



PÓSTER MODERADO

Jueves, 4 de junio (11:00-12:15)

URGENCIAS

Sala 3-4 (Planta 0)

P8 **11:00**
DIFICULTAD RESPIRATORIA EN PACIENTE ASMÁTICO

J. Rodríguez Ozcoidi, M.T. Rives Ferreiro, N. Lecumberri García, G. Durán Urdániz, F.J. Gil Sáenz y A. Pérez Ocón

Hospital Virgen del Camino, Pamplona y Hospital García Orcoyen, Estella, Navarra, España.

Introducción: La dificultad respiratoria constituye un motivo de consulta frecuente en las urgencias pediátricas. Es una situación potencialmente grave que requiere actuación inmediata. Una de sus causas más frecuentes, en niños en edad escolar son las crisis asmáticas.

Caso clínico: Presentamos una niña de 10 años con antecedentes de dermatitis atópica, alérgica a epitelios y diagnosticada de asma, en tratamiento de fondo con fluticasona-salmeterol y salbutamol a demanda. De manera brusca inicia cuadro de sensación de dificultad respiratoria, por el que tras iniciar tratamiento con salbutamol consulta en centro de urgencias de hospital comarcal. A su llegada presenta FR 38, sat. O₂ 100% con FiO₂ del 50% y estado de gran ansiedad. Recibe oxigenoterapia y salbutamol en nebulización continua, bromuro de ipratropio nebulizado y metilprednisolona iv. Se produce un incremento de la FR hasta 50 y mayor sensación de dificultad respiratoria, por lo que es trasladada en ambulancia medicalizada al hospital terciario de referencia. La gasometría a su salida es pH 7,56; pCO₂ 19; bicarbonato 22; lactato 5. Durante el traslado (45 minutos) mantiene nebulización continua con salbutamol. A su llegada la paciente presenta una elevada frecuencia respiratoria con excursiones respiratorias profundas, en la auscultación pulmonar la ventilación es simétrica sin ruidos sobreañadidos. Los parámetros hemodinámicos son normales y no existen signos de bajo gasto. La sat. O₂ es del 98% y se realiza gasometría que muestra pH 7,41; pCO₂ 16; bicarbonato 11; lactato 9,6. Con este cuadro se decide retirar oxigenoterapia permaneciendo la sat. O₂ en 98%. Ante la sospecha de acidosis láctica por salbutamol se retira la perfusión nebulizada observándose una normalización progresiva, tanto a nivel clínico como analítico en las siguientes 12 horas. La acidosis láctica por salbutamol es un cuadro infrecuente aunque perfectamente descrito y que se debe tener a aplicar este tratamiento. Una exploración clínica cuidadosa puede hacernos diferenciar una verdadera dificultad respiratoria de un cuadro de hiperventilación de otra etiología.

P9 **11:05**
**TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
COMO MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO.
ESTUDIO DE 121 PACIENTES**

L. Portero Delgado, Á. Pérez Díaz, E. Fernández Díaz, G. Sierra Colomina, P. Avedillo Jiménez, J. Cruz Rojo, I. Amores Hernández, T. Viñambres Alonso, R. Calderón Checa y M. Marín Ferrer

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TCE) supone una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias pediátricas.

Objetivos: Describir las características de los niños ingresados por TCE en un hospital terciario en un período de 5 años.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de TCE en un hospital terciario en un período de 5 años. Se recogieron datos demográficos, clínicos, del mecanismo del TCE y de la evolución de los mismos, y se categorizaron en TCE leve, moderado y grave, según la escala de Glasgow (15, 14-8 y < 7 respectivamente). Asimismo el TCE leve se subdividió, según criterios clínicos en bajo, medio y alto riesgo.

Resultados: De los 121 pacientes revisados el 59,5% correspondieron a varones y el 40,5% a mujeres. El 66,9% fueron menores de 2 años y el 33% mayores de 2 años. Dentro de los mayores de 2 años el mecanismo del TCE más implicado es el accidente de tráfico (35%), mientras que en los menores de 2 años la causa más frecuente es la caída de cama o cambiador (35%). El 73% de los mayores de 2 años presentaron síntomas (vómitos, somnolencia, crisis, o pérdida de conocimiento). Sin embargo el 79% (IC95%: 68,9-86,5%) de los menores de 2 años ingresaron sin presentar síntomas (fractura craneal simple). Los TCE leves de riesgo moderado supusieron el 92,6% dentro de los menores de 2 años mientras que en los mayores de 2 años únicamente supusieron el 20% (p < 0,001). Se realizó TAC craneal en el 46,3% del total de los pacientes (28,4% en los menores de 2 años y 82,5% en los mayores de 2 años; p < 0,001). La media de días de ingreso en menores de 2 años fue de 2,8 días mientras que en mayores de 2 años fue de 7,9 días.

Conclusiones: 1) La mayoría de los pacientes que ingresan por TCE son menores de 2 años, asintomáticos. 2) Se pueden distinguir claramente 2 subgrupos en los niños que ingresan por TCE (menores y mayores de 2 años), que se diferencian en gravedad del traumatismo, la presencia de síntomas, la necesidad de realización de TAC craneal y en los días de ingreso.

P10 11:10 INTOXICAÇÃO: NEGLIGÊNCIA OU IGNORÂNCIA?

T. Fernandes Marques, P. Janeiro, M. Carneiro Moura, E. Almeida, H. Isabel Almeida, H. Carreiro

Departamento de Pediatria, Hospital Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal.

Introdução: Os acidentes domésticos estão associados a morbidade e mortalidade significativas.

Objectivos: Analisar os casos de intoxicação internados na Unidade de Internamento de Curta Duração Pediátrica num Hospital Geral na Zona Metropolitana de Lisboa.

Métodos: Estudo retrospectivo dos casos internados por intoxicação de Janeiro 2006 a Setembro 2008. Analisaram-se parâmetros demográficos, tipo de intoxicação, identificação do fármaco ou tóxico, intencionalidade e recorrência.

Resultados: 158 casos, com idade média de 7,6 anos (10m-16A); 57% sexo feminino; 51% tinham idade < 4 anos e 42% > 10 anos. Houve um aumento do número de casos: 4,5% (2006), 4,9% (2007) e 6,1% (2008). A maioria (70%) ocorreu nos primeiros 6 meses do ano. 68% intoxicações foram causadas por ingestão de fármacos; benzodiazepinas e antidepressivos (38%) e anti-inflamatórios não esteróides (21%). Os tóxicos mais frequentes abaixo dos 4anos foram inseticidas, lixívia e desengordurantes (26%) e acima dos 10anos o álcool (53%). A ingestão voluntária de fármacos ocorreu em 38%, 92% com mais de 10 anos. Em 9% houve recorrência de intoxicação, 82% acima dos 10 anos.

Conclusão: Os grupos de risco (< 4 e > 10 anos) reflectem a fácil acessibilidade aos produtos domésticos e a fase de transformação própria da adolescência. O aumento do número de internamentos por intoxicações é preocupante, o papel do pediatra é fundamental na sensibilização da família para prevenção e alteração de comportamentos.

P11 11:15 HIPONATREMIA PARADÓJICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Belda Benesiú, L. Andújar Rodríguez, S. Molina López, M.A. Fuentes Castelló y F. Vargas Torcal

Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España.

Introducción: Presentamos un caso en el que una patología de base muy poco prevalente (diabetes insípida nefrogénica), se complica con un proceso intercurrente igualmente infrecuente, ocasionando alteraciones electrolíticas inesperadas para la primera, de difícil manejo y que evidenciaron ciertas lagunas en nuestro conocimiento de su fisiopatología.

Caso clínico: Lactante varón de 10 meses que presenta rechazo de alimentación (sólidos y líquidos), de 4 días de evolución, con disminución de la diuresis. No vómitos. Afebril. En las últimas horas, asocia irritabilidad, alternando con períodos de somnolencia, así como alguna deposición más blanda de lo habitual (4-5/día) los 3 días previos al comienzo del cuadro. Como *antecedentes* a destacar una diabetes insípida nefrogénica (DIN) en tratamiento con hidroclorotiazida (1,5 mg/kg/día). Al ingreso se aprecia regular estado general, normocoloreado, abundante panículo adiposo, ojos hundidos y ojerosos, mucosas pastosas, no signo de pliegue, no exantemas, no petequias. Llamativa ausencia de sed, con rechazo de líquidos. Se realiza una primera analítica compatible con deshidratación hiponatémica (131 mEq/l), alcalosis hipoclorémica e hipopotasémica, por lo que se retiran las tiazidas y se inicia rehidratación (glucosalino 1/3). Tras 5 h de ingreso se objetiva natriemia que desciende a 127 mEq/l por lo que se añaden aportes extra de NaCl al 20%. Tras la normalización clínica (ganancia de peso incluida) y analítica, se reintroduce la hidroclorotiazida a 1 mg/kg/día. Los controles iónicos posteriores al alta fueron normales. La sospecha fue sobredosis de hidroclorotiazida, pero la do-

sificación y administración del fármaco parecían correctos, planteándonos un posible error en la preparación de la fórmula magistral (excesivamente concentrado). Se trata de una hiponatremia hipovolémica por incapacidad para reponer las pérdidas renales propias de su DIN, debido a adipsia por hiposmolaridad, la cual se debía al inadvertido hipertratamiento con diuréticos.

Conclusiones: El primer paso diagnóstico en las hiponatremias es conocer la osmolalidad plasmática, para después determinar la situación de volumen. El tratamiento se basa en la fisiopatología de la causa específica.

P12 11:20 EPIDEMIOLOGÍA Y MORBILIDAD DE LOS TRAUMATISMOS DE MANO EN LA POBLACIÓN INFANTIL

M. Ramírez Piqueras, C. Soto Beaugard, S. Barrena Delfa, M. De Miguel Ferrero, C.A. De la Torre Ramos, C. García Melgar, S. Rojano Perdiguero, M. Díaz González, J.C. López Gutiérrez y M.Z. Ros Mar

Departamento de Cirugía Pediátrica y Consultas Externas Cirugía Plástica Infantil, Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid, España.

Introducción: Los traumatismos de los dedos son muy frecuentes en la población pediátrica. El objetivo de este trabajo es el de analizar la epidemiología de estas lesiones infantiles y su morbilidad.

Material y método: Hemos realizado un estudio prospectivo de los traumatismos en la mano infantil durante seis meses. Se excluyeron las quemaduras y los accidentes de tráfico.

Resultados: Los 138 niños estudiados tenían edades comprendidas entre 6 meses y 13 años (5,16 ± 3,80 años). Las puertas fueron el agente casual en el 68% de los traumatismos (fuera del hogar en el 54% de los casos). Se distinguieron dos grupos: Grupo A (90 pacientes con lesión por puerta) y Grupo B (48 pacientes con lesión por otro agente).

	Grupo A (n = 90)	Grupo B (n = 48)	Test de Fisher
Edad	3,8 ± 2,82 años	8,33 ± 3,89 años	NS
Anest. general	1 (1,1%)	8 (16,6%)	p < 0,05
Curas	2,66 ± 3,01	2,25 ± 1,35	p < 0,05
Revisiones	1,66 ± 0,52	1,75 ± 0,78	NS
Secuelas	7 (7,7%)	4 (8,3%)	NS

Conclusiones: Las puertas representan el agente causal más frecuente de los traumatismos en los dedos de la población infantil con una mayor morbilidad y secuelas. La legislación de algunas comunidades autónomas exige medidas preventivas en las puertas de los centros de educación infantil, sin embargo a la vista de nuestros resultados, sería necesario que los dispositivos antiatrapamiento se implantaran de forma generalizada.

P13 11:25 ANALGESIA Y SEDACIÓN EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE CORTA DURACIÓN

M. Nieto Faza, E. Morteruel Arizcuren, F.J. Pilar Orive, Y. López Fernández, J. López Bayón, S. Redondo Blázquez, J. Gil Antón, E. Pérez Estévez, M.A. Conde Domínguez y M.T. Hermana Tezanos

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

Objetivo: Evaluar la sedoanalgesia para procedimientos cortos realizado por personal de UCIP con protocolo según la patología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los episodios de niños hospitalizados que precisaron sedoanalgesia para procedimientos cortos entre mayo de 2007 y diciembre de 2008. Se analizan las características epidemiológicas y clínicas, fármacos utilizados, efectos adversos de los mismos y evolución.

Resultados: Son 144 episodios, 6 de ellos realizados fuera de UCIP. La edad y el peso medios fueron 57,4 meses (1-240) y 17,3 kg (2,8-70). El factor de riesgo más frecuentemente encontrado para analgesia fue el distrés respiratorio leve-moderado (21,7%). Las indicaciones fueron: fibrobroncoscopia (44,1%), canalización de vía central (18,2%), punción/biopsia de médula ósea (10,5%), cura de quemaduras/heridas (9,8%), colocación de drenaje pleural (5%) y otros. La duración media del procedimiento fue de 14,3 min (3-50). La combinación de fármacos más utilizada fue la de Ketamina-Midazolam iv (60%), seguida de Ketamina-Propofol iv (38,4%). Un 18%, 26 pacientes, tuvieron algún efecto adverso en relación a la sedoanalgesia, más frecuentemente encontrada con la asociación Ketamina-Midazolam (58,3%), la mayoría por causa respiratoria y leves. 4 casos requirieron respectivamente: intubación, ventilación con "ambú", antídoto y expansión de volumen por hipotensión. El procedimiento asociado a más complicaciones fue la broncoscopia.

Comentarios: La necesidad de sedoanalgesia es cada vez más frecuente en nuestra práctica clínica debido sobre todo al aumento de los procedimientos invasivos. La familiarización de los médicos de UCIP, con la acción de los distintos fármacos y sus efectos adversos permite conseguir el efecto deseado con un escaso número de reacciones adversas.

P14 INTOXICACIONES EN URGENCIAS

11:30

E. Rezola Arcelus, U. Hernández Dorronsoro, M. Imaz Murgiondo, O. Muga Zuriarrain, E. Erroabarren Aleman, N. Martín Calvo, E. Oñate Vergara, C. Calvo Monge, I. Olaciregui Echenique y J.A. Muñoz Bernal

Urgencias de Pediatría y Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España.

Antecedentes y objetivos: Las intoxicaciones agudas representan en la actualidad el 0,5-1% de las urgencias pediátricas. El objetivo de esta revisión es dar a conocer las características de las intoxicaciones registradas los últimos 6 años en nuestro hospital.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas informatizadas de los casos registrados como ingesta/intoxicación tóxico/medicamentosa en Urgencias de Pediatría desde el 01-01-2003 hasta el 31-12-2008. Se recogen datos epidemiológicos de los pacientes, características de la intoxicación, manejo y estancia hospitalaria.

Resultados: Se recogen 242 casos (incidencia 0,12%), 131 varones (55%) y 111 mujeres (45%), con una edad media de 2,7 años (rango 0-13 años), siendo el 60% (147 casos) por causa no medicamentosa y el 40% (95 casos) por causa medicamentosa. El 97% (235 casos) son intoxicaciones accidentales con una media de 2,4 años y 7 casos (3%) fueron voluntarias, con una edad media de 13 años. La absorción más frecuente fue la digestiva (217 casos, 90%), seguida por la inhalatoria (20 casos, 8%) y la cutánea (4 casos; 1,6%). El grupo de tóxicos no medicamentosos más involucrado fue el de productos químicos domésticos (80%, 117 casos, siendo un 21% de ellos por cáusticos, 21 casos), mientras que el fármaco más repetido en las intoxicaciones fue el paracetamol (29 casos, 30%). Se empleó método descontaminante o adsorbtivo en 41 casos (17%), antídoto específico en 18 casos (7,4%) y tratamiento médico de los efectos secundarios del tóxico en 13 casos (5,4%). 35 casos (14,5%) requirieron ingreso en observación una media de 9,8 horas y 22 casos (9%) ingresaron en UCIP.

Conclusiones: 1) Las intoxicaciones no medicamentosas son más frecuentes que las de origen farmacológico. 2) La mayor parte son accidentales con un pico de edad a los 2 años, mientras que las voluntarias son más frecuentes a los 13 años. 3) El 25% de los pacientes requiere ingreso hospitalario. 4) Un tercio de los casos han requerido manejo médico.

P15 ¿QUÉ APORTA LA RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS?

11:35

F. Arasa Panisello, C. Cristina Walter, K.M. Juma Azara, R. Garrido Romero, C. Luaces Cubells y J. Badosa Pages

Hospital Clínic, Barcelona, España, y Hospital General, Guadalupe, México.

Antecedentes y objetivos: El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente y la radiografía simple de abdomen (Rx) una de las exploraciones complementarias más solicitada, aunque no ha demostrado ser lo suficientemente sensible ni específica para establecer el diagnóstico. Nuestros objetivos son describir las características clínicas, radiológicas y diagnóstico final de los pacientes que consultan por dolor abdominal y a los que se les solicita Rx, y conocer si un programa formativo con el servicio de Radiología ha modificado el número de Rx solicitadas.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyen pacientes que acuden a urgencias por dolor abdominal a los que se les solicita Rx durante octubre-diciembre de 2008. Se analizan: edad, sexo, motivo de consulta, exploración física, orientación diagnóstica, hallazgos radiológicos y diagnóstico final. Posteriormente, se compara con otro grupo de las mismas características visitados durante el mismo período de 2005.

Resultados: Entre octubre-diciembre de 2008 se atendieron 26.503 urgencias, 1.128 (4,2%) por dolor abdominal. Se realizaron 63 Rx (5,5%). El 70% son de sexo masculino y un tercio tienen entre 12 y 18 años. La temperatura media fue de $36,7 \pm 0,8$ °C y el síntoma acompañante más frecuente fueron los vómitos (50,8%). En la exploración física el 50% presentaba dolor a la palpación sin otros signos. La orientación diagnóstica fue probable abdomen agudo en 13 (20,7%). La Rx fue normal en el 80%. En 18 el diagnóstico final fue abdomen agudo. Entre octubre-diciembre de 2005 se atendieron 25.051 urgencias, 1096 (4,4%) por dolor abdominal. Se realizaron 137 Rx (12,5%). Los pacientes de ambos períodos son homogéneos en edad, exploración física, orientación diagnóstica, hallazgos radiológicos y diagnóstico final. Sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas en el sexo (55,5% femenino en 2005 vs 30,2% en 2008, $p = 0,001$) y motivo de consulta (46% dolor abdominal aislado en 2005 vs 28,6% en 2008, $p = 0,039$).

Conclusiones: Tras el programa formativo, la disminución en más del 50% de las Rx solicitadas no ha influido negativamente en la valoración del paciente con dolor abdominal.

P16 DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA AUTOMEDICACIÓN EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

11:40

M.A. López Ruiz, R. López Peña y L. Moreno Royo

Hospital Rey Don Jaime, Castellón y Universidad Cardenal Herrera-CEU San Pablo, Moncada, Valencia, España.

Antecedentes y objetivos: Los problemas relacionados con la medicación, es una causa frecuente de asistencia a un servicio de urgencias. Los niños son los pacientes más vulnerables a la automedicación porque su tamaño y peso corporal exigen dosis menores que los adultos, además de que el crecimiento y desarrollo son variables que hay que considerar.

Métodos: Se ha efectuado un estudio descriptivo observacional y de actuación médica desde febrero a junio de 2008 en días aleatorios de la semana, entre pacientes pediátricos (de 0 a 14 años) que acuden al servicio de urgencias con tratamiento farmacológico previo a la visita. Se excluyeron del estudio los pacientes que no recibían ninguna medicación previa, ya fuera prescrita por su pediatra de cabecera o por automedicación paterna. El objetivo principal, fue determinar los problemas relacionados con la medicación que pueden aparecer en una muestra representativa de población pediátrica.

Resultados: Un total de 829 pacientes acudieron a urgencias los días seleccionados, 639 (77%) acudieron con tratamiento farmacológico previo y 133 (20,8%) presentaron alguna reacción adversa al medicamento, que supuso en el 4,6% de los casos ingreso hospitalario con la suspensión del medicamento causante de dicha reacción. Un 11,26% de los pacientes tomaban un medicamento no necesario para su sintomatología y sólo un 0,8% necesitaba medicación que no tomaba. La dosificación, en el 29,9% de los casos fue insuficiente y en un 3,3% hubo sobredosificación. Los grupos terapéuticos que causaron más reacciones adversas fueron los antibióticos (65,4%), seguidos de los analgésicos antiinflamatorios (24,7%).

Conclusiones: La automedicación causa problemas frecuentes, y no muy estudiados en urgencias. Las reacciones adversas y la dosificación son los problemas que aparecen con más frecuencia en los casos de automedicación.

P17 AFOGAMENTO EM IDADE PEDIÁTRICA

11:45

P. Neto, A. Cerqueira, N. Pedro, P. Neto, J. Gomes, U. Joaquim y A. Nunes Bicho

Centro Hospitalar Caldas da Rainha, Portugal.

Introdução: O afogamento é das principais causas de morte acidental nas crianças. A VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) trabalhando no âmbito do pré-hospitalar desempenha um papel crucial na assistência às crianças vítimas de afogamento.

Objetivos: Analisar e caracterizar os casos de afogamento assistidos pela VMER das Caldas da Rainha (VMER-CHCR), e encaminhados para os Serviços de Urgência (SU).

Material e métodos: Análise retrospectiva das fichas de observação médica da VMER-CHCR e fichas de urgência referentes a crianças menores de 16 anos e vítimas de afogamento, entre Maio de 2002 e Junho de 2008.

Resultados: Neste período, a VMER-CHCR assistiu 410 crianças, 19 (5%) vítimas de afogamento. As idades oscilaram entre os 18 meses e os 14 anos. O principal local de afogamento foi o mar. Das 18 crianças assistidas nos SU seis não necessitaram de tratamento; quatro ficaram internadas na Unidade de Observação; cinco necessitaram de ventilação mecânica. A evolução foi favorável sem sequelas em 13 crianças; ocorreram dois casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica; a mortalidade foi de 21% (4 casos).

Conclusões: As particularidades geográficas das Caldas da Rainha condicionam que os afogamentos sejam uma importante causa de mortalidade e morbidade nas crianças assistidas pela VMER e SU do CHCR.

P18 USO AMBULATORIO DE APÓSITOS IMPREGNADOS EN PLATA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON QUEMADURAS

11:50

S. Barrena Delfa, C. Soto Beauregard, M. Ramírez Piqueras, M. De Miguel Ferrero, C.A. De la Torre Ramos, R. Aguilar Cuesta, C. García Melgar, M. Díaz González, J.C. López Gutiérrez y M.Z. Ros Mar

Departamento de Cirugía Pediátrica y Consultas Externas Cirugía Plástica Infantil, Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid, España.

Introducción: El objetivo de este trabajo ha sido valorar de forma prospectiva la efectividad de los apósitos impregnados en plata en el tratamiento de las quemaduras dérmicas pediátricas que precisan control ambulatorio.

Material y método: Durante el último año se han atendido 648 pacientes pediátricos por quemaduras, de los que 298 pacientes (46%) fueron derivados a las consultas externas tras el desbridamiento quirúrgico en Urgencias y la colocación del apósito impregnado en plata. En las revisiones se comprobó la adhesión del apósito y la ausencia de signos de infección. Hemos valorado la efectividad de la curación de las lesiones así como el número de revisiones realizadas y la confortabilidad del procedimiento para el paciente.

Resultados: El 54% de los pacientes eran menores de 3 años. En el 41% de los casos la quemadura se situó en las manos, siendo el agente principal en este caso los sólidos calientes. La profundidad de la lesión motivó en 6 pacientes un tratamiento quirúrgico adicional (autoinjerto). La cicatrización de las lesiones fue completa en 10 ± 5 días, habiéndose realizado una media de 3,5 curas comprobando la adhesión del apósito, sin su recambio y con minimización del dolor.

Conclusiones: Los apósitos impregnados en plata son tan eficaces como otros métodos convencionales para asegurar la cicatrización de las quemaduras dérmicas pediátricas tras el desbridamiento postquemadura. La ausencia de recambio del apósito, su control más espaciado, y la mayor confortabilidad en el niño, los hacen candidatos idóneos para su empleo como primera opción en el tratamiento ambulatorio de este tipo de quemaduras.

P19 HALLAZGO INESPERADO EN EL ESTUDIO ETIOLÓGICO DE UNA ALTERACIÓN NEUROLÓGICA AGUDA EN DOS LACTANTES

11:55

I. Díaz López, S. Aguilera Alvesa, L. Jiménez García, M. Madera Barriga, J.I. Montiano Jorg y C. Salado Marín

Servicio de Pediatría, Hospital Txagorritxu, Vitoria, Álava, España.

Introducción: Las alteraciones neurológicas agudas en un lactante precisan un diagnóstico diferencial exhaustivo.

Casos clínicos: *Caso 1.* Lactante de 7 meses con dos crisis afebriles generalizadas tónico-clónicas breves, en menos de 24 horas. Sin antecedentes personales patológicos, con desarrollo psicomotor y estatura-ponderal de curso normal. Se realizó analítica general, ecografía cerebral y electroencefalograma, con resultado normal. Ante una situación sociofamiliar desfavorable, se realizaron tóxicos en orina, positivos para cocaína en dos muestras sucesivas; se negativizaron en 48 horas. Los familiares negaron el consumo de cocaína, y refirieron contacto con humo ambiental en local nocturno el día previo. No ha presentado crisis en los siguientes 6 meses, con desarrollo normal. Sigue bajo vigilancia por asistencia social. *Caso 2.* Lactante de 4 meses con hipotonía de predominio cérico-braquial severa con pseudoparálisis bulbar y ptosis bilateral de varias horas de evolución. Analítica general en sangre, ecografía cerebral y punción lumbar normales. Tóxicos en orina positivos para benzodiazepinas. Aunque 48 horas después estaba asintomática, la orina no se negativizó hasta 21 días después. No quedó aclarado el mecanismo de intoxicación, seguimiento por asistencia social.

Discusión: Durante el primer año de vida, la imposibilidad de autointoxicación hace que en el estudio etiológico de un proceso agudo, los tóxicos en orina no se incluyan inicialmente. Destacar del primer caso que la inhalación pasiva de cocaína está asociada con la aparición de crisis convulsivas en lactantes. Del segundo, que las benzodiazepinas pueden ser detectadas en orina hasta 40 días tras una única administración, sin implicar ingesta repetida.

P20 12:00 DIFICULTAD RESPIRATORIA: UN RETO DIAGNÓSTICO

M.J. Caldeiro Díaz, M.L. Bertholt, A. Jordá Lope, E. Pérez Belmonte, M.J. Cabero Pérez, M.T. Viadero Ubierna, M. Monsalve Sáiz, D. Sánchez Arango y E. Rubín de la Vega

Unidad de Neumología Infantil, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.

Antecedentes y objetivos: La dificultad respiratoria es un motivo de consulta muy común en pediatría. Sin embargo la causa subyacente no siempre es una crisis asmática. Es importante descartar etiologías mucho menos frecuentes pero igualmente relevantes, sobre todo en pacientes que presentan esta clínica por primera vez, o de forma atípica.

Métodos: Analizamos una serie de casos complejos de evolución inusual que consultaron inicialmente en urgencias por dificultad respiratoria. Posteriormente, se realizó el diagnóstico diferencial de asma llegando a conclusiones muy diferentes.

Resultados: Analizamos las historias de 7 pacientes. Exponemos la presentación clínica, pruebas complementarias detalladas, diagnóstico final, tratamiento y evolución de cada paciente.

Sexo y edad	Diagnóstico final
Mujer, 10 años	Doble arco aórtico
Mujer, 13 años	Endocarditis por <i>S. epidermidis</i>
Mujer, 13 años	Crisis de ansiedad, asma leve intermitente
Varón, 12 meses	Fístula traqueobronquial
Mujer, 21 meses	Aspiración cuerpo extraño
Mujer, 4 meses	Hernia diafragmática izquierda
Mujer, 3 años	Neuroblastoma mediastínico

Comentarios: Aunque el asma es una patología prevalente, siempre es importante realizar un diagnóstico diferencial meticuloso, sobre todo ante una primera crisis. En un paciente que no responde de la manera esperada al tratamiento convencional, debemos replantearnos el diagnóstico buscando una etiología que lo justifique. Otras causas menos frecuentes como malformaciones cardiovasculares, cuerpo extraño en vía aérea y tumoraciones mediastínicas deben ser tenidas en cuenta, ya que un tratamiento correcto parte de un diagnóstico adecuado.

P21 12:05 PROPOFOL: EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO

E. Bárcena Fernández, S. Capapé Zache, B. Gómez Cortes, M. González Balenciaga, S. Mintegui Raso y J. Benito Fernández

Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieren sedación con propofol en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP).

Pacientes y método: Estudio prospectivo de los procedimientos de sedación realizados en un SUP con propofol entre enero 2004 y diciembre 2008. Los datos se extrajeron del registro de analgesia y sedación de nuestro SUP.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes, 85,3% eran \leq 24 meses. En casi todos los casos (91,4%) el propofol se utilizó para la realización de pruebas de imagen, excepto en 3 ocasiones (sedación para exploración, cura y extracción de cuerpo extraño). En 22, 62,9% de los procedimientos, fue necesaria sólo una dosis para conseguir el efecto esperado, precisándose en el resto 2 o 3 dosis. El tiempo medio de inicio del efecto fue de 2,64 minutos (mediana 2 minutos,

rango 1-7 minutos); consiguiéndose el efecto deseado en el 93,9% de los casos. El tiempo medio de duración del procedimiento fue de 6,7 minutos (mediana 5 minutos, rango 1-20 minutos). En 2 pacientes se registraron efectos adversos, que fueron desaturaciones. Éstas se resolvieron con recolocación de la vía aérea y administración de oxígeno. Ningún niño precisó ventilación con bolsa ni ventilación mecánica. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron traumatismo craneoencefálico en el 40% y celulitis periorbitaria/orbitaria en el 20%. Ningún niño precisó hospitalización por la administración de propofol, los niños ingresaron (44,1%) lo hicieron como consecuencia de su enfermedad de base.

Comentarios: En nuestra experiencia el propofol es un fármaco sedante de rápido inicio de acción, que tiene utilidad en un SUP fundamentalmente para la sedación durante la realización de pruebas de imagen, sobre todo en niños de \leq 24 meses. Por otro lado a pesar de que en nuestra serie se presenta como un fármaco seguro, ya que no se registran efectos adversos mayores, siempre que lo utilizemos debemos estar preparados para resolver posibles complicaciones, sobre todo respiratorias.

P22 12:10 HIPONATREMIA SINTOMÁTICA TRAS CIRUGÍA MENOR PROGRAMADA

M.J. Carbonero de Celis, P.J. Jiménez Parrilla, J. González González, A. Gómez Calzado, M. Losana Ruiz y F. Freire Domínguez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Fundamento y objetivos: Aproximadamente un 1% de los pacientes intervenidos desarrollan hiponatremia durante el postoperatorio. Los niños tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones neurológicas secundarias a la hiponatremia, y posiblemente sean evitables con la utilización de líquidos de hidratación adecuados.

