

3. Proponer una nueva valoración de estrategias de vacunación, después de conocer resultados de los estudios recomendados en el punto 1.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miguel C. Infección meningocócica. Información procedente del Sistema de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. *Bol Epidemiol Microbiol* 1993; 1 (11): 212-4.
2. Rosa Cano. Centro Nacional de Epidemiología. Comunicación personal.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Poliomyelitis prevention in the United States: Introduction of a sequential vaccination schedule of inactivated poliovirus vaccine followed by oral poliovirus vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 1997; 46: 1-25.
4. Outbreak news. Poliomyelitis. Dominican Republic and Haiti. *WER*. 2000; 49, 75: 397-9.
5. Schmitt-Grohé S, Cherry JD, Heininger U, Überall MA, Pineda E, and Stehr K. Pertussis in german adults. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 860-6.
6. Fine PEM, Clarkson JA. Reflections on the efficacy of pertussis vaccines. *Rev Infect Dis* 1987M; 9: 866-83.
7. Hethcote HW. Simulations of pertussis epidemiology in the United States: effects of adults booster vaccinations. *Math Biosci* 1999; 158: 43-73.
8. Butler JC, Breiman RF, Campbell JF, Lipman HB, Broome CV, Facklam RR. Pneumococcal polysaccharide vaccine efficacy. An evaluation of current recommendations. *JAMA* 1993; 270: 1826-31.
9. Ortaqvist A, Hedlund J, Burman L, et al. Randomized trial of 23 valent pneumococcal capsular polysaccharide vaccine in prevention of pneumonia in middle aged and elderly people. *Lancet* 1998; 351: 399-403.
10. Fedson D, Musher D, Eskola J. Penumococcal Vaccine. En: Plotkin S, Orenstein W, editors. Vaccines, tercera edición. Philadelphia: WB Saunders 1999. p. 553-608.
11. Mulholland K. Strategies for the control of pneumococcal diseases. *Vaccine* 1999; 17: S79-S4.

SESIONES DE COMUNICACIONES

SESIÓN 1. Viernes 19. 16:00. Salón de Actos

MODERADORES: Dr. Hermenegildo González García. Valladolid. Dr. Jesús M^a Andrés de Llano. Palencia.

1. ¿ACUDEN NUESTROS PACIENTES A URGENCIAS HOSPITALARIAS?

Ponce Ortega A, Conde Gómez MT, Ruiz Blanco A, Yagüe Encinas E, González Manzano I, De Prado Berrocal R. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.

Objetivos: Analizar las características de la demanda de asistencia pediátrica urgente, en nuestro hospital de referencia, por nuestros pacientes.

Población y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de nuestra población pediátrica asistida en urgencias hospitalarias en una Zona Básica de Salud urbana.

Población: Niños menores de 14 años, adscritos a un cupo pediátrico, que consultaron por urgencia hospitalaria entre el 1 octubre y 31 diciembre 2001.

Variables estudiadas: edad, sexo, mes, día de la semana, hora de asistencia, motivo de urgencia, exploraciones realizadas, diagnóstico y tratamiento.

Los datos se obtuvieron del informe del servicio de urgencias.

Resultados: Acudieron a urgencias 148 pacientes; la edad media fue 4,02 años (IC 95%: 3,48-4,55); el 57,4% fueron varones y el 42,6% hembras. El mes de mayor demanda fue diciembre (37,84%). El sábado y el domingo acumularon el 44% de las urgencias. Menos del 5% acudieron al hospital en nuestro horario habitual. Los motivos de consulta y diagnósticos resultaron similares a los de la consulta ordinaria de atención primaria. El 27,02% de los pacientes precisaron exploraciones complementarias.

Conclusiones: La utilización de las urgencias hospitalarias por nuestros pacientes parece prudente si valoramos la accesibilidad de los servicios sanitarios y el poder de atracción del hospital en sí mismo.

2. ASISTENCIA PEDIÁTRICA URGENTE EN EL MEDIO RURAL

Ponce Ortega A, Conde Gómez MT.

Zona Básica de Salud de Tordesillas. Zona Básica Salud La Victoria. Valladolid.

Objetivo: Determinar las características de la demanda asistencial pediátrica urgente en una Zona Básica de Salud rural.

Población y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo en una Zona Básica de Salud rural.

Población: Niños menores de 14 años, asistidos entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2001.

Las variables objeto de estudio son: edad, sexo, procedencia, mes, día de la semana, hora de la asistencia, diagnóstico y tratamiento. Los datos se obtuvieron del libro de asistencia.

Resultados: Se atendieron 1.181 niños menores de 14 años; la edad promedio es de 6,26 años (IC95%: 6,03-6,50); el 57,30% fueron varones y el 42,68% hembras. El 79,67% procedían del núcleo poblacional principal. El mes de mayor demanda fue junio (23,03%) y el día de la semana el sábado (25,48%); la mayor afluencia se produjo entre las 15 y 22 horas (54,50%). Los diagnósticos más frecuentes correspondieron a infecciones de vías respiratorias altas (27,60%) y accidentes-traumatismos (23,12%). Fueron realizadas exploraciones complementarias en el 0,42% de los pacientes y se derivaron al hospital de referencia el 5,93% de los niños asistidos.

Conclusiones: La atención primaria rural resuelve un alto porcentaje de sus urgencias pediátricas (94,07%) con un mínimo de exploraciones complementarias.

3. ESTUDIO DE LA DEMANDA DE CONSULTAS URGENTES EN EDAD PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Iribar JK, Gómez L, Gómez A, Cancho R, Andrés JM.
Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia.

Objetivo: Analizar la demanda de asistencia de pacientes menores de 13 años en un servicio de urgencias de un hospital general, valorando las diferencias según las características de los pacientes.

Población y métodos: La población menor de 14 años de la provincia es de 18.670 niños, repartidos aproximadamente al 50% entre ámbito rural y urbano. Se ha realizado un estudio retrospectivo de las consultas de menores de 14 años en el Servicio de Urgencias del Hospital General "Río Carrión" de Palencia durante el año 1999. Se recogieron datos referidos a sexo, edad, día de la semana, motivo de consulta, procedencia, consulta previa en atención primaria, realización de pruebas complementarias e ingreso.

Resultados: Se atendieron 5.489 consultas; 55,7% de ellas correspondieron a varones. Los cuatro motivos de consulta

más frecuentes fueron los traumatismos (32,4%), fiebre (17,7%), otros diagnósticos (15,2%) y dolor abdominal (9,2%). 37% de las consultas fueron realizadas por niños de 0 a 2 años. La mayor parte de pacientes que demandaron consulta provenían del ámbito urbano (55,9%) y no habían consultado previamente en su centro de salud (57,6%). En el 51,3% de los pacientes no se practicaron pruebas complementarias, precisando valoración en planta o ingreso el 26,5%.

No se encontraron diferencias significativas referidas al sexo en el número de consultas por traumatismos ni en otros diagnósticos, excepto en dificultad respiratoria a favor de los varones (66,9%) ($p < 0,0005$). Existe asimismo un predominio de traumatismos en el grupo de edad de 4-11 años ($p < 0,0001$) y en pacientes de ámbito rural ($p < 0,001$). Los menores de 3 años acudieron más en días laborables ($p < 0,0005$). Ingresaron más los pacientes de ámbito rural ($p < 0,0001$) y los pacientes no traumáticos ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Predominan las consultas de ámbito urbano, y sin consulta previa en atención primaria. Existe un predominio de consultas de varones, pero a diferencia de otras series publicadas, este fenómeno no se fundamenta en una mayor incidencia de patología traumática en este sexo.

4. BASES ÉTICAS EN NEONATOLOGÍA-REVISIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Díez López I, Aragón García MP.

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario de Valladolid.

Objetivo: Revisar la problemática de la toma de decisiones en Neonatología desde un punto de vista bioético.

El desarrollo de la disciplina neonatológica, apoyada en la creciente tecnificación sufrida en los últimos 40 años, ha permitido la supervivencia de neonatos de cada vez menor peso y edad gestacional. Del mismo modo, se ha posibilitado la corrección quirúrgica de algunas malformaciones severas. De forma paralela, han surgido intensos debates en la sociedad sobre la conveniencia o no de aplicar estas terapéuticas, debido a la posibilidad de graves secuelas, sobre todo neurológicas, con pronóstico incierto.

La tecnificación creciente vivida desde los años 50-60, junto a un surgimiento de la necesidad de protección de la infancia, permitió el desarrollo de la especialidad, pero dio lugar a la aparición de conflictivos casos y acaloradas dis-

cusiones éticas (Baby Boy Houle en 1974, los siameses de Danville en 1981 o el caso Baby Doe en 1982).

Con el fin de valorar la situación actual en nuestro medio, la Sección de neonatología de la AEP, elaboró en el últimos años un estudio nacional, donde se concluyó que la calidad final asistencial fue mejor en aquellos neonatos fallecidos donde se decidió con anterioridad una limitación del tratamiento que en el grupo donde el esfuerzo terapéutico fue máximo.

Existen dos posibles enfoques de actuación. El estadístico, donde tan solo se trata a los RN por encima de un límite de peso y edad gestacional (Criterio Suiza) y el criterio de certeza o de espera, donde se inicia tratamiento en todos los casos, suspendiéndolo ante certeza de grave deficiencia (Criterio EE.UU.)

En nuestro medio, prima el criterio intermedio, iniciándose el tratamiento, siendo justificada su finalización ante una alta posibilidad de deficiencia severa.

Las recomendaciones de la AEP para Unidades de III nivel, establecen la reanimación de todo RN > 26 semanas de gestación y 600 g de peso, siendo a criterio individualizado por debajo de estos límites. Ante la duda, será preferible siempre iniciar el tratamiento, solo suspendiendo este una vez aclarado el contexto clínico.

En la página Web de la Sociedad de Neonatología (www.aeped.com) se recogen las "Normas Básicas de Actuación", siendo cada Unidad la que adecue las mismas a sus propias circunstancias.

Conclusiones: Es necesario el desarrollo y organización de Comités de Bioética en los Centros Hospitalarios. La información y diálogo periódico con la familia es imprescindible. En la toma de decisiones se procurará sea de común acuerdo. Cada Unidad debe establecer, según sus circunstancias, un conjunto de normas básicas de actuación.

5. UTILIDAD DE LA PROCALCITONINA PARA LA VALORACIÓN DEL NIÑO CON FIEBRE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Pérez Solís D, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Pardo de la Vega R, Prieto Espuñes S, Fanjul Fernández JL.
Departamento de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos: Determinar la rentabilidad diagnóstica de la procalcitonina (PCT) en la valoración del niño con fiebre y

compararla con la proteína C reactiva (PCR) y otros métodos diagnósticos habituales en urgencias.

