

## REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SCCALP

### Comunicaciones Orales

VIERNES 1 DE ABRIL. SALÓN DE ACTOS

#### 1. HIPERCALCEMIA INFANTIL IDIOPÁTICA CON HIPERCALCIURIA. MANIFESTACIÓN CON EPISODIO CONVULSIVO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN. *Tenorio González J, Ochoa Sangrador C, Gil Rivas T, Bajo Delgado AF, De Castro León C. Complejo Asistencial de Zamora.*

**Introducción.** La hipercalcemia idiopática infantil (HII) es una entidad patogénicamente heterogénea que se manifiesta durante los primeros meses del primer año de vida con hipercalcemia, hiperfosforemia, fosfatasa alcalina normal o discretamente disminuida e hipercalciuria. El diagnóstico se establece tras descartar causas maternas o alimenticias, intoxicación por vitamina D e hiperparatiroidismo. Se ha descrito una hipersensibilidad a la vitamina D que podría originar un exceso de absorción de calcio. El síndrome de Williams cursa con una hipercalcemia similar transitoria (que puede reaparecer en la pubertad) pero se asocia a otras anomalías (estenosis aórtica supravalvular, retraso mental y del crecimiento, cara de duende en edad infantil). A pesar de que tiende a normalizarse la calcemia, la hipercalciuria debe ser controlada para evitar la aparición de nefrocalcinosis. Presentamos un caso que se manifestó con síntomas neurológicos y que precisó tratamiento para controlar la hipercalciuria.

**Caso clínico.** Lactante de sexo femenino sin antecedentes familiares ni personales de interés que ingresa a los 9 días de vida por cuadro de irritabilidad y episodio de rigidez generalizada con tremulación breve de brazos, palidez, tos, saliveo de unos segundos de duración, sin hipotonía pero con somnolencia posterior. Los padres refieren que en los días previos la niña dormía casi continuamente precisando ser despertada para las tomas. Al acudir al hospital no precisa tratamiento, presenta en todo momento una exploración neurológica normal y una buena tolerancia de la alimentación. Se realiza una analítica urgente en la que se aprecia una hipercalcemia (12 mg/dl) y elevación de creatinfosfoquinasa (pos-

teriormente normalizada). En análisis posteriores se comprueba la existencia de hipercalcemia (calcios séricos entre 11,5 y 12,2 mg/dl e iónicos entre 1,32 y 1,38 mmol/l) con hipercalciuria (calcio/creatinina entre 941 y 1150 mg/gr), normalidad de parathormona, vitamina D, 1-25 dihidroxicolecalciferol. Se realiza analítica a la madre que es normal. Se instaura tratamiento durante una semana con prednisona oral, que se sustituye por fórmula de bajo contenido en calcio (Locasol) y Ketoconazol (interfiere en el metabolismo de la vitamina D). Diversas ecografías renales realizadas han sido normales. Ha permanecido asintomática con adecuado crecimiento y desarrollo. En los controles sucesivos, se ha mantenido la calciuria en valores decrecientes, normalizando la calcemia y calciuria a los 6 meses de vida.

**Comentarios.** El interés del presente caso radica en el debut con síntomas neurológicos (somnolencia, irritabilidad y dudosa crisis convulsiva) y en la necesidad de realizar tratamiento de su hipercalciuria. Es previsible que el episodio inicial coincidiera con una mayor elevación del calcio iónico. Se han descrito series de casos de HII que han debutado con episodios de apnea, por lo que debemos recomendar la determinación de calcio sérico e iónico en estos cuadros. El Ketoconazol ha sido empleado en diversas hipercalcemias, fundamentalmente paraneoplásicas, y recientemente en una serie de HII, con una adecuada respuesta. Es un medicamento bien tolerado, aunque requiere el control de los niveles de cortisol y el hemograma. El seguimiento de estos pacientes permite comprobar su buena evolución.

#### 2. AFECTACIÓN RENAL SEVERA EN UN CASO DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH. *Pérez González C, Rekarte García S, Martín Alonso JL, Ordóñez Álvarez FÁ, Santos Rodríguez E, Jiménez P. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente de la infancia. Típicamente autolimitada, su diagnóstico es clínico e incluye lesiones cutáneas de aspecto pur-

púrpico y manifestaciones abdominales, articulares y renales de diversa índole, siendo estas últimas las que marcan el pronóstico de la enfermedad. El manejo de la afectación renal en la PSH no está bien establecido, especialmente en casos de carácter severo, donde se recomienda valorar la administración de diferentes pautas de esteroides e inmunosupresores

**Objetivos.** Describir la evolución y tratamiento de un niño con una forma grave de afectación renal secundaria a PSH.

**Caso clínico.** Varón de 7 años de edad de raza gitana con un cuadro de hematuria macroscópica y proteinuria en rango nefrótico (2,5 g/día) objetivadas a las pocas semanas del diagnóstico de una PSH de características típicas. Clínicamente, asociaba hipalbuminemia e hiperlipidemia, sin edemas, hipertensión arterial ni disminución de la función renal. Ante la persistencia de la proteinuria masiva se realizó biopsia renal percutánea a los 3 meses de la evolución del cuadro nefrológico, encontrándose hallazgos anatomopatológicos de una glomerulonefritis I mesangial con proliferación extracapilar (80% de semilunas). Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona intravenosa, seguidos de prednisona oral en dosis descendente durante 4 meses, y ramipril oral diario, que mantiene hasta el último control clínico. Actualmente, 7 meses después del inicio de la afectación renal, la creatinina plasmática se encuentra en límites normales, se mantiene normotenso y la proteinuria ha disminuido significativamente.

**Comentario.** El tratamiento con esteroides y ramipril resultó eficaz en el control a corto plazo de la proteinuria severa asociada a un caso de PSH. Esta pauta terapéutica puede ser considerada como una opción terapéutica puede ser considerada como una opción inicial en estos pacientes antes de iniciar tratamientos más agresivos.

### 3. COMPLICACIONES RENALES Y DIGESTIVAS EN UN CASO DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH. *Expósito de Mena H, Domínguez Manzano P, Muriel Ramos M, Fernández Álvarez D, Cebrián Muiños C, González Ildefonso P. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia. Se caracteriza clínicamente por púrpura palpable y artritis, abdominalgia o nefropatía. En su patogenia es fundamental la IgA, que se deposita en los vasos de los órganos afectados. Las manifestaciones digestivas de forma aguda y la nefropatía a largo plazo condicionan el pronóstico. Los corticoides no han demostrado mejorar la clínica en fase aguda ni evitar complicaciones tardías.

**Objetivo.** Presentar el caso clínico de una paciente ingresada en la unidad de Escolares del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Salamanca con PSH complicada.

**Caso clínico.** Paciente de 5 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por exantema, vómitos, abdominalgia intensa y artralgiás. Presenta afectación del estado general, signos clí-

cos de deshidratación, púrpura palpable en extremidades inferiores, edema con fovea en dorso de manos y pies y abdomen doloroso con resistencia a la palpación en flanco y FID. TA 145/94 (TAS y TAD > P97). Rectorragia durante el ingreso. Pruebas complementarias: Glucosa 162 mg/dL, urea 47 mg/dL, creatinina 0,3 mg/dL, sodio 130 mmol/L, potasio 4,2 mmol/L. Proteínas totales 6,5 g/dL, albúmina 3,8 g/dL. Hematíes 5.550.000/μL. Hemoglobina 15,3 g/dL. Hto 44,5%. Leucocitos 40.200/mm<sup>3</sup>, 82,5% PMN, 8,4% neutrófilos. Plaquetas 700.000/μL. PCR 22,7 mg/dl. PCT 0,3 ng/ml. Coagulación: Dímeros D > 20, TP 67%, TTPA 30,1 seg, fibrinógeno 404 mg/ml. C3 y C4 normales. Frotis sanguíneo compatible con proceso reactivo. Orina: densidad 1.032, proteínas 150 mg/dl, Hb +++++, hematíes 12600/μL, estearasas leucocitarias +, leucocitos 627/μL. Función renal normal. Factor reumatoideo 2,7 UI/mL. IL6 14,7 pg/ml. TNF alfa 9,6 pg/ml. Serologías: IgG VCA +, resto negativo. Frotis faríngeo: flora habitual. Biopsia cutánea: vasculitis leucocitoclástica con depósitos IgA. Ecografía abdominal: invaginación ileocólica que precisó cirugía. Recibe tratamiento con analgésicos, antihipertensivos y corticoides.

**Comentarios.** Las manifestaciones gastrointestinales aparecen en un 50-65% de los pacientes y pueden preceder a la púrpura dificultando así el diagnóstico. Las más frecuentes son los vómitos, la hemorragia gastrointestinal y el dolor abdominal cólico. La invaginación intestinal es una complicación infrecuente pero grave, que suele precisar tratamiento quirúrgico. Su localización es ileo-ileal en el 70% de los casos. La nefritis aparece en el 20-50% y lo más frecuente es que sea posterior a la púrpura, no siendo raro que aparezca semanas o meses después de la misma, por lo que estos pacientes precisan un seguimiento estrecho, fundamentalmente en los 3 primeros meses. Es la única manifestación que puede hacerse crónica. La coexistencia de complicaciones renales y digestivas es infrecuente al debut de la enfermedad. El factor XIII disminuido está presente en el 50% de los casos y podría conferir mayor incidencia de complicaciones renales y digestivas.

### 4. DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNITA CONGÉNITA: MANEJO DESDE EL PERIODO NEONATAL EN DOS GEMELOS. *Garrido García E, Jiménez Jiménez A, Lobo Martínez P, Fernández Iglesia V, Moreno Duque D, Rosón Varas M. Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción.** La diabetes insípida nefrogénica (DIN) congénita es un raro desorden hereditario que puede mostrar sintomatología ya desde la primera semana de vida. Los lactantes, incapaces de responder a la sensación de sed, pueden deshidratarse rápidamente, con efectos devastadores sobre el SNC. El tratamiento va dirigido a reducir la poliuria sintomática a través de la reducción de la producción de orina.

**Casos Clínicos.** Presentamos dos varones gemelos de 4 meses de edad (2 meses de edad corregida), diagnosticados de DIN en el periodo neonatal, seguidos en la Unidad de Nefrología Pediátrica de nuestro Centro desde entonces. Antecedentes de DIN con-

génita en la madre, con estudio genético realizado, sin hallazgos. Entre los antecedentes personales destacan gestación bicorial, biamniótica controlada, parto eutócico pretérmino a las 31 semanas de edad gestacional con PRN 1.640 g y 1.620 g respectivamente, ingresados en Neonatología durante mes y medio. En tratamiento con hidroclorotiazida desde los 19 días de vida, con buena respuesta inicial, requiriendo la adición de espironolactona a los 37 días de vida por regular control posterior. Durante su seguimiento presenta niveles variables de sodio que obligan a modificaciones en la dosificación de los diuréticos, y elevación de la calcemia atribuida a un efecto secundario de la hidroclorotiazida que fue suspendida durante 5 días apreciándose una llamativa elevación de la diuresis en ambos niños (desde 700-800 ml/24 h a 1.400-1.500 ml/24 h). Los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas tales como la indometacina, no son recomendables en < 2 años y su uso prolongado puede acompañarse de efectos adversos severos, por lo que de momento no han sido valorados en el tratamiento de nuestros pacientes.

**Comentarios.** El tratamiento de la DIN ha sido problemático desde la descripción original de la enfermedad. Es imposible para la mayoría de los lactantes ingerir un adecuado suplemento de líquidos. La acción aditiva de diuréticos ahorradores de potasio-hidroclorotiazida permite un mejor manejo de estos pacientes. Nuevos hallazgos pueden conducir en un futuro a opciones terapéuticas adicionales tan necesarias.

##### 5. HEMATURIA MACROSCÓPICA CON UROCULTIVO NEGATIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO. *da Cuña Vicente R, Sánchez Abuín A, Blanco Quirós A, Valbuena Crespo C, Conde Redondo F, Gallego Matey E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La hematuria es un síntoma genitourinario que con frecuencia motiva la consulta pediátrica. Su etiología es diversa, por lo que existen protocolos diagnósticos dirigidos a descubrir la causa concreta. Se presenta un caso con diagnóstico inesperado y tratamiento innovador.

**Caso clínico.** Niña de 2 años y 11 meses que consulta por hematuria macroscópica con urocultivo negativo. Antecedentes personales: Embarazo controlado y normal. Parto a término mediante cesárea por falta de progresión. Período neonatal sin incidencias. Desarrollo psicomotor normal. Exploración física: Buen estado general. Abdomen: Esplenomegalia de 3 cm. Masa en hemiabdomen izquierdo. Resto normal. Exploraciones complementarias: analítica sanguínea normal. VSG 45 mm. Coagulación normal. Orina normal, incluyendo catecolaminas. Función renal normal. Inmunoglobulinas normales. Autoanticuerpos negativos. Radiografía de tórax y abdomen normal. Ecografía renal: masa sólida de 6x5x5,5 cm en riñón izquierdo, con pseudocápsula e imágenes anecoicas en su interior. TAC: tumoración sólida de 8 cm en riñón izquierdo, que rompe la cápsula y se extiende por el espacio perirrenal. No adenomegalias ni metástasis. Probable tumor de Wilms estadio II. Evolución: se inicia quimioterapia sin incidencias. A las

4 semanas ingresa para cirugía programada mediante laparoscopia exploradora, llevando a cabo nefroureterectomía radical izquierda, con excelente recuperación y alta hospitalaria a las 48 horas. Resultado anatomopatológico: nefroblastoma anaplásico. Actualmente en tratamiento quimioterápico postoperatorio con evolución favorable.

**Conclusiones.** Ante el hallazgo de hematuria en un niño se debe poner en marcha el protocolo de identificación de la causa. El tumor de Wilms es el segundo tumor maligno abdominal más frecuente en Pediatría, después del neuroblastoma y en el 25% de los casos se observa hematuria. El tratamiento combina diversas estrategias, entre las que destaca la cirugía, que tiende a ser mínimamente invasiva.

##### 6. TUMOR ABDOMINAL DE RÁPIDO CRECIMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO. *da Cuña Vicente R, Alía Arroyo I, Sánchez Abuín A, Blanco Quirós A, Valbuena Crespo C. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** El hallazgo de un tumor abdominal en un niño implica determinar su naturaleza.

**Caso clínico.** Varón de 6 años que consulta por abdominalgia intermitente, asociada a polaquiuria. Antecedentes personales: laringotraqueomalacia. Bronquitis. Exploración física: Palidez cutánea. Adenopatías inguinales. Abdomen: masa de 10 cm que protruye en hemiabdomen inferior, de consistencia pétreo y abollonada. Resto normal. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normal. Coagulación normal. Orina normal, incluyendo catecolaminas. Proteínograma y líquido cefalorraquídeo normal. Aspirado medular: hipocelularidad. Cultivos y serologías negativas. Gammagrafía ósea normal. Ecografía abdominal: masa supravescical de 13,7 cm, sólida, bien delimitada y muy vascularizada. Hidronefrosis bilateral, con dilatación pielocalicial. TAC: masa en abdomen inferior, de origen retroperitoneal desde bifurcación de ilíacas, heterogénea, de 119x109x97 mm. Hidronefrosis bilateral y conglomerado adenopático retroperitoneal. Evolución: intervenido por laparotomía media infraumbilical, con hallazgo de masa de color rojo vinoso, pétreo, bilobulada y adherida a planos profundos. Biopsia: rhabdomyosarcoma embrionario. Se inicia tratamiento según protocolo, con buena tolerancia. A los 2 meses se realiza TAC de control: importante reducción de la masa, con medidas 93x76x32 mm. Disminución de la hidronefrosis. Uréter izquierdo y arteria ilíaca interna izquierda englobados por la masa. A los 4 meses del diagnóstico es reintervenido mediante laparotomía supra-infraumbilical, con extirpación completa del tumor y transureteroanastomosis término-lateral por posible origen en uréter izquierdo. En la actualidad, ha finalizado el tratamiento con quimio y radioterapia, con respuesta favorable tras 18 meses del diagnóstico.

**Conclusión.** El rhabdomyosarcoma constituye el 10% de los tumores malignos infantiles, pero más del 50% de los originados en tejidos blandos. Forma parte del diagnóstico diferencial de los tumores abdominales infantiles.

**7. UN CASO DE FAVISMO.** *Hortigüela Saeta MM, Portugal Rodríguez R, Ciciliani Selva E, Merino Arribas JM, Toral Vázquez B, Pérez de Mendiguren Ruiz de Olalla B. Hospital General Yagüe, Burgos.*

**Introducción.** El déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (G6PDH) afecta a 400 millones de personas en el mundo. La función de la G6PDH es proteger a los eritrocitos del estrés oxidativo. Al exponer a los pacientes con déficit de G6PDH a factores oxidantes (infecciones, fármacos, habas...) se produce un exceso oxidativo con la consiguiente hemólisis.

**Caso clínico.** Varón de 7 años Marroquí que consulta por vómitos de 12 horas de evolución. En la anamnesis se descarta toma de fármacos, procesos infecciosos en días previos pero confirman la ingesta de habas hace 4 días. A la exploración destaca ictericia cutáneo-mucosa +++/++++, sin visceromegalias. Analítica: Hematíes: 2,8 millones/mm<sup>3</sup>. Hb: 8,5 g/dl. Hto: 24,4%. Reticulocitos corregidos: 2,6%. Leucocitos 11.300/mm<sup>3</sup>. Plaquetas 341.000/mm<sup>3</sup>. Coagulación normal. Bioquímica: LDH 1.516 UI/L. Haptoglobina: 29,2 mg/dl. Bilirrubina total: 6,8 mg/dl (Bilirrubina directa 0,4 mg/dl). Iones, función renal y hepática dentro de la normalidad. Test de Coombs directo: negativo. Serología infecciosa (Toxoplasma, Rubéola, CMV, VEB, Virus de la hepatitis y Parvovirus B19): negativa. Metabolismo del hierro normal. Orina colúrica con hemoglobinuria. En la morfología de sangre periférica se observa la presencia de algunos microesferocitos, excentrocitos, bitted red cells sugestivos de déficit de G6PDH. Cuantificación de la enzima G6PDH 41mU 10x9 eritrocitos (100-180). Estudio de electroforesis de la hemoglobina: Rasgo heterocigoto para hemoglobina S. El paciente requirió transfusión de concentrado de hematíes con cifras de hemoglobina de 6,4 mg/dl. Controles posteriores normales (Hb10,9 mg/dl; LDH 619). Actualmente en seguimiento por Hematología: paciente asintomático y controles analíticos normales. Estudio familiar: padre sano; madre portadora heterocigota de déficit de G6PDH, rasgo heterocigoto para hemoglobina S y rasgo talasémico.

**Conclusión.** El déficit de G6PDH es una rareza en nuestro medio aunque el aumento de la diversidad poblacional en los últimos tiempos puede relacionarse con un cambio en su incidencia.

**8. INGRESOS HOSPITALARIOS EN EDAD PEDIÁTRICA POR PATOLOGÍA NEFROUROLÓGICA NO QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DE LEÓN.** *Martínez Sáenz de Jubera J, Rodríguez Fernández LM, Fernández Fernández M, Lobo Martínez P, Hierro Delgado E, Merino Bodegón C. Hospital de León.*

**Introducción.** La patología no quirúrgica del sistema urinario es relativamente frecuente en la edad pediátrica, pero su manejo es habitualmente ambulatorio quedando restringido el ingreso hospitalario al tratamiento de algunos procesos agudos y a la vigilancia clínica y estudio diagnóstico de unos pocos cuadros clínicos complejos. En el presente estudio queremos revisar que representen los ingresos por patología nefrológica en el total de ingresos

pediátricos en nuestro Centro y conocer las principales patologías responsables de la hospitalización.

**Material y métodos.** A través del Servicio de Codificación del Hospital de León se revisaron los ingresos hospitalarios en edad pediátrica (< 14 años) motivados durante el año 2010 por patología no quirúrgica del sistema urinario, realizando la búsqueda de pacientes utilizando los códigos recogidos en CIE.9.MC. Los cuadros clínicos que motivaron la hospitalización fueron divididos en: patología infecciosa, patología urológica malformativa, trastornos miccionales, patología glomerular, patología tubular, afectación de la función renal y sintomatología nefrourológica sin diagnóstico conocido

**Resultados.** Durante el año 2010 ingresaron 55 pacientes menores de 14 años con patología nefrourológica no quirúrgica (4,4% del total de ingresos a cargo de Pediatría; 2,9% del total de niños ingresados en edad pediátrica). Las infecciones de las vías urinarias fueron el motivo de ingreso más habitual (81,8% de los casos) afectando en 4 casos a pacientes en el periodo neonatal. La patología tubular fue la segunda causa de hospitalización más frecuente (5,5%). Tres pacientes presentaban insuficiencia renal crónica durante su ingreso y sólo un paciente ingresó para el estudio diagnóstico de patología glomerular (Glomerulonefritis aguda post-infecciosa).

**Comentarios.** Los ingresos por patología nefrourológica no quirúrgica son poco frecuentes durante la edad pediátrica y en la mayoría de los casos son provocados por el tratamiento de infecciones urinarias. Son muy pocos los casos de patología glomerular, tubular y con afectación de la función renal que precisan ingreso hospitalario en nuestro medio. En contra de lo esperado no se produjo en nuestro Centro ninguna hospitalización por debut de síndrome nefrótico durante el año 2010.

**9. PATOLOGÍA DEL METABOLISMO DEL AGUA ASOCIADO A ENFERMEDAD HIPOFISARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Fernández Iglesia V, Regueras Santos L, Díaz Moro A, Hierro Delgado E, Garrido García E, Moreno Duque Lizbely D. Hospital de León.*

**Introducción.** La diabetes insípida central es una incapacidad para concentrar la orina por una alteración en la secreción de hormona antidiurética (ADH) caracterizado por un patrón clínico de poliuria. Los tumores son la causa más común, siendo el más frecuente el germinoma. También la histiocitosis X es una causa aunque menos frecuente de esta clínica. El pronóstico de esta alteración en el metabolismo del agua varía según la causa del mismo pero en cualquier caso, el tratamiento, además del etiológico, es la administración de desmopresina.

**Caso Clínico.** Niña de 4 años, sin antecedentes personales de interés, remitida a la consulta de Endocrinología infantil por presentar de forma brusca polidipsia (2-3 litros/día) y poliuria con nicturia secundaria de unos 3 meses de evolución. Entre los antecedentes familiares destaca polidipsia no filiada en abuelo paterno.

La exploración física es normal por aparatos, con un estadio de desarrollo puberal Tanner de 1. En las pruebas complementarias realizadas presenta glucemia, urea, creatinina, ionograma y osmolaridad en plasma normales; perfil hormonal con LH, FSH, prolactina, testosterona, cortisol, ACTH y hormonas tiroideas normales; diuresis diaria cuantificada de 4 litros (12,5 ml/kg/h) con una baja osmolaridad urinaria (53 mosm/L). Para completar estudio se realiza un test de restricción hídrica y test de vasopresina objetivándose incapacidad de concentrar la orina en el primero y un importante aumento de la osmolaridad urinaria en el segundo (relación osmolaridad urinaria/osmolaridad plasmática 2 horas tras administración de vasopresina: 2,2) lo cual orienta hacia el diagnóstico de diabetes insípida central. La resonancia magnética cerebral no identifica la neurohipófisis en su localización habitual y evidencia un nódulo hipercaptante del tallo hipofisario. Ante la posibilidad de germinoma vs histiocitosis X como primeras posibilidades diagnósticas se solicita ecografía abdominal, radiografía de tórax, cráneo y serie ósea que resultan normales. La b-hcG en LCR se encuentra normal, así como otros marcadores tumorales (b-hcG, CAE y AFP) en sangre. En una segunda bioquímica sanguínea presenta T4 libre baja (0,78 ng/dl) con TSH en rango bajo de la normalidad (0,61 mU/ml). Se prescribe tratamiento con hormona tiroidea y hormona antidiurética y actualmente se encuentra pendiente de valoración oftalmológica y realización de biopsia del nódulo hipofisario para diagnóstico confirmatorio.

**Comentarios:** Si bien la diabetes insípida neurogénica es una afectación relativamente infrecuente en la infancia, destacamos la importancia de una adecuada anamnesis que pueda orientar un diagnóstico etiológico precoz, así como la instauración de un tratamiento adecuado, variable según la etiología, que ayude a mejorar el pronóstico.

