

Comunicaciones

- SEPSIS NEONATAL TARDIA POR EGB CON PRESENTACION ATIPICA. **C. Fernández Zurita; L. Lagunilla Herrero; S. Ballesteros García; J. Llana Ruiz; B. García Norniella; J.L. Matesanz.** Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Asturias.

Desde el 1 de enero de 1994 al 30 de septiembre de 1998 se diagnosticaron 27 sepsis neonatales con hemocultivos positivos en nuestro Servicio. De ellas, 10 fueron por EGB, 5 por *E. coli*, 5 por enterococo y 7 por otros gérmenes (*Proteus*, *H. influenzae*, *Enterobacter*, *S. aureus*, *S. epidermidis* y *Candida albicans*).

De estas 27 sepsis, dos fueron sepsis tardías por EGB, con presentación clínica atípica como celulitis; una como celulitis facial preauricular y otra como celulitis de genitales externos. En ambos casos la analítica y los cultivos fueron diagnósticos y la evolución con antibioterapia satisfactoria.

- CALCIFICACION ARTERIAL IDIOPATICA DE LA INFANCIA: DIAGNOSTICO POST-MORTEM DE UN RECIEN NACIDO PREMATURO. **MJ. Gómez Mora; LM. Rodríguez; C. Nieves*; J. García; ML. García; E. Alvaro; D. López Cuesta.** S. de Neonatología y S. De Pediatría. *S. de Anatomía Patológica. Hospital de León.

La calcificación arterial idiopática de la infancia (CAII) es una entidad congénita rara, transmitida con una herencia autosómica recesiva y caracterizada por la proliferación de la capa íntima y por la presencia de calcificaciones en la lámina interna elástica de las principales arterias. Se recoge en la literatura, solamente, la descripción de aproximadamente 100 pacientes con esta patología, todavía poco conocida.

Su presentación clínica varía desde la muerte fetal intraútero a, ocasionales, supervivencias prolongadas, pero en la mayoría de los pacientes la muerte sobreviene antes de los 6 meses de vida y el diagnóstico se obtiene por la práctica de una autopsia. Las formas severas suelen manifestarse con parto prematuro o hidrops fetal, debido a la disfunción miocárdica ocasionada por el daño de las arterias coronarias, y, finalmente, con el fallecimiento en el periodo neonatal.

Nosotros presentamos un nuevo caso de CAII en un varón nacido tras una gestación que finalizó espontáneamente a las 27 semanas por vía vaginal. Se recogieron antecedentes ginecológicos de 6 embarazos previos, con muerte de uno de los recién nacidos a las pocas horas de vida, junto con la presencia de un polihidramnios severo en la gestación actual. Como suele ser habitual, el diagnóstico se obtuvo en el estudio necróscico realizado después de que el paciente sobreviviera durante sólo 10 horas.

Para nuestro conocimiento, se trata de uno de los primeros casos de CAII comunicados o publicados en nuestro país.

- HEMORRAGIA SUPRARRENAL NEONATAL. CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS Y DE ACTUACION CLINICA. **VM. Marugán. C. Ochoa; J. Marín; I. Martín Ureste; T. Casanueva; A. Carrascal.** Servicio de Pediatría, H. Virgen de la Concha (Zamora).

Se presenta un recién nacido con hemorragia suprarrenal unilateral. Es una entidad de relativa frecuencia en el neonato, que cursa habitualmente de forma unilateral y asintomática, incluso desapercibida; si bien en ocasiones, sobre todo en la de carácter bilateral, puede conllevar un importante compromiso clínico con insuficiencia suprarrenal aguda, hemorragia masiva o muerte.

Se trata de un varón sin A.F. de interés, procedente de primera gestación de 41s sin incidencias. Parto prolongado e instrumental (V.E.). Apgar: 9-10. Somatometría (P: 3.900g, T: 53cm, PC: 34cm.). Ingres a las 48h. de vida por hiperbilirrubinemia (15,2mg/dl) y masa abdominal derecha en la exploración clínica. Hemograma, glucosa, urea, ionograma y calcio normales. GS: O(+). Coombs negativo. En ecografía abdominal se detecta masa suprarrenal con áreas anecoicas compatible con hemorragia suprarrenal unilateral derecha, forma más frecuente de H.S.. Ante el diagnóstico se mantiene actitud clínica expectante con atención a la aparición de síntomas de insuficiencia suprarrenal, y al establecimiento de tratamiento precoz de la misma, o al compromiso por hemorragia masiva. Las hormonas adrenales, ionograma en suero y orina son normales. El niño perma-

necesario asintomático, no precisando tratamiento, salvo fototerapia. Se realiza control evolutivo con ecografías seriadas, que constituye la base para la confirmación diagnóstica y el diagnóstico diferencial con entidades similares, como el neuroblastoma quístico, quiste cortical o absceso adrenal.

El caso clínico presentado se ajusta a la forma más frecuente de H.S. y nos permite recordar una entidad clínica que en ocasiones obliga a un tratamiento precoz y enérgico.

— SUEÑO EN RECIÉN NACIDO. MELATONINA Y ACTIMETRÍA. **J. Ardura; R. Gutiérrez*; J. Andrés; MT. Agapito*; M. Revilla**; MP. Aragón.**
Dpto. de Pediatría, Biología* y Matemática Aplicada y Computación**. Universidad de Valladolid.

La melatonina (M) se conoce como uno de los zeitgebers más importantes en la integración de los ritmos biológicos del sistema circadiano y en particular como mediador de la oscuridad y reguladora del ritmo sueño/vigilia (S/V). En esta comunicación aportamos nuestra experiencia sobre el ritmo circadiano (RC) de M en recién nacidos (RN) sanos, y su relación con el ritmo S/V observado mediante actimetría. Si aceptamos que la melatonina es la llave que conduce al ritmo S/V, podemos establecer el supuesto de que el estudio clínico del S/V es un reflejo del ritmo de melatonina y de la función de la pineal

Material y métodos: La población de estudio corresponde a 11 recién nacidos a término sanos. Las muestras de melatonina se obtuvieron de orina con pautas integradas de 4 bloques horarios. Se congelaron y se cuantificaron por método de ELISA. Los datos concernientes al ritmo S/V se recogieron mediante registro de observación familiar y por métodos objetivos automáticos a través de actimetría. El análisis ritmométrico se llevó a cabo con el programa Ritmometric para análisis de cosinor simple, múltiple.

Resultados y comentarios: 1) Los RN no presentan ritmo circadiano de M, como casos ni como grupo (M 1,64 pg; A 0,84; Acrof. 06:35); tal como ha sido descrito en la literatura. Mientras que la actimetría muestra RC en 5 casos y en el grupo (M 1859; A 651; Acrof. 17:00, A inversa 05:00; $p > 0,043$) Las acrofases son similares: 06:35 para M y 05:00 para el sueño (inverso de la acrofase de actividad). Cuando se comparan los datos concernientes al inicio del sueño, acrofase de sueño, acrofase de M y las diferencias de fase entre ambas, 5 casos muestran diferencias de acrofase en torno a una hora, tres en el rango de las siete horas y otros tres en clara oposición de fase entre sueño y melatonina. Las mayores diferencias se presentan en los casos que no tuvieron RC de M ni de S/V y corresponden a los niños de edad inferior a 10 días. Sin embargo, los casos que tuvieron RC de S/V, mos-

traron acrofase superponibles. De la misma forma, los casos con RC de S/V, muestran inicio del sueño en torno a las 23 horas; mientras que hay gran dispersión en los que no tuvieron ritmo y que fueron los más jóvenes. Por tanto, en aquellos recién nacidos con ritmo circadiano S/V en actimetría, y edad comprendida entre 15 y 30 días las acrofases de sueño son equiparables a las de melatonina.

Conclusiones: 1) Los RN no tienen RC de M; 2) La actimetría muestra RC de S/V a partir de los 15 días de vida; 3) Las acrofases de M y sueño muestran aproximación a partir de los 15 días de vida, aunque no haya concordancia en el RC; 4) El registro actimétrico anticipa la estructuración del patrón de sueño respecto al establecimiento de RC de M.

— OSTEOGENESIS IMPERFECTA TIPO I. A PROPOSITO DE UN CASO. **C. Rubio; MJ. Hernández; MA. Sánchez; P. Gayol; E. Nava; P. González.**
Servicio de Pediatría. H. Virgen de la Vega (Salamanca).

Introducción: la osteogénesis imperfecta es una displasia ósea debida a defectos moleculares del colágeno. Cursa con manifestaciones esqueléticas (fracturas espontáneas o ante mínimos traumatismos, deformidades, osteoporosis) y extraesqueléticas (escleróticas azules, sordera, defecto de dentición). La incidencia es de 1/25.000-40.000 nacimientos. La forma más frecuente es la tipo I. Cuanto más precoz es el inicio de las fracturas, peor parece ser el pronóstico en cuanto a supervivencia y deambulación.

Caso clínico: Varón de 3 meses de edad, adoptado, con antecedentes familiares desconocidos, que ingresa en nuestro Servicio por fractura de fémur derecho. Diagnosticado de fractura de fémur izquierdo al mes y medio de edad.

Exploración: lactante con buen estado general, peso y talla en P-10, férula en miembro inferior derecho, miembro inferior izquierdo incurvado con acortamiento del muslo; posición en flexión de ambas extremidades. Miembros superiores normales. No artrogriposis. F.A.: 3x3,5; occipucio plano. P.C.: 38,3 (<P-3). Escleróticas azules.

Exámenes complementarios: en Rx: cráneo con defectuosa osificación de calota sin huesos wormianos. Costillas y vértebras normales. Fémures incurvados, con callo de fractura diafisaria en 1/3 superior de fémur derecho y fractura meta diafisaria del fémur izquierdo. Tibia y peroné: incurvación convexa de ambos. Exámenes complementarios normales.

Evolución: en la actualidad tiene 8 meses de edad; tuvo una nueva fractura de tibia derecha, aparentemente sin traumatismo, a los 7 meses. El estado general es bueno. Escleróticas azules. Peso, talla y P.C. por debajo del P-3. F.A. 2x2. No se sostiene sentado. Movilidad espontánea normal. Dos incisivos.

- ANEURISMA DE LA VENA DE GALENO. A PROPOSITO DE UN CASO. **M^aJ. Hdez Lozano; M.A. Sánchez; MC. Sánchez; M. Sánchez; P. González; A. Framiñán***. Hospital Virgen de la Vega. Servicio de Pediatría. *Servicio de Radiología.

Introducción: La dilatación aneurismática de la vena de Galeno (VG) es una malformación arteriovenosa congénita poco frecuente. Se puede manifestar clínicamente a cualquier edad. En el recién nacido lo puede hacer en forma de fallo cardíaco debido al gran flujo de sangre que atraviesa el aneurisma.

