

Comunicaciones

— ENFERMEDAD INVASIVA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* EN CANTABRIA: CASUÍSTICA 1989-1997. A. Argumosa*; G. Regueras*; C. Mazarrasa**; I. Pocheville***, S. Docio****, M. J. Lozano*. * Servicio de Pediatría y ** Servicio de Microbiología del H. Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ***Servicio de Pediatría del H. de Cruces, Vizcaya**** Servicio de Pediatría del H. C. de Laredo, Asturias.

Objetivos: Determinar los cambios ocurridos en la incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* (EIHI) y en sus características epidemiológicas tras la aprobación de la administración libre de vacunas conjugadas contra *Haemophilus influenzae*.

Material y métodos: Se recogen los casos de EIHI (enfermedad sistémica en la que se cultiva *Haemophilus influenzae* en un líquido corporal normalmente estéril) desde enero de 1989 a agosto de 1997. Mediante la revisión de historias clínicas se registran datos de filiación, antecedentes personales, tipo de enfermedad invasiva, características serológicas del germen, tratamiento y secuelas. Se valoran las cifras de incidencia de EIHI en niños menores de 5 años en etapas anteriores y posteriores a la aprobación de la vacuna.

Resultados: Durante este periodo hemos constatado un total de 26 casos de EIHI, siendo la meningitis la forma clínica más frecuente (16 casos), seguida por celulitis (3), neumonía (2), epiglotitis (2), artritis (1) y cuadro febril sin filiar (2). La edad media de los pacientes fue de 18,6 meses. El 34,6% requirieron ingreso en UCI y la duración media del periodo de ingreso fue de 13,3 días. Todos los casos excepto uno se debieron al serotipo b. El 72% fueron resistentes a penicilina. No hubo *exitus* pero dos pacientes (7,6%) presentaron secuelas persistentes y cuatro (15,3%) alteraciones auditivas transitorias. Dos niños vacunados con una sola dosis tuvieron EIHI.

Conclusiones: 1) Se observa una clara disminución en la incidencia de EIHI tras la introducción de la vacuna en Cantabria. 2) Los dos casos con secuelas persistentes ocurrieron en niños no vacunados. 3) Los resultados obtenidos apoyan la necesidad de la introducción oficial de la vacuna anti-*Haemophilus influenzae* en nuestro calendario vacunal.

— EPIDEMIA DE MENINGITIS POR ECHOVIRUS TIPO 6. G. Iglesias; A. Elvira; M. Marrero; I. Carpintero; J. Rodrigo; J.M. Merino. Hospital General Yagüe. Servicio de Pediatría. Burgos.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas y los hallazgos de laboratorio de una epidemia de meningitis por Echovirus tipo 6.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes pediátricos menores de 14 años diagnosticados de meningitis aséptica de origen viral. Se definió la meningitis aséptica como el síndrome clínico caracterizado por cefalea, vómitos y signos meníngeos positivos asociados a pleocitosis de LCR superior a 5 células y cultivo de LCR negativo para bacterias. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Se enviaron muestras de heces de 10 pacientes para estudio e identificación viral al CNMV de Majadahonda (Madrid).

Resultados: Entre febrero y agosto de 1997, 27 niños fueron diagnosticados de meningitis aséptica de origen viral. La edad media fue de 5,8 años (rango: 3-12,8). 19 casos eran varones (70%) y 8 casos mujeres (30%). El tiempo medio de evolución antes del ingreso fue de 19,8 horas. Los datos clínicos y de laboratorio más importantes fueron:

Clínica/Laboratorio

Clínica	Casos	%
Cefalea	24	88,8
Vómitos	23	85,1
Signos meníngeos +	19	70,7
Afectación general	14	51,8
Síntomas respiratorios	8	29,6
Dolor abdominal	2	7,4
Exantema	2	7,4
Alteración conciencia	1	3,7
Temperatura media (rango)	38,1°C (37,5-39,5)	

Laboratorio	Media	Rango
Sangre: Leucocitos/mm ³	11.604	7.200-17.300
Neutrófilos	78,7	49,89
LCR: Células/mm ³	129	0-472
Linfocitos	41,2	5-90
Glucosa (mg/dl)	61,9	23,83
Proteínas (mg/dl)	34	13-87

El estudio virológico en heces fue realizado en 10 pacientes, siendo positivo en 7 (70%) para *Echovirus* tipo 6. La estancia media fue de 4,1 días. Se realizó tratamiento de soporte (sueroterapia y analgésicos) en el 55,5% de los casos. Un 45,5% recibió antibióticos hasta la negatividad del cultivo de LCR (media: 3,2 días). La evolución fue buena en todos los casos.

Conclusiones:

1. La meningitis por enterovirus son frecuentes en la edad pediátrica, presentándose en forma de brotes epidémicos.

2. Los síntomas clínicos y los hallazgos de laboratorio son inespecíficos.

3. El estudio virológico en heces en la fase aguda tiene un rendimiento elevado en la identificación del agente casual.

- ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO II: A PROPOSITO DE UN CASO. *T. Alvarez; M.T. Gil; F. Bardadillo; S. Anso; J.M. Merino; J.B.G. de la Rosa. Hospital General Yagüe. Burgos.*

Introducción: Las atrofas musculares espinales (AME) son un grupo de enfermedades determinadas genéticamente de forma autosómica recesiva, que se caracterizan por la degeneración de las células del asta anterior de la médula. Su importancia viene determinada por su frecuencia y su alta mortalidad. La clasificación de las AME se basa en la edad de presentación, grupos musculares afectados y la progresión. La atrofia muscular tipo II de Dubowitz o forma intermedia comienza durante el primer año, los niños suelen ser capaces de sentarse y el pronóstico viene determinado por las deformidades torácicas y los problemas respiratorios.

Caso clínico: Lactante de 14 meses que consulta por retraso motor. Adquirió el sostén cefálico a los seis meses, siendo capaz de mantener la sedestación con ayuda. El desarrollo psíquico es normal y no refiere procesos catarrales de repetición.

En la exploración física presenta una marcada hipotonía de extremidades superiores con un temblor fino de intención.

El estudio serológico, EKG, radiografía de tórax y columna lumbar, resonancia magnética nuclear de cráneo y columna vertebral es normal. Se realiza EMG y biopsia muscular confirmándose el diagnóstico de atrofia muscular espinal.

Conclusiones: La atrofia muscular espinal tipo II es un cuadro raro. La mayoría de los niños alcanzan la edad adulta. La alteración causante de estos cuadros se ha localizado en el cromosoma 5q11.2-13.3.

- CONVULSIONES NEONATALES: FACTORES DE RIESGO Y PRONOSTICO EN 105 CASOS. *E. Alvarez; M.A. Cuenca; I. de las Cuevas; J.L. Herranz; J. Gómez-Ullate*. Unidades de Neuropediatría y de *Neonatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Se valoran los datos recogidos retrospectivamente de la historia clínica de los 105 niños con convulsiones durante el período neonatal, entre los años 1983 y 1996.