---

#### VIERNES 1 DE ABRIL. SALA DE PROYECCIONES

---

**10. ERUPCIÓN VARICELIFORME DE KAPOSI EN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA SEVERA.** Alcántara Canibal L, González Sánchez M, Larrea Tamayo E, González Jiménez D, Santos-Juanes Jiménez J, Ramos Polo E. Hospital Universitario Central de Asturias.

**Introducción.** La erupción variceliforme de Kaposi (EVK) es una infección viral grave y súbita, que se produce por la diseminación cutánea del virus herpes (VHS) tipo 1, en el 80% de los casos, VHS tipo 2 o coxsackie A16 sobre una dermatosis previa, como la dermatitis atópica (DA). Entre los factores predisponentes destacan el aumento de los niveles de IgE en pacientes con DA y la necesidad de tratamiento inmunosupresor prolongado: corticoides sistémicos o tópicos e inmunosupresores como el Tacrolimus tópico.

**Caso Clínico.** Paciente de 12 años, varón, con antecedentes de dermatitis atópica que acude por un brote de agudo y fiebre de 48 horas de evolución. Desde el mes anterior recibía tratamien-

to con corticoides orales, amoxicilina-clavulánico y mupirocina tópica, además de ciclosporina. En la exploración física destacaba la presencia de lesiones eczematosas y descamativas generalizadas, con zonas de engrosamiento cutáneo. A nivel peribucal, se apreciaban lesiones costrosas y vesico-pustulosas. No se observaron lesiones de la mucosa oral. Presentaba además un eritema facial importante, con lesiones en los bordes palpebrales, además de hiperemia conjuntival. En los pliegues del cuello y región poplítea existía importante exudado. Presentaba importante afectación del estado general con dolor cutáneo moderado. El resto de la exploración física se encontraba dentro de la normalidad. Ingresó en planta con sospecha de dermatitis atópica sobreinfectada a tratamiento con cloxacilina intravenosa, metilprednisolona i.v. hidrocortisona oral y mupirocina tópica. Se tomaron exudados cutáneos que fueron positivos para VHS tipo 1 y *Staphylococcus aureus*. Se consideró el cuadro compatible con EVK por lo que se asoció al tratamiento aciclovir i.v. así como aciclovir y tobramicina en colirio para la afectación ocular. Los niveles de IgE eran mayores de 5.000 kU/L. Tras una mejoría lenta y progresiva, fue dado de alta a los 18 días del ingreso, continuando con tratamiento domiciliario y con seguimiento evolutivo en consultas de Dermatología.

**Conclusiones.** La EVK es una entidad poco frecuente pero pueden presentarse complicaciones graves como la sobreinfección bacteriana o la viremia sistémica con compromiso multiorgánico. Se debe sospechar en pacientes con antecedentes de dermatosis crónica o inmunodeprimidos con brote de dermatitis de evolución tórpida.

**11. INFECCIÓN POR KINGELLA KINGAE. CUATRO CASOS CLÍNICOS.** García García E, Serrano Acebes P, Fernández Menéndez JM, Del Busto Griñón C, Suárez Castañón C. Hospital de Cabueñes.

**Introducción.** La *Kingella kingae* es un coco-bacilo gram – colonizador del tracto respiratorio superior cuya dificultad para el aislamiento hace que muchas veces pase inadvertido o se retrase su diagnóstico. Según distintos estudios se calcula que hasta un 72,9% de los niños menores de 4 años pueden ser portadores.

**Casos Clínicos.** Presentamos 5 casos de aislamientos de *Kingella* en 4 niños en el periodo de Noviembre de 2009 a Diciembre de 2010.

Caso nº1: Niña de 17 meses con cuadro catarral de 4 días de evolución asociado a fiebre en las últimas horas. Exploración dentro de la normalidad, salvo lesiones aftosas en orofaringe. Se realiza analítica completa que resulta normal y se recoge un hemocultivo donde se aísla a las 48 horas un BGN que posteriormente se identifica como *Kingella kingae*. Se extrae un 2º hemocultivo, se administra una dosis de ceftriaxona y se completan 10 días con amoxicilina-clavulánico oral.

Caso nº2: Niño de 13 meses con cuadro de cojera de extremidad derecha. No antecedente traumático. A la exploración se observa edema en rodilla derecha y limitación para la extensión. Se realiza artrocentesis evacuadora compatible con líquido inflamatorio (41.320 células, 90% PMN, glucosa 92 mg/dl y proteínas 53,8 g/dl).

Cinco días después inicia fiebre y aumenta el edema, por lo que se realiza nueva artrocentesis extrayendo un líquido con 92.614 células (96% PMN), glucosa 8 mg/dl y proteínas 59 g/dl. Se inocula el líquido en frasco de hemocultivo aislándose posteriormente *Kingella kingae*. Se realiza RMN informada como osteomielitis del condilo interno del fémur derecho. Recibe tratamiento durante 30 días con cefotaxima iv completando 10 días más con amoxicilina-clavulánico oral.

Caso nº3: Niño de 19 meses con edema y eritema en 2º dedo de pie derecho. Afebril, no antecedente traumático. No se objetiva puerta de entrada. Se realiza analítica completa con hemograma normal y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 66,3 mg/L y VSG 45 mm). Ante la sospecha de celulitis se pauta amoxicilina-clavulánico oral durante 10 días. A las 48 horas se aísla en el hemocultivo *Kingella kingae*, que se interpreta como un hallazgo incidental ya que el niño está asintomático.

Caso nº4: Niño de 8 meses con cuadro catarral de una semana, afebril que inicia tos en estallido y disminución de la ingesta. Se extrae analítica completa que resulta normal y 48 horas después se aísla en el hemocultivo un BGN identificado posteriormente como *Kingella kingae*. Se extrae nueva analítica y se inicia tratamiento con ceftriaxona iv. El 2º hemocultivo vuelve a resultar positivo para dicha bacteria, coincidiendo con elevación de los reactantes de fase aguda (PCR 45,8 mg/L y VSG 74 mm). Se mantiene tratamiento con ceftriaxona iv durante 7 días.

**Comentarios.** *Kingella kingae* es un patógeno frecuente que afecta sobre todo a niños menores de 2 años causando infecciones osteoarticulares así como bacteriemia oculta, precedidas habitualmente de una infección vírica. Suele tener un curso benigno siendo el tratamiento de elección una cefalosporina de 2ª-3ª generación.

## 12. INFECCIÓN POR MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS Y EXANTEMA PURPÚRICO. Palacios Sánchez M, Sancho Gutiérrez R, García Valle E, Álvarez Álvarez C, Guerra Díez JL, Álvarez Granda JL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Antecedente.** En la actualidad, la tuberculosis es una enfermedad emergente en nuestro país que constituye un importante problema de salud pública, y puede manifestarse con múltiples patrones clínicos, algunos de ellos inespecíficos. Ante la sospecha clínica, se debe realizar un diagnóstico adecuado para un tratamiento precoz. Descripción de un caso clínico de un paciente con exantema purpúrico y en contacto estrecho con adulto diagnosticado de tuberculosis pulmonar (caso índice)

**Caso clínico.** Paciente de 6 años que acude a urgencias por artralgias migratorias de 3 días de evolución. Realizado Mantoux hace 48 horas (20 mm de diámetro), inicia posteriormente exantema purpúrico palpable en extremidades inferiores, dolor y edema en tobillo, pie izquierdo y algún hematoma en cara posterior de ambos muslos. Resto de exploración normal. Realizado Hemograma, bioquímica y coagulación, normales. VSG: 40 mm/h. Impresión de púrpura de Schönlein-Henoch. Realizada Rx de tórax y

ecografía mediastínica, presenta adenopatía hiliar derecha de 1 cm de diámetro, compatible con tuberculosis. Cultivo positivo para *Micobacterium tuberculosis*. Inicia tratamiento con cuádruple terapia. Presenta dolor abdominal intermitente. Realizada ecografía abdominal compatible con hematoma intramural de íleon distal. Evolución posterior favorable.

**Comentario.** La púrpura de Schönlein-Henoch es un proceso de probable origen inmunológico que puede presentarse en el contexto de una enfermedad tuberculosa, bien por la propia infección, por la administración del Mantoux o por la terapia farmacológica recibida.

## 13. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA EN ESPAÑA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL (Proyecto aBREVIADO). Fernández Alonso JE\*, González Torroglosa MC\*, González de Dios J\*\*, Ochoa Sangrador C\*\*\*, Andrés de Llano JM\*, en representación del Grupo Investigador del proyecto aBREVIADO. \*Complejo Asistencial de Palencia, \*\*Hospital de Torrevieja y \*\*\*Complejo Asistencial de Zamora.

**Introducción.** Se han realizado muchos estudios acerca de las controversias en el manejo de la bronquiolitis aguda (BA). El objetivo de este estudio multicéntrico nacional en España es conocer la variabilidad en el manejo de la BA en los distintos ámbitos de atención clínica (atención primaria, urgencias y hospitalización). En esta comunicación presentamos los datos sobre uso de procedimientos diagnósticos.

**Métodos.** Estudio transversal descriptivo (de octubre 2007 a marzo 2008) de todos los casos de BA (criterios de McConnochie) tratados en una muestra de 31 hospitales y 60 centros de salud pertenecientes a 12 Comunidades Autónomas de España. Se diseñó un cuestionario para la recogida de las variables de estudio (datos generales, sintomatología, factores de riesgo, pruebas diagnósticas y tratamientos) y se realizó una comparación de las variables por grupos de edad y ámbitos asistenciales (atención primaria, urgencias, hospitalización y UCI). Se compara el uso de pruebas diagnósticas con las recomendaciones de una conferencia de consenso.

**Resultados.** Existen diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en el uso de procedimientos diagnósticos entre los pacientes ingresados y aquellos con manejo ambulatorio. Los porcentajes de uso fueron respectivamente: Saturación de O<sub>2</sub> 95,7% y 61,5%; Radiografía de Tórax 64,9% y 14,2%; Determinación de VRS 91,9% y 8,8%; Gasometría 30,7% y 2%; Hemocultivo 33,3% y 1,6%; Hemograma 61,4% y 2,4%; Proteína C Reactiva 51,7% y 3,6%; Procalcitonina 17,6% y 3,7%.

**Conclusiones.** Existe una amplia variabilidad en la realización de pruebas diagnósticas en función del ámbito de actuación. Se observan notables diferencias entre la práctica clínica habitual y el manejo basado en la evidencia, de tal modo que se advierte un elevado uso de procedimientos (radiografía, determinación de VRS, cribado de infección) de eficacia y utilidad no demostrada en la bronquiolitis.

**14. REVISIÓN DE LOS CASOS DE BRONQUIOLITIS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE LACTANTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA DEL 1 DE OCTUBRE DE 2010 AL 28 DE FEBRERO DE 2011.** Domínguez Manzano P, González Ildefonso P, Escudero Bueno G, González González M, Blázquez García J, Prieto Matos P. Hospital Universitario de Salamanca.

**Introducción.** La bronquiolitis es una patología muy frecuente en la infancia y constituye la principal causa de ingreso por infección respiratoria de vías bajas en el lactante. Se define como el primer episodio de dificultad respiratoria aguda con sibilancias que sucede en los dos primeros años de vida. El agente etiológico más importante es el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Existe falta de consenso acerca del manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes, aunque se acepta mayoritariamente que las medidas terapéuticas generales son las únicas que han demostrado ser eficaces.

**Objetivo.** Realizar una revisión de los casos de bronquiolitis ingresados en la unidad de Lactantes de nuestro hospital desde el 1 de Octubre de 2010 hasta el 28 de Febrero de 2011.

**Material y métodos.** Revisamos las historias clínicas de 85 pacientes con bronquiolitis y recogemos los siguientes datos: edad (meses), sexo, edad gestacional (EG), periodo neonatal, días y mes de ingreso, virus respiratorios en muestra de aspirado nasofaríngeo, tratamiento recibido, necesidad de oxigenoterapia, existencia o no de enfermedad intercurrente y necesidad de atención en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Analizamos los datos con el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** El 66% de los casos son niños y el 34% niñas. El 63% tienen una edad comprendida entre 1 y 6 meses (m). La media de edad es 4,7 m (desviación estándar de la media- SD-5,7). En Octubre y Noviembre hubo 1 ingreso/m, en Diciembre 18, en Enero 44 y en Febrero 23. La media de tiempo de ingreso es de 6,3 días (SD 5,6), aumenta hasta 9 días en los < 1 m y disminuye con la edad ( $p < 0,05$ ). El VRS es el agente etiológico en el 72%. El 85% de los pacientes precisaron oxigenoterapia, el 15% que no precisa son < 6 m. Se administra adrenalina nebulizada al 70% de los pacientes (edad media-EM- 2,5 m), salbutamol al 19% (EM 9 m), adrenalina+salbutamol al 9% (EM 3 m) y salbutamol+ bromuro de ipratropio al 2% (EM 18 m). Un 2% recibe corticoide y un 33% antibioterapia, de los cuales el 45% presentan otra enfermedad intercurrente ( $p = 0,00$ ). La estancia hospitalaria media en los pacientes que reciben antibiótico es de 7,7 días (SD 3,75) y en los que no reciben antibiótico es de 5,6 días (SD 2,72) ( $p > 0,05$ ). El 21% de los niños ingresan en UCIP frente al 10% de las niñas ( $p > 0,05$ ). El 17% del total de casos precisan atención en UCIP, de los cuales el 73% son VRS(+) frente a un 72% VRS(+) de los ingresados en planta. El 14% de los pacientes entre 1 y 6 m ingresan en UCIP, llegando este porcentaje a 54% en los < 1 m ( $p < 0,05$ ). El 15% de los nacidos AT, el 25% de los NPT 33-37S y el 50% de los NPT < 33S ingresaron en UCIP ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** El mayor número de ingresos por bronquiolitis durante la época epidémica 2010-11 tiene lugar en Enero. Gran parte de los pacientes son varones. El VRS es el agente etiológico más importante. La edad media de los casos es menor que en años ante-

riores. Los pacientes de menor edad presentan estancias hospitalarias más largas y mayor riesgo de ingreso en UCIP. El tipo de aerosol administrado se relaciona con la edad. La antibioterapia se relaciona con enfermedad intercurrente. El principal motivo de ingreso es la necesidad de oxigenoterapia. El porcentaje de ingreso en UCIP ha aumentado respecto a años anteriores.

**15. REVISIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS INGRESOS POR INFECCIÓN URINARIA EN MENORES DE DOS AÑOS, EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS.** Cobreros García P, García Saseto P, Izquierdo Herrero E, Abad Arevalillo S, Bahillo Curieses P, Conde Redondo F. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La infección del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en niños. Su adecuado manejo en niños menores de 2 años es fundamental para evitar el desarrollo de lesiones renales permanentes (cicatrices)

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo desarrollado a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes menores de 2 años, ingresados con el diagnóstico de infección urinaria durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2010. Las variables analizadas fueron datos de filiación, motivo de consulta en Urgencias, antecedentes de patología reno-urológica previa, sintomatología asociada, datos analíticos y microbiológicos, días de hospitalización, pruebas complementarias y tratamientos.

**Resultados.** Se registraron 47 pacientes con el diagnóstico de infección urinaria. La infección fue más frecuente en varones (1,2:1) con una edad media de 4,5 meses, correspondiendo el 21,5% de la muestra a pacientes de 1 mes de edad. El mes de mayor incidencia global fue Mayo. Sólo el 14,8% presentaban antecedentes de patología reno-urológica previos. En el 87% de nuestra población el motivo de consulta en el Servicio de Urgencias era fiebre, mostrando como clínica asociada: hiporexia (46,8%), vómitos y/o diarrea (21,2%), catarro de vías altas (14,8%) e irritabilidad (12,7%). El 82,9% de la muestra presentaba leucocitosis en los datos analíticos, observando PCR elevada en el 82,9% de los casos, obteniendo además leucocituria y hematuria en el 97,8% de los pacientes. El urocultivo fue positivo para *E. coli* en el 91,4% de los pacientes, y para *Klebsiella pneumoniae* en 4,2% de los casos. En el 95,7% de los casos se utilizó el sondaje como método de recogida de orina y en el 93,6% de los pacientes se instauró como tratamiento cefotaxima. La duración media de la hospitalización fue de 5,08 días y del tratamiento de la infección 11,65 días. Como pruebas complementarias se realizaron ecografía renal (100%), cistografía retrograda (65,9%), y gammagrafía con tecnecio marcado (42,5%), observándose patología renal en el 27,6% de los casos. El 87,2% de los pacientes recibió seguimiento en consultas externas de Nefrología Infantil tras el alta hospitalaria.

**Conclusiones** En el caso de las infecciones urinarias el seguimiento debe ser individualizado, realizando en cada caso las prue-

bas complementarias necesarias para un diagnóstico y tratamiento adecuados, con el fin de prevenir el desarrollo de complicaciones.

**16. SÍNDROME FEBRIL Y PANICULITIS.** *Bautista Mezquita B, Fernández Álvarez D, Muriel Ramos M, Bote Mohedano J, Mendoza Sánchez MC, Alonso San Pablo T. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** Las paniculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la presencia de un infiltrado localizado a nivel de la grasa o tejido celular subcutáneo. Se consideran septales si la inflamación afecta a los septos fibrosos que separan los lobulillos de adipocitos. La forma más frecuente es el eritema nodoso, que clínicamente se caracteriza por la aparición de nódulos eritematosos dolorosos localizados en las superficies de extensión de las extremidades. Se puede relacionar con múltiples causas, como son las infecciones, inflamatosos y medicamentos. Su asociación con mononucleosis infecciosa por virus de Epstein Barr se ha observado de manera excepcional.

**Objetivo.** Presentación de un caso clínico con síndrome febril, paniculitis e infección aguda por el virus de Epstein Barr.

**Caso clínico.** Varón de 11 años de edad que ingresa por un cuadro clínico de 7 días de evolución consistente en fiebre elevada precedida de tiritona y lesiones cutáneas nodulares dolorosas en extremidades, acompañado de odinofagia. Antecedentes personales: amigdalitis de repetición, último episodio tres semanas antes, para el que había recibido tratamiento con penicilina benzatina. Exploración física: Estado general conservado. Febril. Lesiones nodulares eritematosas, con tamaño variable entre 3 x 3 cm a 0,5 x 0,5 cm, dolorosas a la palpación, localizadas fundamentalmente a nivel de región tibial anterior de ambas piernas, y también en antebrazos, donde tienen un tamaño menor. Sistema ganglionar cervical: adenopatías subangulomandibulares bilaterales de tamaño 3 x 4 cm, dolorosas a la palpación, sin signos inflamatorios. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: hepatomegalia de un centímetro y medio, se palpa polo inferior de bazo. Cavidad oral y orofaríngea: hipertrofia amigdalar con exudado grisáceo en sábana, y lesiones aftosas en mucosa geniana y en paladar blando. Resto de la exploración normal. Pruebas complementarias: Hb 12.3 g/dl, Hcto 36,7%, MCV 83,4 fl, leucocitos 16.530/μl (neutrófilos 12.750/μl, linfocitos 2.720/μl, monocitos 6,2%), plaquetas 199.000/μl, PCR 32.3 mg/dl, PCT 2,1 ng/ml, AST 38 U/L, ALT 26 U/L, GGT 31 U/L, Fosfatasa alcalina 147 U/L, LDH 558 U/L, ASLO 698 UI/ml, VSG 109 mm, Frotis: algún linfocito activado (segmentados 81%, cayados 1%, linfos 13%, monos 5%), reticulocitos: 0,6%, frotis faríngeo: flora habitual, Test de monosticon (-), Tuberculina (-), serología para virus de Epstein Barr IgM (+), IgG (+), EBNA (-). Hemocultivo (-), Anticuerpos ANA, ENA y ANCAS (-), crioglobulinas (-), C3 y C4 normal. Radiografía tórax: normal. Biopsia cutánea: Paniculitis de predominio septal compatible con eritema nodoso. Dermatitis granulomatosa intersticial. Diagnóstico: Eritema nodoso asociado a infección aguda por virus de Epstein Barr.

**Comentarios.** El eritema nodoso se puede relacionar con múltiples causas. Su presencia exige un diagnóstico clínico de enfermedades subyacentes. El debut como manifestación de infección aguda por virus de Epstein Barr es muy poco frecuente. La biopsia cutánea permite la confirmación histológica de paniculitis.

**17. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Rekarte García S, Pérez González C, Martín Alonso JL, De Miguel Mallén MA, Martín García MA. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción.** La tuberculosis (TBC) continúa siendo uno de los problemas sanitarios más importantes en el mundo. Se está constatando un aumento de la incidencia en países desarrollados especialmente por la inmigración procedente de zonas con alta endemia. La TBC en la edad pediátrica constituye un reto diagnóstico por la dificultad para discernir entre infección y enfermedad tuberculosa y por el difícil aislamiento microbiológico. Dado que la radiografía de tórax es poco sensible y específica se plantea el uso de la tomografía computerizada (TC) de tórax en casos dudosos, en niños inmunodeprimidos o con edad inferior a dos años y para la detección de complicaciones.

**Caso clínico.** Niño de dos años que llega a España en patera desde Marruecos en octubre de 2010. Antecedentes personales desconocidos. Al mes Mantoux de 15 mm y radiografía de torax normal, iniciando tratamiento de infección tuberculosa con isoniacida. Presenta procesos febriles repetidos con clínica respiratoria asociada de vías superiores e inferiores recibiendo amoxicilina y salbutamol en 3 ocasiones y amoxicilina-clauvulámico por neumonía en lóbulo medio (enero 2010). En febrero es ingresado desde urgencias por nuevo episodio de fiebre. La exploración muestra peso en percentil 10 y talla en percentil 75, rinorrea purulenta y auscultación con roncus y sibilancias. Entre los estudios realizados: leucocitosis con predominio neutrofilico y aumento de los reactantes de fase aguda. QuantiFERON®-TB gold positivo (1,06 UI/ml). Bacioscopia y PCR en jugo gástrico y orina negativas. Serología para el virus de la inmunodeficiencia humana negativa. Gota gruesa y antigenemia de plasmodium negativas. Radiografía de torax con aumento de densidad en lóbulo medio y dudosas imágenes nodulares en lóbulo superior derecho. Ante la sospecha de enfermedad tuberculosa se decide la realización de TC torácico que muestra múltiples nódulos acinares con distribución de árbol en brote, áreas de consolidación y atelectasia con bronquiectasias en su interior y adenopatías calcificadas; datos sugerentes de reactivación tuberculosa con diseminación broncogena. Se trató inicialmente con amoxicilina clauvulámico y salbutamol. Tras el diagnóstico comenzó tratamiento específico con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

**Conclusiones.** La TBC pulmonar debe considerarse en el diagnóstico diferencial de fiebre intermitente y clínica respiratoria, especialmente en niños inmigrantes. A pesar de que los nuevos méto-



dos disponibles para el diagnóstico como el QuantiFERON®-TB gold resultan de gran utilidad para el diagnóstico de infección tuberculosa en niños vacunados con BCG o con estado vacunal desconocido, existen situaciones, como el caso presentado, en las que el TC torácico es una herramienta diagnóstica a tener en cuenta.

**18. VARICELA COMPLICADA.** *Martín Alonso JL, Pérez González C, Mantecón Fernández L, Rekarte García S, López Martínez A, Lastra Areces B.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** La varicela es una enfermedad exantemática infantil frecuente, de curso generalmente autolimitado y benigno, pero que puede cursar con complicaciones graves.