Caso clínico: RN a término varón. Nace por cesárea por macrocefalia diagnosticada ecográficamente. PN: 3.150gr. P. Cefálico: 37cm (P>90). Apgar 9-10.

Exploración: macrocefalia, FA 3X3NT, suturas dehiscentes. Exploración neurológica normal. Ausc. cardíaca: soplo sistólico II/VI en ápex, pulsos periféricos palpables. Resto normal.

Se realiza ecografía transfontanela apreciándose una imagen hipocócica a nivel de la línea media, retromesencefálica. En la TAC cerebral se sospecha la posibilidad de un aneurisma de la VG, confirmándose con Eco-doppler color y angiorresonancia cerebral. Ecocardiografía: corazón normal sin repercusión hemodinámica.

Se monitoriza al paciente sin objetivar alteraciones en sus constantes, manteniéndose asintomático.

Última revisión (2 meses) asintomático hemodinámico y neurológicamente. Ecografía de control sin cambios.

Comentarios:

- El aneurisma de la VG se debe sospechar en situaciones de insuficiencia cardíaca en el periodo neonatal en ausencia de cardiopatía ni otra causa que lo justifique.

- La ecografía prenatal facilita el diagnóstico precoz dirigiendo el definitivo mediante pruebas no invasivas como la ecografía doppler color y la angiorresonancia.

- El tratamiento quirúrgico es complicado y rara vez resuelve el problema de forma definitiva. La embolización permite en algunos casos la eliminación completa de flujo a través de la malformación.

- SINDROME DE WEST: CASUISTICA DEL ULTIMO AÑO. **M. Sanz Fernández; R. Palencia; A. Pino.** Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: El síndrome de West es una encefalopatía epiléptica cuyo mal pronóstico no ha mejorado, pese a los avances en el tratamiento farmacológico de la epilepsia que se han producido en los últimos años.

Casuística: La serie está formada por seis sujetos, de los

cuales cinco son varones y una mujer. En todos ellos se recoge patología perinatal y ninguno presenta antecedentes familiares de epilepsia.

La neurorradiología mostró alteraciones en todos ellos y el EEG presentaba las características de hipsarritmia. Se efectuó tratamiento con vigabatrina en todos ellos.

Comentarios: El síndrome de West continúa siendo una situación de mal pronóstico en la actualidad. En nuestra serie se confirma esta impresión pesimista, ya que todos los pacientes presentan una encefalopatía severa, con importante afectación del desarrollo psicomotor.

La vigabatrina ha demostrado su utilidad en el tratamiento de las crisis, sin los efectos secundarios que presentaban otras opciones terapéuticas (ACTH y valproato a dosis altas).

- CRIBADO SEROLOGICO ANONIMO DE INFECCION VIH EN SANGRE DE CORDON. UTILIDAD DEL ESTUDIO SISTEMATICO. **C. Ochoa; P. Brezmes; V. Marugán; A. Carrascal; J. Pérez Carretero; JL. Castaño.** Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Objetivo: Es un hecho reconocido que la no realización de estudio serológico sistemático de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a todas las gestantes, condiciona una infraestimación de su prevalencia y la existencia de casos de infección neonatal no diagnosticados. Nos propusimos estimar la seroprevalencia de infección VIH en mujeres gestantes de la provincia de Zamora, mediante un estudio anónimo no relacionado, y valorar el porcentaje de casos de infección no diagnosticados con la pauta de examen voluntario no sistemático que venía utilizándose.

Material y métodos: Recogida de las muestras de sangre de cordón umbilical de 2.695 recién nacidos en el Hospital Virgen de la Concha de Zamora (junio 1994 - diciembre 1996). Almacenamiento bajo código numérico aleatorio sin datos de identificación. Determinación de anticuerpos anti-VIH en los sueros por el sistema de lotes con Enzimoimmunoensayo (EIA) y comprobación por Western-Blot. Registro neonatal sistemático de todos los casos conocidos de infección materna por VIH entre los nacimientos de nuestro centro durante el mismo periodo.

Resultados: En las 2.695 muestras analizadas se detectaron 4 positivas lo que supone una prevalencia de infección VIH en la gestante de nuestro medio de 0,14 % (IC 95% 0,04-0,37). Durante el mismo periodo sólo se diagnosticaron 3 casos de infección entre mujeres con factores de riesgo que tenían una infección ya diagnosticada. No se detectaron casos de infección VIH entre las mujeres sin factores de riesgo a las que se les solicitó estudio serológico. Esti-

amos que en nuestro medio al menos un 25 % de los casos de infección no son diagnosticados.

Conclusiones: A pesar de la baja prevalencia encontrada, el hecho de que al menos el 25% de los casos de infección no sean diagnosticados, debe ser tenido en cuenta por el personal sanitario y todas las mujeres gestantes a la hora de decidir la realización de estudio serológico de infección VIH.

— DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN UNA CONSULTA DE PUERICULTURA EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA. **J. Ayala; A. Urbón; M.D. Romero; M.C. Nieto; M. Hortelano; S. Calleja.** *Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.*

Introducción. Después del alta hospitalaria es frecuente la aparición de determinadas patologías menores que pueden requerir la intervención del pediatra.

Objetivos. Determinar las patologías más frecuentes a los 5 días de vida.

Material y método. Revisamos en 954 RN entre mayo de 1997 y junio de 1998 los siguientes parámetros: sexo, peso, tipo de parto, presentación, tipo de alimentación y los diagnósticos más frecuentes.

Resultados. Estudiamos 502 varones y 452 mujeres; el 78,8% fueron partos eutócicos, 13,5% cesáreas y 6,9% por fórceps o ventosas. Presentación: cefálica 94,4%, podálica 4,7%. Los diagnósticos más frecuentes fueron: ictericia (29%), exantema toxoalérgico (13%), piel seca (5%), malformaciones menores (5%), conjuntivitis (4%), patología de caderas (3%).

Lactancia	Alta	Revisión
Materna	91%	87%
Mixta	5%	7%
Artificial	4%	6%

Conclusiones. La alta frecuencia de pequeños problemas en los primeros días de vida, más fácilmente solucionables por los médicos que dieron el alta de la maternidad a los RN, así como la falta de pediatras en el medio rural, justifican la existencia de dicha consulta.

— ACTITUD DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LA TELEVISIÓN. **A. Bercedo; L. Capa; M. G-Alciturri; C. Redondo; H. Paniagua; S. García; R. Sarrallé; G. Castellanos; J. Revuelta.** *(Sección de Pediatría Extrahospitalaria de Cantabria).*

Objetivos: El tiempo dedicado a ver televisión por los

niños constituye, después del sueño, la segunda actividad más frecuente que realiza. La televisión produce efectos, tanto beneficiosos, como perjudiciales, que el pediatra debe conocer. Por este motivo es interesante determinar qué información sobre la televisión demandan las familias y cuál es la respuesta del pediatra.

Métodos: Se realizó una encuesta transversal de base poblacional, en abril de 1998, a todos los pediatras extrahospitalarios de Cantabria.

Resultados: De los pediatras participantes, 10 no fueron consultados sobre la televisión durante el último trimestre, y a 19 (61%) que sí se les preguntó, fueron consultados entre una y 30 veces (mediana = 3) durante este período. Las preguntas más solicitadas fueron: número aconsejable de horas de ver televisión (al 95% de los pediatras), efectos perniciosos sobre el niño (al 74%), qué tipo de programa es aconsejable (al 63%), y otras (al 32%). El 81% de los pediatras encuestados informa y aconseja sobre la televisión en las visitas de puericultura, pese a lo cual el 96% cree necesario recibir formación sobre este tema, y el 93% desea participar en un estudio sobre los hábitos televisivos del niño en Cantabria.

Conclusiones: 1) A pesar de la influencia que la televisión ejerce sobre el niño, el número de consultas efectuadas por las familias a los pediatras participantes fue muy escaso; 2) Los pediatras de Atención Primaria creen necesario recibir formación continuada sobre este aspecto y desean participar mayoritariamente en el estudio del hábito televisivo del niño de Cantabria.

— EXPOSICION PASIVA AL TABACO EN LA INFANCIA: INFLUENCIA EN LA SOMATOMETRIA, INMUNOLOGIA Y PERFIL LIPIDICO. **R. Casado; A. Pérez; FA. Ordóñez; N. Fernández; S. Málaga.** *Hospital Central de Asturias. Dto. de Pediatría.*

Se plantea un trabajo prospectivo con los objetivos de conocer: 1) porcentaje de mujeres que mantienen el hábito tabáquico durante su embarazo; 2) situación antropométrica de los niños al nacimiento en función de su exposición o no al humo de tabaco; 3) posibles consecuencias de la exposición al tabaco en la somatometría del niño durante sus dos primeros años; 4) la posible existencia de cambios en la tensión arterial; 5) posibles diferencias de las principales inmunoglobulinas entre los grupos de exposición y 6) si existen diferencias en el perfil lipídico del niño fumador pasivo y aquél que no lo es.

Pacientes y métodos: Fueron invitados a participar en el estudio todos los niños nacidos entre octubre de 1994 y

marzo de 1995 en el Hospital Central de Asturias. Los padres eran informados en el momento del nacimiento de su hijo. Se realizaron 6 revisiones, coincidiendo con el 1º, 2º, 6º, 12º, 18º y 24º mes de vida del niño. En todas ellas se realizaba una exploración física, somatométrica y medida de tensión arterial. Además en tres de ellas se realizaba extracción sanguínea para determinación analítica de Ig G, Ig A, Ig M, colesterol total, triglicéridos, HDL- colesterol, Apo A y Apo B.

Resultados: El 4% de las mujeres fumadoras abandonan por completo el consumo de tabaco. La diferencia de peso al nacimiento es de 165 g, favorable para el grupo de niños no expuestos. A los dos años se mantiene la diferencia, superando los 500 g, y es estadísticamente significativa. El niño sometido pasivamente al humo de tabaco presenta cifras de colesterol total en sangre más altas que el niño no expuesto.

- ESTUDIO COMPARATIVO DEL PESO NEONATAL ANTES Y DESPUES DE MODIFICAR LAS RUTINAS HOSPITALARIAS. **A. Jiménez; A. Urbón; M.C. Nieto; M.D. Romero; C. Reig; R. Gracia.** Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción. Hasta 1996 en nuestro Hospital eran escasas las restricciones para aportar biberones suplementarios a la lactancia materna. A partir de entonces se crean unas nuevas normas a la hora de aportar esta suplementación, de tal forma que actualmente son muy concretas las indicaciones de lactancia mixta y/o artificial en los RN de nuestra maternidad.

Objetivos. Comparar la curva ponderal en los primeros días de vida, antes y después de restringir los biberones en la maternidad.

Material y métodos. Analizaremos la curva de peso en dos grupos: grupo 1 (antes de las restricciones) y grupo 2 (después de las restricciones).

