

## Comunicaciones Orales

VIERNES 6 DE NOVIEMBRE, SALA FELIPE II

**C-1. DISFAGIA PARA SÓLIDOS COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA.** *A. Vivanco Allende, L. Miñones Suárez, D. González Jiménez, S. Jiménez Treviño, J.J. Díaz Martín, C. Bousoño García. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** La esofagitis eosinofílica es un proceso inflamatorio crónico caracterizado por la infiltración de eosinófilos en la mucosa esofágica. Los síntomas son similares a los de la enfermedad por reflujo gastroesofágico e incluyen la presencia de vómitos, regurgitación, dolor, disfagia y episodios de atragantamiento. Es más frecuente en varones y pueden presentar antecedentes de alergia alimentaria, dermatitis atópica o asma.

Presentamos el caso de un niño que presenta episodios de atragantamiento como única manifestación de esofagitis eosinofílica.

**Caso clínico.** Niño de 6 años de edad que tras la ingesta de alimento sólido (atún) refiere sensación de atragantamiento acompañado de náuseas, sialorrea y tos. Refería episodios aislados similares tras la ingesta de sólidos, desde hacía dos años, aunque su frecuencia había aumentado en los últimos meses. Tras descartar broncoaspiración mediante una radiografía de tórax en inspiración y espiración y patología de la vía aérea superior mediante una laringoscopia indirecta, se realizó tránsito gastrointestinal, que mostró defectos de repleción en el tercio medio. En la endoscopia digestiva alta, se visualizaron anillos concéntricos, traquealización esofágica, signo de la nevada y erosiones longitudinales. El estudio histológico de la muestra mostró un conteo mayor de 40 eosinófilos por campo, confirmando el diagnóstico de esofagitis eosinofílica. Así mismo, se demostraron niveles elevados de Ig E específica para leche de vaca. Tras iniciar tratamiento con fluticasona deglutida y montelukast oral, se consiguió remisión clínica del cuadro.

**Conclusiones.** Aunque la esofagitis eosinofílica es una entidad poco frecuente, debe sospecharse en aquellos pacientes con disfagia selectiva para alimentos sólidos o reflujo gastroesofá-

gico refractario al tratamiento médico y con antecedentes de atopia o asma.

Ante la sospecha clínica de esta entidad debe realizarse endoscopia digestiva alta y toma de biopsias para confirmar el diagnóstico.

Una dieta de exclusión en los casos en los que se demuestre una alergia alimentaria y el tratamiento con corticoides tópicos o sistémicos suele conseguir una remisión del cuadro.

**C-2. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA COMPOSICIÓN DIETÉTICA ENTRE ENFERMOS CELÍACOS Y CONTROLES SANOS.** *P. Cobreros García, C. Calvo Romero, J.M. Marugán de Miguelsanz, M. Alonso Franch, E. Izquierdo Herrero, P. García Saseto. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La enfermedad celíaca es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, y afecta a 0,5 por cada 100 niños, aunque la existencia de distintas formas clínicas (silente, oligosintomática) nos hagan pensar en una infravaloración de su prevalencia. Su tratamiento consiste en una dieta exenta de gluten de manera permanente, con ausencia por tanto en la alimentación de los principales cereales existentes, lo que podría llevar a consecuencias nutricionales a medio y largo plazo.

**Objetivos.** Averiguar si existen diferencias en la composición dietética entre la alimentación de los enfermos celíacos y un grupo de controles sanos.

**Pacientes y métodos.** Estudiamos a 27 pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca por los criterios ESPGHAN, con un rango de edad de 2 a 69 años, y que cumplen una dieta definitiva exenta de gluten. Incluimos a otros 27 pacientes sanos pareados por edad y sexo con aquéllos. El análisis de la dieta se realiza por un método cuantitativo como es una encuesta prospectiva de 3 días, realizando el promedio de los mismos para cada sujeto.

**Resultados.** En ambos grupos se observa una elevada ingesta calórica, proteica y lipídica, así como pobre en hidratos de carbono. En el estudio comparativo se observó un mayor consumo en proporción de hidratos de carbono, un menor consumo en cantidad absoluta de grasa, una mayor ingesta de fibra y menor

ingesta de vitamina B6 y cinc en el grupo de los enfermos celíacos; no se observaron diferencias significativas en el resto de los macro y micronutrientes. Finalmente, se analizaron las variables colesterol y porcentaje de grasa saturada en la dieta, que resultaron en límite alto de lo recomendado en el caso del colesterol, y por encima de las recomendaciones en el caso de la grasa saturada, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

**Conclusiones.** A pesar de los lógicos distintos hábitos dietéticos de los enfermos celíacos, la dieta exenta de gluten tiene una composición similar a la de los controles, por lo que el riesgo nutricional de la misma, prolongada en el tiempo, no parece mayor que el de la población general.