Material y métodos: Estudio prospectivo incluyendo niños entre 1 y 36 meses atendidos en Urgencias Pediátricas por fiebre. Se evalúan PCT, PCR, recuento leucocitario, cayados, índice inmaduros/totales y plaquetas, que se correlacionan con el diagnóstico final. Se elaboran las curvas ROC para todos los marcadores.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes con edad media de 12.3 meses (rango: 1-33 meses). Se consideraron 3 grupos: infección no invasiva (26 casos), infección bacteriana invasiva (9) y controles sin fiebre (9). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la PCR, PCT, recuento leucocitario y cayados entre los dos primeros grupos. Las curvas ROC de eficacia diagnóstica demostraron superioridad de PCT (área bajo la curva [ABC] 0,859, intervalo de confianza para el 95% [IC]: 0,725-0,993) frente a PCR (ABC 0,769, IC: 0,565-0,974), leucocitos (ABC 0,735, IC: 0,518-0,952) y cayados (ABC 0,735, IC: 0,549-0,921). El umbral óptimo para la PCT se estableció en 0,5 ng/mL (sensibilidad 77,8%, especificidad 84,6%), y para la PCR en 74 ng/mL (sensibilidad 55,6%, especificidad 96,2%).

Conclusiones: La PCT demostró mayor rentabilidad diagnóstica que la PCR y los marcadores hematológicos habituales en la detección de infecciones bacterianas invasivas en niños pequeños. Con la disponibilidad de tests cualitativos rápidos puede convertirse en una herramienta muy útil en Urgencias Pediátricas.

6. POTOMANÍA EN EL LACTANTE

Málaga I, Pardo R, Pérez MT, Campuzano S, Santos F, Málaga S.

Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Central de Asturias. Universidad de Oviedo.

La potomanía es una entidad a descartar en el diagnóstico diferencial del síndrome de poliuria-polidipsia. Cuando aparece en edades tempranas de la vida, exige un despistaje precoz antes de proceder a la realización de pruebas funcionales más complejas, que precisan cierta colaboración del paciente. Presentamos la casuística de un centro de referencia en los últimos 10 años.

Paciente	1	2	3
Motivo ingreso	Poliuria polidipsia 900 mL	Poliuria polidipsia 1.160 mL	Poliuria polidipsia 2.700 mL
Inicio sintomatología (meses)	14	1	8
Edad al estudio (meses)	21	2	15
A. familiares de Poliuria-polidipsia	No	Padre	Padre, tíos pat.
Somatometría			
Peso (Percentil)	10-25	10	90-97
Talla (Percentil)	25-50	10	90
Analítica sangre			
Plasma creatinina (mg/dL)	0,46	0,47	0,53
Osmolalidad (mOsm/kg)	276	277	276
Sodio (mEq/L)	138	137	138
Función renal:			
Proteinuria	Negativa	Negativa	Negativa
FRE (mL/min/ 1,73 m ²)	93	50	70,5
Osmolalidad urinaria	164	114	102
Diuresis (mL/ m ² /hora)	81	145	220
ECO renal	Normal	Normal	Normal
Prueba funcional de restricción hídrica	No	672	No
Pruebas familiares	No	Osm urinaria padre: 770	Osm. urinaria padre: 532
Tratamiento	Restricc. hídrica	Restricc. hídrica	Restricc. hídrica
Seguimiento osmolalidad urinaria	Mejoría	684	702

7. NEUROFIBROMATOSIS TIPO I E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Pérez MT, Martínez V, Ordóñez FA, Santos F, Málaga S.
Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Central de Asturias.
Universidad de Oviedo.

Introducción: La posibilidad de desarrollo de hipertensión arterial (HTA) en el curso de la neurofibromato-

sis tipo I (NF tipo I) es una complicación a tener en cuenta.

Caso clínico: Presentamos el caso de una adolescente de 16 años portadora de una NF tipo I, remitida a nuestra consulta tras constatarse cifras tensionales elevadas. Presenta fenotipo característico de la NF tipo I, soplo abdominal y TA de 160/100 mmHg. La monitorización ambulatoria de TA confirma la HTA.

Exámenes complementarios: Función renal normal; ecografía renal con riñón derecho de 12 cm e izquierdo de 11,5 cm, ambos de ecoestructura normal; el TAC abdominal muestra aorta de aspecto filiforme con estrechamiento a la salida de las arterias renales; en el AngioTAC se aprecia fibrodisplasia que afecta a la aorta abdominal con estenosis del nacimiento de la mesentérica superior y estenosis de la arteria renal derecha con atrofia parcial renal. El estudio oftalmológico pone de manifiesto una hemianopsia homónima izquierda y retinopatía hipertensiva grado I. Por este motivo se realiza RM craneal apreciándose glioma del quiasma óptico. En la actualidad la paciente recibe tratamiento antihipertensivo con dos drogas y se mantiene hipertensa, por lo que se halla a la espera de la corrección quirúrgica de su estenosis.

8. NEURALGIA POSTHERPÉTICA COMO MOTIVO DE CONSULTA NEFROLÓGICA

Pardo R, Málaga I, Pérez MT, Santos F, Málaga S.

Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Central de Asturias.
Universidad de Oviedo.

Introducción: La neuralgia postherpética (NPH) es una complicación de la infección por el virus varicela-zoster, de presentación infrecuente en la edad pediátrica.

Caso clínico: Niña de 13 años remitida por su pediatra por un cuadro de dolor continuo en fosa renal izquierda que se irradia hacia abdomen, de un mes de evolución y que ocasionalmente le interrumpe el sueño. Durante este tiempo ha presentado fases de exacerbación y ha experimentado mejoría con antiinflamatorios (AINEs). Intervenido quirúrgicamente a los 10 años por bridas intestinales. Varicela a los 4 años que fue tratada con aciclovir oral. Herpes zoster en región lumbar izquierda dos meses antes del ingreso.

Exploración física: Lesiones hipocrómicas en región lumbar izquierda. Dolor a la palpación profunda en fosa renal y vacío izquierdos. Resto de examen físico sin hallazgos significativos. Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica sanguínea, sistemático y sedimento de orina y ecografía abdominal normales. Evolución: Ante la sospecha de NPH se inició tratamiento con amitriptilina oral con excelente evolución posterior.

Comentarios: Se define la NPH como la existencia de dolor en el curso de un trayecto nervioso que persiste más de un mes tras la desaparición de una erupción producida por herpes zoster. Aunque existen múltiples opciones terapéuticas, la amitriptilina se ha comportado como uno de los fármacos más eficaces.

9. CARACTERÍSTICAS DEL REFLUJO VESICoureTERAL EN PALENCIA. DATOS PRELIMINARES

Carpintero Martín MI, Andrés de Llano J, Cancho Candela R, Urueña Leal C, Sánchez Marcos MJ.
Servicio de Pediatría. Hospital General Río Carrión de Palencia.

Objetivo: Características del reflujo vesicoureteral (RVU) en nuestro Área Sanitaria. Desde hace 6 años se viene desarrollando un protocolo de Área para el manejo de las infecciones urinarias y RVU.

Material y métodos: Estudio transversal sobre el registro de Cisto-uretrografías miccionales seriadas (CUMS) realizadas en los dos últimos años en menores de 14 años. Análisis de variables epidemiológicas (edad, sexo, antecedentes), motivo de realización CUMS, características del reflujo (lateralidad, grado máximo) y tratamiento del mismo.

Resultados: Se analizan las características de 50 pacientes diagnosticados de RVU. El diagnóstico se realiza en los primeros meses de vida (mediana 5 meses, Amplitud intercuartil 7,3). El 86% se diagnosticaron en los dos primeros años de vida y el 32% correspondieron al período neonatal. El 54% son mujeres. No encontramos diferencias significativas en cuanto al sexo y grado del reflujo ($p=0,23$), pero sí en cuanto al sexo y edad de diagnóstico, siendo más precoz en varones ($p=0,03$) con una mediana de 4 meses.

El motivo más frecuente para la realización de la CUMS fue la presencia de infección urinaria (68%), siendo E. Coli el germen aislado con mayor frecuencia (42%).

Existe la misma proporción de reflujo uni que bilaterales siendo la mayoría de los casos de grado II (46%) y III (32%). Existe un predominio del sistema derecho (58,1%).

La ecografía no resultó un buen método para el diagnóstico de reflujo, siendo normal en 12/16 de los casos con grado III y en 1/4 de los de grado IV.

Todos recibieron tratamiento médico, siendo la amoxicilina-clavulánico, el antibiótico más utilizado como profilaxis.

Conclusiones: El RVU es una patología muy frecuente en nuestro medio. El diagnóstico se realiza precozmente. La ecografía renal no es un buen método para el diagnóstico de esta patología.

10. PARTOS MÚLTIPLES EN NUESTRO HOSPITAL: COMPARANDO DOS LUSTROS

Marín S, Armengod CG, Centeno F, Alins Y, Alcalde C, Omaña MF.
Hospital Universitario "Río Hortega". Servicio de Pediatría. Valladolid.

Objetivos: Estudiar los partos múltiples ocurridos en nuestro hospital, analizando posibles cambios en sus características a lo largo del tiempo.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente los partos múltiples ocurridos durante 1987-1991 y 1997-2001 respectivamente, comparando los resultados encontrados. Se estudiaron: partos totales y múltiples, edad materna, antecedentes de gemelaridad, tratamiento de esterilidad, tipo de parto, edad gestacional, gemelos/trillizos y Rn ingresados en Neonatología.

Análisis estadístico: prueba t de Student para variables cuantitativas y pruebas Chi cuadrado o exacta de Fisher para las cualitativas. Se consideró estadísticamente significativa una $p<0,05$.

Resultados: Durante el lustro 87-91 hubo 11.115 partos, 113 fueron múltiples (1,03%); durante el 97-01 hubo 7.267 partos, 112 múltiples (1,55%). La media de edad materna fue de 29 y 32 años respectivamente ($p<0,001$). Hubo antecedentes de gemelaridad en el 59 y 49% de los casos (ns) y

de tratamiento de esterilidad en un 3 y 32% en los años 80 y 90 respectivamente ($p < 0,001$). Las cesáreas aumentaron del 32 al 80% ($p < 0,001$), la edad gestacional media disminuyó de 36 a 34 semanas ($p < 0,01$). El porcentaje de niños ingresados aumentó del 55 al 69% (ns).

Conclusiones: En los últimos años ha aumentado la edad materna, el tratamiento de esterilidad y el porcentaje de trillizos, mientras que la edad gestacional ha disminuido. Todo ello probablemente justifique el aumento de cesáreas.

SESIÓN 2. *Viernes 19. 16:00 horas. Sala A (entreplanta)*

MODERADORES: Dr. Carlos Ochoa Sangrador. Zamora.
Dra. Isabel Pérez García. Palencia.

11. ENCEFALOPATÍA POR INFECCIÓN CONGÉNITA A CITOMEGALOVIRUS

Martín G, Cancho R, Urueña C, Carpintero I, Sánchez MJ, Andrés JM.

Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia.

Introducción: La infección congénita por citomegalovirus (CMV) produce secuelas neurológicas en parte de los pacientes afectados. La afectación es variable en intensidad y sintomatología. Presentamos tres casos de encefalopatía producida por infección congénita por este virus.