Observaciones clínicas: *Paciente n.º 1:* niña de 4 años y 5 meses, que presenta a las 3 horas tras adenoamigdalectomía, una convulsión tónico-clónica generalizada. Cedió con una dosis de diacepam IV. Natremia 121 mEq/l. Había presentado náuseas y vómitos tras la intervención. *Paciente n.º 2:* niño de 4 años y 5 meses con síndrome de Down, que presenta a las 5 horas de orquidopexia laparoscópica una crisis convulsiva generalizada, que cede tras diacepam IV y se repite a los 30 minutos. Natremia 121 mEq/l. Presentó dos vómitos tras la intervención. *Paciente n.º 3:* niña de 2 años y 8 meses que presenta estatus convulsivo a las 3 horas tras herniotomía inguinal derecha. Tras la intervención presentó vómitos y tendencia al sueño. Natremia 112 mEq/l. *Paciente n.º 4:* niño de 2 años tras orquidopexia derecha y extracción de teste izquierdo atrófico por laparoscopia, presenta a las 4 horas crisis convulsiva generalizada, que se repite en 3 ocasiones. Natremia 117 mEq/l. En todos los casos se administró suero glucosado al 5% y/o suero glucohiposalino, durante la intervención y no se realizó analítica de control postintervención.

Comentarios: La hiponatremia sintomática puede producir una mortalidad del 8,4%. Además del uso de soluciones hipotónicas, puede existir un síndrome de secreción inadecuada de ADH 2.º al estrés de la cirugía, favoreciendo la retención de agua libre. Es necesario sospechar hiponatremia ante vómitos o somnolencia, con control posquirúrgico de la natremia, pues es inexcusable esta complicación tras cirugía menor programada.

P23 12:15 DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DE MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTE CON DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA

B. Fernández Valle, E. Palomo Atance, M.J. Ballester Herrera, A. González Marín, M.C. Torres Torres y P. Donado Palencia

Servicio de Pediatría, Hospital General, Ciudad Real, España.

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) es una enfermedad multifactorial, poco frecuente en la edad pediátrica. Se asocia a factores protrombóticos; que pueden ser hereditarios, como las deficiencias de factores antitrombóticos, o adquiridos como catéteres endovasculares, inmovilización prolongada, cirugía, o deshidratación grave, entre otros.

Caso clínico: Niño de 12 años que consulta por astenia, dolor y pérdida de fuerza en miembros inferiores de 3 o 4 días de evolución. No otros síntomas. Antecedentes familiares: sin interés. Antecedentes personales: Intervenido de craneofaringioma en junio y reintervenido en octubre 2008, con alteración secundaria de la función hipotalamo-hipofisaria: en tratamiento con levotiroxina, hidroaltesona y desmopresina orales. Exploración física: adecuado estado general, coloración normal de piel y mucosas. Decaído, ojeroso, mucosas pastosas. Signo de pliegue negativo. No signos de dificultad respiratoria. Escala de Glasgow 15/15. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. Marcha normal. No signos de inflamación local en la pierna, dolor leve a la palpación. No exantemas ni petequias. Resto de la exploración normal. Evolución: en la primera analítica destaca sodio 169 mmol/l, urea 38 mg/dl, creatinina 1,2 mg/dl, que se corrige en 72 horas (sodio 141 mmol/l). A los 5-6 días de ingreso se intensifica el dolor en la pierna izquierda asociándose impotencia funcional, aumento de temperatura y de diámetro sin rubefacción. Se descarta lesión ósea en radiografía de miembro inferior izquierdo; ante la sospecha de TVP se realiza ecodoppler, evidenciándose disminución de vascularización distal a partir de los 2/3 proximales de vena femoral superficial, con Dímero D de 2.305,04 ng/ml. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular y acenocumarol, disminuyendo el dolor, y mejorando la capacidad funcional, si bien persiste la imagen del trombo en ecodoppler de control.

Conclusiones: La trombosis venosa profunda es una entidad poco frecuente en pediatría, aunque se debe tener en cuenta en pacientes con factores de riesgo, (en nuestro caso la deshidratación hipernatrémica y la inmovilización prolongada). Ante la presencia de síntomas sugerentes, la prueba de elección es el ecodoppler. El tratamiento con heparina y anticoagulantes orales, consigue la mejoría de los síntomas, aunque la desaparición ecográfica del trombo no siempre guarda correlación con la clínica. Debido a la falta de estudios aleatorizados en la edad pediátrica, la mayoría de las recomendaciones terapéuticas son extrapoladas de los estudios en adultos.

P24

12:20

ESCROTO AGUDO: NO TAN AGUDO, NO SIEMPRE URGENTE

A. Sagastibelza Zabaleta, E. Delgado Fuentes, N. Lecumberri García, A. Castroviejo Gandarias, A. Pérez Martínez y L. Gómez Gómez

Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España.

Antecedentes y objetivos: Dentro del escroto agudo (EA), la torsión testicular (TT) es la única verdadera urgencia debido a la cual se tiende a sobrevalorar el dolor testicular. Objetivo: revisar la incidencia de la TT entre los pacientes que acuden a un servicio de urgencias de un hospital terciario y comprobar si en nuestro medio tiene tanto impacto como clásicamente aparece en la literatura (hasta el 45%).

Métodos: Revisión de los pacientes que acuden a urgencias con dolor testicular durante los años 2007-2008. Las variables se analizan mediante el programa SPSS 14.0.

Resultados: Consultaron 92 pacientes con EA, un 0,13% del total de las urgencias. Media de edad, 10 años. Los diagnósticos, en su mayoría ecográficos, fueron: 65% orquiepididimitis (7 casos de parotiditis), 20% torsión de hidátide (TH) y 12% TT. El 73% de los pacientes con TT consultaron directamente a urgencias. En la TH el 67% acudieron remitidos por otro facultativo. Se relacionan significativamente con TT: evolución menor de 5 h ($p = 0,01$), escroto violáceo ($p = 0,024$), elevación del teste ($p = 0,04$), ausencia de reflejo cremastérico ($p = 0,03$) y síntomas vegetativos ($p < 0,0005$). En el 86% se practicó ecodoppler confirmando el diagnóstico. Se solicitó valoración por cirugía pediátrica en el 49% de los casos. Un tercio de las orquiepididimitis fueron tratadas con antibióticos aislándose germen sólo en dos. Todos los pacientes con TT recibieron tratamiento quirúrgico inmediato.

Conclusiones: Comprobamos que la torsión testicular, como causa de escroto agudo, no es tan frecuente en nuestro medio como se refiere en la bibliografía. Los pacientes con torsión testicular consultan, de manera significativa, antes y directamente al hospital. Aunque el diagnóstico se realiza por la historia clínica y la exploración, la accesibilidad al ecodoppler hace que en la mayoría éste sea confirmado por dicho método. El exceso de ecodoppler, antibiótico y consultas a cirugía infantil que se realizan en los pacientes con dolor testicular hace suponer cierta desconfianza, en el ámbito pediátrico, ante esta patología.



PÓSTER MODERADO

Jueves, 4 de junio (12:30-13:45)

PSIQUIATRÍA Y MEDICINA DEL ADOLESCENTE
Sala 3-4 (Planta 0)

P31 **12:30**
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO. RESULTADOS PRELIMINARES

X. Gastaminza Pérez, M. Jiménez, N. Bassas, K. González, S. Valero, R. Vacas y R. Bueno

Unidad de Paidopsiquiatría y Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: El trasplante renal pediátrico, es una terapéutica muy avalada en las enfermedades crónicas renales terminales pediátricas, que conlleva múltiples repercusiones en la vida del niño o del adolescente, así como, de su familia en todas las esferas. Pudiendo destacar las correspondientes a los aspectos psicoemocionales.

Antecedentes y objetivos: Desde hace más de 30 años, nuestra unidad colabora con el Servicio de Nefrología Pediátrica en su labor. Así, hace aproximadamente un año, nos planteó, dentro de un estudio multidisciplinario, la valoración sistematizada de la psicopatología en los pacientes atendidos por trasplante renal pediátrico: para una mejor asistencia global.

Población y método: Son valorados los niños y adolescentes controlados por trasplante renal: 38 casos de los que se completa el estudio en 35 casos de ambos sexos. Edades: entre los 5 y los 18 años. En cada caso se realiza historia clínica paidopsiquiátrica general y exploración clínica psiquiátrica. Posteriormente se aplicó la entrevista diagnóstica Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Versión 1996, en español, así como un estudio psicotécnico (con aplicación de: WAISS III, o WISC IV o ESCALAS Mc CARTHY, TALE/TALEC/PROLEC, CBCL CONNERS, STAI/STAI-C/MAS-R, CDI/CEDI).

Resultados: Un 55% del total de la muestra presenta uno (n = 11) o más de un trastorno psiquiátrico (n = 27): 18% trastorno de lectoescritura, 14% trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 12% retraso mental y depresión un 9%.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en el trasplante renal que, además, frecuentemente presenta varios trastornos asociados, todo ello, pone en evidencia como necesaria la evaluación paidopsiquiátrica para la mejor asistencia en el trasplante renal pediátrico

P32 **12:35**
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: A PROPÓSITO DE UNA OBSERVACIÓN POCO FRECUENTE

D. Vargas Lorenzo, J. González González, R. Olalla Villar, F. Calvente Delgado y J. González Hachero

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Antecedentes y objetivos: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad autoinmune. Sólo en 2/3 de casos parece estar desencadenada por una infección. La forma axonal se da en menos del 15% de casos.

Material y métodos: Niña de 12 años que ingresa por pérdida de fuerza en manos y sensación de tirantez en huecos poplíteos, de aparición brusca y 48 horas de evolución. Febrícula el día antes. Exploración: BEG. Sensorio despejado. Afebril. Adelgazamiento de región distal de extremidades. Maniobra de Gowers negativa (aunque consigue levantarse del suelo, lo hace con apoyo). Pies cavos y actitud escoliótica. Pérdida de fuerza en ambas manos, simétrica, con dificultad para realizar movimientos finos. Pérdida de fuerza distal en MMII, con incapacidad para caminar de puntillas y talones. Marcha dubitativa e inestable. Romberg negativo. Sensibilidad conservada. ROT conservados, excepto aquileo y palmoplantar bilaterales. Resto normal. Pruebas complementarias: hemograma, EAB, orina, perfiles tiroideo y celíaco, lactacidemia, RNM cerebral y de charnela cervical, y EEG: normales. Serología virus (CMV, VEB) y coprocultivo: negativos. Bioquímica: LDH, GOT y K⁺ elevados. PCR, transaminasas y CPK: normales. Resto normal. Control bioquímico a los 5 días: normal. EMG y ENG: Aumento de latencia distal del nervio ciático poplíteo externo derecho. Disminución general de la amplitud de los potenciales de la unidad motora de todos los músculos examinados. Punción lumbar: LCR claro y normotenso. Gram y cultivo negativos. Disociación albúmino-citológica. Pandy positivo. Resto normal. Juicio clínico: Polirradiculoneuritis de claro predominio axonal, compatible con SGB, forma axonal.

Resultados: Se realiza tratamiento con Ig IV a 0,4 g/kg/día durante 5 días. A los 2 días de finalizar el tratamiento, comienza a recuperar algo de fuerza en MSD y recupera los reflejos aquileos y palmoplantares, continuando con tratamiento fisioterápico. Recuperación total sin secuelas a los 21 meses del diagnóstico.

Comentarios: La plasmaféresis tiene mayor riesgo de complicaciones y es más incómoda, por lo que se recomienda comenzar con Ig, y dejar la plasmaféresis como alternativa en caso de fracaso o recaída.

P33 HÁBITOS DE SUEÑO EN ADOLESCENTES

12:40

M. Mantecón Ruiz, C.M. Rodríguez Rodríguez,
A.I. Villares Porto-Domínguez, L. Ocampo Fontangordo,
M.P. Vior Álvarez y F. Martín Sánchez

*Departamento de Pediatría, Complejo Hospitalario,
Ourense, España.*

Introducción: El objetivo de este estudio es conocer los hábitos de sueño de los escolares y los factores que se relacionan con ellos.

Material y métodos: Estudio transversal para el que se realizó una encuesta cumplimentada de forma anónima por alumnos, seleccionados aleatoriamente, del instituto público de Carballiño que cursaban entre 1.º y 4.º de la ESO.

Resultados: Se entrevistaron a 165 alumnos con edades comprendidas entre los 12 y 17 años, 50,6% son niños y 49,4% son niñas. Estos escolares refieren dormir una media de 500 minutos cada noche, siendo estadísticamente significativo que a mayor edad menos minutos de sueño. En la mitad de los casos son los padres quienes deciden la hora de acostarse, lo que se relaciona con un mayor número de horas de sueño en este grupo ($p < 0,01$). Antes de acostarse el 67,7% ve la televisión, siendo éstos los que menos tiempo duermen ($p < 0,05$); el 14,6% lee antes de acostarse y utilizan videojuegos el 7,9%. Mientras los padres creen que duermen el 13,6% lo que realmente hacen es ver la televisión; el 11,7% leen y el 10,5% juegan con el ordenador. El 21,3% despiertan por la noche, de los cuales el 28,6% tardan más de 30 minutos en volverse a dormir, tienen pesadillas o terrores nocturnos el 26,4%. Del 33,5% de los alumnos que refieren cefalea diurna sin enfermedad asociada, el 30,9% lo relacionan con la falta de sueño, La media de horas dormidas es significativamente menor ($p: 0,04$) en los niños que les cuesta levantarse (79,9%) respecto a los que no (20,1%). Los que aprueban todas las asignaturas duermen una media de 514 minutos al día y los que suspenden alguna asignatura duermen una media de 493 minutos, resultando esto una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusión: A la vista de los resultados obtenidos queremos concienciar a los pediatras sobre la necesidad de prevenir malos hábitos de sueño en los niños, que pueden afectar su calidad de vida y rendimiento escolar.

P34 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN EL TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

12:45

X. Gastaminza Pérez, M. Jiménez, N. Bassas, K. González,
S. Valero, R. Vacas, R. Bueno y L.A. Rajmil Rajmil

*Unidad de Paidopsiquiatría y Servicio de Psiquiatría,
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, e Instituto
Municipal de Investigación Médica, Barcelona, España.*

Antecedentes y objetivos: El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) aunque conocido desde hace mucho tiempo (la primera descripción fue en 1902 por Still y en España en 1908 por Vidal Parera) tiene limitados estudios en nuestro país, y más en su presentación con otra patología médica concomitante.

El objetivo de este estudio es valorar la prevalencia de este trastorno en esta población de niños trasplantados y sus principales características.

Población y método: Los casos atendidos por trasplante renal y diagnosticados de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (8 casos) son estudiados con mayor profundidad. Así se les aplicaron escalas y cuestionarios específicos: Escala de evaluación comportamental para padres y profesores de Conners, Escala de cualificación de TDAH versión padres y versión maestros, Escala evaluativa para síntomas del TDAH (SNAP IV) y criterios del DSM-IV TR para TDAH, para delimitar sus características.

Resultados: Un 14% (8 sujetos) de la muestra es diagnosticado con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: 5 sujetos de tipo inatento y 3 de tipo combinado. Estando todos ellos sin diagnosticar ni tratar.

Conclusiones: La frecuencia del TDAH en el trasplante renal es el doble del esperado (el presentado en la población pediátrica es entre el 3% y el 7%), debiéndose considerar especialmente así en el trasplante renal.

P35 ESTUDIO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, ESCOLARES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH

12:50

M. Tortajada Girbes, A. Sales Galán y E. Navarro Pardo

*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia,
Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia,
Valencia, y Unidad de Salud Mental y Adolescencia,
Dpto. 10 de la Conselleria de Sanitat, Valencia, España.*

Antecedentes y objetivos: El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es una patología con una incidencia creciente en la edad pediátrica. El objetivo del estudio es conocer las variables clínicas, epidemiológicas, escolares y familiares de los pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes que acudieron a la consulta entre noviembre de 2008 y enero de 2009, con diagnóstico de TDAH por su pediatra. Se incluyeron 47 niños (0-14 años), 80% niños. La media de edad en el momento del estudio y en el momento del debut de los síntomas fue de 9,95 años, y 6,75 respectivamente. El estudio se realizó mediante el cuestionario SNAP-IV.

Resultados: Respecto al nivel de escolarización, el 8,51% cursaban Educación Infantil, el 59,57% Educación Primaria y el 31,91% la ESO. El 23% de los pacientes diagnosticados de TDAH había repetido curso en el momento de la entrevista, al menos una vez; frente al 77% que no ha repetido ningún curso. Los padres/tutores legales cumplimentaron el cuestionario SNAP-IV, donde los resultados fueron significativos en Hiperactividad total, con una media de 1,8085 (punto de corte: $\geq 1,67$), en Inatención, con 1,8085 (punto de corte: $\geq 1,78$), y en hiperactividad motora e Impulsividad, donde se obtuvo un 1,8037 de media (punto de corte: $\geq 1,44$). Entre los antecedentes familiares, destacar que el 31,91% tienen antecedentes de TDAH, el 8,51% tienen antecedentes de otro tipo de trastornos neuropsiquiátricos, y el 59,57% no tiene ningún tipo de antecedentes familiares. Como antecedentes personales, señalaremos que el 8,51% tiene trastornos de conducta, 40,42% otros tipos de trastornos de salud mental, y el 51,06% no tiene ninguna otra patología mental. Respecto al EEG, al 55,31% nunca se le había realizado, el 29,78% tenían un EEG sin hallazgos patológicos, y en el 14,89% de los casos fue patológico.

Conclusiones: En nuestra muestra hay mayoría de varones, como recoge la literatura. También se observa una sobrerrepresentación de fracaso escolar respecto a la población general. El diagnóstico más frecuente es el subtipo combinado. Más de una cuarta parte de la muestra tenía antecedentes familiares de la misma patología. También hay que señalar una alta comorbilidad del TDAH en la infancia con otros trastornos psicopatológicos.

P36 URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS INFANTO-JUVENILES: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN

12:55

M. García González, V. Aldecoa Bilbao, S. Argemí Renom,
J. Cobo Gómez, M. Pamias Massana, D. Jaramillo Hidalgo,
M.J. García Catalán, D. Bartoli y F.X. Travería Casanova

*Servicio de Pediatría y Servicio de Salud Mental, Hospital
de Sabadell, Corporació Pac Taulí, Barcelona, España.*

Antecedentes y objetivos: Hemos asistido a un aumento tanto en incidencia como en complejidad de las urgencias psiquiátricas en pediatría. Nuestro objetivo es analizar la epidemiología y las características de las consultas psiquiátricas pediátricas en el servicio de Urgencias.

Métodos: Estudio descriptivo de las urgencias psiquiátricas atendidas en el servicio de Urgencias de Pediatría, visitados por el pediatra, que precisaron atención por parte del psiquiatra durante los años 2006 y 2007.

Resultados: En los años 2006-2007 se realizaron 104 visitas psiquiátricas (61 pacientes) de un total de 93.908 urgencias (0,1%). Edad media de 12,37 años (r: 6-15; DE: 2,26), el 58% niñas. El 78% controlado por Psiquiatría y el 82% recibían tratamiento (psicológico y/o farmacológico). Se registraron más visitas: viernes, en tardes, en diciembre y enero; siendo el 50% primeras visitas. Como factores asociados: retraso mental (10%), consumo de drogas y/o alcohol (40%), problemas legales (20%), separación de los padres (28%) y convivencia en centro de acogida (6,7%). Motivos de consulta más frecuentes: descompensación de patología de base (51%), alteración conductual (31%) e ideación o tentativa autolítica (17%). El 26% de las visitas precisaron tratamiento farmacológico en Urgencias, el 16% exploraciones complementarias y el 5% medidas de control físico; Estancia media en Urgencias de 7 horas (r: 1-54, DE: 8,7). Diagnósticos más frecuentes: trastornos de conducta (50%), trastornos de ansiedad (20%), ideación autolítica (12,5%), trastornos del estado de ánimo (6%) y trastornos de personalidad (3%) sin diferencias significativas entre sexos. Tasa de ingreso del 35,6%.

Conclusiones: El diagnóstico más frecuente sigue siendo el trastorno de conducta y la tasa de ingreso elevada (35,6%); el 20% son menores de 10 años. En 2006-2007 hemos observado un aumento en la incidencia respecto a años anteriores, multiplicándose por 3 el número de visitas psiquiátricas de 2006 a 2007. La atención interdisciplinaria unida a la adecuación de los espacios en los servicios de Urgencias son indispensables para el correcto manejo de nuestros pacientes psiquiátricos.

P37 PREVENCIÓN DE FERTILIDAD EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

13:00

A. Ayechu Díaz, R. Díaz-Aldagalán González, E. Delgado Fuentes, D. Morales Senosiain, M. Sanchez Serrano, M. Sagaseta de Ilurdoz Uranga y F.J. Molina Garicano

Servicio de Pediatría, Oncología Pediátrica Hospital Virgen del Camino Pamplona, Navarra y Servicio de Fertilización, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España.

Introducción: Como consecuencia de los tratamientos quimioterápicos o radioterápicos a que son sometidos, adolescentes prepúberes o púberes en las Unidades de Oncología Pediátrica, acudimos a una serie efectos secundarios destacando los que ocurren a nivel de las gónadas. Alquilantes, radioterapia y altas dosis de quimioterapia son los que conllevan una alteración en la fertilidad. La criopreservación ovárica (CO) y la congelación de semen puede ser una solución.

Material y métodos: Durante el período de enero 2006-diciembre 2008 hemos controlado y diagnosticado a 52 pacientes. A 6 de ellos (11,5%), se llevaron a cabo estas medidas preventivas. En 4 mujeres de edades comprendidas entre 11 años y 2 meses y 15 años y 5 meses se les realizó una criopreservación de cuña ovárica en la unidad de fertilidad del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia según protocolo de dicho hospital que se expondrá más ampliamente. En los dos pacientes restantes varones, de 15 años y 6 meses de edad se les realizó una congelación de

semen en la Unidad de Fertilidad de la Clínica Quirón de San Sebastián. Las 4 adolescentes fueron diagnosticadas de Enfermedad de Hodgkin; uno de los jóvenes tenía un linfoma no Hodgkin de mediastino y el segundo un rhabdomioma alveolar. A los 6, se les explicó individual y familiarmente esta medida preventiva que fue aceptada sin ningún inconveniente. En las CO que se hizo por laparoscopia no hubo ninguna complicación. Sabemos que en el momento actual en nuestro país se están reimplantando en algunas mujeres este tejido ovárico con grandes esperanzas de funcionalidad. Conocemos también que la recuperación del semen es absolutamente normal en su funcionalidad por estos u otros motivos ya utilizados.

Conclusiones: Creo que los especialistas en adolescencia, pediatras en general deben ser conocedores de estas técnicas como lo somos los oncólogos pediátricos; y que entre ambas profesiones deben de considerar estas medidas preventivas antes de iniciar la quimioterapia. La ausencia de efectos secundarios de estas técnicas debe hacernos tomar estas actitudes de forma protocolizada y generalizada.

P38 ALUCINACIONES EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE PATOLOGÍA AGUDA PSIQUIÁTRICA INFANTIL DURANTE 2008

13:05

I. Sánchez Fernández, M. Pardo Gallego, B. Pizá Vallespir, E. Murgui Manes y B. Sánchez Fernández

Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu, y Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Antecedentes y objetivo: Describir las características de las alucinaciones en niños, menos conocidas que en adultos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra unidad de patología aguda psiquiátrica infantil por sospecha de alucinaciones durante 2008.

Resultados: 4 pacientes (2 niños y 2 niñas) ingresados durante 2008 presentaban historia sugestiva de alucinaciones. Edades: 5, 6, 6 y 12 años. Todos los pacientes referían alucinaciones visuales y 2 referían, además, alucinaciones auditivas. Tres pacientes habían sido diagnosticados de alguna patología psiquiátrica previa a la aparición de las alucinaciones (1. Esquizofrenia y enuresis primaria. 2. TDAH, trastorno de conducta y retraso psicomotor. 3. TDAH y Trastorno negativista desafiante); la paciente sin diagnóstico psiquiátrico previo (4) vivía en un centro de acogida por distocia social grave y presentaba conducta impulsiva, inatenta y negativista. Todos los pacientes presentaban familiares de primer y/o segundo grado con patología psiquiátrica. Todos los pacientes se sometieron a estudio de etiología orgánica, incluyendo estudio analítico con función tiroidea, RM y EEG, resultando normal. Ningún dato apoyó la etiología tóxica. Los diagnósticos finales fueron: 1. Síndrome de Asperger. TDAH. Trastorno adaptativo mixto de las emociones y el comportamiento. (Diagnóstico previo de esquizofrenia excluido). 2. Efecto adverso de Risperidona. TDAH. 3. Trastorno adaptativo mixto de las emociones y de la conducta. TDAH. Trastorno negativista desafiante. 4. Trastorno reactivo del vínculo desinhibido. En la paciente 4, se interpretó la clínica como fabulaciones voluntarias; en el resto se consideraron alucinaciones verdaderas. En tres pacientes, el tratamiento de elección fue la risperidona, mientras que en el paciente 2, este fármaco se consideró responsable de la clínica y se retiró.

Conclusiones: No se encontró etiología orgánica, tóxica ni psicótica (contraste con adultos). El tratamiento de elección para las alucinaciones fue la risperidona con evolución favorable (desaparición/atenuación). La risperidona, paradójicamente, puede desencadenar alucinaciones.

P39 13:10

SUBTIPOS DE TDAH Y TRATAMIENTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

M. Tortajada Girbes, A. Sales Galán y E. Navarro Pardo

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, Valencia, y Unidad de Salud Mental y Adolescencia, Dpto. 10 de la Consellería de Sanitat, Valencia, España.

Antecedentes y objetivos: El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es una patología con una incidencia creciente en la edad pediátrica. Dado que existen distintos subtipos, así como diferentes intervenciones terapéuticas, se pretende evaluar una muestra de pacientes pediátricos, diagnosticados de TDAH, y conocer la distribución de estos subtipos clínicos y los tratamientos utilizados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes que acudieron a la consulta entre noviembre de 2008 y enero de 2009, con diagnóstico de TDAH. La muestra total de pacientes es de 47 niños (0-14 años), de los cuales un 80% son niños y un 20% niñas. La media de edad de los pacientes en el momento de la recogida de datos es de 9,95 años, mientras que la media de edad de debut de los síntomas fue de 6,75 años. Los datos se recogieron mediante el cuestionario SNAP-IV, cumplimentado por los padres.

Resultados: En cuanto a los subtipos de TDAH, encontramos que el 10,53% tenían predominio de hiperactividad motora con punto de corte superior a 1,44, el 36,17% de inatención, siendo el punto de corte superior a 1,78, y el 53,19% de tipo combinado, con el punto de corte superior a 1,67. El 55,31% llevaban un tratamiento farmacológico estimulante, el 8,51%, tratamiento farmacológico no estimulante y el 31% llevaba tratamiento no farmacológico. Durante el tratamiento, el 21,27% de los pacientes realizaron vacaciones farmacológicas, aunque no se halló correlación con el grado de siniestralidad que sufrieron los pacientes, y el 78,73 no realizaron vacaciones farmacológicas.

Conclusiones: En nuestra muestra, la mayoría de los pacientes tenían TDAH, subtipo combinado, lo que coincide con la literatura. Y en cuanto al tratamiento, la mayoría llevaban tratamiento farmacológico estimulante prolongado, seguido de tratamiento psicoterapéutico.

P40 13:15

DETECCIÓN PRECOZ DE PSICOPATOLOGÍA EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO Y FACTORES ASOCIADOS

J. Navarro Navarro, F. Flor Serra, J.J. Ortiz Guerra, M. Hernández Martínez, J.Ll. Llobet Pastor y C. Mendoza Mayor

CAP de Collblanc, Hospitalet de Llobregat, Servicio de Psiquiatría, Hospital Sant Joan de Déu, y CAP Sagrada Família, Barcelona, España.

Introducción: La prevalencia de de patología psiquiátrica infanto-juvenil, en países desarrollados, se halla entre el 10 y el 20%. La detección precoz mejora el pronóstico y disminuye el deterioro.

Objetivos: Detección de trastornos mentales y del comportamiento en niños visitados en atención primaria y describir variables asociadas.

Métodos: Tipo de estudio: Descriptivo transversal. Población de estudio: Población infantil de 6 a 14 años de edad, asignados a un pediatra, en un CAP urbano. Muestra: 211 niños entre los visitados, por cualquier motivo, en el año 2008. Tamaño muestral: se asume: proporción esperada de psicopatología = 10%; nivel de confian-

za $1-\alpha = 95\%$ y precisión = 4%. Variables de estudio: edad, sexo, país de origen, tipología familiar, tipo de escuela, rendimiento escolar y presencia de trastornos mentales y del comportamiento. Instrumento de evaluación conductual: Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) completado por los padres.

Resultados: Niñas: 45%. Edad (media = 9,9; DE = 2,5 años). 75,4% españoles. Familia tradicional: 75,3%. Rendimiento escolar: dificultades 16,9%, fracaso: 3,5%. Escuela concertada: 64,2%. El 12% de los niños presentaron puntuaciones anormales de síntomas emocionales, el 11,1% problemas de conducta, el 8,6% hiperactividad, el 9,6% problemas con compañeros, el 8,1% anomalía en la conducta prosocial y el 12,8% en la puntuación total de dificultades. Hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el sexo y las escalas de hiperactividad y conducta prosocial; entre nacionalidad y problemas con compañeros; entre tipo de familia y síntomas emocionales, problemas de conducta y puntuación total de dificultades y entre rendimiento escolar y problemas de conducta, hiperactividad y puntuación total de dificultades.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran un riesgo moderado (5,6%) o severo (12,8%) de padecer una enfermedad psiquiátrica, y son concordantes con los referidos en estudios similares. Encontramos que las niñas, la nacionalidad española, familia tradicional y un rendimiento escolar correcto son factores de protección para psicopatía.

P41 13:20

CAMBIOS EN BIOMARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO INDUCIDOS POR LA PUBERTAD

J.L. Pérez Navero, J.D. Benítez Sillero, M. Gil Campos, M. Guillén del Castillo, I. Tasset Cuevas e I. Túnez Fiñana

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, y Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

Antecedentes y objetivos: El estrés oxidativo (EO) ha sido asociado a la disminución progresiva de las funciones fisiológicas que ocurren con el avance de la edad. La bibliografía publicada hasta el momento actual sobre el EO en la infancia y adolescencia, está fundamentalmente dirigida a establecer la posible relación entre el EO y diferentes procesos patológicos como asma, diabetes u obesidad. Los estudios en niños sanos son escasos y analizan el EO en función de la edad. Por ello en este estudio se plantea evaluar la influencia del estrés oxidativo en la adolescencia; dado que éste se produce por un desequilibrio entre sustancias oxidantes y mecanismos de defensa antioxidante y que se ha descrito que es uno de los factores que más influye en la disminución progresiva de las funciones biológicas con la edad.

Métodos: Se han seleccionado 38 varones prepúberes con Tanner G1-P1 y 32 púberes sanos con Tanner G3-4-P3-4 de 10 a 14 años, que presentaban peso, talla, índice de masa corporal, frecuencia cardíaca y presión arterial en el percentil 50 de su edad ± 1 DE. Se midieron en saliva los niveles basales de los productos de lipoperoxidación, glutatión reducido y catalasa; ya que se ha demostrado una buena correlación entre los niveles plasmáticos y salivares de los biomarcadores de estrés oxidativo.

Resultados: Los varones puberales presentaron niveles superiores significativos de los productos de lipoperoxidación ($p < 0,001$). Se encontró una correlación significativa positiva entre los productos de lipoperoxidación y el glutatión reducido ($p < 0,001$). No se obtuvieron diferencias significativas en los demás biomarcadores estudiados.