**Caso clínico.** Niña de 8 años, de raza negra, sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés, que consulta por dolor y tumefacción creciente en hombro izquierdo, en el contexto de una varicela de 4 días de evolución. También refieren anorexia y decaimiento. Exploración: Tª: 38,2°C. Peso 38 kg (P90-97), talla 135 (P90), IMC 20,8 (P90) TA 118/76 mmHg (> P97). Postrada. Lesiones en cielo estrellado. Placa eritematosa inflamatoria de 20 x 20 cm en hombro izquierdo, con bordes mal delimitados. Herida supurante en centro de la placa. Tortícolis antiálgica derecha. Estudios complementarios: Hemograma: Hb 11,4 g/dl, Hto 32,9%, L11.000/ul (N 70, L 15, M 15), P 162.000/ul. Bioquímica: glucosa 116 mg/dl, urea 31 mg/dl, creatinina 0,78 mg/dl, Na 133 mmol/L, K 4,2 mmol/L, protototales 79 g/l, albúmina 27 g/L (N> 38). Reactantes de fase aguda: PCR 20,6 mg/dl, PCT 1,55 ng/ml. Hemocultivo: negativo. Cultivo exudado herida: *Streptococcus pyogenes*. Con el diagnóstico de celulitis por *S. pyogenes* se comienza tratamiento con amoxicilina/clavulánico iv. (100 mg/kg/día) así como venoclisis a necesidades basales. Evolución: Afebril. Mejoría celulitis. 2º día ingreso orinas coléricas. Sistemático y sedimento. Proteinuria 2+. Piuria. Cilindros granulosos. No hematuria. Urocultivo negativo. Proteinuria en rango no nefrótico: Cociente proteínas/creatinina orina: 0,6. Proteinuria orina 24 h : 5,4 mg/m<sup>2</sup>/hora (> 4). Hipertensión: TA > P97. Aumento de peso (2,9 kg en 4 días). No edemas. Diuresis conservada (± 2 ml/kg/hora). Función renal normal: Aclaramiento Cr: 110 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. EF Na: 1,54% (N< 3). EF K: 5,3% (N< 20). Anemia normocítica-normocrómica (dilucional) con Hb mínima de 8,7 g/dl, recuperando posteriormente valores normales. Con los datos de creatinina 0,78 mg/dl, orina con cilindros granulosos y proteinuria en rango no nefrótico, hipertensión y aumento de peso, se diagnostica de glomerulonefritis aguda infecciosa, y se trata con restricción hídrica y dieta sin sal normalizándose las TA y persistiendo proteinuria al alta. Otros estudios complementarios: colesterol y TGC normales. ASLO 365 U/ml (N< 200). Inmunoglobulinas, Complemento, C3NEF, ANAs, ANCAs.

**Comentario.** La glomerulonefritis por varicela, aunque infrecuente, es una complicación suficientemente documentada, siendo el síndrome nefrítico su expresión más frecuente. Su presentación, al contrario de la postestreptocócica, coincide con la erupción del

exantema. La presencia de proteinuria, sin latencia con la erupción, podría sugerir etiología relacionada con el virus varicela zoster.

**19. UTILIDAD DE UNA PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DE ESTREPTOCOCO BETA-HEMOLÍTICO DEL GRUPO A EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA.** *García Vicente S\*, Ochoa Sangrador C\*\*, Bajo Delgado AF\*\*, Gil Rivas T\*\*, Grupo de Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de Zamora. Centro de Salud Santa Elena. Complejo Asistencial de Zamora.*

**Objetivo.** Evaluar la utilidad de las pruebas de detección rápida de *Streptococcus pyogenes* en exudado faríngeo en centros de salud de atención primaria.

**Métodos.** Estudio transversal de pruebas diagnósticas en una muestra de niños con faringoamigdalitis aguda previamente no tratada con riesgo moderado-alto de infección estreptocócica (probabilidad preprueba estimada superior al 30%), recogidos en centros de salud del área de salud de Zamora. Se empleó como prueba diagnóstica). Tras proceder al diagnóstico clínico de faringitis aguda, se realizó un frotis faringoamigdalares con 2 torundas. Con una muestra se efectuó el test rápido (OSOM STREP A; Leti), enviándose la otra al laboratorio para cultivo convencional. Se recogió asimismo información clínico-epidemiológica de interés predictivo (edad, sexo, fecha, temperatura, presencia de odinofagia, hiperemia faríngea, cefalea, tos, rinorrea, exudado faríngeo, adenopatías cervicales prominentes y exantema cutáneo). Finalmente se registró el tratamiento recomendado.

**Resultados.** Se recogió información de 256 pacientes, en su mayoría entre 5 y 10 años (50%). El 47,2% de los cultivos fueron positivos (*S. pyogenes* del grupo A). El porcentaje de positivos por grupos de edad fue heterogéneo: entre los menores de 3 años sólo el 1,7%, entre 3 y 5 años el 14,2%, entre 5 y 10 años el 66,7% y en mayores de 10 años el 17,5% (p< 0,001). Tras realizar un ajuste multivariante sólo mostraron asociación independiente con un cultivo positivo la edad (entre 5 y 10 años), la estación (no invierno) y el sexo (femenino); otras variables clínicas no resultaron válidas. El 41,8% de las pruebas rápidas fueron interpretadas como positivas, el 1,2% como dudosas y el 57% negativas. Los indicadores de validez encontrados son acordes con los observados en otros estudios, con una sensibilidad para el resultado positivo del 86,7% y una especificidad del 97,8%. La interpretación de los cocientes de probabilidades (39,29 para resultado positivo; 0,57 para dudoso y 0,13 para negativo), para probabilidades preprueba de 30 y 45% es que un resultado positivo debe ser interpretado como cierto (probabilidades postprueba > 95%) y por lo tanto inducir una prescripción antibiótica, aunque no podamos descartar que el hallazgo de un *S. pyogenes* en faringe sea debido a un estado de portador previo. Por el contrario, un resultado dudoso no nos aporta ninguna información. En cuanto al resultado negativo, aunque no permite descartar la infección (probabilidades postprueba entre 5-10%; casi despreciables en < 3 años) la ganancia en certidumbre diagnóstica es importante, por lo que sería razonable mantener un trata-

miento sintomático y sólo valorar la realización de cultivo cuando las circunstancias o la evolución del paciente lo hagan aconsejable;

**Conclusiones.** La validez de la prueba rápida es aceptablemente buena, siendo clínicamente útil para la toma de decisiones. La utilidad clínica de la prueba ha sido considerada muy alta por los pediatras participantes. Esta utilidad, subjetiva, se ve reforzada por el hallazgo de que los signos y síntomas clínicos no han permitido, en nuestro estudio, predecir con seguridad la etiología estreptocócica de la faringoamigdalitis.

---

#### VIERNES 1 DE ABRIL. SALA A

---

### 20. VACUNACIÓN NO FINANCIADA EN NUESTRO MEDIO.

*González Prieto A, Bote Mohedano J, Sánchez Granados JM, Murga Herrera V, Sabín Carreño S, Fernández de Miguel S. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** Las infecciones de etiología neumocócica, la varicela y las gastroenteritis agudas, son tres patologías de elevada frecuencia en la edad pediátrica. La alta incidencia de éstas ha llevado a la comercialización de diferentes vacunas, recomendadas, aunque no financiadas por el sistema sanitario de nuestra comunidad.

**Objetivo.** Determinar la prevalencia de pacientes vacunados frente a estas patologías, en los diferentes grupos de edad.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio prospectivo observacional, en el que se registra el estado de vacunación de los pacientes que consultan en el Servicio de Urgencias Pediátricas en horario de 8 a 15 horas, a lo largo del mes de febrero de 2011. Los datos recogidos son: edad, sexo, vacunación frente a neumococo, varicela y/o rotavirus, así como el número de dosis recibidas de las mismas. El análisis se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 12.0®.

**Resultados.** A lo largo del periodo de estudio se registraron un total de 170 consultas. La edad media de los pacientes fue de 6 años, consultando en igual proporción ambos sexos. El 100% de los pacientes estaban adheridos de forma correcta al calendario oficial de inmunizaciones. De éstos, el 58,2% habían recibido además vacunación antineumocócica, el 27,1% frente a rotavirus y un 34,7% frente a varicela. El mayor porcentaje de vacunados frente a neumococo y rotavirus se registra en los menores de 3 años (51,5% y 69,5%, respectivamente), mientras que la vacuna frente a varicela predomina en los pacientes de entre 3-6 años de edad (45,7%).

**Conclusiones.** Las infecciones neumocócicas, la varicela y las gastroenteritis agudas son patologías de especial relevancia en la edad pediátrica. A pesar del excelente cumplimiento del calendario oficial en nuestro medio, aún existe un importante sector de la población infantil que no recibe las vacunas no financiadas. Por ello, sería interesante promover campañas que conciencien a los padres de la importancia de vacunar a la población infantil frente a estas enfermedades.

### 21. ORDEN DE ALEJAMIENTO, CUSTODIA HOSPITALARIA Y RESPONSABILIDAD MÉDICA; A PROPÓSITO DE UN CASO. ¡DEBEMOS DE PREPARARNOS! *Domínguez Bernal E, Jiménez Casso MS, Castrillo Bustamante S, Hernández Macho BE, Ortega Casanueva C, Urbón Artero A. Hospital General de Segovia.*

**Introducción.** La activación del protocolo de malos tratos supone todo un entramado de actuaciones secundarias, alertas con pérdida de la presunción de inocencia y una orden de alejamiento incluida en relación al denunciado.

**Caso clínico.** Viernes tarde, se presentan en el hospital un menor de edad acompañado de un familiar de 2º grado, policía y médico forense, tras ser activado el protocolo de malos tratos por parte de dicho familiar en contra de la madre y tutora legal del menor. El niño queda hospitalizado tras los reconocimientos pertinentes en aras de una resolución a favor o en contra. Se activa el mecanismo de facilitación de su estancia (compañía, cuidado, alimentación por parte de un adulto competente) ya que se ha quedado solo en la institución (que asume necesariamente su tutela). Hasta la fecha no se tiene constancia en su historial de ingresos previos, ni visitas a urgencias, tan solo la historia rutinaria neonatal de su nacimiento e informe de alta. A las 18 h del ingreso se personan los progenitores del menor en el hospital para ver y llevarse a su hijo y aportan la correspondiente orden judicial.

**Discusión.** La desactivación de la orden de alejamiento de una madre para con su hijo menor de edad habilita a que se pueda reunir con él. El pediatra de guardia decide si hay causa médica que justifique la necesidad de continuidad de hospitalización del menor, teniendo muy en cuenta el punto anterior, sobre todo en el régimen de visitas al centro. De todos los documentos médico-legales se tendrá copia disponible en la historia clínica. La atención de los servicios sociales en el fin de semana es laxa. Facilitar el triángulo de actuación Médico Forense, Fiscalía del Menor y Médico Pediatra es esencial, así como la elaboración del parte de lesiones. La comunicación interpersonal del Juez de Guardia y Pediatra de Guardia es necesaria para concretar aspectos del formalismo documental. La fluida colaboración multidisciplinaria ayuda en las situaciones de sutil y exquisito manejo, con muchos intereses externos desconocidos. Existen artículos básicos de protección de los derechos del niño tanto en la Constitución Española, Ley General de Sanidad, Ley de Autonomía del paciente y Ley autonómica de Castilla y León a conocer. La responsabilidad médica de carácter ético-deontológico nos obliga al deber de estar en disposición para abordar tales cuestiones dentro de la esfera psicosocial.

### 22. "MI NIÑO NO ME ESTUDIA" ¿TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD? *Sariego Jamarido A, Alcántara Canabal L, Morales Luengo F, González Sánchez M, Blanco Lago R, Málaga Diéguez I. Hospital Universitario Central Asturias. Oviedo.*

**Antecedentes.** Existe controversia acerca del diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. En las últimas

décadas ha aumentado exponencialmente la prevalencia de este trastorno, que probablemente esté sobrediagnosticado. Lo cierto es que algunos pacientes que acuden a las consultas de Neuropediatría o Psiquiatría infantil por problemas relacionados con su rendimiento escolar han sido erróneamente diagnosticados y tratados como TDAH. En el diagnóstico diferencial es necesario tener en cuenta los trastornos del aprendizaje, trastornos del espectro autista, el síndrome de Asperger, epilepsia de ausencia, hipertiroidismo, síndrome de apnea hipopnea del sueño y también un problema emergente como es el *bullying*. Además, muchas veces el TDAH es comórbido a dichas patologías.

**Caso clínico.** Presentamos a continuación 4 pacientes con problemas escolares y con una sospecha clínica inicial de TDAH que finalmente no se confirmó:

**Caso 1:** Niño de 8 años que consulta por trastorno de lectoescritura y dificultades en su rendimiento escolar. Presenta un quiste subaracnoideo que precisó derivación cistoperitoneal. Lee mal y confunde letras. Relaciones sociales adecuadas y habilidades motoras conservadas. Aprende mejor por vía auditiva. Se le realiza estudio neuropsicológico en el que se objetiva una puntuación alta en comprensión verbal y razonamiento perceptivo y baja en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. El diagnóstico final es de dislexia y discalculia comórbidas.

**Caso 2:** Niño de 10 años que es remitido por torpeza motora con caídas frecuentes y cefalea de características tensionales. Buenas relaciones sociales. Ha sido diagnosticado de "grado leve de TDAH" aunque no recibe tratamiento. Existe discordancia entre puntuación en escala Vanderbilt cumplimentada por padres y por profesores. No existe repercusión académica ni en su vida social por lo que se descarta el diagnóstico inicial de TDAH.

**Caso 3:** Niño de 6 años que acude a consulta consultando por problemas de memoria, inatención y escritura. Prematuridad de 32 semanas. No problemas de socialización. Escribe bien. Lee con dificultad pero los mayores problemas los presenta en el cálculo y las matemáticas. Se somete al paciente a estudio neuropsicológico y se observan peores puntuaciones en las tareas no verbales sin alteración de los procesos lectores. Se diagnostica de discalculia.

**Caso 4:** Niña de 9 años que acude por cefalea persistente y mal rendimiento escolar de 2 años de evolución. Hasta entonces buena socialización y rendimiento escolar excelente. Los cambios se produjeron cuando la paciente cambió de aula. Se somete a la niña a entrevista y se detecta que la paciente está sufriendo acoso escolar por parte de otra niña de su clase.

**Comentarios:** Es necesario realizar un estudio neuropsicológico completo que incluya valoración psicométrica y una entrevista clínica exhaustiva para realizar un correcto diagnóstico diferencial.

**23. ESCUCHANDO AL RESIDENTE DE PEDIATRÍA: ENCUESTA DE OPINIÓN Y SATISFACCIÓN EN CASTILLA Y LEÓN 2010.** Redondo Granado MJ, Montero Alonso S, Pérez Curiel MJ, Servicio de Formación de la Dirección General de Recursos Humanos, Sacyl (autor corporativo). Dirección General de Recursos Humanos, Sacyl.

**Introducción.** El análisis de la voz del residente se enmarca como proceso dentro del Plan de Gestión de Calidad Docente de la GRS-Consejería de Sanidad de Castilla y León.

**Objetivo.** Conocer esta voz mediante el uso de una herramienta fiable que haga posible un análisis comparativo y evolutivo de resultados con el fin de realizar acciones de mejora. Esta comunicación pretende analizar la opinión del residente de Pediatría y compararla con la opinión general de los residentes de la Comunidad.

**Material y Métodos.** Se emplea una encuesta de opinión y satisfacción (elaborada y validada sobre una muestra representativa de residentes de Atención Primaria y Especializada), que consta de 61 preguntas organizadas en 9 dimensiones (ver resultados).

**Resultados.** La encuesta fue recibida por 1011 residentes de los que contestaron 802, el 79%. De los residentes de pediatría contestaron 37 de 84 (44%). La puntuación media fue la siguiente:

<i>Dimensiones</i>	<i>Residentes en general</i>	<i>Residentes pediatría</i>
1- Tutor-formador	7,11	6,17
2- Comunicación	6,46	6,24
3- Proceso formativo	6,71	6,37
4- Condiciones laborales	6,84	6,61
5- Instalaciones y recursos disponibles	6,33	5,92
6- Planificación del trabajo	6,39	6,02
7- Ambiente de trabajo	6,87	6,81
8- Evaluación y reconocimiento	6,23	5,39
9- Satisfacción general	7,13	6,76

**Discusión.** Las preguntas en las que la puntuación del grupo general de residentes no llegó al aprobado fueron sobre: incidentes por fallos de la comunicación, insuficiente fidelización de residentes, escasez de ayudas para realizar actividades complementarias al proceso formativo, falta de tiempo y excesiva presión en el trabajo. Entre los residentes de Pediatría suspendían, además, otras relativas a la escasez de entrevistas con sus tutores para analizar objetivos y logros del proceso formativo y la falta de información sobre criterios de evaluación de su proceso formativo.

**Conclusiones.** La satisfacción general de los residentes de Pediatría es menor que la general de los residentes, sobre todo en aspectos de feed-back con sus tutores. Los planes de mejora deberán centrarse en estos aspectos.

**24. FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL GENERAL.** Andrés de Llano JM\*, González Torroglosa MC\*, Bertholt ML\*, Maldonado Ruiz E\*, Carpena Moreno F\*, Alberola López S\*\*. \*Complejo Asistencial de Palencia. \*\*Centro de Salud Jardinillos, Palencia.

**Introducción.** La utilización de los servicios de urgencias pediátricas es uno de los problemas asistenciales más relevantes.

**Objetivo.** Analizar la frecuentación de niños y sus características en función de su zona de procedencia.

**Material y Métodos.** Registro hospitalario de las urgencias pediátricas atendidas en el Complejo Asistencial de Palencia entre los años 2006 y 2010. Registro de las tarjetas sanitarias individuales de cada paciente por Centro de Salud. Para las variables continuas se calcula la media, mediana, desviación estándar y Pc. 25-75 y para las variables categóricas, la distribución de frecuencias y sus porcentajes. Se realizan comparaciones con la t de Student, ANOVA, regresión lineal, test de ji cuadrado y Prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** 27.526 niños atendidos entre 2006 y 2010. Mediana de edad 4 años Pc. 25-75: 1 a 9 años. Existe una tendencia decreciente en la utilización del Servicio de Urgencias coincidiendo con la apertura de un Servicio de Urgencias de Atención Primaria ( $p < 0,001$ ). Acuden en el 57% por petición propia y en el 43% derivados por un facultativo. El 61% residen en la capital y el 39% fuera de ella. El 30% ha acudido en alguna ocasión al Servicio de Urgencias. La distribución horaria sigue la conocida curva bimodal con un máximo entre las 19-21 h y un segundo ascenso entre las 12-13 h. El domingo es el día de mayor volumen (15,6%) y el miércoles el que menos (13,5%). Por meses, diciembre es en el que acuden más urgencias (9,3%) y septiembre en el que menos (7,2%) La proporción entre población urbana y rural también se modifica en función del mes del año ( $p < 0,001$ ). En un 77,1% el paciente es enviado a su domicilio, ingresan en hospitalización el 16,3%, se traslada a otro hospital un 0,3%, solicitan el alta voluntaria el 0,1% y es derivado a consultas externas el 1,8%, un 0,1% se devuelve al centro de salud y otros un 4,3%. Existen diferencias estadísticamente significativas entre la reiteración de pacientes procedentes de CS urbanos (mediana 2 Pc. 25-75: 1-3) y CS rurales (mediana 1, Pc. 25-75: 1-2) ( $p < 0,001$ ), así como entre los diferentes CS que oscilan entre el 9% al 41% ( $p < 0,001$ ). Respecto a la tasa de pacientes por cada mil tarjetas sanitarias individuales y año se observa una diferencia significativa tanto entre centros de salud ( $p < 0,001$ ) como ámbito urbano/rural para todas las edades (media y desviación estándar) ( $323 \pm 51 / 257 \pm 26$ ,  $p = 0,04$ ) y para los estratos de 0 a 2 años ( $627 \pm 84 / 504 \pm 70$ ,  $p = 0,04$ ) y de 3 a 6 ( $295 \pm 39 / 225 \pm 22$ ,  $p = 0,008$ ).

**Conclusión.** En nuestro hospital, la tendencia de las urgencias pediátricas es decreciente desde la apertura de un renovado Servicio de Urgencias de Atención Primaria y por ello, el porcentaje de ingresos hospitalarios es muy superior al de otras series. La tasa de consultas por ámbito es superior en la urbana frente a la rural y existen grandes diferencias entre zonas básicas de salud.

**25. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTES SOBRE LOS RIESGOS DE LA GUARDERÍA SOBRE LA SALUD EN LA INFANCIA.** Acedo González RM, Ochoa Sangrador C, Barajas Sánchez V, Marugán Isabel V, Hernández González N, Grupo de Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de Zamora. *Pediatra de Atención Primaria de Zamora. Complejo Asistencial de Zamora.*

**Objetivos.** Describir los efectos de la asistencia a guardería durante los 3 primeros años de vida sobre la salud en la infancia.

**Métodos.** Estudio retrospectivo de cohortes en centros de atención primaria del área de salud de Zamora. Se incluyeron niños mayores de 2 años y menores de 4, sin enfermedades crónicas ni inmunodeficiencias, que acuden a revisiones de salud a las consultas de pediatría de los centros de salud del área de Zamora durante un año. Se les realizó a los padres o acompañantes una encuesta sobre características del entorno familiar y asistencia a guardería. Se clasificaron los niños en función de la asistencia a guardería en cohortes expuesta y no expuesta. Se recogieron antecedentes de enfermedades infecciosas, otros diagnósticos, ingresos hospitalarios y consultas médicas mediante encuesta y revisión de la historia clínica. Se estimaron medidas de riesgo e impacto de morbilidad infecciosa para distintas variables: asistencia a guardería en 1º, 2º o 3º año de vida, tipo de guardería, edad al inicio y tiempo de exposición. Se calcularon medidas de riesgo ajustadas mediante regresión logística, por nivel social, hermanos, convivientes, tabaquismo y sexo.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 238 niños (50,4% de sexo masculino) con una edad media en el momento de la recogida de datos de 36,7 meses (desviación típica 10 meses), todos ellos residentes en medio urbano. Un 41,2% de la muestra acudió en algún momento a guardería en los 2 primeros años de vida (12,6% en el primer año y 39,4% en el segundo año). Encontramos un incremento significativo de riesgo asociado a la asistencia a guardería para la mayoría de las infecciones por separado o agrupadas. Los riesgos relativos estimados tras ajuste multivariante fueron: catarros de vías altas 2,30, otitis media aguda 1,77, bronquitis 1,73, episodios de sibilantes 4,61 y diarreas agudas 2,93, infección aguda agrupada 1,32 (1,76 en el primer año y 1,58 en el segundo año). También la asistencia a guardería mostró un mayor riesgo de ingreso o consultas frecuentes con un RR de 2,75 en el primer año y 2,41 en el segundo año. Se observó una asociación entre precocidad de la exposición a guardería y adelanto en la aparición y aumento en el número de episodios. Sin embargo, si se diferencia la exposición en función del tipo de guardería, sólo la asistencia a centros con más de 6 niños implicaba un aumento de riesgo. Se estima que entre un 40% a un 60% de los episodios infecciosos que presentan estos niños son atribuibles a la asistencia a guardería.

**Conclusiones.** En nuestro medio, la asistencia a guardería implica un riesgo incrementando de episodios infecciosos respiratorios y digestivos, así como de ingresos o consultas médicas frecuentes. El impacto de dicho riesgo debe tenerse en cuenta a la hora de planificar los cuidados infantiles en los primeros años de vida.

**26. GUARDERÍA E INFECCIONES. HAN PASADO 6 AÑOS.** González Torroglosa MC\*, Alberola López S\*, Pérez García I\*, Moro Tapia E\*, Andrés de Llano JM\*\*. \*Centro de Salud Jardinillos, Palencia; \*\*Complejo Asistencial de Palencia.

**Introducción.** Hace 6 años comunicamos en la Reunión de Primavera de Segovia 2005 la influencia de la escolarización precoz de la guardería sobre la salud infantil. En ese estudio encontramos diferencias significativas entre los niños que acudían a guar-

dería frente a los que no acudían para las variables: número de consultas por enfermedad, infecciones respiratorias, enfermedades exantemáticas, uso de ciclos antibióticos e ingresos hospitalarios. En esta última variable, mediante regresión logística obtuvimos 3 veces más riesgo de ingreso hospitalario para los niños que acudieron a guardería (IC 95% 1,04-9,1).

**Objetivo.** Conocer la evolución posterior de estos niños durante los últimos 6 años.

**Pacientes y métodos.** La población de nuestro estudio inicial se componía de 106 niños que acudieron a las revisiones del Programa del Lactante durante los meses de abril y mayo de 2002, con edades comprendidas entre los 3 y los 24 meses. En ese momento, se establecieron dos grupos, según acudiesen o no a la guardería. Desde entonces, y hasta diciembre de 2004, se registraron todas las incidencias ocurridas en su estado de salud. En el estudio actual hemos podido completar el seguimiento de 81 niños (22 que iniciaron la guardería y 59 que comenzaron la escolarización alrededor de los 3 años) para las mismas variables entre los años 2005-2010.

**Resultados.** La edad de los niños actualmente es de  $10 \pm 0,5$  años. No hemos encontrado diferencias significativas entre ambos grupos para: número de consultas por enfermedad, infecciones respiratorias y ORL, enfermedades exantemáticas, procesos digestivos, uso de ciclos antibióticos, síndromes febriles, infecciones urinarias e ingresos hospitalarios. Tampoco hemos encontrado diferencias en los diagnósticos de alergia, dermatitis atópica y asma. Considerados desde el inicio de todo el seguimiento desde la época de lactante, se mantiene la diferencia significativa en el número de ingresos hospitalarios ( $p=0,03$ ).