Caso 1: Mujer; embarazo con hipertransaminasemia transitoria; recién nacido a término de bajo peso para edad gestacional (peso: 2,450 kg). Microcefalia relativa. Fiebre en período neonatal. Serología CMV (IgM) positiva, con detección del virus en orina hasta los seis meses de vida. TAC: atrofia cortical izquierda; calcificación periventricular asta frontal derecha. Retina normal. Retraso psicomotor profundo, con hipoacusia bilateral progresiva desde 6 años. Hemiparesia espástica derecha. Hipotrofia ponderoestatural mantenida. No convulsiones.

Caso 2: Varón; amenaza de aborto; recién nacido a término de bajo peso para edad gestacional (peso: 2,310 kg). Microcefalia relativa. A los seis meses se detecta retraso psicomotor junto hemiparesia espástica derecha. Serología CMV (IgM) positiva, con detección del virus en orina. TAC/RMN: paquigiria y polimicrogria izquierdas, leucoencefalopatía periventricular, calcificaciones en atrio ventricular derecho

y en caudado derecho. Retina normal. Hipoacusia izquierda. Convulsiones desde 8 meses en tratamiento con valproato con buena respuesta. Retraso psicomotor profundo. Hipotrofia ponderoestatural mantenida.

Caso 3: Varón; embarazo normal; recién nacido a término de peso adecuado (peso: 2,840 kg). Microcefalia relativa. A los 9 meses se detecta retraso psicomotor junto paresia espástica de extremidad superior derecha. Serología CMV (IgM) positiva, con detección del virus en orina. TAC: atrofia temporal cortical derecha, con calcificaciones periventriculares y en núcleos basales. Coriorretinitis cicatricial en ojo izquierdo. No hipoacusia ni convulsiones. Retraso psicomotor moderado.

Comentario: la encefalopatía secuela a infección congénita por CMV suele producir alteraciones del desarrollo cortical y calcificaciones cerebrales. Las alteraciones motoras, el déficit intelectual y la hipoacusia son secuelas frecuentes en este cuadro.

12. MENINGITIS ASÉPTICA POR GAMMAGLOBULINA

García J, Urueña C, Herrero MA, Carnicero S, Carpintero I.

Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia.

Caso clínico: Niña de 4 años y 6 meses remitida por presentar cuadro de 5 días de evolución de fiebre, vómitos y reacción exantemática maculoeritematosa de pequeños elementos, en tronco, desde hacía tres días. Rágedas y lengua depapilada. No existían antecedentes personales ni familiares de interés.

Exploración física: Peso 17 kg Pc50. Talla 106,6 cm Pc 75-90. Buen estado general. Exantema macular de pequeños elementos en tronco. Sequedad de labios con rágedas comisurales. Congestión nasal. Auscultación cardiaca: soplo I/VI en meso. Auscultación pulmonar normal. ORL: hiperemia faringoamigdalal, lengua depapilada. Adenias laterocervicales. Abdomen normal.

Exploraciones complementarias: Hemograma 12.300 leucos (67N, 21L, 2 M), serie roja y plaquetaria normal. Urea, glucosa, creatinina, iones, fósforo, calcio, hierro, fosfatasa, transaminasas y bilirrubina normal. PCR 46,4 mg/dL. Sistemático de orina normal. Urocultivo negativo. ECG y ecocardiograma normal. Rx de tórax y abdomen normal.

Evolución: Ante la sospecha de enfermedad de Kawasaki, se instaura tratamiento con gammaglobulina intravenosa : 400 mg/kg. A la segunda dosis inicia cuadro de cefalea, vómitos, dolor abdominal, hipertermia y signos meníngeos positivos. Se realiza análisis de LCR: Glucosa 44 mg/dl. Proteínas 0,8 g/L. Células 3.627 (99% polinucleares, 1% linfocitos). Inmunoglobulina G en LCR: 11,4 (0-4). Cultivo de LCR e identificación de virus negativo.

Evolutivamente presenta exantema escarlatiniforme y frotis faríngeo positivo a estreptococo pyogenes que fue tratado con amoxicilina-clavulánico con resolución total del cuadro clínico y análisis de LCR normal.

Comentario: El interés del caso radica en tener siempre presente la asociación entre la administración de gammaglobulina intravenosa y la presencia de meningitis séptica.

13. ENFERMEDAD DE KAWASAKI DE PRESENTACIÓN INCOMPLETA Y SUS SECUELAS CARDIOLÓGICAS (ANEURISMAS CORONARIOS)

Peña Valenceja A, Centeno Malfaz F, González Armengod C, Ballesteros Tejerizo F, Carrascal Arranz MI, Jiménez Mena E.

Hospital Universitario Pío del Río Hortega. Servicio de Pediatría. Valladolid.

La enfermedad de Kawasaki es una arteritis sistémica de origen desconocido. El diagnóstico se basa en la asociación de signos y síntomas clínicos, que por otro lado no son exclusivos de la enfermedad. Fue definida como fiebre de al menos 5 días de evolución, más la presencia de al menos 4 de 5 de los siguientes criterios clínicos: inyección conjuntival, alteraciones de la boca (labios enrojecidos y agrietados, lengua aframbuesada y enantema), alteraciones de pies y manos (eritema palmo-plantar, edema duro de pies y manos y descamación subungueal de dedos), exantemas polimorfos y adenopatías superiores a 1,5 cm. En el momento actual, la mayoría de los autores prefieren una definición modificada, en la que la fiebre se considera un síntoma más, no obligado, y sin exigirse una duración concreta para la misma.

El diagnóstico diferencial de esta enfermedad debe realizarse con un amplio número de entidades, siendo muy

importante por la posibilidad de complicaciones, algunas de ellas graves. Esto es especialmente importante en las formas incompletas, en las que el cuadro no cumple los criterios clínicos, y que son frecuentes en menores de 6 meses.

Presentamos dos casos compatibles con una forma atípica de enfermedad de Kawasaki.

Aunque la enfermedad es de carácter autolimitado, y en la mayoría de las ocasiones de buen pronóstico, es muy importante su conocimiento por su frecuente asociación con coronariopatías de graves consecuencias. La administración de gammaglobulina IV a dosis de 2 g/kg ha demostrado su eficacia en la reducción de la incidencia de aneurismas coronarios, cuando se administra antes de la fase descamativa. Ante la sospecha fundada del mismo, debe instaurarse el tratamiento específico lo más precozmente posible, debido a las importantes complicaciones, sobre todo cardíacas, que se pueden presentar a lo largo de la fase de convalecencia de la enfermedad.

14. INFECCIONES BACTERIANAS CON CULTIVOS CENTRALES POSITIVOS EN NIÑOS CON FIEBRE SIN FOCO Y EDAD INFERIOR A 1 AÑO

Rodríguez Calleja J, Alcalde Martín C, Carrascal Arranz MI, Peña Valenceja A, Blanco Del Val A, Marín Urueña S, Jiménez Mena E.

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos: Analizar epidemiológicamente los cultivos centrales bacterianos positivos (CCBP) en niños ingresados con fiebre sin foco con edad inferior a un año.

Pacientes y métodos: Los criterios de selección fueron edad inferior a un año y fiebre sin foco que posteriormente tuvieron CCBP. El protocolo de observación fue de trece años. Se excluyeron los pacientes de la Unidad de Neonatología y de especialidades quirúrgicas.

Resultados: De 3.664 niños ingresados con edad inferior a un año, 455 (12%) tenían algún CCBP, predominando los Gram (-). Por orden de frecuencia fueron: urocultivos, coprocultivos, hemocultivos y cultivos de LCR. Los gémenes más frecuentes fueron: *E. coli* en urocultivos y hemocultivos, Salmonella en coprocultivos y N. Meningitidis en cultivos de LCR. Existió en los últimos años un descenso de CCBP para N. meningitidis y *H. Influenzae*; y un descenso

de los coprocultivos positivos. La edad media de los pacientes con hemocultivos positivos fue estadísticamente inferior a la de otros grupos.

Conclusión: Más del 10% de los niños menores de un año con fiebre sin foco presentaron cultivos centrales positivos. Esta cifra y la gravedad de las infecciones justifican una encuesta bacteriológica amplia y un diagnóstico precoz para disminuir la morbi-mortalidad.

15.- EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y BACTERIOLOGÍA DE LA MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

López Vilar C, Lunar G, Conde MJ, Pérez Guerrero A, Ruiz A, Sanromán M, Pérez Gil E, Lozano MJ, Madrigal V.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: La infección neumocócica es una de las causas principales de meningitis bacteriana en los niños.

Pacientes y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 21 casos de meningitis neumocócica en niños menores de 5 años diagnosticados en nuestro Servicio en los últimos 25 años. Consideramos meningitis neumocócica los pacientes en los que se aisló el *Streptococcus pneumoniae* en LCR y/o sangre asociado con signos clínicos y analíticos de meningitis bacteriana.

Resultados: De los 21 casos, 12 eran varones y 9 mujeres, 14 pacientes eran menores de 2 años. Dos pacientes presentaban cardiopatía congénita y uno, síndrome de Wiscott Aldrich. En 7 casos (33,3%) el neumococo fue resistente a la penicilina. La evolución fue satisfactoria en el 85,7%. Hubo 2 éxitos en menores de 2 años y una hemiparesia en uno de 5 años. La incidencia de meningitis neumocócica en los últimos 5 años en población infantil menor de 2 años es de 10 casos por 100.000 habitantes

Conclusiones: La incidencia de meningitis neumocócica en niños menores de 2 años justificaría la inclusión de la vacuna conjugada heptavalente en el calendario vacunal. Además la administración de esta vacuna disminuirá teóricamente la resistencia del neumococo a la penicilina.

16.- MENINGITIS TUBERCULOSA CAUSADA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS RESISTENTE A ISONIAZIDA

Pérez-Belmonte E, Madrigal V, Lozano MJ, Pérez-Puente A, García-Calatayud S, Conde MJ, López-Vilar C, Lunar G, Martínez-Pedrosa C, Pérez-Guerrero A.
Pediatría. Hospital Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: Cada vez son más frecuentes las descripciones de enfermedad tuberculosa causada por cepas resistentes a los tuberculostáticos habituales. Presentamos un caso de meningitis tuberculosa por *Mycobacterium tuberculosis* resistente a isoniazida.

Caso clínico: Varón de 18 meses, sin antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares: abuelo y dos tíos maternos afectados de tuberculosis en los dos últimos años. Ingresó por fiebre de 24 horas de evolución y cansancio en días previos. Hemograma normal. Rx tórax: hilio derecho prominente e infiltrado en lóbulo medio derecho. Mantoux: positivo. Ante la sospecha de TBC se inicia tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida. A las 7 semanas reingresa por febrícula desde el alta, y en los últimos días fiebre, asociando decaimiento, vómitos y marcha atáxica. Fondo de ojo: normal. EEG: lentificación en región occipital. Punción lumbar: leucocitos 1.600 (predominio linfocitario), glucosa 15 g/dL, proteínas 161 g/dL, ADA 28 U/L. TAC: hidrocefalia. Se asocia al tratamiento prednisona y estreptomina, con escasa mejoría. Estudio de inmunidad: normal. VIH: negativo. La modificación del tratamiento inicial, al aislarse una cepa resistente a isoniazida y etionamida, se sigue de mejoría clínica.