**C-3. LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA. CAUSA POCO FRECUENTE DE ENTEROPATÍA PIERDE PROTEÍNAS.** *I. Alía Arroyo, P. García Gutiérrez, E. Gallego Matey, J.M. Marugán de Miguelsanz, C. Calvo Romero, H. Borrego Pintado\**. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. \*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La linfangiectasia intestinal es una rara entidad que se manifiesta como una enteropatía pierde proteínas con eliminación intestinal crónica de proteínas, grasas e inmunoglobulinas. Puede ser primaria o secundaria a enfermedades cardíacas, tras intervención de Fontan, o por obstrucción o lesión linfática. Presentamos el caso de un niño diagnosticado de una forma primaria, con evolución favorable con tratamiento dietético.

**Caso clínico.** Varón de 22 meses y 17 días que acude a la consulta de Nutrición Infantil por presentar diarrea crónica desde los tres meses de edad y edemas palpebrales. Antecedentes personales: sensibilización a proteínas vacunas (RAST a leche de vaca y betalactoglobulina positivo), diagnosticado a los seis meses de edad y en tratamiento con fórmula semielemental, sin cambios. Dermatitis atópica. Peso: 11,350 kg (Pc25); Talla: 83 cm (Pc 25). En la exploración física destaca edema palpebral bilateral leve y distensión abdominal. En la analítica sanguínea: hipoproteinemia (3,4 g/L), hipoalbuminemia (1,9 g/dl), hipocalcemia (7,3 mEq/L). Ig G: 257 mg/dl; Ig A: 31 mg/dl; Ig M: 35 mg/dl. Se descarta proteinuria. Alfa-1-antitripsina fecal: 4,72 mg/g (valor normal <0,3), alfa glicoproteína ácida: 120. Serología enfermedad celíaca: negativa. Biopsia intestinal: vellosidades ligeramente ensanchadas y acortadas, ectasia de linfáticos en puntas. No se aprecia infiltrado inflamatorio. Compatible con linfangiectasia intestinal. Biopsia de mucosa gástrica: normal. Tras el diagnóstico se inicia tratamiento con dieta hipograsa y rica en MCT, con suplementos de vitaminas liposolubles, observándose una rápida mejoría clínica.

**Conclusión.** La enteropatía pierde-proteínas plantea un diagnóstico diferencial extenso, incluyendo lesiones inflama-

torias de la mucosa, como la alergia alimentaria. Una falta de hallazgos compatibles y de respuesta a la terapia instaurada debe llevarnos a descartar procesos más infrecuentes, como en nuestro caso.

**C-4. EPIDEMIA DE ROTAVIRUS 2009 EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA.** *A.B. Pérez Santos, C. Naharro Fernández, A. Orizaola Ingelmo, L. Hurtado Barace, M.T. Leonardo, M. Pumarada. H. Marqués Valdecilla. Santander.*

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y medidas terapéuticas de la epidemia de rotavirus de 2009, en una unidad de corta estancia (UCE) de un servicio de urgencias pediátricas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las historias de los pacientes ingresados en dicha unidad, durante el periodo comprendido entre el 15 de diciembre de 2008 y el 15 de marzo de 2009 y que presentaron una determinación positiva para rotavirus en heces.

**Resultados.** Se ingresaron un total de 96 niños con esas características, lo que supuso el 23% de los ingresos en dicha unidad. La edad media fue de 17 meses (rango 45 días- 4,6 años). Hasta 47 pacientes (48,9%) presentaron alguna alteración electrolítica, en el equilibrio ácido-base o en la glucemia. Ésta fue inferior a 70 mg/dl en 46 niños e inferior a 50 mg/dl en 11(11,4%). Los pacientes con alteraciones del sodio fueron 20, presentando 15 hipernatremia y 5 hiponatremia. 47 pacientes estaban acidóticos, con un bicarbonato inferior a 18 mmol/L y 37 (38,5%) tenían un exceso de bases superior a -10 mmol/L. La urea fue superior a 50 mg/dl en otros 15 niños. Se procedió a rehidratar mediante sonda nasogástrica a 35 pacientes, siendo el resto rehidratados intavenosamente. Dos niños presentaron convulsiones asociadas a rotavirus. El tiempo máximo de ingreso fue de 2 días, con una media de 36 horas. 5 pacientes reingresaron (5,2%) y sólo uno de ellos pasó a la planta.

**Conclusiones.** La infección por rotavirus sigue siendo un problema importante en nuestro medio. La UCE se muestra como un lugar adecuado para su ingreso y tratamiento. La rehidratación por sonda nasogástrica se mostró tan segura como la parenteral.

Es de esperar un descenso en la incidencia de la próxima epidemia en 2010, tras el aumento de la tasa de vacunación.