La edad gestacional es de $37,5 \pm 4,1$ semanas y el peso de 2.787 ± 882 g (moda 3.750 g). Las convulsiones comienzan a los $5 \pm 7,4$ días, pero en el 46,7% de los casos en las primeras 24 horas. El tipo de convulsión más frecuente es tónica generalizada (64%), seguida por crisis sutiles (48%), crisis clónicas multifocales (29%), crisis clónicas focales (25%), crisis tónicas focales (10%) y crisis mioclónicas (10%). El 15% de los niños padece status.

Las crisis desaparecen en el 68,6% de los casos –en el 66,7% de ellos en las primeras 24 horas–, de manera espontánea en el 12,6% y con medicación en el 87,6% de los casos, en el 76% de ellos con el primer antiepiléptico.

Un 34% de los niños evolucionan hacia la normalidad, el 29% fallecen y el 37% desarrollan secuelas (el 23% retraso mental, el 17% parálisis cerebral y el 14% epilepsia).

Se valoran los factores de riesgo de convulsión neonatal y se identifican factores pronósticos mediante análisis multivariante de la etiología; los signos neurológicos, las características del EEG, la neuroimagen, el número de fármacos empleado y el tiempo transcurrido hasta el control de las crisis.

- DIFICULTAD RESPIRATORIA ALTA COMO FORMA DE PRESENTACION DE MIOPATIA. *I. Fernández Fernández; M.J. Villacián Vicedo; A. Medina Villanueva; C. Rey Galán; M. Bueno Campaña; A. Alcaraz Romero. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Departamento de Pediatría. Hospital Central Universitario. Oviedo. Principado de Asturias.*

Introducción: Las miopatías son procesos en los que existe alteración en las fibras musculares estriadas, manifestándose clínicamente como pérdida de fuerza. La presentación con clínica selectiva respiratoria es poco frecuente. Presentamos un caso con debut como dificultad respiratoria de vías altas.

Caso clínico: Varón de 8 años con antecedente de miositis transitoria infecciosa a los 6 años de edad. Presenta cuadro de 4 días, de malestar general sin fiebre, dolor abdominal y odinofagia. Fue tratado con amoxicilina oral. Ingesa-

do en observación inicia cuadro de dificultad respiratoria alta con estridor ins/espítorio, disfonía, disfagia y sialorrea. Se realiza Rx lateral de cuello donde se observa imagen de masa que obstruye parcialmente luz laríngea. TAC laríngeo sin alteraciones. En laringobroncoscopia se encuentran pequeños restos de comida y mucosidad filante. Precisa ventilación mecánica durante 10 días. Pruebas complementarias: CPK: 41.406 UI/L; LDH: 9.218 UI/L; Aldolasa: 131 UI/L. GOT: 1.982 UI/L. GPT: 1.200 UI/L. Mioglobina en orina: 4.500 mcg/L. Serología: positiva para *influenzae* B. Electromiograma: ausencia de signos de afectación muscular a nivel hipotenar, tenar, deltoides derecho e izquierdo y frontal. Biopsia muscular (deltoides): discreto aumento de lípidos.

Comentarios: Las miopatías con desencadenante infeccioso pueden presentarse como insuficiencia respiratoria aguda, siendo importante considerarlas en el diagnóstico diferencial de otras causas más frecuentes de dificultad respiratoria. La ventilación mecánica puede llegar a ser necesaria para el control adecuado de estos pacientes, siendo el proceso de destete lento.

— ENFISEMA LOBAR CONGENITO. **M. Matilla; P. Gayol; J.P. Martínez; M.A. Sánchez; J.M. García*; P. González.** Servicio de Pediatría y *Cirugía Infantil, Hospital Virgen de la Vega, Salamanca.

Introducción: El enfisema lobar congénito (E.L.C.) es una entidad de escasa incidencia (1/50.000-60.000 r.n.). Más frecuente en el sexo masculino. Se han descrito sólo dos casos familiares y puede ir asociado a otras malformaciones, especialmente cardiovasculares.

Los trastornos comienzan generalmente los primeros días de vida con un cuadro de distrés respiratorio grave; en otros casos, antes de los cuatro meses de edad, que serían las formas graves. También se han descrito casos de presentación en niños mayores o adultos asintomáticos.

El diagnóstico precoz de las formas de presentación grave permite realizar un tratamiento quirúrgico con resultados generalmente satisfactorios.

Caso clínico: Varón de dos meses y veinte días de edad que con motivo de una revisión de puericultura se detectó un cuadro de distrés respiratorio leve con taquipnea, tiraje moderados y en especial con marcada retracción xifoidea.

Se practicó Rx de tórax donde se evidencia una hiperinsuflación en el lóbulo izquierdo catalogada de E.L.C., practicándose una lobectomía con un postoperatorio bueno.

Actualmente el paciente tiene doce años de edad, está asintomático y el desarrollo estatura-ponderal es bueno, con P75 para el peso y P90 para la talla, y como única alteración visible la presencia de un pectus excavatum.

— COREA DE SYDENHAM COMO FORMA DE INICIO DE FIEBRE REUMÁTICA. **P. Cantero; C. Fernández-San Julián; P. Vallés; R. Arteaga; L. Alvarez-Granda.** Servicio de Pediatría, H.N.U. Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La fiebre reumática (FR) es actualmente una complicación muy poco frecuente de la infección por estreptococo grupo A en nuestro medio. La corea suele aparecer en los rebotes de la enfermedad, de forma aislada o asociada a otros síntomas, pero es excepcional que sea la forma de inicio.

Caso clínico: Varón de 11 años que consulta por un cuadro clínico de 48 h. de evolución caracterizado por movimientos incontrolados e incoordinados de extremidades y músculos faciales, con disartria. Presenta artralgiás erráticas desde hace 8 días en rodilla y tobillo derechos. Antecedentes personales y familiares sin interés. Exploración física: Somatometría normal. Afebril. Neurológico: movimientos coreoatetósicos orofaciales y en las cuatro extremidades; disartria; hipotonía de extremidades superiores; ROT abolidos. Articulaciones normales. Resto de exploración física dentro de la normalidad. Exploraciones complementarias: hemograma y plaquetas normales; bioquímica general normal; VSG 29; ASLO 785; ECG con alargamiento del P-R (0,19 sg.); insuficiencia mitral moderada y sospecha de nódulos reumatoideos en válvulas mitral y tricúspide en el ecocardiograma Doppler color; EEG, RMN y análisis del LCR normales.

Tras iniciar tratamiento con carbamacepina 25 mg/kg/día, penicilina oral 500 mg/8h. y prednisona 2 mg/kg/día, la evolución es favorable, con normalización del intervalo P-R. Persisten signos de insuficiencia mitral y movimientos incontrolados con el estrés.

Conclusiones: Aunque la FR sea una enfermedad "virtualmente desaparecida" en nuestro medio, ante la aparición de movimientos coreiformes en un niño aparentemente sano debe seguir siendo tenida en cuenta como primera posibilidad diagnóstica.

— MASA ABDOMINAL EN EL NIÑO. A PROPOSITO DE UN CASO. **P. Cantero; E. de Diego; M. Otero; L. Cardenal; E. Bureo; F. Sandoval.** H.N.U. Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: El diagnóstico de masa abdominal de origen tumoral en el niño se basa tanto en evidencias clínicas, como en pruebas complementarias analíticas y de imagen. Debido a la premura terapéutica, en ocasiones se inicia el tratamiento sin tener una evidencia histológica, lo cual da lugar a retrasos en la instauración de las medidas específicas para cada caso.