17. ESTADO INMUNITARIO FRENTE A TBC EN PEDIATRÍA. ÁREA DE PALENCIA

Sacristán A*, Casares I*, Cano A*, Lage J*, Gomez P*, González A*, Pérez I*, Alberola S*, Trigueros Y, Medrano R**, Moro E**, Ortega R**.**

**Pediatras. **Enfermeras de Pediatría. Centros de Salud: Pintor Oliva, Venta de Baños, Villamuriel, Guardo, La Puebla, Jardínillos. Palencia*

Objetivo: Conocer el estado inmunitario frente a la tuberculosis en Palencia.

Material y métodos: Pacientes de 10 a 14 años que acuden a la revisión de salud en pediatría en la segunda mitad del 2001. En 6 Zonas de Salud. Se les practicó encuesta de carácter socio sanitario e intradermoreacción según técnica de Mantoux. Para el análisis estadístico se empleó el programa Sigma Plus.

Resultados: Se practicó PPD a 311, encuesta sociofamiliar a 281. 49,8% procedía de Palencia capital. Edad media 12,3+/-1,4 a, varones el 48,9%. Promedio de convivientes por familia 4.1 (de 2- a 10). Tabaquismo pasivo el 61,9% siendo fumador activo solo un paciente. Cuatro niños pertenecían a centros de acogida infantil y otros 3 niños fueron considerados población marginal (ninguno fue positivo). Referían contacto frecuente con los abuelos el 7,8%. Visitaban instituciones cerradas el 2,2%. Frecuentaban o eran ellos mismos inmigrantes el 8,1%. Padecían enfermedades crónicas favorecedoras de TBC en el entorno el 26,4%. Los padres ejercían profesiones de riesgo en el 12%. Cuatro niños estaban vacunados de TBC siendo todos ellos negativos.

Seis niños (1,9%) resultaron positivos para PPD, de ellos 3 fueron estudiados entre los 11 meses y 10 años por contacto con TBC activo, uno a los 11 años por ser de procedencia asiática y existir EPOC en la familia. Los otros 2 pacientes fueron estudiados a los 12 y 14 años respectivamente por clínica compatible con TBC.

Discusión: La prevalencia de enfermedad ha sido de 0,6/100 y la de infección del 2,2%. El contacto con TBC activo es el único factor de riesgo encontrado. Por otro lado el número de inmigrantes atendidos en nuestras consultas es cada vez mayor por lo que nuestros esfuerzos deben ir dirigidos a la captación de población de riesgo asumiendo como tal las recomendaciones del último documento de consenso sobre TBC en España. Por lo que no parece estar justificada en nuestra área la realización de PPD a población sana como método de despistaje.

18. TUBERCULOSIS ESPLÉNICA EN UNA NIÑA CON INFECCIÓN POR VIH

Pérez Solís D, Touza Pol P, Callejo Ortea A.

Departamento de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

La infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en niños es un factor de riesgo para padecer tubercu-

losis (TBC). La forma mayoritaria es la TBC pulmonar, pero también son frecuentes las formas extrapulmonares y mixtas.

Presentamos el caso de una niña de 10 años con infección por VIH categoría A2 hospitalizada por fiebre sin foco de unas horas de evolución. Mantoux positivo 9 meses antes tras contacto familiar bacilífero, recibiendo isoniacida 6 meses. Recibe estavudina, lamivudina y ritonavir. Al ingreso palidez, astenia, adenopatías laterocervicales e inguinal con hepatoesplenomegalia. Radiografía de tórax al ingreso sin hallazgos. Se detectan *Klebsiella pneumoniae* en sangre, *Candida albicans* en heces e imágenes ecogénicas en bazo, pero pese a antibióticos de amplio espectro y anfotericina B persiste fiebre y astenia. En nueva radiografía de tórax aparece patrón miliar y se recibe cultivo de aspirado gástrico con *Mycobacterium tuberculosis*. TAC abdominal muestra lesiones focales esplénicas y absceso periférico. Ante la falta de respuesta a tratamiento antituberculoso se realiza esplenectomía con resolución del cuadro. Estudio anatomopatológico confirma esplenitis, pancreatitis y linfadenitis tuberculosas.

Los niños infectados por VIH suelen desarrollar TBC por primoinfección más que por reactivación. La tuberculosis diseminada suele presentarse como fiebre de origen desconocido y su diagnóstico puede ser difícil cuando coexiste con otras infecciones. La afectación esplénica es rara, y cuando no responde a tratamiento médico precisa esplenectomía.

19. CANDIDIASIS CONGÉNITA NEONATAL

Imaz A, Mata M, Santos G, Aragón MP.

Hospital Universitario de Valladolid.

Objetivo: Comprobar el incremento en la incidencia de candidiasis sistémica (CS) en los últimos diez años en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Valladolid.

Material y métodos: Estudio retrospectivo entre enero de 1992 y diciembre de 2001. Se realizó en dos periodos de 5 años: el primero entre enero de 1992 y diciembre de 1996 y el segundo entre enero de 1997 y diciembre de 2001. En total el número de recién nacidos (RN) ingresados fue de 3460: 1703 RN dentro del 1er período (48 RN al nacer pesaron <1.500 g) y 1757 RN en el 2º (61 RN <1.500 g).

Resultados: Se diagnosticaron 5 pacientes, de los que sólo uno correspondió al primer período. Todos presenta-

TABLA 1: CUANTIFICACIÓN DEL IMPACTO DEL PALIVIZUMAD EN PREMATUROS < 32 SEMANAS.

	Medidas de impacto				
Edad gestacional	RR (IC95%)	RRR (IC95%)	RAR (IC95%)	NNT (IC95%)	
< 32 semanas	7,87 (4,18_19,40)	39% (-76_79)	0,05 (-0,06_0,17)	18 (6_infinito)	
< 31 semanas	9,84 (5,11_27,11)	39% (-87_80)	0,06 (-0,08_0,22)	14 (4_infinito)	
< 30 semanas	12,11 (6,05_38,45)	38% (-10,2_81)	0,08 (-0,12_0,28)	12 (3_infinito)	

ron un peso inferior a 1.500 g con una media de 988 g y rango 770-1.160 g. La media de edad gestacional fue 28 semanas con rango 25-30. La incidencia osciló del 0,58% en el primer período al 2,27% del 2º por mil RN ingresados. La tasa de incidencia referida a los neonatos de peso inferior a 1.500 g varió de 20,8 al 65,57%. El riesgo relativo se multiplicó por 3,15 en el 2º período respecto al 1º. Se demuestra una asociación entre CS y peso <1.500 g con el estadístico (2 (p<0,5).

Dos casos fueron candidiasis congénita (CC) con afectación cutánea generalizada al nacimiento, procedentes de un embarazo gemelar de alto riesgo por drogadicción materna. Esta viene definida por infección antenatal ascendente desde la vagina materna con afectación mucocutánea generalizada. Tres casos correspondieron a sepsis, debutando uno en la 1ª semana y los otros dos en el 10º día. La clínica de la CS es la de una sepsis de instauración larvada con signos y síntomas multiorgánicos. La afectación del SNC es posible, siendo más frecuente la meningitis. Todos presentaron como factores de riesgo: antibioterapia i.v., utilización de catéteres invasivos, nutrición parenteral y ventilación mecánica. El diagnóstico se basó en cultivos positivos de sangre y orina objetivándose en cuatro crecimiento por *C. albicans* y en uno *C. parasylopsis*. El tratamiento en uno fue con Anfotericina B convencional y en los restantes con Anfotericina B complejo lipídico, asociándose en el caso de afectación del SNC 5-fluorocitosina. La evolución fue favorable, sin registrar exitus.

Conclusiones: Se constata un aumento de la incidencia de CS en la unidad neonatal, afectando a RN pretérminos de peso < 1500 g, multiplicándose el riesgo relativo en los últimos 5 años en 3,15. La infección por cándida ha pasado a ser el 2º patógeno más frecuente tras *S. epidermidis*, debiéndose considerar el uso de antifúngicos en el tratamiento empírico de la sepsis neonatal tardía del pretérmino con factores de riesgo asociados.

20. ESTIMACIÓN DE LA REPERCUSIÓN DE PALIVIZUMAB EN PREMATUROS DE 32 SEMANAS O MENOS

Robles García MB, Castañón López L, Martínez Badás JP, Lapeña López de Armentia S, Díaz Moro A, Mallo Castaño J.

Servicio de Pediatría del Hospital de León. León.

Introducción y objetivos: La medicina basada en la evidencia incorpora términos que expresan de manera muy evidente los beneficios de utilizar una actuación de prevención. Considerando como referencia el estudio Impact⁽¹⁾, el objetivo es estimar el esfuerzo a realizar para evitar un ingreso de bronquiolitis.

Métodos: Criterios de inclusión: prematuros de edad gestacional < a 32 semanas nacidos en el Hospital de León del 1-03-95 al 31-12-98 y con diagnóstico de bronquiolitis⁽²⁾. Medidas de impacto⁽³⁾: Riesgo relativo (RR), Reducción relativa del riesgo (RRR), Reducción absoluta del riesgo (RAR) y Número necesario para tratar (NNT).

Resultados: De una muestra de 7.766 pacientes, un total de 56 (12,93% de todos los prematuros) cumplieron criterios de inclusión. En 8 (14,29%) se diagnosticó bronquiolitis y en 7 (87,5%) se aisló VRS. Medidas de impacto (Tabla I).

Conclusiones: En la población a estudio, el punto óptimo de corte para la administración de palivizumab son los prematuros con edad gestacional < 30 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palivizumab, a humanized respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalisation from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants. The Impact-RSV Study Group. *Pediatrics* 1998; **102**: 531-7.
2. McConnochie KM. Bronchiolitis. What's in the name? *Am J Dis Child* 1983; **137**: 11-3.
3. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of treatment. *N Engl J Med* 1988; **318**: 1728-33.

SESIÓN 3. Viernes 19. 16:00 horas. Sala B (4ª planta)

MODERADORES: Dr. Victor Canduela Martínez. Cantabria. Dra. Susana Hernández Garrido. Palencia.

21. GANGLIONEUROMA MEDIASTÍNICO

Gallego Andrés S, Alberola López S, Nieto M*, Domínguez Vallejo J, Gutiérrez Dueñas JM**, Jardínillos CS.**

**S. Radiología. Hospital "Río Carrión". Palencia. **S. Cirugía Infantil. Hospital "General Yagüe". Burgos.*

Introducción: El ganglioneuroma es un tumor neurogénico benigno que deriva de los ganglios simpáticos, y está compuesto por células ganglionares maduras y células de Schwann. Es poco frecuente (se estima en 1/100.000 niños) apareciendo en pacientes mayores de 7 años. La localización más frecuente es el mediastino, seguido por el retroperitoneo.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 13 años de edad que, en el curso de un preoperatorio por fractura de húmero, presenta un ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax.

Antecedentes familiares y personales: Sin interés en relación con el proceso actual.

Exploraciones complementarias:

Radiografía de tórax: imagen de masa fusiforme que impronta pulmón izquierdo, de unos 4-5 cm de eje largo.