**Conclusión.** Pasada la época de lactante y preescolar, no hemos encontrado diferencias entre los niños que acudían a guardería (con más procesos infecciosos en ese momento) y los que se escolarizaron de forma más tardía.

**27. LA ACTIGRAFÍA EN LA INFANCIA. ¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE?** Alberola López S, Andrés de Llano JM, Ardura Fernández J, Garmendia Leiza JR, Casaseca de la Higuera P, Martín Martínez D. GIR Cronobiología y LPI ETSI Telecomunicación. Universidad de Valladolid.

**Introducción.** La actigrafía es un método objetivo e incruento que sirve para medir el movimiento. De esta forma pueden analizarse las fases de actividad y descanso y evaluar su ciclo. Pero su importancia reside en que este ciclo actividad/descanso se relaciona con el correspondiente sueño/vigilia. Los laboratorios de sueño y los estudios de polisomnografía (patrón oro) han validado este método con gran sensibilidad en pediatría para diversos parámetros.

**Objetivo.** Difundir la técnica de la actigrafía entre el colectivo de pediatras para su uso clínico.

**Descripción.** El actígrafo puede colocarse en distintas partes del cuerpo, normalmente en la muñeca no dominante, pero también puede colocarse en la cintura, brazo o tobillo (p.e para evaluar

el síndrome de piernas inquietas). Está constituido por un acelerómetro que registra en los tres ejes del espacio y un sistema de registro en memoria, donde se graban las medidas de actividad. El actígrafo es una herramienta eficaz para evaluar problemas en el ritmo de sueño. También permite evaluar la actividad física y el gasto energético (calorías consumidas durante la actividad diaria normal). Se ha comprobado su utilidad en condiciones clínicas permitiendo una libertad para el individuo que puede desarrollar una vida completamente normal fuera de la rigidez de las condiciones de los laboratorios de sueño. Se utiliza con éxito en todas las edades de la vida, con especial relevancia en la edad pediátrica (neonato, lactante, escolar y adolescente). Los métodos de captura permiten registrar fracciones de segundo y las nuevas unidades de registro pueden grabar los datos durante 20 días seguidos. Esto ha permitido los estudios sobre trabajo laboral a turnos, jet-lag, etc.

**Métodos de análisis.** Las posibilidades de análisis de la información obtenida es muy grande. Inicialmente el estudio de las señales de registro obtenidas permite el tradicional análisis de parámetros de sueño (latencia, eficiencia, despertares, etc.). También permite el estudio mediante técnicas de procesamiento de series temporales así como métodos de ritmometría (análisis de cosinor simple y múltiple) y estadísticos clásicos (medias, varianzas, etc.) calculados sobre las series. Por último y en desarrollo continuo se encuentran los métodos no lineales (complejidad de Lempel-Ziv, medida de tendencia central y dinámica simbólica).

**Conclusión.** La actigrafía es un método que se impone por su facilidad de uso sin distorsionar el entorno familiar. Es muy útil para estudios clínicos sobre trastornos del sueño o gasto energético además de sus amplias posibilidades en investigación clínico-epidemiológica.

**28. ¿QUÉ OPINAN DE NOSOTROS? REFLEXIONES SOBRE EL BARÓMETRO SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN 2010.** Andrés de Llano JM, González Torroglosa MC, Maldonado Ruíz E, Bertholt ML, Martín Díaz MC, Carnicero Fernández S. Complejo Asistencial de Palencia.

**Introducción.** En el Sistema Nacional de Salud el ciudadano debe ser el elemento central del Sistema Sanitario. Todo el personal sanitario debe colaborar de forma activa en proyectos encaminados a la mejora de la calidad percibida.

**Objetivo.** Reflexionar sobre la calidad percibida por los usuarios de los servicios de hospitalización pediátricos (HP) en la Comunidad de Castilla y León y compararlos con el resto de servicios de hospitalización de adultos (HA) sobre la base del barómetro sanitario.

**Material y métodos.** Barómetro sanitario 2010 de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León sobre las encuestas de satisfacción 2009.

**Resultados.** Los datos globales de la atención médica son altos en la mayoría de los parámetros con una valoración global (HP vs HA) calificada como buena en el 91,5% vs 93,4%, ( $p=0,043$ ). La valo-

ración de su estancia en el hospital ha sido (HP vs HA): buena en el 89,6% vs 92,1% ( $p=0,022$ ) y recomendarían ese hospital a sus familiares y amigos (HP vs HA) en el 88,4% vs 91,1% ( $p=0,003$ ). Sin embargo, existen aspectos básicos que son menos cuidados y que deben mejorarse, como son el conocimiento del médico asignado (57% en HP y el 63,2 en HA  $-p<0,001-$ ) o la información sobre la realización de pruebas (HP vs HA: siempre en el 80,4% vs 78,5%  $-p<0,001-$ ).

**Comentario.** Debemos conocer el grado de satisfacción de las familias de nuestros enfermos para poder realizar una verdadera medicina centrada en el paciente. Los resultados del barómetro sanitario apenas son difundidos entre el personal sanitario y la percepción que se tiene en el trato con las familias durante la hospitalización no se corresponde en ocasiones con la información de las encuestas anónimas realizadas tiempo después de ser dado de alta. Estos datos deben ser conocidos por todos los miembros del Servicio y lejos de la tradicional actitud de rechazo, deben analizarse y compararse con los obtenidos en otros Centros y deberían incorporarse objetivos propios en los Planes Anuales de Gestión para promover planes de mejora específicos que intenten elevar el nivel en este campo.

**29. EL SUEÑO EN NUESTROS ESCOLARES.** *Alberola López S\*, Pérez García I\*, Casares Alonso I\*\*, Cano Garcinuño A\*\*\*, Andrés de Llano JM\*\*\*\*, Martín Martínez D\*\*\*\*\*.* \*Centro de Salud Jardiniillos, Palencia; \*\*Centro de Salud Venta de Baños, Palencia; \*\*\*Centro de Salud Villamuriel de Cerrato, Palencia; \*\*\*\*GIR Cronobiología y \*\*\*\*\*LPI ETSI Telecomunicación, Universidad de Valladolid.

**Introducción.** El sueño es una actividad que ocupa una parte importante del tiempo de los niños.

**Objetivos.** Conocer los hábitos y características del sueño en una población de escolares de 6 años de nuestro medio. Estudiar la prevalencia y los tipos de trastornos de sueño. Comprobar el grado de acuerdo entre la valoración subjetiva ofrecida por los padres y la valoración mediante actigrafía.

**Población y métodos.** 158 niños de 6 años de tres Zonas Básicas de Salud de Palencia, una urbana y dos semiurbanas, que acuden a las revisiones del Programa de Salud Infantil en el año 2010. Se utilizaron el cuestionario CSHQ de Owens de hábitos de sueño infantil, un registro continuo del ciclo actividad/descanso mediante actigrafía de 24 horas y una agenda de sueño. Análisis estadístico: Se utilizó la *t* de Student, ANOVA, test de ji cuadrado y prueba exacta de Fisher. Además se han utilizado métodos no lineales de cuantificación de variabilidad/regularidad (medida de tendencia central y dinámica simbólica)

**Resultados:** Los escolares de 6 años duermen  $10,2 \pm 0,7$  horas los días laborables y  $10,4 \pm 1$  horas los festivos. El 72% se va a la cama entre las 21:30 y las 22:00 horas los días laborables y el 24% los festivos. El 79% se levanta entre las 8:00 y las 8:30 los días laborables y el 21% los festivos. La mediana de latencia de sueño es 0 minutos (Pc.25-75: 0 – 15). Los despertares ocurren en el 28%. Duermen siesta el 15%. Del estudio actigráfico se obtuvieron los siguientes datos

(media  $\pm$  DS): Tiempo despierto  $133 \pm 52$  minutos, tiempo dormido  $490 \pm 56$  minutos, número de despertares  $26 \pm 9$ , duración de despertares  $5,3 \pm 1,9$  minutos, latencia de sueño  $24 \pm 17$  minutos, eficiencia de sueño  $79 \pm 8\%$  y horas totales de sueño  $10,4 \pm 0,7$  horas. El actígrafo sobreestima tanto la latencia de sueño como el número de despertares. Según la encuesta CSQH, la prevalencia de parasomnias es: Enuresis nocturna: 7,6%, somniloquia: 6,3%, bruxismo: 7%, ronquido: 7%, terrores nocturnos: 1,9% y pesadillas: 1,3%.

**Comentario:** Estos estudios epidemiológicos permiten conocer las características del sueño infantil, detectar los problemas e intentar solucionarlos.

VIERNES 1 DE ABRIL. SALA B

**30. TRISOMÍA 47 XXX.** *González Torroglosa MC, Peña Valenceja A, Maldonado Ruíz EM, Bertholt ML, Uruña Leal MC, Rojo Fernández I.* Complejo Asistencial de Palencia.

**Introducción.** La trisomía del cromosoma X es la alteración cromosómica más común entre las mujeres, ocurriendo en un caso de cada 1.000 niñas nacidas. Dado que la manifestación clínica puede ser asintomática, se estima que sólo se diagnostican el 10% de los casos. Los hallazgos físicos más comunes incluyen talla elevada, epicantus, hipotonía y clinodactilia. Se ha asociado también a convulsiones, alteraciones genitourinarias y fallo ovárico. Pueden presentar retraso madurativo y del lenguaje con riesgo de déficit cognitivo y del aprendizaje, déficit de atención y trastornos del humor. La causa más común es la no disyunción durante la meiosis en un 80%. El riesgo de trisomía X se asocia a la edad. Actualmente la mayor parte de los casos se descubren por la amniocentesis en las pruebas de cribado de las gestantes. El diagnóstico diferencial incluye el cromosoma X frágil, la tetrasomía y pentasomía del cromosoma X y el síndrome de Turner en mosaicismo.

**Caso clínico 1.** Recién nacida a término de peso adecuado a la edad gestacional. Antecedentes familiares: Madre 39 años, G4A2V2. Cesárea anterior por desproporción pélvico cefálica. Salpingoectomía por embarazo ectópico. Antecedentes personales: Embarazo controlado, ecografías acordes (Pc 75-90). Diabetes gestacional controlada con dieta. Amniocentesis 47 XXX (indicación por edad materna). Parto a las 40+1 semanas de edad gestacional. Cesárea electiva. Apgar 9/10. Somatometría al nacimiento: Peso: 3.460 g (Pc 50), longitud 50 cms (Pc 25-50), perímetro craneal 36 cm (Pc 50). Exploración física al nacimiento normal. Se realiza cariotipo tras el nacimiento confirmando la existencia de una trisomía 47 XXX.

**Caso clínico 2.** Paciente mujer de 6 años, remitida a consulta de Neuropediatría por retraso mixto del lenguaje, a petición del equipo de orientación del colegio. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: Embarazo, parto y periodo neonatal sin incidencias. Edad materna durante la gestación de 32 años. Presenta retraso del lenguaje desde el inicio del mismo. En el momento de la consulta, corresponde al lenguaje propio de los 3 años de

vida: vocaliza sin emitir sonidos, emite palabras mal pronunciadas de difícil comprensión, repite elementos lingüísticos. El lenguaje comprensivo se encuentra en menor percentil del esperado por su edad. No se observan avances tras 2 años de tratamiento logopédico. Torpeza motriz. Coeficiente intelectual 120 en escalas sin carga de factor verbal; 60 en escalas en las que interviene el factor verbal. Exploración física: sin hallazgos patológicos. No dismorfias. Neurológico normal. Pruebas complementarias: Cariotipo 47 XXX. Genética molecular de síndrome del X frágil: 2 alelos de 31 y 45 repeticiones. Tratamiento: ha seguido tratamiento logopédico con escasos avances.

**Comentario.** La trisomía del cromosoma X no presenta rasgos fenotípicos característicos. Las alteraciones del comportamiento son variadas e inespecíficas. Las pacientes con diagnóstico prenatal de trisomía X deben seguirse con atención para detectar los retrasos de desarrollo y poder intervenir de forma temprana. El pronóstico es variable dependiendo de la severidad de las manifestaciones y de la calidad y precocidad de los tratamientos.

### 31. CRANEOFARINGIOMA. SÍNDROME DIENCEFÁLICO COMO FORMA POCO FRECUENTE DE PRESENTACIÓN.

*Recio Pascual V, Regueras Santos L, Martínez Badás JP, Garrido García E, Alonso Quintela P. Complejo Asistencial de León.*

**Introducción.** El craneofaringioma es un tumor cerebral poco frecuente, de localización supraselar, que frecuentemente invade estructuras vecinas como el eje hipotálamo-hipofisario o el quiasma óptico. En la infancia, los déficit visuales, déficit hormonales, o alteraciones hipotalámicas son bien tolerados, pudiendo pasar desapercibidos incluso durante años, siendo la HTIC la forma de presentación más frecuente. Sin embargo, dado el crecimiento lento y la capacidad amortiguadora cerebral, el paciente raramente presenta incrementos extremos de HTIC que conlleven síndromes de herniación cerebral. Presentamos un síndrome diencefálico precoz como forma de presentación clínica de un craneofaringioma en una niña.

**Caso Clínico.** Niña de 9 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de cefalea intensa y episodios de agitación psicomotriz alternados con otros de letargia de unas horas de evolución. A la exploración física se constata frecuencia cardiaca acorde a su edad con posterior tendencia a la bradicardia, ligera taquipnea manteniendo patrón respiratorio normal, temperatura axilar 37°C, SatO<sub>2</sub> 100% con oxigenoterapia a 2 lpm y tensiones arteriales normales. Presentaba una puntuación de Glasgow 11/15, pérdida de tono generalizado y pupilas isocóricas lentamente reactivas. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y otorrinolaringológica normales. Antecedentes: Ambos padres afectados de migraña, sin otros antecedentes familiares de interés. Seguida desde los 6 años y medio en la consulta de endocrinología infantil por obesidad con disminución en la velocidad de crecimiento en el último año. Visitada por oftalmólogo hacía un año por disminución de agudeza visual prescribiéndose lentes oculares. Historia de cefalea esporádica en los últimos 2 años con diagnóstico de episodios migra-

ñosos. En TAC cerebral urgente se constata masa supraselar con calcificaciones groseras que obstruye agujero de Monro provocando hidrocefalia severa. Se inicia tratamiento para la HTIC con medidas generales, terapia hiperosmolar y corticoterapia, previos a colocación de drenaje ventricular externo, permaneciendo desde ese momento asintomática, con cifras de presión intracraneal normales y estable hemodinámicamente. Se completa el estudio con RMN. Tras valoración oftalmológica y hormonal se lleva a cabo intervención quirúrgica por neurocirugía reseccándose el componente blando del tumor y parte de la porción calcificada. La biopsia preoperatoria y el aspecto macroscópico de la pieza confirman la sospecha de craneofaringioma. Posteriormente presenta una diabetes insípida permanente y requiere añadir tratamiento con hormona tiroidea presentando buen control y evolución clínica.

**Conclusiones.** El aumento de volumen intracraneal tiene un límite de compensación, a partir del cual, aparece HTIC. La no resolución inmediata de la misma, conlleva la herniación y compresión del tejido cerebral junto a diversas estructuras vitales que conducirán a la muerte. El síndrome diencefálico es el primero en acontecer dentro de la cascada sindrómica de herniación cerebral, y el primero a buscar en la exploración neurológica exhaustiva que precisan los pacientes con una tumoración cerebral.

### 32. DISTONÍA CRÓNICA EN EL NIÑO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CLÍNICOS DE DISTINTA COMPLEJIDAD.

*Málaga Diéguez I, Blanco Lago R, Sarriego Jamarido A, Larrea Tamayo E, Sánchez Hernández DP. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Antecedentes.** La distonía persistente o progresiva es un motivo de consulta poco frecuente en neuropediatría. Generalmente se trata de distonías primarias o de cuadros secundarios a patología subyacente del sistema nervioso central. El estudio etiológico es complejo y en muchas ocasiones no concluyente. Presentamos tres casos de distinta complejidad.

**Materiales y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de 3 pacientes con el diagnóstico de distonía. Se aportarán vídeos clínicos de dos los niños e imágenes del tercero

**Resultados. Caso clínico 1.** Lactante de 3 meses que acude por sospecha de monoparesia espástica de miembro superior izquierda detectada en los primeros días de vida. El resto de la exploración era normal. Todos los estudios complementarios fueron normales (RM craneal, EEG, etc). La evolución fue hacia la normalidad en los primeros 8 meses de vida, con el diagnóstico final de distonía transitoria del lactante.

**Caso clínico 2.** Neonata hipotónica que es diagnosticada por nuestra Unidad de Hiperглиcinemia no cetósica en los primeros 15 días de vida. Evolución hacia encefalopatía grave con epilepsia, coma vigil, nulo contacto con el medio etc. A lo largo de su evolución presenta movimientos compatibles con corea generalizada que posteriormente se limitó a movimientos distónicos/coreicos de extremidades superiores.

**Caso clínico 3.** Niña de 12 años que debuta con una distonía de extremidad inferior derecha al inicio de la marcha (12 meses de edad). El cuadro ha evolucionado hacia una distonía generalizada grave sin respuesta al tratamiento médico o mediante estimulador de núcleos de la base. El estudio etiológico completo (RM craneal, genética DYT1, neurotransmisores) fue negativo. La biopsia muscular mostró hallazgos inespecíficos (pendiente de revisión en centro de referencia internacional)

**Comentarios.** Los trastornos del movimiento son poco frecuentes en los niños (con excepción de los tics). La distonía es un síndrome clínico que implica contracción muscular mantenida, torsión y posturas anormales. En muchos pacientes no se llegan a determinar el origen de la misma (una vez descartados alteraciones genéticas y procesos de base). Dada la rareza y la complejidad de estos pacientes, creemos imprescindible que todos los pacientes sean valorados en unidades especializadas de neuropediatría.

### 33. ENFERMEDAD DE SANFILIPPO. REVISIÓN DE TRES PACIENTES. *Lareu Vidal S, Fernández Toral J, Bueno Pardo S, Fernández Montes R, Montes Granda M. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** La enfermedad de Sanfilippo o mucopolisacaridosis tipo III es un error innato del metabolismo lisosomal de herencia autosómica recesiva. Las enzimas deficitarias son distintas en cada tipo (A, B, C y D), siendo el B el predominante en España. El patrón común es la eliminación aumentada en orina de glucosaminoglicanos (GAGs), con predominio de heparán sulfato. Se estima una prevalencia muy variable, en torno a 1/24.000-120.000 nacimientos. Se trata de la forma más común pero también la de más difícil diagnóstico, caracterizada por mayor afectación del sistema nervioso mientras que los rasgos físicos típicos de las MPS son leves y tardíos.

**Caso clínico. Caso 1 (1977)-** Enfermedad de Sanfilippo A. Paciente de 2 años y 11 meses en estudio por retraso psicomotor y rasgos de MPS. No consanguinidad. Peso, talla y perímetro cefálico por encima del P 90. Discreta rigidez en codos, marcha dificultosa, hepatomegalia de 4 cms y abdomen globuloso. MPS en orina positivos (azul de toluidina y azul de alcian). Electroforesis de GAGs: heparán sulfato. Inclusiones de Alder en linfocitos y células de Buholt en médula ósea. Radiología compatible. Edad mental del 24-30 meses. Recibe tratamiento con transfusiones de plasma periódicas, con escasa mejoría. Evolución progresiva, con pérdida de las funciones cerebrales adquiridas, falleciendo a los 13 años.

**Caso 2 (2006)-** Enfermedad de Sanfilippo IIIB. Paciente de 2 años remitida para estudio por su pediatra por tórax en tonel. No consanguinidad. Desarrollo psicomotor normal, excepto cierto retraso en el lenguaje. Peso, talla y perímetro cefálico por encima del P75. Rinorrea ocasional. Hiperactividad, con cierto déficit de atención. Cejas profusas, pestañas largas, hipertrofia de encías superiores, raíz nasal deprimida con punta ancha y pequeña hernia umbilical. MPS positivos en orina (test de Berry). Electroforesis

de GAGs: heparán sulfato. Alteraciones óseas típicas en vértebras y metacarpianos, adrenarquia precoz y leve elevación de transaminasas. Pendiente de diagnóstico genético-molecular. Actualmente recibe apoyo logopédico en el colegio y rehabilitación preventiva.

**Caso 3 (2011)-** Enfermedad de Sanfilippo IIIA, C o D. Paciente de 2 años y 8 meses con retraso en el habla y fenotipo sugerente de MPS. No consanguinidad. Peso, talla y perímetro cefálico por encima del P 90. Rinitis frecuentes, cejas hirsutas, abdomen globuloso, pequeña hernia umbilical y marcha en equino. MPS positivos en orina (test de Berry) e incremento de eliminación de heparán sulfato. Engrosamiento en díptoe, anomalías en vértebras, metacarpianos y pelvis. Elevación de transaminasas. Cierta grado de hiperactividad. Excluido el tipo B, pendiente de completar diagnóstico enzimático.

**Conclusiones.** Se han producido importantes avances en el conocimiento de las MPS (déficit enzimáticos y mutaciones genéticas específicas), y en el tratamiento de algunos tipos (trasplante hematopoyético, reemplazamiento enzimático), pero aún no existe un tratamiento eficaz. Se espera que los ensayos de las nuevas terapias permitan ver un cambio sustancial en la evolución de estos pacientes.

### 34. HIDROCEFALIA SECUNDARIA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. *Naranjo González C, García Valle E, Benito Fernández S, Álvarez Alvarez C, Guerra Díez L, Álvarez Granda L. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Antecedentes.** La cefalea es un motivo de consulta frecuente en urgencias (0.5-2%). En la mayoría de los casos la etiología es benigna, pero en otros puede existir una causa orgánica subyacente. Para su abordaje es necesario realizar una anamnesis detallada y una exploración neurológica completa. Un caso especial es la cefalea secundaria a traumatismo craneoencefálico (TCE) que puede ser difusa o localizada, inmediatamente o varios días después de la lesión y en cuya fisiopatología esta descrita la hidrocefalia.

**Caso Clínico.** Presentamos el caso de un niño de 5 años y 2 meses que acude por cefalea de 2 meses de evolución, que le despierta por la noche y se acompaña de visión borrosa y sensación de mareo. La familia refiere cambio en su comportamiento. No asocia vómitos, ni otra sintomatología. Como antecedentes personales sufrió un TCE 2 meses antes con episodio de pérdida de conciencia y amnesia del episodio que requirió observación hospitalaria durante 24 horas. Como antecedentes familiares destaca un abuelo materno con tumor cerebral. Exploración física, neurológica y fondo de ojo normales. Se realiza TAC craneal donde se observa una hidrocefalia tetra ventricular de aspecto crónico y un quiste aracnoideo en fosa posterior, que se confirma con RMN. Se realizó ventriculostomía neuroendoscópica con evolución posterior favorable.

**Comentarios.** La hidrocefalia postraumática esta descrita como una causa de cefalea, aunque poco frecuente. Es de vital importancia detectar los signos de alarma y tener en cuenta episodios de TCE previos al realizar la anamnesis.



**35. MIASTENIA GRAVIS TRANSITORIA NEONATAL.** *Alamillo Estival P, Miranda Vega M, Hortigüela Saeta M, Ciciliani S, Arnáez Solís J, Shuffelmann Gutiérrez S. Complejo Asistencial de Burgos.*

**Introducción.** La miastenia transitoria neonatal afecta hasta un 20% de hijos de madre miasténica, siendo en un 90% la recuperación posterior completa antes de los 2 meses de vida. Presentamos el caso de un recién nacido hijo de madre con miastenia gravis con buena evolución.

**Caso clínico.** Neonato de 24 horas de vida con antecedentes maternos de miastenia gravis que ingresa en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) para monitorización estrecha por la presencia de clínica miasteniforme (amimia facial, pobre succión, llanto débil). Exploración física: Facies inexpresiva en reposo, con surcos nasogenianos poco marcados y boca abierta. Mueca facial poco expresiva en respuesta al estímulo doloroso. Llanto débil y monótono. Fuerza normal a otros niveles. Resto de la exploración neurológica normal. Pruebas complementarias: Electromiograma (estimulación repetitiva 3 Hz en nervio cubital derecho, recepción en abductor 5º dedo): se aprecia caída en las estimulaciones 4-5º potencial mayor del 10% con recuperación posterior tras inyección de Neostigmina. Anticuerpos antirreceptor de acetilcolina en suero: 17,7 nmol/L (vn < 0,15 nmol/L). Evolución: Mejoría de la expresividad facial ante la administración de una dosis de neostigmina (0,04 mg/kg). Necesidad de fraccionamiento de las tomas por cansancio en las siguientes 48 horas de vida. No precisa soporte ventilatorio ni aspiración de secreciones. Al alta, exploración normal con expresión facial normal.