Caso clínico: Varón de 5 años y un mes de edad que consulta por dolor abdominal de un mes de evolución, intermitente, más intenso y frecuente en la semana previa, en la cual asocia anorexia. Exploración: Somatometría y constantes normales; palidez de piel, no de mucosas; abdomen blando y depresible, en el que se palpa una masa de consistencia pétreo, irregular y fija, yuxtaumbilical derecha, que se pierde en la palpación profunda, de aproximadamente 6 cm de diámetro transversal y 4 cms de diámetro craneocaudal. No hepatoesplenomegalia, distensión abdominal o ascitis. Resto de exploración por aparatos normal. Exploraciones complementarias: hemograma y bioquímica normales; E y S de orina normal; excreción de catecolaminas urinarias dentro de límites normales; ECO y TAC toracoabdominal: masa sólida de 18 cm de longitud afectando a la totalidad del riñón derecho con importante distorsión del parénquima, que no presenta función significativa. Infiltración del psoas, cápsula renal y hemidiafragma, arteria renal derecha, vasos ilíacos primitivos y los 2 últimos cm de aorta y cava distales. Riñón izquierdo con 2 nódulos sólidos e hipovasculares de 2 cm de diámetro mayor, subcapsulares, en polo inferior y mesorrenal respectivamente. No adenopatías. No metástasis pulmonares ni hepáticas. Diagnóstico: Tumor de Wilms estadio III derecho, con afectación nefroblastomatosa o tumor de Wilms izquierdo (posible estadio V); biopsia de médula ósea normal.

Seguendo el protocolo europeo de tratamiento del tumor de Wilms, se inicia quimioterapia con vincristina y actinomicina-D durante 4 semanas, con ligera reducción tumoral en la TAC de control prequirúrgico. En el acto quirúrgico resulta imposible la exéresis de la masa por presentar sangrado incoercible e infiltración de planos profundos. Se realiza apendicectomía, omentectomía parcial y biopsia de adenopatías abdominales. En todos los tejidos biopsiados se aprecia la existencia de un linfoma B de alto grado, tipo Burkitt, por lo que inicia tratamiento quimioterápico específico, siendo la evolución favorable hasta el momento.

Conclusiones: Ante la sospecha clínica y/o por técnicas de imagen de tumor de Wilms, se plantea de nuevo la duda sobre la realización de pruebas confirmatorias histológicas, dada la posibilidad de errores diagnósticos que pueden retrasar el tratamiento específico.

— ESTUDIO DE HIPOGLUCEMIAS EN UN CAMPAMENTO DE DIABÉTICOS. **M. Urkiza; P. Cantero; J.A. Delgado; L. Vázquez; A. Rebollo; C. Luzuriaga.** Unidad de Endocrinología Infantil, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Conocer la clínica y frecuencia de hipoglucemias en un campamento de niños diabéticos, en relación

con la edad, años de evolución de la enfermedad, control metabólico y dosis de insulina (I). Observar variaciones en las necesidades de insulina respecto a las domiciliarias.

Pacientes y métodos: 30 niños diabéticos, se valoran 29, 19 M/12 V, de 12,1 años, edad media (rango: 8,5-15,5). Se realizaron diariamente durante los 12 días de duración del campamento a todos glucemias pre-postprandiales, a las 0,00 h, y ocasionalmente a las 3,00 h. Otros controles a demanda del paciente y/o criterio médico. Se valora en función de edad, tiempo de evolución, control metabólico, dosis de I/kg/día y reparto de la misma, antecedentes de hipoglucemia domiciliar previa y sintomatología de los episodios, considerándose como hipoglucemia valores <54, definiéndose como valor de riesgo nocturno <70, y estudiando separadamente glucemias <54, 55-60, y 61-70 mg/dl.

Resultados: Ausencia de hipoglucemias severas, diurnas o nocturnas. En 16 ocasiones hipoglucemia moderada, el resto leves. Ningún niño identificó las hipoglucemias nocturnas (HN), aunque el 17% referían hacerlo en su domicilio. El 93,1% presentaron algún valor <54, siendo la media de aparición por niño de $4,8 \pm 2,7$ (0-12). El 100% presentó algún valor <70, con una media por niño de $11,9 \pm 5,6$ (2-28). Se observaron 205 valores (9,6%) <54mg/dl y 345 (16%) <70 mg/dl del total de glucemias realizadas (2.141). No se encontró relación significativa entre la aparición de HN y la edad, sexo o años de evolución de la enfermedad. La glucemia a las 3,00 h fue significativamente inferior a la de las 0,00 h y precena: $135,7 \pm 40,5$; $164 \pm 36,1$ y $2.15,2 \pm 50,5$ respectivamente, con $p < 0,01$. La glucemia precena no se correlaciona con la de las 3,00 h, aunque sí con la de las 0,00 h y con el porcentaje (%) de la dosis de I de la cena. El control metabólico (HbA1c) sólo se correlaciona ($r = 0,51$) con la glucemia de las 0,00 h. Asimismo, los años de evolución de la diabetes sólo se relacionan con la glucemia precena ($r = 0,57$). No se encontró relación significativa entre la glucemia de las 3,00 h y la dosis de I total/día, ni con el % de dosis de la cena. Se ha constatado diferencia significativa entre la dosis de I/kg/día en el campamento frente a la domiciliaria ($0,7 \pm 0,2$ vs $0,9 \pm 0,3$), con $p < 0,001$. Los varones precisaron menor dosis de I en relación a las niñas ($0,6 \pm 0,2$ vs $0,7 \pm 0,2$) con $p < 0,05$.

Conclusiones: Aunque el número de hipoglucemias totales parece elevado, no lo es cuando se agrupa por pacientes/glucemias totales y por pacientes/glucemias nocturnas. La no identificación de HN por parte de los diabéticos estudiados indica la necesidad de controles glucémicos precena y de un suplemento alimentario como recena. La ausencia de hipoglucemias severas expresa un ajustado programa de control y pormenorización exhaustiva de la dosis de I. La tendencia en las niñas a un mayor sedentarismo justifica la menor reducción de la I diaria, lo cual destaca la importancia del ejercicio físico.

— PUBERTAD PRECOZ PERIFERICA Y TUMOR DE CELULAS DE LEYDIG. *E. Aparicio; M. Rado; E. de Diego; M. Otero; F. Sandoval; C. Luzuriaga. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Los tumores de células de Leydig (LCT) son las neoplasias del estroma gonadal más frecuentes y constituyen el 1-3% de las neoplasias testiculares. Son más frecuentes entre la 3ª y 6ª décadas de la vida y un 15-20% aparecen en niños en edad prepuberal.

Presentamos un caso diagnosticado a la edad de 8 años, siendo el objetivo de la comunicación valorar el estudio y la evolución de una pubertad precoz de origen periférico.

Caso: Varón de 8,16 años de edad que acude al Servicio de Endocrinología Infantil para estudio de pubertad precoz. Nueve meses antes había comenzado con crecimiento exagerado asociado a eyaculaciones espontáneas y priapismo, con pubarquía incipiente.