Análítica a destacar: Alfetoproteína 1,9 ng/mL. Antígeno carcinoembrionario 0,6 ng/mL. Noradrenalina: 27 mcg/L. Adrenalina 4 mcg/L. Dopamina 190 mcg/L. Enolasa específica neuronal en suero: 5,2 ng/mL. Ácido 5-hidroxi-indolacético en orina: 4,3 mg/L. Ácido Vanilmandélico en orina: 2,8 mg/L.

TAC torácico: imagen de masa en mediastino posterior, que no ensancha los agujeros vertebrales ni parece existir afectación ósea, sugerente de tumor neurogénico, probablemente de estirpe ganglionar.

RMN: La imagen paravertebral no invade el canal medular.

Isótopos: I¹³¹ metaiodo-bencil-guanidina (MIBG). Mínima cantidad patológica paravertebral izquierda en mediastino posteromedial que podría estar en relación con la tumoración.

Evolución: Se extirpa la tumoración, con postoperatorio sin alteraciones.

Comentario: Como en nuestro paciente, más del 50% de estos tumores son un hallazgo casual en el curso de una exploración por otro motivo. La sintomatología aparece cuando alcanzan un gran tamaño, o más precoz en los tumores malignos. El tratamiento quirúrgico es curativo.

22. OSTEOSARCOMA VERTEBRAL

Huidobro B, Merino JM, Schuffelmann S, Rodrigo J, Montero JM, Sánchez MC.

Sección de Escolares. Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción: El sarcoma osteogénico representa el 4% de las neoplasias infantiles. La localización más frecuente es la metafisis de huesos largos (fémur distal, tibia proximal y húmero proximal). El osteosarcoma vertebral representa el 0,85-2% de todos los osteosarcomas, la localización más frecuente es la columna lumbar. El 95% de los pacientes presentan dolor y el 80% alteraciones neurológicas. Radiológicamente se observan lesiones líticas o escleróticas en el 48 y 27% respectivamente. Presentamos las características clínicas, radiológicas, terapéuticas y evolutivas del osteosarcoma vertebral en relación a un caso clínico y revisamos la literatura.

Caso clínico: Adolescente de 14 años y medio de edad con clínica de radiculopatía, lumbalgia y disestesias en cara externa de ambas piernas. En la exploración, arreflexia rotuliana y Lassegue positivo a los 10°. Las técnicas de imagen realizadas (TAC, RNM, Gammagrafía) revelaban lesión lítica a nivel del cuerpo vertebral de L 4 compatible con espondilodiscitis vertebral. Tras evolución clínica desfavorable con tratamiento antibiótico se decide intervención quirúrgica con biopsia intraoperatoria compatible con osteosarcoma, realizándose corporectomía total de L 4 y sustitución con prótesis de Moss. La paciente recibe tratamiento quimioterápico según el protocolo de la Sociedad Española de Oncología Pediátrica durante 42 semanas al cabo de las cuales presenta remisión completa de la enfermedad.

Conclusiones: El osteosarcoma vertebral es una rareza. La evolución depende del control de la enfermedad local.

23. RABDOMIOMAS CARDIACOS MÚLTIPLES

Montero JM, Álvarez T, Camino A, Merino JM, Schuffelman S, García D, Sánchez MC, Huidobro B.

Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción: El objetivo de nuestra comunicación es demostrar la importancia de un hallazgo ecocardiográfico casual para el diagnóstico de una enfermedad.

Caso clínico: Neonato de 24 horas de vida en el que se practica una ecografía cardiaca detectándose tres tumores cardiacos localizados en ventrículo izquierdo. Durante la evolución no ha presentado clínica cardiaca y sí disminución del tamaño de las masas.

Discusión: Los tumores cardiacos en la infancia son una infrecuente entidad. Predominan los tumores benignos y entre ellos el rabdomioma es el más frecuente. El pronóstico se relaciona con la localización, el tamaño y el diagnóstico precoz. Pueden producir manifestaciones cardiacas sistémicas y embólicas. La prueba princeps de diagnóstico es la ecografía cardiaca.

El tratamiento variará en función de la benignidad del tumor y de la sintomatología acompañante.

24. PANHIPOPITUITARISMO SECUNDARIO A CRÁNEO-FARINGIOMA EN NIÑO CON ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU

Schuffelmann S, Rodrigo J, Gutiérrez JM*, Macías L, Huidobro B, Merino JM.**

*Servicio de Pediatría. *Servicio de Cirugía Pediátrica.*

***Servicio de Oftalmología. Hospital General. Yagüe. Burgos.*

Adolescente de 14 años y 6 meses en la actualidad, que desde el nacimiento presenta retraso psicomotor de causa no aclarada, y que en el segundo año de vida presenta vómitos frecuentes, pérdida de apetito y estancamiento en la curva de peso, siendo diagnosticado mediante técnicas de neuroimagen de craneofaringioma. Se realiza resección total del tumor presentando en el período postoperatorio inmediato un cuadro de Diabetes Insípida, y posteriormente panhipopituitarismo por lo que sigue tratamiento hormonal sustitutivo. Cuando el niño tenía 7 años, su padre es diagnosticado de Enfermedad de Von Hippel-Lindau, por lo que se realizan exploraciones al niño detectando angioma reti-

na OD en región yuxtapilar, y quiste cortical renal en polo inferior de riñón derecho de menos de 3 cm. Sigue controles evolutivos según protocolo observando desde hace un año tumoración de cola de páncreas.

Se revisa el manejo del panhipopituitarismo secundario a craneofaringioma intervenido, y se actualiza el seguimiento en los niños portadores de Enfermedad de Von Hippel-Lindau.

25. TROMBOSIS DE LA VENA PORTA ASOCIADO A DÉFICIT DE PROTEÍNA S

Lunar G, López Vilar C, Conde MJ, Pérez Guerrero A, Ruiz A, Sanromán M, Pérez Gil E, Madrigal V, Lozano MJ.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: La trombosis de la vena porta es una de las causas más frecuentes de hipertensión portal extrahepática. Los déficits de proteína C y S son factores trombotogénicos y han sido implicados en la patogénesis de la trombosis de la vena porta en edad adulta.

Presentamos un paciente de 14 meses con hipertensión portal y varices esofágicas debido a trombosis de la vena porta en el que se ha detectado un déficit de proteína S.

Caso clínico: Niño de 14 meses que presenta, estando previamente bien, un episodio de sangrado digestivo severo que precisa transfusión de hemáties. Antecedentes familiares: madre HIV+, ADPV. Personales: Parto cesárea. Período neonatal: normal. Examen físico: Palidez de piel. No hepatomegalia. Bazo 3 cm. Ausencia red venosa colateral abdominal. Pruebas complementarias: Hemoglobina 6 g/dL. Plaquetas y función hepática normales. Serología TORCH, HIV, antiVHC negativos. VHB postvacunal: anti S positivo. Estudio hipercoagulabilidad: déficit de proteína S. Ecografía: hígado de tamaño y ecogenicidad normales e hipertensión portal severa con malformación cavernomatosa de la porta prehepática. Endoscopia digestiva alta: Varices esofágicas grado III-IV.

Conclusiones: El déficit de proteína S detectado en nuestro paciente probablemente ha condicionado la cavernomatosis portal y la hipertensión portal extrahepática. Esta asociación no ha sido descrita en edad pediátrica.

26. TUMORES TESTICULARES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Martínez-Almoyna Rullán C, Álvarez Muñoz V, García Saavedra S, Negro López F.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: Un 3% de los tumores testiculares aparecen en la edad pediátrica, grupo de edad en el que constituyen la séptima causa de patología tumoral. Por las características de nuestro Servicio (referencia para una población total superior al millón de habitantes), nos proponemos analizar la aparición de este tipo de neoplasias en la población pediátrica de nuestra región.

Material y métodos: Se analiza retrospectivamente nuestra casuística desde 1975 al año 2001 (ambos inclusive) mediante la recopilación de datos médicos obtenidos de aquellos pacientes intervenidos por patología tumoral testicular. Se han recuperado los datos de filiación, edad, método diagnóstico, tipo histológico y estadio, método terapéutico y evolución.

Resultados: Hemos analizado 12 casos de neoplasias testiculares tratadas quirúrgicamente, de los que nueve corresponden a tumores primarios del testículo (carcinoma embrionario n=4, teratoma n=2, rabdomiosarcoma n=2, tumor de células de Leydig n=1) y tres a infiltraciones metastásicas (dos leucemias agudas linfoblásticas y un linfoma de Burkitt). La edad media al diagnóstico ha sido de 6 años, siendo ésta inferior en los casos de tumor primario ($x=5.3$) que en los casos de infiltración secundaria ($x=8$). El tratamiento en todos los casos ha sido la orquidectomía radical (extirpación completa de teste, cordón y anexo por vía inguinal). Los tratamientos quimioterápicos han variado con el paso del tiempo, mejorando la supervivencia de los pacientes con enfermedad avanzada. No se ha realizado extirpación de ganglios retroperitoneales en ningún caso. En los casos de tumor primario la supervivencia a cinco años ha sido del 77,7% y en los casos de enfermedad metastásica del 66,6%.

Conclusiones: Los tumores testiculares presentan peculiaridades clínicas, histológicas y terapéuticas que los diferencian de los tumores testiculares en el adulto (mayoritariamente seminomas). La aparición de los regímenes terapéuticos basados en el platino y el valor de la α -fetoproteína

en el diagnóstico y seguimiento de estos tumores ha supuesto un importante avance en el manejo de estos pacientes en las últimas tres décadas. Nuestra serie confirma la mayor frecuencia de aparición de tumores del saco vitelino así como la temprana detección de la mayoría de estas neoplasias en la edad pediátrica.

27. ABSCESO DEL PSOAS EN NIÑOS. EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE REFERENCIA (1975-2002)

Martínez-Almoyna Rullán CM, Álvarez Muñoz V, García Saavedra S.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

El absceso del músculo psoas (AP) es una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico, más frecuente en adultos. Fueron descritos por vez primera por Mynter en 1881 utilizando el término "psoitis" primaria y secundaria. Durante la última década, el número de casos diagnosticados ha aumentado como consecuencia del uso generalizado de técnicas de imagen (ecografía, TAC, RNM). Los AP primarios son más frecuentes (75%), llegando a considerarse patología endémica de países subdesarrollados y tropicales, y en los últimos años se ha asociado con frecuencia a estados de disminución de la inmunidad, adicción a drogas por vía parenteral, diabetes, insuficiencia renal crónica, etc. El germen predominante suele ser el *Staph. Aureus* (90%). Los secundarios están relacionados con procesos infecciosos de estructuras vecinas (riñón y vías urinarias, páncreas, colon, columna vertebral, articulaciones sacroilíacas y coxofemorales), siendo las más frecuentes las de origen digestivo. La incidencia de tuberculosis ha descendido de forma importante en el último decenio, aunque es más frecuente en países del tercer mundo. El 80% de los gérmenes aislados es de origen entérico. Su aparición en niños es poco frecuente, con sintomatologías engañosas, y no siempre es posible mantener un tratamiento conservador. Se presenta la experiencia de tratamiento de cinco casos de AP tratados durante un periodo de 27 años (1975-2002) en un Servicio de Cirugía Pediátrica de un Hospital de tercer nivel. Su evolución ha sido dificultosa en dos casos, requiriendo prolongados drenajes quirúrgicos, con

ausencia de mortalidad global y curación sin complicaciones secundarias finales. Se discuten sus posibles causas etiológicas, y los cambios habidos en el diagnóstico y tratamiento con los nuevos métodos de imagen. Se concluye en la necesidad de una sospecha clínica, drenaje del absceso, adecuada y prolongada cobertura antibiótica, y, en su caso, tratamiento de la causa, si la hubiere.

28. ESPLENOMEGALIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CAVERNOMATOSIS PORTAL

Curros B, Ruíz del Árbol P, Pardo R, Prieto S, Bousoño C, Ramos E.

Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La hipertensión portal en niños tiene como causa principal la obstrucción extrahepática de la vena porta, siendo el sangrado digestivo la forma más frecuente de presentación. Se presenta el caso de un niño con esplenomegalia como primera manifestación clínica.

Caso clínico: Varón de 4 años que acude a Urgencias por cuadro febril de 2 días de evolución, acompañado de dos vómitos con restos de sangre oscura. Deposiciones oscuras en semanas previas. Entre los antecedentes personales destacaba una esplenomegalia de 6 meses de evolución, en regresión en controles ecográficos. Exploración física: Palidez mucocutánea. Restos de sangrado en fosas nasales. ACP normal. No hepatomegalia. Polo de bazo palpable.

Estudios: Hb 6,5 g/dL; Hto 18,8%; 113.000 plaquetas, sin hemólisis. Coagulación normal. Endoscopia digestiva alta: varices esofágicas grado III/IV a partir de 1/3 inferior esófago. Ecografía abdomen: cavernoma portal con flujo permeable. Angio-TAC: Cavernoma portal con esplenomegalia e hipertrofia de lóbulo hepático.

Inicio de tratamiento con propranolol y nutrición parental hasta realización de escleroterapia endoscópica de varices. Reintroducción de alimentación oral, manteniéndose el tratamiento con propranolol.

Conclusiones: La esplenomegalia en niños puede ser manifestación de la existencia de hipertensión portal, precediendo al sangrado de las varices. La escleroterapia endoscópica de éstas constituye, al igual que en adultos, el tratamiento de elección.

29. CARDIOPATÍA REUMÁTICA EN LA INFANCIA

Puente Sánchez MC, Fernández Álvarez-Robles B, Jiménez Casso MS, Penela Vélez de Guevara MT, Gracia Remiro R, Cuadrado Bello P.

Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

Introducción: La cardiopatía reumática es la enfermedad cardiovascular más frecuente en niños en el África Subsahariana. Su prevalencia continúa siendo elevada en estos países, pese a que su prevención sea fácil, barata y eficaz, manteniéndose entre un 0,1-2%.

Las manifestaciones cardíacas más frecuentes son la insuficiencia mitral y aórtica.

Caso clínico: Varón de 13 años procedente de Camerún, con antecedente de amigdalitis de repetición, diagnosticado en su país de insuficiencia mitro-aórtica severa e intervenido en España hace dos años, implantándose doble prótesis metálica mitral y aórtica. Una vez en su país se pautó tratamiento diurético, digitálico y anticoagulante, con cumplimiento irregular y esporádico, presentando múltiples sangrados y disnea de esfuerzo. En ecocardiograma actual de control presenta leve estenosis de la prótesis mitral y moderada de la aórtica.

Discusión: La cardiopatía reumática es un claro ejemplo de enfermedad cardíaca evitable. Su hallazgo en niños es excepcional en nuestro país, aunque continúa siendo endémica en distintos países en vías de desarrollo.

Una vez se ha establecido una insuficiencia mitral o aórtica severa, el único tratamiento efectivo es el quirúrgico, para lo que es fundamental la cooperación internacional.

Es preferible la valvuloplastia, ya que el tratamiento anticoagulante requerido tras la implantación de una válvula artificial, rara vez es posible de mantener y controlar en sus países de origen.

30. DERMATOMIOSITIS JUVENIL. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Puente Sánchez MC, Santana Rodríguez C, Gracia Remiro R, Penela Vélez de Guevara MT, Palacios Sánchez JL*, Cuadrado Bello P.

*Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. *Centro de Salud Segovia I. Segovia.*

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una enfermedad multisistémica idiopática poco común, carac-

terizada por debilidad muscular simétrica, lesiones cutáneas típicas, calcinosis tardía y vasculitis con posible afectación de aparato digestivo y miocardio. El diagnóstico en estadios iniciales puede ser complicado en ausencia de afectación muscular. El tratamiento corticoideo precoz mejora considerablemente el pronóstico.

Caso clínico: Niño de 12 años remitido a consulta de Alergia por eritema periorbitario de 3 meses de evolución refractario a corticoides tópicos. AF: Padre espondilitis anquilopoyética y enfermedad de Crohn; madre dermatitis de contacto.

EF: Rash y edema palpebro-malar, lesiones papulo-eritemato-descamativas en superficie de extensión de manos, codos y rodillas. Debilidad muscular simétrica proximal.

PC: Elevación de enzimas musculares con VSG normal. Autoanticuerpos negativos. EMG: cambios miopáticos. Ecocardiograma: insuficiencia mitral leve. Rx tórax, espirometría, estudio gastroduodenal, densitometría y fondo de ojo normales.

Se inició terapia esteroidea, con mejoría clínica importante y normalización de enzimas musculares a las 6 semanas, momento en el cual comenzó rehabilitación. A los tres meses presentó recaída que requirió asociación de metotrexate.

Discusión: La DMJ debe ser sospechada en niños con debilidad muscular y/o afectación cutánea característica. El tratamiento precoz con corticoides es de vital importancia para disminuir la morbilidad de complicaciones sistémicas. En casos refractarios, toxicidad corticoidea o factores de mal pronóstico, deben valorarse otros agentes inmunosupresores.

SESIÓN 4. Sábado 20. 09:00 h. Sala A (entreplanta)

MODERADORES: Dra. María Fernández Francés. Asturias. Dra. María del Real Llorente. Palencia.

31. SÍNDROME DE WEST: FACTORES ETIOLÓGICOS

Rodríguez Dehli C, Pérez Solís D, de Juan Frigola J, Villanueva López F*, García López C*

Departamento de Pediatría. Neurofisiología Infantil. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción: El síndrome de West (SW) se caracteriza por la presencia de “espasmos”, detención o regresión

del desarrollo psicomotor y EEG intercrítico de hipsarritmia.

Objetivo: Conocer la distribución etiológica del SW en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo de 16 niños con SW ingresados por primera vez desde 1995 a 2001, siguiendo la clasificación etiológica (criptogénicos y sintomáticos) de la ILAE 1989.

Resultados: 16 niños con relación varón:mujer de 1,7:1. Edad media al comienzo de los espasmos: 7 meses (rango 2-14 meses), con una demora media del diagnóstico de 0,9 meses. Antecedentes familiares de desórdenes neurológicos en 3 casos. Bajo peso al nacimiento: 11 (68,7%), 3 de ellos <1.000 g. El 81% presentaba anomalía en la exploración neurológica. Se identificaron 12 casos sintomáticos (7 de origen prenatal, 4 perinatal y 1 postnatal), 3 como criptogénicos y 1 caso como idiopático. Desaparición de la hipsarritmia tras iniciar tratamiento (ácido valproico 12 pacientes, tetracosáctido 10 pacientes, vigabatrina 8 pacientes y topiramato 1 paciente) en el 81% de los casos (mediana de tiempo de desaparición de 16 días).

Conclusiones: Las nuevas tecnologías permiten identificar como sintomáticos un mayor número de pacientes. Persiste una importante demora en el diagnóstico por la confusión de los “espasmos” con otros episodios paroxísticos no epilépticos, principalmente cuando hay daño neurológico conocido. La simple sospecha clínica obliga al estudio EEG que confirme o descarte hipsarritmia. No obstante, las malformaciones o lesiones preexistentes son el condicionante principal del sombrío pronóstico de los SW sintomáticos.

32. REFLEXIONES SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA TRAS EL ESTUDIO DE 21 PACIENTES

Conde M^aJ, Baza C, Herranz JL*, Arteaga R*, Gómez-Ullate J**.

*Servicio de Pediatría, *Neuropediatría y **Neonatología.*

Hospital M. Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: La parálisis braquial obstétrica (PBO) tiene una incidencia relativamente elevada, habiéndose detectado en Cantabria en 1 de cada 1.000 recién nacidos vivos

durante los últimos 10 años. Las exploraciones diagnósticas y las medidas terapéuticas deben realizarse necesariamente con una cronología rigurosa durante los primeros meses de vida, porque de ello puede depender la normalización clínica o el padecimiento de secuelas motoras graves.

Material y métodos: Se ha valorado la Historia Clínica de 21 niños nacidos en Cantabria con PBO desde el año 1994, analizando los datos del parto, los signos clínicos al nacimiento y en los controles posteriores, así como los estudios de imagen, y la situación neurológica en la actualidad.

Resultados: Tras la valoración de todos estos datos apreciamos: 1) un aumento de la incidencia de PBO durante los últimos años; 2) una gran variabilidad en la metodología diagnóstica empleada, así como en el tipo y en la periodicidad de los controles realizados a los pacientes.

Conclusiones: Se recomienda valorar y controlar a los niños con PBO mediante el protocolo diagnóstico-terapéutico que se describe, con el fin de prevenir el desarrollo de secuelas motoras irreversibles a largo plazo.

33. TOPIRAMATO, UNA NUEVA ALTERNATIVA EN LA PROFILAXIS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON MIGRAÑA

Herranz JL, Campistol J*, Campos J, Casas C***.**

*Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. *Hospital Universitario San Juan de Dios. Barcelona. **Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. ***Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

En la etiopatogenia de las cefaleas migrañosas se ha demostrado desequilibrio de iones y neurotransmisores -GABA, glutamato-, que pueden regularizarse con algunos fármacos antiepilépticos.

En un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, se valora la eficacia y tolerabilidad del topiramato (TPM) en 24 niños (6 a 14 años) con frecuentes crisis de migraña sin aura (15) o con aura (9), de intensidad I (1), II (7), III (11) o IV (5 casos) según el cuestionario MIDAS, tras fracasar la profilaxis con flunaricina (11), ciproheptadina (10), propranolol (5) o amitriptilina (1).

Tras un periodo basal de 2 meses, se administró 0,5-1 mg/kg/día TPM, con aumento semanal de la dosis del fármaco hasta un máximo de 6 mg/kg/día, valorando durante 4 meses la frecuencia, intensidad y duración de las migrañas y la tolerabilidad del fármaco. La eficacia del TPM fue excelente en 50% y buena en 33% de pacientes; la tolerabilidad del fármaco fue excelente en 43,5% y buena en 52,2% de casos, de modo que el estado general de los pacientes al final del estudio fue mucho mejor en 50%, bastante mejor en 37,5%, ligeramente mejor en 8,3% y similar en 4,2% de casos. Las dosis medias de TPM administradas fueron de 3,1 mg/kg/día a los 2 meses y de 3,5 mg/kg/día a los 4 meses de tratamiento, repartidas en 2 dosis diarias.