**Conclusión.** La mayoría de los recién nacidos hijos de madre con síndrome miasteniforme no presentarán clínica en los primeros días de vida o ésta será leve. Sin embargo, las manifestaciones pueden ocurrir más allá del periodo habitual de estancia del recién nacido sano (48-72 h) por lo que es recomendable retrasar el alta hasta haber comprobado la ausencia de afectación respiratoria por debilidad muscular y aspiración de secreciones.

**36. MIOSITIS AGUDA BENIGNA COMO CAUSA DE IMPO-TENCIA FUNCIONAL.** *Mora Matilla M, Alonso Quintela P, Gautreaux Minaya S, Naranjo Vivas D. Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción.** La miositis aguda benigna es una patología que afecta principalmente a varones (2:1) en edad escolar, habitualmente se presenta de forma epidémica en los meses de invierno. Los agentes más frecuentemente implicados son los Virus Influenza A y B. El comienzo de la miositis aparece habitualmente tras la desaparición de los pródromos de viriasis (fiebre, tos, rinorrea, cefalea...) y se caracteriza por dolor en miembros inferiores, principalmente a nivel de la región gemelar con dificultad súbita para caminar. Las enzimas musculares aumentan del orden de 20-30 veces respecto a su valor normal. La duración del cuadro es autolimitada, sin embargo, la aparición de mioglobinuria y fallo renal agudo son compli-

caciones raras que deben tenerse en cuenta. Esta patología debe incluirse en el diagnóstico diferencial de niños con dificultad súbita para caminar, junto con: artritis reumatoide juvenil, fracturas, osteomielitis, síndrome de Guillain-Barré, trombosis venosa profunda y neoplasias.

**Casos clínicos.** Se revisan 6 casos de miositis viral benigna de Atención Primaria y Hospitalaria. Son 5 varones y 1 mujer con edades comprendidas entre los 7 y 10 años, sin antecedentes personales de interés. Acuden por dolor bilateral a nivel de la región gemelar con limitación de la marcha (marcha en puntillas, aumento de la base de sustentación) y de la flexión dorsal del pie. En todos los casos los pacientes referían síntomas catarrales en los días previos o persistentes en el momento de la consulta destacando entre ellos la fiebre, la rinorrea y la tos. Se solicitó analítica con hemograma y bioquímica con enzimas musculares, sistemático y sedimento de orina. En el hemograma se vio leucopenia o leucocitos en límite inferior de la normalidad con predominio linfomonocitario. El 100% presentó cifras de Creatin Quinasa (CK) elevadas con valores entre 2.129 y 9.783 U/L. Las enzimas musculares aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT) estaban ligeramente elevadas. El sistemático y sedimento de orina fueron normales. En 3 de los casos se solicitó además serología para virus Influenza, Parainfluenza, Coxsackie, y Echo virus (todos Ig M negativos) y mioglobina urinaria con valores aumentados que oscilaban entre 357 y 1.390 µg/L. Se siguieron 3 casos en Atención Primaria observándose remisión de la clínica en las 48-72 horas posteriores con tratamiento antiinflamatorio y reposo.

**Comentarios.** La miositis viral aguda benigna es un diagnóstico a tener en cuenta en pacientes pediátricos con impotencia funcional de instauración brusca. Su curso agudo con aparición tras síntomas viriásicos, así como el aumento de la CK y la rápida resolución del cuadro (con recuperación clínica completa entre 3 y 10 días) tras tratamiento sintomático confirman el diagnóstico.

**37. NEUROBORRELIOSIS: DEBUT CON DETERIORO COGNITIVO Y PARÁLISIS FACIAL.** *de Juan Álvarez A, Morales Luen-go F, Alcántara Canibal L, Lareu Vidal S, Blanco Lago R, Pérez Alonso V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Antecedentes.** La parálisis facial en niños en nuestro país es hasta en la mitad de los casos de causa idiopática (parálisis facial de Bell). La causa más frecuente es secundaria a otitis media aguda, si bien es cierto que la enfermedad de Lyme se ha de contemplar como una etiología probable en el diagnóstico diferencial de parálisis facial, en zona endémica. El tratamiento antibiótico precoz y adecuado, evita la progresión de la enfermedad y la posible aparición de complicaciones tardías tales como artritis, cardiopatías o secuelas neurológicas (trastornos de sueño, memoria y del humor).

**Caso clínico.** Presentamos un caso de una niña de 7 años que acude a nuestro centro por cuadro de parálisis facial de 2 semanas de evolución asociando apatía, disminución del rendimiento escolar y anorexia. En las últimas 48 horas cefalea intensa. No mos-

traba alteraciones cutáneas previas ni presentes, ni existencia de artralgias. En la exploración física inicial, se objetiva parálisis facial izquierda con características periféricas, reflejo nauseoso débil, y resto de exploración neurológica y general, fondo de ojo y constantes vitales sin hallazgos patológicos. Se realiza en primera instancia hemograma y bioquímica séricos, sin resultados significativos que sugieran proceso infeccioso o inflamatorio agudo y resonancia nuclear magnética craneal normal. Se remite a su domicilio con el diagnóstico de probable parálisis facial de Bell, a la espera de resultados de serologías, en los que se constatan Ig M e Ig G e InmunoBLOT® positivos para *Borrelia burgdorferi*. Se contacta con la paciente, remitiéndola de nuevo al centro, a pesar de evolución clínica favorable. Rehistoriando a la familia relatan picadura de garrapata 2 meses antes, durante una estancia de vacaciones. Se indica punción lumbar y nueva extracción de sangre en la que se programan los siguientes estudios: Líquido cefalorraquídeo: proteinorraquia (174 mg/dl), linfocitosis (corregida según último hemograma, 100 leucocitos/mm<sup>3</sup> (78% linfocitos/22% neutrófilos), anticuerpos en líquido cefalorraquídeo: Ig G positiva para *B. burgdorferi*, bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo: pendiente. Ante la sospecha de afectación neurológica por *B. burgdorferi* en forma de meningitis aséptica y afectación del VII par, se pauta tratamiento con cefotaxima iv durante 15 días. Durante el ingreso de la niña se completa estudio de afectación general por Enfermedad de Lyme con valoración cardiológica que es normal.

**Conclusión.** En nuestro medio, la etiología infecciosa por *Borrelia burgdorferi* como causa de parálisis facial en la infancia, ha de contemplarse, ya que nuestro medio rural es endémico. La asociación de una parálisis facial con cefalea intensa intermitente, y sintomatología general, ha de orientarnos tanto hacia un proceso de orden tumoral intracraneal como a patología infecciosa en sistema nervioso central. La administración de antibioterapia específica, por la vía de administración apropiada y durante un tiempo prolongado, es clave para minimizar las secuelas derivadas de la enfermedad de Lyme.

**38. SÍNDROME DE FEJERMAN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS ESPASMOS INFANTILES.** *de la Fuente Echeverría G, Plata Izquierdo B, Hernández Fabián A, Santos Borbujo J, Monzón Corral L. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** Presentamos el caso de un lactante de 9 meses con episodios de caída brusca de la cabeza, con elevación de hombros y miembros superiores y desviación de mirada hacia arriba.

**Caso Clínico.** Primer hijo de padres sanos, no consanguíneos. Gestación de 36+5 semanas (CIR desde la semana 33). Parto por cesárea, presentación podálica, rotura espontánea de membranas con líquido normal. Periodo neonatal: No reanimación, test de Apgar 9/10. Ictericia fisiológica. Peso: 2360 g (p10); Longitud 46,5 cm (p25-50). Perímetro craneal 32,5 cm (p<50). Screening metabólico (fenilcetonuria, hipotiroidismo, fibrosis quística) negativo. Desarrollo psicomotor normal, alcanzando sostén cefálico a los 2,5 meses y

sedestación autónoma a los 6 meses. No ha perdido ningún hito adquirido. El paciente presenta desde hace 5-6 semanas episodios de contracción brusca de la musculatura del cuello y miembros superiores con flexión de la cabeza y extensión de miembros superiores. Se repiten en salvas, hasta unas 15, sin llegar a perder la consciencia entre ellas (presentamos un video del paciente). Ha llegado a tener 6-8 episodios al día. La frecuencia máxima se produjo en las dos semanas previas y posteriormente ha ido disminuyendo hasta desaparecer (asintomático al mes de revisión en consulta). Inicialmente predominaban al despertar, posteriormente parece que no tenían relación con el sueño, generalmente en vigilia, en relación con las tomas en alguna ocasión. El niño sigue el desarrollo psicomotor sin problemas y se muestra contento y activo durante estas semanas. No se ha acompañado de otros síntomas ni signos, ni tampoco se ha precedido de procesos infecciosos. La exploración física pediátrica general y neurológica son compatibles con la normalidad salvo hemangioma cutáneo parietal derecho. Se realizan ecografía cerebral y EEG en vigilia y con privación de sueño que son normales.

**Comentarios.** Ante esta sintomatología se plantean diferentes diagnósticos diferenciales. Podemos excluir el Síndrome de Sandifer, porque aunque tiene relación ocasional con las tomas el paciente no presenta síntomas de reflujo gastroesofágico y no hay lateralización de la cabeza. En la epilepsia mioclónica benigna del lactante los episodios no se repiten en salvas y hay alteración en el EEG durante las crisis o en las primeras fases del sueño. Finalmente nos encontramos con dos posibilidades diagnósticas con implicación pronóstica muy diferente, el síndrome de West y el síndrome de Fejerman. En ambos casos la edad de comienzo se sitúa entre los 4 y 9 meses, presentan una exploración neurológica y maduración neuropsíquica que pueden ser normales hasta el inicio del cuadro, las mioclonías se localizan en cuello y miembros superiores y tienen tendencia a repetirse en salvas, varias veces al día. La diferencia radica en el predominio horario de los episodios (en vigilia en el Síndrome de Fejerman, en vigilia y sueño en el Síndrome de West) y en la aparición progresiva de deterioro psicomotor y alteraciones electroencefalográficas (hipsarritmia) en el Síndrome de West, que no presentaba nuestro paciente. Por las características clínicas, la exploración física, el carácter autolimitado y los hallazgos en el EEG concluimos que se trata de un Síndrome de Fejerman y se puede adoptar una actitud expectante con revisiones periódicas.

---

SÁBADO 2 DE ABRIL. SALON DE ACTOS

**39. LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA: AGRUPACIÓN DE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE.** *García Blázquez L, Castriello Bustamante S, Hortelano López M, Ortega Casanueva C, Cermeño Pedrosa R, Nieto Conde MC. Hospital General de Segovia.*

**Antecedentes.** La luxación congénita de rodilla es una patología infrecuente, caracterizada por el desplazamiento anterior y

hacia fuera de la tibia con relación al fémur. Tiene una incidencia de 0,017 por cada 1.000 recién nacidos; 100 veces menos frecuente que la luxación congénita de cadera. Mayor incidencia en el sexo femenino.

**Casos Clínicos.** Presentamos tres casos ocurridos durante el periodo de un año (Tabla I).

**Comentarios.** A pesar de que se trata de una patología infrecuente, en nuestro hospital hemos registrado tres casos durante el último año, con una incidencia de 2,23 casos por cada 1.000 recién nacidos, muy superior a la incidencia recogida en la bibliografía, con mayor prevalencia en el sexo femenino como refiere la literatura. No hemos encontrado factores asociados tales como malposiciones uterinas, partos de nalgas o contracturas cuadrípites; ni ningún dato destacable en la encuesta epidemiológica de malformaciones. En los tres hemos obtenido con tratamiento conservador buenos resultados con resolución de la luxación. Destacar que los tres casos han asociado luxación congénita de cadera, en un caso bilateral y en los otros dos unilateral. En el primero la luxación de cadera tuvo mala evolución con tratamiento conservador y precisó artrografía y reducción cerrada para conseguir una buena resolución. En los otros dos casos la evolución fue satisfactoria. Por tanto, ante un caso de luxación congénita de rodilla siempre debemos pedir ecografía de caderas aunque la exploración clínica sea normal ya que en nuestra casuística en dos de los casos no había alteración clínica y sin embargo en la ecografía sí se observaba luxación de cadera.

#### 40. PREMARURIDAD TARDÍA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. *Morales Luen-go F, Sariojo Jamardo A, Larrea Tamayo E, De Juan Álvarez A, Fernández Colomer B, Costa Romero M. Hospital Universitario Central Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** Se conoce como prematuro tardío (PT) al recién nacido entre la semana 34 y la 37 semana de edad gestacional. Este subgrupo de prematuros ha tomado gran interés en los últimos años debido a su creciente incidencia y el elevado porcentaje que suponen respecto a todos los prematuros. Los PT tiene una morbilidad y mortalidad superior a los recién nacidos a término, lo que supone mayor tasa de ingresos y estancia hospitalaria. Además la tasa de ingresos/reingresos de estos niños en los primeros meses de vida es elevada.

**Objetivos.** Conocer la tasa de PT de nuestro hospital, conocer la morbi-mortalidad neonatal y la tasa de reingresos hospitalarios en los primeros meses de vida.

**Material y métodos.** Se revisaron todas las historias clínicas de los prematuros tardíos nacidos en Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) en el año 2008. Los datos se analizaron estadísticamente.

**Resultados.** Se encontraron 253 PT en 2668 nacidos vivos (9,48%). Suponen el 71,46% de todos los pretérmino (253/354). El 53,8% ingresaron en la unidad de neonatología. La patología meta-

TABLA I.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad gestacional (semanas)	39	39	41
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer
Presentación	Cefálica	Cefálica	Cefálica
Tipo de parto	Instrumental	Eutócico	Eutócico
Rodilla afecta	Izquierda	Izquierda	Derecha
Grado de hiperextensión en Rx	Grado III	Grado III	Grado II
Tratamiento de luxación	Conservador con yesos seriados Buena evolución	Conservador con yesos seriados Buena evolución	Conservador con yesos seriados Pendiente evolución
Luxación de cadera asociada	Unilateral; izquierda	Unilateral; derecha	Bilateral
Tratamiento	Yeso inguinopélvico, mala evolución (reducción cerrada posterior)	Yeso inguinopélvico, buena evolución	Yeso inguinopélvico, pendiente evolución

bólica (53,7% de todos PT) y dentro de ésta la ictericia fue la más frecuentemente hallada (49%). La estancia hospitalaria en días fue de  $8,31 \pm 8,11$  (Media  $\pm$  DS) ó 5 [3-12] (Mediana [IQR]). La estancia fue mayor a menor edad gestacional. La mortalidad en nuestro hospital fue del 0,79% (2 neonatos). La tasa de reingreso más allá del periodo neonatal fue del 28,3% siendo la bronquiolititis en casi la mitad de los reingresos (49%) la causa de ingreso. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la tasa de reingreso entre PT ingresados en neonatología previamente y los que no habían ingresado.

**Conclusiones:** La tasa PT en nuestro hospital fue del 9,48% de todos los RN y suponen la gran mayoría de todos los pretérmino. Más de la mitad de los PT precisaron ingreso en la unidad de neonatología. La patología más frecuente hallada fue la metabólica y de ésta fue la ictericia la más habitual. La tasa de reingreso más allá del periodo neonatal de casi 1/3 de los PT siendo la bronquiolititis la causa más frecuente. No encontró relación entre haber permanecido ingresado previamente en neonatología y los reingresos.

#### 41. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CRIBADO UNIVERSAL DE HIPOACUSIA, PUNTOS DE MEJORA Y PAPEL DEL PEDIATRA EN EL DESARROLLO DE DICHO PROGRAMA. *Hernández González N, Marugán Isabel V, Ochoa Sangrador C, Martínez García L, Blanco Justo C, Casanueva Pascual T. Complejo Asistencial de Zamora.*

**Introducción y objetivos.** Nuestro objetivo es revisar el programa de cribado universal de hipoacusia realizado en nuestro Hos-

pital desde 2003, establecer sus posibles puntos de mejora y actualización y analizar el papel del Pediatra en el seguimiento de estos niños y en los resultados del programa.

**Métodos.** Se revisan los resultados del programa desde 2003. Se revisan las recomendaciones de mejora del programa y el papel que en ellas tiene el pediatra.

**Resultados.** La cobertura del cribado osciló entre el 97,7% del año 2003 y el 99,4% de 2009. La primera causa de no realización del cribado es el traslado a otro Hospital. La primera prueba de cribado se realiza antes del alta a menos del 95% de los RN pero la segunda prueba antes de los 2 meses cerca del 100%. Pasan a diagnóstico entre un 0,1% y 0,2% de los RN. Se han diagnosticado 3 casos de hipoacusia.

**Conclusiones:** Destacamos la cobertura del programa siempre mayor del 95% y su rechazo menor del 1%. La realización del 5% de primeras pruebas después del alta no repercute en el diagnóstico precoz, con segunda prueba antes del 2º mes y derivación antes del tercero. Resaltamos el bajo porcentaje de niños derivados a diagnóstico y de hipoacusias confirmadas, que creemos debido al traslado neonatal al Hospital terciario de los pacientes de mayor riesgo de hipoacusia. El papel de la revisión pediátrica, sobre todo de Atención Primaria es fundamental en el desarrollo del programa y es indispensable una fluida relación entre la pediatría especializada que realiza el cribado y su pediatra habitual. Los niños con factores de riesgo de hipoacusia, aunque el cribado se supere con éxito, deben ser derivados a valoración por Otorrinolaringología entre los 24 y 36 meses o antes si el caso individualizado lo precisa. En los casos de hipoacusia el pediatra debe ser integrador de los estudios diagnósticos, completando la valoración del otorrinolaringólogo. Por último, en todos los casos, la valoración auditiva continúa en el programa del niño sano, ayuda al diagnóstico de los posibles falsos negativos de nuestro programa.

#### 42. TUMORACIÓN NASOLAGRIMAL EN RECIÉN NACIDO.

*Domínguez Bernal E, Nieto Conde MC, García Blázquez L, Hortelano López M, Alcedo Olea R, Hernández Macho BE. Hospital General de Segovia.*

**Introducción.** Las tumoraciones congénitas del recién nacido no son infrecuentes y plantean dudas diagnósticas en su origen inflamatorio, vascular o quístico. Existe además cierta limitación al uso de exploraciones complementarias (por edad y dudas de interpretación) y se debe considerar la posible asociación a un cuadro sindrómico polimalformativo.

**Caso.** Presentamos a un varón a término que al nacimiento expone una tumoración subcutánea, en el ángulo nasoparpebral, de color violácea, bien delimitada, consistente, semidolorosa. No se acompaña de epífora ni secreción espontánea o a la expresión ni de otras malformaciones externas craneofaciales. La fontanela es normotensa y no hay soplos vasculares. Como antecedentes obstétricos, se trata de una gestación controlada, con serología y ecografías antenatales normales. Parto eutócico. Padres sanos, pola-

cos. Se realiza toma de cultivos periféricos y analítica general que es normal, iniciando tratamiento antibiótico empírico. La valoración oftalmológica concluye que los medios transparentes son normales, existe buena reactividad pupilar y la vascularización retiniana es adecuada. Recomienda pauta de antibiótico tópico. El tratamiento sistémico es retirado a las 24 h tras ecografía local compatible con proceso vascular, linfático o quístico y resultados negativos de los cultivos nasal y ocular. Tras reexploración oftalmológica, el neonato evoluciona con empeoramiento progresivo, celulitis local 2ª, reiniciándose la cobertura antibiótica intravenosa. Mejoría progresiva hasta la desaparición completa de la lesión. Resto de cultivos solicitados negativos.

**Discusión.** Los procesos inflamatorios a nivel del saco lagrimal ocurren generalmente a partir del 3-4 día de vida, tras el llenado del mismo sin evacuación (dacriostenosis congénita) o más tardíamente sobre las 3-4 semanas sobre todo en las obstrucciones adquiridas. Se acompañan de parámetros de actividad sistémica las formas evolucionadas. Las malformaciones arteriovenosas localizadas a ese nivel suelen llevar asociados otros estigmas vasculares. El mucocele o la malformación linfática debutan tras la semana de vida y es frecuente la sobreinfección. El caso presentado, a priori, no podía encasillarse en ninguno de los supuestos comentados, en cuanto a la forma de debut y características, pero la evolución y la respuesta al tratamiento confirmaron posteriormente la sospecha inicial más probable. Pendiente de seguimiento en oftalmología para completar el estudio del sistema nasolagrimal.

**Conclusión.** La dacriocistitis aguda neonatal se presenta como una tumoración a nivel del saco lagrimal. Existen formas de presentación más atípicas, que son muy precoces y sin tanto componente inflamatorio. Se debe de iniciar tratamiento antibiótico precoz, además de como prueba diagnóstico-terapéutica, para yugular la diseminación de un foco infeccioso estratégicamente localizado.

#### 43. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE NEUROPROTECCIÓN CON HIPOTERMIA PARA EL PACIENTE CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA PERINATAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE CASTILLA Y LEÓN. De Frutos C, Schuffelmann S, Arnáez J, Bustamante C, Suárez J, Grupo de Trabajo de Hipotermia. Complejo Universitario Asistencial de Burgos.

**Introducción.** La agresión hipóxico-isquémica perinatal es causa de morbi-mortalidad en el periodo neonatal y discapacidad ulterior. Hasta hace unos años, la encefalopatía hipóxico-isquémica era una frustración clínica no resuelta ante la falta de intervenciones terapéuticas específicas dirigidas a prevenir o aminorar el daño cerebral secundario a la agresión perinatal. Sin embargo, la realidad ha ido cambiando en la última década y a día de hoy varios ensayos clínicos han demostrado que la reducción de la temperatura cerebral de 3-4°C, mediante un enfriamiento corporal total o selectivo de la cabeza, puede reducir la mortalidad y la discapacidad mayor en los supervivientes. Esta intervención se ha demos-

trado eficaz y segura siguiendo protocolos sistematizados y con unas condiciones de entrenamiento y monitorización adecuadas. A continuación se detalla el proceso seguido en la Unidad de Neonatología del Complejo Universitario Asistencial de Burgos para la puesta en marcha de este programa.

**Metodología y Objetivos.** En la Unidad de Neonatología del Complejo Universitario Asistencial de Burgos hemos venido trabajando en los últimos meses tratando de mejorar la atención de los niños con agresión hipóxico-isquémica perinatal que se atienden en nuestra unidad. Los pasos que se han dado para ello son los siguientes:

1. Formación del personal médico y de enfermería a través de cursos y talleres
- 2.- Adquisición de los medios técnicos necesarios para una neuromonitorización adecuada y para la neuroprotección con hipotermia inducida.
3. Elaboración de un protocolo específico para el manejo del paciente en tratamiento con hipotermia
4. Divulgación del programa intra e interhospitalario
5. Constitución de un grupo de trabajo con el objetivo de actualizar periódicamente los protocolos, realizar talleres y de revisar el manejo de los niños que se incluyan en el programa.
6. Delineamiento del seguimiento multidisciplinar, después del alta.

**Conclusiones.** El manejo del paciente con agresión hipóxico-isquémica perinatal debe abordar aspectos que eviten la extensión del daño cerebral así como ofertar la posibilidad de neuroprotección con hipotermia cuando sea necesario. Todo ello debe realizarse con una monitorización lo más completa posible y siguiendo protocolos sistematizados específicos.

**44. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE EN NEUROPROTECCIÓN CON HIPOTERMIA.** *Rico Berzosa C, Elena Mariscal O, Gómez García E, Martínez Saldaña M, Delgado Cogollos C, Grupo de Trabajo de Hipotermia. Complejo Universitario Asistencial de Burgos.*

**Introducción.** El recién nacido con antecedente de agresión hipóxico-isquémica perinatal necesita ser vigilado las primeras horas de vida para detectar la repercusión de dicha agresión sobre el sistema nervioso central y sobre el resto de órganos extraneurales. La encefalopatía hipóxico-isquémica era una entidad huérfana de tratamiento hasta la introducción reciente del tratamiento con hipotermia. Los cuidados de un paciente con encefalopatía hipóxico-isquémica en tratamiento con hipotermia exigen una vigilancia específica y cuidadosa para evitar un agravamiento de la lesión existente y para garantizar el éxito de las medidas instauradas.