Antecedentes personales: Sin interés.

Antecedentes familiares: no antecedentes de pubertad precoz familiar ni de hiperplasia suprarrenal congénita. Madre tratada de bocio familiar eutiroideo.

Exploración física: Peso: 36,800 kg (p>97), talla: 144,6 cm (p>>97). Vello pubiano en estadio 3 de Tanner. Pene de 10 x 3 cm con priapismo. Teste derecho de 8 ml, muy duro al tacto. Teste izquierdo normal y de 4 ml.

Exploraciones complementarias: Ecografía testicular: en el centro del teste derecho, nódulo sólido, hipoecogénico, bien delimitado, hipervascular, de 1,4 cm de diámetro. Rx de carpo: edad ósea correspondiente a 13 años. Marcadores tumorales (α -fetoproteína, β -HCG y CEA): negativos. Estudio hormonal: testosterona: 3,40 ng/ml, estradiol: 35 pg/ml, LH-FSH basal y tras LH-RH < 1 UI/ml en todos sus tiempos.

Tratamiento y evolución: Se practica orquiectomía derecha con disección del cordón espermático hasta anillo inguinal profundo. Macroscópicamente se aprecia teste aumentado de tamaño, de 3 cm de longitud, que al corte presenta un núcleo central pardusco, bien delimitado, de 1,5 cm de longitud. El estudio anatomopatológico se informó como tumor de células de Leydig. Al persistir clínica de pubertad precoz y maduración ósea elevada sugiere la posibilidad de que se haya llegado a producir una pubertad precoz mixta que sería susceptible de tratamiento con análogos de LH-RH con intención de mejorar la talla final.

Conclusión: Ante la manifestación clínica evidente de pubertad precoz en el varón hay que sospechar patología tumoral central o periférica, exigiendo una cuidadosa valoración, no sólo por la urgencia y despistaje de una pubertad precoz, sino por el pronóstico madurativo final.

— DESHIDRATACION HIPERNATREMICA POR MALA UTILIZACION DE LA SOLUCION REHIDRATANTE ORAL (SRO 90) EN UNA GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS. *M.L. Basterrechea; I. Arnáez; M.J. Lozano. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.*

Introducción: La gastroenteritis por rotavirus es la causa más frecuente de diarrea aguda infecciosa en la edad pediátrica. Habitualmente se controla a nivel extrahospitalario con tratamiento dietético y administración oral de soluciones rehidratantes, siendo actualmente raras las complicaciones graves.

Caso clínico: Niña de 13 meses que hace 3 días comienza con vómitos alimentarios a los que se asocia, 24 horas más tarde, numerosas deposiciones líquidas, abundantes y sin productos patológicos. En las últimas horas ha bebido un litro de una solución rehidratante con 90 mEq/L de sodio.

Exploración: Peso en P 25 y talla en P 50. Tª 38,3°C. TA 11/6. Mal estado general, somnolencia con tendencia a la obnubilación, alternando con fases de irritabilidad. Ojos hundidos y mucosas secas. Deficiente perfusión periférica.

Exámenes complementarios: Sangre: Na=166 mEq/L. K=3,8 mEq/L. Cl=133 mEq/L. Glucosa=149 mg/dl. Urea=44 mg/dl. Creatinina=0,59 mg/dl. Equilibrio ácido base (tras infusión de bicarbonato): pH=7,38. Bicarbonato=20,6 mM/L. EB=-6mM/L. Orina: Na y Cl=no se detectan. K=84 mEq/L. Urea=3806 mg/dl. Creatinina=114 mg/dl.

A su ingreso se inicia perfusión endovenosa con bicarbonato 1/6 molar y posteriormente con soluciones glucobicarbonatadas con potasio. A las 24 horas se reintroduce alimentación oral. La evolución es favorable normalizándose de forma progresiva las alteraciones electrolíticas y las deposiciones. Antígeno de rotavirus en heces positivo.

Comentarios: Dadas las pérdidas de sodio por las heces en las diarreas agudas infecciosas más frecuentes en nuestro medio, se recomienda para el tratamiento de la deshidratación y su prevención, la utilización de soluciones con un contenido en sodio de 60 mEq/l a fin de reducir los riesgos de hipernatremia por utilización inadecuada de soluciones con mayor contenido en sodio.

— HIPERTIROIDISMO EN LA INFANCIA. A PROPOSITO DE UN CASO. *M.C. Sánchez Jiménez; M.J. Hernández; J.C. Redondo; M.C. Soler; O. Terceiro; P. González. Servicio de Pediatría, H. Virgen de la Vega, Salamanca.*

Introducción: El hipertiroidismo es un trastorno endocrino cuya incidencia en la infancia es desconocida, aunque

relativamente baja, constituyendo los menores de 15 años un 5 a 6% de todos los casos. La mayoría aparecen entre los 10-15 años, siendo las mujeres en edad puberal las más afectadas, 6 a 8 veces más que los varones.

Caso clínico: Mujer de 12 años, sin AP, ni AF de interés. Ingresa por anorexia con pérdida de peso desde hace 2 meses. Diez días antes había comenzado con deposiciones diarreicas, 4 o más diarias, alguna sanguinolenta y vómitos. Refiere aumento de la ingesta de líquidos, y una pérdida de conciencia de breve duración.

Exploración: Hábito asténico, pérdida de panículo generalizado, aspecto aracnodactílico. Peso: 40,5 kg (P50), talla: 160 cm (P97), Rel.P/T (P3). Taquicardia 120-160 lpm, discreto exoftalmos y bocio gradol. Resto normal.

P. complementarias: Hematimetría, bioquímica, orina y coprocultivo normales. T3-3, 15 ng/ml (0,8-1,8); T4-17, 18 ng/dl (4,5-12); T4I-6, 01 ng/dl (0,5-4); TSH-0, 04 uU/ml (0,8-2,2); Ac. antitiroideos: TSI, antitiroglobulina, antimicrosomales positivos. Gammagrafía tiroidea: bocio hiperfuncionante.

Con el diagnóstico de hipertiroidismo (enf. de Graves), se inició tratamiento con metimazol y betabloqueantes, siendo la evolución favorable, con marcada ganancia ponderal.

Destacamos que no siempre aparece un cuadro florido de hipertiroidismo, por lo que, manifestaciones aisladas, nos obligan a descartar esta entidad.

— FACTORES LIGADOS A LA APARICIÓN DE DIABETES EN PACIENTES AFECTOS DE FIBROSIS QUISTICA DE LARGA EVOLUCION.

R. Cancho; I. Redondo; F. Hermoso; J.E. Fernández; C. Calvo; M. Alonso. Secciones de Gastroenterología y Endocrinología Infantil; Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción: Los pacientes con fibrosis quística (FQ) pueden presentar diabetes mellitus (DM) como complicación de su enfermedad de base. Es evidente la influencia de los años de evolución de la FQ, con incidencias crecientes con la edad, sobre todo a partir de la etapa puberal; el papel de otros factores es discutido. Asimismo existen notables diferencias en el diagnóstico de DM según se utilice glucemia basal o sobrecarga oral de glucosa (SOG), siguiendo los nuevos criterios recientemente recomendados por el Grupo Americano de Diabetes.