Conclusión: Se describe por primera vez que en la pubertad hay un aumento de los productos de lipoperoxidación y que podrían estar influyendo en la aparición de estrés oxidativo en esta etapa de la vida.

P42
CALIDAD DE VIDA EN EL TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

X. Gastaminza Pérez, M. Jiménez, N. Bassas,
K. González, R. Vacas, S. Valero, R. Bueno
y L.A. Rajmil Rajmil

*Unidad de Paidopsiquiatría y Servicio de Psiquiatría,
Hospital Universitario Vall d'Hebron e Instituto Municipal
de Investigación Médica, Barcelona, España.*

Introducción: El enfoque médico actual conlleva la asistencia médica integral y así, también, la consideración de los otros aspectos no puramente biológicos. Como el impacto global (emocional, personal, familiar socioeconómico) o la calidad de vida del paciente (percepción subjetiva del paciente).

Antecedentes y objetivos: En el marco del grupo multidisciplinario funcional del Servicio de Nefrología pediátrica en el que se participa, nos planteamos la valoración de la calidad de vida de los niños y adolescentes atendidos y controlados por trasplante renal

13:25

pediátrico: para tener resultados de nuestra población y poder plantear mejoras en su atención integral.

Población y método: Se estudian los niños, entre 6 y 18 años controlados por Trasplante renal pediátrico (N = 35). La herramienta de valoración utilizada es el cuestionario de calidad de vida CHIP versiones CE (niños 6-12 años) AE (adolescentes 13-18 años) y PE (padres), en la versión normalizada y estandarizada en español para nuestra población.

Resultados: La calidad de vida de los niños está por debajo de lo normal de forma muy significativa. En adolescentes también está por debajo de la media de la población de nuestro país en forma significativa. Los padres valoran la calidad de vida mucho peor que los propios niños y adolescentes.

Conclusiones: La calidad de vida en trasplante renal pediátrico está, de forma significativa, por debajo de la media de la población. Con la edad mejora, teniendo una valoración mucho más negativa por parte de los padres. La satisfacción manifestada y explicada siempre por los niños y adolescentes en el caso del trasplante renal no les oculta a ellos y a los padres las limitaciones que se presentan post trasplante, aconsejando así la consideración del resto de aspectos biológicos en el trasplante renal para su mejor atención.



PÓSTER MODERADO

Jueves, 4 de junio (14:00-15:15)

NEUROLOGÍA

Sala 3-4 (Planta 0)

P43

TOPIRAMATO Y VÓMITOS CÍCLICOS

14:00

S. Escolano Serrano, R. Martínez Camacho, A. Amat Madramany, G. Pi Castán, J. Juan Martínez y E. Gastaldo Simeón

Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia, España.

Introducción: La etiología y patogénesis del síndrome de vómitos cíclicos (SVC) es desconocida. Se sospecha que se trata de un trastorno del eje cerebrointestinal. Se caracteriza por crisis recurrentes de náuseas y vómitos de gran intensidad sin causa aparente con sorprendente similitud en el mismo individuo. El manejo de las crisis comprende medidas de apoyo y tratamiento abortivo. La finalidad del tratamiento a largo plazo pretende reducir el número y la severidad de los episodios.

Objetivo: Describir la evolución de dos pacientes diagnosticados de SVC en tratamiento profiláctico con topiramato.

Material y método: *Caso clínico 1:* Niña de 5 años que ingresa por vómitos incoercibles repitiéndose los episodios con una frecuencia que aumenta de forma progresiva hasta ser mensual durante 2 años. Pruebas complementarias normales y cumple criterios diagnósticos de SVC, por lo que se decide iniciar tratamiento profiláctico con topiramato a 3 mg/kg/día. Desde el inicio de tratamiento los episodios han ido espaciándose en el tiempo. Actualmente lleva 3 meses asintomática. *Caso clínico 2:* Niño de 5 años inicia cuadro de vómitos de repetición precisando ingresos hospitalarios mensuales. Cumple criterios de SVC y exploraciones normales. Inicialmente se trató de forma profiláctica con flunarizina sin presentar mejoría por lo que se pauta topiramato a 3 mg/kg/día y desde entonces lleva un año asintomático.

Conclusión: El SVC se diagnostica mediante unos criterios clínicos, dada la ausencia de pruebas de laboratorio, radiográficas o endoscópicas que lo confirmen. El impacto físico y emocional que padecen estos niños puede ocasionar severos trastornos del comportamiento. Ante el desconocimiento de la etiología y patogenia del proceso, el tratamiento sigue siendo sintomático, destacando el papel del ondansetrón. El tratamiento profiláctico con topiramato puede ser eficaz, siendo el período más apropiado para iniciar la profilaxis cuando el paciente se encuentra libre de síntomas. En algunos pacientes se ha visto que reduce el número de hospitalizaciones, mejorando enormemente la calidad de vida.

P44

ATROFIA MUSCULAR ESPINAL DISTAL CONGÉNITA: PRESENTACIÓN EN 2 GENERACIONES

14:05

A. Amado Puentes, M.O. Blanco Barca, M. Cobelas Cobelas, J.A. Calviño Castañón y J. Antelo Cortizas

Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción y objetivos: Las atrofas musculares espinales (AME) engloban un grupo de trastornos de caracterizados por la pérdida o degeneración de las neuronas del asta anterior de la médula espinal, provocando atrofia y debilidad de los músculos afectados. Describimos los hallazgos clínico-patológicos en una madre y una hija con sospecha de atrofia muscular distal de herencia autosómica dominante, por sus implicaciones pronósticas y de consejo genético.

Caso clínico: La madre, de 36 años, nació con deformidades en miembros inferiores y liberó la deambulación a los 3 años. Se le realizó EMG con el diagnóstico de AME tipo III (Kugelberg-Welander) en Argentina, de donde procedían, pero con resultado genético negativo para el gen SMN (Survival Motor Neuron). En la exploración física se evidenciaba hipotonía principalmente distal con atrofia muscular supra e infraescapular, y de eminencias tenares e hipotenares. Presentaba marcada atrofia de musculatura distal de ambas piernas, arreflexia y Babinski bilateral. Marcada hiperlordosis lumbar, pectus excavatum y maniobra de Gowers positiva. Deformidad de ambos pies, con atrofia muscular bilateral, hipotonía marcada en dedos del pie, con pies cavos bilaterales. Marcha inestable con aumento de la base, movimiento de vaivén y estepaje, con imposibilidad para el tándem. Su hija, de 6 años, presentó una luxación congénita de caderas bilateral, adquiriendo la deambulación entre los 18-24 meses. En la exploración física destaca una debilidad e hipotrofia muscular valorable en cintura pelviana y en extremidades inferiores, con aparente normalidad a nivel de extremidades superiores. Marcha autónoma en ánade. Fenómeno de Gowers presente. Arreflexia rotuliana y aquilea. Ante la negatividad del gen SMN actualmente está pendiente del estudio genético del gen 12q23-24.

Discusión: La alteración del gen SMN está presente en el 90% de los casos de AME cualquiera que sea su forma clínica, pero existen formas de AME que afectan la musculatura distal en las que aún no se ha caracterizado el defecto molecular. Estas formas de AME poseen características clínicas diferentes a las formas clásicas y es característica la negatividad para el gen SMN. Este aspecto es de capital importancia a la hora del consejo genético a las familias, especialmente en las formas en que se sospeche una herencia autosómica dominante.

P45 14:10 ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE VARICELA Y PORTADORA HETEROCIGOTA DE MUTACIÓN DE LA ENZIMA METILTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA

E. López Torres, R. Calvo Medina, J.M. Jiménez Hinojosa, J. Martínez Antón, A. Urda Carmona y A. Jurado Ortiz

Servicio de Neurología, Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.

Introducción: Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son causa importante de morbi-mortalidad en la infancia con incidencia entre 2-5 casos/100000 niños/año. En el ictus es necesario descartar las vasculopatías y factores protrombóticos.

Caso clínico: Niña de 3 años sana que desarrolló en un intervalo de 4 horas hemiparesia derecha progresiva de comienzo en miembro inferior, disartria, afasia y parálisis facial central acompañadas de deterioro del nivel de conciencia. Antecedente de interés infección por varicela hacia 2 meses y fallecimiento del abuelo paterno con 58 años tras dos IAM. Se realiza de urgencia TC craneal, punción lumbar, EEG, ECG y ecocardiografía, ECO-doppler carotídeo, hemograma y estudio básico de coagulación, *screening* metabólico y reumatológico con resultados normales. En sangre y LCR se estudiaron PCR y serología a diversos virus neutrotropos sin resultado. El mantoux fue negativo. RM cerebral: lesión isquémica aguda con afectación del brazo anterior de la capsula interna y los ganglios basales izquierdos, caudado y lenticular, AngioRM: estenosis a nivel del segmento M1 de la arteria cerebral media izquierda. El estudio de trombofilia mostró que la paciente y su padre eran portadores heterocigotos de la mutación C677T de la encima MTHFR con homocisteína normal. La paciente fue tratada con Aciclovir durante 9 días y con AAS a dosis antiagregantes que sigue manteniendo en la actualidad. Ocho meses después del evento persiste una paresia leve del miembro superior derecho.

Discusión: El ACV como complicación de infección por VVZ presenta un riesgo absoluto de 1/15000. Se acepta como factor etiológico en un niño sano con varicela en el último año y las características radiológicas que presenta nuestra paciente. Los portadores heterocigóticos de la mutación C677T podrían tener más tendencia a ACV aun sin elevación de homocisteína en sangre según recientes revisiones. La combinación de ambos factores parece ser la causa del evento. No debe olvidarse descartar factores genéticos que pueden causar estados protrombóticos en este tipo de pacientes y condicionar actitudes terapéuticas.

P46 14:15 ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA VERSUS ESCLEROSIS MÚLTIPLE. A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO

T. Murciano Carrillo, C. Fernández Zurita, M.I. Lorente Hurtado, I. Iglesias Rodríguez, C. Balcells Esponera y A.M. Moreno Conde

Servicio de Medicina Pediátrica, Hospital de Sabadell, Barcelona, y Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.

Introducción: La encefalomyelitis aguda diseminada (EMAD) es una entidad poco frecuente en nuestro medio. El principal diagnóstico diferencial se establece con la esclerosis múltiple (EM). A partir de un caso clínico se revisa aquellas características clínicas y pruebas complementarias que pueden ser útiles para el diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Niño de 8 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por diplopía, ptosis palpebral de 24 horas

de evolución asociado a inestabilidad de la marcha, mareo y vómitos en las últimas horas. En la exploración física destaca somnolencia, estrabismo convergente ojo izquierdo, hemiparesia facial izquierda y marcha inestable. Exploraciones complementarias: analítica sanguínea, estudio del LCR, TC craneal y tóxicos en orina normales. Ingresó con tratamiento antibiótico empírico por posible encefalitis infecciosa. Como evolución, presenta afectación de múltiples pares craneales, una hemiparesia izquierda y clínica de neuritis óptica izquierda. En la resonancia magnética cerebral se objetiva desmielinización multifocal cerebral supra e infratentorial con predominio lesional en tronco encefálico y afectación retrobulbar de nervio óptico izquierdo. Se inicia tratamiento con metilprednisolona presentando múltiples efectos secundarios, que obligan a la retirada precoz del tratamiento. La evolución es favorable. La resonancia magnética de control muestra reducción de las lesiones. A los 19 días presenta nuevo episodio de diplopía con aparición de nuevas lesiones focales de similares características.

Comentarios: Diferenciar EMAD de la EM en un primer episodio es complejo debido a que no disponemos de características clínicas ni de imagen patognomónicas. El seguimiento y el estudio de episodios posteriores son fundamentales para un buen diagnóstico. Los corticoides pueden producir efectos secundarios que obliguen a la retirada de forma prematura del tratamiento. Este hecho dificulta el diagnóstico y el manejo terapéutico ante la aparición de nuevos episodios.

P47 14:20 COMPLICACIONES INTRACRANEALES VASCULARES DE LA INFECCIONES ORL

R. Mata Fernández, M.Á. Martínez Granero, M.A. García Pérez, M.M. Espino Hernández, F. Echavarrí Olavarria y C. Herráiz Puchol

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, España.

Introducción: La trombosis venosa intracraneal (TVC) es rara en niños. Presenta un amplio espectro de etiologías siendo causas conocidas las infecciones intracraneales y las adyacentes a la cavidad craneal (ORL). Presentamos 2 casos.

Casos clínicos: *Caso 1:* Niña de 10 años con cefalea hemisférica derecha y vómitos. OMA 3 semanas antes. AP: Epistaxis de repetición, anticoagulante lúpico positivo. Padre fallecido joven por IAM. EF: Papiledema. Tímpano derecho abombado, eritema retroauricular. TAC y RMN: otomastoiditis dcha, TVC seno transverso-sigmoide y yugular. Factores protrombóticos entonces negativos. Mastoidectomía y anticoagulación 6 meses. RMN a 3 semanas: mejoría otomastoidea y recanalización completa de TVC. *Caso 2:* Niño de 3 años con fiebre y vómitos. Sin antecedentes. EF: meníngeos positivos y otorrea derecha. LCR: 22L (80% PMN). Ingresó con cefotaxima-vancomicina, al día siguiente ataxia. TC y RMC: otomastoiditis derecha y TVC seno sigmoide y yugular ipsilateral. Hemocultivo: S. Pyogenes; LCR estéril. Se hepariniza y se traslada a centro con ORL/UVI infantil donde retiran la anticoagulación, y mantienen antibioterapia 2 meses. RMC a 3 y 9 meses: persistencia de trombosis en seno sigmoide (recanalización parcial). Asintomático.

Discusión: La TVC es una complicación rara de procesos ORL y habría sospecharla en caso de alteración hematológica y/o síntomas neurológicos (papiledema, ataxia...). La etiología de TVC es multifactorial y conviene descartar factores de riesgo procoagulantes adicionales a la causa predisponente para mejorar el manejo terapéutico y prevenir las recidivas. Aunque las guías internacionales recomiendan la anticoagulación, en niños la evidencia es débil (2C) y no está exento de riesgos.

P48**POLINEUROPATÍA DEMIELINIZANTE AGUDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA**

I. Bullón Durán, I. Martínez Carapeto, M.C. Rivero de la Rosa, J. Fernández-Cantalejo Padial, L. Ruiz del Portal Bermudo y B. Muñoz Cabello

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, y Servicio de Neurología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente de parálisis fláccida aguda en la edad pediátrica. Hasta un 15% desarrolla insuficiencia respiratoria que precisa ventilación mecánica, siendo ésta un factor de mal pronóstico a largo plazo.

Caso clínico: Niña de 10 meses de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que debuta con cuadro de dificultad respiratoria aguda que precisa intubación orotraqueal y medidas de reanimación cardiopulmonar avanzadas. Exploración física y neurológica al ingreso normal. Se inicia cefotaxima por sospecha de neumonía. Se intenta extubación en dos ocasiones presentando apneas y arritmias que requirieron reintubación. Posteriormente se aprecia hipotonía global, desconexión con el medio y crisis de chupeteo con mirada fija. Ante la sospecha de encefalitis se inicia aciclovir y se piden pruebas complementarias: EEG, TC y RNM cerebral, bioquímica, líquido cefalorraquídeo en repetidas ocasiones sin hiperproteínorraquia, enzimas musculares, potenciales de tronco, anticuerpos antigangliósidos: negativo. Persiste la hipotonía y aparece arreflexia al décimo día; la electromiografía es compatible con polineuropatía desmielinizante aguda. Se instaura gammaglobulina iv (1 g/kg en dos días). La paciente evolucionó de forma lenta, precisando añadir ciclo de corticoides. Mejor conexión con el medio, mejoría de la dificultad respiratoria y del tono con buena sedestación. Al alta persiste leve disfagia, disfonía y bipedestación dificultosa con hipotonía y reflejos casi abolidos.

Conclusiones: Ante un cuadro de insuficiencia respiratoria severa de causa desconocida hay que tener en cuenta patologías neuromusculares, entre ellas el síndrome de Guillain-Barré. La ausencia de anomalías neurológicas iniciales no excluye este diagnóstico. El fallo respiratorio y la disfunción autonómica constituyen las causas más importantes de muerte en estos pacientes.

P49**AGENESIA DEL CUERPO CALOSO Y CRISIS DE HIPOTERMIA: SÍNDROME DE SHAPIRO**

C. Hermoso Torregrosa, A. García Ron, M.T. Ferrer Castillo, J. Sierra Rodríguez, M.L. Domínguez Quintero y C. González Fuentes

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: La agenesia del cuerpo caloso (ACC) es producido por una agresión sobre la masa comisural entre la 8.^a-20.^a semanas de edad gestacional de causa múltiple (ambiental, infecciones prenatales, cromosomopatías, metabopatías) y de semiología variable (desde casos asintomáticos a graves) existiendo formas sindrómicas con síntomas orientadores, el Síndrome de Shapiro que cursa con agenesia del cuerpo caloso y episodios de hipotermia (T.^a 29-34 °C), hiperhidrosis, hipotonía y obnubilación. Se han descrito casos con hipertermia episódica (Shapiro inverso). De herencia desconocida y de mecanismo patogénico: disfunción hipotalámica con alteraciones en los circuitos dopaminérgicos del centro termorregulador.

Caso clínico: Varón de 18 meses de edad con retraso psicomotor y discretos signos dismórficos sin antecedentes prenatales de interés. Exámenes complementarios: TORCH y cariotipo normales. La resonancia magnética craneal presenta agenesia del cuerpo caloso. A partir de los 13 meses de vida comienza con episodios de hi-

14:25

potermia 34-35 grados, hipotonía y sudoración de 1-2 horas de duración, que se repiten en 3 ocasiones.

Conclusiones: 1. Síndrome infrecuente e infravalorado donde los episodios de hipotermia se manifiestan sobre todo en la edad adulta, por lo que el diagnóstico es tardío. 2. Existen casos graves con exitus. 3. En toda crisis de hipotermia o hipertermia recidivante pensar en agenesia del cuerpo caloso.

P50**ENFERMEDAD DE POMPE ASOCIADA A ENFERMEDAD MITOCONDRIAL**

M. Rivero Falero, L.M. Andrade Briceño, M.R. Duque Fernández, V. Castro López y L. Martín Viota

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: La enfermedad de Pompe es una enfermedad metabólica hereditaria que consiste en la deficiencia congénita de la enzima alfa 1,4 glucosidasa, necesaria para hidrolizar el glucógeno lisosomal a glucosa, con la consiguiente acumulación de este, principalmente en el músculo.

Caso clínico: Paciente varón de 2^a/12 años que es remitido a consulta externa de neurología por presentar debilidad muscular y dificultad para realizar habilidades motoras propias de la edad. A.P: Neumonía y fallo de medro a los 2 años. A.F: No consanguinidad. Exploración física: destaca facies miotónica. Fuerza 3/6 generalizada. ROT 2/5. Signo de Gowers positivo. No deambulación a pata coja. No puntillas, no talones. Incapacidad para correr y saltar. Exámenes complementarios: en sangre destaca GOT 415 U/L, GPT 290 U/L, LDH 1.974 U/L, CPK 895 U/L, MB 24 U/L, aldolasa 45,8 U/L, ácido láctico 4,10 mmol/L, pirúvico 214 µmol/L, L-carnitina 3,10 mg/dl, betahidroxibutirato 5,1 mg/dl. Ecografías abdominal y cardíaca normales. EMG: miopatía con presencia de descargas pseudomiótónicas en EII. Biopsia muscular: miopatía vacuolar con depósito de glucógeno y actividad fosfatasa ácida propias de Glucogenosis tipo III. Carnitina total y libre en músculo 1 y 0,8 mmol/g. Estudio genético: mutación homocigota Y292C, 875A > G (GAA ex5). Estudio enzimático: niveles de alfa glucosidasa bajos. Estudio metabólico energético en músculo: deficiencia de complejo III de la cadena respiratoria mitocondrial. Evolución y tratamiento. Tras diagnóstico se inicia tratamiento de sustitución enzimática, al igual que con carnitina y coenzima Q. Su evolución al año es favorable con mejoría de la fuerza y el signo de Gowers.

Conclusión: Presentamos el caso clínico de un paciente con enfermedad de Pompe asociada a déficit de complejo III de la cadena respiratoria, dado el escaso número de casos con esta asociación, en la literatura médica.

P51**NECESIDAD DE SEGUIMIENTO NEURORRADIOLÓGICO EN LAS DISPLASIAS CORTICALES: PRESENTACIÓN DE UN CASO ILUSTRATIVO**

M. González Sánchez, E. Larrea Tamayo, A. Sariago Jamardo, J.M. Torres Campa-Santamaría, B. Bernard Fernández e I. Málaga Diéguez

Servicio de Pediatría, Servicio de Neurocirugía y Unidad de Neuropediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Caso clínico: Paciente que realiza su primera crisis cerebral a los 5 años, en forma de crisis tónico-clónica generalizada asociada a cortejo vegetativo y vómitos. En el ECG se observa foco occipital con ondas lentas de elevado voltaje. El estudio de neuroimagen (RM T3) revela displasia cortical parieto-occipital izquierda, congruente con el foco en ECG. Se inicia tratamiento con lamotrigina, que con-

14:35**14:30****14:40**

sigue un control total de las crisis durante cuatro años. A los 9 años acude a nuestro centro por reaparición de las crisis. Se ajusta la dosis de lamotrigina y ante la nula respuesta se cambia por carbamazepina, oxcarbacepina a dosis altas y finalmente, oxcarbacepina asociada a clobazam. Los cambios se realizan en un período de ocho meses, presentando la niña aproximadamente 1 o 2 crisis al mes con características típicamente occipitales (vómitos, palidez, desconexión parcial o completa, visión de manchas o colores). Tras la introducción del clobazam, la paciente refiere problemas de concentración, dificultades de visión (refiere que no ve letras en concreto) y torpeza motora sutil. Se realiza estudio oftalmológico que revela edema de papila bilateral. Se realiza RM craneal urgente que muestra gran masa polilobulada compatible con tumoración. La paciente se interviene (craniectomía temporo-occipital parasagital izquierda) en dos ocasiones. El estudio anatomopatológico es compatible con Xantastrocitoma pleomórfico de grado II. El xantastrocitoma pleomórfico pertenece a la familia de tumores astrocitarios. Supone el 1% de este grupo y afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Su forma de presentación más frecuente es la epilepsia farmacoresistente. El diagnóstico por neuroimagen es dificultoso, especialmente en su estadio inicial. Este caso pone de manifiesto, la necesidad de seguimiento por neuroimagen de las displasias corticales, ya que en ocasiones pueden confundirse con tumores de bajo grado.

P52 14:45 SÍNDROME DE HORNER INCOMPLETO CONGÉNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Deulofeu Giral, L. Monlleó Neila, A. Blázquez Albisu, M.A. Díaz Gómez, M. Forns Guzmán y F. Almazán Castro

Servicio de Pediatría y Servicio de Oftalmología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España.

Introducción: El síndrome de Horner se presenta clínicamente en forma de miosis, ptosis palpebral y enoftalmos aparente. Puede existir también hemianhidrosis facial ipsilateral y heterocromía de iris. Anatómicamente traduce una lesión de la vía simpática ipsilateral que puede localizarse a cualquier nivel de su trayecto (lesión central, tronco cerebral, médula espinal cervical, plexo simpático en yuxtaposición a arteria carótida interna, órbita). La causa más frecuente de síndrome de Horner congénito es la secundaria a traumatismos en el parto (30-50%). Otras causas menos frecuentes, pero potencialmente graves, pueden ser tumores mediastínicos o de región cervical (particularmente neuroblastoma), lesiones vasculares, malformaciones de tronco cerebral, etc. Existen pruebas de respuesta pupilar a medicamentos que contribuyen a la localización topográfica de la lesión, pero son de difícil realización e interpretación en niños.

Caso clínico: Presentamos el caso de un lactante varón de 4 meses con miosis pupilar izquierda detectada a los 2 meses de edad junto con leve ptosis palpebral ipsilateral, sin otra sintomatología acompañante. Antecedentes obstétricos: Parto a término eutócico. A la exploración destacaba una miosis izquierda (más evidente en la oscuridad), así como una leve ptosis palpebral. Se descartó que se tratase de un caso de anisocoria esencial. En el proceso de localización topográfica de la lesión de la vía simpática (pre o post-ganglionar) destacar que no existía heterocromía de iris ni tampoco hemianhidrosis facial. Se practicaron los siguientes estudios complementarios: analítica sanguínea, radiografía de tórax, estudio de catecolaminas en orina de 24 horas y RNM de cabeza y cuello, siendo todas las pruebas negativas. Se orientó el caso como síndrome de Horner congénito idiopático, sin aparición de nueva sintomatología y con correcta evolución posterior.

Conclusiones: El síndrome de Horner pediátrico congénito presenta un diagnóstico diferencial amplio, y que incluye patología potencialmente grave. Inicialmente es imprescindible descartar

una anisocoria esencial. Su presentación puede ser completa o incompleta. Cuando su única manifestación es la "pupila de Horner" generalmente no se encuentra una lesión asociada. No obstante, es recomendable la realización de los estudios complementarios citados para descartar con seguridad la presencia de lesiones a nivel de la vía simpática.

P53 14:50 DEBILIDAD MUSCULAR EN LA INFANCIA

M. Artés Figueres, M. Tomás Vila, M. Revert Gomar, A. Fernández Calatayud, M.J. Sala Langa y M.T. Cerdán

Servicio de Pediatría, Hospital de Gandía, y Centro Especialidades Francesc de Borja, Valencia, España.

Caso clínico: Niña de 12 años que presenta debilidad en musculatura esquelética de 15 días de evolución. También presenta claudicación mandibular con atragantamiento, diplopía y disartria. Predominio clínico tarde-noche. No refiere ingesta medicamentos ni tóxicos. A. personales y familiares: sin interés. Vacunación correcta. DPM normal. E. física: escaso panículo adiposo, asténica con palidez cutánea. Facies con ptosis bilateral. Neurológico: dificultad para mirada hacia arriba, debilidad grado 4/5 de predominio distal, habla farfullante, inestabilidad marcha. Pupilas, sensibilidad y ROT normales. Romberg y Gowers negativos. Resto exploración por aparatos normal. E. complementarias: hemograma, bioquímica (incluido CK, Hormonas tiroideas y PTH), fondo de ojo, Orina, RX tórax, TAC torácico, RNM cerebromedular, ANAs y ENAs normales. Test de Tensilon positivo. EMG con estimulación repetitiva alterada (caída de la amplitud a nivel del nervio facial). Espirometría: límite entre patrón restrictivo y normal. Anticuerpos antireceptor acetilcolina positivos (18.30 nmol/dl) y Acs anti-Musk negativos.

Evolución y tratamiento: Con los datos neurofisiológicos y test tensilon positivo se diagnostica de miastenia gravis juvenil. Se inicia tratamiento con piridostigmina (7 mg/kg/día), prednisona (1,5 mg/kg/día) y omeprazol. Mejoría clínica inicial pero empeoramiento a la semana del inicio del tratamiento por lo que se administra gammaglobulina iv (0,4 mg/kg/día). Tras estabilización inicial de síntomas ha presentado dos recaídas que han requerido nuevo tratamiento con gammaglobulina iv.

Conclusión: La miastenia gravis es una enfermedad infrecuente en la infancia pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la debilidad muscular. La asociación con timomas en niños es excepcional. El diagnóstico se basa en la clínica, pruebas neurofisiológicas, test de tensilon y serología específica. Presenta pronóstico variable y en ocasiones crisis miasténicas con compromiso respiratorio que requieren cuidados intensivos.

P54 14:55 TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS EN NIÑOS DE 0 A 15 MESES: REVISIÓN DE DOS AÑOS

L. Escartín Madurga, A. Ayerza Casas, S. Ortiz Madinaveitia, M.P. Samper Villagrasa y M.J. López Moreno

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Antecedentes: Los episodios paroxísticos no epilépticos son manifestaciones de origen brusco, de breve duración, originadas por una disfunción cerebral de origen diverso que tienen en común el carácter excluyente de no ser epilépticas.

Objetivo: Analizar los datos epidemiológicos, clínica y evolución de estos episodios, en nuestra serie.

Patentes y método: Se han revisado las historias de 139 lactantes evaluados en nuestro Servicio de Pediatría (hospitalización, urgencias y policlínica), desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008, por haber presentado al menos un episodio paroxístico y se

han registrado características epidemiológicas, clínicas, exploraciones complementarias y datos evolutivos.

Resultados: El 94,28% de los pacientes con trastornos paroxísticos fueron no epilépticos, de estos, presentaron crisis febriles 93 (70,45%) y afebriles 39 (29,54%), desglosadas en: crisis anóxicas (espasmos del sollozo, atragantamiento) 58,97%, trastornos relacionadas con sueño 2,56%, trastornos motores (mioclonías, síndrome de Sandifer) 7,69%, secundarias a tóxicos 7,69% y otros pendientes de catalogar 23,07%. El desarrollo psicomotor y exploración neurológica excepto en 2 casos fue normal, habiéndose confirmado posteriormente en uno de ellos un síndrome de West. El EEG fue normal en todos. Sólo 1 de los pacientes recibió tratamiento farmacológico con Fenobarbital por corresponder a un síndrome de abstinencia.

Conclusiones: Se estima que los trastornos paroxísticos no epilépticos son unas 10 veces más frecuentes que los epilépticos, no suelen precisar tratamiento farmacológico, pero sí normas de actuación ante las crisis, ya que pese a su naturaleza benigna y mejor pronóstico, causan gran angustia familiar y generan consultas frecuentes.

P55 15:00 ESCLEROSIS TUBEROSA DE INICIO EN PERÍODO NEONATAL

R. Cantero Rey, M. Tallón García, M. Cabo Pérez,
M.M. Portugués de la Red, E. García Martínez y C. Soler Regal

Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo, Pontevedra, España.

Antecedentes y objetivos: La esclerosis tuberosa es una enfermedad neurocutánea de herencia autosómica dominante con una expresividad variable, aunque 2/3 de los casos son esporádicos por

mutaciones de novo. Afecta aproximadamente a 1/15000 recién nacidos. El objetivo de este trabajo es profundizar en el conocimiento de esta enfermedad y el manejo del Complejo Esclerosis Tuberosa (SCT).

Métodos: Estudio descriptivo de un paciente afecto de SCT en relación con la casuística de nuestro centro.

Caso clínico: Neonato de 28 días hospitalizado por presentar desde la segunda semana de vida crisis convulsivas parciales de miembro superior derecho y revulsión ocular. Primer hijo, sin antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración física destacan cuatro lesiones maculares hipomelanóticas localizadas en miembro inferior derecho, pectoral izquierdo y región coccígea, de un diámetro máximo de 20 × 10 mm. Presenta hipotonía axial con abolición parcial de los reflejos arcaicos.

Se le practica una RM cerebral que muestra varios nódulos subependimarios y lesiones hamartomatosas subcorticales, periventriculares, el mayor en región frontal izquierda de diámetro máximo 2,4 cm. El EEG presenta asimetría interhemisférica caracterizada por enlentecimiento de la actividad de base en hemisferio cerebral izquierdo con actividad paroxística tipo punta-onda aguda en hemisferio cerebral izquierdo. En el ecocardiograma detecta rabdomiomas en ventrículo derecho, sin repercusión hemodinámica. Ecografía abdomino-renal y fondo de ojo sin alteraciones. Pendiente de resultado de estudio citogenético. Se inicia tratamiento anticonvulsivo con politerapia con mal control clínico y electroencefalográfico de las crisis.