**C-5. INGRESOS ORIGINADOS POR GASTROENTERITIS AGUDA VÍRICA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN (2005-2008).** *M.L. Fernández Pérez<sup>1</sup>, J. M. Marugán de Miguelsanz<sup>2</sup>, V. Recio Pascual<sup>1</sup>, A. Jiménez González<sup>1</sup>, S. Lapeña López de Armentia<sup>1</sup>, I. Ledesma Benítez<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Complejo Asistencial de León, Servicio de Pediatría, León. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario, Servicio de Pediatría, Valladolid.

**Introducción.** La gastroenteritis aguda (GEA) es la segunda causa de hospitalización y consulta médica en menores de 5 años en países desarrollados. La causa más frecuente de GEA en esta edad son los virus, entre ellos es el rotavirus el que se presenta con mayor frecuencia.

**Materiales y métodos.** Se realiza un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, en el que se revisaron los casos de GEA de origen vírico ingresados en el servicio de Pediatría del Complejo Asistencial de León desde el año 2005 al 2008, ambos inclusive. Se incluyeron los pacientes menores de 5 años ingresados con diagnóstico al alta de GEA de origen vírico. Se estudiaron virus en heces por técnicas inmunocromatográficas para rotavirus, adenovirus y astrovirus. El análisis estadístico se realiza con el programa Microsoft Excel 2007 para Windows® y el Epidat 3.1® considerándose significativo un valor de p inferior a 0,05.

**Resultados.** Durante el período de estudio, 504 pacientes menores de 5 años ingresaron por GEA, el 51% eran varones. La edad media 19,25 m (DS= 14). Se realiza estudio de virus en heces en 384 pacientes con resultados positivos para virus en el 36% de los casos. En el 84% de los resultados positivos se debieron a rotavirus seguido por el adenovirus en el 8%. En los meses más fríos del año se concentraron mayor número de ingresos y con mayor frecuencia se diagnosticó gastroenteritis aguda vírica, sobre todo por rotavirus ( $p=0,000$ ). Los niños menores de 15 meses presentan más riesgo de ingresar por una gastroenteritis vírica ( $p=0,02$ ). El adenovirus se presenta con más frecuencia en los varones ( $p=0,03$ ), en el resto de los virus no se han encontrado diferencias con respecto al sexo. La estancia media fue de 3,55 días (DS: 2), siendo mayor para los niños menores de 15 meses ( $p=0,015$ ). En los años 2006 y 2008 se produjeron menor número de ingresos por rotavirus que en el año 2005 ( $p=0,003$  y  $p=0,006$  respectivamente) aunque no se pudo demostrar una disminución en la estancia media.

**Conclusiones.** Los virus son los agentes etiológicos más frecuentes en los ingresos debidos a GEA en menores de 5 años, en nuestro medio suponen 1 de cada 6 ingresos en este rango de edad. Son de predominio invernal, la mayoría debidas a rotavirus y se observa un leve descenso en el número de ingresos en el año 2008.

**C-6. INGRESOS POR GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS: REVISIÓN CLÍNICO-EPI-DEMIOLÓGICA.** P. García Saseto, E. Izquierdo Herrero, Y. Barreñada Sanz, P. Cobreros García, I. Alía Arroyo, P. Solís Sánchez. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción y objetivos.** El rotavirus es el agente más prevalente en la diarrea aguda en la infancia e infecta prácticamente a todos los niños en los primeros 4 años de edad. Es el

más frecuente en los niños que precisan hospitalización por gastroenteritis y el principal causante de diarreas nosocomiales en los servicios hospitalarios. En este estudio analizamos las características clínicas, epidemiológicas, clínicas y manejo terapéutico de los pacientes menores de 14 años ingresados con el diagnóstico de gastroenteritis aguda por Rotavirus.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo desarrollado a través de la revisión de las historias clínicas e informes de alta de todos los pacientes menores de 14 años, ingresados con el diagnóstico de gastroenteritis aguda por Rotavirus, en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, durante el periodo comprendido entre mayo de 2006 y mayo de 2009. Las variables analizadas fueron datos de filiación, días de hospitalización, ambiente epidémico, infección nosocomial, estado de vacunación, otros diagnósticos al alta, sintomatología, datos analíticos y microbiológicos, pruebas complementarias realizadas y tratamientos recibidos.

**Resultados.** Durante el período de estudio ingresaron 176 pacientes con el diagnóstico de gastroenteritis por Rotavirus. La infección por Rotavirus fue más frecuente en varones con una edad media de 14,2 meses (Máx 11 a 9 m y Mín <1 m). La duración media de la hospitalización por gastroenteritis por Rotavirus fue de 4,16 días (Máx 14 días, Mín 1 día). Existe un predominio estacional, siendo más frecuente entre los meses de noviembre a febrero. En el 96% de nuestra población de estudio al diagnóstico existía fiebre, vómitos y/o diarrea. En más del 20% de los pacientes se asocia a infecciones respiratorias y otitis media aguda. En un 4,2% se observó coinfección con *Campylobacter*. Como técnicas de rehidratación se emplearon NEDC (33,7%), sueroterapia (10%), ambos (20,5%) y oral (5,4%), sin existir grandes diferencias en cuanto a días de estancia hospitalaria (4,2 días, 3,6 días, 4,9 días y 3,3 días respectivamente).