Pacientes y métodos: Se comparan los datos correspondientes a 10 pacientes con FQ mayores de 10 años, 6 de ellos sin DM (grupo I) (3 varones y 3 mujeres) y 4 de ellos con intolerancia a hidratos de carbono y DM (grupo II) (2 varones y 2 mujeres), diagnosticados por SOG.

Resultados: *Edad media:* Grupo I: 15 años; grupo II: 13 años (edad media de diagnóstico de DM: 12 a 4 m). *Genética:* Grupo I: 3 pacientes homocigotos para Delta F508; grupo II: 3 homocigotos DF508. *Nutrición:* Media de DS del índice de masa corporal respecto sexo y edad: Grupo I: -0,31; grupo II: -1,46. Índice nutricional: Grupo I: 89,43; grupo II: 78,18. *Infección:* Grupo I: colonización crónica por *Pseudomonas* en todos los casos; grupo II: no colonización crónica. *Respiratorio:* Score radiológico (Chrispin): Grupo I: leve; grupo II: moderado. *Metabolismo hidrocarbonado:* Glucemia en ayunas: Grupo I: 89,25 mg/dl; grupo II: 90,25 mg/dl. Hemoglobina glicosilada: Grupo I: 5,25 mg/dl; grupo II: 5,9 mg/dl.

Conclusiones: Aunque la serie aportada no tiene un tamaño suficiente para tener significación estadística, sí parece haber un mayor deterioro nutricional y pulmonar en los pacientes afectados de DM; este hecho es independiente de la edad. Asimismo, parece más útil el uso de SOG sobre otros criterios de diagnóstico de DM.

— HIPOCRECIMIENTO Y ENFERMEDAD DE PERTHES. **I. Redondo; R. Cancho; F. Hermoso.** Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario de Valladolid.

Introducción: La necrosis avascular de la cabeza femoral o enfermedad de Perthes, radiológicamente puede manifestarse con una imagen de epifisiolisis y/o osteocondritis. En otras patologías que implican alteración de la mineralización ósea podemos hallar manifestaciones clínica y radiológicas semejantes, como es frecuente encontrarlos en pacientes con panhipopituitarismo, déficit de GH e hipotiroides primarios y secundarios.

Caso clínico: Varón de 4 años 9 m que consulta por hipocrecimiento. En los antecedentes familiares destacan tallas bajas en la rama materna. El embarazo, el parto y la somatometría al nacimiento fueron normales. A los 6-8 meses de vida se evidencia un deterioro de su crecimiento. En el cuarto año de vida consulta en nuestro Hospital, donde se evidencia un retraso de la edad ósea de tres años. Tras la realización de hormonas tiroideas, TAC hipofisario, pruebas dinámicas de GH (insulina y clonidina) y secreción de GH 24 horas se le cataloga de déficit de GH clásico. Así mismo, por presentar una claudicación de la marcha se le diagnostica de enfermedad de Perthes bilateral, corroborándose en la radiología. A los 24 meses de iniciar el tratamiento con GH recombinante presenta evidente mejoría de su osteocondritis.

Conclusiones: Se recoge en la bibliografía médica la posibilidad de presentar enfermedad de Perthes los pacientes tratados con hormona de crecimiento como efecto secundario al mismo. Hoy en día, con técnicas de densitometría

ósea se ha podido establecer cómo se evidencia una mejora de la mineralización después de realizar el tratamiento sustitutivo hormonal en estos pacientes.

Presentamos un caso evidente de curación de enfermedad de Perthes tras sustitución hormonal con GH en un niño con déficit clásico. Lo que sugiere que no es el tratamiento la causa de la alteración en la mineralización ósea.

Nos interesa reseñar la conveniencia de efectuar estudio del crecimiento en pacientes afectos de enfermedad de Perthes para descartar una patología hormonal.

— HIPO CRONICO EN LA INFANCIA. *S. Ansó; T. Alvarez; I. Carpintero; A. Elvira; J.B. G. de la Rosa; J. Sánchez. Hospital General Yagüe. Burgos*

Introducción: Los episodios cortos de hipo, son comunes en niños sanos y no requieren atención médica, pero el hipo crónico es un hecho raro que puede llegar a ser debilitante para el paciente. Son numerosos los tratamientos, desde remedios caseros hasta interrupción del nervio frénico, que se han intentado para el tratamiento del hipo crónico en adultos, sin embargo son muy pocas las referencias de estos tratamientos en niños.

Se presenta el caso de una niña de tres años con episodios de hipo crónico de tres a cinco días de duración desde los 6 meses de vida. Se comenta la etiología del hipo crónico, su relación con el reflujo gastroesofágico (causa o efecto), así como el diagnóstico diferencial y las diferentes actitudes terapéuticas. Se valora la eficacia del baclofenaco en estas situaciones.

Caso clínico: Niña de 2,5 años de edad que consulta por presentar episodios recurrentes de hipo desde los 3 meses de vida. Los episodios tenían una duración de 2 a 5 días repitiéndose cada 4 a 8 semanas. Durante los episodios, el hipo era intenso, no desapareciendo con el sueño, dificultando la alimentación y creando gran angustia familiar. En las crisis prolongadas presentaba afectación del estado general con astenia.

Procedía de un embarazo a término, de unos padres sanos y no consanguíneos, sin antecedentes familiares ni personales de interés. No había historia de vómitos o regurgitaciones. Desarrollo ponderoestatural adecuado. Peso 12,800 Kg (P50), talla 88 cm (P25), desde el nacimiento con desarrollo psicomotor normal. Aportaba un tránsito esófago-gástrico realizado por su pediatra sin alteraciones. Había recibido tratamiento con clorpromacina y piridoxina sin éxito.

La exploración física era normal.

Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias: Hemograma y bioquímica general normal. Rx tórax, ecografía abdominal y TAC craneal normal. Durante uno

de los episodios se realiza una radioscopia, observándose buena movilización de ambos diafragmas. La pH-metría intraesofágica presenta durante el sueño caídas de pH que no alcanzan el pH 4 sospechosas de episodios de reflujo gastroesofágico a pH poco ácido; estos episodios coinciden en los momentos en que suelen comenzar las crisis de hipo.

Se inicia tratamiento con cisaprida, apareciendo un nuevo episodio de hipo a las pocas horas de comenzar el tratamiento, por lo que se trata con baclofenaco a 2,5 mg/12 h cediendo el episodio de hipo con las primeras dosis. Posteriormente continúa tratamiento exclusivamente con cisaprida con buenos resultados ya que no ha vuelto a presentar episodios de hipo en los últimos 8 meses.

— PICA, FORMA DE PRESENTACION DE ENFERMEDAD CELIACA. *T. Alvarez; S. Ansó; F. Barbadillo; I. Prieto; J.M. Merino; J.B.G. de la Rosa. Hospital General Yagüe. Burgos.*

Introducción: La pica o conducta alimentaria aberrante se manifiesta por la ingesta persistente y compulsiva de sustancias carentes de valor nutritivo (pintura, yesos, lana, cabellos, ropa, papel...) al menos durante 1 mes y no suele asociar otra sintomatología asociada. Puede ser un hecho aislado derivado de problemas psicológicos o afectivos o la expresión de un déficit nutritivo (hierro, zinc...).