Conclusiones: Las manifestaciones neurológicas en todos los casos revisados determinan la morbi-mortalidad del paciente. En el caso comentado, el debut neonatal, el tamaño y número de lesiones cerebrales, así como la refractariedad de las crisis al tratamiento anticomial hacen prever un pronóstico desfavorable.



COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 4 de junio (15:30-16:45)

URGENCIAS

Sala 23 (Planta 2)

71 15:30

APLICACIÓN DEL PEDIATRIC APPENDICITIS SCORE CONJUNTAMENTE CON LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN URGENCIAS

Y. Fernández Santervas, A. Escribá de la Fuente, A.M. Gamell Fulla, J.M. Quintanilla Martínez y C. Luaces Cubells

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

Introducción: Existen diferentes escalas que pretenden mejorar la exactitud diagnóstica en la apendicitis aguda (APA). En casos dudosos, se postula también la realización de ecografía abdominal (Eco).

Objetivos: 1) Evaluación prospectiva en urgencias del Pediatric Appendicitis Score (PAS)*. 2) Conocer el papel de la Eco en el diagnóstico de APA en nuestro centro. 3) Estudiar el valor diagnóstico conjunto del PAS y la Eco. *PAS: Puntúa 1: dolor migratorio a FID, náuseas o vómitos, anorexia, fiebre > 38, leucos > 10.000, neutrófilos > 7.500. Puntúa 2: Blumberg y defensa abd.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo descriptivo. Se incluyeron del 1/10/08 al 1/1/09 a pacientes entre 1 y 18 años a los que se les realiza una analítica sanguínea por sospecha de APA. Se recogen los ítems del PAS pero el médico desconocía el valor final de éste y actuaba según su criterio decidiendo la solicitud de Eco y el destino del paciente. Se contactó por teléfono con los no ingresados. El diagnóstico de APA fue por histología.

Resultados: Se incluyen 99 pacientes, media de edad 11a, 62,6% varones y media de evolución del dolor de 31,3 h. Se operan 44 (44,4%) pacientes, de los que 2 (4,5%) presentan apéndice normal y 9 (20,5%) perforado. Ninguno de los 55 pacientes no operados inicialmente lo fue con posterioridad. El área bajo la curva ROC del PAS fue 0,97. Ningún paciente con PAS < 4 tuvo APA. Todos los PAS > 7 tuvieron APA. El punto de corte óptimo fue el 6, mostrando una sensibilidad del 88,1% (74,4-96,0) y una especificidad del 98,25% (90,6-99,7). Se realizó Eco al 31,3% y se obtuvo una sensibilidad del 84,6% (54,4-97,6) y una especificidad del 94,4% (72,6-99). Se estudia el valor diagnóstico conjunto de PAS y Eco. Tomando PAS < 4 como no APA, PAS > 7 como APA y entre 4-7 actuando según Eco se obtuvo una sensibilidad del 97,2% (85,4-99,5) y una especificidad del 97,6% (87,6-99,6).

Conclusiones: 1. El PAS con puntuaciones extremas presenta unos resultados que avala su uso en urgencias. 2 La Eco es útil en

nuestro centro en el diagnóstico de APA, y puede resultar de valor en la toma de decisiones con puntuaciones PAS intermedias.

72 15:40

ÓXIDO NITROSO: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

B. Gómez Cortes, S. Capapé Zache, J. Benito Fernández, J. Landa Maya, Y. Fernández Santervas, C. Luaces Cubells, O. Serrano Ayestarán, M.C. Feijoo Martín, M.E. May Llanas y F.X. Travería Casanova

Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

Objetivos: 1) Evaluar la seguridad y analizar la conducta del paciente con el uso de óxido nitroso durante la realización de procedimientos dolorosos en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP); 2) Evaluar la aceptación del método por el equipo médico y por el paciente y la manejabilidad del producto.

Pacientes y método: Estudio post-autorización prospectivo observacional multicéntrico no aleatorizado, en el que participaron siete SUP nacionales. Estudio abierto (noviembre de 2007-diciembre de 2008), se incluyeron pacientes entre 2 y 18 años en los que se utilizó óxido nitroso para la realización de procedimientos dolorosos en los SUP.

Resultados: Se incluyeron 213 pacientes, 58 (27,2%) fueron < 5 años. Se realizaron 20 procedimientos distintos, el más frecuente fue la sutura de heridas (52; 24,4%). La conducta del paciente fue considerada "buena/muy buena" en el 79,7% y "mala/acepta con dificultad" en 42 (20,3%). El porcentaje de casos con conducta "mala/acepta con dificultad" fue mayor en < 5 años (19/57, 33,3% vs 23/152, 15,1%; p = 0,006), no detectándose diferencias significativas en función del tipo de procedimiento. Se registraron efectos adversos en 17 casos (7,9%), el más frecuente mareo y/o cefalea (10), seguido de vómitos (3). No hubo diferencias significativas en la tasa de efectos adversos en función de la edad, el hecho de estar el niño en ayunas ni la administración concomitante de otros fármacos. La administración fue considerada fácil por parte del equipo médico en el 96,6% (93,2% en < 5 años y 98,1% en > 5 años; p = 0,09). En el 92,7%, los padres aceptarían que volviera a ser utilizada por su hijo en una situación similar.

Conclusiones: La administración de óxido nitroso logra una adecuada analgesia y sedación para la realización de procedimientos dolorosos, sobre todo en niños mayores de 5 años. Los efectos adversos registrados son escasos, leves y conocidos. La mayoría de los padres aceptarían nuevamente el uso de este gas para la realización del procedimiento.

73

CAUSAS DE DISFUNCIÓN DE LAS VÁLVULAS DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL Y SU FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

E. Beltrán Arasa, S. Escribà Borí, J.A. Gil Sánchez y F. Ferrés Serrat

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca, Baleares, España.

Introducción: En todo niño portador de una válvula de derivación ventriculoperitoneal (VDVP) que consulta en Urgencias hay que descartar mal funcionamiento valvular. La derivación de LCR sigue siendo el tratamiento primario de la hidrocefalia aunque comporta una serie de complicaciones y secuelas.

Objetivos: 1. Conocer la incidencia de complicaciones de las VDVP. 2. Determinar las causas de disfunción valvular. 3. Conocer las formas de presentación clínica en urgencias. 4. Conocer las pruebas complementarias más útiles para el diagnóstico.

Metodología: Revisión retrospectiva de las historias de los niños ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de disfunción de VDVP, desde el 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre de 2008.

Resultados: Se han identificado 34 casos de disfunción de VDVP. Las complicaciones más frecuentes son: 1. Mecánicas (obstrucción (20), desconexión (2) y acortamiento (3)). 2. Drenaje anómalo (6). 3. Infección (2). 4. Otros: exposición del sistema (1). Clínica: vómitos en 53%, Disminución del nivel de conciencia en el 50%, cefalea en el 25% e irritabilidad en el 21%. Otros: crisis convulsiva (2), fiebre (2), focalidad neurológica (2) y úlcera de decúbito (1). El tiempo medio entre colocación y aparición de la disfunción fue de 30 meses (intervalo: 1 mes-12 años). Pruebas complementarias: TAC craneal en todos los casos, Rx del trayecto de la DVP en 7 ocasiones y extracción de LCR para bioquímica y cultivo en los 2 casos con fiebre.

Conclusiones: El fallo mecánico (obstrucción 60%) es la causa más frecuente de disfunción. La 2.ª causa es el drenaje anómalo, en contra de los datos publicados que sitúan a las infecciones en este lugar. Ante clínica de vómitos, estupor, cefalea o irritabilidad en portador de VDVP, deberemos sospechar disfunción valvular. El diagnóstico se basará en la historia clínica y exploración neurológica incluyendo la palpación del trayecto y las pruebas complementarias, destacando la TAC cerebral. En caso de fiebre sin foco deberemos extraer LCR. La Rx del trayecto se debe reservar para los casos en los que no se dude de la continuidad del mismo.

15:50

16,2 años (DE 1,2 años); 50 (62,2%) eran de sexo masculino. Catorce (16,5%) vivía en un centro tutelado para menores y 26 (31,3%) presentaba antecedentes psiquiátricos, predominantemente trastornos de personalidad (20; 24,1%). Cincuenta y nueve (68,6%) acudieron en ambulancia, con predominio los fines de semana y la noche. El día de más consultas fue el sábado (20,9%) y las horas, de 19 a 21h (16,3%). Motivos principales de consulta fueron alteración del nivel de conciencia en 38 (44,2%), agitación en 19 (22,1%), autoagresión en 7 (8,1%) y mareo en 7 (8,1%). Se detectó cannabis en 70 de estos pacientes, cocaína en 11 anfetaminas en 6, benzodiazepinas y opiáceos en 4. Además, en 19 se objetivó consumo de alcohol, (rango 124-299 mg/dl). Concentración media: 188 (DE 47) mg/dl. Hubo 26 casos con positividad para 2 tóxicos y 1 para 3. Las combinaciones de 2 tóxicos más frecuentes fueron alcohol y cannabis en 11; cocaína y cannabis en 5; y alcohol y anfetaminas en 3. No se observaron diferencias significativas en la edad, el sexo, ni en la existencia de patología psiquiátrica subyacente, ni en el hecho de estar tutelados por la Administración, entre los pacientes que dieron positivo para una sustancia y los que dieron positivo a dos o más.

Conclusiones: El cannabis es la sustancia más detectada en las consultas al SUP por adolescentes y la que más se asocia al consumo de alcohol y otras drogas. Existe un porcentaje considerable de poli-intoxicaciones. Los días y horas en que los adolescentes tienen tiempo libre son los que propician mayor afluencia.

74

CONSULTAS DE ADOLESCENTES A UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

V. Arias Constantí, N.E. Sanz Marcos, V. Trenchs Sáinz de la Maza, A.I. Curcoy Barcenilla, A. Matalí Costa, E. Velasco Arnaiz, J. Velasco Rodríguez y C. Luaces Cubells

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

Introducción y objetivo: El aumento en el uso de drogas entre adolescentes es preocupante, ya que hay evidencias de que su consumo a una temprana edad puede conducir en el futuro al consumo de drogas más peligrosas.

Objetivo: Documentar las consultas por consumo de sustancias psicoactivas generadas por adolescentes al Servicio de Urgencias (SUP).

Métodos: Se analizan los resultados de los estudios de tóxicos en orina (determinación de cannabis, cocaína, opiáceos y anfetaminas y según criterio médico, benzodiazepinas; por técnica de inmunoanálisis homogéneo) que se realizaron en los adolescentes que acudieron al SUP en los años 2007 y 2008.

Resultados: Se determinaron tóxicos en orina a 435 (1,6%) de las 26420 consultas de adolescentes. En 86 (19,8%), se objetivó positividad para algún tóxico. Correspondían a 83 pacientes; hubo 3 (3,5%) que dieron positivo en dos ocasiones. La edad media fue de

16:00

75

DETERMINACIÓN DE LA PROTEÍNA S100 BETA EN TRAUMATISMOS CRANEALES. COMPARACIÓN CON UNA POBLACIÓN CONTROL

M. Arroyo Hernández, S. Suárez Saavedra, T. De la Sera, I. García Hernández, J. Mayordomo Colunga, M. García González y J. Rodríguez Suárez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Introducción: La proteína S100 beta (S100 β) es un marcador sérico que se eleva cuando hay un daño en las células gliales o disfunción de la barrera hemato-encefálica. Esto podría ser útil en el manejo del traumatismo craneal (TC). Existen datos escasos en niños. Sus valores parecen variar con la edad.

Objetivos: Comparar los valores de S100 β en niños sin TC y en niños que han sufrido un TC de cualquier intensidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en un servicio de Urgencias de pediatría durante 7 meses. Extracción de sangre y/o orina en niños que acuden por TC y niños sin TC (controles). Datos agrupados en menores de 1 año y mayores de 1 año. Realización de TAC según protocolo de la Unidad (no se realiza a todos los TC por razones éticas). Datos como media (DE). Pruebas no paramétricas para comparación de resultados.

Resultados: Se incluyen 175 niños (63 controles y 112 TC), 61,1% varones. La S100 β sérica en controles menores de 1 año fue mayor (0,32, IC 95%: 0,197-0,459 μ g/l) que en mayores de 1 año (0,152, IC 95%: 0,123-0,180) μ g/l. En TC con lesión intracraneal (LIC) (n = 5) [(0,698 (1,000)], todos mayores de 1 año, los valores de S100 β sérica fueron más altos (p = 0,043) que en controles (n = 40) [0,152 (0,086) μ g/l] y que en TC sin LIC (n = 11) [0,193 (0,204) μ g/l], sin observarse diferencias significativas entre S100 β sérica entre controles y TC con TAC normal mayores y menores de 1 año. En menores de 1 año no hay diferencias en S100 β sérica entre aquellos sin radiografía (Rx) craneal, con Rx normal o alterada que no precisaron TAC (p = 0,4). No hay diferencias en la S100 β en orina entre los mayores de un año con LIC y con TAC normal. En menores de 1 año, no hubo diferencias en los valores de S100 β en orina entre los diferentes grupos.

Conclusiones: Existen diferencias en los valores séricos de S100 β según la edad. En los mayores de 1 año, los niveles séricos de S100 β son más altos en los traumatismos con LIC, sin embargo no se eleva

16:10

en los que no tienen LIC con respecto a los controles. En cualquier caso es necesario un mayor número de pacientes para establecer su valor diagnóstico en el manejo de los pacientes con TC.

76 16:20 CONSUMO PREVIO DE ANTIBIÓTICOS Y APARICIÓN DE RESISTENCIAS EN LA INFECCIÓN DE ORINA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

T. Sáinz Costa, S. Serrano Villar, B. Santiago García, M. Álvarez Fuente, M. Algar Serrano y R. Piñero Pérez

Hospital Clínico San Carlos y Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

Objetivos: La enorme presión antibiótica actual se ha propuesto como un posible factor causal del aumento de las resistencias bacterianas. Nos proponemos evaluar la prevalencia de resistencias en la infección del tracto urinario (ITU) y su relación con el consumo previo de antibióticos.

Métodos: Entre octubre de 2007 y diciembre de 2008 se recogieron en las urgencias de un hospital terciario datos clínicos y microbiológicos de pacientes con ITU (clínica compatible y urocultivo positivo), en los que se investigó consumo de antibióticos en los 3 y 6 meses previos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 140 episodios, correspondientes a pacientes de entre 1 mes y 14 años de edad (mediana de 29 meses), 68% mujeres. Los agentes etiológicos aislados fueron *E. coli* (78%), *Proteus* spp. (11.5%), *Enterococcus* spp. (4%), *Klebsiella* spp. (2%) y *Enterobacter* spp. (2%). Del total de aislamientos, 70% eran resistentes a amoxicilina, 36% a cotrimoxazol, 7% a amoxicilina-clavulánico (20% considerando sensibilidades intermedia y baja) y 6,4% a cefalosporinas de segunda generación y fosfomicina. Un 44% de los pacientes había consumido antibióticos en los 3 meses previos porcentaje que aumentaba a 53% considerando los 6 meses previos, tratándose en su mayor parte de betalactámicos. En los casos de bacterias resistentes a amoxicilina-clavulánico se encontró asociación estadísticamente significativa con el consumo previo de amoxicilina (OR 2,5, $p < 0,05$) y amoxicilina-clavulánico (OR 4,2, $p < 0,001$).

Conclusiones: La exposición previa a antibióticos constituye un factor de riesgo para la generación de resistencias en la ITU, lo cual debe ser tenido en cuenta en la elección de antibioterapia empírica. En nuestro estudio hemos hallado relación estadísticamente significativa entre el uso en los seis meses previos de amoxicilina y de amoxicilina-clavulánico con la aparición de resistencias a amoxicilina-clavulánico. Dada su asociación con el aumento de resistencias bacterianas, el disminuir la presión antibiótica debe ser uno de nuestros objetivos como pediatras.

77 16:30 RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CLÍNICA Y LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN LOS CASOS DE SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA EN URGENCIAS

A.M. Gamell Fulla, A. Escribá de la Fuente, Y. Fernández Santervas, J.M. Quintanilla Martínez y C. Luaces Cubells

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

Introducción: Aunque el diagnóstico (dx) final de apendicitis aguda (APA) sigue siendo clínico, en numerosas ocasiones el médico se apoya en diferentes exploraciones complementarias.

Objetivos: 1) Estudiar el valor dx de la clínica y la analítica en la APA 2) Conocer el papel de los estudios de imagen en nuestro centro en la APA.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo descriptivo. Se incluyeron del 1/10/08 al 1/1/09 a pacientes entre 1 y 18 años a los que se les realiza una analítica sanguínea por sospecha de APA. Se reco-

gen datos demográficos, clínicos, así como las exploraciones realizadas según criterio médico. Se contactó por teléfono con los no ingresados. El dx de APA fue por histología.

Resultados: Se incluyen 99 pacientes, media de edad 11a, 62,6% varones. Se operan 44 (44,4%) pacientes, de los que 2 (4,5%) presentan apéndice normal. Ninguno de los 55 pacientes no operados inicialmente lo fue con posterioridad. Comparando el grupo con APA con el grupo con no APA se observa una significación estadística en la migración del dolor a FID, en la presencia de anorexia, fiebre $> 38^\circ\text{C}$, blumbeg y defensa abdominal, todos ellos más frecuentes de forma significativa en el grupo con APA. De la analítica sanguínea mostraron significación estadística entre el grupo APA del grupo no APA los neutrófilos totales (14195 vs 8600, $p = 0,009$), el porcentaje de neutrófilos (83,98% vs 68,11%) y la PCR (56,9 mg/l vs 19,8 mg/l). Se realizan un 78% estudios de orina (sólo 1 alterado), 16,2% RX Tórax (todas normales), 33% RX Abdomen (un 3% mostró algún signo indirecto de APA) y 31,3% de Ecografía abdominal (Eco) mostrando ésta una sensibilidad 84,6% y una especificidad del 94,4%. No se solicitó ningún TC abdominal.

Conclusiones: 1. Tanto la clínica típica como la analítica siguen teniendo su papel en la orientación de una posible APA. 2. De las pruebas de imagen, la Eco es útil en nuestro centro en el diagnóstico de APA, y puede resultar de valor en casos seleccionados. 3. Se debe disminuir cada vez más la radiología simple por su escasa aportación diagnóstica en los casos de APA.

78 16:40 PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DE LAS MENINGITIS POR ENTEROVIRUS EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCALIDAD

B. Gómez Cortes, A. Egireun Rodríguez, D. García Urabayen, E. Astobiza Beobide, J. Benito Fernandez y S. Mintegui Raso

Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

Antecedentes y objetivos: Clásicamente se ha descrito que las meningitis por enterovirus pueden tener en los lactantes < 3 meses un curso más tórpido. Nuestro objetivo es describir las características de las meningitis por enterovirus diagnosticadas en un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) en los < 3 meses con fiebre sin foco (FSF) y su curso evolutivo a corto plazo.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó los lactantes < 3 meses atendidos por FSF durante 5 años en un SUP con el diagnóstico de meningitis por enterovirus (PCR y/o cultivo de enterovirus en LCR). Se extrajeron los datos del registro del lactante < 3 meses con FSF. Se llevó a cabo un seguimiento telefónico con los que no ingresaron.

Resultados: Se atendieron 1.125 lactantes < 3 meses con FSF, realizándose punción lumbar a 341 (30,3%). Recibieron un diagnóstico de meningitis vírica 49 (4,3% del total); 32 (66,3%) entre abril y julio. De los 49, 47 presentaban buen estado general; en 10 (20,3%) con irritabilidad asociada (sin diferencias significativas con respecto a los lactantes sin meningitis). En 31 (63,2%), la analítica no mostró alteración de los parámetros infecciosos: leucocitos 5.000-15.000/ μl , PMN $< 10.000/\mu\text{l}$ y PCR < 20 mg/l. De los 49, a 46 se les realizó punción lumbar en primera visita, presentando 18 (39,1%) pleocitosis. Ingresaron en planta estos 18 lactantes y 20 de los 28 con LCR normal. Un paciente presentó una convulsión recortada en el curso evolutivo. Los 49 lactantes evolucionaron bien y ninguno presentó complicaciones a corto plazo.

Conclusiones: La sintomatología de los lactantes < 3 meses con meningitis por enterovirus es similar a la de aquéllos con un proceso febril autolimitado sin infección intracraneal. La PCR y el recuento leucocitario no son buenos predictores de meningitis vírica. El examen citoquímico del LCR es anodino en un porcentaje importante, luego es recomendable un examen virológico en todos los lactantes febriles < 3 meses en los que se practica punción lumbar en meses cálidos. La evolución de la meningitis por enterovirus es benigna en este grupo de edad.



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Jueves, 4 de junio (15:30-16:45)

CIRUGÍA

Sala 11 (Planta 1)

79

15:30

TÉCNICA DE DESCENSO ENDOANAL DE LA TORRE, UNA NUEVA PERSPECTIVA DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

J. Gómez Veiras, I. Somoza Argibay, E. Pais Piñeiro, M. García González, M. García Palacios, M.E. Molina Vázquez, M. Gómez Tellado, J. Ríos Tallón, T. Dargallo Carbonell y D. Vela Nieto

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, A Coruña, España.

Antecedentes y objetivos: La enfermedad de Hirschsprung consiste en la presencia de un segmento agangliónico intestinal. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico. Las técnicas más aceptadas clásicamente por sus buenos resultados han sido el Swenson Pellerin, el Soave y el Duhamel. En 1998 De la Torre describe la técnica del descenso endoanal, que permite no tener que recurrir a la laparotomía y colostomía en la mayor parte de los casos. Esta nueva técnica ha supuesto un salto cualitativo y ha desplazado a las anteriores técnicas en la mayoría de los centros.

Objetivo: Revisar los procedimientos llevados a cabo en nuestro centro desde 1993 a 2008 y comparar los diferentes resultados y evolución de la enfermedad.

Métodos: Nuestro estudio consiste en una revisión retrospectiva. Revisamos las historias clínicas de pacientes intervenidos por nuestro servicio en los últimos 15 años y que tuvieran como diagnóstico Enfermedad de Hirschsprung, eliminando de aquellos a los que no contasen con una Anatomía Patológica diagnóstica. Analizamos los datos con SPSS 16.0. Analizamos los diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y médicos, complicaciones médicas y quirúrgicas, duración de ingresos, tiempo hasta la normalización de síntomas.

Resultados: De un total de 39 historias, 26 cumplía condiciones de inclusión en el estudio. 15 Varones y 11 hembras. 9 pacientes fueron intervenidos mediante técnica de Swenson-Pellerin, 12 por técnica de De la Torre y en 5 se realizaron esfinteromiectomías. Los pacientes operados según Swenson-Pellerin tenían una edad media de 18 meses y necesitaron una media de 6 intervenciones quirúrgicas e ingresaron 3 veces de media por complicaciones, mientras que los descensos endoanales sólo precisaron 2 cirugías de media y tenían dos meses de edad de media cuando se enfrentaron a la cirugía y reingresaron una vez por complicaciones. Los pacientes pre-

cisan de una media de 47 meses para normalizar su tránsito intestinal en el caso de los Swenson Pellerin, y 2 meses en el caso de los De la Torre. En el 50% de los de la Torre ésta fue la primera intervención evitando un paso previo por quirófano.

Conclusiones: La técnica del descenso endoanal de De la Torre, permite solucionar el aganglionismo de la enfermedad de Hirschsprung en un número menor de intervenciones, precisan menos tiempo para normalizar sus deposiciones y reingresan menos por complicaciones que los pacientes operados por la técnica de Swenson Pellerin.

80

15:37

LA VÁLVULA FONATORIA EN EL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO PEDIÁTRICO: NUESTRA EXPERIENCIA

C. Corona Bellostas, J.A. Matute de Cárdenas, M.A. García Casillas Sánchez, A. Laín Fernández, M. Fanjul Gómez y A.R. Tardáguila Calvo

Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: La válvula fonatoria ha sido ampliamente utilizada en adultos traqueostomizados. El objetivo de este trabajo es estudiar el impacto que la válvula ha tenido en los pacientes pediátricos tratados en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 18 pacientes en los que se coloca válvula fonatoria con introducción progresiva y retirada durante el sueño. Se analizan las características del grupo de pacientes así como el impacto sobre la voz, las secreciones y la deglución (según criterio de los padres y su cirujano responsable) además del porcentaje de tolerancia y su relación con el empeoramiento de la patología laringotraqueal de base.

Resultados: La edad media de colocación de la válvula fue de 35 meses (1 mes a 19 años), la mayoría lactantes (63%). La patología laríngea más frecuente fue la estenosis subglótica (n = 10), presentando todos ellos como condición fundamental una luz proximal adecuada (grado III de Cotton o inferior). El tiempo medio de seguimiento ha sido de 8,61 meses, siendo la tolerancia óptima en 17 de 18 pacientes y parcial en 1 de ellos. En tres casos no se toleró la válvula en algún momento de la evolución, relacionándose con desaparición de la luz supraestomal por reestenosis o granuloma. Se realizó encuesta telefónica a los padres de 15 pacientes: un 93% consideran que la válvula ha repercutido favorablemente en la voz de sus hijos, un 80% destacan una franca mejoría en las secreciones y un 66% consideran que sus hijos comen mejor y han ganado peso desde el uso de la válvula. Estas apreciaciones coinciden con las del cirujano, encontrando una buena calidad de voz post-válvula y reducción de las secreciones en un

86%, y mejora en la alimentación en un 66%. La valoración global fue positiva en todos los casos.

Conclusiones: Consideramos la válvula fonatoria una herramienta útil en pacientes traqueostomizados pediátricos al permitirles mejorar la calidad de la voz y el manejo de secreciones. Así mismo, resulta ser un indicador óptimo del estado anatómico de la vía aérea proximal.

81

SUBLUXACIÓN ATLOAXOIDEA COMO CAUSA DE TORTÍCOLIS DE LARGA EVOLUCIÓN

15:44

M.T. Pérez Roche, P. Huerta Blas, F. Fuertes El Musa, L. Cuadrón Andrés, J. Fleta Zaragozano y M.L. Bello Nicolau

Servicio de Pediatría y Servicio de Traumatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Introducción: El tortícolis es una entidad clínica frecuente en la infancia y adolescencia, consiste en una contractura involuntaria y unilateral de los músculos posteriores del cuello y esternocleidomastoideo.

Caso clínico: Varón de 13 años que presenta tortícolis de 15 días de evolución, de instauración brusca, coincidiendo con la práctica de lucha libre americana (pressing catch). No cuadro sistémico previo ni fiebre. En la exploración se aprecia inclinación del cuello a la izquierda, con dolor a la movilización de éste y contractura de la musculatura cervical. Se instauró tratamiento con antiinflamatorios (ibuprofeno) y relajantes musculares (diazepam) sin experimentar mejoría. Hemograma, pruebas reumáticas y proteína c reactiva fueron normales. La radiografía y TAC cervicales no mostraron alteraciones, así como tampoco la RMN cerebral. Se practicó bajo anestesia general RMN cervical que mostró una posible luxación de las cervicales C1-C2. Con objeto de completar el estudio se realizó TC tridimensional de cervicales que confirmó la existencia de una subluxación rotatoria entre estas vértebras. Como tratamiento se colocó un halo torácico de sujeción de la cabeza al tórax, que fue retirado tres meses más tarde. Debido a la evolución satisfactoria no se consideró necesario repetir el estudio de imagen.

Comentarios: El tortícolis constituye un síntoma muy inespecífico y puede deberse a diversos problemas, entre los que se encuentran los secundarios a traumatismos, infecciones, tumores de fosa posterior, enfermedades sistémicas y distonías entre otros. En el caso que nos ocupa se recurrió a una técnica especial que facilitó el hallazgo de una subluxación, atribuible a una caída producida practicando lucha libre americana. La subluxación rotatoria atloaxoidea suele ser postraumática, aunque también existen casos producidos por procesos inflamatorios (síndrome de Grisel) y procesos reumáticos.

82

REVISIÓN DE PACIENTES CON PLAGIOCEFALIA Y/O TORTÍCOLIS REMITIDOS A LA UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA ENTRE LOS AÑOS 2005-2008

15:51

A. Naranjo Gómez, C.E. Fernández Marín, M. Parrilla Roure, G. López Belmonte, C. Robles Vizcaíno y Á. Benítez Feliponi

Unidad de Atención Temprana, Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada, España.

Aunque existen numerosos factores de riesgo que han sido asociados al desarrollo de plagiocefalia, su etiología aún no está aclarada. El tortícolis muscular congénito es un factor implicado presente en la bibliografía de forma variable. En nuestra unidad se han revisado un total de 63 pacientes, de los cuales 23 fueron diagnosticados de tortícolis sin plagiocefalia, 18 de plagiocefalia sin tortícolis y 21 con plagiocefalia y tortícolis. Se evaluaron los siguientes parámetros: edad de derivación, tipo de parto, deformidad cra-

neofacial, limitación de la movilidad cervical e indicación de casco ortopédico y tiempo de uso. El tipo de parto más frecuente en todas las series fue la cesárea. La edad media de derivación a la Unidad de Atención Temprana fue de 106 días (3,5 meses), siendo la derivación más precoz al nacimiento y la más tardía a los 19 meses. En aquellos pacientes con tortícolis sin plagiocefalia (n = 23) presentan limitación de la inclinación lateral de la cabeza 4 pacientes, limitación en la rotación de la cabeza 4 pacientes y tienen ambos movimientos limitados 7 pacientes. Tienen movilidad activa y pasiva conservada 8 pacientes. La tortícolis derecha fue la más frecuente (n = 14). En el grupo de plagiocefalia sin tortícolis (n = 18) fue más frecuente encontrar aplanamiento occipital derecho con abombamiento frontal izquierdo (n = 12). En aquellos pacientes que presentaban plagiocefalia con tortícolis se obtuvieron resultados similares en cuanto a la localización de la asimetría craneofacial y del tortícolis. Del total de pacientes con plagiocefalia 13 recibieron tratamiento con casco ortopédico con una duración media de 6,8 meses, con mínimo de 3 meses y máximo de 10 meses. Actualmente 7 niños continúan en tratamiento. La edad media de inicio del tratamiento fueron 6 meses y medio. Del total (13 pacientes), 6 pacientes asociaban tortícolis (4 de ellos con limitación de la movilidad) y 7 no, no cambiando el tiempo necesario de tratamiento entre los 2 grupos. Todos los pacientes que precisaron tratamiento con casco fueron derivados a la Unidad con el diagnóstico de plagiocefalia, pero no de tortícolis.

83

ESTUDIO MANOMÉTRICO EN LOS TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

15:58

A. García Rodríguez, E.M. Enríquez Zarabozo, M. Ramírez Arenas, M. Carrasco Hidalgo-Barquero, V. Villar Galván, R. Ayuso Velasco y R. Núñez Núñez

Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España.

Objetivos: El diagnóstico neonatal de la Enfermedad de Hirschsprung (EH) es difícil. Nuestro objetivo es presentar la experiencia de 19 años con la manometría anorrectal en el diagnóstico neonatal de la EH.