**Conclusiones.** Las gastroenteritis por Rotavirus afectan sobre todo a varones con una edad media de 14 meses. Tienen un predominio estacional, siendo más frecuentes durante los meses de noviembre a febrero. Suponen un motivo de ingreso frecuente en la edad pediátrica y con ello un alto coste económico y social que podría reducirse considerablemente con la administración de la vacuna específica entre los 2 y 6 meses de edad.

**C-7. RETRASO DEL CRECIMIENTO Y DE LA PUBERTAD EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA.** I. Mulero Collantes, B. González García, A. Sánchez García, L. González Martín, V. Puer-  
tas Martín, J.C. Hernando Mayor. H. Universitario del Río Hortega. Valladolid.

**Introducción.** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología emergente en pediatría. El retraso en el creci-

miento y la pubertad es una característica de dicho trastorno en la población pediátrica, y por ello deben alertar al médico toda vez que sucedan.

**Objetivo.** Presentar un caso de enfermedad de Crohn sin manifestaciones digestivas, en un varón de 14 años, con retraso ponderoestatural e hipogonadismo hipogonadotropo.

**Caso clínico.** Varón de 13 a 11 m visto en consulta por detención del crecimiento y ausencia de desarrollo puberal de 2 años de evolución. Desde entonces febrícula vespertina, sin clínica digestiva, respiratoria o genitourinaria. Ingesta normal. No artritis o artralgiás.

A.F.: Padre VIH +, ADVP. Madre sana. Talla madre: 155 cm, menarquía 11 a 6 m. Talla padre 180 cm, "tardano". Hermano de 16 años (talla 182 cm).

A.P.: 2º/2. PRN 3.000 g, TRN 50 cm. Ingreso a los 12a 4m por febrícula vespertina diaria durante 15 días, astenia e hiporexia con diagnóstico de síndrome febril sin tipificar y ferropenia (sideremia 31 µg/dl y ferritina 38,5 ng/ml). Resto de estudios normales.

Exp. física: Peso 34,2 kg (<P3) (+1,2 kg en 21 m). Talla 144 cm (igual que a los 12 a 4 m). TA 98/61. FC 71 lpm. Sat.O<sub>2</sub> 99%. T<sup>3</sup> 38°C. Glasgow 15. Palidez piel y mucosas. No adenopatías. ACP y abdomen normal. EEII: no edemas ni signos de flebitis. Lesión descamativa en cara externa del tobillo dcho. Armónico, testes 3-4 cc, P1, no axilarquia. Se diagnostica de RCCD vs. hipogonadismo. Ante empeoramiento clínico, se ingresa para nuevo estudio con 14 a 9m.

- Hemograma y coagulación: plaquetas 806.000/µl, resto normal. Hemocultivo negativo.
- Bioquímica básica normal. Ácido fólico 3,7, ferritina 37 ng/ml, transferrina 169 (200-350), prealbúmina 12 (20-40), vitamina B12 1157. Proteínas totales 6,5 g/dl: albúmina 2,2 g/dl. Proteinograma compatible con proceso inflamatorio. PCR 39 mg/dl, VSG 26/39 mg/dl.
- Igs y complemento normales. ANA, Ac. antitransglutaminasa, Mantoux y serologías negativos.
- Hormonas: TSH 4,61, T4L 1,24, cortisol 10,2, FSH 2,7, LH 0,4, Testosterona 29, PRL 6,5, IGF1 99 (185-448), IGFBP3 3,2 (1,9-6,4). Test de GH tras insulina normal.
- RM hipófisis y cerebral, ecocardiografía y Rx tórax normales. Eco abdominal: alguna adenopatía, resto normal. Rx EO: 12 a 6 m. Tránsito intestinal: en últimas asas de íleon zonas de estenosis alternando con dilataciones, alteración de pliegues. Pseudodivertículos en el borde antimesentérico. Algún segmento de íleon con mucosa en empedrado (compatible con Crohn).
- Colonoscopia: fragmento de mucosa de íleon terminal y de colon derecho con signos de inflamación granulomatosa y ulcerada compatible con el diagnóstico clínico de E. Crohn. Se diagnostica de E. de Crohn, y de acuerdo con los valores de IGF-1 y enlentecimiento en la velocidad de crecimiento,

de "hipocrecimiento + hipogonadismo hipogonadotropo funcional secundario a enfermedad crónica". Mejoría clínica y analítica tras inicio del tto+suplementos nutricionales.

**Conclusión.** 1) Prestar atención a las enfermedades sistémicas ante un retraso del crecimiento y puberal. 2) No descartar cuadros de EII en ausencia de clínica digestiva. 3) Aumento progresivo del diagnóstico de EII en la edad pediátrica.