Resultados:

Edad Días	Grupo 1 Peso gramos (795 RN)	Pérdida Porcentaje	Grupo 2 Peso gramos (3214 RN)	Pérdida Porcentaje
0	3.252 ± 466		3.228 ± 432	
1	3.108	4,4		
2	3.039 ± 402	6,5	3.100 ± 393	3,9

Conclusiones. La pérdida de peso es mayor después de la retirada de los biberones en maternidad.

- ESTUDIO DE LAS GASTROENTERITIS EN LACTANTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL. **A. Jiménez; J. Ayala; C. Santana; M.D. Romero; S. Jiménez; M. Hortelano.** Servicio de Pediatría (Jefe de Servicio Dr. Cuadrado). Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción. Las gastroenteritis agudas (GEA) siguen siendo un importante motivo de ingreso hospitalario en los 2 primeros años de vida. Aunque con las actuales pautas de rehidratación oral se logra una respuesta favorable, numerosos lactantes siguen siendo hospitalizados por GEA.

Objetivo. Conocer datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos relativos a las GEAs en niños menores de 2 años que requirieron ingreso (excluido el periodo neonatal).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los casos de GEA en pacientes ingresados en nuestro Hospital (de referencia para la provincia) de 1 mes a 2 años. Período de estudio: enero de 1997 al 15 de septiembre de 1998, ambos inclusive. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos de las respectivas historias clínicas.

Resultados. Ingresaron un total de 141 pacientes afectados de GEA (25%). La relación varón/mujer fue 1,07. La procedencia fue urbana en el 67% y rural en el 33%. Se registró mayor incidencia en los meses de febrero a mayo y en agosto. Hubo ambiente familiar de GEA en el 1%. Clínicamente presentaron diarrea el 85% de los casos, vómitos el 60%, desviación izquierda el 34%, y densidad urinaria mayor a 1.030 en el 22%, presentaron pH < 7,30 el 11%. De los coprocultivos realizados fueron positivos el 48%, de los cuales correspondió a rotavirus el 42%, *S. typhimurium* 4%, *Campylobacter*, *S. enteritidis*, *S. species* y *Yersinia* con 1%. Precisaron dieta absoluta inicial el 60%. Recibieron fluidoterapia endovenosa el 87%, y antibioterapia el 19,1%. La estancia media hospitalaria fue de 4 días.

Conclusiones: 1. Los cuadros de GEA continúan siendo un importante motivo de ingreso hospitalario en lactantes, sobre todo en primavera y verano. 2. Los datos clínicos más relevantes fueron la diarea y vómitos. 3. El germen causal detectado con mayor frecuencia fue rotavirus. 4. El hecho de solicitar coprocultivos y látex rotavirus a todos los casos ingresados por GEA es para documentar el tipo de infección más que para decidir instaurar o no tratamiento antibiótico. 5. Se inicia tratamiento antibiótico al ingreso en un 19% debido a la afectación del estado general que presentaban estos casos.

- ESTUDIO DE LAS GASTROENTERITIS EN ESCOLARES INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL. **A. Jiménez; C. Santana; M.D. Romero; M. Herrera; J. Ayala; R. Gracia.** Servicio de Pediatría (Jefe de Servicio Dr. Cuadrado). Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción. La gastroenteritis (GEA) sigue siendo un importante motivo de ingreso hospitalario en la edad infantil. Aunque los agentes etiológicos siguen siendo similares, su incidencia, frecuencia y etiología varían según la edad del paciente, época del año y región geográfica.

Objetivo. Valorar los datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos relativos a las GEA en pacientes escolares que se producen en nuestra provincia y que requieren ingreso.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de todos los casos de GEA en niños ingresados en nuestro Hospital (de referencia para la provincia), en la Sección de Escolares (2 a 14 años). El período de estudio fue de enero de 1996 al 15 de septiembre de 1998, ambos inclusive. Se revisaron las historias clínicas de dichos pacientes, recojiéndose datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos.

Resultados. En el período de estudio se recogieron un total de 206 ingresos por GEA (8% del total de ingresos). La relación por sexos varón/mujer fue de 1,2. La procedencia fue urbana en el 59% y rural en el 41%. Se registró mayor número de ingresos durante el período estival. En el 5% de los casos hubo ambiente familiar de GEA. Clínicamente cursaron con diarrea el 75%, vómitos el 65% y dolor abdominal el 16%; presentaron una densidad urinaria igual o mayor a 1.030 el 31%, pH < 7,30 el 4% y el 53% presentaba desviación izquierda en el hemograma. De los coprocultivos practicados fueron positivos el 31%, de los cuales correspondieron a *Salmonella enteritidis* el 45%, a *Salmonella typhimurium* el 20%, a *Campylobacter jejuni* el 20%, y a *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella species*, *Campylobacter fetus* y *Campylobacter coli* el 5% restante. De las especies de *Salmonella* el 12% fueron resistentes, según antibiograma, a ampicilina; y todos los *Campylobacter* fueron sensibles a eritromicina. La estancia hospitalaria media fue de 3 días. Requiritieron dieta absoluta inicial el 88% y fluidoterapia endovenosa el 87%. Recibieron tratamiento antibiótico el 4%.

Conclusiones: 1. Los cuadros de GEA continúan siendo un importante motivo de ingreso hospitalario, sobre todo en meses de verano. 2. Los datos clínicos más relevantes encontrados fueron diarrea, vómitos y desviación izquierda. 3. Se detecta germen causal mediante coprocultivo en el 31% de los casos, siendo distintos tipos de *Salmonella* los

agentes más prevalentes. 4. El hecho de solicitar coprocultivos a todos los casos ingresados por GEA es para documentar el tipo de infección más que para decidir instaurar o no tratamiento antibiótico.

- DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN NUESTRO MEDIO: ETIOLOGÍA EN EL PERÍODO 1996-1997. **MA. Sánchez Palla; MJ. Hernández; M. Matilla; A. Grande; P. González; M. Fajardo*.** Hospital Virgen de la Vega, Servicio de Pediatría. *Servicio de Microbiología. (Salamanca).

La diarrea o gastroenteritis aguda se define por la aparición de heces poco consistentes o acuosas o el incremento del número de deposiciones al día con una duración menor de dos semanas. Aunque no debemos olvidar la causa no infecciosa (transgresiones dietéticas, tóxicos, procesos inflamatorios intestinales o enfermedades sistémicas como el hipertiroidismo), en el 80% de los casos la etiología es infecciosa.

Para conocer los agentes etiológicos implicados en las diarreas agudas en nuestro medio, hemos analizado 1046 historias clínicas de niños menores de 14 años con el diagnóstico de gastroenteritis aguda y en los cuales se realizaron estudios de diagnóstico etiológico (coprocultivo y/o serología), en el período 1996-1997.

Obtuvimos 622 resultados positivos (59,5%) siendo los agentes responsables *rotavirus* en 378 casos (36,5%) y bacterias en 244 casos (23%). De estos cultivos positivos para bacterias se aisló *Salmonella* en 151 casos, *Campylobacter* en 85 casos, *Yersinia* en 6 y *Shigella* en 2 casos. Se obtuvieron 7 cultivos mixtos (*Salmonella* y *Campylobacter*, *Campylobacter* y *rotavirus*, *Salmonella* y *rotavirus*).

En la mayoría de las series consultadas sobre gastroenteritis agudas por *Salmonella* se observa un claro predominio del serotipo *enteritidis*, sin embargo en nuestro estudio hemos encontrado un 59% de *typhimurium* frente a un 31% de *enteritidis*, 7% de C₁, 2% de C₂ y un 1% del B.

- MARASMO DE TERCER GRADO. **A. Bengoa; J. Culebras; M. López; M. Bengoa; A. Bengoa; R. De Paz.** O.N.G. Salud para los Niños del Tercer Mundo. Escuela Universitaria de Enfermería, de la Universidad de León. Pediatría. Campos de Refugiados. RADS

Caso clínico: El equipo pediátrico de la ONG en labor humanitaria en 1998 en la zona Sahariana (Sur de Argelia), recupera a un niño afecto de un cuadro de **marasmo de 3º**

grado. Varón de 21 meses, peso 2,450 kilos, talla 68 cms. Pc 42 cms (diapositivas 1-2-3). Destetado entre los tres y cuatro meses por enfermedad de la madre, es alimentado por una madre mercenaria y leche de vaca en polvo, mal diluida, añadiendo a la dieta infusión de té azucarada. Las condiciones de vida reunía todos los factores etiopatogénico: pobreza ignorancia, defectuosa higiene, enfermedades, parasitosis y malnutrición.

Clínica: Caracterizada por pérdida de peso, que en este caso es superior al tercer grado descrito y caracterizado por menos del 60%-80% del peso idóneo.

Desaparición prácticamente total del tejido grasa subcutáneo, apareciendo la piel sobre el hueso, aunque sin lesiones tróficas, ni escaras por presión, mejillas hundidas, y como puede observarse el aspecto del niño es de hombre viejo. Un gran retraso denticional si bien puede observarse una muela de los doce meses. La depauperación muscular, con hipotonía y la ausencia total de musculatura glútea hace de este cuadro clínico uno de los más llamativos. Presentado de una forma habitual diarreas sin haber podido determinar causa infecciosa, puesto que no se apreció en su recuperación intolerancia a disacáridos y monosacáridos.

Debido al medio no pudo determinarse la histopatología de la mucosa yeyunal. Igualmente tampoco pudieron determinarse los trastornos de las funciones inmunitarias así como el déficit de elementos traza, ácido fólico, vit A, ácidos grasos esenciales (marcadores analíticos en la desnutrición). No dudamos de las alteraciones de las estructuras cerebrales, que bien ha comprobado el profesor Ballabriga. Este niño presentaba una conducta alimentaria anómala y pasaba la mayor parte del tiempo durmiendo, con escasa respuesta a estímulos, con movimientos estereotipados de cabeza y manos emitiendo de vez en cuando grito de lamento. En cuanto a la realimentación se hizo según las normas. (Se expondrán en el momento de la comunicación).

— **DESHIDRATACIÓN HIPOTÓNICA Y ALCALOSIS HIPOCLORÉMICA COMO FORMA DE INICIO DE UNA FIBROSIS QUÍSTICA.** *M.A. Martín; R. Payo; M.J. Estévez; J.E. García; J. Demanueles. Dpto. de Pediatría. Hospital Clínico de Salamanca (Prof. V. Salazar).*

Niño de 11 meses de edad, sin antecedentes familiares de interés. Antecedentes personales: ingreso a los 5 meses por infección respiratoria por VRS. Sospecha de reflujo gastroesofágico. Sudoración abundante según refiere la madre.