Métodos: Se revisan los estudios anomanométricos de 98 neonatos con sospecha de EH. Se valora la edad gestacional, peso, evacuación meconial, indicación del test y la realización o no de otros métodos diagnósticos. En la MA se estudian las presiones anorrectales en reposo, y la presencia o no del reflejo inhibidor del ano (RIA). El test se realiza mediante una sonda diseñada por nuestro equipo. En los pacientes con ausencia de RIA el estudio se repite semanalmente hasta el final del primer mes. Si persiste la ausencia de RIA se realiza la biopsia rectal para confirmar el aganglionismo. En estos pacientes y en aquellos con cuadro de obstrucción intestinal se realiza enema de contraste.

Resultados: De los 98 neonatos con sospecha de EH, el 64% son hombres. La edad gestacional media es de $35,59 \pm 4,59$ semanas y el peso $2518 \pm 912,91$ g. Las indicaciones de la MA son: retraso en la evacuación de meconio, distensión abdominal y/o vómitos en el 61,5%, obstrucción intestinal en el 16%, estreñimiento en el 15,1% y otras en el 7,4%. El estudio se realiza como media a los $15,08 \pm 11,33$ días de vida. En el primer estudio, la presión media (mmHg) en la amolla rectal es $7,57 \pm 2,41$, en el canal alto $22,29 \pm 7,13$ y en el canal anal bajo $32,67 \pm 14,06$. Se observa RIA en 65 pacientes (sanos 54, tapón meconial 2, íleo meconial 2, displasia neuronal intestinal 1, falso negativo 1 y otros 5). Se aprecia ausencia de RIA en 27 (EH 20, síndrome de colon izquierdo pequeño 4, hipoganglionismo 1 y falsos positivos 2). Se consideraron 6 estudios no válidos. La sensibilidad de la MA es de 95% y su especificidad de 97%, la sensibilidad y especificidad de la biopsia rectal son de un 100%.

Conclusiones: La MA es un método sencillo, inocuo, de gran sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la EH en el recién nacido desde los primeros días de vida. La presencia de RIA descarta la EH y hace innecesaria la biopsia rectal, no exenta de morbilidad.

84 16:05 SEUDOTUMOR INFLAMATORIO, CUANDO EL DIAGNÓSTICO CAMBIA EL PRONÓSTICO

J. Gómez Veiras, M.E. Molina Vázquez, I. Somoza Argibay, M. Gómez Tellado, M. García Palacios, M. García González, T. Dargallo Carbonell, J. Ríos Tallón, E. País Piñeiro y D. Vela Nieto

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, A Coruña, España.

Introducción: El seudotumor inflamatorio fue descrito inicialmente por Brunn en 1939, a lo largo de la historia ha recibido diferentes denominaciones: histiocitoma, xantogranuloma, xantoma, fibroxantoma, granuloma de células plasmáticas. Es el tumor benigno pulmonar más frecuente en la infancia. Y si bien es benigno, su comportamiento local puede ser agresivo.

Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos de seudotumor inflamatorio.

Resultados: El primer caso clínico se trata de un paciente varón de nueve años de edad que es trasladado al Servicio de Urgencias de nuestro centro intubado y en shock hipovolémico, por un sangrado masivo vía oral. Como antecedente personal refería la familia asma ocasional leve con tratamiento a demanda. En la historia clínica se descubre una radiografía de tórax previa sin alteraciones. El paciente es ingresado directamente en la UCI, donde fallece una hora más tarde por un shock hipovolémico pese a maniobras de RCP avanzada. En la autopsia se revela un seudotumor inflamatorio de gran tamaño que invade el hilio pulmonar derecho. El segundo caso clínico se refiere a una paciente hembra de doce años de edad, diagnosticada un año antes de neumonía redonda en lóbulo inferior derecho (LID), que precisó de ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico debido a mala evolución. En el seguimiento en consultas externas de neumología se observa una permanencia de una condensación nodular en el LID, ante dicha evolución se realiza un TC torácico que es informado como una masa con atenuación de tejidos de $4,2 \times 4,2$ cm en lóbulo inferior derecho, que presenta múltiples calcificaciones de aspecto irregular, probable hamartoma pulmonar. Decidiéndose actitud quirúrgica, la paciente es intervenida en enero de 2009, realizándose una resección en cuña del LID, con un diagnóstico anatómico-patológico de seudotumor inflamatorio pulmonar.

Conclusiones: El tratamiento del seudotumor inflamatorio es quirúrgico, debido a que un retraso en su diagnóstico y tratamiento puede tener consecuencias fatales, debido a su agresividad local, la premura en su manejo es mandatoria. Aunque la mayoría de los casos cursan de forma asintomática, como antecedentes se puede observar patología infecciosa pulmonar en un 30% de los casos, también pueden referir tos, fiebre, hemoptisis y disfgia.

85 16:12 APENDICITIS Y OBESIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

M. Tirado Pascual, L. García Hidalgo, A. Unda Freire, M.J. Ruiz Catena, E. Solórzano Rodríguez y L.F. Ibáñez Cerrato

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

Introducción: Existen pocos datos sobre las diferencias que presentan los niños obesos respecto a los niños con IMC normal en cuanto a las patologías quirúrgicas como la apendicitis. Partimos de la hipótesis de que la obesidad afecta a la presentación, diagnóstico, intervención y postoperatorio de dicha patología. La influencia negativa del exceso de grasa corporal en la efectividad de la eco-

grafía abdominal como prueba diagnóstica está demostrada en adultos. Se asume que en niños también es un factor limitante en la visualización del apéndice.

Objetivos: Analizar las diferencias entre niños con IMC normal y niños con IMC igual o superior a 25 en cuanto a desarrollo y evolución de esta patología y valorar la efectividad de la ecografía como prueba diagnóstica en niños obesos.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo desde junio de 2008 hasta febrero de 2009, recogiendo un total de 152 casos de los que 15 presentan un IMC igual o superior a 25. Se analiza principalmente el tiempo de evolución previo al diagnóstico, el tiempo operatorio y la incidencia de apendicitis complicadas (peritonitis apendicular localizada o generalizada), no encontrándose diferencias significativas. Se revisa también la positividad de las ecografías solicitadas, siendo concluyentes el 90,65% de las ecografías realizadas en niños con IMC normal y el 50% en los niños obesos.

Conclusiones: Al igual que en los adultos, el IMC influye de forma negativa en la efectividad de la ecografía abdominal como prueba diagnóstica para la apendicitis. Son necesarios más estudios para demostrar la hipótesis de que la obesidad afecta a la presentación, diagnóstico, intervención e incidencia de complicaciones en la población pediátrica.

86 16:19 VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS PALMAR

A.R. Tardáguila Calvo, A. Lain Fernández, J.A. Matute de Cárdenas, M.A. García Casillas, M. Fanjul Gómez, C. Corona Bellostas y A. Parente Hernández

Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La hiperhidrosis palmar es una patología relativamente frecuente que fundamentalmente afecta a la calidad de vida del paciente limitando su vida social y laboral. El tratamiento de elección es la simpatectomía toracoscópica, realizada con frecuencia en edad adulta. El objetivo de nuestro estudio es valorar el grado de satisfacción a largo plazo de los pacientes pediátricos tratados en nuestro centro.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes controlados y tratados en nuestro centro en los últimos 4 años, valorando la clínica previa a la cirugía, el nivel de la simpatectomía toracoscópica y las complicaciones postoperatorias. Para estudio de los resultados a largo plazo se realizó una encuesta telefónica a todos los pacientes centrada en el grado de satisfacción, la sudoración compensatoria y los cambios en la calidad de vida. El tiempo medio de seguimiento fue de 26,5 meses (rango 6 meses a 4 años).

Resultados: Se revisaron un total de 6 pacientes (4 niñas, 2 niños), edad media 12,8 años (rango 8 a 18 años). La simpatectomía toracoscópica se realizó en T2-T3 y en 1 caso se añadió T4. Como única complicación postoperatoria se observó una disestesia de extremidad superior que cedió espontáneamente sin secuelas. Los pacientes refirieron desaparición total de la sudoración palmar. Sólo 1 caso presentaba sudoración palmar leve con el estrés. En relación a la sudoración compensatoria 3 (50%) referían sudoración leve en pies, 2 (33%) sudoración moderada en pies y espalda, y 1 (16,7%) sudoración importante en muslos. Sólo a este último paciente la sudoración compensatoria le afectaba en su vida diaria. Todos describían una ganancia en calidad de vida muy importante, mejorando tanto en el ámbito social como en el rendimiento escolar o formativo. Todos estaban muy satisfechos con los resultados de la cirugía y ninguno (ni los padres, ni los pacientes) se arrepentían de la intervención. El resultado estético de las cicatrices postoperatorias también fue satisfactorio.

Conclusiones: La simpatectomía toracoscópica es un procedimiento eficaz para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar. Los pacientes suelen estar muy satisfechos con los resultados. Dado que la hiperhidrosis palmar no es una patología que mejore espontáneamente y el tratamiento quirúrgico tiene mínimas complicaciones no creemos necesario posponer el tratamiento quirúrgico en pacientes pediátricos.

87

LINFANGIOMAS ABDOMINALES: UN TUMOR, VARIAS PRESENTACIONES

16:26

R. Delgado Alvira, E. Calleja Aguayo, N. González Martínez-Par, J. Elías Pollina, R. Escartín Villacampa, A. González Esgueda y J.A. Esteban Ibarz

Sección de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: Los linfangiomas abdominales (LA) son una malformación congénita benigna de los vasos linfáticos mesentéricos y retroperitoneales, que suponen entre el 2 y el 8% de los linfangiomas.

Objetivo: Describir la epidemiología, presentación clínica, métodos diagnósticos y terapéuticos en esta patología.

Material y métodos: Estudio de los pacientes atendidos en nuestro servicio con el diagnóstico de LA en los 10 últimos años.

Resultados: Entre 1998 y 2008, 6 pacientes se han atendidos por LA, con una media de edad de 4.4 años, excluyendo a un paciente diagnosticado prenatalmente. El motivo de consulta fue dolor abdominal en 4 con mal estado general en todos, fiebre en 3, vómitos en 2 y distensión abdominal en 3. Un paciente asintomático, fue diagnosticado de forma casual y otro fue diagnosticado intraútero. De los 4 pacientes con abdomen agudo, se realizó sólo Rx de abdomen en 2 (diagnosticados de apendicitis) y ecografía en 2 pacientes (en uno se realizó posteriormente TC). En el paciente asintomático se realizó TC además de la ecografía diagnóstica y el neonato con diagnóstico prenatal fue sometido a RMN. Todos los pacientes presentaban una analítica normal, excepto 2 con leucocitosis y neutrofilia. Se intervino quirúrgicamente a 5. El origen de los linfangiomas era mesocolon en 4 y el epiplón mayor en uno. En el paciente con diagnóstico prenatal se tomó una actitud expectante y la masa involucionó a los 8 meses. Todos los pacientes permanecen asintomáticos, con un seguimiento medio de 1,9 años.

Conclusión: Aunque la presentación clínica más habitual de los LA en la infancia es el abdomen agudo, pueden presentarse como masas asintomáticas y su diagnóstico puede ser casual. En el primer caso es fácil un diagnóstico erróneo con otras causas de abdomen agudo. El diagnóstico puede hacerse de forma precisa con la ecografía, y la TC y la RMN no aportan, generalmente, información diagnóstica aunque si pueden ayudar a definir sus relaciones con los órganos abdomina-

les. En el caso de linfangiomas sintomáticos el tratamiento es quirúrgico, con un buen resultado a largo plazo. Los pacientes asintomáticos o con masas de pequeño tamaño pueden controlarse de forma periódica con ecografías, por su posibilidad de involución.

88

DISTRACCIÓN MANDIBULAR EN EL SÍNDROME DE PIERRE ROBIN

16:33

A. Lema Carril, M.E. Molina Vázquez, M. Gómez Tellado, M. García Palacios, J. Gómez Veiras y D. Vela Nieto

Hospital Materno-Infantil, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España.

Introducción: La secuencia de Pierre Robin fue descrita en 1923 como la triada de micrognatia, glosoptosis y obstrucción respiratoria, asociado en ocasiones a fisura palatina. La mortalidad asociada sin tratamiento es del 40% debido esta obstrucción provocada por la hipoplasia mandibular que retroposiciona la base lingual actuando ésta como elemento obstructivo a nivel retrofaríngeo. Gran parte de estos pacientes se manejan adecuadamente mediante la posición en decúbito prono manteniéndose la lengua en una posición más anterior mejorando así su capacidad respiratoria. Posteriormente y a medida que el niño crece esta condición mejora con el crecimiento mandibular. A aquellos pacientes que no logran aliviar su obstrucción es necesario aplicarles un tratamiento adicional. Diversos mecanismos se han descrito con este objetivo, desde la cánula nasofaríngea temporal, glosopexia, traqueotomía hasta la distracción mandibular.

Material y métodos: Presentamos un paciente recién nacido con la secuencia de Pierre Robin sin fisura. Durante su ingreso en la unidad de neonatos presenta apneas y caídas de la saturación de oxígeno que no responden al tratamiento conservador. La radiografía de cráneo lateral muestra una interrupción de la columna aérea por parte de la lengua a nivel orofaríngeo. Realizamos una nasofibroscopia que demuestra la obstrucción retrofaríngea y descarta alteraciones a niveles inferiores. Se decide colocar un distractor mandibular bilateral externo con un vector de distracción horizontal paralelo al borde inferior del cuerpo mandibular. Es activado el 3.º día después de su colocación a 1 mm diario completando tres semanas, la primera semana ya se observa avance mandibular, alivio significativo de la obstrucción y una mejoría en el manejo general del paciente. Es dado de alta dejándose a la madre la función de avanzar el distractor diariamente. El período de consolidación ósea fue de 4 semanas comprobándose ésta mediante radiografía lateral de cráneo.

Conclusión: La distracción mandibular es un método eficaz en recién nacidos con la secuencia de Pierre Robin aliviando su obstrucción respiratoria, facilitando su alimentación, evitando traqueotomías y permitiendo una decanulación precoz.



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Jueves, 4 de junio (15:30-16:45)

PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA
Y ATENCIÓN PRIMARIA

Sala 14 (Planta 1)

89 15:30
SIGNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN EL DIAGNÓSTICO
DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

I. Vera Arlegui, P. Prim Jaurrieta, A. Largo Iglesias,
N. Álvarez Zallo, J. Andueza Sola, M. Garraus Oneca,
L. García Blanco, A. Herranz Barbero,
L. Sierrasumaga Ariznavarreta y R. Sánchez-Carpintero Abad

Departamento de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra,
Pamplona, Navarra, España.

Introducción: Los tumores del Sistema Nervioso Central (SNC) ocupan el segundo lugar entre los procesos malignos de la infancia. Su incidencia es de 2-3/100000 niños menores de 16 años. Presentamos 5 casos de tortícolis como síntoma inicial de tumores del SNC.

Casos clínicos: 1) Niña de 4 años con tortícolis de 2 meses de evolución, inicialmente tratada como tortícolis idiopática y posteriormente derivada a psiquiatría por sospecha de simulación. RMN se evidenció astrocitoma cervical. 2) Niña de 5 años diagnosticada de parálisis cerebral infantil cuyo diagnóstico se revisó al observarse rigidez cervical. La RMN mostró un astrocitoma bulbo medular. 3) Niña de 12 años diagnosticada de cefalea tensional. Asociaba rigidez cervical, tortícolis y leve alteración del equilibrio. La RMN mostró un meduloblastoma de fosa posterior. 4) Niña de 3 años y medio que comienza con un cuadro de rigidez de nuca y cuello lateralizado hacia la izquierda con diagnóstico de tortícolis infantil por debilidad de la musculatura cervical comienza tratamiento con rehabilitación y antiinflamatorios, ante la no mejoría se realiza RMN con diagnóstico de tumor intramedular. 5) Lactante de 9 meses con lateralización del cuello hacia la izquierda con diagnóstico de tortícolis postural con tratamiento rehabilitador ante la no mejoría se realiza RMN con diagnóstico de glioma en nervio óptico bilateral.

Conclusión: Frecuentemente los signos y síntomas de los tumores del SNC son inespecíficos por lo que pueden pasar desapercibidos y ser confundidos con patologías triviales, retrasando así el diagnóstico. La rigidez espinal y el tortícolis pueden ser de los primeros signos en estos tumores, por lo que deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico

de estos pacientes por lo que es muy importante realizar una historia clínica minuciosa y una exploración física detallada ya que con frecuencia muestran alteraciones que justifican la realización de neuroimagen. En la bibliografía se cita que la media de tiempo que transcurre desde la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico de la enfermedad es de 142 días.

90 15:37
ESTUDIO DE SENSIBILIZACIÓN A FÁRMACOS
EN NIÑOS CON SOSPECHA DE REACCIÓN ALÉRGICA
TRAS SU ADMINISTRACIÓN

M.L. Vázquez Álvarez, R. Pina Pérez, A. Nieto, L. Caballero
y Á. Mazón

Servicio de Alergia Pediátrica, Hospital Infantil Universitario
La Fe, Valencia, España.

Introducción: Las reacciones asociadas a medicamentos son muy frecuentes en la infancia y pueden deberse al medicamento o a la enfermedad que motiva el tratamiento. El objetivo del estudio es valorar la sensibilización a fármacos en niños con sospecha de alergia.

Métodos: Se estudió una muestra consecutiva de niños con sospecha de alergia a medicamentos por reacciones en el curso de un tratamiento. Se realizaron pruebas cutáneas frente a los medicamentos sospechosos, y pruebas de provocación si las previas eran negativas.

Resultados: Se estudiaron 34 (16 niños, 18 niñas) de edades entre 4 meses y 13 años. Las edades en las que presentaron reacción variaban de 2 meses a 11 años. Los medicamentos sospechosos fueron (amoxicilina 15, amoxicilina-ácido clavulánico 13, cefuroxima 2, claritromicina 1, cotrimoxazol 1, terbutalina 1, ambroxol 1, azitromicina 2, ibuprofeno 2, cefixima 3). Los tipos de reacción fueron urticaria 16, urticaria-angioedema 11, exantema macular 14) El medicamento era tomado por primera vez en 17 niños, y lo habían tomado anteriormente 21, no recuerdan haberlo tomado antes 3. Los intervalos entre la toma y la aparición de la reacción variaban de 30 minutos a 10 días, y no lo recuerdan 6. Las pruebas cutáneas fueron negativas en todos los casos. La prueba de provocación fue positiva en cuatro: con amoxicilina, amoxi-clavulánico, azitromicina, y cotrimoxazol. Las respuestas fueron edema lingual con sibilantes, angioedema, urticaria-angioedema, y eritema facial con prurito respectivamente.

Conclusiones: La mayoría de las reacciones asociadas a medicamentos no se deben a una verdadera sensibilización al fármaco sospechoso. Las respuestas positivas no parecen causadas por IgE, sino que pueden deberse a otros mecanismos. La prueba de provocación

debe realizarse en todos los casos para descartar o confirmar la sensibilización. Es importante determinar si existe una verdadera sensibilización, para no limitar el uso de un medicamento que puede tener alto valor terapéutico.

91 15:44 RELACIÓN ENTRE DISPEPSIA Y *HELICOBACTER PYLORI*

M. Hernández Martínez, E. Dopico, J. Navarro Navarro, C. Mendoza Mayor y J. Llovet Pastor

ABS Collblanc, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, y Laboratori Justo Oliveras, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Objetivo: Estudiar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los niños con infección por *Helicobacter pylori*.

Material y métodos: Durante el año 2008, se han estudiado de forma prospectiva 55 niños, con el diagnóstico de dispepsia según los criterios de Czinn. Siguiendo la estrategia del "test and treat" se realizó un estudio etiológico utilizando en primer lugar la detección del antígeno de *Helicobacter pylori* en heces. En caso de ser negativo se recurrió a otros métodos diagnósticos. Se hizo tratamiento con triple terapia y posteriormente para estudiar la erradicación se utilizó el test de la ureasa en aliento.

Resultados: Los 55 niños con criterios de dispepsia mostraron positividad a *Helicobacter*. La distribución por sexos fue de 19 niños y 36 niñas. La edad mediana de presentación fue a los 14 años (intervalo de 3 a 14 años), siendo el 81,8% mayores de 7 años. En el 27,3% se hallaron antecedentes familiares de infección por *Helicobacter*, dispepsia o úlcus. Como pruebas de detección: el ag de *Helicobacter* en heces fue positivo en el 90,9% (50 casos) mientras que resultó negativo en el 21,8% (5 casos). De estos últimos, en el 5,4% (3 casos) se encontró serología positiva en sangre y en el 3,6% restante (2 casos) el diagnóstico se hizo por biopsia endoscópica. Entre la clínica acompañante cabe destacar halitosis en el 14,5% (8 casos), anemia ferropénica en el 5,4% (3 casos), talla baja en el 3,6% (2 casos) y celiaquía en el 1,8% (1 caso). En el 20% (11 casos) se detectaron recidivas a pesar del tratamiento correcto.

Conclusiones: La mayor parte de niños estudiados se acumulan en la adolescencia. La dispepsia muestra una clara relación con el *Helicobacter*, siendo de gran utilidad diagnóstica el ag en heces. Destacamos como hallazgos clínicos la halitosis, anemia ferropénica y celiaquía coincidiendo con la información publicada en la bibliografía. Cabe destacar el alto porcentaje de recidivas.

92 15:51 ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE UN EQUIPO DE PEDIATRÍA

V. Morales Hidalgo, C. Pujol Puyané, E. Fos Escrivá, S. Sabaté Alborna, A. Martínez Gabriel y J. Fernández Blanco

Equipo Territorial de Pediatría, Hospital Comarcal Alt Penedés, Vilafranca del Penedés, Barcelona, España.

En los últimos años, factores demográficos (aumento de la población infantil, especialmente inmigrantes), sociales (cambio en el patrón de utilización de los servicios sanitarios), profesionales (falta de pediatras y factores propios de nuestra comarca, como la dispersión y el aislamiento de los profesionales), han hecho plantearse la necesidad de reorganizar los servicios de pediatría en la atención primaria de salud. Nuestra consejería nos proporcionó unas líneas estratégicas básicas y se nos encomendó su desarrollo dentro de nuestro ámbito territorial. Nuestra metodología fue el

efectuar un análisis previo a la elaboración de una propuesta definitiva. Los puntos principales de este análisis fueron: Territorio, 592 km², 27 municipios, Hospital Comarcal con punto de atención de urgencias pediátricas y maternidad, Hospital principal de referencia a 60 km. Población 16.000 niños con aumento anual de 6,5% y 17% de inmigrantes. Profesionales, 12 plazas con 5 pediatras titulados y 7 m. de f., 11 enfermeras y sin personal administrativo específico de pediatría. Disponibilidad de espacios. Las Líneas Estratégicas propuestas fueron visión integral del territorio, gestión eficiente de los recursos, autonomía del equipo, potenciación de la calidad asistencial, disminución de la variabilidad en la cartera de servicios, mejora de la satisfacción de usuarios y profesionales, trabajo interdisciplinario y coordinado con otros recursos de la comarca, reorganización horarios y distribución geográfica de los profesionales, agendas dinámicas, gestión de la consulta urgente, ampliación de las competencias de enfermería y potenciación de la formación y desarrollo de los profesionales. Tras un año de funcionamiento los resultados principales son organización jerárquica propia de pediatría con espacios y administrativos, 12 plazas de pediatra, 10 pediatras y 2 m.f. con 12 enfermeras, aumento de las competencias de enfermería, han disminuido un 25% las urgencias hospitalarias de pediatría y aumento de la satisfacción de profesionales y usuarios.

93 15:58 SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL PROLONGADO POR OPIOIDES

M.Á. María Tablado y C. Montejo Martínez

Área 3 del Centro de Salud Los Fresnos, Torrejón de Ardoz, y Área 4 del Centro de Salud Canillejas, Madrid, España.

Introducción: El Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) por opioides es una entidad conocida en Unidades de Neonatología. El consumo de heroína/metadona ha disminuido en los últimos 5. 10 años, consecuentemente el SAN por opioides es cada vez menos frecuente en la actualidad. Existen tres tipos de SAN por opioides: inmediato, prolongado (con período asintomático) y tardío, siendo éstas dos últimas formas más raras.

Caso clínico: Acude a consulta de Atención Primaria un neonato de 20 días, presentando desde hace 24 horas irritabilidad entre tomas, "lloro continuo como de hambre", escaso número de horas de sueño, "duerme no más de 1-2 horas seguidas", voracidad, "toma 6 o 7 biberones de 150 ml al día", 4 deposiciones explosivas y blandas en 24 horas. El acompañante aporta informe de alta hospitalaria de hace 5 días donde se refiere que es hijo de madre VIH+, adicta a heroína en tratamiento sustitutivo con metadona 20 mg/día. Permaneció ingresado los primeros 15 días de vida con realización de serologías (todas ellas negativas incluido VIH), diagnóstico por imagen (no hay malformaciones). En las primeras 48 horas presentó sintomatología compatible con SAN a opioides con test de Lipsitz positivo y score de Finnegan de 7 puntos, sin convulsiones. No recibió tratamiento médico, mejorando en las 48 horas siguientes. Al alta estaba asintomático. La exploración en consulta: peso 4.100 g, talla 52 cm. Test de Finnegan de 4 puntos. Se le diagnostica de SAN a opiáceos prolongado (con período asintomático). El manejo sintomático incluye ambientes tranquilos, acunamiento en brazos, fraccionamiento de tomas con aumento del número de las mismas, incluso dietas hipercalóricas. El tratamiento farmacológico se reserva a para casos con puntuaciones mayores de 8 en el test de Finnegan, siendo de elección el Fenobarbital que precisa monitorización estrecha y no está libre de efectos secundarios.

Conclusiones: Dado que el período de eliminación del opioide metadona en ocasiones se prolonga hasta 4 semanas, es posible encontrarse con SAN prolongados con períodos asintomáticos en la consulta de Atención Primaria.

94 16:05 FRACASO ESCOLAR: ¿SE ASOCIA A PSICOPATOLOGÍA?

J.V. Balaguer Martínez, A. Pallarés Sancho-Tello, A. López Santiveri, A. Al-Dirra, M. Morejón Salvador, R. García Andrade, A. Hernández Gil, C. Sánchez Escudero, I. Valcarce Pérez y P. Arbizu Urdiain

EAP St. Ildefons e Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España.

Objetivos: Valorar el fracaso escolar en nuestra población y su posible relación con diferentes trastornos psicológicos.

Métodos: Estudio descriptivo. Recogida de datos mediante encuesta tipo test de pacientes que acuden consecutivamente a la consulta. Población de estudio: niños entre 3.º de primaria y 3.º de ESO incluidos inmigrantes que residen más de 2 años en Catalunya.

Resultados: Muestra de 112 pacientes, 62 son niños y 50 son niñas, media de edad de $11,3 \pm 1,7$ años. El 19,6% es población inmigrante. Cursa primaria un 66,9%, y un 61,6% acude a un centro público. Se detecta un porcentaje global de fracaso escolar (suspensos > de 2 asignaturas) del 19,6%. El 10,7% de los niños ha repetido algún curso. No se aprecian diferencias entre fracaso escolar y sexo, escuela pública/concertada ni población autóctona/inmigrante. El fracaso escolar es superior en secundaria ($p < 0,05$). El fracaso es mayor en los niños que al salir de la escuela permanecen solos varias horas ($p < 0,05$), sin que haya diferencias según los diferentes tipos de núcleos familiares. La presencia de alguna comorbilidad (prematuridad, obesidad, enfermedades crónicas o déficits sensoriales) se asocia con un mayor índice de fracaso ($p < 0,05$). La existencia de trastornos del comportamiento o emocionales no se asocia a fracaso, mientras que sí que lo hace la existencia de trastornos del aprendizaje ($p < 0,05$).

Conclusiones: El porcentaje de fracaso escolar está en el 19,6% entre nuestra población. La presencia de comorbilidad aumenta la posibilidad de fracaso escolar. La presencia de fracaso escolar es un buen indicador para detectar trastornos del aprendizaje, pero no se muestra como útil para detectar otros trastornos psicológicos.

95 16:12 CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE AL ASMA EN ADOLESCENTES Y CALIDAD DE VIDA EN ASMÁTICOS

M. Praena Crespo, J.C. Fernández Truan, M.E. Porras García, A. Murillo Fuentes, J.M. Cenizo Benjumea, J. Gálvez González, L. Castro Gómez, S. De la Calle Fernández, M. Toscano Marchena y M.J. Porras Sánchez

Servicio Andaluz de Salud, Málaga, Facultad del Deporte, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, y Consejería de Educación Delegación de Sevilla, Sevilla, España.

Antecedentes y objetivos: El asma es una enfermedad de gran prevalencia en la adolescencia que origina absentismo y bajo rendimiento escolar. Queremos determinar los conocimientos y actitudes frente al asma entre adolescentes asmáticos y sus compañeros y el impacto del asma sobre la calidad de vida de los adolescentes que padecen asma.

Métodos: Pasamos el cuestionario NAKQ de conocimientos sobre asma de 31 ítems a 3827 estudiantes de 13 y 14 años de edad, y otro de actitudes frente al asma. Del total a 279 asmáticos se administró un cuestionario de Calidad de Vida en niños con asma versión actividades estandarizadas (PAQLQ(S) de E. Juniper, que consta de 23 ítems y 3 dimensiones (síntomas, limitación de actividades, y función emocional), con un valor mínimo de 1 y máximo de 7. La valoración estadística se hizo con el programa SPSS versión 15.

Resultados: El 7,3% del alumnado manifestó tener asma. Globalmente el empeoramiento de la calidad de vida debido al asma fue de leve a moderado con una media (DE) de 5,65 (1,21). Las chicas manifestaron una calidad de vida inferior a los chicos en los dominios de síntomas 5,48 (1,40) frente 5,02 (1,29) $p < 0,01$, limitación de actividades 5,68 (1,23) frente a 5,29 (1,13); $p < 0,01$ y función emocional 6,17 (1,11) frente a 5,88 (1,06); $p < 0,01$. Los conocimientos en asma fueron bajos en todos los encuestados 16,3 (2,83), aunque significativamente algo superiores en los asmáticos 17,24 (2,77) vs no asmáticos 16,23 (2,83); $p < 0,01$. Se apreció un moderado a alto grado de tolerancia hacia las personas con asma, en todos los adolescentes. La mayoría de los adolescentes estuvo de acuerdo que habría menos problemas con el asma sin los estudiantes llevaran su inhalador a clase.

Conclusiones: Constatamos escasos conocimientos sobre asma, una calidad de vida afectada de los asmáticos. Nuestros datos apoyan impartir programas educativos sobre asma en las escuelas que mejoren los conocimientos e influir positivamente en la calidad de vida de los asmáticos.

96 16:19 RESULTADOS DEL IMC Y AUTOCONCEPTO EN EL ESTUDIO OBESCAT: ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

L. Eddy Ives, E. de Frutos Gallego, J.M. Bofarull Bosch, E. del Valle Olmos Sánchez, N. Calvo Pínero, D. Folch Pablo, N. Curell Águila, G.M. Aloy Pallares, C. Brotons Cuixart y F. Sabaté Casellas

Centre Mèdic Sant Ramon SL, Barcelona, y Unidad de Investigación CAP Sardenya, Barcelona, España.