VIERNES 6 DE NOVIEMBRE, SALA LUIS DE MERCADO

**C-8. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y ANTROPOMÉTRICAS DE UNA POBLACIÓN DE NIÑOS CON OBESIDAD.** *M. Tríguez García, P. Cobreros García, P. García Saseta, P. Bahillo Curieses, F. Hermoso López, M.J. Martínez Sopena. Servicio Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** En las últimas décadas hemos asistido a un incremento exponencial de la obesidad infantil. El uso de estándares de referencia para la clasificación de la obesidad, permite detectar la población afecta e instaurar medidas preventivas y terapéuticas, para disminuir las diferentes comorbilidades que ésta conlleva.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo realizado durante el año 2008. Se incluyen todos pacientes menores de 18 años valorados en las consultas de Endocrinología Infantil, a las cuales fueron remitidos por obesidad. Se excluyen obesidades sindrómicas. Se recogen datos clínicos relevantes y se realiza estudio antropométrico. Para la valoración de la obesidad se utilizó el IMC (tablas de Cole, estudio español transversal 2008, estudio longitudinal de crecimiento Orbeagozo), el índice nutricional de Shukla y el perímetro abdominal. Para la valoración de la talla se utilizaron las gráficas del estudio transversal de 2008 y del estudio longitudinal de la Fundación Orbeagozo.

**Resultados.** Se estudiaron 100 niños de edades comprendidas entre los 5 y los 18 años, el 93% de los cuales son españoles, con una ratio niño/niña 0,78. En el 12% de nuestra población existen antecedentes familiares de diabetes tipo 1 y en el 66% de diabetes tipo 2. En el 4% existen antecedentes de alteraciones del metabolismo lipídico y en el 15% de patología cardiovascular. El IMC de los padres fue superior a 25 kg/m<sup>2</sup> en más de la mitad de la muestra. La somatometría al nacimiento fue adecuada en la práctica totalidad. El 17% de nuestra población son alérgicos ambientales y el 8% asmáticos. Respecto a la valoración antropométrica el 100% son obesos cuando utilizamos las tablas de Orbeagozo, mientras que sólo el 68% son obesos según el estudio español transversal de 2008, el 82% según las tablas de Cole y el 96% según el índice nutricional. El perí-

metro abdominal superó el percentil 97 en la práctica totalidad de la muestra (96,5%). La DS media de la talla según las tablas de Orbegozo fue +0,92 en niños y + 1,25 en niñas, mientras que cuando utilizamos las tablas nacionales de 2008, la DS media de la talla en niños fue +0,32 y en niñas + 0,74.

**Conclusión.** 1) Existen diferencias significativas en la valoración del grado de obesidad según las referencias utilizadas. 2) En un importante porcentaje de pacientes obesos existen antecedentes familiares de obesidad y de diabetes.

**C-9. CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA FRENTE A LA OBESIDAD EN ASTURIAS Y CASTILLA Y LEÓN.** D. Pérez Solís<sup>1</sup>, A. Cano Garcinuño<sup>2</sup>, J.J. Díaz Martín<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, Hospital San Agustín, Avilés. <sup>2</sup>Centro de Salud Villamuriel de Cerrato, Palencia. <sup>3</sup>Departamento de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

**Objetivo.** Estudiar los conocimientos de los pediatras de nuestro entorno respecto a la obesidad y el sobrepeso, incluyendo sus consecuencias, diagnóstico y tratamiento.

**Método.** Encuesta postal autoadministrada enviada a pediatras de Atención Primaria y Especializada de Asturias y Castilla y León.

**Resultados.** Se recibieron 179 encuestas, 55 en Asturias y 124 en Castilla y León. 105 (41,3%) de los participantes eran mujeres y 135 (75,4%) trabajaban en Atención Primaria, con una edad de 46,3±9 años y experiencia como pediatra de 17,5±9,3 años.

Sólo 21 pediatras (11,7%) afirmaron conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en su provincia, si bien la prevalencia de obesidad estimada fue similar entre quienes afirmaban conocerla y quienes no (11,1±3,6% frente a 12,8±8,1%). La mitad de los encuestados afirmó dedicar un tiempo específico para atender a pacientes con sobrepeso/obesidad. El criterio diagnóstico más utilizado para sobrepeso es un percentil de índice de masa corporal (IMC) >85 (60,9%), y para obesidad >95 (56,9%). Se usan gráficas de referencia españolas en el 93,8% de los casos. Se emplean más pruebas complementarias en obesos mayores de 12 años, siendo las más utilizadas la tensión arterial (92,2%), perfil lipídico (87,2%) y glucemia (84,9%).