El personal de enfermería es pieza clave en el éxito del manejo del recién nacido con asfisia perinatal. Por ello, resulta imprescindible un adecuado entrenamiento en la vigilancia y en los procedimientos que necesita el recién nacido candidato a hipotermia,

**Metodología y Objetivos.** Las acciones del personal de enfermería van encaminadas a:

- A) Monitorizar estrechamente la temperatura del recién nacido candidato a hipotermia desde su nacimiento y posteriormente si se le incluye en el tratamiento con hipotermia
- B) Evitar una mayor extensión del daño inicial mediante la monitorización y la vigilancia de otros factores: situación respiratoria y hemodinámica, diuresis, estado de confort-disconfort, etc.
- C) Favorecer y facilitar la relación padres-recién nacido, minimizando, en la medida de lo posible, el estrés de los padres ante la enfermedad de su niño

Por ello, resulta imprescindible que el personal de enfermería adopte una actitud activa en la vigilancia de los procedimientos en el protocolo de hipotermia para garantizar un resultado óptimo del programa. En la Unidad de Neonatología del CAU de Burgos, se han realizado talleres para la formación del personal de enfermería y se ha elaborado un protocolo de cuidados del recién nacido en neuroprotección con hipotermia en el que se recogen los siguientes apartados: 1) Justificación; 2) Introducción; 3) Valoración clínica en las primeras horas; 4) Actuación en el paritorio. 5) Actuación al ingreso en UCIN de un recién nacido candidato al tratamiento con hipotermia; 6) Criterios de inclusión; 7) Criterios de exclusión; 8) Tratamiento con hipotermia; 9) Cuidados durante el tratamiento con hipotermia; 10) Medidas de confort; 11) Cuidados de la piel; 12) Plan de seguridad en caso de avería del aparato.

**Conclusiones.** La incorporación de un programa de neuroprotección con hipotermia exige entrenamiento específico y la elaboración de protocolos sistematizados que ayuden a garantizar el éxito del tratamiento.

---

#### SÁBADO 2 DE ABRIL. SALA DE PROYECCIONES

---

**45. ANEMIA NEONATAL NO INMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Perales Vinagre Y, Muriel Ramos M, Fernández Álvarez D, Domínguez Manzano P, Mateos Diego A, García Suquía M. Hospital Clínico de Salamanca.*

**Introducción.** La piruvato kinasa (PK) es una enzima fundamental en la glucólisis celular y el metabolismo energético en general, pues interviene en la producción de ATP. El déficit congénito de la PK del eritrocito ocurre de forma hereditaria autosómica recesiva con una incidencia de 1/20.000 nacidos vivos, ocasionando una anemia hemolítica no esferocítica de diferentes grados de severidad que en el neonato puede ser mortal. Se han descrito más de 150 mutaciones asociadas a la enfermedad, localizadas en el cromosoma 1.

**Objetivos.** Presentar un caso de anemia hemolítica neonatal por déficit de PK, destacando la problemática diagnóstica y el interés del estudio familiar.

**Caso clínico.** Paciente de 2 meses de edad remitida para estudio de anemia de debut neonatal. AF: bisabuela materna talasemia

menor; no consanguinidad; madre con 3 abortos previos a las 8 semanas de gestación, un hermano de 5 años sano. AP: ictericia a las 24h con Hb 10,6 g/dL; Coombs negativo, reticulocitos 21%, eritroblastos 62/100 células blancas. Ecografía abdominal: líquido en región subhepática. Se realiza transfusión de hematíes. En el control a los 2 meses de vida presenta buen estado general pero palidez importante, sin visceromegalias ni ictericia. En analítica: Hb 5,9 g/dL, hematíes 2 millones/mL, VCM 94,2 fL; RDW 17, reticulocitos 13,8%, eritroblastos 4%. Frotis sanguíneo: anisocitosis, anisocromía, hematíes espiculados, algún esferocito. Ferritina 996 ng/ml. Hb A2:1,3%. Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa: 394,3 mU/109 eritrocitos (N), PK 173,2 mU/109 eritrocitos (N). Resistencia globular osmótica y autohemólisis: N. Determinación de actividad de PK en ambos padres muy disminuida. Estudio genético pendiente. En las sucesivas revisiones, la paciente presenta pocos requerimientos transfusionales, tratándose de un caso con buena evolución dentro del espectro de severidad de los déficit de PK.

**Comentarios.** En el estudio de las anemias hemolíticas no inmunes del RN debe incluirse el déficit de PK. El alto contenido de PK en los reticulocitos induce a errores diagnósticos al tratarse de un mecanismo compensatorio. Proponemos el estudio al mismo tiempo de los niveles de PK en los padres para evitar dicho enmascaramiento. El tratamiento se basa en el soporte transfusional. La esplenectomía está contemplada como medida terapéutica dependiendo de la severidad del caso.

#### 46. COMPORTAMIENTO DE LA PCR EN RECIÉN NACIDOS DE PROCEDENCIA EXTRAHOSPITALARIA EN LOS QUE SE SOSPECHABA INFECCIÓN. *González Prieto A, Espósito de Mena H, Garrido Pedraz JM, Lozano Losada S, González Ildefonso P, Garzón Guiteria MT. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La proteína C reactiva (PCR) es un marcador de procesos inflamatorios, que se eleva de forma significativa en las infecciones bacterianas. Hecho que también ocurre en los procesos víricos, pero su elevación no es tan importante. En el periodo neonatal se considera positiva, cuando aparecen valores superiores a 1,5 mg/dl (N: 0,5 -1,5 mg/dl).

**Objetivos.** Determinar si existen diferencias en la elevación de la PCR entre los procesos bacterianos y los procesos víricos en las sospechas de infección en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo observacional de recién nacidos de procedencia extrahospitalaria, con signos sugerentes de infección tardía a los que se les determinó la PCR. Se revisan las historias clínicas y se recogen datos de filiación, antropométricos, clínicos y analíticos de dichos pacientes. Se divide la muestra en 4 grupos homogéneos en función del diagnóstico. El análisis se establece mediante el programa estadístico SPSS 15.0®.

**Resultados.** Nuestro estudio comprende una muestra total de 20 pacientes, todos ellos RN a término. La edad media al ingreso fue de 15 días. A su llegada a la unidad, el 40% de los pacientes presentó fiebre. El 60% de los RN con infección vírica y el 80% de

TABLA I. RESULTADOS DE LA PCR SEGÚN EL DIAGNÓSTICO

Causa	EG (media)	Peso (media)	PCR (media y DS)	PCR (media-na)	Leucos (totales)	Cultivos (Bacterias)	Virus en LCR
Hipogalactia	39 sem	3.612 g	0,53 ± 0,39	0,5 ± 0,39	10.770	(-)	(-)
Otra patología	38 sem	3.296 g	0,24 ± 0,39	0,5 ± 0,39	11.314	(-)	(-)
Enterovirus	40 sem	3.194 g	3,28 ± 3,59	1,6 ± 3,59	11.990	(-)	(+)
Bacteriana	39 sem	3.266 g	7,5 ± 5,8	6,2 ± 5,8	11.746	(+)	(-)

los que presentaron infección bacteriana se acompañaron de valores de PCR por encima del límite superior. Sin existir diferencias significativas entre ellas ( $P = 0,31$ ). Por otro lado, los RN agrupados dentro de los otros diagnósticos o hipogalactia, mostraron en todo momento valores de PCR dentro de la normalidad, existiendo diferencias significativas en la elevación de la PCR frente a los RN con infección vírica ( $P = 0,028$ ) y bacteriana ( $P = 0,013$ ) (Tabla I).

**Conclusiones.** La PCR se considera un marcador que se eleva en las infecciones de forma inespecífica. En nuestro estudio, hemos observado valores elevados de PCR no sólo en las infecciones bacterianas sino también en las víricas, no pudiendo establecer diferencias significativas entre ambas etiologías. Si que existen diferencias significativas en relación a aquellos ingresados por otra patología no infecciosa. De la misma forma, observamos como los procesos víricos pueden elevar de forma significativa la PCR frente a los RN que no tienen infección.

#### 47. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS HIPERBILIRRUBINEMIAS DURANTE EL PERIODO NEONATAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. *Expósito de Mena H, González Prieto A, Garrido Pedraz JM, Prieto Matos P, Garzón Guiteria MT, Martín Hernández D. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La hiperbilirrubinemia y la expresión clínica de la misma, la ictericia, es uno de los trastornos más frecuentes en el periodo neonatal que requiere ingreso. Casi todos los RN tienen cifras de bilirrubina sérica  $> 2$  mg/dl en la primera semana de vida; sin embargo, pocos alcanzan valores clínicamente significativos. La causa más frecuente de ictericia es la ictericia fisiológica, seguida de las isoimmunes. Existen múltiples factores que se relacionan con ella.

**Objetivos.** Estudiar las características de las ictericias en nuestra unidad y reconocer los posibles factores de riesgo para su desarrollo.

**Material y Métodos.** Se realiza un estudio observacional retrospectivo en el que analizamos todas las historias clínicas con diagnóstico de ictericia ingresadas en nuestra Unidad de Neonatología

desde el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2010. Las variables recogidas son: edad, sexo, peso al nacimiento, peso al ingreso, motivo y días de ingreso, antecedentes (embarazo y parto), etiología, datos analíticos y tratamiento recibido. El análisis se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS 15.0®.

**Resultados.** Se registraron un total de 122 casos con diagnóstico (principal o secundario) de ictericia en el periodo a estudio. Se observa un predominio del sexo masculino (59%). La edad media al ingreso fue de 2,13 días (DE + 2,5). Pico estacional: verano (32%). La etiología más frecuente es la ictericia fisiológica (36,9%), seguida de la pérdida de peso (32,8%). Estancia media de 5,4 días (DE + 6,2). La ictericia fue el diagnóstico principal en el 59% de los ingresos, siendo el 2º motivo de ingreso la prematuridad con un 18%. Se observa mayor relación con el grupo A+ (41%). Un 4,5% de los casos no requirieron fototerapia, el resto de los ingresados recibió fototerapia con una media de 2,2 días de tratamiento (DE + 1,19). En los recién nacidos que ingresaron con ictericia secundaria a pérdida de peso, se observa que a medida que la pérdida es mayor la cifra de bilirrubina es más alta ( $P=0,000$ ).

**Conclusiones.** Coincidiendo con la literatura actual, la ictericia es una de las principales causas de ingreso en nuestro Servicio, y la etiología más frecuente es la fisiológica. La pérdida de peso experimentada en los primeros días de vida se muestra como un factor de riesgo a tener en cuenta en el desarrollo de ictericia que precisó ingreso. La evolución de todos los casos estudiados ha sido favorable con el tratamiento recibido, no observamos ningún caso de kernicterus. Es importante hacer un diagnóstico precoz para evitar las posibles complicaciones y tratamientos invasivos.

**48. ERITROBLASTOPENIA CONGÉNITA.** *Bote Mohedano J, Muriel Ramos M, Bautista Mezquita B, González Prieto A, Lozano Losada S, Fernández Álvarez D. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La eritroblastopenia congénita (EP) es una enfermedad poco frecuente, esporádica en un 70% de los casos y con mayor incidencia en varones. Sus manifestaciones clínicas son precoces y al síndrome anémico se añaden dimorfismos en cara, manos, ojos, riñón y corazón. El diagnóstico se fundamenta en los hallazgos de médula ósea, que muestra una alteración selectiva de los precursores eritrocitarios, y en el estudio genético. Complicaciones posibles son mayor número de casos con cáncer y transformaciones leucémicas. La respuesta o no al tratamiento con prednisona seleccionará a los pacientes subsidiarios de trasplante de médula ósea. El diagnóstico diferencial se planteará con anemia transitoria del lactante.

**Objetivo.** Presentar un paciente afecto de esta enfermedad y discutir diagnóstico y tratamiento de la entidad.

**Caso Clínico.** Niño boliviano de 3 años y 11 meses con antecedentes familiares y personales sin interés para el caso que acude a nuestra consulta para estudio de anemia no filiada. Presenta buen estado general, bien hidratado, nutrido, perfundido con discreta

palidez de piel y mucosas. Cráneo con aplanamiento de occipucio. Facies racial. Hipertrofia gingival. Dientes pequeños, displásicos con pérdida de esmalte. Resto exploración normal. Pruebas complementarias: Hemograma: anemia normo-macroscítica, normocrómica con recuento de reticulocitos muy bajos y/o ausentes. Estudio de fragilidad osmótica de hematíes: normal. Dosificación variantes de la hemoglobina: normales. Bioquímica general, metabolismo lipídico y del hierro, eritropoyetina, vit D, ácido fólico, vit. B12: normales. Serologías, incluida para Parvovirus B19: negativo. Anticuerpos antinucleares: negativos. Proteínas plasmáticas (haptoglobina, IgA, IgG, IgM, C4, C3): normales. Frotis sanguíneo: normal. Se sospecha probable anemia de Blackfan-Diamond y se realiza estudio de médula ósea mediante aspirado y biopsia, confirmando un descenso significativo de precursores eritroides y de sus estadios madurativos con normalidad del resto de series. Ante estos hallazgos se solicita estudio de cariotipo sin hallazgos de alteraciones cromosómicas numéricas y estructurales. Pendiente estudio genético. Tratamiento: Corticoides, ácido fólico y ranitidina. Precisa transfusiones sanguíneas en varias ocasiones por anemia severa al inicio del tratamiento. Evolución: El paciente responde bien a corticoides, por lo que se retira tratamiento, presentando recaída que de nuevo evoluciona favorablemente con tratamiento corticoideo.

**Conclusiones.** Tener en cuenta la eritroblastopenia pura en el diagnóstico diferencial de anemias del lactante que cursen con reticulopenia y ausencia de precursores eritropoyéticos. Realizar siempre diagnóstico diferencial con la anemia transitoria infantil por sus implicaciones pronósticas. La importancia de descartar malformaciones asociadas y realizar controles periódicos para prevenir y tratar precozmente las complicaciones. Realizar un esfuerzo para identificar genéticamente el caso para asesorar al paciente y su familia.

**49. INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS.** *Kanaan Leis S, Remesal Escalero A, San Feliciano Martín L, Marreiro Calvo M, Hernández Fabian A, Heras De Pedro MI. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** Citomegalovirus es el agente etiológico más frecuente de las infecciones congénitas agrupadas como síndrome TORCH. Su incidencia alcanza al 1-2% de los recién nacidos y generalmente se presenta de forma asintomática hasta en el 90% de los casos. La infección congénita por citomegalovirus incrementa el riesgo de prematuridad y retraso de crecimiento intrauterino. Entre los niños que presentan sintomatología al nacer destacan microcefalia, coriorretinitis, convulsiones neonatales, hepatitis, anemia y cuadro clínico de sepsis. Hasta un 15% presentan secuelas tardías, como retraso del desarrollo psicomotor, sordera y trastornos visuales. El diagnóstico de infección congénita se realiza por cultivo viral, y PCR en orina, LCR o saliva del recién nacido. El tratamiento con Ganciclovir i.v. debe iniciarse tras el diagnóstico para disminuir la posibilidad de secuelas. El seguimiento de estos recién nacidos debe ser obligado.

**Caso Clínico.** Presentamos un caso clínico de infección congénita por citomegalovirus. Se trata de un recién nacido a término que ingresa a las 24 h de vida por ictericia y sospecha de sepsis neonatal. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con buena respuesta inicial. A las 48 h del ingreso presenta convulsiones clónicas refractarias inicialmente al tratamiento anticonvulsivante. Dentro de los estudios complementarios realizados se aísla citomegalovirus en orina por técnica de PCR. En ecografía cerebral transfontanelar se observa aumento de densidad en caudado izquierdo y asimetría interventricular. En RMN presenta imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y Flair que no brilla en difusión compatible con infarto cerebral en región occipital y temporal derecha. EEG, estudio oftalmológico y PEATC-A normales al alta. El tratamiento se realizó con Ganciclovir iv durante 3 semanas continuándose posteriormente con Valganciclovir v.o. hasta completar 6 semanas de tratamiento.

**Comentarios.** Ante la presencia de convulsiones neonatales es necesario descartar como etiología el síndrome TORCH. El tratamiento con Ganciclovir y Valganciclovir se ha mostrado como posibilidad terapéutica eficaz y segura para prevenir las secuelas tardías, fundamentalmente la hipoacusia neurosensorial. Se debe realizar un seguimiento multidisciplinar de estos niños para la detección precoz de posibles secuelas.

**50. SECUESTRO PULMONAR DE DIAGNÓSTICO PRENATAL.** *Urueña Leal MC, González Torroglosa MC, Díaz González J, Rojo Fernández I, Peña Valenceja A, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial de Palencia.*

**Introducción.** El secuestro pulmonar es una malformación congénita caracterizada por un tejido pulmonar embrionario quístico no funcional, con vascularización de una arteria sistémica anómala. Se clasifican en intralobares (75%) y extralobares (25%). Son más frecuentes en el lado izquierdo y lóbulos inferiores. Desde el punto de vista anatomopatológico, las malformaciones pulmonares congénitas tienen una incidencia del 2,2%. El secuestro pulmonar intralobar supone el 6% de estas malformaciones.

**Caso 1.** Mujer. Embarazo controlado. Diagnóstico prenatal en la 22 semana compatible con secuestro pulmonar (imagen cuneiforme ligeramente más ecogénica en base de pulmón izquierdo de 2x1,9 cms. Estudio Doppler vaso con origen en Aorta abdominal alta). 2<sup>º</sup>/2. Parto a las 38 semanas. Vaginal. Espontáneo. Apgar 9/10. Peso 2.840 g. Pc. 15. Longitud 50 cm. Pc. 48. Perímetro craneal: 34 cm. Pc. 50. Exploración física normal. Rx de tórax Normal. Permanece asintomática.

**Caso 2.** Mujer. Embarazo controlado. Diagnóstico prenatal en la 20 semana compatible con secuestro pulmonar. 2<sup>º</sup>/2. Parto a las 39 semanas. Vaginal. Espontáneo. Apgar 9/10. Peso 3.470 g. Pc. 60. Longitud 49 cm. Pc. 3. Perímetro craneal: 35 cm. Pc. 74. Exploración física normal. Rx de tórax Normal. Permanece asintomática.

**Discusión.** Se discute el manejo postnatal intervencionista o expectante según las diferentes opciones descritas en la literatura.

**51. TRATAMIENTO PERCÚTÁNEO ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA DE LA HERNIA INGUINAL INFANTIL.** *Garrote Molpeceres R, Molina Vázquez ME, Sánchez Abuín A, Aguilar Cuesta R, González González C, Forunier Carrera M. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** Gracias a la generalización de la cirugía mínimamente invasiva en pacientes pediátricos se están sustituyendo algunas técnicas clásicas como el tratamiento de la hernia inguinal, por nuevos abordajes asistidos por laparoscopia.

**Material y Métodos.** Presentamos un video demostrativo de la técnica y nuestros primeros resultados de 10 pacientes tratados mediante herniotomía inguinal percutánea asistida por laparoscopia. Para ello utilizamos dos puertos, ambos vía umbilical, por los que introducimos una óptica de 5 mm y una pinza de 3 mm. Mediante dos punciones a nivel inguinal con una aguja de 20 G se introduce un hilo de sutura de 3/0 irreabsorbible que recorre todo el trayecto del orificio inguinal y permite que, al traccionar de éste desde la piel, se cierre el orificio inguinal quedando el nudo de sutura bajo una incisión subcutánea de 2 mm.

**Resultados.** La media de duración de la intervención bilateral fue de 28 minutos. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 6 meses sin recidivas. El resultado estético fue óptimo.

**Conclusión.** La herniotomía inguinal percutánea asistida es una opción efectiva, sencilla y factible sin una tasa elevada de complicaciones.

**52. ADAPTACIÓN INTESTINAL TRAS CIRUGÍA DE ATRESIA YEYUNAL CONGÉNITA. EL RETO DE CONSEGUIR LA AUTONOMÍA DIGESTIVA.** *Barreñada Sanz Y, Fernandes Calvo JL, Sánchez Abuín A, Alía Arroyo I, Izquierdo Herrero E, Molina Vázquez ME. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Caso clínico.** Recién nacido a término que ingresa en el periodo neonatal inmediato por sospecha de obstrucción intestinal por hallazgos ecográficos de patología digestiva desde las 20 semanas de gestación. Serologías maternas negativas, amniocentesis 46XX. Presenta vómitos de contenido bilioso desde el nacimiento. La ecografía abdominal muestra dilatación de asas y el enema opaco un marco cólico íntegro aunque estrecho, compatible con microcolon por desuso. Intervención quirúrgica a las 20 horas de vida, con resección del segmento atrésico yeyunal de 20 cm y anastomosis término-terminal, comprobando la permeabilidad del intestino delgado distal. Gran dilatación de asas del intestino proximal. Profilaxis antibiótica con ampicilina y gentamicina. Tras la cirugía se mantiene a dieta absoluta durante 12 días con nutrición parenteral (NP), y desde el tercer día post-cirugía se comprueba tránsito intestinal y disminución progresiva de los restos biliosos gástricos. A los 13 días de vida se inicia nutrición enteral trófica, con aportes cre-



cientes. A los 16 días de vida comienza a presentar empeoramiento del estado genera irritabilidad, restos biliosos, diarrea mucosanguinolenta y distensión abdominal; con elevación de la PCR hasta 129 mg/l. Ante la sospecha de enterocolitis versus sepsis por catéter se suspenden las tomas y se instaura antibioterapia con amikacina, vancomicina y clindamicina. Tras tres días de reposo gastrointestinal con mejoría clínica y analítica, datos ecográficos no sugerentes de cuadro entérico, y hemocultivo negativo se reintroduce alimentación enteral a dosis crecientes y con aportes orales directos a partir de los 25 días de vida. Posteriormente coincidiendo con el aumento del volumen de las tomas tanto con fórmula elemental como semielemental, presentó cuadros clínicos similares los días 28, 36, 51 y 58 post-cirugía, que condicionaron la retirada de nutrición enteral e instauración de nutrición parenteral total, cobertura antibiótica de amplio espectro, así como la realización de controles analíticos, microbiológicos y radiológicos, sin encontrar en ningún caso signos de infección. El tránsito gastrointestinal realizado a los 32 días de vida muestra dilatación de asas preanastomóticas conservado el paso del contraste a lo largo de todo el tubo digestivo. Tras el último episodio, se logra la tolerancia gastrointestinal total a los 75 días de vida con nutrición enteral a débito continuo y posteriormente fraccionada por boca con fórmula elemental. A lo largo de su estancia recibió nutrición parenteral exclusiva durante 25 días, y NP combinada con enteral durante 45 días más. Es dada de alta a los 89 días de vida con un peso de 3.290 gramos. Secundariamente a la NP prolongada la niña presenta un estado de malnutrición asociado a un síndrome colestásico secundario que se ha ido normalizando en sucesivos controles.

**Conclusiones.** La Cirugía de la atresia yeyunal congénita plantea múltiples retos neonatales, entre los que los más frecuentes son, episodios de intolerancia digestiva que simulan en ocasiones infecciones intestinales o cuadros pseudooclusivos, alimentación parenteral prolongada y colestasis secundaria a este tipo de alimentación, así como una estancia prolongada en los servicios neonatales, con toda la morbilidad asociada que esto conlleva.

**53. ABDOMINALGIA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA.** *Álvarez González AB\*, Martínez Hernández C\*, Nieto T\*\*, Sancho de Lara V\*\*, De Lamas Pérez C\*, Redondo Sánchez D\*.* \*Servicio de Pediatría y \*\*Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

**Introducción.** Las anomalías congénitas uterinas son con frecuencia asintomáticas y por ello infradiagnosticadas. Su incidencia varía de 1/100 a 1/1.000. Pueden dar lugar a una gran variedad de manifestaciones clínicas, desde amenorrea primaria, dolor pélvico, dismenorrea, dolor vaginal, alteraciones menstruales o incluso ciclos regulares. También pueden presentarse como masa pélvica asintomática, o en adolescentes o mujeres adultas como esterilidad o abortos. El diagnóstico se establece por una anamnesis y exploración física adecuadas, acompañadas de pruebas complementarias: ecografía, RMN, histerosalpingografía, cariotipo...

**Objetivo.** Presentar un caso de malformación uterina en paciente de 13 años remitida desde el servicio de urgencias por dolor hipogástrico de 2 meses de evolución.