Antecedentes: La obesidad (OB) y sobrepeso (SP) es un importante problema de salud pública que afecta el autoconcepto de los adolescentes.

Objetivos: Principal: evaluar la eficacia de una intervención educativa (consejos alimentarios y de actividad física) para reducir el IMC en adolescentes con OB y SP. Secundario: evaluar autoconcepto antes y después de la intervención.

Métodos: Ensayo clínico prospectivo multicéntrico (Premio Nutribén 2007). Criterios de inclusión: adolescente de 10-14 años con OB o SP atendidos en consultas de pediatría de atención primaria de Cataluña. Exclusión: OB 2.ª y mórbida. Grupo intervención 6 visitas (mes 0, 1, 3, 6, 9 y 12) y grupo control 2 visitas (mes 0 y 12), en las cuales se hace controles antropométricos e hincapié en consejos alimentarios y de deporte. Cuestionario Autoconcepto AF-5 completado por adolescentes en visita mes 0 y 12 (pre y post-intervención).

Resultados: Participan 187 adolescentes (93 intervención y 94 control) procedentes de 48 centros de salud. No hubo diferencia con significación estadística (SE) del IMC entre ambos grupos al finalizar estudio. En grupo intervención hubo dos hallazgos con SE a destacar: disminución del IMC entre mes 0 y 1; mes 0 y 3; y mes 0 y 6; y disminución del índice cintura/cadera entre mes 0 y 12. Datos Cuestionario AF5 con SE: Grupo intervención vs control mejoría en dimensión emocional (5,82 vs 5; $p = 0,043$); y grupo intervención comparando mes 0 con mes 12, mejoría dimensión físico SE (4,88 vs 5,47; $p = 0,053$). En grupo control no hubo ningún cambio en el autoconcepto.

Conclusión: Al principio de la intervención, cuando los controles son más seguidos, se obtienen resultados positivos, por lo que no conviene espaciar visitas. A pesar de no obtener una disminución del IMC con SE en relación con el grupo control, sí hubo una mejoría en la distribución de la grasa, un factor importante que a veces en la práctica diaria pediátrica no es evaluada. La intervención mejoró el autoconcepto de los adolescentes.

97 16:26 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR NO INFANTÁRIO EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES

F.A. Ramos Miranda, A. Braga, P. Nascimento, T. Andrade y F. Pinto
Centro de Saúde da Carvalhosa e Foz do Douro, Porto, Portugal.

Introdução: Aos 6 anos são frequentes as dificuldades de aprendizagem consequentes a problemas do desenvolvimento não previamente detectados. A avaliação na idade pré-escolar permite antecipar estratégias de intervenção. Este estudo teve como objetivo avaliar o desenvolvimento psicomotor em crianças de 3 anos frequentadoras de Infantários.

Metodologia: Estudo realizado de Setembro a Dezembro de 2008, no âmbito da Pediatria Comunitária, em crianças dos 35 aos 49 meses, de Infantários da área urbana do Porto escolhidos aleatoriamente. A sua realização foi autorizada e agendada com pais e educadores. Usou-se a Escala modificada de Desenvolvimento Psicomotor de Brunet-Lézine dos 3 aos 6 anos de idade. A aplicação e cotação quantitativa e qualitativa do teste seguiram as normas do seu autor.

Resultados: Foram avaliadas 170 crianças com uma idade média de 40,5 meses sendo 57,1% do sexo masculino. Do total, 22,3% (n = 38) obteve um resultado médio, 74,1% (n = 126) acima da média e 3,6% (n = 6) abaixo da média. Nas crianças com maiores dificuldades, os piores desempenhos foram na área da motricidade fina, nos grafismos e construções, e os melhores na área da realização, nos encaixes e puzzles; todas elas foram orientadas para nova avaliação, no Centro de Saúde e pelos mesmos examinadores, com Escala de Ruth Griffiths.

Conclusão: Neste estudo 3,6% das crianças tiveram resultados inferiores aos esperados para a faixa etária. Nestas, a avaliação do desenvolvimento permitiu conhecer as suas dificuldades, possibilitando a orientação para uma maior investigação e o investimento em processos terapêuticos impulsionadores do seu futuro desempenho pessoal e académico. A avaliação no Infantário, fora do gabinete de consulta, percebida como menos ameaçadora, facilitou o exame e encurtou o período de não vigilância formal entre os três e os quatro anos de idade.

98 16:33 PALATABILIDAD DE LAS SOLUCIONES DE REHIDRATACIÓN ORAL Y SU RELACIÓN CON LOS GUSTOS DE LOS NIÑOS. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO

A. Díez Gandía, M. Aroca Ajengo, A.B. González Navalón,
R. Ballester Fernández, J. Díez Domingo, M.I. Úbeda Sansano,
M.V. Planelles Cantarino, J.M. Martínez Pons y A. Ballester Sanz

*Centro de Salud de la Eliana y Hospital Universitario La Fe,
Valencia, España.*

Introducción y objetivos: Uno de los motivos frecuentes de deshidratación en los niños con diarrea es el rechazo de las soluciones de rehidratación oral (SRO) por el sabor. Recientemente se han saborizado los sueros, pero no hay estudios publicados que valoren su aceptación. Se hace el ensayo clínico para estimar la aceptación del sabor de distintos sueros de rehidratación oral en niños sanos de 6 a 9 años y la relación con sus gustos.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico en 116 niños sanos. Estudio aceptado por el Comité de Ética de la DGSP/CSISP. Se solicitó el consentimiento informado. Los niños probaron 4 SRO (sabor cola, fresa, multifrutas y sabor neutro), aleatorizando el orden en el que lo hacían. Probaron las SRO de dos en dos, puntuando cada una de ellas según una escala visual en 4 grados: muy mala, mala, buena y muy buena, y elegían la que preferían entre las dos (por tanto cada niño elegía dos sueros como preferidos). Mediante regresión logística se valoró la asociación de las preferencias de las SRO con los gustos de los niños: refrescos de cola, los caramelos de fresa, etc.

Resultados: Los niños puntuaron positivamente (buena o muy buena) el sabor de cola en el 87,9%, el de fresa en el 62,1%, el de multifrutas en el 39,6% y el sabor neutro en el 47,4%. Tras la comparación de los sueros 2 a 2, 92 niños prefirieron el sabor a cola y 62 el de fresa. Hubo una gran relación entre los niños a los que les gustaban los refrescos de cola y la preferencia del sabor de cola (ORa: 10,3, IC95%: 3,1-34,6). Los niños que no les gustaba ni los refrescos de cola ni los caramelos de fresa, preferían el sabor neutro.

Conclusiones: Hay importantes diferencias en las preferencias de las SRO por los niños, existiendo una asociación clara entre los gustos del niño y el suero que prefieren.

99 16:40 VALORES SÉRICOS DE LEPTINA Y SU RELACIÓN CON IMC, GRASA CORPORAL E ÍNDICE DE RESISTENCIA INSULÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS

A. Largo Iglesias, P. Prim Jaurrieta, J. Andueza Sola,
I. Vera Arlegui, A. Herranz Barbero, L. García Blanco,
M.T. Núñez Martínez, N. Álvarez Zallo y C. Azcona San Julián

*Departamento de Pediatría, Clínica Universitaria de Navarra,
Pamplona, Navarra, España.*

Introducción: La resistencia insulínica es un elemento clave en síndrome metabólico presente en la obesidad infantil. La leptina se asocia al control del peso corporal y posiblemente afecte a la sensibilidad de la insulina.

Objetivo: Determinar la relación entre los niveles séricos de leptina, índice de masa corporal (IMC), masa grasa e índice de resistencia insulínica (HOMA) en una muestra de niños obesos seguidos en la consulta de Endocrinología pediátrica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con 105 niños y adolescentes obesos atendidos en consulta de Endocrinología pediátrica. Se determinaron datos antropométricos, IMC, % de grasa corporal mediante Bod-Pod y valores séricos de leptina e índice Homa entre otros. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15.0 (Rho Spearman).

Resultados:

Sexo	60% mujeres; 40% hombres	
Edad (años)	12,55 (±3,1 DE)	
% grasa corporal	35,3 (AIC = 31,5-41,6)	
Leptina (µg/l)	17,75 (AIC = 12,07-29,75)	
HOMA (mU/ml)	2,46 (AIC = 1,66-3,7)	
Colesterol total (mg/dl)	176,25 (±34 DE)	
HDL (mg/dl)	50,45 (±13,71 DE)	
LDL (mg/dl)	108,5 (AIC = 94-127)	
TG (mg/dl)	79,09 (AIC = 49-92)	

	Leptina	Homa
Coeficiente correlación		
IMC	r = 0,53 (p < 0,001)	r = 0,41 (p < 0,001)
Grasa corporal	r = 0,67 (p < 0,001)	r = 0,47 (p < 0,001)

Conclusiones: 1. En la población estudiada observamos una correlación significativa entre los valores de leptina con el IMC y grasa corporal. 2. También existe correlación entre el IMC y la grasa corporal con el índice de resistencia insulínica. 3. Encontramos correlación significativa entre la leptina y el índice Homa (r = 0,30; p = 0,02).



PÓSTER MODERADO

Jueves, 4 de junio (15:30-16:45)

GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN

Sala 3-4 (Planta 0)

P100

ESTADO NUTRICIONAL Y PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

15:30

R. Romero Gil, A. De Arriba Muñoz, I. Ruiz del Olmo Izuzquina, N.D. Royo Pérez, N. Clavero Montañés, A.M. Campos Bernal, L. Monge Galindo, Y. Armendáriz Cuevas, J.L. Olivares López y L. Ros Mar

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

Introducción: La Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una causa importante de patología gastrointestinal en niños y adolescentes, cuya incidencia va en aumento.

Objetivos: 1. Describir las características epidemiológicas de la muestra en los tres momentos de estudio: al diagnóstico, al año del diagnóstico y a los dos años tras el diagnóstico. 2. Realizar un estudio antropométrico de los pacientes en dichos tres momentos. 3. Estudiar los parámetros bioquímicos y analíticos sanguíneos, indicadores del estado nutricional. 4. Analizar la evolución de los parámetros inflamatorios a lo largo de esa secuencia temporal.

Material y métodos: Se han recogido datos de las historias clínicas de 18 pacientes afectos de EII, obteniéndose unos índices antropométricos: Índice de masa corporal (IMC), percentil de la talla, Z-score de la talla, porcentaje de la mediana, y analizado una serie de parámetros bioquímicos: hemoglobina, hematocrito, hierro sérico, ferritina, albúmina, prealbúmina, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva, colesterol y proteína transportadora del retinol. Hemos utilizado pruebas paramétricas en aquellas variables en que se ha demostrado normalidad (ANOVA), y Kruskal Wallis cuando no. Se ha realizado estadística descriptiva de cada una de las variables y comparamos las medias de las diferentes variables en los tres momentos del estudio.

Resultados: A pesar de que se observa una tendencia global a la mejoría, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el Z score del peso para la edad, en el de talla para la edad ni en el Índice de Masa Corporal ($p > 0,05$), ni tampoco entre la media de los valores de hierro, ferritina, hemoglobina, albúmina, prealbúmina, proteína transportadora del retinol y colesterol. La

proteína C reactiva y la VSG sí presenta diferencias estadísticamente significativas, con una $p < 0,05$.

Comentario: A lo largo de la evolución de nuestros pacientes, una vez iniciado el tratamiento podemos afirmar que han mejorado los parámetros bioquímicos considerados como inflamatorios.

P101

INGESTA DE ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS COMO MODULADORA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UN COLECTIVO DE ESCOLARES

15:35

A.M. López Sobaler, A.I. Jiménez Ortega, J.M. Perea Sánchez, E. Rodríguez Rodríguez, C. Palmeros-Exsome, A. Juliana Del Piero Belmonte y R. Ortega Anta

Departamento de Nutrición y Facultad de Farmacia, Universidad Complutense, y Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

Antecedentes y objetivos: Teniendo en cuenta que una presión arterial elevada en la infancia incrementa el riesgo de padecimiento de hipertensión en la etapa adulta, los condicionantes dietéticos potenciales deben ser identificados y modificados precozmente. Por ello el objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre cifras de presión arterial e ingesta de grasa en un colectivo de escolares de Madrid.

Métodos: Se ha estudiado un colectivo de 530 niños de 8-13 años, registrando en 524 (241 niños y 283 niñas) las cifras de presión arterial. Para conocer la ingesta de grasa se utilizó un registro del consumo de alimentos durante 3 días consecutivos (de domingo a martes), los alimentos consumidos fueron transformados en energía y nutrientes y los aportes obtenidos fueron comparados con los objetivos nutricionales marcados para niños.

Resultados: La ingesta media de grasa saturada (AGS) ($14,7 \pm 2,2\%$ de la energía) superó el aporte máximo aconsejado (7% de la energía) en todos los niños estudiados, mientras que para ácidos grasos poliinsaturados (AGP) ($6,9 \pm 1,9\%$ de la energía) sólo se superó el aporte máximo (7,5% de la energía) en un 34% de los casos. Tanto la presión arterial sistólica ($97,3 \pm 14,1$ mmHg), como la diastólica ($57,9 \pm 10,3$ mmHg) mostraron una correlación inversa con la ingesta de AGP ($r = -0,197$ para la sistólica y $r = -0,176$ para la diastólica), sin presentar correlación con AGM y AGS. Aplicando un análisis de regresión múltiple, considerando la influencia de la ingesta de AGS, AGM y AGP (% energía), se constata que el único aumento de ingesta que se asocia con un descenso en las cifras de presión arterial es el aumento en la ingesta de AGP ($\beta = 1,59 \pm 0,33$, $p < 0,001$).

Conclusiones: Parece conveniente disminuir la ingesta de grasa saturada, en los niños, desde el punto de vista nutricional y sanitaria.

rio, pero un aumento en la ingesta de AGP puede ser conveniente en el control de la presión arterial, siendo necesarios estudios adicionales sobre el tema.

Estudio realizado con una ayuda FISS (N.º proyecto PI060318).

P102 15:40 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN UNA CONSULTA DE OBESIDAD INFANTIL

N. Rodríguez Zaragoza, A. Panisello Tafalla, P. Genaró i Jornet, A. Suwezda, I. Insausti Fernández y S. Janer Ortuño

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona, España.

Introducción: La prevalencia de síndrome metabólico es alta entre niños y adolescentes obesos y se incrementa cuanto más grave es la obesidad. Los marcadores de riesgo cardiovascular están presentes desde edades tempranas.

Objetivo: 1. Calcular la prevalencia de síndrome metabólico en niños obesos. 2. Calcular la prevalencia de insulinoresistencia mediante índice HOMA (Homeostasis model assessment for insulin resistance).

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de niños entre 3-14 años con obesidad controlados en la Unidad de Nutrición del Hospital de Tortosa "Verge de la Cinta" durante el 2008. Variables antropométricas: Peso, altura, índice de masa corporal, perímetro de cintura y tensión arterial (ajustados a percentiles). Variables biométricas: triglicéridos, glicemia, insulinemia, colesterol-HDL. Los datos se obtienen de la historia médica informatizada y procesadas mediante SPSS-14.

Resultados: Se estudiaron 64 niños: 33 niños y 31 niñas. El 15,5% de los niños presentaron insulinoresistencia ($HOMA > 3,4$), de los cuales el 62,5% eran niños y el 37,5% eran niñas, todos ellos, con obesidad grado III. La prevalencia de síndrome metabólico (3 o más de los siguientes ítems: triglicéridos ≥ 110 mg/dl, HDL < 40 mg/dl, glucemia basal ≥ 100 mg/dl, perímetro cintura > 90 percentil por edad y sexo, TAS > 90 percentil por edad, sexo y altura) fue del 18%, todos ellos, con obesidad grado III.

Conclusiones: El síndrome metabólico y la insulinoresistencia tienen una prevalencia estimable en los niños obesos grado III de nuestra unidad. Este hecho aumenta la probabilidad de padecer complicaciones cardiovasculares acortando así los años potenciales de vida.

P103 15:45 ESTADO NUTRICIONAL, EVOLUCIÓN E INFLUENCIA DEL CONTROL CLÍNICO EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Y.P. Delgado Peña, G. Bueno Lozano, J. Morales Hernández, J.M. Garagorri Otero, L. Moreno Aznar, P. Velasco y J.L. Olivares López

Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza e Instituto Cervantes, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

Objetivo: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica asociada a patología nutricional por exceso o por defecto. Datos recientes refieren una prevalencia mayor de sobrepeso y obesidad que la población general (2% a 6%). El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas de un grupo niños con DM1; evaluar su estado nutricional, el control de la enfermedad y la composición corporal en el momento del diagnóstico y en su seguimiento evolutivo. Pacientes estudiados: Se presentan 20 pacientes con DM1 con edad media de 12,72 años (rango: 6,8 a 17,9 años, 60% púberes) y tiempo de evolución en un rango de 0,6 a 9 años. Entre los datos clínicos, se analizaron: peso, talla, índice de masa corporal (IMC) en puntuación z-score y porcentaje masa grasa me-

dante pletismografía por desplazamiento de aire (Bodpod®) y Absorciometría de Energía Dual de rayos X (DEXA). Los resultados obtenidos fueron comparados con un grupo de 13 niños sanos de su misma edad y sexo.

Resultados: El diagnóstico de DM1 se realizó a una edad media de 8,1 años (rango 2 a 12 años, 95% prepúberes). El 40% de los mismos debutó con cetoacidosis. En la mayoría el control de la enfermedad ha sido aceptable con cifras de hemoglobina glicosilada medias de 7,64% (DE 1,16). No se han detectado alteraciones en el perfil lipídico. No han existido diferencias significativas en el peso, talla e IMC en el momento del diagnóstico y durante los años de evolución ($-0,32$ (0,94) vs $-0,13$ (0,53) para peso, $0,11$ (1,11) vs $-0,46$ (0,82) para talla y $-0,39$ (0,79) vs $0,10$ (0,32) para IMC). La comparación de peso, talla e índice de masa corporal del grupo control respecto al grupo de diabéticos no evidenció diferencias estadísticamente significativas. El % de masa grasa fue similar en los dos grupos sin establecerse diferencias estadísticas significativas (21,78 [9,5]% en diabéticos vs 19,3 [6,5]% en grupo control).

Conclusiones: La evolución del peso, talla e IMC del grupo de diabéticos ha sido satisfactoria. Frente a un grupo control de niños sanos, no se han evidenciado cambios significativos en su composición corporal (valorada por Bod Pod y DEXA), al cabo de los años de evolución de su enfermedad.

P104 15:50 SITUACIÓN EN SELENIO DE ESCOLARES MADRILEÑOS

J.M. Perea Sánchez, E. Rodríguez Rodríguez, C. Palmeros-Exsome, L.G. González Rodríguez, V. Rosalía Courtois García, A.I. Jiménez Ortega y A. Aparicio Vizuite

Departamento de Nutrición y Facultad de Farmacia, Universidad Complutense, Madrid, y Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

Antecedentes y objetivos: La población infantil se considera como grupo de riesgo de deficiencia en selenio y dadas las importantes funciones de este mineral en diversos tejidos y procesos metabólicos, en la respuesta inmunitaria y en la protección antioxidante, valorar la situación en selenio de población escolar se considera un tema de interés, que constituye el objeto del presente estudio.

Métodos: Se ha estudiado un colectivo de 530 niños de 8-13 años, en los que se controló la ingesta de selenio utilizando un registro del consumo de alimentos durante 3 días consecutivos (de domingo a martes), los alimentos consumidos fueron transformados en energía y nutrientes y los aportes de selenio fueron comparados con los recomendados (30-45 $\mu\text{g}/\text{día}$). Además, se cuantificó selenio en suero en 515 niños (232 niños y 283 niñas).

Resultados: La ingesta de selenio ($92,0 \pm 25,8$ $\mu\text{g}/\text{día}$) superó los aportes aconsejados en el 99,2% de los casos, sin embargo las cifras séricas ($71,0 \pm 14,4$ $\mu\text{g}/\text{l}$) fueron inferiores a < 70 $\mu\text{g}/\text{l}$ (límite de normalidad considerado) en el 39% de los niños. Se constata una correlación positiva entre ingesta y concentraciones séricas de selenio ($r = 0,169$, $p < 0,05$), y también se pone de relieve la relación dieta-suero dado que los niños con cifras séricas inferiores a < 70 $\mu\text{g}/\text{l}$ tuvieron ingestas significativamente inferiores ($86,9 \pm 21,3$ $\mu\text{g}/\text{día}$) a las de niños con cifras séricas adecuadas ($93,6 \pm 27,0$ $\mu\text{g}/\text{día}$) ($p < 0,05$).

Conclusiones: La situación en selenio debe ser vigilada y mejorada en el futuro, para evitar que carencias subclínicas afecten la situación sanitaria de los niños. Por otra parte, los resultados obtenidos ponen de relieve que quizás las ingestas recomendadas deban ser incrementadas, dado que con un aporte dietético superior al recomendado se encuentra un porcentaje apreciable de niños que presentan deficiencia a nivel sérico.

Estudio realizado con una ayuda FISS (N.º proyecto PI060318).

P105**ANEMIA Y DIARREA INTERMITENTE EN UNA NIÑA DE 3 AÑOS, ¿QUÉ POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS NOS DEBEMOS PLANTEAR?****15:55**

L. Monfort Belenguer, C. Martínez Costa, N. García Maset, N. Benavente Gómez, P. Ibáñez Clemente, y M.Á. Requena Fernández

Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

Introducción: La diarrea es un síntoma muy frecuente en la edad pediátrica, pero su asociación a anemia, astenia y su permanencia prolongada en el tiempo nos obliga a descartar diversas enfermedades subyacentes.

Caso clínico: Niña de 3 años y 10 meses remitida a Consultas Externas de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica por palidez y diarrea. Antecedentes personales: fisura anal diagnosticada por rectoscopia a los 2 años de edad. No antecedentes familiares de interés. Presenta deposiciones blandas con restos hemáticos, astenia e irritabilidad de carácter de 4 meses de evolución, con exploración clínica normal, a excepción de palidez llamativa con constantes mantenidas. Se realizan las siguientes exploraciones complementarias iniciales: hemograma, química, marcadores de enfermedad celíaca, ecografía abdominal, coprocultivo, examen parasitológico y de virus en heces, calprotectina fecal, gammagrafía con tecnecio 99m y gammagrafía con hemáties marcadas. Destaca una intensa anemia (Hb 6 g/dl) hipocrómica y microcítica, con ferropenia grave y elevación de la calprotectina fecal. Ante el sangrado persistente se realiza gastroscopia y una colonoscopia, encontrándose en ésta última una actividad inflamatoria grave, que microscópicamente muestra atrofia segmentaria, microabscesos crípticos e hiperplasia folicular linfoide. Ante estos hallazgos y con el diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa, a pesar de la corta edad de la paciente, se inicia tratamiento con corticoterapia, mesalazina y omeprazol para conseguir la remisión de la inflamación, así como sulfato ferroso y sulfato de zinc. En la evolución destaca importante mejoría clínica con cambio de carácter, aumento del apetito y de la actividad diaria de la niña. Paralelamente asocia recuperación progresiva hematológica y del metabolismo del hierro. Asocia anticuerpos p-ANCA positivos. Función hepática, por el momento, normal.

Conclusiones: La anemia y diarrea en una preescolar de 3 años sugiere los diagnósticos de enfermedad celíaca y de infección o infestación intestinal. La aparición intermitente de sangre obliga a descartar divertículo de Meckel y anomalías vasculares intestinales. Mucho menos frecuente es el diagnóstico de nuestra paciente por ello, conviene recordar que la enfermedad inflamatoria intestinal no es una enfermedad de inicio exclusivo durante la etapa escolar-adolescencia o en la edad adulta. Hay que destacar la importancia de la anamnesis, del estudio exhaustivo de las manifestaciones clínicas y la planificación de pruebas complementarias para no retrasar el diagnóstico.

P106**EVOLUCIÓN ANTROPOMÉTRICA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA ASINTOMÁTICA CON DIETA SIN GLUTEN****16:00**

I. Ros Arnal y L. Ros Mar

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

Antecedentes y objetivo: Nuestro objetivo es evaluar la evolución antropométrica a largo plazo de los pacientes celíacos sin síntomas al diagnóstico, ya que no existe ningún estudio similar en la literatura.

Métodos: Estudio retrospectivo de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca asintomáticos al

diagnóstico, que han completado su crecimiento y han llevado una dieta sin gluten de al menos 5 años. Han sido revisados 36 pacientes, en los que el diagnóstico se hizo por diferentes motivos: talla baja (9), diabetes mellitus (9), familiar de enfermo celíaco (15), anticuerpos positivos a enfermedad celíaca sin clínica (13). Se han evaluado en dos momentos: al diagnóstico y al final de la pubertad. El análisis estadístico se realizó usando la prueba de t-Student para datos pareados ($p < 0,01$).

Resultados: No se han encontrado diferencias estadísticas entre los grupos.

Valor	Diagnóstico	Pubertad
Edad (años)	4,48 ± 2,7	15,98 ± 0,66
Peso SDS	-0,67 ± 0,98	-0,44 ± 1,41
Altura SDS	-0,7 ± 1,3	-0,3 ± 1,56
Perímetro braquial SDS	0,04 ± 1,13	0,19 ± 0,98
Pliegue tricúspital SDS	-0,36 ± 1,02	-0,02 ± 0,99
Pliegue subescapular SDS	0,04 ± 0,84	0,61 ± 1,68
IMC SDS	-0,74 ± 1,4	-0,93 ± 0,94
Tiempo sin gluten (años)	0	8,76 ± 3,76

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias estadísticas en los indicadores antropométricos tras años de dieta sin gluten en estos pacientes. El riesgo aumentado de enfermedades y síntomas asociados a la enfermedad es causa suficiente para seguir una dieta sin gluten en los pacientes celíacos asintomáticos.

P107**SITUACIÓN EN VITAMINA D DE ESCOLARES DE LA COMUNIDAD DE MADRID****16:05**

B. López Plaza, P. Rodríguez Rodríguez, L. García González, J. Villanueva Sánchez, A.I. Jiménez Ortega, L. Zugadi Zarate y P.A. Carvajales

Departamento de Nutrición y Facultad de Farmacia, Universidad Complutense, Madrid, y Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

Antecedentes y objetivos: La vitamina D tiene un importante papel en el metabolismo óseo, pero también ha sido relacionada, recientemente, con la prevención de cáncer, diabetes, enfermedades infecciosas y cardiovasculares. Por otra parte, algunas investigaciones han planteado una alarma al detectar situaciones carenciales en poblaciones soleadas, en las que no era previsible que surgiera este riesgo, por ello el objetivo del presente estudio fue analizar la situación en relación con esta vitamina en un colectivo de escolares de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Se ha estudiado un colectivo de 102 niños (51 niños y 51 niñas) de 8-13 años. El control de su ingesta de vitamina D se realizó utilizando un registro del consumo de alimentos durante 3 días consecutivos, los alimentos consumidos fueron transformados en energía y nutrientes y los aportes de vitamina D fueron comparados con los recomendados. También se procedió a cuantificar las cifras séricas de 25-OH-colecalciferol (25-OH-D).

Resultados: La ingesta de vitamina D ($2,83 \pm 3,27 \mu\text{g/día}$) fue inferior a la recomendada en el 87,9% de los niños. Por su parte las concentraciones séricas de 25-OH-D ($19,85 \pm 6,37 \text{ ng/ml}$) fueron inferiores a 12 ng/ml (déficit severo) en un 7,8% de los casos e inferiores a 30 ng/ml (déficit moderado) en un 88,2%. Hay una correlación positiva entre ingesta y cifras séricas de la vitamina ($r = 0,199$, $p < 0,05$) que pone de relieve la importancia de la alimentación modulando la situación en vitamina D en los escolares estudiados. De hecho los escolares con ingestas inferiores al 75% de lo recomendado tuvieron cifras séricas inferiores ($19,09 \pm 6,46 \text{ ng/ml}$) a las de escolares con ingesta superior ($23,06 \pm 5,31 \text{ ng/ml}$) ($p < 0,05$).

Conclusiones: La situación en vitamina D es claramente mejorable y corregir la deficiencia (moderada o severa) que afecta a un 96.1% de los niños resulta deseable en la protección de su salud a largo plazo.

Estudio realizado con una ayuda FISS (N.º proyecto PI060318).

P108 **PNEUMOTÓRAX BILATERAL E COLITE ULCEROSA** **16:10**

N. Cordeiro Ferreira, S. Martins, B. Pereira,
N. Paulo, P. Ponce y H. Antunes

Hospital de São Marcos, Braga, y Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Portugal.

As manifestações pulmonares associadas a colite ulcerosa são raras e na recente revisão de manifestações extra-intestinais em artigo do Journal of Paediatric Gastroenterology and Nutrition de 2008 o pneumotórax não estava referido. Tanto quanto é do conhecimento dos autores há apenas relato de um caso de pneumotórax bilateral associado a colite ulcerosa em uma adolescente.

Caso clínico: Adolescente, 15 anos, sexo masculino, residente em Esposende, com diagnóstico de colite ulcerosa há 3 meses internado na Unidade de Adolescentes por agudização da doença. Tinha iniciado tratamento com corticosteróides apenas há 15 días e apresentava mau estado geral, hematoquezia, dor abdominal, anemia, hipoalbuminemia e critérios de inflamación. O controlo da colite só foi obtido com corticóide endovenoso a que foi asociado azatrioprina. Durante o internamento iniciou queixas de dor referida à omoplata e hemitórax esquerdo com diminuição do murmúrio vesicular (MV). Realizou radiografía torácica que evidenciou pneumotórax esquerdo que foi drenado, mas que recidivou 11 días depois, com o adolescente já no domicilio. Foi recolocado dreno esquerdo e reinternado. No internamento reinicia dor torácica, mas à direita, com diminuição do MV e realiza radiografía torácica que mostra pneumotórax bilateral. A Tomografía axial computadorizada (TAC) torácica evidenciou, para além do pneumotórax bilateral, bolhas no parênquima. Colocado dreno torácico, também à direita, tendo sido programada pleuroctomia esquerda com escarificación no Serviço de Cirurgia Cárdiorrácica. A biópsia pleural mostrou áreas de enfisema e bolhas parenquimatosas de tamanhos variados de localização para-septal e subpleural asociadas a alguma fibrose septal. Mantém seguimento em consulta. As manifestações pulmonares da colite ulcerosa são raras e a fibrose pulmonar encontrada na histología do retalho de pleura parietal e de pulmão deste doente já está descrita. Apresentamos este caso clínico de colite ulcerosa severa e pneumotórax bilateral pela dificuldade do manejo desta situação e pela raridade da asociación.

P109 **ANEMIA SEVERA SECUNDARIA A DUODENITIS POR HELICOBACTER PYLORI** **16:15**

M. Lorente Cuadrado, M.P. Talón Moreno,
M.T. Montero Cebrián y L. Martínez Marín

Hospital Dr. Rafael Méndez de Lorca, Murcia, España.

Introducción: La infección por *H. pylori* es la causa más frecuente de gastritis crónica y úlcera gástrica y duodenal en la infancia. Está estrechamente relacionada con las condiciones socioeconómicas. La mayoría de colonizados permanecen asintomáticos y en sintomáticos predomina el dolor abdominal epigástrico con vómitos. Con menos frecuencia aparece anorexia, pirosis, plenitud postprandial y ocasionalmente enteropatía pierde-proteínas, retraso ponderostatural, diarrea crónica y anemia ferropénica persistente.

