónica Mantecón Ruiz, María Paz Vior Álvarez, José M. Iglesias Meleiro, Susana Rey García, José Luis García Rodríguez, M<sup>a</sup> Elena Porta Dapena, Celia M. Rodríguez Rodríguez, Patricia Pernas Gómez, Ana Villares Porto-Dominguez, Federico Martín Sánchez

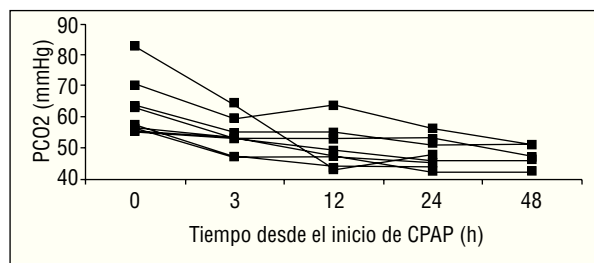
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Departamento de Pediatría del Complejo Hospitalario, Ourense.

**Justificación:** Recientemente se ha planteado que la mayor eficacia de la CPAP nasal respecto al tratamiento médico "convencional", debería apoyar su uso precoz en casos de bronquiolitis con insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica (IRAH).

**Objetivo:** Revisión de los efectos del soporte ventilatorio con CPAP nasal en lactantes con bronquiolitis aguda e IRAH, ingresados en nuestro Centro.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo-descriptivo, con registro protocolizado de datos. *Población a estudio:* pacientes diagnosticados de bronquiolitis aguda e IRAH, con PCO<sub>2</sub> ≥ 55 mmHg al ingreso o tras fracaso del tratamiento médico, que recibieron apoyo ventilatorio con CPAP nasal (N = 8).

**Resultados:** De forma complementaria a diferentes tratamientos médicos, se aplicó ventilación no invasiva con CPAP nasal mediante Infant Flow System®, con presión media de 4-5 cms. de H<sub>2</sub>O, y FiO<sub>2</sub> a demanda para mantener SaO<sub>2</sub> > 92%. Tras su indicación se evidenció mejoría clínica y gasométrica en todos los pacientes, sin registrarse complicaciones relacionadas con la técnica.



**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones metodológicas, se confirma como en otros estudios, una mejoría clínica y gasométrica significativa con la aplicación de esta técnica de ventilación, sin efectos secundarios relevantes. Son necesarios más trabajos que permitan establecer el momento óptimo para su aplicación.

## P268 17:40 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE AGUDA EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Vanessa Sánchez Valverde, Ana Cubero Santos, Marcos Madruga Garrido, Bárbara Blanco Martínez, Eugenio Rubén Jiménez Fernández, Miguel M. Rufo Campos  
Servicio de Neuropediatría del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivo:** Revisión de la enfermedad desmielinizante aguda en niños, basándonos en un caso clínico a partir del cual intentaremos realizar un diagnóstico diferencial de las distintas posi-

bles etiologías, centrándonos principalmente en la esclerosis múltiple (EM), la encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM) y la encefalomiелitis diseminada multifásica (MDEM).

**Caso clínico:** Niña de 11 años de edad derivada al Servicio de Neuropediatría de nuestro hospital por pérdida brusca de fuerza en miembros inferiores con caída al suelo. A la exploración física presentaba marcha inestable, nistagmus horizontal y diplopia bilateral en posición extrema de la mirada. En la RMN cerebral y medular aparecían en sustancia blanca periventricular y cuerpo calloso multitud de imágenes hiperintensas en T2 y una lesión quística en lóbulo temporal izquierdo. Las bandas oligoclonales IgG en LCR fueron positivas y la paciente presentó evolución clínica favorable con tratamiento corticoideo. Un mes después de la finalización de la corticoterapia presentó nuevo episodio de inestabilidad en la marcha con aparición de nuevas lesiones en fosa posterior y médula.

**Discusión:** Ante un primer brote de enfermedad desmielinizante en un niño, es importante conocer los indicadores de riesgo de padecer EM. Existe mayor riesgo si estamos ante un niño mayor de 10 años, no existe infección previa ni alteración grave del nivel de conciencia, la presentación es monosintomática y asimétrica y existe persistencia de las bandas oligoclonales en LCR. En la neuroimagen las lesiones desmielinizantes suelen ser redondeadas/ovaladas, afectan a la sustancia blanca periventricular y cuerpo calloso, y aparecen nuevas lesiones en estudios posteriores. Finalmente, es la recurrencia, que suele ser en un periodo mayor de 6 meses en la EM y menor en la MDEM, la que nos ayudará a establecer un diagnóstico.