Hay acuerdo en que la obesidad infantil puede producir complicaciones a corto y largo plazo, y en que es factor de riesgo para obesidad e hipertensión en el adulto. El mantenimiento del peso en el tiempo se considera una buena opción para los casos leves (89,5%), pero no tanto para los moderados (50%) o los graves (12,1%). Las dietas hipocalóricas sólo se consideran importantes en niños de 11 o más años (77,2%). Las medidas más recomendadas son el aumento de la actividad física y la disminución de actividades sedentarias, siendo muy raro el uso de fármacos anorexígenos, reductores de absorción de grasas o frente a la resistencia a la insulina. Se considera que

los niños obesos o con sobrepeso deben tratarse en Atención Primaria (91,9%), reservando la Atención Especializada para los casos más graves o con mala respuesta al tratamiento (81,1%).

**Conclusiones.** Existe un aceptable nivel de conocimientos sobre la magnitud del problema de la obesidad infantil, aunque con bastante variabilidad en los criterios empleados para diagnosticarla. Las pautas de tratamiento utilizadas están en consonancia con las guías clínicas más reconocidas. Se reconoce un protagonismo principal para la Atención Primaria en el tratamiento de la obesidad.

**C-10. ALTERACIÓN DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO E ÍNDICES CLÍNICOS Y ANALÍTICOS DE INSULINORRESISTENCIA EN UNA POBLACIÓN OBESA.** P. García Saseta, P. Cobreros García, M. Tríguez García, P. Bahillo Curieses, F. Hermoso López, M.J. Martínez Sopena. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La insulinorresistencia en niños y adolescentes obesos es el mejor predictor para el desarrollo de patología hidrocarbonada. Los pacientes con insulinorresistencia sin alteración hidrocarbonada son propensos a otros problemas de salud, como arteriosclerosis precoz, hipertensión, hipercoagulabilidad, síndrome del ovario poliquístico, dislipemia e infiltración grasa hepática.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado durante el año 2008, en un grupo de pacientes menores de 18 años, remitidos a las consultas de Endocrinología Infantil por obesidad, excluyéndose obesidades sindrómicas. Se valoró la presencia de insulinorresistencia mediante parámetros clínicos (acantosis nigricans) y analíticos basales (índice HOMA e índice QUICKI). En todos los pacientes se realizó sobrecarga oral de glucosa (SOG), valorando en la misma tanto parámetros de insulinorresistencia como existencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado según criterios de la ADA 2009.

**Resultados.** Se estudian 100 pacientes obesos con edades comprendidas entre 5 y 18 años. El 22% presentan *acantosis nigricans* (AN) de localización mayoritariamente cervical y predominio en el sexo femenino. La prevalencia de AN es más evidente con un IMC elevado ( $p < 0,001$ ). Sólo en la mitad de los pacientes con AN el HOMA es patológico. La *insulina basal* está elevada (>2DS) en el 32% de la muestra y la glucemia basal es superior a 100 mg/dl en el 2%, con normalidad de la HbA1c en el 100%. El *índice HOMA* es patológico en el 29% de los pacientes, existiendo correlación positiva ( $r=0,26$ ) entre el índice HOMA y las DS del IMC. El *índice QUICKI* es <2DS en el 93%. Sólo el 50% de los pacientes cumplen criterios de *insulinorresistencia* en la SOG y de éstos menos de la mitad de ellos tienen el índice HOMA patológico. La *SOG fue patológica* en el 15%, aunque ninguno de los niños cumplía criterios de diabetes. Un

26,7% de los niños con SOG patológica no cumplen criterios de obesidad cuando utilizamos como referencia el estudio español transversal de 2008.

**Conclusiones:** 1) La prevalencia de la intolerancia a la glucosa en nuestra población es del 15%. 2) Es necesaria la realización de la SOG pues la determinación basal del índice HOMA no permite identificar a todos los pacientes con alteración del metabolismo hidrocarbonado y con insulinoresistencia. 3) La utilización de diferentes gráficas de referencia para la clasificación de obesidad, en determinados casos, puede dificultar el diagnóstico de patología hidrocarbonada.

**C-11. EFECTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR. ESTUDIO INCARDIA.** F. Álvarez Caro, J.J. Díaz Martín, I. Riaño Galán, D. Pérez Solís, I. Suárez Tomás, M<sup>ª</sup>E. Suárez Menéndez. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivo.** Analizar la repercusión de un programa de prevención cardiovascular sobre la somatometría, adipokinas y hábitos de vida en la población escolar.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un programa de intervención, durante dos cursos escolares, en dos colegios públicos de Avilés (intervención y control), consistente en impartición en el colegio intervención, de actividades con el fin de promover modificaciones dietéticas y de hábitos de vida. Se determinaron datos somatométricos, analíticos y relacionados con el estilo de vida. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante pruebas t, chi cuadrado según correspondiese.