Caso clínico: Mujer de 9 años, ecuatoriana, con cuadro de un mes de evolución de astenia, pérdida de peso, palidez y decaimiento. A la exploración física destaca: coloración pálida de piel y mu-

cosas y soplo sistólico 1/6. Durante su ingreso se constatan deposiciones pastosas y oscuras. Analítica: Hb 4,8, Hto 17,1%, VCM 50,3, HCM 14,2, CHCM 28,2, Reticulocitos 2,92%. Hierro sérico 12, ácido fólico 6,71. Sangre oculta en heces: positiva. Gammagrafía que descarta enfermedad inflamatoria intestinal y divertículo de Meckel. Se realizan transfusiones de hematíes con normalización de cifras de hemoglobina. En gastroscopia con biopsia presenta duodenitis crónica con áreas de agudización y Test de ureasa rápida fuerte positivo.

Se instaura pauta antibiótica de erradicación de helicobacter. Evolución: El test del aliento control fue negativo y los controles analíticos normales.

Conclusiones: La infección por helicobacter se manifiesta con una amplia variedad de síntomas digestivos y extradigestivos. Poco frecuente es la aparición de duodenitis en niños, que nos obliga a investigar la presencia de este germen. En este caso es llamativa la presentación de la infección como una anemia severa secundaria a duodenitis sin sintomatología digestiva.

P110 **TUMOR ESTROMAL GÁSTRICO: CAUSA MUY POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN EL LACTANTE** **16:20**

I.B. Pomar Ladaría, I. Ros Arnal, E. Calleja Aguayo,
C. Horndler Algarate, J.A. Esteban Ibarz y L. Ros Mar

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Cirugía Pediátrica y Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: Los tumores gástricos constituyen una patología inusual en la infancia. Dentro de estos los tumores gastrointestinales estromales (GIST) son los más frecuentes, que habitualmente se presentan en niñas prepúberes con localización preferentemente gástrica, siendo excepcional su aparición en menores de 1 año.

Material y métodos: Lactante de 6 meses que ingresó en nuestro hospital por presentar deposiciones de aspecto melánico desde hacía 8 días, asociados a fiebre de 2 días de evolución. La exploración física mostró palidez cutáneo-mucosa y afectación del estado general. No existía antecedente de ingesta de fármacos gastrolesivos, Se objetivaron valores de hemoglobina de 3,6 g/dl.

Resultados: La endoscopia digestiva alta, la ecografía abdominal y el angio-TAC abdominal con contraste i.v. mostraban una formación gástrica de 45 × 46 mm no vascularizada, que se intervino quirúrgicamente. El examen anatómo-patológico fue diagnóstico de tumor gastrointestinal estromal (GIST), con tinción positiva para c-kit y vimentina, que no afectaba a extremos quirúrgicos de resección y que presentaba un índice mitótico elevado. El examen genético mostró una mutación en el gen PDGFRA, en ausencia de mutación del gen c-kit. Ha presentado una evolución favorable, clínica y analítica hasta el momento.

Conclusiones: Nuestro caso constituye el único descrito en la literatura de localización gástrica por debajo del año de vida. A diferencia de los GIST de presentación en escolares, los congénitos se localizan con mayor frecuencia en intestino delgado, presentándose clínicamente como un cuadro obstructivo intestinal, no presentan un claro predominio por sexo, frecuentemente presentan tinción negativa para CD 117 y una evolución excelente, lo que hace pensar que pudiese tratarse de una entidad patológica diferente.

P111 **ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: UNA ENTIDAD EMERGENTE** **16:25**

R. Martín Molina, A. Barrio Merino, C. Tomé Nestal,
R. Mata Fernández y M.T. Fernández Soria

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, España.

Antecedentes y objetivos: La esofagitis eosinofílica es una entidad clínico-patológica, caracterizada por síntomas de tracto digestivo superior e infiltrado eosinofílico de la mucosa esofágica. Es crónica, predomina en la edad pediátrica y en el sexo masculino. Su incidencia está aumentando, el conocimiento de las posibles presentaciones clínicas, características endoscópicas e histológicas y pautas de tratamiento, permitirá un correcto manejo diagnóstico y terapéutico.

Métodos: Presentamos los casos de esofagitis eosinofílica diagnosticados en nuestro servicio entre 2004 y 2008. Son 7 pacientes, con edades entre los 23 meses y los 16 años. En todos se realizó endoscopia con toma de muestras de biopsia.

Resultados: El 86% de los casos fueron varones. En pacientes de más edad predominó la disfagia (episodios de atragantamiento, impactación), en niños más pequeños, síntomas menos específicos (rechazo de la alimentación, regurgitación, vómitos, dolor abdominal, fallo de medro o diarrea). En 5 se asoció alergia alimentaria

(71%). En la endoscopia predominaron eritema y fisuración de la mucosa esofágica y en todos los casos el estudio anatomopatológico objetivó esofagitis con más de 15 eosinófilos por HFP. Con tratamiento la evolución ha sido favorable en la mayoría de los casos.

Conclusiones: La esofagitis eosinofílica debe tenerse en cuenta en el diagnóstico de pacientes con síntomas referidos al tracto digestivo superior (sobre todo si no existe respuesta a supresores de ácido). El diagnóstico debe incluir la realización de endoscopia y biopsia. Debe diferenciarse de otras causas de eosinofilia esofágica (RGE). Para ello pueden ser de utilidad la pHmetría y el esofagograma. Continúa en estudio el valor de parámetros analíticos para su diagnóstico y seguimiento. Es recomendable realizar evaluación alergológica. La dieta y los corticoides son los dos pilares terapéuticos fundamentales. Persisten abiertos interrogantes sobre el objetivo del tratamiento y su duración idónea. Enfermedad crónica, su mayor complicación es la disfagia o impactación. Es aconsejable el seguimiento estrecho a largo plazo.



COMUNICACIONES MINI-ORALES

Jueves, 4 de junio (17:00-18:15)

NEUROLOGÍA

Sala 11 (Planta 1)

125

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

17:00

J. González González, M.J. Carbonero de Celis, M.I. Juguera Rodríguez y J. González Hachero

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Objetivos: Revisar la actuación ante los traumatismos craneales en el área de urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Material y métodos: Estudio retrospectivo transversal de los pacientes menores de 14 años, sin patología neurológica previa y que acudieron por traumatismo craneoencefálico (TCE) a la urgencia de nuestro Hospital en el período comprendido entre el 1/10/07 y el 25/03/07. Las variables recogidas fueron edad, sexo, lugar y forma en que se produjo el traumatismo, signos y síntomas acompañantes, pruebas complementarias realizadas y evolución hasta el alta.

Resultados: Se revisaron 300 pacientes de los que el 57% eran varones. El grupo etario más numeroso fue el comprendido entre 1 y 2 años (35%). La causa más frecuente fueron las caídas accidentales (73%) de las que el 42% de éstas fueron desde una altura de 50-100 cm. El síntoma más prevalente fue el vómito (30%). Se realizó radiografía craneal al 80% y TC al 2%. Sólo el 2% de los pacientes presentó fractura o lesión intracraneal (LIC). El 18% permaneció 12-24 h bajo observación hospitalaria por vómitos persistentes o tendencia al sueño tras el TCE. 2 pacientes (0,67%) precisaron ingreso en UCIP por LIC y otros 4 (1,3%) fueron ingresados por fractura craneal no precisando cirugía. Todos los casos evolucionaron favorablemente y sin incidencias.

Comentarios: El grupo más numeroso fue el comprendido entre 1-2 años, debido principalmente a distracciones de los progenitores. Se detectó una alta prevalencia de los vómitos en la muestra estudiada. Se realizaron un excesivo número de radiografías de cráneo tal vez debidas a la presión familiar y a la falta de cumplimiento del protocolo de actuación. Se detectó una baja tasa de LIC al relacionarla con las series publicadas por otros autores.

126

ESCLEROSIS MESIAL TEMPORAL, EPILEPSIA Y AUTISMO

17:07

L. Monge Galindo, R. Pérez Delgado, M. Lafuente Hidalgo, S. Beltrán García, J.L. Peña Segura y F.J. López Pisón

Unidad de Neuropediatría, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: La esclerosis mesial temporal (EMT) se define como una pérdida neuronal y gliosis en el hipocampo y estructuras adyacentes. Se presenta nuestra experiencia de 19 años.

Resultados: Se estableció el diagnóstico de EMT en 16 casos (62,5% varones). El 87,5% controlado a partir de 2002. Como posible etiología, en 3 casos se sospecha patología vascular cerebral prenatal y en otros 3 infección prenatal por citomegalovirus, confirmando en uno de ellos mediante la realización de PCR (Polymerase Chain Reaction) con sangre de la prueba del talón. Distribución del espectro clínico: Cinco pacientes con epilepsia clínica aislada, 1 retraso psicomotor o retraso mental (RPM-RM) aislado, 1 trastorno del espectro autista (TEA) aislado, 4 epilepsia asociada a RPM-RM, 1 epilepsia asociada a TEA, 2 casos RPM-RM y TEA, y la triada epilepsia junto a RPM-RM y TEA en 1. En otro caso la única manifestación fueron migrañas. En seis se han podido controlar las crisis en monoterapia con valproato. Tres casos han precisado politerapia y en uno de ellos cirugía.

Discusión: El diagnóstico definitivo de EMT es anatomopatológico, pero las nuevas técnicas de neuroimagen han permitido una aproximación diagnóstica muy fiable. Puede asociar otros trastornos malformativos como displasia cortical focal o quistes.

EMT puede observarse en la epilepsia, pero también en TEA, RPM-RM o en pacientes asintomáticos. El desequilibrio en la neurotransmisión GABA-glutamato parece ser el nexo de unión que explicaría tanto el mecanismo de creación de la lesión, como el espectro clínico que da lugar.

127

NEURITIS ÓPTICA EN NIÑOS. REVISIÓN DE CASOS

17:14

V. Botella López, M. Navarro Martínez, J. Perona Hernández, J. Caturla Martínez-Moratalla y F.A. Gómez Gosálvez

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

Introducción: La neuritis óptica consiste en la inflamación o desmielinización del nervio óptico, generalmente bilateral y con papi-

ledema, precedida de una infección vírica. Su presentación habitual es la pérdida brusca de la agudeza visual. Es una patología poco frecuente en pediatría y la verdadera incidencia se desconoce. En la actualidad existe escasa bibliografía respecto a las características clínicas de ésta en niños.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas más frecuentes y los hallazgos en exploraciones complementarias de la neuritis óptica en niños.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye niños de edades comprendidas entre los 4 y 15 años ingresados por disminución aguda de la agudeza visual, seleccionando de éstos a los que fueron diagnosticados de neuritis óptica entre los años 2000-2009 en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante.

Resultados: De los 8 pacientes con pérdida de visión sólo 4 fueron diagnosticados de neuritis óptica y por lo tanto incluidos en nuestro trabajo. La edad media fue de 9 años. El 75% fueron mujeres. Sólo uno de los casos refería infección vírica previa. La forma de presentación más frecuente fue la disminución de la agudeza visual bilateral acompañada de cefalea (75%). Otros síntomas menos frecuentes fueron fopsias (50%) y dolor ocular (25%). El fondo de ojo mostraba edema de papila en 3 de los 4 casos. En técnicas de neuroimagen (TAC y RMN) sólo se encontraron alteraciones en un caso (lesiones desmielinizantes en ambos nervios ópticos y en cerebelo). El tratamiento administrado fue metilprednisolona iv en la fase aguda seguida de corticoides orales. La evolución fue hacia la resolución completa en el 75% de los casos.

Conclusión: La neuritis óptica en niños es más frecuente en mujeres, con afectación bilateral, acompañada de papiledema y tiene un pronóstico excelente, con recuperación completa a los 12 meses. Es necesario un seguimiento por la posibilidad de tratarse de la primera manifestación de una esclerosis múltiple. Hasta ahora el tratamiento indicado son los corticoides.

128 17:21 LISENCEFALIA TIPO I (SÍNDROME DE MILLER DIEKER): VALORACIÓN DE TRES PACIENTES

M.L. Bertholt, M.I. Montes Ciudad, C. Flores Rodríguez,
I. de las Cuevas Teran, R. Arteaga Manjón-Cabeza
y J.L. Herranz Fernández

Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.

Introducción: El síndrome de Miller Dieker es una rara alteración genética (incidencia 11,7/millón de recién nacidos vivos) debida a la delección del brazo corto del cromosoma 17, que incluye al gen LIS1 y otros loci contiguos. Su expresión anatómica es la lisencefalia (ausencia de surcos cerebrales por migración neuronal anómala). Las manifestaciones clínicas más características son: rasgos dismór-

ficos, malformaciones asociadas, retraso madurativo grave (raramente alcanzan la sedestación) y epilepsia.

Métodos: Se analizan las historias de 3 niños.

Resultados: v. tabla.

Comentarios: Al igual que en la escasa bibliografía publicada, todos nuestros niños presentaron un inicio muy precoz. Del mismo modo, la mayoría comenzó con síndrome de West, que evolucionó a epilepsia multifocal rebelde en todos los casos. El diagnóstico ecográfico prenatal es muy dificultoso, pero el diagnóstico genético en concepciones posteriores es posible y debe ofrecerse a los padres. Todos nuestros pacientes son varones y presentaron retraso psicomotor grave.

129 17:28 CONVULSIONES SINTOMÁTICAS AGUDAS POR ROTAVIRUS

O. Arias Blasco, A. García Ron, E. Gómez Santos,
M.T. Ferrer Castillo, C. González Fuentes y J. Sierra Rodríguez

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: La gastroenteritis aguda (GEA) por Rotavirus se manifiesta con vómitos, diarrea y fiebre. La aparición de crisis sin alteración metabólica en una GEA son crisis epilépticas ocasionales sintomáticas al rotavirus. También se han descrito otras alteraciones neurológicas: meningitis aséptica, encefalitis, síndrome de Reye y miositis.

Material y método: Se han estudiado 6 niños prospectivamente durante 1991-2006 teniendo en cuenta: período estacional, edad, día de inicio de la GEA, día que aparece la convulsión, temperatura, tipo de crisis, intervalo entre crisis y duración total de la GEA. A los niños se les realizó hemograma, bioquímica completa, transaminasas, amoniemia, líquido cefalorraquídeo, neuroimagen (TAC o RMN) y coprocultivo. Se excluyeron a todos los casos con GEA y convulsión que presentaban alteraciones bioquímicas.

Resultados: De los 6 niños, 2 presentaron diarrea en período estival y 4 en invierno, la edad media de 23 meses. En los antecedentes familiares de epilepsia uno con familiar de primer grado y otro de segundo grado. Todos los casos la convulsión fue precedida de GEA entre 4 días y 12 horas. 4 de ellos sin fiebre y 2 con febrícula (37,8°C). Las crisis fueron en 4 casos generalizadas (3 clónicas y 1 tónica) y 2 parciales versivas de ojos y cabeza con generalización secundaria, todas ellas de corta duración de 3 a 5 minutos. Cedieron a diazepam en enema. En todos los casos se repitieron en 2-4 ocasiones (en cluster) en un intervalo mínimo de 15 minutos y en un caso a los 3 días, persistiendo la GEA en 5 casos de 1-3 días y en un caso no presentó más diarrea. Las pruebas complementarias fueron normales salvo positividad del Rotavirus en heces. Tras 4 años de seguimiento desarrollo psicomotor normal y sin crisis.

Conclusiones: Típica enfermedad de invierno, dos en período estival. La patogenia no está bien aclarada. Diagnóstico diferencial

	Paciente 1 varón	Paciente 2 varón	Paciente 3 varón
Edad al diagnóstico	5 meses	4 meses	48 horas
Presentación clínica	Retraso psicomotor	Retraso psicomotor	Hipotonía, incoordinación succión-deglución
Genética	Delección cromosoma 17p13.3	Delección cromosoma 17p13.3	Delección cromosoma 17p13.3
Genética padres	Normal	Normal	Normal
Edad de inicio de crisis	4 meses	8 meses	4,5 meses
Tipo de crisis inicial	Espasmos (S. de West)	Espasmos (S. de West)	Tónico-clónica generalizada
Evolución	Epilepsia multifocal rebelde	Epilepsia multifocal rebelde	Epilepsia multifocal rebelde
Edad actual	4 años 9 meses	4 años	5 meses
Situación actual	Retraso psicomotor grave. Microcefalia	Retraso psicomotor grave. Microcefalia	Retraso psicomotor grave. Microcefalia

con convulsiones febriles y convulsiones familiares benignas del lactante. Buenos resultados con diazepam rectal. No profilaxis con buena evolución.

130 17:35 SEUDOTUMOR CEREBRI EN EDAD PEDIÁTRICA

M.D. Madrid Castillo, M. Hernández Pérez, C. Felici, B. Croche Santander y M. Madruga Garrido

Servicio de Neurología Infantil, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Antecedentes y objetivos: El seudotumor cerebral (PC) es infrecuente en la infancia y tiene características clínicas y etiológicas diferentes al adulto. Su diagnóstico requiere descartar otras etiologías de HTIC. Presentamos un estudio observacional retrospectivo de 13 niños con seudotumor cerebral.

Métodos: Se han revisado retrospectivamente las historias clínicas de niños diagnosticados de PC en hospital terciario durante un período de 5 años analizando historia clínica, exploración física, LCR, estudio oftalmológico (fondo de ojo y campimetría) y neuroimagen.

Resultados: El diagnóstico de PC fue confirmado en 13 niños (10 niños y 3 niñas) con edades comprendidas entre 3 y 14 años. Se dividieron en dos grupos de edad, GI prepúber 8 (0-11 años), GII pospuberal 5 (12-15 años). Se revisaron 3 historias más de niños con sospecha de PC que resultaron ser dos trombosis de senos venosos y una drusa de nervio óptico. 8 de nuestros pacientes presentaban factores predisponentes, 5 del GII, siendo el más frecuente la obesidad. La presentación clínica incluía como síntoma más habitual en ambos grupos la cefalea, acompañada en muchos casos de alteraciones visuales como parálisis del VI par o visión borrosa. Un paciente presentó parálisis facial. El papiledema estuvo presente en todos los casos. Se trató médicamente a 12 de los 13 niños con acetazolamida y/o esteroides. Un paciente no precisó reanimación y sólo uno requirió derivación lumboperitoneal presión intracraneal elevada mantenida pese a tratamiento médico. La evolución fue favorable en todos ellos, y a pesar de la recidiva en 5 de ellos, 3 del GII, no hubo secuelas visuales importantes.

Conclusiones: Existe una clara relación entre factores predisponentes y PC. Ante un cuadro de HTIC hay que descartar patologías graves de clínica similar al PC. Es necesario estudio prospectivo en niños para establecer las indicaciones del tratamiento efectivo que evite o reduzca complicaciones oculares severas.

131 17:42 ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA. UNA ENTIDAD CON DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

S.V. Talón Bañón, T. Aracil Pedro, I. Sanz Ruiz, J. Marín Serra, J.R. Bretón Martínez y C. Poyatos Ruipérez

Servicio de Pediatría y Servicio de Radiología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España.

Introducción: La encefalomyelitis aguda diseminada (EMAD) es una enfermedad desmielinizante del SNC, habitualmente monofásica que plantea el diagnóstico diferencial con la esclerosis múltiple (EM).

Objetivos: Presentar un caso de EMAD y explicar las características clínicas y las pruebas complementarias que nos llevaron a su diagnóstico. Fundamento: la importancia de realizar un diagnóstico diferencial precoz entre EMAD y EM.

Caso clínico: Escolar mujer de 11 años traída a Urgencias por cuadro de somnolencia, palidez y sudoración de 12 horas de evolución. Asocia nistagmus vertical, diplopía, ageusia, cefalea holocraneal frontal y vómitos sin fiebre. Se solicitan análisis de sangre, tóxicos en orina, fondo de ojo, pruebas de imagen (TAC y RM), pun-

ción lumbar y electroencefalograma (EEG). Estudio tóxico-metabólico normal. Hemograma: discreta leucocitosis con neutrofilia. Pruebas de imagen normales. EEG: status eléctrico. Se diagnostica de status epiléptico no convulsivo y se inicia tratamiento anticonvulsivo con ácido valproico, asociando posteriormente levetiracetam. Mejoría de la clínica neurológica y alta a los 7 días con exploración neurológica normal. Presenta nuevo episodio de somnolencia 12 días después, con ataxia, dolor ocular y vómitos tras la toma de medicación sin fiebre. Se solicita nueva RM donde destaca la aparición de 3 lesiones desmielinizantes asimétricas en RM y potenciales evocados visuales con afectación bilateral de la vía óptica. Se diagnostica de EMAD y se asocia al tratamiento corticoides con buena evolución. El estudio de bandas oligoclonales en LCR es negativo. Actualmente asintomática sin haber presentado nuevos brotes.

Conclusiones: Destaca la aparición diferida de las lesiones en la RM entre el primer y segundo ingreso. La existencia de lesiones desmielinizantes plantea el diagnóstico diferencial entre EMAD y EM. La distribución de las lesiones con áreas de afectación múltiple y la naturaleza polisintomática con deterioro del estado general y cuadro encefalopático sugieren el diagnóstico de EMDA.

132 17:49 NEURORRETINITIS POR *BARTONELLA HENSELAE*: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Lavilla Oiz, V. Jiménez Serrano, N. Lecumberri García, A. Ayeche Díaz, M.E. Yoldi Petri y T. Durá Travé

Servicio de Pediatría, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España.

Introducción: El 80% de las infecciones por *Bartonella henselae*, causa principal de la enfermedad por arañazo de gato (EAG), ocurren en niños. La EAG es la patología infecciosa más frecuentemente asociada a neurorretinitis. La neurorretinitis por *Bartonella henselae* se caracteriza por una pérdida de visión brusca unilateral con neuropatía óptica y exudados retinianos (estrella macular) tras pródromos de enfermedad febril e historia de contacto reciente con gatos o sus pulgas. La mayoría de pacientes recuperan una agudeza visual normal varios meses después de la exposición inicial.

Caso clínico: Paciente de 13 años que consulta por visión borrosa continua, dolor con los movimientos oculares y fotopsias en ojo izquierdo (OI) de instauración brusca y una semana de evolución. Síntomas catarrales concomitantes y fiebre las 48 horas previas. Sin otra sintomatología acompañante. Refiere contacto con gatos. Antecedente de estrabismo y astigmatismo y asma alérgico. Hermana menor con epilepsia focal idiopática. **Exploración física:** Disminución de la agudeza visual y edema de papila en fondo de OI, resto normal. **Pruebas complementarias:** Análisis de sangre: leucocitosis con neutrofilia y elevación de VSG. Se solicitan serologías infecciosas. RM: sin alteraciones. Punción Lumbar: presión de salida LCR normal, ausencia bandas monoclonales, citología negativa. Potenciales evocados OI: respuestas con latencia aumentada y amplitud disminuida. Campimetría OI: escotoma central. Retinografía OI: borramiento nervio óptico con hiperemia y edema circundante, estrella macular y desprendimiento del neuroepitelio. Evolución: ante la sospecha clínica de neurorretinitis por *Bartonella* se inicia tratamiento antibiótico con rifampicina y doxiciclina, además de corticoide oral. Durante el ingreso se recibe serología positiva para *Bartonella henselae* mediante técnica IFI que confirma el diagnóstico de sospecha. Resto de serologías infecciosas son negativas. Presenta evolución favorable con recuperación de la agudeza visual completa y normalización progresiva de la campimetría y la retinografía a las 8 semanas de iniciado el cuadro.

Comentario: Ante un niño con pérdida brusca de visión, papiledema y estrella macular, particularmente con antecedente de contacto con gatos, se debería considerar el diagnóstico de neurorretinitis por *Bartonella henselae*. Se desconoce el tratamiento óptimo

de esta entidad, sin haberse demostrado que la antibioterapia modifique su curso, pero se recomienda su uso cuando existen síntomas oculares.

133 17:56 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE NO VERBAL (TANV): TRATAMIENTO

M. Ramírez Arenas, J. Vaquerizo Madrid, A. García Rodríguez y R. Valverde Palomares

Servicio de Neuropediatría, Complejo Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España.

Introducción: Los TANV son un grupo poco conocido de dificultades del desarrollo, que afectan al hemisferio cerebral derecho. Se manifiesta según tres déficits: control motor, organización visual-espacial y competencias sociales. Son poco reconocidos en pediatría y por los equipos docentes, retrasándose el diagnóstico y el tratamiento, tanto psico-educativo como farmacológico.

Material y métodos: Se presentó la semiología propia del TANV y una propuesta personal de clasificación fenotípica a partir de una experiencia piloto en 2008 en una Consulta de Dificultades del Aprendizaje No Verbal (CDANV); se analizó una muestra de escolares atendidos en esta. Se concluyó un predominio del tratamiento farmacológico con metilfenidato de liberación lenta (MFD L) en el 77%, atomoxetina (ATX) en el 9%, y en una ocasión metilfenidato de liberación rápida (MFD R).

Resultados: Presentamos los datos iniciales del análisis de nuestra experiencia con TANV (62 pacientes hasta la fecha): 54% están con MFD L y 28% con MFD R, de ellos el 8% tiene tratamiento concomitante con ATX, un 4,2% tiene ATX aislada y un 0,84% otros fármacos. En el 23% se retiró el MFD por efectos secundarios (los más frecuentes alteraciones del sueño y molestias abdominales). La mayoría evolucionan bien con MFD. Un 7,2% presenta un efecto paradójico, con aumento de la distrabilidad por hiperfocalización.

Conclusiones: El MFD es bien tolerado, aunque las dosis son inferiores a las manejadas en TDAH, con eficacia similar. Los inventarios habituales (ADHD RS-IV, Listado DSM-IV) identifican la distrabilidad, pero no discriminan si se debe a déficit de atención o a mala canalización sin déficit. El aumento paradójico de la distracción con MFD se ha observado como un rasgo característico de esto último, y un signo útil para sospechar TANV en ausencia de impulsividad. La ATX ha resultado útil en el fenotipo DAMP, sin conclusiones definitivas debido al tamaño de la muestra.

134 18:03 OTITIS MEDIA AGUDA, ¿UNA PATOLOGÍA SIEMPRE BANAL? COMPLICACIONES INTRACRANEALES DE LA OTITIS MEDIA AGUDA

I. Ruiz del Olmo Izuzquina, R. Romero Gil, A. De Arriba Muñoz, N.D. Royo Pérez, F.J. López Pison y J.L. Peña Segura

Unidad de Neuropediatría, Hospital Materno Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: Presentamos tres casos clínicos de otitis media aguda (OMA) con diferentes complicaciones intracraniales.

Casos clínicos. Caso 1: varón de 5 años, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral por OMA la semana anterior, que presenta vómitos, somnolencia e inestabilidad progresivas, precisando ingreso en UCI. La TC y RM muestran trombosis de senos venosos (TSV) y ocupación de celdas mastoideas. El estudio de hipercoagulabilidad demuestra dos mutaciones: G(20210)A del factor II y C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) en heterocigosis. Ha recibido tratamientos antibiótico, anticoagulante y antiagregante, con recuperación total clínica y de neuroimagen. **Caso 2:** varón de 12 años diagnosticado de OMA y en tra-

tamiento con amoxicilina-clavulánico oral 15 días antes, que comienza con fiebre, cefalea intensa, disartria y parálisis facial derecha. La TC refleja ocupación celdas mastoideas izquierdas y múltiples abscesos temporales izquierdos. Precisa ingreso en UCI, drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico intravenoso. Posteriormente, ha presentado epilepsia. **Caso 3:** varón de 7 años, siete días antes diagnosticado de OMA, consulta por afasia y disartria de pocos minutos de duración. En Urgencias la exploración física es normal. El TC urgente muestra empiema subdural frontal izquierdo y ocupación de celdas mastoideas. Durante el ingreso presenta papiledema bilateral. Tras tratamiento antibiótico intravenoso presenta recuperación completa con desaparición total de la lesión, sin haber precisado drenaje.

Conclusiones: Es necesario el diagnóstico precoz de las complicaciones intracraniales secundarias a la OMA, donde la TC urgente tiene un papel fundamental, para instaurar un tratamiento efectivo que evite la alta morbimortalidad que pueden presentar estos pacientes.

135 18:10 DISTONÍA MIOCLÓNICA: UNA DISCINESIA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

A. Amado Puentes, M.Ó. Blanco Barca, M. Cobelas Cobelas, J.A. Calviño Castañón y J. Antelo Cortizas

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: La distonía mioclónica es un trastorno caracterizado por contracciones musculares involuntarias sostenidas (continuas con un patrón repetitivo) que generan torsión o adquisición de posturas anormales; unidas a espasmos musculares involuntarios arrítmicos con origen en el SNC. Existen dos formas: una esporádica, y otra hereditaria con herencia autosómica dominante, con una característica buena respuesta al alcohol. Es típica la distonía de cuello y hombros, y las mioclonías en músculos distales desencadenadas por diferentes estímulos. La principal mutación identificada es la que afecta al sarcoglicano épsilon (SGCE). Se presenta un caso de distonía mioclónica familiar.

Caso clínico: Paciente de 14 años con historia familiar de distonía mioclónica (padre y tres tíos paternos). Presentó un desarrollo psicomotor normal con problemas en el rendimiento escolar. Desarrolla un cuadro clínico caracterizado por actividad mioclónica con el movimiento intencional, teniendo que adoptar una postura rígida para tratar de evitar la sacudida. No manifestaciones a nivel de tren inferior. Pendiente de estudio genético del gen SGCE.

Discusión: La distonía mioclónica es una entidad de difícil diagnóstico debido a su frecuente confusión con otras disquinesias, llegando a representar tan sólo el 3% de todos los síndromes distónicos en algunas series. La positividad del estudio genético para el gen SGCE tiene implicaciones pronósticas, ya que implica una aparición más precoz de la clínica, junto con una sintomatología más severa.

136 18:17 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS CEFALÉAS VISTAS EN UNA CONSULTA DE NEUROPEDIATRÍA

J.S. Poveda González, P. Aguilera López, F.J. Aguirre Rodríguez, E. Cobos Carrascosa y M.I. Rodríguez Lucenilla

Hospital Torrecárdenas del SAS, Almería, España.

Objetivo: Conocer las características clínico-epidemiológicas de las cefaleas diagnosticadas en la Consulta de Neuropediatría del CH Torrecárdenas mediante un estudio descriptivo.

Material y métodos: Diseño retrospectivo, se revisaron todas las historias clínicas de la consulta comprendidas entre 2004-2008.