**Conclusiones:** Existe un grupo numeroso y heterogéneo de patologías con muy distinto pronóstico que pueden debutar con clínica neurológica y lesiones de la sustancia blanca cerebral. Es por esto que se debe orientar la historia clínica, exploración y pruebas complementarias a la realización de un correcto diagnóstico diferencial.

## P269 17:45 SHOCK CARDIOGÉNICO EN LACTANTE COMO DEBUT DE UN SÍNDROME DE WOLFF PARKINSON WHITE REFRACTARIO

Marta Benito Gutiérrez, Ana Pilar Nso Roca, Pilar Díaz Pernas, Clara García-Bermejo García, Federico Goded Rambaud  
Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

**Introducción:** Las TQSV con conducción anterógrada, como el WPW, son poco frecuentes en niños y suelen ocurrir en pacientes con cardiopatías estructurales. En lactantes puede debutar como fallo cardíaco severo o muerte súbita.

**Caso clínico:** Lactante de dos meses que ingresa por cianosis y dificultad respiratoria, con vómitos, irritabilidad y rechazo de tomas las 24 horas previas al ingreso. Afebril, sin otros síntomas. A la exploración taquicardia de 237 lpm, cianosis, frialdad, hepatomegalia de 5 cm, hipotensión, pulsos débiles, hipotonía. pH 6,88, EB -24 mEq/L. Precisa ventilación mecánica convencional, expansión con SSF hasta 50 ml/kg y soporte inotrópico con dopamina y adrenalina. Coincidiendo con sobrecarga de volumen presenta taquicardia con complejos aberrantes de QRS ancho que ceden con amiodarona iv. En el registro ECG se observan ondas P retrógradas con QRS estrecho compatible con síndrome de WPW. Ecocardiografía gran dilatación de cavidades y mala contractilidad. No se consigue ritmo sinusal tras ma-

niobras vagales, varios bolos de ATP y perfusión de esmolol y propafenona; por lo que se coloca sonda esofágica para sobrestimulación. A las pocas horas presenta de nuevo episodios de TQSV que lo inestabilizan hemodinamicamente por lo que se realiza cateterismo de urgencia para intentar ablacionar la vía anómala sin éxito. En el procedimiento se coloca marcapasos intracavitario que consigue controlar la taquiarritmia, mejorando la tensión arterial, la perfusión cerebral y el gasto cardíaco hasta la ablación definitiva en un nuevo cateterismo. Secundario al fallo cardíaco, presenta elevación de transaminasas de 3.000 UI/L, creatinina 1,9 mg/dL y movimientos coreicos post-isquemia de ganglios basales que mejoran al recuperar la estabilidad hemodinámica. Al alta el paciente presenta ritmo sinusal y función cardíaca normal.

**Conclusión:** Ante un lactante en situación de shock, valorar su probable origen cardiogénico es fundamental en el diagnóstico diferencial. El reconocimiento precoz y tratamiento agresivo de la TQSV puede evitar el fallo cardíaco en estos pacientes. La ablación es el tratamiento de elección en pacientes con grave compromiso vital, crisis frecuentes, y/o mala respuesta a antiarrítmicos.

## P270 17:50 CIRUGÍA DE ESCOLIOSIS EN NIÑOS INTERVENIDOS DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

César Pérez-Caballero Macarrón, Elena Sobrino Ruiz, Jesús Burgos Flores, Alfonso Pérez Palomino, Elena Álvarez Rojas, María Isabel Martos Sánchez, José Luis Vázquez Martínez  
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** Los pacientes intervenidos de cardiopatías congénitas tienen un elevado riesgo de desarrollar escoliosis. El propósito de este estudio fue analizar las complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas en un grupo de pacientes cardiopatas intervenidos de escoliosis.

**Metodos:** Estudio retrospectivo de las deformidades espinales intervenidas en pacientes con antecedente de cirugía cardíaca. Se describieron las características de la cardiopatía congénita y de la deformidad vertebral. Excluidos aquellos niños con síndromes asociados al desarrollo de escoliosis. Se estudió el manejo operatorio de estos pacientes (inotrópicos, necesidad de hemoderivados y control de la hemorragia) y postoperatorio en UCI pediátrica, así como las complicaciones postquirúrgicas.