Acude a Urgencias por encontrarle pálido, ojeroso, decaído y rechaza tomas. Exploración: peso = 7.380 g (< p3); talla = 70 cm (p75). Estado nutricional aceptable (iniciando signos de hipotrofia), ojeroso, turgencia cutánea disminuida,

mucosas húmedas. Palidez de piel. Decaído, escasa actividad espontánea.

AC: normal; AR: normal; abdomen: normal. Discreta hipotonía generalizada. ROT perezosos. Resto exploración sin interés.

Exploraciones complementarias. Hemograma: leucocitos= 15.000, fórmula normal. Bioquímica: glucemia= 80 mg/dl, urea= 75 mg/dl, Na= 129 mOsm/L, Cl= 77 mOsm/L, creatinina= 0,7 mg/dl, K= 3,2 mOsm/L, Ca= 9,8 mOsm/L. Osmolalidad plasmática= 265 mOsm/L; sistemático orina= indicios de cetonuria; sedimento= algunos cilindros hialinos, hematíes aislados; equilibrio ácido base: pH= 7,6; bicarbonato= 35,8, EB= + 15,4. Rx tórax: normal.

Evolución. Tras fluidoterapia convencional se normaliza el equilibrio ácido-base y el ionograma en las primeras 48 horas. La recuperación del estado general y del apetito se produce también en los dos días siguientes. Se realiza test del sudor en dos ocasiones, obteniéndose un resultado de 122 y 116 mOsm/L de ClNa, respectivamente (control entre 15-60), con lo que se confirma el diagnóstico de fibrosis quística.

— **LINFOCITOSIS AGUDA INFECCIOSA SECUNDARIA A INFECCION POR GIARDIA LAMBLIA.** *G. Iglesias; A. Elvira; JM. Merino; G. Hermida*; J. Rodrigo; J. Sánchez; JB. González de la Rosa. Servicios de Pediatría y Hematología*. Hospital General Yagüe. Burgos.*

La linfocitosis aguda reactiva es un raro cuadro caracterizado por una proliferación marcada de linfocitos de características morfológicas e inmunofenotípicas normales que ha sido asociado a diversos procesos infecciosos.

Caso clínico: Niña de 4 años y medio sin antecedentes de interés que ingresa por presentar un cuadro de 6 días de evolución de diarrea, vómitos y dolor abdominal. Afebril. Varios miembros de la familia afectos. La exploración física fue normal con un peso de 16,8 kg (P25-50), talla de 107 cm (P50) y una temperatura de 37,8°C. En la hematimetría practicada se observó una hemoglobina de 13,4; hematocrito: 41%; VCM: 87 μ^3 ; plaquetas: 549000; leucocitos: 78400 (75% linfocitos, 16% segmentados, 4% monocitos; 1% eosinófilos). El análisis de las poblaciones linfocitarias mostró un 59% de linfocitos T (CD2 y CD3+) de los cuales un 22% eran CD8+ y un 36,6% eran CD4+, no observándose coexpresión de ambos antígenos y con negatividad para CD1a, HLA-DR, CD16 y CD56; los linfocitos T expresan mayoritariamente TCR alfa-beta (50,6%); los que expresan TCR gamma-delta (1,7%) son CD4 negativos. Un 19,2% de los linfocitos eran de estirpe B (CD19+) con negatividad para

CD5, CD10 y CD34. El 49% de los linfocitos B son kappa y el 44% lambda (no monoclonalidad). El inmunofenotipo era compatible con el diagnóstico de linfocitosis aguda infecciosa.

El resto de la analítica mostró una hipocolesterolemia (92 mg%) con descenso de HDL-C (26 mg%) y LDL-C (29 mg%) y una hipotrigliceridemia. La serología a *Salmonella Typhi*, *paratyphi*, mononucleosis, citomegalovirus, Coxsackie 1-6, Coxsackie A9, Echovirus y *B. pertussis* fue negativa. Los anticuerpos antigliadina IgA fueron negativos y las inmunoglobulinas normales. La radiografía de tórax y la ecografía abdominal no mostraron alteraciones. El estudio parasitológico en heces por el método difásica mostró trofozoitos de *Blastocystis hominis* y quistes de *Giardia lamblia*. Se realizó tratamiento con metronidazol a dosis de 20 mg/kg/día en dos tandas de 10 días separadas por diez días de descanso y dieta exenta de lactosa presentando mejoría clínica y normalización del número de leucocitos (7580) y linfocitos (34%) tras finalizar el tratamiento.

Conclusión: La linfocitosis aguda infecciosa es una causa infrecuente de reacción leucemoide en el niño. No hemos encontrado en la literatura casos asociados a infestación por *Giardia lamblia*.

— UTILIDAD DE DISTINTAS TECNICAS DE SCREENING EN EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE INFANTIL. *D. López Cuesta; JM. Marugán; M. Gómez Mora; MJ. Ordóñez; MA. Suárez; ML. García Arias; J. Baizán. Servicio de Pediatría. Hospital de León.*

Objetivo. Análisis del rendimiento diagnóstico de distintas técnicas complementarias, en la valoración etiológica del síndrome de dolor abdominal recurrente (DAR) en la infancia.

Material y métodos. Pacientes enviados para estudio de DAR durante 8 años a la Unidad de Gastroenterología Infantil. Se define DAR ante 3 o más episodios de dolor abdominal, en al menos 3 meses. En los niños sin diagnóstico evidente en la primera consulta se realizan, entre otros: Ecografía abdominal, test de H₂ espirado tras sobrecarga oral con lactosa (2 gr/kg), índice calcio/creatinina en micción aislada, y en fecha posterior, se añaden los Ac séricos IgG anti-*Helicobacter pylori* (Hp). Ante un test de H₂ espirado +, se realiza supresión de lactosa 3 meses, y reintroducción posterior, para el diagnóstico de intolerancia a la misma. Si Ca/Cr > 0,2, se repite en orina de 24 h. Finalmente, ante Ac + a Hp, se indica una endoscopia digestiva alta. Se describen los hallazgos de los tests utilizados sólo en los niños con

DAR con el proceso diagnóstico finalizado, analizando los 100 últimos casos, excepto para la serología Hp que analiza 80 niños.

Resultados. La ecografía abdominal mostró algún resultado patológico en el 9% de los casos (con un total de 10 hallazgos), pero sólo en 5 niños, estos hallazgos podrían explicar el cuadro de DAR.- El test de H₂ espirado resultó + en el 35% de los casos, aunque fueron diagnosticados de intolerancia a lactosa finalmente sólo el 26%, con un valor predictivo (VP) + para el test del 74.2%. El índice Ca/Cr fue >0.2 en 21 casos, y en orina de 24 h en 13/21 (hipercalciuria idiopática), aunque sólo en 3 hubo una clara relación causal con el DAR. Finalmente, los Ac anti-Hp fueron + en 13/80 niños (16.2%) con diagnóstico de gastritis crónica en 11 (84.6%).

Conclusiones. 1/ La ecografía sólo permitió el diagnóstico en el 5%, aunque por su sencillez e inocuidad, es una técnica recomendable en el DAR de causa incierta. 2/ El test de H₂ es obligado en el DAR, por la alta prevalencia de intolerancia a lactosa (1/4 casos), pero con una cantidad de lactosa más próxima a la ingesta habitual del niño. 3/ Presenta hipercalciuria idiopática un porcentaje elevado (13%), aunque la mayoría sin influencia clínica. 4/ La serología anti-Hp es un buen método de screening, previo a la valoración endoscópica.

— HEMANGIOENDOTELIOMA HEPATICO ASOCIADO A HEMIHIPERTROFIA. *C. Molinos Norriella; C. Moro Bayón; M.J. Antuña García; M. Díaz Argüelles; M. de Alaiz Rojo; J.B. López Sastre. Servicio de Neonatología. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los tumores hepáticos son raros en el período neonatal. Presentamos el caso clínico de una recién nacida con un hemangioendoteloma de características atípicas en las pruebas de imagen, asociado a una hemihipertrofia derecha.

Caso. Niña de 4 días de vida que presenta una masa abdominal que había ido aumentando paulatinamente de tamaño desde el nacimiento. Nació a término por cesárea debido a sufrimiento agudo (Apgar 4/7) y precisó reanimación. En la exploración se detectó una hepatomegalia que aumentó progresivamente hasta llegar a cresta iliaca; el resto de la exploración fue normal. La niña se mantuvo en todo momento asintomática. Se realizaron varias pruebas de imagen: una ecografía en la que se aprecia una masa sólida de unos 7 cm de diámetro en lóbulo hepático derecho, una TAC en el que esta masa sólo capta contraste en la periferia, una RNM que sugería un contenido hemorrágico, y una gam-

magrafía en la que no se apreciaba una imagen típica de hemangioma. Asimismo, se realizaron pruebas analíticas, incluyendo marcadores tumorales, que fueron todas normales. Se llegó al diagnóstico revisando las pruebas de imagen de casos atípicos de hemangioendotelomas. Se adoptó una actitud conservadora sin administrar tratamiento. A partir del mes de vida el tumor comenzó a disminuir de tamaño. Actualmente la niña cuenta con 6 meses de vida, el tumor tiene un tamaño de 2 cm de diámetro y la niña está desarrollando una hemihipertrofia de extremidades derechas.

Conclusión. El hemangioendoteloma puede tener una presentación en las pruebas de imagen que haga dudar del diagnóstico. La asociación de tumores hepáticos con hemihipertrofia ha sido descrita con poca frecuencia en otros casos de hemangioendoteloma.

— TRES CASOS DE “MASA” EN EL PSOAS. **N. Higuera; A. Pino; P. Solís; S. Gómez; C. Valbuena; A. Blanco.** Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Valladolid.

Objetivo: Presentamos dos abscesos y un tumor del compartimento iliopsoas, registrados el último año y una revisión de esta patología.

Resultados: Todos los casos debutaron con hipertermia, dolor lumbar y limitación al movimiento de cadera y presentaban leucocitosis intensa con neutrofilia y VSG muy elevada. En los abscesos se obtuvieron hemocultivos positivos para *St. Aureus*. La Ecografía abdominal fue normal en absceso 1 y mostró imagen hipocóica sobre psoas en absceso 2 y tumor. La TAC demostró imagen hipodensa en psoas sin diferenciar absceso/ tumor/ hematoma. Los tres recibieron tratamiento antibiótico. Un absceso, ante la falta de mejoría tras 19 días de tratamiento, se intervino quirúrgicamente; el otro respondió al tratamiento médico. En el tumor, la punción no fue diagnóstica y, tras aparición de masa abdominal y franco deterioro la cirugía confirmó tumor maligno. La paciente había padecido LMC ocho años atrás.

Conclusiones: Las alteraciones del compartimento iliopsoas son raras en la edad pediátrica. Los signos clínicos son inespecíficos, pero un paciente que presente pirexia, dolor lumbar y limitación de la movilidad de la cadera deberá evocar patología a este nivel.