**Resultados.** 340 niños completaron el estudio (162 mujeres y 178 varones; 120 del colegio intervención y 220 del colegio control). Se observó una mejoría significativa en la calidad de la dieta mediterránea en el colegio intervención (KIDMED: 7,33 inicial 7,71 final,  $p < 0,05$ ) así como un aumento significativo del porcentaje de alumnos con dieta óptima (42,6% inicial vs 52,3% final,  $p = 0,021$ ). Al ajustar las diferencias por edad, sexo y horas dedicadas a actividades sedentarias al inicio del estudio, los alumnos del colegio intervención dedicaron de media una hora menos a la semana a actividades de tipo sedentario que los controles ( $p = 0,03$ ). El Z-score del índice de masa corporal (IMC) disminuyó en el colegio intervención (1,1368 vs 1,0166;  $p = 0,017$ ) frente a un aumento en el colegio control (0,9218 vs 0,9808;  $p = 0,150$ ). En el colegio intervención se produjo un descenso de la leptina y un aumento de la adiponectina, mientras que en el colegio control ocurrió lo contrario, todos ellos de forma no significativa. Ambos grupos incrementaron de forma significativa el valor de la proteína C reactiva ultrasensible ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** El programa de intervención implantado obtiene resultados beneficiosos en la adquisición de hábitos dietéticos saludables y de estilo de vida. Así mismo, se observa

un efecto positivo sobre la somatometría, logrando disminuciones significativas del IMC. El efecto sobre las adipokinas es contradictorio, si bien se observa una tendencia favorable respecto a la leptina y adiponectina.

*Proyecto financiado por la Fundación ESV.*

**C-12. HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO.** R. da Cuña Vicente, J. Carranza Ferrer, C. de Castro León, P. Bahillo Curieses, A.M. Vegas Álvarez, M.J. Martínez Sopena. *Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

**Introducción.** La detección del hipotiroidismo congénito (HC) es trascendente por la potencial repercusión desfavorable sobre el desarrollo intelectual del niño en el caso de los diagnósticos tardíos. Las hormonas tiroideas son imprescindibles para la maduración cerebral durante las etapas pre y postnatal de la vida y por tal motivo es preciso difundir el conocimiento de la fisiopatología tiroidea materno-fetal. La incidencia aproximada de HC en nuestra comunidad es de 1/2.750 recién nacidos.

**Caso clínico.** Niña de 9 años y 1 mes, nacida en Ecuador, que consulta por hipocrecimiento instaurado a partir de los 6 años de edad, con desarrollo normal durante los primeros 6 años de vida. *Antecedentes familiares:* abuela materna con bocio. Talla diana 161 cm. *Antecedentes personales:* embarazo, parto y período neonatal normal. Somatometría al nacimiento: peso 2,6 kg (-1,82 DS), longitud 52 cm (+1,31 DS). Ausencia de realización de screening metabólico al nacimiento. Desarrollo psicomotor normal. *Antecedentes patológicos:* alergia a proteínas de leche de vaca y estreñimiento pertinaz, de diagnóstico a los 7 años. *Exploración física:* datos a destacar: peso 30,7 kg (+0,26 DS), talla 122,7 cm (-1,91 DS), IMC 20,4 kg/m<sup>2</sup> (+0,67 DS); hábito proporcionado, piel seca y mixedematosa, y edema facial. Mamas y vello estadio I Tanner. *Exploraciones complementarias:* analítica sanguínea: colesterol 357 mg/dl (LDL 284 mg/dl, HDL 59 mg/dl), sistemático y resto de bioquímica normal. Serología de celíaca negativa. Cariotipo normal. IGF-1 47,73 ng/ml. IGFBP3 2,46 µg/ml. T4 libre 0,96 pg/ml; T4 total 9,11 ng/ml; T3 total 0,45 ng/ml. T3 libre 0,75 pg/ml. TSH 21,1 µUI/ml. Anticuerpos antitiroglobulina y antitiroperoxidasa negativos. Edad ósea correspondiente a 6 años (-3 años y 1 mes). Ante los resultados obtenidos se realiza gammagrafía tiroidea que muestra tiroides ectópico sublingual. Se inicia tratamiento con levotiroxina (L-T4). *Evolución:* favorable, con incremento de velocidad de crecimiento y catch-up de talla con ganancia de 1 DS en un año y recuperación parcial del retraso óseo.

**Conclusión.** El despistaje neonatal del HC es universal en nuestro país. No obstante, la incorporación en la sociedad de población emigrante que no ha tenido acceso al screening de la enfermedad obliga a mantener la alerta a fin de detectar los signos y síntomas clínicos del HC.

**C-13. HIPOCRECIMIENTO POR PATOLOGÍA DEL GEN SHOX: NUEVAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS.** J. Carranza Ferrer, R. da Cuña Vicente, M. Tríguez García, M. Alfaro González, P. Bahillo Curieses, M.J. Martínez Sopena. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

**Introducción.** La deficiencia del gen SHOX, localizado en el extremo distal del brazo corto de los cromosomas X e Y (región PAR1), se relaciona con diferentes formas clínicas de talla baja, tanto en su alteración en heterocigosis como en homocigosis.