La anemia ferropénica, hallazgo frecuente en la edad pediátrica, puede ser, en ocasiones, la única manifestación de una enfermedad celíaca subyacente.

Son excepcionales los casos reportados en la literatura de pica con anemia ferropénica resistente al tratamiento como primera manifestación de una enfermedad celíaca.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 4 años y 10 meses de edad, que consulta por notarle los padres en los últimos 2-3 meses que ingiere lana, papel, minas de lápices así como pelo de las muñecas. Es mala comedora, con estreñimiento habitual. Antecedentes personales y familiares sin interés. Segunda de una serie de dos. Procede de embarazo y parto normales. Lactancia materna durante 3 meses. Introducción del gluten a los 8 meses. Desarrollo psicomotor normal.

Exploración clínica: Buen estado general. Color normal de piel y mucosas. Cráneo normal. Neurológico normal. Buena colaboradora. Auscultación cardíaca: soplo sistólico con características de inocente. Pulmonar normal. Abdomen discretamente distendido, no megalias. Masas musculares normales. Genitales femeninos de aspecto normal. ORL normal. Peso 16,400 kg (percentil 25); talla: 103 cm (percentil 10-25), talla en función de la talla media de los padres: percentil 3-10.

Exploraciones complementarias: *Sangre:* Serie roja: Hematíes: 4.990.000/mm³. Hb: 9 g/dl. Hct: 29,3%. MCV: 58,8 fl. HCM: 18,0 pg. MCHC: 30,7. Sideremia: 14 mgam/dl (60-140) Transferrina: 386 mg/dl (200-400) Ferritina: 4 mg/ml (10-150). Ácido fólico: 3,7 ng/ml. Vitamina B₁₂: 721 pg/ml (150-925). Resto de los parámetros hemáticos y bioquímicos incluyendo leucocitos, plaquetas, glucosa, calcio, tiempo de protrombina, proteinograma y globulinas estaban dentro de la normalidad. *Sangre oculta en heces:* negativa en 3 determinaciones. *Coprocultivo y estudio parasitológico en heces:* Negativo en 3 determinaciones.

Tras terapia con Sulfato ferroso oral durante 2 meses presenta: Hematíes: 4.700.000/mm³. Hb: 9,4 g/dl. Hto: 31,6%. VCM: 67,5 fl. HCM: 20,1 pg. CHCM: 29,8 g/dl. Sideremia: 39 mgam/dl. Ferritina 10 ng/ml.

Ante la persistencia de la anemia ferropénica, que no responde al tratamiento convencional con hierro oral y con sangre oculta en heces negativa, se realizan:

Determinación serológica de anticuerpos IgA anti gliadina, antirreticulina y antiendomiso positivos (títulos de 101; 1/640; 1/640) con biopsia intestinal que muestra una mucosa de intestino delgado con atrofia subtotal de las vellosidades intestinales. Se le retira el gluten de la alimentación. El estudio familiar realizado en este momento fue negativo.

En control posterior tras 18 meses de dieta sin gluten, muestra unos anticuerpos Anti gliadina, antirreticulina y antiendomiso no detectables. Con una biopsia intestinal en la que se aprecia una mucosa de intestino delgado con mínimas alteraciones no valorables.

Dos meses después de la introducción del gluten en la dieta los anticuerpos anti gliadina, antiendomiso y antirreticulina se positivizan (73; 1/320; 1/80) y la biopsia intestinal muestra una mucosa de intestino delgado con atrofia subtotal de las vellosidades intestinales. Peso: 20,400 (percentil 50). Talla: 112 cm (percentil 25). Es diagnosticada de enfermedad celíaca, realizándose una exclusión definitiva del gluten de la dieta.

— PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL.
I. Riaño Galan; M.G. Garijo Gonzalo; M.L. Sandoval Gutiérrez; A. Cobo Ruisánchez; C. Díaz Vázquez; Y. Frade. *S. de Pediatría. Hospital Narcea. Cangas del Narcea. Asturias.*

Introducción: Siguiendo las recomendaciones de la OMS y conscientes de la responsabilidad del pediatra en la alimentación del recién nacido, en abril de 1996 se puso en marcha en nuestro Hospital un "Protocolo para el fomento de la lactancia materna".

Objetivos: 1. Aumentar el número de madres que lactan durante 4 a 6 meses a sus hijos. 2. Evaluar la eficacia de medidas de promoción de lactancia materna en nuestra área sanitaria así como análisis de factores asociados al inicio o no de lactancia materna y su mantenimiento.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo, de seguimiento de los niños nacidos en nuestro Hospital de abril de 1996 a marzo de 1997 (ambos inclusive) hasta los 6 meses de vida. Se realizó una entrevista al nacimiento antes del alta hospitalaria y otra ambulatoria a los 6 meses, recogiendo los factores asociados al inicio o no de lactancia materna y su mantenimiento. Se comparan los resultados obtenidos en el primer semestre y en el 2º semestre de intervención.

Resultados: Se siguieron un total de 182 recién nacidos (82 en primer semestre y 100 en 2º semestre). En el primer semestre, el 67% fueron dados de alta con lactancia materna exclusiva, frente a un 89% en el 2º periodo. Iniciaron la lactancia durante las 2-3 horas posteriores al parto el 55% en el primer periodo frente a un 74% en el 2º. El 17 y el 13,5% respectivamente, no iniciaron la lactancia al pecho hasta después de las 12 horas de vida. En cuanto al tiempo que se mantuvo la lactancia materna exclusiva, el 60% fue inferior a 3 meses, el 33% llegaron hasta los 6 meses y el 6% continuaron después, sin notar diferencias entre ambos periodos. El motivo fundamental de abandono de la lactancia natural (63%) fue hipogalactia o llanto interpretado como hambre. Sólo en 7 casos se objetivó escasa ganancia ponderal. Salvo la experiencia previa, ningún otro factor de los estudiados parece influir de forma significativa en el inicio y mantenimiento de la lactancia natural.

Conclusiones: Constatamos un notable aumento de madres que salen del hospital con lactancia materna exclusiva que fue mejorando progresivamente, pero no en el tiempo de mantenimiento de dicha lactancia. La mayoría de las causas de abandono parecen ser subjetivas y susceptibles de ser modificadas mediante educación y apoyo a las madres.

— COARTACION DE AORTA (CO. AO.) Y SINDROME DE CORAZON IZQUIERDO HIPOPLASICO (S. COR. IZQDO. HIPOP.). DIAGNOSTICO ECOGRAFICO PRENATAL. **P. Vallés S.; R. Galván; M. Basterrechea; P. Vallés U.; J.J. Montero.** *H. Univ. M. de Valdecilla. H. Cantabria. Santander*

Resumen: Se presenta el caso de un feto diagnosticado a las 14 + 6 semanas de gestación de S. de Cor. Izqdo. Hipop. Se confirma la hipoplasia de V. I. y de Ao. a las 18 semanas.

Al nacer se confirma la hipoplasia de V. I. y de aorta ascendente y se detecta por primera vez Co. Ao. que requiere intervención quirúrgica inmediata con buenos resultados.