El diagnóstico diferencial entre tumor/ hematoma/ absceso es difícil y aunque técnicas como la TAC están permitiendo un más temprano descubrimiento, precisamos apoyarnos en los antecedentes, la clínica y ocasionalmente, el estudio anatomopatológico, para poder llegar a un diagnóstico.

Los antibióticos y la radiología intervencionista permiten limitar las indicaciones quirúrgicas y reducir la morbilidad de esta afección.

— ANTICOAGULANTE LÚPICO (AL) EN LA EVOLUCIÓN DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LAL). **MC. De Hoyos; R. Grande; A. Blanco; D. Guerola; C. Valbuena; FJA. Guisasola.** Hospital Universitario de Valladolid.

Varón de 4 años diagnosticado de LAL (L1 pre-preB CD 10 +) que durante el tratamiento de mantenimiento (Metotrexato y 6-mercaptopurina) presenta cuadro de hipertermia y tos. En la exploración se constata afectación del estado general, palidez mucocutánea, abdomen distendido con hepatosplenomegalia y faringe eritematosa con abundante mucosidad. Las exploraciones complementarias revelan pancitopenia periférica (plaquetas: 40.000/mm³, neutrófilos: 340/mm³, hematíes: 2,78 x 10⁶ µl). En el estudio de médula ósea se observa una hipoplasia que afecta a las tres series hematológicas. El estudio de enfermedad mínima residual fue negativo. La radiología de tórax es compatible con Neumonía del lóbulo medio derecho. Se detecta en frotis faríngeo *Candida albicans*; con hemocultivo, urocultivo, coprocultivo y LCR (-). Serología a CMV, Epstein-Barr y Herpes simple (-). Toxoplasma y Parvovirus B19: IgG (+). Las pruebas de coagulación muestran alargamiento del TTPA (60,3 seg) que no es corregido añadiendo plasma normal (TTPA enfermo + normal: 54,4 seg); lo cual es compatible con un anticoagulante circulante. Estudios posteriores confirman la presencia de un anticoagulante lúpico (ver tabla).

TTPA	1,42	(0,8-1,3)
TTPA (enfermo + normal)	1,39	(0,9-1,2)
DVV	1,83	(0,9-1,2)
DVV (enfermo + normal)	1,62	(0,9-1,2)
TTPA sensible a anticoagulante lúpico	1,35	(0,9-1,2)
Test de neutralización plaquetaria	14,1	(0-7)
Anticuerpos anticardiolipina	IgG +, IgM +	

(Resultados expresados en índice del tiempo de coagulación del plasma enfermo/ plasma normal. Valores normales entre paréntesis).

La dosificación de factores de la fase de contacto (XII, XI, IX y VIII) resultó disminuida a la primera dilución del test (1/10), siendo normal a diluciones crecientes. Ello demuestra interferencia del anticoagulante en la prueba.

El TTPA tardó en normalizarse 2 meses. A los 3 meses del primer episodio presenta cuadro febril similar, con serología IgM + a CMV y comprobándose de nuevo alargamiento del TTPA con presencia de anticoagulante lúpico positivo.

En nuestra experiencia, dentro de los alargamientos aislados del TTPA, el anticoagulante circulante representa el 19,5% (9/46) y de ellos, alrededor del 20% (2/9) son anticoagulantes lúpicos. Merece la pena destacar la ausencia de clínica hemorrágica o trombótica, así como la relación con procesos infecciosos agudos y la transitoriedad del anticoagulante.

— ASPECTOS CLINICOS, ANALITICOS Y SEROLOGICOS DE 71 NIÑOS CON MNI.

L. Lagunilla Herrero; C. Fernández Zurita; S. Ballesteros García; J. Llana Ruiz; C. Pérez Méndez; J.L. Matesanz Pérez. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivo. Descripción clínica y analítica de los niños con MNI en nuestro Hospital.

Material y métodos. Setenta y un niños menores de 14 años con serología VEB positiva que fueron diagnosticados en nuestro Servicio en los últimos 4 años (1994-1997). Análisis descriptivo retrospectivo (transversal).

Resultados: 1) Edad: menores de 36 meses, 20%; de 36 a 72 meses, 36%; mayores de 72 meses, 44%. 2) Sexo: 56% varones y 44% mujeres. 3) Clínica: 83% con amigdalitis exudativa, 96% con adenopatías, 65% tienen fiebre mayor de 37,5 °C y 56% presentan hepatoesplenomegalia. 4) Analítica: leucocitosis mayor de 15.000 en 39%, linfocitosis (mayor de 50%) el 75%, alteración de las transaminasas el 53%. 5) Estudios diagnósticos: Paul-Bunnell positivo 46% (de 0 a 36 m, 9%; 36-72 m, 38%; más de 72 m, 72%). Serología IgM-VEB positivo el 100%. Serología IgM-CMV positiva 21%. 6) No existen diferencias significativas por grupos según el resultado de Paul-Bunnell salvo para la edad y la linfocitosis.

— CARACTERISTICAS CLINICO-RADIOLOGICAS DE LA TUBERCULOSIS EN EL ADOLESCENTE.

T. Alvarez; S. Ansó; J. Suárez; J. Aldea*; J. Sánchez; JB. González de la Rosa; JM. Merino. Servicios de Pediatría y Radiología*. Sección de Escolares. Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción: En España se estima que la prevalencia de la infección tuberculosa a los 6 años es cercana al 1%, cifra que se eleva al 3,5-4% a los 14 años. En los últimos años hemos asistido a un incremento de la incidencia especialmente en el grupo de 5-14 años (aumento del 39,8%). El patrón clínico-radiológico no está claramente establecido.

Objetivo: Valorar la incidencia, características clínicas y radiológicas en los niños entre 10 y 16 años diagnosticados

de TBC pulmonar primaria en nuestra Comunidad entre 1982 y 1996.

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y radiología al ingreso de los niños diagnosticados de TBC pulmonar primaria, así como de un grupo control de las mismas características diagnosticado de neumonía durante el mismo periodo.

Resultados: Un total de 84 casos fueron diagnosticados de TBC pulmonar primaria lo que supone un 39,4% del total de pacientes menores de 16 años. Un 51,2% fueron varones y un 49,8% La edad media fue de 14,2+-0,18 años con un incremento progresivo de la incidencia con la edad. Hallazgos clínico-radiológicos:

	Tuberculosis (n=84)		Neumonía (n=36)		p
	Total	%	Total	%	
Clínica					
Afectación EG	14	16,5	9	25	NS
Anorexia	32	38	6	16,6	0,02
Astenia	32	38	7	19,4	0,04
Pérdida peso	20	23,8	4	11,1	NS
Distrés	15	17,8	1	2,7	0,02
Tos	52	61,9	28	77,7	NS
Dolor torácico	49	58,3	16	44,4	NS
Radiología					
C. parenquimatosa	38	45,2	29	80,5	0,00
Atelectasia	8	9,5	8	22,2	NS
Linfadenopatía	34	40,4	12	33,3	NS
Derrame pleural	39	46,4	8	22,2	0,01
Patrón miliar	6	7,14	0	0	NS
Laboratorio	Media	DS	Media	DS	p
Leucocitos	8783	2883	12176	5596	0,00
Neutrófilos	66,9	11	70	10	NS
VSG	44	23	43	23	NS
PCR	51	52	63	63	NS
LDH	349	127	340	152	NS

Conclusiones: La incidencia de tuberculosis aumenta con la edad. Los signos constitucionales son más frecuentes en los pacientes con tuberculosis frente a los que tienen neumonía. La condensación parenquimatosa predomina en los procesos neumónicos no tuberculosos, mientras que el derrame pleural tiene un origen tuberculoso en la mayoría de los casos

— MIELITIS TRANSVERSA AGUDA: A PROPOSITO DE UN CASO. **M. Matilla; JC. Redondo; MC. Sánchez; V. Santamartina; P. González; A. Framiñan***. Servicio de pediatría "Hospital Virgen de la Vega", Salamanca. *Servicio de radiología.

Introducción: La mielitis transversa aguda es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por debilidad muscu-

lar progresiva y trastornos de la sensibilidad, de comienzo brusco, en miembros inferiores. Su etiopatogenia es múltiple, con predominio infeccioso de tipo viral.

Se afecta con mayor frecuencia la médula dorsal. En el diagnóstico la RMN muestra el edema inicial y posibles vacuolizaciones en las fases avanzadas de la enfermedad. Los déficits residuales son trastornos funcionales de la vejiga e intestino y la debilidad de los miembros inferiores.

Caso clínico: Varón de 5 años de edad con antecedente de proceso catarral 15 días antes, es remitido a nuestro servicio, por presentar: alteración brusca en la marcha, incapacidad para la bipedestación, inmovilidad del miembro inferior derecho e incontinencia de esfínteres.

Exploración al ingreso: c y o, afebril, meníngeos negativos, no exantemas, miembro inferior derecho hipotónico, con ausencia de motilidad espontánea, adopta actitud de rotación externa, abolición del reflejo rotuliano en ambos miembros, reflejos plantar y aquileo conservados en ambos pies. En su evolución se produce una parálisis flácida completa de extremidades inferiores con relajación de esfínteres.

Estudios complementarios: Hemograma normal; VSG. 48 en 1ªh.; LCR sin disociación albúmino-citológica; EMG: no actividad espontánea de denervación con VCM y potenciales normales; RMN: alteraciones compatibles con mielitis transversa cervico-dorsal coronal posterior.

Trás la confirmación diagnóstica se inicia tratamiento: 1. metilprednisolona en bolo de 30 mg/kg/día, cinco días, seguido de prednisona 1 mg/kg/día durante nueve días. 2. Rehabilitación funcional hasta el momento actual.

La evolución ha sido lenta, pero favorable, y actualmente tiene fuerza, tono y reflejos normales en ambas extremidades inferiores, sin atrofiar musculares y con expresión y comprensión del lenguaje normales.

- PECULIARIDADES DE LA EDUCACION Y CONTROL DIABETOLOGICO EN ADOLESCENTES. **M. Bartolomé; P. Oyágüez; A. Alonso; G. Chaves; M. Sanz; F. Hermoso.** Sección de Endocrinología Pediátrica. H. Universitario de Valladolid.

Introducción. Las alteraciones que conllevan los procesos crónicos se acentúan en la etapa de adolescencia. El ejemplo por excelencia de estas alteraciones lo vamos a encontrar en la diabetes, enfermedad que requiere atención máxima a lo largo del día (insulina, dieta, ejercicio,...). La aceptación de la enfermedad es fundamental para un buen control metabólico y proporcionar una buena calidad de vida.

Objetivos, material y métodos. En julio de 1998 hemos realizado un campamento con niños y adolescentes diabéticos. Presentamos los aspectos más relevantes detectados

en 16 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 16 años, clasificados en: percepción y vivencia de la enfermedad, conocimientos, cumplimiento de la dieta, destrezas (autocontrol, insulino-terapia, manejo de porciones,...) y dificultades. Se recoge el grado de control diabético, con datos seriados de glucemias, gluco-cetonuria, dosis de insulina y aporte hidrocarbonado.