Resultados: 260 historias con diagnóstico de cefalea en niños con edad ≤ 14 años, 114 fueron migrañas y 65 cefaleas de tensión:

	Migraña	Cefalea de tensión
Sexo varón	60,5%	47,7%
Edad media en años	9,89 (DE: 2,45)	9,68 (DE: 2,21)
Antecedentes familiares	78,9%	73,8%
Expl. física normal	100%	100%
Fondo ojo normal	96,5%	100%
Tiempo evolución		
< 12 meses	45,5%	59,4%
< 2 episodios/mes	59%	36,5%
Localización bilateral	63,3%	76,3%
Dolor pulsátil	69,6%	54,2%
Interrumpe actividad	96,4%	42,2%
Se agrava con actividad	67,6%	33,3%
Náuseas/vómitos	72,1%	18,5%
Fono/fotofobia	86,4%	44,4%
Aura	31%, Visual: 65,7%	—
Prueba neuroimagen	26,3%, N:100%	33,8%, N:100%
Indicación neuroimagen	Ansiedad familiar: 27%	Rápido ↑ frecuencia: 30%
Tratamiento profiláctico	15%. Flunarizina 90%	Ninguno

Conclusiones: 1) El rendimiento de las pruebas de neuroimagen en los pacientes con cefalea y exploración física normal fue del 0%. 2) Sólo el 15% de los pacientes con migraña precisaron tratamiento profiláctico.

137 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

18:24

E. Torres Cobo, J. Martínez Antón y R. Calvo Medina

Servicio de Neurología Infantil, Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España.

Introducción: Las polineuropatías agudas inflamatorias o síndrome de Guillain-Barré constituyen una patología poco frecuente en la infancia, con clínica parecida, pero con algunas diferencias que afectan a la evolución en función del grado de los nervios afectados.

Método: Estudio retrospectivo de revisión de los niños ingresados en nuestro hospital en los últimos 10 años con diagnóstico de polineuropatía aguda o síndrome de Guillain-Barré. Se excluyen los niños diagnosticados y seguidos en consulta sin ingreso. Entre las características que se analizaron destacan: sexo y edad de debut de los síntomas; edad de recuperación completa con/sin secuelas; antecedente o no de infección previa, tipo de afectación predominante: sensitivo, motora o global; predominio de afectación de extremidades superiores o inferiores así como el carácter de la progresión; carácter simétrico o no de la afectación, relación con el patrón ENG: axonal, desmielinizante o mixta; patrón de EMG. También se evaluó la presencia de afectación de pares craneales y de síntomas vegetativos.

Resultados: De los 17 niños ingresados el 59% correspondían a varones, con una edad media de presentación de 5,2 años, siendo la media en niñas de 4,3. En el 72,7% se evidenció un antecedente

de infección, con clínica de gastroenteritis en el 22% y de infección de vías altas en el resto. De los virus aislados en serologías el virus de Herpes simple tipo 6 fue el predominante, seguido de Epstein Barr. Se encontró afectación de pares craneales, sobre todo del facial, en un tercio de los casos y sólo en un 12% afectación vegetativa. En cuanto al tipo, 8 fueron diagnosticados de polineuropatía de predominio desmielinizante (forma clásica de Guillain-Barré), 3 fueron diagnosticados de polineuropatía con características desmielinizante y axonal (mixta), 3 de neuropatía axonal motora pura (AMAN), 2 de neuropatía axonal motor y sensitiva (AMSAN) y uno con mala evolución que pasó de una forma desmielinizante inicial a una tipo mixta. El tiempo medio de recuperación completa fue de 4 meses en las formas desmielinizantes y mayor en el resto, el cual además presentó más frecuencia de secuelas.

GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA Sala 14 (Planta 1)

138 17:00 LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA. DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE DE ENTEROPATÍA PIERDE-PROTEÍNAS

Z. Lobato Salinas, O. Segarra Cantón, J. Sitjes Costas,
P.J. Vilar Escrigas, N. Torán Fuentes y S. Nevot Falcó

Red asistencial de Manresa, Althaia, Hospital Sant Joan de Déu, Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona, y Sant Joan de Déu Clínic, Esplugues de Llobregat, España.

Introducción: La linfangiectasia intestinal primaria (LIP) es una causa inusual de enteropatía pierde-proteínas, caracterizada por una linfopatía intestinal congénita con dilatación de los vasos linfáticos y paso de quilo hacia la luz intestinal. Presentamos dos casos clínicos de LIP con diferente espectro clínico y edad de debut.

Casos clínicos: *Caso 1:* Niño con debut a los 2 años con edemas, oliguria, astenia, anorexia y heces blandas. Antecedentes de linfedema congénito y meningitis neumocócica a los 6 meses de edad. Exploración física: Edemas generalizados, ascitis y linfedema en extremidades superiores. Analítica: Proteínas totales 2,9 g/dl, albúmina 2,2 g/dl, linfopenia, IgG 92 mg/dl, LT CD4 10%. Alfa-1-antitripsina en heces: 5,2 mg/g. TC abdominal: edema mesentérico difuso por obstrucción linfática. Fibroendoscopia gastroduodenal (FEGD) e histología diagnósticas de LIP. Tratamiento: sustitutivo con seroalbúmina y gammaglobulinas, dieta hiperproteica e hipograsa (enriquecida con aceite MCT). Actualmente a los 10 años, sin infecciones graves, mantiene un patrón bioquímico de pérdida linfática con hipogammaglobulinemia. *Caso 2:* Niña con debut a los 6 años en forma de edema bpalpebral, deposiciones dispépticas y epigastralgia de meses de evolución. Antecedentes de varicela y herpes zoster. Analítica: proteínas totales 2,5 g/dl, albúmina 1 g/dl, linfopenia, IgG < 160, LT CD4 12%, con inversión CD4/CD8. Alfa-1-antitripsina en heces: 2,48 mg/g. Estudio serológico negativo salvo VVZ. TC abdominal: múltiples adenopatías retroperitoneales de pequeño tamaño. FEGD: compatible con LI. AP: mínima dilatación de vasos linfáticos. Tratamiento: sustitutivo y dietético asociado a profilaxis frente a *P. jirovecii*. Videocápsula endoscópica (3 meses después de iniciado el tratamiento): normal. Se orienta como LI secundaria a VVZ y se reintroduce dieta normal progresiva. Pero a los pocos meses presenta empeoramiento clínico y analítico. Una nueva FEGD con imágenes sugestivas e histología compatible confirma el diagnóstico de LIP. Evolución posterior satisfactoria sólo con dieta.

Comentarios: El diagnóstico de LIP es dificultoso cuando no se visualizan las dilataciones linfáticas intestinales. A pesar de la inmunodeficiencia secundaria infecciones graves son poco comunes. Su tratamiento dietético permite el control clínico, con un correcto desarrollo, aunque persistan sus alteraciones analíticas.

139

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN NIÑOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS

J.M. Rizo Pascual, R. Buenache Espartosa, M.C. Miranda Cid, B. de la Hoz Caballer y C. Camarero Salces

Servicio de Pediatría y Alergia, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, y Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España.

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria del esófago caracterizada por una densa infiltración de eosinófilos. Desde su descripción en 1978 se ha comunicado con progresiva frecuencia en niños y adultos.

Objetivos: Definir las características demográficas, clínicas e histopatológicas así como las intervenciones terapéuticas realizadas en niños con EEO.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de 17 pacientes diagnosticados de EEO (biopsias de esófago con 20 o más eosinófilos por campo de gran aumento) en un periodo de 7 años.

Resultados: 82,3% son varones de edades 3 a 13 años (media, 3,79). Quince (88,2%) son atópicos, siendo el asma y la dermatitis atópica las entidades más frecuentes. En 15 pacientes se ha diagnosticado alergia alimentaria, 6 de los cuales habían sido identificados antes del diagnóstico de EEO. Dos de los pacientes son primos. Se encontró una asociación con la enfermedad celíaca en 5 (29,4%) de los pacientes, gastritis crónica en 4 (23,5%, 2 asociada a *H. pylori*) y RGE en 2 (11,7%). Los síntomas más frecuentes son atragantamiento y vómitos, con un retraso medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de 25 meses. Hallazgos endoscópicos: (media, 3 endoscopias/paciente): placas blancas 13 (76%) y surcos lineales 5 (29%), esófago corrugado 4 (23,5%), estenosis 2 (12%), 3 fueron normales. No se observó eosinofilia tisular en las biopsias gástricas y duodenales obtenidas en todos los pacientes. Tratamiento: 7 pacientes recibieron budesonida deglutida y 16 dieta de evitación según el estudio alergológico realizado. Un paciente con falta de respuesta a la dieta de evitación y otro en el que no se identificó ningún alimento en el estudio alérgico recibieron dieta elemental con desaparición de la EEO. Sucesivas provocaciones permitieron identificar el alimento implicado.

Conclusiones: 1. La EEO está fuertemente relacionada con la atopía. 2. La implicación de alérgenos alimentarios no debe descartarse aunque los estudios de laboratorio sean negativos. 3. No hemos observado eosinofilia tisular en estómago ni duodeno. 4. La frecuencia de E. celíaca observada sugiere una posible asociación entre ambas entidades.

140

LINFANGIOMATOSIS ABDOMINAL DISEMINADA ASOCIADA A SÍNDROME PIERDE-PROTEÍNAS

C. Baltasar Navas, A. Aldemira Liz, P. Olbrich, M.S. Camacho Lovillo y P. Solano Páez

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: La linfangiomatosis es la presencia de múltiples linfangiomas, tumores vasculares caracterizados por la proliferación anormal de vasos linfáticos, tratándose de una entidad muy

poco frecuente. Histológicamente son lesiones benignas, y no precisan tratamiento, pero en casos sintomáticos pueden ser necesarias acciones terapéuticas.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 12 años con un cuadro clínico de edemas periféricos, asociado a síndrome pierde-proteínas. La paciente ingresa por edemas progresivos en miembros inferiores de dos semanas de evolución sin otros síntomas acompañantes. El proteinograma reveló hipoproteïnemia, con hipalbuminemia e hipogammaglobulinemia policlonal. Descartamos causa renal, hallando en la ecografía abdominal múltiples imágenes quísticas de pequeño tamaño en cabeza de páncreas. Se realiza resonancia magnética tóraco-abdominal en la que se detecta una lesión quística paracardial junto con una estructura multiquística que infiltra cabeza de páncreas, se extiende hacia mesenterio y comprime extrínsecamente la vena cava inferior, todo ello compatible con una linfangiomatosis diseminada. La detección de alfa1-antitripsina elevada en heces apoyó el diagnóstico de enteropatía pierde-proteínas. Destacan los hallazgos endoscópicos, con ingurgitación de la mucosa duodenal y presencia de dilataciones linfáticas, con salida de linfa a la luz intestinal tras toma de biopsia. Con el diagnóstico de linfangiomatosis abdominal y síndrome de malabsorción proteica, se inicia tratamiento con dieta libre de grasas, complementada con triglicéridos de cadena media, suplementos hipercalóricos y medidas físicas con medias de compresión y masajes para favorecer el drenaje linfático. Con estas medidas, la evolución clínica es favorable y el control por imagen demuestra estabilización de las lesiones. Esta paciente supone un reto en cuanto a tratamiento. Dada la extensión y localización de su enfermedad, el abordaje quirúrgico es incompatible, y el tratamiento de segunda línea con interferón-alfa se reserva para una posible evolución desfavorable.

141

UNA CAUSA DE FALLO INTESTINAL PROLONGADO

Y. López Fernández, G. López Santamaría, I. Sáez de Ugarte Sobrón, J. López Bayón, J. Gil Antón e I.X. Irastorza Terradillos

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Sección de Gastroenterología, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

Antecedentes y objetivos: La incapacidad prolongada para absorber de forma adecuada los nutrientes se conoce como fallo intestinal y supone la dependencia de nutrición parenteral además de un posible trasplante intestinal. Presentamos un paciente con fallo intestinal cuya causa fue la rara entidad conocida como displasia epitelial intestinal ("tufting enteropathy").

Métodos: Lactante de un mes de vida remitido con un cuadro de vómitos y diarrea profusa desde los primeros días de vida. Como antecedentes destaca que sus padres, de origen marroquí, son consanguíneos y sus dos hermanos han fallecido.

Resultados: Las pruebas complementarias realizadas inicialmente no confirmaron ninguna etiología conocida. Se realizaron cinco biopsias duodenales en las que se objetivaba atrofia parcial de las vellosidades, descartándose por microscopia electrónica la existencia de alteraciones de las microvellosidades y objetivándose anticuerpos antienterocito positivos. Ante la persistencia de escasa ganancia ponderal ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y se inició Nutrición Parenteral (NP) que se mantuvo durante todo el ingreso (2 años y 3 meses). Al presentar anticuerpos antienterocito positivos fue diagnosticado a los 7 meses de vida de enteropatía autoinmune iniciando tratamiento inmunosupresor (incluido pulso de corticoides e infliximab) y negativizándose dichos anticuerpos, pese a lo cual persistió la diarrea en forma grave. Ante la escasa mejoría se suspendió el tratamiento farmacológico y se realizó nueva biopsia duodenal a los 30 meses de vida donde los

17:07

17:21

17:14

hallazgos histopatológicos fueron compatibles con displasia epitelial intestinal.

Conclusiones: La displasia epitelial intestinal es una causa de fallo intestinal irreversible. El mayor desafío que se plantea es el rápido reconocimiento de la enfermedad, con una adecuada aproximación diagnóstica así como el manejo nutricional. El diagnóstico se realiza mediante biopsia requiriendo en ocasiones múltiples muestras debido a que durante la primera infancia es difícil observar las alteraciones típicas (penachos). La base del tratamiento es el soporte nutricional y calórico mediante NP.

142 17:28 HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO 2. DEBUT COMO FALLO HEPÁTICO FULMINANTE. “LUCES Y SOMBRAS”

L. Server Salvà, E. Roper Ramos, J. Ortega López,
J. Quintero Bernabeu, M. Viñas Viña y J. Roqueta Mas

*Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos,
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.*

Caso clínico: Niña de 12 años, con antecedente previo de gastroenteritis, que debuta con un cuadro de fallo hepático fulminante agudo. Se realiza biopsia hepática compatible con hepatitis crónica y autoanticuerpos anti-LC1 positivos en sangre diagnosticándose de Hepatitis Autoinmune tipo 2. Se inicia tratamiento inmunomodulador agresivo con metilprednisolona a dosis altas, tacrolimus y tratamiento de descontaminación intestinal. Con un Score MELD > 30, un ICG-PDR < 5% que indica irreversibilidad pero Factor V de > 45% y Score pronóstico de King's que indica reversibilidad se decide inclusión en lista de trasplante hepático preferente. Evolución: se mantiene tratamiento inmunomodulador con metilprednisolona a dosis mínimas y azatioprina, obteniendo una disminución del score MELD de 20-25, sin encefalopatía pero con PDR mantenido < 5%. Recibe profilaxis con cotrimoxazol y descontaminación intestinal con nistatina y neomicina orales. Al mes y medio inicia síndrome febricular y presenta cuadro de disminución de conciencia con episodio convulsivo. El TAC cerebral muestra imágenes sugerentes de infección fúngica y el TAC pulmonar lesión sugerente de aspergiloma. Se realizan niveles de galactomanano en sangre que son positivos y con el diagnóstico de Aspergilosis invasiva se inicia tratamiento con Anfotericina B y Voriconazol. Se observa mejoría radiológica pero sin negativización de los niveles de galactomanano. A los 3 meses del debut presenta hemorragia cerebral masiva siendo éxitus.

Conclusiones: ¿El tratamiento en el episodio agudo fue el idóneo? Podría haberse beneficiado de otros tratamientos? ¿Plasmaféresis? ¿Se debería haber incluido en lista de trasplante urgencia? ¿Era una paciente de alto riesgo para aspergilosis invasiva?

143 17:35 ESOFAGITIS POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE: ¿SÓLO EN INMUNODEPRIMIDOS?

E. Montañés Delmas, E. Fernández Díaz, G. Rodrigo García,
P. Urruzuno Tellería, E. Medina Benítez
y J. Manzanares López-Manzanares

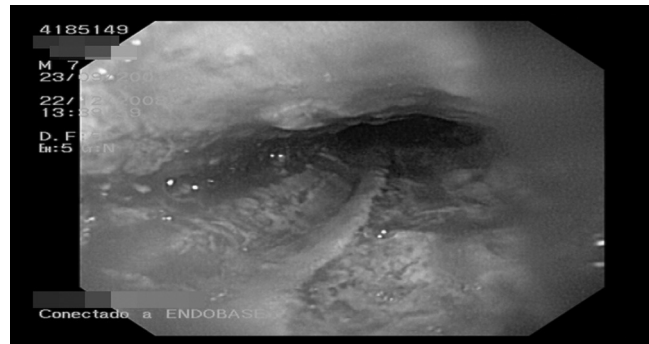
*Servicio de Gastroenterología Infantil, Hospital Universitario
12 de Octubre, Madrid, España.*

Antecedentes y objetivos: La esofagitis por el virus del herpes simple (VHS) es una entidad bien conocida en el paciente inmunodeprimido, no así en el inmunocompetente. Su diagnóstico fundamental conlleva la realización de una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias. El tratamiento antirretroviral continua siendo controvertido en la actualidad.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo de 3 casos diagnosticados en nuestro servicio en los últimos dos meses, analizándose los motivos de consulta, métodos diagnósticos y evolución de cada uno de ellos.

Resultados: La tríada sintomática característica de esofagitis (fiebre, disfagia y dolor retroesternal) se presentó en dos casos de los 3 de nuestra serie. Otros motivos de consulta fueron rechazo del alimento y hematemesis brusca. Únicamente se objetivaron aftas orales en uno de ellos. En todos los casos se realizó endoscopia diagnóstica para visualización macroscópica de lesiones esofágicas, y toma de muestras para biopsia, cultivo de virus e inmunohistoquímica. En el 100% de los casos, se encontró afectación de la mucosa del tercio inferior del esófago y afectación antral y en todos ellos se demostró la presencia del VHS1 (2 mediante cultivo y uno mediante inmunohistoquímica).

Conclusiones: La esofagitis herpética es una infección propia del paciente inmunocomprometido, sin embargo, también puede afectar a inmunocompetentes. Debe considerarse en todo niño con disfagia, fiebre y dolor retroesternal de inicio súbito. Su curso es benigno y autolimitado, siendo el tratamiento fundamental de soporte hasta la mejoría clínica. Sería necesario la realización de estudios prospectivos para verificar que el uso de aciclovir en las primeras 48-72 horas acorta la duración del cuadro y reduce la contagiosidad del paciente afecto.



144 17:42 TEST DEL SUDOR POSITIVO: ¿SÓLO FIBROSIS QUÍSTICA?

V. Moreno Arce, M.T. Benavides Medina, C. Pérez Aragón,
J.A. Blanca García y J. Mena Romero

*Unidad de Digestivo y Nutrición Infantil de la UGC de Pediatría,
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética que afecta a las glándulas exocrinas dando lugar a una amplia variedad de manifestaciones clínicas y complicaciones. Para su diagnóstico utilizamos dos grandes pilares basados en aspectos clínicos y exámenes complementarios. La no concordancia entre éstos debe hacernos valorar otras posibilidades diagnósticas ya que ninguno de los métodos usados presenta una fiabilidad total. El pseudohipoadosteronismo tipo 1 (PHA1) forma múltiple se caracteriza por una aparente resistencia a los mineralocorticoides en riñón, colon y glándulas exocrinas originando un síndrome pierde sal con infecciones de repetición y malabsorción intestinal. Entre sus hallazgos de laboratorio destaca la elevación de electrolitos en el sudor y saliva.

Caso clínico: Presentamos el caso de una lactante de 4 meses sin antecedentes de interés que ingresa por cuadro de decaimiento, vómitos y fallo de medro. Destacan en la exploración física signos de deshidratación severa con retraso ponderoestatural. Los exámenes complementarios demuestran deshidratación hiponatémica, infiltrados pulmonares bilaterales y 2 tests del sudor positivos. Es diagnosticada de FQ pendiente de estudio genético. Presenta 2 nue-

vos ingresos por el mismo cuadro a los 5 y 6 meses de vida. Primer estudio genético para 36 mutaciones del gen CFTR negativo. Se amplía con nuevo panel y estudio inmunológico siendo ambos negativos. Ante esta situación se investigan otras posibles etiologías descubriéndose niveles elevados de aldosterona y de la actividad de renina. Se confirma la mutación Q101K del PHA1 del gen SCNN1A. Es diagnosticada de PHA1 forma múltiple. Inicia tratamiento sustitutivo con buena evolución.

Conclusiones: El test del sudor continúa siendo una herramienta muy útil para el diagnóstico de FQ. Ante la no concordancia con los demás métodos deben tenerse en cuenta otras situaciones causantes de falsos positivos o negativos de esta técnica. Destacar la importancia para confirmar el diagnóstico del estudio genético.

145

USO DE BUDESONIDA VISCOSA EN PACIENTE CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA RESISTENTE A OTROS TRATAMIENTOS

17:49

G. Rodrigo García, E.M. Lancho Monreal, O. Carvajal del Castillo, S. Fernández Fernández y L.A. Echeverría Zudaire

Servicio de Pediatría, Gastroenterología Infantil, Neumología y Alergia Infantil, Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España.

Introducción: La esofagitis eosinofílica es un proceso inflamatorio con intensa infiltración de eosinófilos. Aunque habitualmente se utiliza como principal tratamiento la fluticasona deglutida, se han descrito buenas respuestas a budesonida viscosa. Presentamos un caso con este novedoso tratamiento.

Caso clínico: Paciente de 11 años seguido por dolor abdominal desde los 4 años con endoscopia digestiva alta y pHmetría normal. Antecedentes personales: Asma extrínseco. Alergia alimentaria múltiple. Antecedentes familiares: Atopia. Durante la evolución, comienza a presentar disfagia con determinados alimentos, por lo que se realiza endoscopia digestiva alta observando erosiones lineales en toda la extensión esofágica y hallazgos histológicos compatibles con esofagitis eosinofílica. Sigue tratamiento sin éxito con distintas terapias: montelukast e inhibidores de la bomba de protones, fluticasona deglutida y dieta elemental. Se intenta incluso terapia con anti-IgE (omalizumab), ante la no mejoría se inicia budesonida viscosa oral durante 4 meses cediendo los síntomas y presentando mucosa esofágica normal.

Discusión: Como se expone en el caso citado la budesonida viscosa ha demostrado mejorar tanto los síntomas como la histología de la esofagitis eosinofílica. Es una alternativa terapéutica, útil en pacientes resistentes a otros tratamientos o que realizan mal el tratamiento con fluticasona deglutida por las dificultades inherentes a la técnica de administración. La budesonida viscosa es por tanto una opción a tener en cuenta en casos de esofagitis persistente.

146

ENFERMEDAD CELÍACA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ESPECIALIDADES

17:56

N. Quirós Espigares, J. Rubio Santiago, S. Rodríguez Barrero y J. Ortiz Tardío

Servicio de Pediatría del Hospital del S.A.S., Jerez de la Frontera, Cádiz, y Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción: Las formas no clásicas conforman, junto con las latentes, silentes y potenciales, la base del iceberg celiaco.

Objetivo: Llevar a cabo una revisión clínico-analítica de los celíacos diagnosticados en el Hospital de Jerez.

Pacientes y método: Menores de 14 años diagnosticados entre enero-1994 y diciembre-2008 en base a las últimas recomendaciones de la NASPGHAN.

Resultados: Se han diagnosticado un total de 116 pacientes de celiaquía, 70 niñas (60%) y 46 niños (40%). Un total de 41 formas clásicas (35%), 18 formas monosintomáticas (15,5%), 40 paucisintomáticas (34,5%), 6 formas silentes (5%) y 5 latentes (4,5%). El síntoma más frecuente en las formas monosintomáticas corresponde al fracaso en el crecimiento (44%). Los casos silentes forman parte del *screening* en familiares de primer grado y en diabéticos tipo 1. En 85 de los 116 pacientes se detectaron valores elevados de anticuerpo IgA antitransglutaminasa. El resultado de la biopsia intestinal presentó atrofia parcial de vellosidades en 15 casos (13%), atrofia subtotal en 18 casos (15,5%) y total en 66 casos (57%). Se ha testado el sistema HLA en 81 de los 116 pacientes, de los cuales 72 han presentado el heterodímero HLA DQ2 completo (88%); 7 de ellos tan sólo uno de los alelos que codifica HLA DQ2 (8%). Hubo 6 déficits selectivos de IgA (5%), 5 casos de DM tipo 1 (4%), 5 tallas bajas (4%), 2 síndromes de Down (1,7%), 1 síndrome de Williams y 1 de fibrosis quística. Las anomalías analíticas más frecuentes fueron la ferropenia (60%), la hipertransaminasemia (33,5%) y la anemia (31%). El estudio en familiares de primer grado resultó positivo en 16 casos (13%).

Conclusiones: Las formas mono y paucisintomáticas resultan las más frecuentes. La realización de *screening* en grupos de riesgo ha permitido el diagnóstico en un 5% de los casos.

147

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿ESTÁ AUMENTANDO LA INCIDENCIA?

18:03

D. Jaramillo Hidalgo, I. Loverdos Eserverri, M.P. Guallarte Alias, V. Vila Miravet, Y. Couto, M. García González, M.J. García Catalán y R. Baraibar Castello

Hospital de Sabadell, Barcelona, y Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.

Introducción: Las publicaciones más recientes indican un aumento en la incidencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en nuestro país. El estudio epidemiológico de las EII es importante para la identificación de los factores que inciden en su aparición e historia natural.

Objetivo: Descripción de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de EII en la Unidad de Gastroenterología pediátrica.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Población a estudio: pacientes diagnosticados de EII en el período 2002-2008. Datos obtenidos de la historia clínica. Análisis epidemiológico, clínico y terapéutico.

Resultados: 12 pacientes fueron diagnosticados de EII (7 niñas y 5 niños). La edad media al diagnóstico fue de 10 años y 9 meses (rango: 7-14 años). El diagnóstico fue: Enfermedad de Crohn (EC) 8 casos (66%), colitis ulcerosa (CU) 2 casos (16%) y colitis indeterminada (CI) 2 casos (16%). La incidencia media en el período de estudio fue de 2,85/100.000 habitantes, siendo de 8,3 en 2008. 2 pacientes tenían un familiar de segundo grado afecto de EII. El tiempo medio desde el inicio de sintomatología hasta el diagnóstico fue de 7,5 meses en EC, 3,5 meses en CU y 1,5 meses en CI. La clínica predominante en la EC fue diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso (7/8) y en las colitis diarrea y rectorragia (4/4). Uno de los casos debutó como EC metastático vulvar. La media del índice de actividad al diagnóstico fue para la EC: Pediatric Crohn Disease Activity Index de 32.5 (moderado) y para la CU: Truelove-Witts moderado. El tratamiento de inducción utilizado fue en EC: nutrición enteral exclusiva (3), Infiximab (2), salicilatos más corticoides (2) y salicilatos (1); en la CU: salicilatos más corticoides (1) y salicilatos (1); en CI: salicilatos más corticoides (2). Se observaron 2 casos de corticoresistencia: 1 CU y 1 CI que remitieron con ciclosporina e Infiximab respectivamente; y 1 caso de corticodependencia: 1 EC que remitió con Infiximab.

Conclusiones: La incidencia de EI pediátrica ha aumentado en el último año en nuestra área de influencia. El manejo terapéutico en fase de inducción ha cambiado en favor de la nutrición enteral y las terapias biológicas en detrimento de los corticoides.

148 18:10 HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELÍACA

R. Buenache Espartosa, J.M. Rizo Pascual, G. Roy Ariño, M.C. Miranda Cid y C. Camarero Salces

Servicio de Pediatría y Servicio de Inmunología, Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá de Henares, y Servicio de Pediatría, Hospital Infanta Cristina, Madrid, España.

Introducción: Se ha observado que un 9% de adultos con elevación crónica de transaminasas tiene enfermedad celíaca (EC). Los estudios de transaminasas en niños con EC son escasos y no se conoce su relación con otros parámetros.

Objetivos: Investigar la prevalencia de elevación de GOT/GPT al diagnóstico de EC, su relación con el tipo de presentación clínica, grado de afectación intestinal y respuesta tras dieta sin gluten.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en 152 pacientes (8 meses-16 años) diagnosticados de EC. Se clasificaron según su presentación clínica en sintomatología típica, paucisintomática, o asintomáticos. Se determinaron bilirrubina, y enzimas GOT y GPT. Las lesiones histológicas se dividieron de acuerdo a la clasificación de Marsh, y se realizó estudio de linfocitos intraepiteliales en las biopsias intestinales por citometría de flujo. Análisis de datos con test Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: El 31,5% de los pacientes presentaron elevación de GOT o GPT o ambas: GOT elevada 23%, GPT elevada 25% y ambas 16,5%. En la mayoría el aumento fue leve-moderado (mediana GOT61U/l, GPT 56U/l) Todos normalizaron las cifras enzimáticas tras un año sin gluten. La bilirrubina sérica fue normal en todos. Setenta pacientes (46%) presentaron clínica típica de EC, de estos un 47% manifestaron al diagnóstico elevación enzimática, frente a un 26% en formas paucisintomáticas, y un 9,5% en formas asintomáticas (diferencia: $p < 0,05$). El 46,7% de los pacientes con elevación de GOT estaban en un percentil de peso < 10 , frente a un 33% de los que tenían enzimas normales. Respecto a la histología el 44,7% de los pacientes con atrofia intestinal más avanzada, grado 3c de Marsh, presentaron elevación enzimática, frente al 27% de los que tenían lesiones grado 1,3a o 3b ($p = 0,05$). El 25% de los pacientes que tenían mayor linfocitosis intraepitelial mostraron elevación de

GOT, sólo observada en el 13,6% de los que presentaban linfocitos interepiteliales inferiores al P97.

Conclusiones: La hipertransaminasemia es frecuente (31,5%) en niños al diagnóstico de EC. Es más frecuente en pacientes con mayor afectación clínica e intestinal. En todos fue reversible tras un año de dieta sin gluten.

149 18:17 ESTUDIO SOBRE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA Y LA ENFERMEDAD CELÍACA

C. Felici, M. Hernández Pérez, M.D. Madrid Castillo, A. Rodríguez Martín, B. Espín Jaime y A. Pizarro Martín

Servicio de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Antecedentes y objetivos: La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad en la que hay una infiltración mucosa por eosinófilos debida a procesos inmunológicos de diferente naturaleza cuya prevalencia está en aumento. Presentamos un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo sobre la asociación entre la EE y la enfermedad celíaca (EC).

Método: Revisión de historias clínicas de niños diagnosticados de EE en los últimos dos años.

Casos clínicos: Niño celíaco conocido de 5 años de edad con antecedente de alergia alimentaria múltiple. Presenta cuadro de bronquitis obstructiva y vómitos incoercibles. En la esofagogastroscoopia se evidencia esofagitis que en el estudio histológico se cataloga como EE. Niño de 10 años remitido a nuestro centro para realización de esofagogastroscoopia por sospecha de enfermedad celíaca. En la exploración se observan en esófago distal surcos longitudinales por lo que se toman biopsias de dicha zona. Mediante estudio histológico se diagnostica de EE. Niño de 1,5 años con antecedentes de alergia alimentaria múltiple y sospecha analítica de EC. La endoscopia y el estudio histológico confirmaron el diagnóstico tanto de EC como de EE.

Conclusiones: En nuestra serie 3 de los 20 pacientes diagnosticados de EE presentaban también EC (15%). La literatura revisada también contempla esta asociación, que es más probable en presencia de síntomas de atopía (ej: alergias alimentarias, síntomas respiratorios obstructivos, dermatitis atópica). Aunque sean necesarios más estudios para establecer las bases fisiopatológicas de tal asociación, proponemos la realización sistemática de biopsias intestinales mediante endoscopia y el estudio histológico esofágico en los pacientes pertenecientes al grupo de riesgo.