**Resultados:** Se realizaron 18 intervenciones de escoliosis en niños con antecedente de cirugía cardíaca en un periodo de 6 años. Trece (72%) fueron niñas y cinco (28%) fueron niños. El 61% presentaba una cardiopatía acinógena. La CIV fue la cardiopatía congénita más frecuente (40%). La media de edad de la intervención de la cirugía de columna fue de 14 años (rango: 8-21 años). Todos los pacientes precisaron transfusión de hemoderivados durante el acto quirúrgico, requiriendo en 13 de ellos (73%) tratamiento con aprotinina para control de la hemorragia. Cuatro niños necesitaron apoyo inotrópico con dopamina (*dosis máxima:* 10 µyg/kg/min) y milrinona (*dosis máxima:* 0,5 µyg/kg/min) durante el acto quirúrgico. En el postoperatorio inmediato un paciente falleció en las primeras veinticuatro horas, otro presentó una pericarditis aguda secundaria a rotura esofágica que precisó una pericardiectomía y en 7 (39%) aparecieron diversas complicaciones: neumonía (4), derrame pleural (2) y rabiomielosis (1). No se detectaron complicaciones a largo plazo.

**Conclusiones:** En nuestra serie la prevalencia fue mayor en la población femenina que en los varones, al contrario que en otras series. Las complicaciones fueron mas frecuentes que en series previas de niños no cardiopatas intervenidos de escoliosis y precisaron mayor apoyo inotropico y transfusiones durante el acto quirurgico.

## P271 17:55 PSEUDOHIPALDOSTERONISMO SECUNDARIO A TRIMETOPRIM

Maite Echeverría Fernández, Andrés Alcaraz Romero,  
Marta Crespo Medina, Nelia Navarro Patiño,  
María José Santiago Lozano, Javier Adrián Gutiérrez

Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos del Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción:** El trimetoprim-sulfametoxazol es un fármaco utilizado frecuentemente en pediatría, tanto para infecciones del tracto urinario como infecciones respiratorias. Entre los efectos secundarios se encuentran alteraciones renales, como nefritis intersticial y raramente hiperpotasemia a dosis elevadas. Presentamos un caso de hiponatremia e hiperpotasemia en una paciente tratada con trimetoprim a altas dosis por una neumonía.

**Caso clínico:** Paciente con S. Down, luxación atlanta-axoidea y tetraparesia secundaria, portadora de traqueostomía y en ventilación invasiva domiciliar que ingresa en UCIP por infección respiratoria por S. mantophilia y P. Aeruginosa. *Analítica:* Hemoglobina 10,6 g/dl, plaquetas 171.000, Leucocitos 7,600 (G: 87%), PCR: 1,3 mg/dl. Glucosa 80 mg/dl, urea 41 mg/dl, creatinina 0,6 mg/dl, ac.urico 68 mg/dl, Na 135 mmol/L, K: 4 mmol/L. *Rx torax:* infiltrado alveolar en base pulmonar derecha. *Evolución:* Cuadro de shock séptico del que se recupera en 48 horas persistiendo leve alteración de la función renal (creatinina 1,0 mg/dl, urea 56 mg/dl) con diuresis de 2,5 L/día. Desde el ingreso recibe tratamiento con meropenem y cotrimoxazol a dosis altas (trimetoprim 20 mg/sulfametoxazol 100 mg/kg/día) iv. Al 7º día presenta hiponatremia de 123 mmol/L e hiperpotasemia de 7 mmol/L, detectándose una baja excreción de K con un gradiente transtubular de K de 2,5. Se determinó la aldosterona y cortisol que fueron normales (157 pg/ml y 11 pg/ml respectivamente), siendo esta situación compatible con una pseudohipoaldosteronismo. La niña recibió el tratamiento habitual para la hiperpotasemia y se suspendió el trimetoprim, resolviéndose las alteraciones electrolíticas.

**Comentario:** El trimetoprim puede producir pseudohipoaldosteronismo por bloqueo de los canales amiloride-sensibles del túbulo colector (efecto dosis dependiente) o netritis túbulo-intersticial (efecto no dosis dependiente) dando lugar a hiponatremia e hiperpotasemia. Ante un paciente tratado con trimetoprim a altas dosis recomendamos monitorizar los niveles de potasio.

## P272 18:00 INFARTO DE MIOCARDIO POR CONSUMO DE COCAÍNA. CASO CLÍNICO

Rebeca Lahoz Ramo, Iolanda Jordán García,  
Nagore Lasuen del Olmo, Fredy Prada Hermógenes,  
Montserrat García Puig, Antonio Palomeque Rico  
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

**Antecedentes:** Se estima que hasta un 6% de los adolescentes consume cocaína. Una de sus consecuencias más graves puede ser el infarto agudo de miocardio (IAM).