Resultados. Los hallazgos más frecuentes han sido: 1) Dificultad en el control metabólico, con frecuentes oscilaciones de la glucemia (hipo/hiperglucemias). Mejor control en los sometidos a pauta de tres dosis diarias de insulina. 2) Buen nivel de conocimientos diabéticos en general. 3) Buena técnica de autocontrol, administración de insulina y cálculo de porciones; 4) Trastornos del comportamiento alimentario (ingestas rápidas, con exceso del consumo de «alimentos libres»). 5) Ciertas dificultades para aplicar los conocimientos teóricos, sobre todo al planificar los cambios de insulina y dieta, según la actividad física programada; 6) Descontrol metabólico secunde a la ansiedad. 7) Percepción de incompreensión de la enfermedad por la población general. 8) Conductas de no aceptación de la enfermedad (transgresiones en la dieta, insulina suplementaria...).

Conclusiones. Dadas las peculiaridades de la DM en la adolescencia, es recomendable un seguimiento más cercano durante esta etapa, para conseguir una mejor aceptación de la enfermedad y de las pautas de control metabólico.

- ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE PARA LA EDUCACION DIABETOLÓGICA. NUESTRA EXPERIENCIA. **P. Oyágüez; A. Alonso; M. Bartolomé; G. Chaves; M. Sanz; F. Hermoso.** Sección de Endocrinología Pediátrica. H. Universitario de Valladolid.

Introducción. En las dos últimas décadas la Educación Diabetológica ha adquirido mayor importancia en el tratamiento de la diabetes insulino-dependiente. Actualmente es un pilar más en el tratamiento, junto con los clásicos (insulina, dieta y ejercicio). Con ella se pretende que el sujeto aprenda una serie de técnicas y habilidades que le permitan conocer su enfermedad y conseguir un buen control metabólico, y de esta manera evitar y/o retrasar la aparición de complicaciones agudas y/o crónicas, incrementando la calidad de vida. La Educación Diabetológica en grupo supone interesantes posibilidades y ventajas, por lo que son numerosas las experiencias de campamentos y colonias.

Objetivos, material y métodos. En julio de 1998 hemos realizado un campamento-albergue, en el que han participado 41 niños y 12 adultos procedentes de diversas locali-

dades de Castilla y León. Los participantes se dividieron en cinco grupos de edad, cada uno de ellos acompañados por un médico y un monitor. Se programaron actividades de tiempo libre, educación diabetológica y rutinas de auto-control e insulino-terapia. Diariamente se evaluaban y programaban en equipo, tanto los aspectos lúdicos, como los educativos y los relativos al control diabetológico de cada niño. Se recogieron datos seriados de glucemias, gluco-cetouria, dosis de insulina y aporte hidrocarbonado. Al final de la actividad se remitió informe individual detallando dichos datos, junto con su interpretación.

Presentamos diversos aspectos respecto a organización, programación, metodología y resultados de nuestra experiencia.

Conclusiones. En nuestra experiencia las ventajas de este tipo de actividades superan a los inconvenientes, por lo que sería recomendable su planificación y extensión a la población diabética infanto-juvenil de nuestra comunidad.

— VALORACION DE LAS NECESIDADES DE INSULINA EN NIÑOS DIABETICOS EN CAMPAMENTO DE VERANO. **G. Chaves; M. Bartolomé; P. Oyágüez; A. Alonso; M. Sanz; F. Hermoso.** Sección de Endocrinología Pediátrica. H. Universitario de Valladolid.

Introducción. Las necesidades de insulina con el ejercicio físico descienden en un porcentaje importante, que se va a incrementar a lo largo de los días de práctica deportiva. En la bibliografía médica se recogen descensos de un 30 a un 50%. Es importante tener en cuenta las modificaciones de insulina con la vida deportiva para evitar complicaciones, hipoglucemias y descontrol metabólico. A ser posible, obtener el máximo de las ventajas del ejercicio físico.

Objetivos, material y métodos. Se analiza un grupo de 42 niños y adolescentes diabéticos durante la realización de campamento de verano. Se estudian los cambios de insulina en relación a la edad y a las peculiaridades de sus tratamientos previos.

Resultados. Los descensos fueron generalizados, aunque se encontraron grandes diferencias en los porcentajes según la edad, el tratamiento previo y la actividad física anterior al campamento.

Grupo 1 (7-9 a): Descensos poco significativos, salvo en situación de hiperinsulinización. La mayoría precisó incrementos de insulina derivado de las dosis suplementarias administradas para corregir hiperglucemias ocasionales.

Grupo 2 (10-12 a): Los descensos fueron casi uniformes (media = -43,1%). Por diversos grados de hiperinsuliniza-

ción y vida habitual sedentaria.

Grupo 3 (11-12 a): Los descensos fueron casi uniformes, aproximadamente entre un 10-25%. Las dosis previas de insulina eran adecuadas a su superficie corporal, evolución de la diabetes y por hacer una vida activa previa.

Grupo 4 (12-14 a): Grupo heterogéneo, tanto en actividad física como en dosis de insulina previas al campamento. Las variaciones de insulina no siguieron un patrón homogéneo.

Grupo 5 (14-16 a): Descensos muy significativos (media = -39,8%). Podemos denominarlos pseudodescensos por haber detectado administración suplementaria de insulina no programada por nosotros.

Conclusiones. Las tasas de insulina en niños diabéticos cuando realizan en régimen de campamento una actividad física importante se modifican en relación a otras variantes: actividad física cotidiana, exigencias de insulinización y pautas de alimentación previas. Hemos comprobado la necesidad de realizar una modificación individualizada de la dosis de insulina en este tipo de actividad.

— ENFERMEDAD DE GRAVES EN VARON Y EDAD TEMPRANA. **JC. Hernando; JI. Suárez-Tomás; F. Berciano; JA. Vázquez; JM. Pérez-Cuesta; E. Suárez.** Hospital San Agustín. Avilés, Asturias

Aportamos el caso de: varón de 8 años y 9 meses de edad con sintomatología de 5 meses de evolución, de sudoración, nerviosismo, pérdida de peso, palpitaciones... La exploración presentaba bocio grado-2, discreto exoftalmos, mirada fija y edema periorbitario.

Estudios complementarios: TSH indetectable (0.25-4.22 μ UI/ml), T_4 L de 6.19 ng/dl (0.8-2.2) y $T_3 > a$ 7 μ g/ml (0.8-2), anticuerpos antitiroideos negativos y TSI de 36 U/l (<9).

Ecografía tiroidea: aumento difuso de la glándula y ecogenicidad homogénea que confirma la gammagrafía.

Se etiqueta el cuadro de enfermedad de Graves y se inicia tratamiento con Propanolol durante 3 semanas y Carbimazol.

En su evolución desarrolla un hipotiroidismo que se trata con Tiroxina y a los 12 meses tiroiditis con anticuerpos Anti-TPO de 945.

Tras 2 años de tratamiento y pensando que reunía criterios de remisión, se procede a la retirada progresiva de medicación.

A los 3 meses recidiva la sintomatología clínica y analítica.

Conclusiones: Enfermedad de Graves con la tríada bocio, exoftalmos y tirotoxicosis, además de analítica de hormonas tiroideas y positividad de TSI. Su frecuencia en la edad

pediátrica es de un 5-6%.

Varón (1:5) y edad temprana: 8 años y 9 meses (2/3 de los casos entre los 10 y 15 años).

Aparición de hipotiroidismo por medicación antitiroidea. Coexistencia con tiroiditis.

Presunción de recidiva cuando hay una mínima disminución del tamaño del bocio e inicio con exoftalmos. La negativización de los TSI no sirvió. El porcentaje de recidivas ocurre en las 3/4 partes antes de los 3 meses.

Actitud terapéutica: tratamiento prolongado. Valoración de terapéutica ablativa con radioyodo o quirúrgico.

- NEUMONIA PERSISTENTE COMO FORMA DE PRESENTACION DE INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMUN. **T. Alvarez; JM. Merino; A. Elvira; J. Rodrigo; J. Sánchez; JB. González de la Rosa.** Servicio de Pediatría. Hospital General Yagüe. Burgos.

Los pacientes con defectos en el sistema inmune están predispuestos al desarrollo de infecciones pulmonares recurrentes o graves en aquellos lugares del sistema respiratorio donde el componente deficitario tiene, en condiciones normales, mayor concentración.

Caso clínico: Niña de 13 años que ingresa por un cuadro de 12 horas de evolución de dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas, fiebre, anorexia y vómitos. Diagnosticada de neumonía basal izquierda dos meses antes. En la exploración física se apreció fiebre de 39,8°C, regular estado nutricional (Peso y talla en P3, relación P/T en P10-25), hipoventilación basal izquierda con aumento de la matidez a la percusión y supuración ótica izda. En la hematimetría practicada presenta Hb: 9,7; Hto: 29,9; VCM: 68,5; HCM: 22,2; Leucocitos 12300 (s75, l22, m2) con disminución importante de LB en sangre periférica y normalidad de Linfocitos T y NK. La VSG fue de 82 y la PCR de 144. El proteinograma mostró hipogammaglobulinemia severa (0,1 g/dL) con aumento de las fracciones alfa1 y 2. La serología a *Clamidia*, *Mycoplasma*, hidatidosis y mononucleosis, así como los hemocultivos, frotis faríngeo y ótico, BAAR y estudio de *M. Tuberculosis* por PCR en jugo gástrico y parásitos en heces fueron repetidamente negativos. La cuantificación de inmunoglobulinas mostró una IgG de 18,3 mg/dL con IgA, IgE e IgM negativas. En la Rx de Tórax apareció una neumonía basal izda con pequeño derrame pleural asociado (que no se logró extraer). En la TAC de la zona se apreciaron engrosamiento pleural izquierdo con bronquiectasias y colapso segmentario. Tras un tratamiento con cefotaxima, cloxacilina i.v. y amoxicilina-clavulánico v.o. durante un total de 27 días, presentó mejoría clínica persistiendo la hipoventilación basal. Fue tratada, asimismo con Ig endovenosa presentando reacción anafiláctica

que desapareció al disminuir el ritmo de la perfusión.

Conclusión: La afección pulmonar persistente o severa es frecuente en las situaciones de inmunodeficiencia por lo que deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial.

- AGRANULOCITOSIS ASOCIADA A OTITIS MEDIA. **AL. Camino; M. Marrero; G. Iglesias; MJ. Bartolomé; J. Sánchez; JM. Merino; JB. González de la Rosa.** Servicio de Pediatría. Hospital General Yagüe. Burgos.