**Caso Clínico.** Paciente de 13 años y 5 meses remitida a la consulta por dolor en región hipogástrica de varios meses de evolución que se ha intensificado en los últimos 10 días, acompañado ocasionalmente de sintomatología urinaria. Antecedentes personales: adoptada; amigdalectomizada; trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Menarquia a los 13 años con menstruaciones regulares. En la exploración física presenta un abdomen de configuración normal con dolor a la palpación de región suprapúbica con resistencia a ese nivel. El resto de exploración es normal. Se solicita: hemograma, PCR y sistemático de orina que resultan normales. Ante la sospecha de masa abdominal se realiza una ecografía abdomino-pélvica, donde presenta una tumoración mixta de paredes gruesas situada en el centro de la pelvis, delimitándose al lado izquierdo un útero pequeño; al lado derecho se define otra estructura que asemeja un útero con cavidad distendida que parece continuarse con la tumoración. Ovarios normales. No se visualiza riñón derecho. Con estos hallazgos solicitamos una RMN donde se confirma la presencia de un útero doble con gran colección hemática en el lado derecho que se extiende desde el cuerpo uterino hasta la vagina, condicionando desplazamiento de uretra y vejiga. Agenesia renal derecha. Se plantea laparoscopia exploradora donde se objetivan los 2 úteros con tumoración intermedia de 15-20 cm. A continuación se lleva a cabo cirugía con resección del tabique vaginal, con postoperatorio de curso normal.

**Conclusiones.** Importancia del diagnóstico diferencial de los dolores pélvicos en adolescentes. Pensar en las malformaciones uterinas ante sintomatología dispar. Valorar conjuntamente el sistema renal, por posibles malformaciones asociadas. Realizar un diagnóstico precoz para evitar futuras complicaciones obstétricas.

**54. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA.** *Barreñada Sanz Y\*, Marugán de Miguelsanz JM\*, Rodríguez Serrano S\*\*, Da Cuña Vicente R\*, Sanchez Manuel J\*\*, De la Plaza Galindo M\*\*.* \*Hospital Clínico Universitario de Valladolid. \*\*Hospital General Yagüe, Burgos.

**Introducción.** La obesidad mórbida es una patología cada vez más frecuente en la edad pediátrica, y la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, que precisa un tratamiento efectivo para evitar las severas complicaciones que conlleva. Los recursos terapéuticos para la misma en niños y adolescentes son limitados.

**Caso clínico.** Paciente de 16 años ingresada en la planta de psiquiatría tras intento autolítico y depresión grave secundarios a obesidad extrema de inicio a los 12 años, tras la menarquia. Somatometría en la primera consulta: Peso 81,5 kg (Pc 97), talla: 153,6 cm (Pc 3-10), índice de masa corporal (IMC): 34,54 kg/m<sup>2</sup> (z score en tablas españolas 2008: +3,61, y en Orbeagozo 1988: +3,81). Exploración física: Obesidad generalizada intensa. Estrías de distensión. Resto normal. Índice nutricional: 159%. Composición corporal por

antropometría (Densidad corporal por ecuación de Durnin y masa grasa por ecuación de Siri): Masa grasa 43%. Densitometría ósea: 2003 (Pc 3-10). Calorimetría indirecta: Gasto energético en reposo muy bajo 1180 kcal (Inferior un 32% al estándar OMS) (25,4 Kcal/kg de masa libre de grasa). Encuesta nutricional (prospectiva de 3 días): dieta normocalórica, hiperproteica, a pesar de presentar hiperfagia incontrolable (poco valorable). Inicialmente se intentó tratamiento higiénico-dietético y médico con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina inicialmente, y posteriormente Orlistat, sin éxito, llegando a alcanzar un peso de 88,4 kg correspondiente a un IMC de 37,43 kg/m<sup>2</sup> por lo que se propuso como candidata a cirugía bariátrica. El preoperatorio incluyó analítica completa, radiografía de tórax, ecografía abdominal, interconsultas a cardiología, neumología, digestivo, rehabilitación y psiquiatría, destacando únicamente entre los hallazgos, una colelitiasis múltiple. Fue intervenida quirúrgicamente realizando gastroplastia vertical anillada con colecistectomía asociada. Tras la intervención la evolución ha sido muy favorable, con tolerancia dietética progresiva, y suplementos vitamínicos y minerales, con pérdida de peso de 34 kg y descenso del IMC hasta 23,28 (Pc 50-75 en tablas 2008), a los 14 meses de la cirugía, siendo controles analíticos realizados en la consulta de seguimiento normales, sin haber presentado complicaciones mayores secundarias al tratamiento, y con normalización del proceso psiquiátrico previo.

**Conclusión.** La cirugía bariátrica es un tratamiento a tener en cuenta en pacientes con obesidad extrema en la adolescencia. En nuestro caso se optó por una técnica conservadora, sin by-pass, con excelente resultado. Aunque en las indicaciones habituales es criterio de exclusión la presencia de alteraciones psiquiátricas, en nuestro caso fue éste el principal determinante en la decisión terapéutica tomada

#### 55. COMPLICACIÓN DE LA TORACOSCOPIA EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Da Cuña Vicente R, Alía Arroyo I, Brezmes Raposo M, Matías del Pozo V. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La toracocentesis y toracoscopia son técnicas que permiten el manejo del empiema pleural en niños. Se trata de intervenciones invasivas, pero reducen la estancia hospitalaria y logran una curación más rápida, aunque no están exentas de riesgos y complicaciones.

**Caso clínico:** Varón de 2 años que ingresa procedente de otro centro para tratamiento de empiema pleural paraneumónico. Exploración física: Palidez cutánea. ACP: 148 lpm, rítmico, sin soplos. Hipoventilación en hemotórax izquierdo. Tiraje subcostal y respiración abdominal. Polipnea 40 rpm. Abdomen: distendido, pero blando y depresible. Pruebas complementarias: Hemograma: Hb 11,2 g/dl; hematocrito 32,8%; leucocitos 15.920/mm<sup>3</sup> (77%N; 9,6%L); plaquetas 236.000. Bioquímica: normal. PCR 271 mg/L. Coagulación: normal. Radiografía y ecografía de tórax: neumonía y derrame pleural izquierdo de 2,2 cm, no tabicado. Toracocentesis diag-

nóstica: muestra purulenta. pH 6,9; glucosa 3 mg/dl; LDH 14.995 U/L. Evolución: se realiza toracoscopia para drenaje, desbridamiento y lavado de la cavidad pleural y se coloca tubo de drenaje conectado a sistema de aspiración. Tras la intervención se objetiva neumotórax y mínimo enfisema en hemitórax izquierdo y región cervical, que 6 horas después evoluciona de forma rápida por cuello, tórax, abdomen y genitales, hasta hacerse masivo en el plazo de 10-15 minutos. Mejoría progresiva tras revisión y cierre de los puntos de sutura intrapleurales, que se encontraban abiertos. También recibe tratamiento con uroquinasa intrapleural.

**Conclusiones.** El tratamiento del derrame paraneumónico precisa en ocasiones la realización de técnicas invasivas como la toracoscopia, que permite una curación más rápida, aunque no está exenta de riesgo. El enfisema subcutáneo es una de sus posibles complicaciones y puede llegar a ser considerable.

#### 56. HEMATOQUECIA CON GAMMAGRAFÍA NORMAL: EL PAPEL DE LA CIRUGÍA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS. *Da Cuña Vicente R, Sánchez Abuín A, Bahillo Curieses P, Marugán de Miguelsanz JM. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La hemorragia digestiva baja en niños es un motivo frecuente de consulta y sus causas principales varían según la edad del paciente. La realización de las pruebas diagnósticas habituales no siempre ofrece resultados, por lo que la cirugía se presenta como alternativa ideal en ciertos casos.

**Caso 1.** Varón de 14 meses que consulta por hematoquecia de 15 días de evolución con anemia progresiva. Antecedentes familiares (AF): hermana de 11 años, tetralogía de Fallot, celiaquía y síndrome de Di George. Cariotipo de progenitores normal. Antecedentes personales (AP): embarazo y parto normales. Infección urinaria a los 4 meses. Desarrollo psicomotor normal. No alergias conocidas. Exploración física (EF): Palidez cutánea y mucosa. Resto normal, incluyendo tacto rectal. Pruebas complementarias (PC): hemograma: hematíes 3,58 millones/mm<sup>3</sup>; Hb 9,2 g/dl; VCM 83 fl. Resto normal. Bioquímica normal, salvo hierro 38 µg/dl y ferritina 3,2 ng/ml. Coagulación normal. Sangre en heces positiva. Coprocultivo negativo. Gammagrafía con tecnecio y hematíes negativa. Esofagogastroscoopia y colonoscopia normal. Evolución: Se realiza laparoscopia exploradora, con hallazgo de divertículo de Meckel.

**Caso 2.** Varón de 6 años que consulta por hematoquecia de un mes de evolución, con 3 episodios de sangrado abundante en las últimas horas. AF: sin interés. AP: asma del lactante. EF: Palidez cutánea y mucosa. Resto normal, incluyendo tacto rectal. PC: hemograma: hematíes 3,77 millones/mm<sup>3</sup>; Hb 9,9 g/dl; VCM 83 fl. Resto normal. Bioquímica normal, salvo ferritina 9,2 ng/ml. Coagulación normal. Gammagrafía con tecnecio normal. Evolución: durante el ingreso presenta un episodio de hematoquecia abundante con preshock hemorrágico, por lo que se realiza laparotomía urgente con hallazgo de divertículo de Meckel.

**Conclusiones.** Se debe considerar la realización de laparoscopia exploradora en casos de hemorragia digestiva baja en niños con

pruebas complementarias negativas, ante la posibilidad de tratarse de un divertículo de Meckel.

SÁBADO 2 DE ABRIL. SALA B

**57. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UN CUADRO DE SHOCK EN NIÑA DE 8 DÍAS DE VIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Da Cuña Vicente R, Alía Arroyo I, Benito Gutiérrez M, Pino Velásquez M. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** Las formas de debut de la coartación de aorta en el período neonatal pueden variar desde síntomas inespecíficos hasta un cuadro de shock.

**Caso clínico.** Recién nacida de 8 días que consulta por irritabilidad, sudoración, palidez cutánea y cianosis perioral durante la última toma. Afebril. Antecedentes personales: Embarazo y parto normales. Lactancia materna exclusiva. Exploración física: T<sup>3</sup> axilar 35°C. Mal estado general. Cianosis perioral. Mala perfusión periférica. Pulsos centrales no palpables. TA indetectable. Hiporreactiva, PICN. Fontanela normotensa. ACP: 190 lpm, sin soplos. Aceptable ventilación bilateral, 100 rpm. Quejido audible sin fonendo, respiración ineficaz y moderado tiraje subcostal. SatO<sub>2</sub> 80% con FiO<sub>2</sub> 100% ventilada con bolsa y mascarilla. Abdomen: hepatomegalia. Pruebas complementarias: Gasometría venosa: pH 6,9; pCO<sub>2</sub> 57,9 mmHg; HCO<sub>3</sub> 12 mmol/L; EB -20 mmol/L. Hemograma: Hb 13,9 g/dl; leucocitos 21140/mm<sup>3</sup> (43,7% L; 50,7% N). Plaquetas 176.000/mm<sup>3</sup>. Bioquímica: normal. PCR 0,4 mg/L. Evolución: Se intuba y se inicia ventilación mecánica. Se extrae hemocultivo y se inicia antibioterapia empírica. Ante la sospecha de shock séptico se expande con SSF tras lo que se palpa pulso braquial con ausencia de femoral. Radiografía de tórax: cardiomegalia severa y edema de pulmón. Se inicia tratamiento con prostaglandina E1 y dobutamina ante la sospecha de cardiopatía congénita y la imposibilidad de realizar confirmación ecográfica. Se deriva a Hospital con Cirugía Cardíaca, donde se diagnostica de coartación de aorta y es intervenida. Evolución favorable.

**Conclusiones.** La coartación de aorta es una patología que puede debutar con shock, lo cual puede confundirse con otras etiologías. Ante un neonato en situación de shock, el de origen cardiogénico es fundamental en el diagnóstico diferencial. El enfoque diagnóstico precoz es clave para la supervivencia de estos pacientes.

**58. DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Cobrerros García P, Izquierdo Herreiro E, García Saseta P, Rellán Rodríguez S, Garrote Molpeceres R, Marcos Temprano M. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** El drenaje venoso anómalo pulmonar parcial consiste en una anomalía congénita en la que una ó más venas pul-

monares, pero no todas, están conectadas a aurícula derecha o sus tributarias venosas (vena cava superior, vena cava inferior, seno coronario y vena innominada izquierda). Su diagnóstico es complicado en la infancia dada la ausencia de sintomatología. Presentamos un caso que se diagnosticó en la época de lactante.

**Caso clínico.** Mujer de 4 meses de edad remitida a la consulta de Cardiología Infantil por soplo cardiaco detectado en revisión rutinaria por su pediatra, sin sintomatología acompañante hasta el momento. No presenta antecedentes familiares de interés. Recibe alimentación con fórmula hidrolizada desde el mes de vida por intolerancia a proteínas de leche de vaca. A la exploración física destaca únicamente un soplo sistólico 2/6 audible en borde esternal izquierdo. En el electrocardiograma se objetiva un bloqueo incompleto de rama derecha de haz de His, sin otros hallazgos. Se realiza una ecocardiografía color, donde se observa un foramen oval permeable de 3 mm, con dilatación de cavidades derechas y vena cava superior, así como una ausencia de retorno de las venas pulmonares derechas a aurícula izquierda. Ante la sospecha de la existencia de un drenaje venoso pulmonar anómalo se decide realizar a la paciente una angioresonancia cardíaca, donde finalmente se confirma el diagnóstico: Drenaje venoso pulmonar anómalo parcial con venas pulmonares derechas (superior e inferior) drenando a través de un cayado ácigos a vena cava superior. La paciente fue derivada al hospital de referencia cardioquirúrgico, donde fue intervenida a los 15 meses de edad con cirugía tipo Warden: atrioseptoplastia con parche de pericardio reconduciendo venas pulmonares derechas a aurícula izquierda, ligadura y sección de ácigos, y anastomosis de vena cava superior a aurícula derecha. En el postoperatorio presentó ritmo nodal con repercusión hemodinámica que precisó marcapasos durante 48 horas.

**Conclusiones.** El drenaje venoso pulmonar anómalo parcial es una entidad con difícil diagnóstico que siempre hay que tener en cuenta cuando observemos una dilatación de cavidades cardíacas derechas en el ecocardiograma, ya que a pesar de que cursa con ausencia de sintomatología en la infancia, en la época adulta la mayoría de los casos precisa de intervención quirúrgica por la limitación de la actividad que provoca.

**59. FLUTTER AURICULAR NEONATAL A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Hierro Delgado E, Fernández Iglesia V, Oulego Erroz I, Rosón Varas M, Mata Zubillaga D, Lobo Martínez P. Complejo Asistencial de León.*

**Introducción.** El flutter auricular es una arritmia infrecuente en neonatos que habitualmente no se asocia a cardiopatía. Se cree que la inmadurez del miocardio y las altas presiones en la aurícula derecha en el período perinatal favorecen la aparición de reentradas auriculares. El diagnóstico habitualmente se realiza en las primeras 24-48 horas por el EKG, pero frecuentemente los controles cardiotocográficos durante el trabajo de parto hacen sospechar la presencia de taquicardia. En algunos casos, los neonatos con este tipo de arritmia presentan una segunda arritmia acompañan-

do al flutter. Exponemos el caso de un neonato con flutter auricular y taquicardia auricular multifocal.

**Caso clínico:** Neonato de 34 semanas de edad gestacional con PRN 2.740 g. Nace por cesárea urgente por sospecha de arritmia con Apgar 8/9 sin precisar reanimación. Desde el nacimiento comienza con distrés respiratorio e hipoxia que precisa oxigenoterapia y CPAP nasal. Comienza con inestabilidad hemodinámica e hipotensión arterial. Se detecta taquicardia con QRS estrecho irregular a una frecuencia variable entre 140-180 l.p.m. Se realiza ecocardiograma objetivándose disfunción ventricular con fracción de acortamiento del 18%, dilatación de aurícula derecha, asincronía auriculoventricular y presión pulmonar suprasistémica. Debido a la presencia de taquicardia supraventricular acompañada de compromiso hemodinámico, se decide cardioversión sincronizada a 1 J/kg en dos intentos sin ser efectiva. Ante la sospecha de taquicardia auricular multifocal, se administra un bolo de flecainida a 2 mg/kg con conversión a ritmo sinusal a los 5 minutos de la infusión. Posteriormente, se inicia perfusión continua a 2 mg/kg/h. Se observa mejoría hemodinámica con recuperación de la función ventricular. A las 12 horas de la administración de flecainida, el paciente comienza con taquicardia regular de QRS estrecho a 250 l.p.m. Ante la sospecha de taquicardia supraventricular por reentrada, se administra adenosina, visualizándose una actividad auricular continua sin línea isoeletrica a 250 por minuto compatible con flutter auricular con conducción 1:1. Ante la sospecha de un flutter auricular subyacente con disminución de la frecuencia auricular y aumento de la conducción AV por efecto de la flecainida se decide suspender la misma. A las pocas horas revierte a ritmo sinusal y, desde entonces, se encuentra asintomático desde el punto de vista cardiológico y sin recurrencia de ninguna de las arritmias. A posteriori se revisan los EKG previos identificándose rachas de flutter a 300 con conducción AV 2:1 junto con la TAM.

**Conclusiones.** Tanto la TAM como el FA son arritmias infrecuentes durante el periodo neonatal. Ambas pueden coexistir y está descrita la degeneración de la TAM a FA en adultos con patología pulmonar. Son causa de una importante morbilidad en el periodo agudo pero se observa un excelente pronóstico en el seguimiento a largo plazo, siendo muy raras las recurrencias en niños sin cardiopatía. La flecainida es eficaz en el tratamiento de la TAM (y a veces del FA) pero sus efectos sobre la conducción pueden ser perjudiciales para el FA.

**60. IMPORTANCIA DEL SOPLO INOCENTE EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.** Izquierdo Herrero E, Rellán Rodríguez S, Cobreros García P, García Saseta P, Abad Arevalillo S, Garrote Molpeceres R. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción:** Los soplos cardíacos constituyen una de las causas más frecuentes de derivación a la consulta de Cardiología Infantil, siendo los llamados "soplos inocentes o no patológicos" la mayoría de ellos. Para su diagnóstico es fundamental la historia clínica,

el examen físico y las técnicas complementarias como el electrocardiograma y, fundamentalmente, la ecocardiografía.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes de 0 a 14 años, citados en la consulta de Cardiología Infantil de enero a diciembre de 2010. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes que acuden por primera vez a dicha consulta. Se recogieron datos de filiación, antecedentes personales y familiares, datos de exploración física, electrocardiográficos y de ecocardiografía-doppler.

**Resultados:** Se registraron un total de 304 primeras visitas en la consulta de Cardiología Infantil en el periodo estudiado, correspondiendo el 69,7% de las mismas a un soplo detectado en revisión rutinaria dentro del programa de atención al niño sano desde los centros de Atención Primaria. Del total de pacientes estudiados por soplo cardíaco, 49% fueron mujeres y 51% varones. La mediana de edad fue de 21 meses (Pc 25-75: 4-62 meses) (53,3% menores de 2 años). Como diagnósticos más frecuentes se encontraron: soplo cardíaco inocente (corazón estructuralmente normal): 51,9%, foramen oval permeable: 30%, estenosis periférica de ramas pulmonares: 7,1%, valvulopatía: 4,3%, comunicación interventricular muscular: 2,4%, ductus arterioso y foramen oval permeable: 1,4%. En el análisis por edades, en menores de 2 años el diagnóstico fundamental correspondió a un foramen oval permeable (50,9%) (normal a esta edad), sin encontrarse hallazgos ecocardiográficos relevantes en el 23,2%. El soplo cardíaco inocente o no patológico, fue el diagnóstico más frecuente en la infancia-adolescencia (84,8%). En los antecedentes personales, el 7,6% eran prematuros de entre 31 y 36 semanas de gestación. En el 55,2% no se encontraron antecedentes familiares de interés. El 21,4% presentaba antecedentes cardiológicos en rama materna, el 10% en rama paterna, y el 4,3% en ambas ramas. La prevalencia de antecedentes de patología cardíaca en familiares de primer grado fue de un 5,2%.

**Conclusiones:** Los soplos constituyen el motivo más frecuente de consulta de Cardiología Infantil, siendo la ecocardiografía el método de elección para descartar patología cardíaca. En pacientes menores de 2 años, el diagnóstico más frecuente es el foramen oval permeable (normal a esta edad), mientras que en la infancia-adolescencia predominan los llamados soplos inocentes o no patológicos.

**61. REVISIÓN DE TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES PAROXÍSTICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.** Garrote Molpeceres R, Abad Arevalillo S, Pino Velásquez M, Rellán Rodríguez S, Benito Gutiérrez M, Pino Vázquez A. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción y objetivos.** Las taquicardias supraventriculares paroxísticas (TSVP) son arritmias que se originan por encima de la bifurcación del haz de Hiss, con una incidencia estimada de 1/1.000 niños. Es una de las arritmias más frecuentes en edad pediátrica, principalmente en lactantes menores de un año. A pesar de que suelen ser bien toleradas, tienen un amplio espectro clínico y frecuen-

temente requieren ingreso hospitalario en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), ya que pueden desencadenar arritmias malignas, insuficiencia cardíaca y miocardiopatía dilatada. La evolución a muerte oscila del 1% en pacientes con cardiopatía al 0,25% en los pacientes sin cardiopatía asociada. Por todo ello consideramos importante su estudio y correcto manejo clínico. Los objetivos de nuestro estudio fueron analizar las características clínicas de los pacientes ingresados en nuestra UCIP, así como el manejo terapéutico y la respuesta al mismo.

**Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo durante el año 2010, de todos los niños que ingresaron en el Servicio de UCIP con el diagnóstico de taquicardia supraventricular paroxística. Se realizó una revisión de las historias clínicas, así como del seguimiento efectuado en la consulta de Cardiología Infantil.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio ingresaron 5 pacientes con una ratio varón/mujer de 1,5. La edad media fue de 2 meses y 21 días (11 meses-1 día). En cuatro de los cinco pacientes la sospecha inicial fue una sepsis. La frecuencia cardíaca máxima media fue de 270 latidos por minuto (240-300). Solo un paciente refería antecedentes familiares de TSVP (en rama materna). Tres pacientes presentaron signos de insuficiencia cardíaca al ingreso con inestabilidad hemodinámica, dos de ellos precisaron cardioversión eléctrica. Se objetivó cardiopatía congénita asociada en dos casos (comunicaciones auricular y ventricular), produciéndose recurrencia de la TSVP en ambos, así como en otro no asociado a cardiopatía. Uno de los pacientes con cardiopatía requirió tratamiento mediante ablación con radiofrecuencia, pese a lo cual la TSVP recurrió. Se produjo un exitus entre los pacientes con clínica de insuficiencia cardíaca. Tras la instauración del tratamiento crónico ninguna TSVP ha recurrido.

**Conclusiones.** El manejo de las TSVP es fundamental en la urgencia pediátrica, teniendo presente que un lactante con taquicardia y mala perfusión no es siempre un shock séptico. Generalmente la TSVP es bien tolerada, pero si se prolonga en el tiempo los pacientes desarrollan una insuficiencia cardíaca que puede conducir a la muerte, de ahí la importancia de una actuación rápida en la urgencia, estableciendo lo antes posible un adecuado protocolo de tratamiento. Estas arritmias suelen tener buen pronóstico y desaparecer cuando debutan en pacientes por debajo del año de vida, sin embargo, un 20% de los casos persiste en la edad adulta.

**62. TAPONAMIENTO CARDÍACO NEONATAL TRAS UNA PERICARDITIS PURULENTA.** *García Saseta P, Rellán Rodríguez S, Cobreros García P, Izquierdo Herrero E, Abad Arevalillo S, Vázquez Martín S. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** El derrame pericárdico se define como el acúmulo de líquido en el espacio pericárdico cuya sintomatología es muy inespecífica y depende de la cuantía del mismo, pudiendo ocasionar un shock cardiogénico debido a un taponamiento cardíaco. Esta entidad es muy infrecuente en el periodo neonatal, y conlleva una mortalidad de hasta el 70%.