34. NEURITIS ÓPTICA, UN PROBLEMA CLÍNICO DE ESPECIAL TRASCENDENCIA DURANTE LA INFANCIA

Pérez Guerrero A, Pérez-Belmonte E, Herranz JL, Arteaga R, Conde M^AJ, López-Vilar C, Lunar G, Martínez-Pedrosa C.

Neuropediatría. Hospital Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: La neuritis óptica puede representar la primera manifestación de una esclerosis múltiple.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de niños ingresados por neuritis óptica desde el 1.1.1990 al 31.12.2001.

Resultados: Se diagnosticaron 8 niños (9 a 13 años), ingresados con dolor ocular y pérdida de agudeza visual en 6 casos, diplopía en 1, y el otro como hallazgo casual, objetivándose exclusivamente la neuritis óptica, unilateral en 5 y bilateral en 3 casos; PEV con mayor latencia y menor amplitud de la respuesta en 4 casos; RM con engrosamiento del nervio óptico en 2 casos, y focos de desmielinización en 1 caso; serología positiva a *Borrelia* en 2 casos; LCR, analizado en 3 casos, con pleocitosis en 2 casos y serología IgM + a *Borrelia* en 1 caso, sin bandas oligoclonales. Tratados con corticoides, remitieron los síntomas en 6 casos, persistiendo pérdida de agudeza visual en 2 niños, los que han recidivado, uno a los 15 meses y el otro en 9 ocasiones.

Conclusiones: La neuritis óptica es un problema clínico relativamente frecuente durante la infancia, que debe ser

diagnosticado y tratado adecuadamente, siendo esencial identificar factores de riesgo de evolución hacia una esclerosis múltiple.

35. TRANSLOCACIÓN CROMOSÓMICA (13;16) Y MICROFTALMÍA

Pérez B, Cancho R, Carpintero I, Urueña C, Sánchez MJ, Andrés JM.

Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia.

Introducción: Las alteraciones del cromosoma 13 se asocian frecuentemente con alteraciones oculares. Presentamos un caso de translocación 13;16 con diversas malformaciones, entre las que destacaba una microftalmía bilateral

Caso clínico: 2º/2. Varón; recién nacido a término de peso adecuado para edad gestacional. Presenta ausencia aparente de globos oculares, con pedículo cutáneo en base de 5º dedo de mano izquierda. Se demuestra en TAC microftalmía bilateral, y catarata izquierda. Asimismo, presenta comunicación interauricular tipo ostium secundum y drenaje venoso anómalo pulmonar parcial. Cariotipo: 46 XY der(16) t(13;16) (q14; p13.3). Cariotipos paternos normales. A los dos meses el paciente muestra potenciales visuales positivos, reaccionando ante estímulos luminosos potentes. Desarrollo psicomotor normal por el momento.

Comentario: Se aporta un caso de translocación 13;16 “de novo”, con un patrón malformativo consistente en microftalmía, hexadactilia incompleta y cardiopatía. En nuestro conocimiento, se trata del primer caso descrito con esta cromosomopatía y las malformaciones citadas.

36. “ESTATUS ASMÁTICO” EN PACIENTE PORTADOR DE MIOPATÍA

Alins Sahún Y, Centeno Malfaz F, González Armengod C, Zulueta Garicano C, Torrecilla Cañas J, Marín Urueña S.

Hospital Universitario Río Hortega. Departamento de Pediatría. Valladolid.

Varón de 27 meses de edad que consulta por dificultad respiratoria brusca y apneas, precedida de cuatro catarral de 15 días de evolución.

Antecedentes personales: Miopatía en estudio (pendiente de biopsia muscular y estudio genético). Alergia a proteínas de leche de vaca y huevo. No episodios previos de broncoespasmo.

Exploración física: Afebril. Obnubilado. Intensa dificultad respiratoria (Wood-Downes: 8). Hipoventilación izquierda, estertores diseminados. FR: 42. Sat O₂: 85%.

Evolución: Tras fracaso de aerosolterapia convencional se inicia perfusión endovenosa de Aminofilina y Metilprednisolona, y Salbutamol en inhalación continua, asociando Cefotaxima intravenosa. El paciente empeora clínicamente, con retención progresiva de CO₂, por lo que se añade perfusión continua de Salbutamol intravenoso. Ante los signos de fatiga y disminución del estado de conciencia se decide intubación y ventilación mecánica. Gasometría pre-intubación: pH: 7,16, pCO₂: 77. Parámetros ventilatorios: Volumen Tidal espirado de 80-90 mL, FR:17, T. Inspiratorio: 20%, FiO₂ inicial: 100% (40% a las 6 horas), realizando PIPs de 25-30 cmH₂O. Una vez estabilizado, se traslada a UCIP del hospital de referencia, precisando asistencia ventilatoria durante 11 días y nutrición enteral. Biopsia compatible con Atrofia Muscular Espinal. Reingresa en nuestro hospital para completar tratamiento, reintroducción de la alimentación oral y seguimiento.

SESIÓN 5. Sábado 20. 09:00 horas. Sala B (4ª planta)

MODERADORES: Dr. José María Maillo del Castillo. Ávila. Dra. Carmen Urueña Leal. Palencia.

37. VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN “HÁBITOS DE SALUD E HIGIENE BUCODENTAL”

Medrano López RM, Hernández Vázquez AM, Sacristán A*, Gómez P*.

*Diplomados U. en Enfermería-Consulta de Enfermería Pediátrica. *Pediatria. Centro de Salud “Pintor Oliva” Palencia.*

Introducción: Durante el año 2001 llevamos a cabo dentro de las actividades de Educación para la Salud, una actividad que pretende promover y fomentar conocimientos y habilidades que ayuden a conservar y mejorar

la salud bucodental de los *Escolares* de esta zona Básica de salud.

Se desarrolla en 9 *colegios*, a un total de 458 *alumnos* de 5º y 6ª de Primaria, con la colaboración de 20 profesores.

Objetivos: 1. Mejorar la Salud bucodental entre los escolares. 2. Enseñar hábitos de limpieza adecuados. 3. Promoción de hábitos de alimentación saludable. 4. Difundir conceptos básicos de enfermedades buco-dentales. 5. Fomentar la relación entre los profesionales de la salud y los escolares.

Material y métodos: Se imparten los conocimientos en charlas de una hora, apoyadas en: diapositivas ilustrativas y amenas, en un Fantoma, cepillos y seda dental.

Abordamos tres áreas, y una encuesta de 7 preguntas.

- Estructura, funciones y tipos de dientes.
- Cepillado dental, uso de seda.
- Alimentación saludable.

Desarrollo: Se contesta un cuestionario de 6 preguntas antes de impartir la charla sobre hábitos higiénicos en salud bucodental y una 7ª al final, evaluando la actividad.

Se explican las áreas mencionadas con preguntas al final de cada actividad, y prácticas de cepillado ayudados del Fantoma y de seda dental.

A los 3 meses se distribuye la encuesta de nuevo para comparar los resultados.

Conclusiones:

- El nivel de conocimientos teóricos es aceptable.
- La técnica usada en la higiene bucodental es errónea, en el cepillado y en el tiempo invertido.
- Conocen en general los hábitos dietéticos correctos, aunque no siempre los practican.
- Desconocen las enfermedades más comunes de los dientes y encías así como sus consecuencias para la salud general.
- No hay diferencias entre la encuesta previa y la que contestan a los tres meses. Luego, saben lo que hay que hacer, aunque lo hacen mal o no lo hacen.
- En las revisiones de salud se constata que mejora la higiene y el interés después de la charla.
- Falla el hábito en el domicilio, la labor de los Padres es fundamental para crear hábito.
- Es necesario difundir la charla a Padres y profesores.

38. PREVALENCIA DE INTOLERANCIA A PROTEÍNAS VACUNAS EN MENORES DE 2 AÑOS EN EL ÁREA SANITARIA DE PALENCIA

Carrasco E, Alberola S*, Carpintero I, Cancho R, Andrés JM.

*Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. *Pediatra. CS Jardínillos. Palencia.*

Introducción: La intolerancia a proteínas vacunas (IPV) es una entidad muy prevalente en nuestro medio y mas que en otras regiones de España. Hasta el momento actual la administración sanitaria solo financia aquellos casos con edades inferiores a 2 años, debido al elevado coste de los hidrolizados que se utilizan en la alimentación de los lactantes afectados de IPV.

Objetivo: Realizar un estudio de prevalencia sobre IPV en niños menores de 2 años en nuestro Área Sanitaria.

Población y métodos: El Área Sanitaria de Palencia tiene una población de 180.000 habitantes de los que 18.670 son menores de 14 años y 2.400 inferiores a los 2 años repartidos en 20 Zonas Básicas de Salud (ZBS). Con fecha 1 de febrero del 2002 se identifican 123 niños diagnosticados de IPV en tratamiento con dieta exenta de proteínas vacunar. Se realiza un análisis de todos los casos en función de su lugar de residencia y ZBS correspondiente, edad, sexo y consumo de hidrolizado.

Resultados: 79 casos (64,2%) viven en zona urbana; 104 (84,6) en la zona sur de la provincia. La edad media es 4,9 meses (IC al 95%: 4,5-5,4 m). 65 (52,8%) son varones. El consumo de botes tiene una mediana de 56 (Pc 25-75: 20-89). No existen diferencias significativas en la edad en función de la zona de residencia ni por sexos. Tampoco se encontraron diferencias en el consumo de botes por dichas variables.

La prevalencia de IPV para el conjunto de todos los niños menores de 2 años en nuestra provincia es de 51,25 por mil. Estratificados por lugar de residencia es de 58,3 por mil en la zona urbana y de 33,54 por mil en la rural. Respecto a la clasificación geográfica en la zona norte la prevalencia es de 25 por mil y en la sur de 42,33 por mil. La ZBS cuya prevalencia es más elevada se encuentra en Baltanás (138 por mil) existiendo 3 ZBS sin ningún caso (Carrión de los Condes, Villada y Villarramiel).

Conclusión: La provincia de Palencia presenta una elevada prevalencia de IPV en menores de 2 años (51 por mil)

agrupándose los casos en la zona sur de la provincia y en su capital.

39. SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO III. CASO CLÍNICO

Gracia Remiro R, Santana Rodríguez C, Sierra Pérez E, Reig Moral C, Puente Sánchez MC, Cuadrado Bello P.
Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

Introducción: Los síndromes poliglandulares autoinmunes (SPA) se caracterizan por una respuesta inmune dirigida contra varias glándulas endocrinas, asociada en ocasiones a otros desórdenes autoinmunes organoespecíficos no endocrinos. La clasificación más aceptada en la actualidad establece tres tipos. El tipo III se define por la asociación de una tiroidopatía autoinmune con uno o dos procesos autoinmunes (endocrinos o no) en ausencia de insuficiencia suprarrenal.