Introducción: La agranulocitosis puede ser debida a trastornos intrínsecos de los neutrófilos o secundaria a múltiples causas (infecciones, fármacos, inmune, secuestro, etc.).

Caso clínico: Niño de 7 meses de edad ingresado por un cuadro de 24 horas de evolución de fiebre hasta 39°C, irritabilidad y vómitos. No antecedentes personales o familiares de interés. La exploración física mostró un niño febril, irritable, pálido y quejumbroso presentando a la otoscopia tímpanos congestivos, signo del trago positivo. El resto de exploración fue normal. La somatometría fue normal. El hemograma realizado en el momento del ingreso mostró una hemoglobina de 10,6; hematocrito: 32,9; VCM:82; HCM: 26,2; plaquetas: 296000; leucocitos 5300 (s21, c13, l38, m28). Una punción lumbar realizada fue normal. Se inició tratamiento con cefotaxima intravenosa, paracetamol e ibuprofeno oral y fluocinolona, polimixina B y neomicina tópicas. La analítica realizada 24 horas más tarde mostró 17700 leucocitos con un porcentaje de granulocitos del 13% (2301/mm³). La serie roja y las plaquetas mostraron niveles similares al ingreso. La bioquímica general, inmunoglobulinas fueron normales. VSG: 70. PCR:195. Sideremia: 34; transferrina 199; IST: 17,1%. La determinación de anticuerpos anticitoplasma de los neutrófilos fue positiva a título 1/80 con imagen de tipo C-ANCA. EL hemocultivo fue positivo a *Streptococcus oralis* y *Staphylococcus epidermidis*. La paracentesis bilateral fue positiva aislándose *Staphylococcus Aureus* en la primera ocasión y en la siguiente *Staphylococcus Aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* (realizada 4 días después). El niño continuó febril (fiebre en picos) y ante la mala evolución se modifica el tratamiento antibiótico sustituyéndose la cefotaxima por amoxicilina-clavulánico y gentamicina y añadiéndose al tratamiento tópico ciprofloxacino. Este tratamiento se mantuvo hasta el día 13 de ingreso continuándose con tratamiento tópico hasta el día 19 en que fue dado de alta. Una TAC de región otomastoidea realizada durante el ingreso mostró otomastoiditis derecha y otitis media bilateral. La supuración persistió hasta el día 8. La cifra de leucocitos totales durante el ingreso osciló entre 7400 y 17700 con porcentaje de neutrófilos bajos mantenidos que oscilaron entre 3% y 13%. Una analítica de control 48 horas

después del alta mostró una hemoglobina de 8,6; hematocrito: 25,5; VCM: 79; HCM: 26,6; plaquetas: 642000; leucocitos: 12600 (s5, l80, m9,e6). Cuatro días después es intervenido quirúrgicamente de su otomastoiditis normalizándose la cifra de neutrófilos en el postoperatorio.

Conclusión: La neutropenia puede obedecer a un origen multifactorial. En nuestro paciente creemos que puede estar asociada a la infección severa y a los fármacos utilizados.

— APLASIA MEDULAR ASOCIADA A INFECCION POR PARVOVIRUS B19 EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. *AI. Elvira; G. Iglesias; F. Casanova*; S. Ansó; M. Marrero; J. Sánchez; JM. Merino. Servicios de Pediatría y Hematología*. Hospital General Yagüe. Burgos.*

Introducción: Es bien conocida la relación de la infección por Parvovirus B19 con la aplasia de la serie roja, aunque también se han descrito casos de fracaso medular global especialmente en pacientes con anemia hemolítica crónica e inmunocomprometidos.

Caso clínico: Niño de 4 años de edad diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda, fenotipo común tratado según protocolo PETHEMA. Diez meses después de iniciado el tratamiento de mantenimiento con metotrexato y 6-mercaptopurina presenta, en una analítica de control, elevación persistente de las transaminasas (cifras de GOT entre 80-240 y de GPT entre 150-592) y LDH. La serología a hepatitis B y C, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y toxoplasma es negativa. Ante la persistencia de la elevación de transaminasas se sustituye la 6, mercaptopurina por 6, thioguanina, presentando reducción progresiva de las cifras de enzimas. En los dos meses siguientes presenta episodios recurrentes de otalgia en uno de los cuales presenta fiebre hasta 39°C, motivo por el que ingresa. La exploración muestra regular estado general, palidez cutáneo mucosa, pequeño hematoma en muslo izquierdo sin otros signos de sangrado activo. Otoscopia con tímpano derecho congestivo y signo del trago positivo. En la analítica del ingreso, presenta leucocitos: 1100, Hb: 5.7, Hto: 17.6; VCM:97; plaquetas:100000. El resto de la analítica fue normal. El test de Ham y de la sucrosa fueron negativos. El hemocultivo y cultivo del líquido de la paracentesis ótica fueron negativos. La serología a citomegalovirus, VEB fue negativa. La serología a Parvovirus B19 IgM e IgG fue positiva. Fue trasfundido con concentrado de hematíes en dos ocasiones y se utilizaron factores de crecimiento hematopoyético, dada la neutropenia que presentaba al ingreso. Se inicia tratamiento con imipenem/cilastatina. Al tercer día de su ingreso se detecta esplenomegalia de 3-4 cm, con hepatomegalia de 1 cm bajo rebor-

de costal; desapareciendo dicha visceromegalia a lo largo de su estancia. Se evidenció normalización clínico-analítica a los 6 días de ingreso.

Conclusión: La infección por Parvovirus B19 es un proceso frecuente en la infancia. En muchos casos cursa de forma asintomática o con sintomatología banal. En los niños afectados de algún tipo de inmunodeficiencia o anemias crónicas puede manifestarse con mayor gravedad.

— UTILIDAD DEL ESTUDIO MICROSCOPICO DE ORINA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE ITU. RESULTADOS PRELIMINARES. *S. Ballesteros; D. Miguel; L. Lagunilla; C. Fernández; J. Llana; J.L. Matesanz. Servicio de Pediatría y Microbiología. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Presentamos los resultados de un trabajo prospectivo iniciado en el Servicio de Pediatría del Hospital de Cabueñes, con el fin de definir la utilidad del estudio microscópico de orina en fresco y con tinción de Gram en el diagnóstico precoz de la ITU.

Material y métodos. Se analizaron 110 muestras de orina de niños entre un mes y 14 años enviados al laboratorio de microbiología de un hospital comarcal de segundo nivel con sospecha de ITU. Se visualizaron las muestras en fresco con cámara de Fuch Rosenthal en microscopio de alta resolución y con tinción de Gram en microscopio convencional, identificando y cuantificando microorganismos. Se comparan con los resultados del urocultivo.

Resultados. Se obtuvieron 17 urocultivos con más de 100.000 colonias (15%), 17 con menos de 100.000 colonias (15%), 20 con flora mixta (13%) y 56 negativos (51%). El germen más frecuente fue *E. coli* (20), seguido de *Proteus* (7), *Enterococcus* (4) y *Klebsiella* (3). La sensibilidad de la prueba en fresco fue del 94%, con una especificidad del 75% y un VPP del 41% y VPN del 98%. Asimismo, la sensibilidad de la prueba con tinción de gram fue del 88%, la especificidad del 78%, el VPP del 44% y el VPN del 97%. En la correlación del Gram con el cultivo se obtuvo un valor kappa de 0,69.

Conclusiones. Ambos métodos son rápidos, sencillos de realizar, baratos y fáciles de aprender para un clínico. Se presentan problemas con las floras mixtas y cultivos con pocas colonias que pueden dar resultados positivos o negativos indistintamente falseando los datos. El bajo número de cultivos positivos en la muestra podría ser el origen del VPP bajo, siendo el resto de evaluadores de la prueba: sensibilidad, especificidad y VPN aceptables. Consideramos necesario ampliar el estudio para establecer si la visualización al microscopio de orina por sí misma o en combinación con otros métodos de screening, permitiría el diagnóstico

de ITU antes de conocer el resultado del urocultivo.

— **INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIA A SINDROME OBSTRUCTIVO POR VALVULAS DE URETRA POSTERIOR (VUP). A PROPOSITO DE UN CASO.** *MC. Sánchez Jiménez; P. Gayol; M. Matilla; MC. Soler; L. Carbayo; P. González. Hospital Virgen de la Vega, Servicio de Pediatría. (Salamanca).*

Introducción: Las válvulas de uretra posterior representan la causa más frecuente de uropatía obstructiva congénita en los varones. El aumento de presión retrógrada en los sistemas colectores, puede llegar a comprometer el parénquima renal en desarrollo.

Caso clínico: Presentamos un lactante de 36 días, enviado por su pediatra por curva ponderal estacionada, (P. nacimiento 2700gr/ Pingreso 2710gr). Desde hace 48 h presenta vómitos y rechaza alguna toma.

Exploración: afectación general, nutrición deficiente, ojos hundidos, piel seca, afebril, FA.2x2 NT. Dudosa distensión abdominal, resto normal.

P. complementarias: leucocitosis sin desviación izda, acidosis metabólica, uremia 214mg/dl, creat.1,94mg/dl, Ca⁺⁺ 6,7mg/dl, K 6,4mEq/l. Bacteriuria, leucocituria, con nitritos +, discreta proteinuria y hematuria. T.A.:86/62. Diuresis 3,3 ml/kg/h.

Se corrigen las alteraciones hidroelectrolíticas y establecemos antibioticoterapia i.v.

ECO abdominal: ectasia s.excretor bilateral, volumen vesical remanente tras micción, posible reflujo vesicoureteral. Urinocultivo positivo a *E. coli*.

Ante la sospecha de VUP se procede al sondaje vesical, aumentando la diuresis a 5-6 ml/kg/h, con evolución clínica favorable. Se confirma con CUMS : VUP y RVU completo. Después de normalizarse la función renal, se retira el sondaje conservándose la diuresis. Se descarta daño función renal mediante gammagrafía DMSA.

Nuevo control a los dos meses normal.

Comentario: Queremos destacar que la falta de medro en el lactante puede ser la forma de presentación de I. Renal postrenal por VUP.

— **EXTROFIA VESICAL: A PROPOSITO DE UN CASO.** *S. Ansó; T. Alvarez; G. Iglesias; JM. Gutiérrez*; B. Alonso; E. Sastre; P. Aparicio. Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Gral. Yagüe. Burgos.*

La extrofia vesical es una malformación genitourinaria infrecuente (1:10000-50000), que precisa un tratamiento qui-

rúrgico en las primeras 24-48 horas.

Presentamos el caso de una recién nacida, que ingresa en nuestra Unidad procedente de otro centro hospitalario. Se trata de una recién nacida a término, segunda hija, de padres no consanguíneos, sin antecedentes familiares de interés. Madre alérgica al polen y polvo, en tratamiento esporádico con budesonida y salbutamol inhalados. Embarazo que cursó con normalidad, sin exposición a teratógenos ambientales conocidos. Amniocentesis diagnóstica en la 16 semana de gestación con cariotipo normal, 46 XX por madre añosa (36 años). Parto vaginal, eutócico. Peso adecuado a la edad gestacional: 2,900 kg.