**Caso clínico.** Varón procedente de un embarazo gemelar monocorial y biamniótico. Carece de antecedentes familiares de interés. Parto a las 34+5 semanas de gestación mediante cesárea electiva por gemelaridad y oligoamnios. Segundo gemelo. Presentación podálica. Apgar 9/10. Peso al nacimiento 1.520 g (Pc < 10); Talla 40 cm (Pc < 10); Perímetro cefálico 30 cm (Pc 10-25). Se ingresa en periodo neonatal inmediato por prematuridad y bajo peso. Exploración física normal, acorde a su edad gestacional. Al ingreso se incubó, se cateteriza vena umbilical y se inicia tratamiento con Ampicilina y Gentamicina a dosis habituales. Pruebas complementarias realizadas al ingreso (Sistemático y bioquímica sanguínea, gasometría, radiografía de tórax, Ig M): normales. Hemocultivo extraído al ingreso negativo. Se inicia alimentación a través de sonda nasogástrica a las 24 horas de vida con buena tolerancia, suplementada con nutrición parenteral. Diuresis y tránsito intestinal normal. Al 4º día de vida presenta desaturación brusca y bradicardia severa, que precisa reanimación cardiopulmonar avanzada. Durante dichas maniobras se administra adrenalina, bicarbonato, calcio, atropina, expansiones con suero fisiológico, se realiza transfusión de hemoderivados y perfusiones de dopamina y dobutamina. Se añade al tratamiento Cefotaxima, Vancomicina y Amikacina a dosis habituales, previa extracción de hemocultivos, a pesar de lo cual se produjo el exitus a las 3 horas. En la radiografía de tórax realizada durante la reanimación se observa cardiomegalia y signos de edema pulmonar. En el hemocultivo creció un *Staphylococcus epidermidis*, siendo el cultivo de la punta del catéter estéril. En la necropsia se objetivó taponamiento cardíaco debido a un derrame pericárdico fibrino-purulento de 22 ml.

**Conclusiones.** El taponamiento cardíaco debido a una pericarditis infecciosa es excepcional en la edad pediátrica y más aun en el periodo neonatal. Al tener una presentación clínica tan inespecífica puede conllevar a un retraso en el diagnóstico, y con lo cual una elevada mortalidad que podría reducirse hasta un 8% con la sospecha ante cuadros de insuficiencia cardíaca aguda y parada cardiorrespiratoria, realizando una pericardiocentesis precoz acompañada de tratamiento antibiótico.

**63. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (HCUV).** *Abad Arevalillo S, Garrote Molpeceres R, Brezmes Raposo M, Rellán Rodríguez S, Etxebarria Urribarri JR, Sánchez Abuín A. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** El ductus arterioso persistente (DAP) es causa de gran morbilidad en niños prematuros. Afecta al 60% de los recién nacidos con peso inferior a 1.000 gramos. El tratamiento médico con ibuprofeno o indometacina se ha demostrado eficaz pero no está exento de efectos secundarios, aunque a veces es difícil precisar si éstos se deben a la medicación, al propio ductus o a la inmadurez del paciente.

**Primer Caso.** Mujer pretérmino de 26 semanas. Somatometría al nacimiento: Peso: 724 g (Pc 10-25), Talla: 29cm (Pc < 10). Parto

vaginal. A su ingreso se conecta a ventilación mecánica y se administra 1 dosis de surfactante. El 2º día de vida presenta soplo continuo y pulsos hiperdinámicos diagnosticándose ecográficamente de DAP de 3 mm. Ecografía cerebral normal. Tras corrección de trombopenia el 4º día se inicia tratamiento con ibuprofeno, repitiéndose segundo ciclo al 8º día por persistencia de DA. Al 10º día presenta shock séptico y enterocolitis necrotizante, precisando soporte inotrópico con dopamina y dobutamina. Tras mejoría del cuadro séptico sigue presentando DAP hemodinámicamente significativo con signos de insuficiencia cardiaca que se tratan con restricción de líquidos y furosemida. Se realiza cierre quirúrgico del DAP mediante doble clip al 50º día de vida. Mejoría clínica que permite suspender inotrópicos y extubación al 53º día de vida.

**Segundo Caso.** Varón pretérmino de 26 semanas. Somatometría al nacimiento: Peso: 1.000 g (Pc: 50-75), Talla: 36 cm (Pc: 50-75). Parto vaginal, intubado en paritorio. Traslado de otro centro. A su ingreso se conecta a ventilación mecánica y se administra 2ª dosis de surfactante. El 3º día de vida se objetiva DAP de 2 mm y se inicia tratamiento con ibuprofeno. Hemorragia intraventricular grado II derecha al 4º día. Extubación electiva el 6º día. A las 2 horas precisa reintubación por deterioro brusco, con clínica y radiología compatible con hemorragia pulmonar. En ecocardiografía persiste ductus con repercusión hemodinámica. Tras estabilización se administra 2º ciclo de ibuprofeno que se suspende tras la 2ª dosis por sospecha de enterocolitis necrotizante con perforación al 11º día, precisando ileostomía. A los 41 días de vida persiste DA de 3 mm indicándose cierre quirúrgico mediante doble clip. Extubación al 49 día de vida.

**Conclusiones.** El cierre quirúrgico del DAP en el RNPT se realiza en un 15-20% de casos. Algunos estudios han asociado el cierre quirúrgico con retinopatía severa, mayor incidencia de displasia broncopulmonar y problemas neurosensoriales, por ello actualmente se reserva para casos en los que no se ha producido el cierre del ductus tras dos o tres ciclos de tratamiento o cuando éste está contraindicado. La coordinación de los servicios de Cuidados Intensivos Pediátricos, Cirugía Pediátrica, Cardiología Pediátrica y Cirugía Cardíaca ha permitido que en el momento actual se operen los ductus arteriosos persistentes en el HCUV.

## SÁBADO 2 DE ABRIL. SALA C

**64. ENTEROPATÍA PIERDE PROTEÍNAS EN PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA.** *Izquierdo Herrero E, Rellán Rodríguez S, Cobreros García P, García Saseta P, Moreno Gómez E, Solís Sánchez P. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La enteropatía pierde proteínas es una entidad caracterizada por una pérdida excesiva de proteínas plasmáticas a través de la luz intestinal, como resultado de la progresión de diversas enfermedades gastrointestinales y extradigestivas. Es un hallazgo frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca derecha, sobre todo debida a diversas cardiopatías congénitas. A continuación pre-

sentamos el caso clínico de una enteropatía pierde proteínas secundaria a una insuficiencia cardiaca derecha en un paciente con cardiopatía congénita compleja.

**Caso Clínico.** Varón de 6 años 2 meses, sin antecedentes familiares de interés. En los antecedentes personales destacan: Hipoplasia de cavidades izquierdas (estadio II de Norwood), con disfunción ventricular e insuficiencia tricuspídea moderada. Implantación de stent en arteria pulmonar izquierda y subclavia izquierda, y cierre de colaterales a los 2 años 10 meses. Hipotiroidismo en tratamiento con Levothroid. No alergias conocidas. Calendario vacunal completo para su edad + vacuna antineumocócica heptavalente. Recibe tratamiento habitual con levotiroxina, captopril, ácido acético salicílico y furosemida. Ingresa por cuadro de dificultad respiratoria asociando edemas generalizados de varios días de evolución, de predominio matutino, que mejoran a lo largo del día. A la exploración física se objetiva cianosis central con edema palpebral bilateral, pretibial con fovea y en dorso de manos. Auscultación pulmonar: soplo sistólico 3/6. Aceptable entrada de aire bilateral, con crepitanes bibasales (en 2/3 inferiores) y alguna sibilancia espiratoria aislada. FR 25 rpm. Sat.O<sub>2</sub>: 80% (FiO<sub>2</sub> ambiente, SatO<sub>2</sub> basal 75-85%). Tiraje subcostal y supraesternal leve. Hepatomegalia de 2 cm. Entre las pruebas complementarias realizadas destacan: radiografía de tórax con hallazgos de infiltrado intersticial. Albúmina 2,8 mg/dl; transferrina 157 mg/dl; proteínas totales: 4 g/dl; calcio 7,6 mg/dl; alfa1 antitripsina en suero: 233 mg/dl, en heces: 2,19 mg/g. Recuento porcentual de subpoblaciones linfocitarias en rango normal. Tras instaurar tratamiento con perfusión de furosemida y albúmina al 20%, se produce una clara mejoría de los edemas y distrés respiratorio motivado por los mismos. Al alta se añade al tratamiento espironolactona oral, con evolución clínica favorable en los sucesivos controles, y sildenafilo previo a la 3ª cirugía (Fontan).

**Conclusiones.** La enteropatía pierde proteínas ocurre con frecuencia en pacientes con problemas cardíacos, y en variados trastornos gastrointestinales. Si bien es un hallazgo característico tras la operación de Fontan en pacientes cardiopatas, no es infrecuente en otras cardiopatías que cursen con insuficiencia cardiaca derecha. Un aumento de la concentración fecal de alfa-1-antitripsina o su aclaramiento, constituyen las principales pruebas diagnósticas, que se acompañan de hipoalbuminemia e hipoproteinemia entre otras. El tratamiento varía en función de la etiología que propicie el cuadro, siendo, en el caso de los pacientes cardiopatas, infusión de albúmina y diuréticos, fundamentalmente.

**65. EPISODIOS DE ATRAGANTAMIENTO COMO SÍNTOMA "CARDINAL" DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE.** *Moreno Duque LD, Fernandez Iglesias V, Garrido García E, Iglesias Blasquez C, Fernandez Hernandez S, Rodríguez Fernandez C. Complejo Asistencial de León.*

**Introducción.** La esofagitis eosinofílica (EE) es un trastorno inflamatorio crónico del esófago, de naturaleza inmunoalérgica con diagnóstico clinicopatológico, caracterizado por síntomas de tipo

reflujo, pero especialmente por disfagia e impactación de alimentos en asociación con biopsias esofágicas que revelen  $\geq 20$  eosinófilos intraepiteliales por campo de gran aumento en una o más biopsias. La mayoría de los pacientes con EE tienen una historia alérgica con asma bronquial, rinitis alérgica o eczema o tienen antecedentes familiares (AF) de atopía.

**Caso Clínico.** Paciente de 6 años remitida a consulta de digestivo infantil desde el servicio de urgencias por múltiples episodios de "atragantamiento" (en 4 ocasiones) durante ingesta de alimentos sólidos en los últimos seis meses. AF: Alergia alimentaria y asma en rama materna. Antecedentes Patológicos: Alergia alimentaria: marisco, cacahuete, pistacho. Alergia a las gramíneas. Múltiples episodios de Bronquitis espástica. En tratamiento con Flixotide®. Seguida en consulta de alergia infantil. Examen Físico: normal. Pruebas Complementarias: Hemograma: Leuc: 5.600/ml (N: 38% L: 42% M: 7,8% E: 10,9%). VSG: 2 mm. Bioquímica básica con perfil férrico: Normal, salvo Ferritina: 9,4 ng/ml. Ig E total: 93 UI/ml. RAST Positivo: marisco, cacahuete, pistacho. 1ª Gastroscopia (urgente): cuerpo extraño esofágico (aspecto de carne blanca) que con la insuflación se desplaza espontáneamente a estómago. Erosión esofágica superficial. 2ª Gastroscopia (Programada): Aspecto de esófago anillado y discreto punteado blanquecino en todo el trayecto. Biopsia de esófago distal: epitelio escamoso ampliamente infiltrado por eosinófilos, que en algunos puntos superan los 25 por campo de gran aumento, forman acúmulos y se desprenden hacia la luz.

**Comentarios.** La EE es una entidad patológica recientemente descrita, cuya prevalencia exacta no se conoce, aunque parece haber aumentado los últimos años. De allí la importancia de conocer sobre esta patología y tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial en casos cuya sintomatología coincida con la de nuestra paciente. El mecanismo fisiopatológico no está claramente descrito y se desconoce si se trata de una sensibilización de componente sistémico o si es una acción local desencadenada por la presencia de un inmunóalergeno. Es interesante señalar que se ha observado una asociación con la sensibilización de las vías respiratorias. Se precisa de mayor conocimiento sobre la EE para realizar diagnósticos precisos y asegurar un tratamiento efectivo.

**66. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA IG E MEDIADA EN LA PROVINCIA DE SEGOVIA.** *Hernández Macho B, Santana Rodríguez C, Castrillo Bustamante S, García Blázquez L, Moraleda Redecilla C, Ortega Casanueva C. Hospital General de Segovia.*

**Objetivo.** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) Ig E mediada en nuestra provincia, describir la evolución natural de la enfermedad, así como la posible relación del biberón esporádico de fórmula de inicio como factor de riesgo.

**Material y Métodos.** Estudio epidemiológico, observacional y retrospectivo, basado en el registro de datos de las historias clínicas de los niños que consultaron por sospecha de APLV durante un

periodo de cuatro años, y registros de prescripción de fórmulas lácteas especiales como fuente secundaria. Seguimiento de estos niños durante un periodo de seis años.

**Resultados.** Consultaron 72 niños de los cuales 47 fueron diagnosticados finalmente de APLV IgE mediada (65,28%). De estos 47 casos, el 96% recibió lactancia materna exclusiva de inicio. La media del periodo de lactancia materna exclusiva fue de 4,38 meses (rango de 0-8 meses). La media de edad de comienzo de los síntomas fue a los 4,53 meses (rango de 0-11 meses). En un 93% de los casos, los síntomas iniciales fueron cutáneos. Tras la primera toma el 66%. El 94% desarrolló los síntomas de forma inmediata. Un 50% de estos niños ha desarrollado otras alergias alimentarias, 40% de ellos al huevo. Se objetivó administración de biberón esporádico de fórmula de inicio en un 77% de los lactantes, en los primeros días de vida o a lo largo de los primeros meses. A los seis años desarrollaron tolerancia a las proteínas de leche de vaca un 72% de los niños (34 casos) a una edad mediana de 24 meses (rango 5-72 meses). Sólo el 25% toleró después de los 32 meses de edad.

**Conclusiones.** La incidencia de APLV en la provincia de Segovia en el periodo 2001-2004 fue de 0,91%. La forma de presentación fue característica, destacando los síntomas cutáneos y de inicio inmediato. Los pacientes que desarrollan tolerancia lo hacen en la mayoría de los casos antes de los 3 años de edad. El hecho de haber recibido uno o más biberones esporádicos parece un posible factor de riesgo para el desarrollo de APLV.

**67. IMPACTACIÓN ALIMENTARIA ESOFÁGICA EN NIÑOS.** *Montalvo Ávalos C, Vega Mata N, López López AJ, Granell Suarez C, Gómez Farpón A, Alvarez Muñoz V. Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción y Objetivos.** La impactación alimentaria (IA) se produce cuando un bolo de comida se aloja en esófago y no progresa, diagnosticándose por la clínica de disfagia brusca tras la ingesta. Es más frecuente en adultos con patología esofágica siendo raro en niños. Se pretende identificar las características clínicas de los niños con impactación alimentaria para definir mejor el problema en la población pediátrica.

**Método.** Se ha realizado una revisión retrospectiva de los niños (de 0 a 14 años) con IA diagnosticados en un hospital de tercer nivel, entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2010.

**Resultados.** Se recogieron 20 casos, de los cuales 13 eran varones y 7 mujeres. La edad media fue de 7 años encontrando diferencias estadísticamente significativas entre mujeres (edad media 4 años) y varones (edad media 9 años), siendo la edad media de las mujeres menor (p valor 0,028). Sólo 7 de los pacientes tenían algún antecedente siendo el asma el más frecuente. De los 20 casos 4 habían sido intervenidos previamente (todos por atresia de esófago) y habían requerido desimpactación en varias ocasiones, así como dilataciones esofágicas. En lo referente a la clínica el 50% de los casos tenían disfagia como síntoma principal y en un 25% de los casos presentaban vómitos. El diagnóstico en 12 casos fue mediante eso-

fagograma y en 7 casos se diagnosticó por endoscopia que a la vez fue terapéutica. El alimento que más se impactó fue la carne. En 17 pacientes la desimpactación se realizó mediante esofagoscopio y, sólo 3 se desimpactaron de forma espontánea. Se tomó biopsia en 8 de ellos siendo diagnóstica de esofagitis eosinofílica (6 casos) y de esofagitis cáustica (2 casos). Los casos diagnosticados de esofagitis eosinofílica tenían antecedentes de asma, atopia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca; éstos pacientes recibieron tratamiento médico tras la desimpactación.

**Comentarios.** La IA es poco frecuente en los niños, la mayoría de los casos no tienen ninguna patología que la justifique, siendo la más importante la esofagitis eosinofílica; para llegar al diagnóstico de la misma es necesaria la biopsia. La IA se diagnostica clínicamente y requiere de esofagoscopia como técnica diagnóstico-terapéutica, siendo importantes los antecedentes quirúrgicos de patología esofágica (atresia esófago) y los episodios de recurrencia.

**68. METAHEMOGLOBINEMIA TRANSITORIA SECUNDARIA A UNA INTOLERANCIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA.** *González Sánchez M, De Juan Álvarez A, Sariego Jamarido A, González Jiménez D, Jiménez Treviño S, Concha Torre A. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Antecedentes.** La metahemoglobinemia se produce cuando el grado de oxidación del hierro del grupo hemo supera a los mecanismos reductores. Los lactantes de corta edad son más sensibles a este proceso, debido a la inmadurez de estos mecanismos. La etiología es variable, incluye factores genéticos, dietéticos, idiopáticos y exposición a diferentes agentes oxidantes. El tratamiento de elección es el azul de metileno intravenoso. Presentamos un caso de metahemoglobinemia secundaria a una intolerancia a las proteínas de leche de vaca.

**Caso clínico.** Paciente varón de un mes de vida que acude al servicio de urgencias por cuadro de diarrea de varios días de evolución, que asocia vómitos en las últimas 48 horas. Se constata pérdida de peso del 10%. Como antecedentes personales, el niño presentó deposiciones diarreicas durante los primeros 15 días de vida, que mejoraron tras la introducción de una fórmula hidrolizada. Posteriormente, se reintroduce la fórmula adaptada y comienza de nuevo con el cuadro de diarrea. A su llegada a urgencias, presenta mal estado general, cianosis, palidez cutánea, aspecto distrófico y signo del pliegue positivo. La auscultación pulmonar y la exploración abdominal no muestran hallazgos patológicos. Precisa oxigenoterapia suplementaria a 1,5 lpm para mantener saturaciones de oxígeno en torno a 95-96%. Se realiza bioquímica y gasometría venosa. Se constata una acidosis mixta (pH 7,21, pCO<sub>2</sub> 50 mmHg, bicarbonato 20 mmol/L, exceso de bases -7,9 mmol/L) y una elevación de la proteína C reactiva (3,93 mg/dl), siendo la procalcitonina normal (0,19 ng/ml). Destaca un valor de metahemoglobina de 19,4%. Ante estos hallazgos, se decide ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Se administra una dosis de azul de metileno intravenoso (1 mg/kg) y se realiza una corrección de la deshidratación en

24 horas, previa expansión volumétrica. El paciente presenta una evolución satisfactoria, disminuyendo el valor de metahemoglobina en controles posteriores: 1,7% y 0,9%, a las 12 y 48 horas respectivamente. A las 6 horas de ingreso, se reintroduce la alimentación enteral con una fórmula hidrolizada, ante la sospecha de una intolerancia a las proteínas de leche de vaca. Mejoría progresiva de las deposiciones. Los coprocultivos resultan negativos. El paciente es dado de alta a las 72 horas del ingreso, manteniendo la fórmula hidrolizada. Es controlado posteriormente en la consulta de Gastroenterología Infantil, donde se completan estudios solicitando un RAST y un prick-test a las proteínas de leche de vaca, que resultan negativos. El niño muestra una recuperación pondero-estatural en los sucesivos controles. A los 6 meses, se decide reintroducción de la fórmula adaptada normal, sin incidencias. Es dado de alta de la consulta de Gastroenterología Infantil a los 18 meses.

**Comentarios.** La cianosis que no mejora tras administración de oxígeno puede ser secundaria a una metahemoglobinemia. Esta entidad se ha descrito como una complicación poco frecuente de una enterocolitis por intolerancia a las proteínas de leche de vaca. Es importante conocer las formas de presentación, las causas y el tratamiento de la metahemoglobinemia, ya que se trata de una entidad que puede conllevar la muerte del paciente.

**69. PACIENTE FRECUENTADOR EN LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS POR DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.** *Sancho Gutiérrez R, García Valle E, Palacios Sánchez M, Benito Fernández S, Guerra Díez L, Álvarez Granda L. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Antecedentes.** El dolor abdominal persistente en pacientes en los que se ha realizado una intervención quirúrgica constituye un motivo de consulta frecuente y se acompaña de un componente de ansiedad importante por el miedo a la reintervención y/o presencia de complicaciones. Se presenta un caso clínico de paciente con episodios de dolor abdominal intermitente y recurrente tras apendicectomía.

**Caso Clínico.** Paciente de 9 años con dolor abdominal difuso recurrente y continuo que requiere valoración en múltiples ocasiones en la Unidad de Urgencias de Pediatría. Apendicectomizado hace dos años e ingreso hospitalario hace un año por abdominalgia y vómitos. Diagnosticado de suboclusión: es intervenido de brida de epiplon derecho. Asocia pérdida ponderal. Realizada varias ecografías, tránsito intestinal y estudio analítico normal. Controlado en la consulta de gastroenterología infantil. Test ureasa positivo; administrado triple terapia antibiótica. Asocia componente emocional importante.

**Comentarios.** El dolor abdominal postintervención constituye una entidad independiente dentro del dolor abdominal recurrente que implica un alto coste sanitario, puesto que en ocasiones precisa realizar estudios complementarios y estancias hospitalarias de forma repetida.



**70. TRATAMIENTO DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO EN INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI.** De Lamas C, Torres Peral R, Grande Benito A, de Manueles Jiménez J, Rodríguez San Cristóbal G. Hospital Universitario de Salamanca.

**Introducción.** La incidencia de resistencia a las terapias tradicionales destinadas a la erradicación de *Helicobacter pylori* aumenta año tras año. Esto hace que proliferen multitud de estrategias terapéuticas con fármacos de uso infrecuente en pediatría entre las que se encuentra la triple terapia basada en el uso de quinolonas. Pese a que existen evidencias de buena respuesta en la erradicación de *Helicobacter* con terapias de rescate con Levofloxacin los casos publicados sobre la experiencia con este principio activo en pacientes pediátricos es escasa.

**Material y Métodos.** Revisión de historias clínicas de pacientes tratados en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario de Salamanca con terapia de rescate basada en Levofloxacin para la erradicación de *Helicobacter pylori* entre 2008 y 2010. Se recogieron datos demográficos, clínicos, métodos diagnósticos y respuesta al tratamiento prescrito medido por determinación de test del aliento con Urea-C13. Todos los pacientes recibieron tratamiento con triple terapia con Levofloxacin 500 mg c/12 h, Amoxicilina 1 g c/12 h y Omeprazol 20 mg c/12 h durante 10 días.

**Resultados.** Se obtuvieron datos de 14 pacientes tratados con la pauta de Levofloxacin (8 varones/6 mujeres) con una edad

media de 11,12 años (7,09-14,51). Con respecto a la presentación clínica, el síntoma más frecuente fue la epigastralgia (8 pacientes); otros síntomas fueron: halitosis (2), dolor abdominal (2), ferropenia (1), dispepsia (1), ileitis (1) y reflujo gastroesofágico (1). El diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* fue realizado por test del aliento con Urea-C13 en 12/14 pacientes y por endoscopia digestiva alta con tomas de biopsia intestinal en 6/14. En los 6 pacientes en los que se visualizó el germen en las muestras de anatomía patológica no pudo aislarse mediante cultivo. Las lesiones anatomopatológicas correspondían a gastritis crónica en los 6 pacientes, no apreciándose lesiones ulcerosas en ninguno de ellos. Previamente habían recibido una media de 1,57 ciclos de tratamiento (1-3). Los ciclos de tratamiento anteriores fueron: CAO (14), MAO (4), Cuadruple (2), Secuencial (2). Se produjo respuesta medida por negativización de test del aliento en 57% de los pacientes. No se objetivaron efectos secundarios durante el periodo de tratamiento.

**Conclusiones.** La respuesta de la infección por *Helicobacter* a la triple terapia basada en Levofloxacin alcanza una razonable efectividad teniendo en cuenta que se utiliza como terapia de rescate, comparable a las respuestas publicadas en pacientes adultos. Aunque el escaso tiempo de seguimiento no ha hecho posible establecer la ausencia de una teórica afectación del crecimiento de nuestros pacientes el tratamiento con Levofloxacin se ha demostrado seguro en el paciente pediátrico en otras circunstancias diferentes a la infección por *Helicobacter*.