**Objetivo:** Describir un caso de IAM secundario a consumo de cocaína y definir la actitud diagnóstico-terapéutica a seguir.

**Caso clínico:** Varón de 17 años, sin antecedentes de interés con dolor centrotorácico, opresivo no irradiado, de 48 horas de evolución, sin otra sintomatología. Consumo de cocaína las horas previas. Constantes normales y exploración física anodina. El ECG muestra elevación del ST en II, III, aVF, V5 y V6; en la analítica destaca elevación de CPK (1194 UI/L) y de troponina-I (19,6 ng/ml). Se traslada a UCI-P con sospecha de IAM y se inicia nitroglicerina en infusión continua, AAS, diazepam y cloruro mórfico, con mejoría progresiva del dolor y sin complicaciones. A las 24 horas presenta normalización del ST, aparición de onda q y T invertida en las derivaciones citadas. Los enzimas cardíacos descienden progresivamente. El examen toxicológico en orina resulta positivo para cocaína. Es alta a domicilio al quinto día de ingreso. Al mes, el paciente se encuentra asintomático pero el ecocardiograma muestra una función de ventrículo izquierdo disminuida, con una fracción de eyección del 53%.

**Comentarios:** El IAM por cocaína se debe a los efectos simpaticomiméticos de la droga y el vasoespasmo producido por estimulación alfaadrenérgica. Es independiente de la dosis, la frecuencia de consumo y la vía de administración. Las CPK están aumentadas en el 50% de consumidores de cocaína y no son un buen marcador. El tratamiento inicial incluye oxigenoterapia, benzodiazepinas (BZD), AAS, nitratos y mórfico. La utilización de AAS se recomienda unas 6 horas tras el consumo de cocaína. Los nitratos, revierten la vasoconstricción inducida por la cocaína, por lo que deben iniciarse de forma precoz. Los beta-bloqueantes deben evitarse durante las primeras horas porque podrían potenciar la vasoconstricción. La fibrinólisis sería útil sólo en las primeras 6 horas. Se recomienda realización de cateterismo diagnóstico posterior aunque, debido a los mecanismos de acción descritos, su realización de rutina es controvertida y debería individualizarse en cada caso.

## P273 18:05 ENFERMEDAD DE TAY-SACHS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Raquel Díaz-Aldagalan González, Eva Gembero Esarte,  
María Garatea Rodríguez, Eva Rupérez García,  
Teodoro Durá Travé, María Eugenia Yoldi Petri

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

**Introducción:** La Enfermedad de Tay-Sachs, es una encefalopatía metabólica que afecta al sistema nervioso central de origen genético, autonómica recesiva, debida a la ausencia de una enzima lisosomal, la hexaminidasa A. Este déficit provoca el acúmulo de gangliósido GM 2 en las neuronas y consiguiente deterioro neurológico. El diagnóstico se realiza demostrando el déficit de dicha enzima. En la actualidad no existe tratamiento.

**Caso clínico:** Lactante de 4 meses que presenta episodios de hipertensión y desviación de la mirada. *La exploración por aparatos y neurológica:* normal. *AP:* Gestación normal y a término. *Peso:* 3.400 Kg. *Apgar:* 9/10. *AF:* sin interés.

Se realiza estudio analítico (incluyendo lactato, piruvato, amonio, carnitina, aminoácidos) que resultó normal. Pruebas de imagen (ecografía transfontanelar y RM craneal): sin alteraciones y estudio neurofisiológico (EEG, EMG, velocidad de conducción nerviosa): normal. El paciente es controlado en consulta de Neuropediatría, persistiendo los episodios de hipertensión y consta-

tándose un enlentecimiento progresivo de su desarrollo psicomotor. En la exploración neurológica a los 16 meses se aprecia hipotonía de predominio axial, con reflejos vivos, simétricos y reflejo cutáneo-plantar en extensión. Seguimiento ocular pobre, con mancha rojo cereza en exploración de fondo de ojo. Se realiza estudio para descartar enfermedades lisosomales, encontrándose déficit de Hexaminidasa A en suero, confirmándose posteriormente con análisis enzimático en fibroblastos.

El paciente continúa deterioro neurológico progresivo y posteriormente fallece a los 4 años, por cuadro de infección-insuficiencia respiratoria aguda.

**Comentarios:** 1) Importancia de exploración de fondo de ojo ante un paciente con retraso psicomotor. 2) Dado que no existe en la actualidad tratamiento para esta entidad y a su origen genético y transmisión autosómica recesiva debe realizarse consejo genético familiar.