A la exploración abdominal, en mitad inferior presenta vejiga evertida expuesta, con mucosa de aspecto normal, orificios ureterales en región lateral. Implantación baja del cordón umbilical. Uretra epispádica. Genitales: femeninos, separación de labios mayores y menores, hemiclitoris en cada lado. Orificio lateral normal. Ano desplazado anteriormente. Separación de pubis. Resto de exploración normal.

Recibe tratamiento quirúrgico, en las primeras 24 horas de vida, manteniéndose en ventilación mecánica durante 15 días y paralizada con vecuronio durante 6 días. Con inmovilización de extremidades inferiores y articulación de la cadera en flexión durante un mes. Actualmente a los 6 meses de vida permanece asintomática.

La extrofia vesical es parte de un espectro de anomalías que afectan al tracto genitourinario, sistema musculoesquelético y algunas veces al tracto intestinal. Es una malformación infrecuente.

El diagnóstico y tratamiento quirúrgico debe realizarse en las primeras 24-48 horas de vida. En el postoperatorio es precisa una inmovilización correcta y prolongada.

— **LITIASIS CORALIFORME Y LITOTRIZIA EXTRACORPORA POR ONDAS DE CHOQUE EN LA INFANCIA.** *M. Marrero Calvo; A. Elvira Pardilla; G. Iglesias Escalera; MJ. Bartolomé Albistegui; A. Camino Fernández; JM. Merino Arribas; J. Rodrigo Palacios. Hospital General Yagüe. Servicio de Pediatría. Burgos.*

Introducción: La litiasis urinaria es una entidad cada vez más frecuente en la infancia. Las manifestaciones clínicas son distintas, dependiendo de la edad de presentación. En los pacientes más pequeños, el diagnóstico se suele hacer por la presencia de infección del tracto urinario persistente, mientras que en niños mayores el dolor abdominal es el síntoma más frecuente.

Observación clínica: Se presentan los casos de una niña de 2,5 años con litiasis coraliforme bilateral y de un niño de 3,9 años con litiasis coraliforme izquierda, ambos con hiper-

calciuria idiopática e infección persistente por *Proteus mirabilis*, sin otros hallazgos de interés en las pruebas complementarias.

Se revisa la clínica, el diagnóstico y las nuevas modalidades terapéuticas en la urolitiasis, realizadas con éxito en nuestros 2 pacientes.

Conclusiones: El empleo de litotricia extracorpórea por ondas de choque ha significado un cambio en el planteamiento terapéutico de la litiasis urinaria, quedando la cirugía relegada a un segundo plano.

— VÓMITOS RECURRENTES CON CETOSIS COMO MANIFESTACION CLÍNICA DE UN DEFECTO PARCIAL EN EL CICLO DE LA UREA. **D. González-Lamuño; J. Larreina; MJ. Lozano; M. García-Fuentes.** Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

La deficiencia de la enzima ornitín transcarbamilasa (OTC) se manifiesta clínicamente con una sintomatología neurológica predominante, que, junto a un cuadro de vómitos y una elevación del amonio durante los brotes agudos, debe sugerir un defecto enzimático del ciclo de la urea. Tratándose de un defecto ligado al sexo, en las mujeres portadoras y en determinadas formas leves, pueden aparecer manifestaciones clínicas menos características que pueden ser etiquetados de vómitos recurrentes con cetosis.

Caso clínico: Niña de 12 años de edad con historia de vómitos recurrentes cetónicos desde los tres años de edad, que motivaron su ingreso hospitalario en múltiples ocasiones. Entre las crisis la niña está asintomática y presenta una buena tolerancia al ayuno. Durante los episodios de vómitos es de destacar la existencia de una grave afectación del estado general, alcalosis mixta, ausencia de hipoglucemias y cetonuria en grado variable. Las cifras de amonio basales son normales y elevadas tras sobrecarga oral de proteínas. No se dispone de cifras de amonio al inicio de las crisis. En el estudio metabólico realizado tras sobrecarga de ingesta proteica y administración de alopurinol, se objetiva una eliminación aumentada de ácido orótico en orina de 24 horas.

Discusión: Aunque la frecuencia de los trastornos primarios del ciclo de la urea puede estimarse en 1/15.000 es muy posible que esta cifra infraestime la prevalencia real del problema, puesto que muchos niños e incluso adultos, no son diagnosticados correctamente. La sintomatología clínica depende de las crisis de hiperamonemia, que incluso pueden comprometer la vida del enfermo. El diagnóstico de la entidad más frecuente (déficit de OTC) puede ser difícil en los casos en que la clínica esté amortiguada, como ocurre en las mujeres que actúan de portadoras (formas hemi-

cigotas). En estos casos es necesario efectuar un test de sobrecarga de alopurinol para evidenciar el problema a través de un aumento en la eliminación de ácido orótico y orotidílico. En esta paciente es necesario instaurar una dieta limitada en proteínas y establecer un adecuado consejo genético tras disponer de un diagnóstico molecular.

— AVERSION AL CONSUMO DE PROTEINAS Y EVOLUCION FAVORABLE DE UNA ACIDEMIA ISOVALERICA DE DEBUT NEONATAL. **D. González-Lamuño; A. Urkiza; MJ. Lozano; M. García-Fuentes.** Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La acidemia isovalérica (AI) es una rara enfermedad metabólica cuyo debut clínico suele darse en el periodo neonatal, en la cual es importante realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado con el fin de evitar el éxitus y conseguir un desarrollo psicomotor normal. En esta comunicación presentamos el caso de un niño con AI diagnosticada a los cinco años de edad, con un desarrollo neurológico normal y una marcada aversión a las proteínas.

Caso clínico: Niño de cinco años de edad con cuadro de vómitos y obnubilación de 48 horas de evolución con acidosis metabólica e hiato aniónico aumentado, leucopenia discreta cetonuria, y olor característico de la orina a pies mojados. Al haber presentado durante los últimos años varios episodios similares y en el periodo neonatal (3^{er} día de vida) un cuadro de rechazo de tomas, deshidratación y letargia se sospecha una acidemia orgánica, motivo por el que se instaura tratamiento específico y se estudia la presencia de ácidos orgánicos en orina. La presencia en orina de metabolitos del ácido isovalérico y de ésteres de isovalerilglicina confirman la sospecha diagnóstica de acidemia isovalérica.

Discusión: Nos parece interesante destacar en este paciente afecto de AI, con debut neonatal y episodios repetidos de acidosis, el hecho de que a pesar de haberse retrasado el diagnóstico hasta los cinco años de edad, su desarrollo haya sido normal. Es posible que la aversión natural a las comidas con alto contenido proteico que presenta este niño haya influido en la evolución favorable que ha presentado.

— TRATAMIENTO DEL EMPIEMA PARANEUMONICO. **A. Morais; R. Casado; A. Concha; S. Menéndez; A. Medina; C. Rey.** Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Departamento de Pediatría. Hospital Central Universitario. Oviedo.

Introducción: El empiema paraneumónico es tratado

con medidas que van desde terapéutica antibiótica hasta decorticación pleural. En pediatría se han comenzado a utilizar en los últimos años técnicas menos agresivas, como los fibrinolíticos intrapleurales. Presentamos nuestra experiencia en dos casos.

Casos clínicos: Niño de 20 meses diagnosticado de derrame pleural izquierdo masivo con desplazamiento de traquea (tipo 7 de Light). Se realiza toracocentesis obteniéndose líquido purulento con cultivo positivo a peptoestreptococo. Tratamiento con vancomicina y cefotaxima i.v. Ante la persistencia del derrame con empeoramiento clínico se coloca drenaje pleural y posteriormente se realiza decorticación. Evolución favorable con resolución paulatina del derrame.

Niño de 4 años diagnosticado de derrame pleural derecho masivo (tipo 5 de Light). Se administran clindamicina y gentamicina. Se coloca drenaje pleural obteniéndose líquido serohemático con presencia de un cocobacilo gram-negativo. Ante la persistencia del derrame con ausencia de drenaje se inicia tratamiento fibrinolítico con uroquinasa intrapleural. Evolución favorable tras obtener un litro de líquido pleural purulento.

Comentarios: La clasificación de Light es útil para orientar el tratamiento de los derrames pareneumónicos. La terapéutica con fibrinolíticos intrapleurales es efectiva en pacientes pediátricos. En nuestro primer paciente se podría plantear la utilización de fibrinolíticos previamente a la decorticación.

— AGENESIA DE PERONE: A PROPOSITO DE DOS CASOS. *A.I. Elvira; S. Ansó; T. Alvarez; I Carpintero; P. Aparicio; E. Sastre; B. Alonso. Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Gral. Yagüe. Burgos.*

La agenesia de peroné, es una malformación congénita

caracterizada por el acortamiento uni o bilateral de las extremidades inferiores. Es probablemente la hipoplasia o ausencia de huesos largos más frecuente. La frecuencia global de reducción de extremidades en nuestro medio, según la revisión realizada por el grupo ECEMC, es del 6,97 por 10.000, que está dentro del rango de la observada en otros países, sin tener datos específicos sobre la incidencia de esta malformación.

Se asocia frecuentemente con inclinación anterior de la pierna, hundimiento de la piel y anomalías del pie; así como a otras malformaciones musculoesqueléticas, cardíacas y renales.

Las anomalías de peroné, varían desde una hipoplasia parcial con apariencia normal del miembro, hasta la ausencia del peroné, con marcado acortamiento del fémur, tibia curva y anomalías del pie.

Presentamos 2 casos aislados de agenesia de peroné: **Caso 1:** Recién nacida, a término, procedente de embarazo que cursó con normalidad. Parto eutócico. Diagnosticada por ecografía prenatal de agenesia de peroné izquierdo con acortamiento de fémur isolarteral. A la exploración física se observa asimetría de extremidades inferiores, con acortamiento de la extremidad inferior izquierda, con pequeño hundimiento de la piel en región pretibial. Movilidad activa y pasiva normal. Resto de exploración normal. **Caso 2:** Recién nacido con antecedentes familiares de esferocitosis hereditaria en rama materna, procedente de embarazo que cursó con diabetes gestacional; a término, cesárea por no progresión; diagnosticado por ecografía prenatal de agenesia de peroné izquierdo, con acortamiento de fémur. En exploración física se detecta asimetría de extremidades inferiores con acortamiento de la extremidad inferior izquierda; agenesia del 5º dedo y 5º metatarsiano de dicha extremidad.

La hipoplasia o ausencia congénita de peroné se asocia con frecuencia a otras malformaciones y/o deformaciones de los miembros afectos. Es una malformación congénita