Subrayamos la dificultad diagnóstica prenatal de la Co. Ao. y del diagnóstico diferencial con el S. de Cor. Izqdo. Hipop. con las consiguientes consecuencias pronósticas y terapéuticas.

— ARTERIA CORONARIA ANOMALA Y SINDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITTE. **L. Lagunilla Herrero; S. Ballesteros García; J. Llana Ruiz; L. Rodríguez Redondo*; ML. Rodríguez Suárez*; G. Solís Sánchez.** Servicio de Pediatría y *Cardiología del Hospital de Cabueñes. Gijón.

Presentamos un caso de arteria coronaria anómala, infarto de miocardio anteroseptal y síndrome de Wolf-Parkinson-Whitte.

Se trata de una niña de 18 meses, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a nuestra consulta para estudio por soplo cardíaco escuchado desde los 3 meses de edad. La niña no presentaba signos ni síntomas de insuficiencia cardíaca ni de cianosis. En la exploración se escuchaba soplo cardíaco pansistólico grado 3/6 en borde esternal izquierdo, con pulsos periféricos normales y no hepatomegalia.

La Rx de tórax fue normal, el ECG objetivó un trazado de Wolf-Parkinson-Whitte (vía paraseptal anterior derecha) y el ecocardiograma demostró la existencia de comunicación interventricular, arteria coronaria anómala (descendente anterior naciendo en arteria pulmonar) y área disquinética antero-septal correspondiente a un infarto de miocardio.

Por su escasa frecuencia en nuestro medio nos parece interesante su presentación y discusión en esta reunión.

— NEUMOMEDIASTINO NO TRAUMÁTICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA. REVISIÓN. **S. Ballesteros García; L. Lagunilla Herrero; A. Gracia Chapullé*; C. Izquierdo López*; JM. Fernández Menéndez; J.L. Matesanz Pérez.** Servicio de Pediatría y *Radiología del Hospital de Cabueñes. Gijón.

Objetivo: Examinar la incidencia, presentación y curso clínico de los pacientes con neumomediastino no traumático (NMD).

Material y métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes mayores de un mes de edad y menores de 14 años, ingresados en nuestro servicio con NMD en los últimos 13 años (1984-1996).

Resultados: De los 19.551 ingresos hospitalarios se diagnosticó NMD en 12 (0,06%). De ellos, en 9 se asoció con asma

(NMD-A), en 2 con neumonía (NMD-N) y 1 "espontáneo" (NMD-E). Solamente en 4 casos (30%), la detección de enfisema subcutáneo facilitó la presunción diagnóstica, en los restantes fue un hallazgo radiológico. En el subgrupo formado por los pacientes ingresados con asma se detectó NMD con una frecuencia aproximada del 0,33%; su estancia media fue de 5,4 días, superior a los 4,05 de los enfermos sólo con asma, sin haberse observado diferencias apreciables en la frecuencia respiratoria, cardíaca, distress respiratorio y saturación de O₂. En el asma, el NMD había mejorado o desaparecido durante el ingreso en los 6 casos en los que se practicó control radiológico.

Conclusiones: El NMD es infrecuente en nuestro medio y probablemente infradiagnosticado si se asocia con asma. La constatación de enfisema subcutáneo es el mejor predictor de NMD. Prolongar la estancia hospitalaria en el NMD-A, no estaría justificado en la mayoría de los casos, ya que el curso suele ser benigno.

— ESTABILIDAD DE ESTENOSIS PULMONARES MODERADAS EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

C. González; J. Andrés; M.P. Aragón; J. Ardura. Sección de Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario. Facultad de Medicina. Valladolid

1. Hasta hace poco, se aceptaba que las estenosis de válvulas sigmoideas tendían al cierre progresivo con el paso del tiempo. La observación empírica durante 20 años y las sesiones clínico-quirúrgicas de toma de decisiones terapéuticas nos han llevado a cuestionar esa tesis.

Se establece como hipótesis que las estenosis pulmonares valvulares moderadas (EP) permanecen estables en el tiempo.

Objetivos: 1. Evaluar las características evolutivas de las EP no operadas. 2. Conocer la tendencia del gradiente. 3. Comprobar la validez de alternativas de métodos de cálculo de gradiente.

Material y método: La población está constituida por 40 casos de EP no operados, con seguimiento de 1-15 años (promedio 8 años), de los que 20 (50%) son mujeres y 20 (50%) varones. Se valoran sistemáticamente parámetros: clínicos, de exploración física, ECG, Rx, ECO y Doppler. El gradiente se cuantifica por la fórmula de estudio New England y por medición directa mediante Doppler continuo. Se lleva a cabo análisis estadístico descriptivo, test de distribución y ajuste, comparación de medias (test de la t, Mann-Whitney), correlación de Pearson, regresión lineal y coeficiente de correlación de concordancia de Kendall y análisis de Bland-Altman para valorar intercambios entre procedimientos de medición.

Resultados: No hubo síntomas relevantes. Los signos clínicos se mostraron estables o con atenuación progresiva en la evolución (intensidad del soplo, $P < 0,05$). Exploraciones complementarias: hay cambios iniciales (Rx, 96%; ECG 50%) y evolutivos (índice C/torácico $5,5 \pm 5$ a $45,7 \pm 5$; disminución onda R en V1). El gradiente sistólico promedio de todas las observaciones no supera 34 mmHg. Los valores de gradiente en primer y último control fueron (mmHg): clínico (34 ± 18 y 28 ± 12); Doppler ($21,8 \pm 10,8$ y $20,7 \pm 11,7$) sin diferencias significativas. A medida que aumenta la edad, disminuye el gradiente (Pearson $r=0,14$; $p=0,03$), sin cambios en Doppler ($r=0,05$). La asociación entre métodos de medición es significativa para regresión lineal simple ($r=0,6$; $p < 0,00001$), coeficiente de concordancia de Kendal (coef = $0,3$ $p < 0,00001$), Bland-Aitman (diferencias: 7,5 - 4,8, 10,2; intervalo 46; límites: 30, -16) y coeficiente de correlación interclases (0,54).

Comentarios: En el seguimiento evolutivo a lo largo de la edad pediátrica, la EP con gradiente menor de 50 mmHg en el diagnóstico inicial, muestra tendencia estable a decreciente; por tanto; se acepta la hipótesis de estudio. El método de fórmula clínica puede ser alternativa al Doppler en seguimiento evolutivo; pero no para valoraciones rigurosas o aisladas según muestra el análisis de Bland-Aitman y el coeficiente de correlación interclase que no alcanza el límite para aceptar la intercambiabilidad entre procedimiento de medida. Estos casos no van a requerir intervención en edad pediátrica y probablemente tampoco en la edad adulta. El sistema de vigilancia y control puede alargarse a un intervalo de 2 años.

Conclusiones: 1) El gradiente se mantiene estable o decreciente en la evolución de las EP con gradiente $<$ que 50 mmHg. 2) La fórmula clínica puede ser alternativa al Doppler en seguimientos evolutivos, no en determinaciones esporádicas o independientes.

— SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO DEL LACTANTE. REVISIÓN DE 76 CASOS. **P. Oyaguez; N. Higuera; M. Bartolomé; A. Pino; C. Calvo; J. Ardura.** Departamento de Pediatría. Hospital Universitario de Valladolid.