Caso clínico: Mujer de 15 años con antecedentes en abuela materna de diabetes mellitus tipo II e hipotiroidismo. A los 9 meses de edad presentó síndrome malabsortivo con sospecha de enfermedad celiaca, confirmada a los 4 años de edad. Desde los 2 hasta los 13 años se evidenció hipertransaminasemia cíclica estudiada y no filiada de probable origen autoinmune. A los 14 años ingresa por cetoacidosis diabética como debut de diabetes mellitus tipo I. En el estudio protocolizado en nuestro Servicio tras debut diabético se objetiva hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto. En la actualidad sigue dieta exenta en gluten y tratamiento hormonal sustitutivo con levotiroxina e insulina, no objetivándose hasta el momento otras enfermedades autoinmunes asociadas.

Discusión: Los SPA son entidades poco frecuentes, a menudo mal definidos y de mayor prevalencia en la edad adulta y sexo femenino. Su diferente expresividad clínica traduce la implicación de factores ambientales o genéticos todavía por determinar. Su frecuente agregación familiar y la sumación de diferentes entidades clínicas autoinmunes obligan al control clínico y/o bioquímico de los pacientes con antecedentes familiares o personales de autoinmunitopatías. La determinación sérica de autoanticuerpos organoespecíficos nos permite confirmar el diagnóstico de SPA y la identificación de individuos asintomáticos con riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes.

40. ENFERMEDAD CELÍACA: CLÍNICA Y CORRELACIÓN INMUNOHISTOLÓGICA

Sánchez MC, Merino JM, Huidobro B, Rodrigo J, Schuffelmann S, García-Faria C, García-Vaquero D, Montero JM, A Camino A.
Servicio de Pediatría. Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción: La presentación clínica de la enfermedad celiaca está cambiando, observándose formas clínicas mono-sintomáticas o incluso asintomáticas. El diagnóstico de sospecha se basa en la clínica, en los test inmunológicos y la confirmación en la biopsia intestinal. No obstante, no existe una perfecta correlación entre los test diagnósticos y los hallazgos histológicos de la biopsia intestinal.

Objetivo: Describir las características clínicas y la correlación inmunohistológica en niños con diagnóstico de enfermedad celiaca.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de enfermedad celiaca en un hospital terciario. Los pacientes se obtuvieron del registro de codificación de pacientes del hospital. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio e histológicos. La biopsia intestinal se valoró en cuatro grados: normal, atrofia vellositaria parcial, atrofia vellositaria subtotal y atrofia vellositaria total.

Resultados: Se evaluaron 57 pacientes. De ellos, el 68,4% eran niñas. Los síntomas clínicos más frecuentes fueron: peso bajo/curva lenta (70,2%), diarrea (66,7%), distensión abdominal (64,9%) y alteraciones del carácter (38,6%). Los datos analíticos más comunes fueron: anemia ferropénica/ferropenia (66,7%) e hipertransaminasemia (56,1%). Existían antecedentes familiares de enfermedad celiaca en un 17,5% y otras enfermedades asociadas en un 26,3%. Los anticuerpos antiendomiso de tipo IgA mostraron una excelente correlación con el grado de atrofia intestinal obtenido en la biopsia intestinal.

Conclusiones: El cuadro clínico de la enfermedad celiaca es más larvado de lo clásicamente referido, si bien siguen predominando los síntomas digestivos. Son frecuentes la anemia o ferropenia y la hipertransaminasemia. Los anticuerpos antiendomiso de tipo IgA son los únicos que muestran una correlación adecuada con el grado de atrofia intestinal.

41. HIPERTRANSAMINASEMIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE SHWACHMAN

Mallo J, Marugán JM, Castañón L, Díaz A, Villafañe C, Herrero B, Robles B.

Unidad de Gastroenterología Infantil. Hospital de León.

Introducción: El síndrome de Shwachman es un trastorno autosómico-recesivo caracterizado por insuficiencia pancreática exocrina, neutropenia cíclica, esteatorrea, talla baja y disostosis metafisaria.

Caso clínico: Lactante de 9 meses con hipertransaminasemia (GOT 110 GPT 105) detectada durante el estudio realizado por estancamiento póntero-estatural (peso: 6.280 (<3) talla: 64 (<3)). *A. familiares:* sin interés. *A. personales:* Embarazo con CIR, PRN: 2.353, Talla RN: 47, EG: 38 sem. *E. física:* Hipotrofia pónteroestatural, distensión y timpanismo abdominal, hígado bajo reborde costal, resto normal. *E. complementarias:* Hemograma: neutropenia (1.022 N), Bioquímica: GPT 136, GOT 92, resto normal incluido Fe, Cu sérico, ceruloplasmina y alfa 1-AT, Coagulación: normal, Ac. Antigliadina positivos con antiendomisio negativos, Proteinograma, EAB, S-S y orina de 24 horas con aminoácidos incluidos, cuerpos reductores en orina, inmunoglobulinas, H. tiroideas, lipidograma, colinesterasa, Electrolitos sudor, Uro, Copro y parásitos en heces, Serologías VHA, B, C, VEB, CMV, VIH, VHS y Lues, Rx esqueleto: dentro de la normalidad todas ellas, Biopsia yeyunal: Atrofia parcial vellositaria ligera, Eco abdominal: alteración grasa de la ecogenicidad pancreática, Biopsia hepática: Ligera fibrosis portal con arquitectura conservada sin nódulos ni infiltrados, compatible con hepatitis crónica inespecífica. En Laboratorio de referencia se realizan: Vitaminas liposolubles bajas, Lipasa baja (16), Amilasa baja (50), TIR y QT fecal bajas, Hb F elevada (6) y Van de Kamer: 7 g/24 h de grasa fecal.

Evolución y tratamiento: Favorable con normalización progresiva de deposiciones así como del peso y en menor medida de la talla, recibiendo enzimas pancreáticos, dieta hipograsa y complejos vitamínicos.

Comentarios: El síndrome de Shwachman es la segunda causa genética más frecuente de insuficiencia pancreática exocrina después de la fibrosis quística, su presentación inicial como disfunción hepática (hipertransaminasemia) es poco frecuente siendo la ecografía de gran utilidad en estos casos para sospecharla.

42. INGESTA DE VERDURA Y METAHEMOGLOBINEMIA EN EL LACTANTE

Martínez-Pedrosa C, Conde MJ, Lunar G, López Vilar C, Pérez Guerrero A, Ruiz A, Pacheco M, Lozano MJ.

Unidad de Lactantes. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander

Introducción: La metahemoglobinemia adquirida se puede producir por contacto o ingesta de diferentes productos tóxicos. Como consecuencia la hemoglobina se oxida irreversiblemente y es incapaz de captar oxígeno y cederlo a los tejidos. Clínicamente se manifiesta con cianosis que no responde a la oxigenoterapia. Presentamos 3 lactantes de más de 7 meses diagnosticadas de metahemoglobinemia en nuestro Servicio en los últimos 2 años.

Casos clínicos: Las 3 lactantes estaban previamente sanas y habían ingerido 1 a 3 horas antes de acudir a Urgencias puré de verduras, preparado en casa más de 24 horas antes y conservado durante un tiempo a temperatura ambiente.

El motivo de consulta fue cianosis, detectándose una saturación de oxígeno entre 79-92%. Una paciente ingresó en Cuidados Intensivos con sospecha de sepsis. Otra lactante ingresó por cianosis y en la tercera se sospechó metahemoglobinemia en Urgencias, detectándose una metahemoglobina de 36%. Las tres evolucionaron favorablemente. El puré analizado contenía niveles elevados de nitratos y nitritos.

Conclusiones: La ingesta de puré de verduras deficientemente conservado puede producir metahemoglobinemia en lactantes mayores de 6 meses.

Ante un lactante con cianosis sin patología asociada hay que pensar en esta entidad clínica. Su conocimiento evitará procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios.

43. ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Peña Valenceia A, González Armengod C, Centeno Malfaz F, Zulueta Garicano C, Torrecilla Cañas J, Bedate Calderón P.

Hospital Universitario Pío del Río Hortega. Servicio de Pediatría. Valladolid.

Niña de 15 meses con antecedente de bajo peso para la edad gestacional e infección por CMV neonatal. Infección

del tracto urinario con 6 meses. Acude al servicio de urgencias por cuadro febril y cojera de la pierna derecha, sin limitación de movimientos a la exploración, siendo diagnosticada de faringitis y sinovitis transitoria. Se recogen sistemático de sangre y hemocultivo. A los 3 días se contacta con la familia para nueva valoración de la niña por crecer neumococo en el hemocultivo. La niña continúa febril, con cojera y dolor; observándose además signos inflamatorios y limitación de movimientos.

Datos analíticos: leucocitos: 24.000, PCR máxima: 73. Se decide ingreso para artrotomía más drenaje con cultivo del exudado y tratamiento antibiótico con vancomicina iv. y cefotaxima iv. durante 10 días pasando posteriormente a vía oral. Se objetiva crecimiento de neumococo en el exudado articular.

44. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR PRIMARIA INFANTIL

Merino JM, García-Vaquero D, Montero JM, Sánchez MC, Huidobro B, Rodrigo J, Schuffelmann S, García-Faria C, Camino A.

Servicio de Pediatría. Hospital General Yagüe. Burgos

Objetivo: Describir las características clínico-radiológicas diferenciales de la tuberculosis pulmonar primaria versus neumonitis no tuberculosa en niños.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes menores de 18 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y una muestra aleatoria de pacientes con neumoni-

tis no tuberculosa tratados en nuestro centro. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Las radiografías de tórax, obtenidas al ingreso, fueron evaluadas independientemente por dos grupos de radiólogos que desconocían el diagnóstico clínico, de acuerdo a los siguientes patrones radiológicos: 1) consolidación parenquimatosa; 2) atelectasia; 3) linfadenopatía mediastínica; 4) derrame pleural; 5) patrón miliar; 6) complicaciones.

Resultados: Se evaluaron 212 y 145 niños con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y neumonitis no tuberculosa, respectivamente. La edad media de los niños con tuberculosis fue superior (8,3 + 5,3 vs 6,6 + 3,9, $p < 0,01$). La hipertermia y la tos predominaron en los niños con neumonitis no tuberculosa ($p < 0,01$) y los síntomas constitucionales (astenia, anorexia, pérdida de peso) y el dolor torácico en los niños con tuberculosis ($p < 0,01$). La leucocitosis, neutrofilia y elevación de la PCR fue más común en la neumonitis no tuberculosa ($p < 0,01$). Radiológicamente, la condensación parenquimatosa predominó en niños con neumonitis no tuberculosa (86 vs 47%, $p < 0,01$). La linfadenopatía hilar fue el patrón radiológico más común en la tuberculosis pulmonar (53 vs 30%, $p < 0,01$). La atelectasia se asoció más a la neumonitis no tuberculosa mientras que el derrame pleural y el patrón miliar fueron más frecuentes en niños con tuberculosis ($p < 0,01$). El derrame pleural tuberculoso predominó en la edad adolescente.

Conclusiones: Edad prepuberal y adolescencia, síntomas constitucionales, fiebre de bajo grado, linfadenopatía hilar, derrame pleural y patrón miliar se asocian más frecuentemente a tuberculosis pulmonar que a neumonitis de origen no tuberculoso.