Objetivos: Estudio descriptivo de los casos de síndrome obstructivo bronquial del lactante ingresados en nuestro Hospital, durante el periodo comprendido entre septiembre de 1996 y mayo de 1997.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 76 niños ingresados, menores de 24 m. Se recogen datos de filiación, edad, sexo, grupo étnico, antecedentes personales, día y hora de ingreso, nº de episodio, días de estancia, valoración clínica, gasometría, estudio radiológico, determinación de VRS, evolución y tratamiento.

Resultados: En los casos estudiados, con una media de edad de 7,18 m, se presentó un predominio de varones (64,5%). El 25% de los niños pertenecían a la etnia gitana. En un 61,8% se trataba del primer episodio. La mayoría de los ingresos se realizaron entre las 12:00 y las 24:00 horas, predominantemente en los meses de invierno. La estancia media fue de 6,49 días. En la valoración clínica se utilizó escala de Downes con una puntuación de 3-4 en un 71%, y pulsioximetría (alteraciones en un 83 % de las realizadas). La alteración radiológica más frecuentemente observada fue atrapamiento aéreo (60%). En un 76% se identificó VRS mediante técnica de inmunofluorescencia directa y ELISA sobre lavado nasofaríngeo.

En un 14% presentaban una situación grave. Una de las pacientes precisó ventilación mecánica y falleció durante traslado a UCI pediátrica. El resto de casos evolucionaron favorablemente.

Las medidas de soporte básicas consistieron en fluidoterapia y oxigenoterapia. Se aplicaron broncodilatadores y corticoides inhalados en casos leves, y corticoterapia sistémica, metilxantinas y adrenalina, en las situaciones de mayor severidad.

Conclusiones: Los datos observados coinciden básicamente con los recogidos en otros estudios. La importancia epidemiológica de esta patología hace recomendable la existencia de una adecuada protocolización diagnóstico-terapéutica, para su mejor abordaje. La severidad de algunos casos plantea la necesidad de una reflexión sobre la necesidad de una UCI pediátrica y un sistema de transporte adecuados en Castilla y León.

— NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA SECUNDARIA A FENOBARBITAL. **R. Casado; N. Fernández; A. Medina; A. Alcaraz; A. Concha; C. Rey.** Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Departamento de Pediatría. Hospital Central Universitario. Oviedo. Principado de Asturias.

Introducción: La necrólisis epidérmica tóxica es una enfermedad ampollosa de la piel y mucosas con alta morbilidad y una tasa de mortalidad del 25-70%. La etiología puede ser múltiple: idiopática, infección viral o bacteriana y por fármacos. Los medicamentos son los causantes de la mayoría de los casos.

Caso clínico: Niña de 23 meses que ingresa en UCIP por exantema de 7 días de evolución que se acompaña el día del ingreso de fiebre y lesiones ampollosas. Recibía desde 15 días antes fenobarbital como tratamiento de crisis febriles. Al ingreso presentaba lesiones maculopapulosas en tronco, palmas y plantas, lesiones ampollosas descamativas en cara

y extremidades e inflamación intensa de mucosa oral, genital y anal. Recibió durante 10 días amoxicilina-clavulánico y sedación-analgésica con midazolam y ketamina en perfusión continua, permaneciendo durante este tiempo a dieta absoluta y con alimentación parenteral. Se realizaron curas cutáneas diarias con suero salino fisiológico, y vendaje, siendo preciso aumentar la sedación-analgésica durante las mismas. Presentó episodio de otitis e infección urinaria por *Pseudomonas aeruginosa*, por lo que se realizó tratamiento con ciprofloxacino tópico y cefuroxima oral. Recibió también mupirocina tópica por aparición de lesiones estafilodérmicas. Buena evolución clínica, presentando al alta lesiones epitalizadas sin cicatrices.

Comentarios: El tratamiento previo con fenobarbital fue posiblemente el desencadenante del cuadro clínico en nuestro caso. No existe tratamiento específico, siendo fundamental el tratamiento sintomático para evitar y controlar las infecciones, los desequilibrios hidroelectrolíticos y mantener el balance proteico. La sedación-analgésica adecuada, especialmente durante las curas, resulta imprescindible en estos pacientes.

— POLIQUISTOSIS RENAL COMO FORMA DE PRESENTACION DE UNA LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA (LAL). **A. Moráis; M. Antón; L. Pérez-Lozana***; **S. Málaga.** Sección de Nefrología Pediátrica. *Servicio de Hematología. Hospital Central de Asturias. Universidad de Oviedo.

Introducción: La afectación renal en las enfermedades hematológicas malignas es infrecuente. Ocasionalmente el aumento de tamaño renal es la vía que conduce al diagnóstico en ausencia de otros hallazgos clínicos. No obstante, esta forma de presentación puede acarrear errores diagnósticos.

Caso clínico: Niña de 4 años remitida por sospecha de poliquistosis renal, sin antecedentes personales de interés. Padres sanos no consanguíneos, sin antecedentes familiares de enfermedades renales. Hermano de 2 años sano. Historia de aumento progresivo del volumen abdominal de dos meses de evolución, acompañado por anorexia. En la ecografía inicial se apreció gran nefromegalia bilateral con hiper-

ecogenicidad difusa y dilataciones tubulares compatible con poliquistosis renal.

Datos analíticos: Urea 108 mg/dl, creatinina 1,44 mg/dl, LDH 1.298 U/l. Hemograma. 21.000 leucocitos/mm³ con 16% de blastos en sangre periférica como hallazgo casual, Hb 14,3 g/dl. Médula ósea: infiltración blástica compatible con LAL. Estudio de extensión negativo.

Se inicia tratamiento quimioterápico de inducción, observándose a los 5 días una reducción significativa del tamaño renal con normalización de la función.

Comentarios: Los hallazgos clínicos y exámenes complementarios orientaron hacia el diagnóstico inicial de una poliquistosis renal fortuitamente asociada a una LAL. Sin embargo la respuesta al tratamiento sugirió que el desmesurado volumen renal era secundario a infiltración leucémica.

— INTERES E INDICACIONES DE LA UROFLUJOMETRIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL FLUJO MICCIONAL. **C. Gutiérrez Segura.** Hospital Central de Asturias. Unidad de Urodinámica Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica.

La medida del flujo miccional es la forma más simple de investigación urodinámica. Además de los parámetros numéricos, es importante valorar la configuración de la curva de flujo, la cual nos orientará en el diagnóstico de ciertas patologías, fundamentalmente en las obstrucciones orgánicas y funcionales del tracto urinario inferior.

Sobre la base de un estudio previo acerca del flujo miccional realizado en 1.361 niños sanos de ambos sexos, estudiamos en la actualidad los factores que pueden influir sobre el flujo como son: el volumen miccional, la edad, sexo, estrés, y esfuerzo miccional. Nuestras conclusiones generales son:

1. Cuando se investiga el flujo urinario en niños, los parámetros de la curva de flujo deben ser relacionados con la edad, sexo y el volumen miccional.

2. El método de la uroflujometría debe ser estandarizado debiendo realizarse en privado, instruyendo a los niños a orinar sin esfuerzo para una más exacta medida del flujo miccional.