**Casos clínicos.** *Caso 1:* niña de 6 años y 4 meses con hipocrecimiento. 2ª hija de padres jóvenes no consanguíneos. Talla diana  $149 \pm 9$  cm. Tallas bajas en ambas ramas. Somatometría normal al nacimiento. Enfermedades anteriores: Enfermedad celíaca diagnosticada a los 3 a 8 m, con adecuado control. Exploración física normal. Talla 103,5 cm (-3,15 DS). Peso 17,700 (-1,43 DS). IMC: 16,52 kg/m<sup>2</sup>. Desarrollo infantil. Pruebas complementarias: Hemograma, y Bioquímica: normal. T4L y TSH: normales. IGF1 99 ng/ml (70-328), IGFBP3: normal. Estudio dinámico de GH (insulina): respuesta parcial de GH. Un segundo estímulo (clonidina): normal. Radiografía carpo: E.O 4 a 8 m (-1 a 10 m). Acortamiento de 4º metacarpiano. Cariotipo normal. Estudio gen SHOX: normalidad. Nuevo estudio realizado 4 años más tarde muestra delección en la región PAR1 en el flanco 3' distal de SHOX.

*Caso 2:* niña de 8 años y 7 meses con hipocrecimiento. Único hijo de padres sanos no consanguíneos. Talla diana 148,5 cm  $\pm$  9 cm. Tallas bajas en rama materna. Somatomtería normal al nacimiento. Exploración física: normal. Talla 113,7 cm (-3,11 DS). Peso 22 kg (-1,35 DS). Estadio I Tanner. Exploraciones complementarias: Hemograma y bioquímica normales. Serología de enfermedad celíaca negativa. T4L y TSH normales. Cariotipo 46XX. IGF1 140,77 ng/ml (76-499) e IGFBP3 normal. Test dinámico de GH: respuestas parciales en dos estímulos y ausencia de respuesta en un tercero. Edad ósea: 8 a 4 m (-3 m). Estructura ósea paneliforme, acortamiento del 4º metacarpiano. Estudio gen SHOX: normalidad. Nuevo estudio realizado 6 meses después demuestra un polimorfismo de la posición Pro216 (CCG/CCG) del exón 6b en homocigosis, que implicaría la zona codificante del gen SHOX.

**Conclusiones.** La talla baja familiar, considerada variante normal de talla baja, muestra patología creciente al avanzar en el diagnóstico molecular. Respecto al gen SHOX, hay que abundar en que las nuevas tecnologías aplicadas a su estudio obliga a reevaluar a pacientes que han sido catalogadas normales.

**C-14. RETRASO DE PUBERTAD Y AGENESIA RENAL E HIDRONEFROSIS.** E. Santamaría Marcos, I. Mulero Collantes, S. Calderón Rodríguez, L. Liquete Arauzo, H. Benito Pastor, J.C. Hernando Mayor. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Caso clínico.** Niña de 12 años que consulta por retraso pondero-estatural y ausencia de signos puberales.

**Antecedentes familiares:** 2ª hija de 3. Madre: talla 167,5 cm. Menarquía: 16 años. Padre: 182 cm. Se afeitó a los 20 años. Talla diana: 168,2 cm.

**Antecedentes personales:** embarazo a término; peso al nacimiento: 2.890 g; talla al nacimiento: 48 cm. No historia digestiva ni urinaria.

**Exploración:** peso: 26.200 g (<P3); talla: 138 cm (<P3); IMC: 13,8 (<P3); índice peso/talla: 81. Armónica, prepuberal, sin hallazgos significativos.

**Pruebas complementarias:** bioquímica con glucosa, urea, creatinina y transaminasas: parámetros normales.

Anticuerpos antitransglutaminasa negativos.

LH: 0,2 mUI/ml, FSH: 2,4 mUI/ml, DHEA - S: 49,6 µg/dl, TSH: 1,59 mUI/ml, T4 libre: 0,90 ng/dl.

Ecografía pélvica: prepuberal. Radiografía de silla turca: normal. Radiografía edad ósea: 10 años.

Aunque parece un retraso constitucional del crecimiento y pubertad, en un contexto familiar de retraso de pubertad en ambos padres, dado el pronóstico de talla final de 157,8 cm para una talla diana de 168,2 cm y datos de malnutrición subclínica, con una relación peso/talla alterada y con parámetros bioquímicos de una nutrición subóptima, se decide proseguir estudios para descartar causas secundarias.

RMN: hipófisis normal. Test de Procrin para LH, FSH y estradiol: en rangos puberales. Ecografía abdominal: sugestiva de agenesia renal derecha y una severa hidronefrosis izquierda por probable obstrucción pieloureteral. Se envía a cirugía infantil.

**Conclusiones.** Ante casos de retraso constitucional, ser cautos en su diagnóstico y valorar la posible presencia de causas secundarias. En nuestro caso, problema renal crónico de diagnóstico tardío, dada la ausencia de clínica en la niña en los años anteriores.

---

VIERNES 6 DE NOVIEMBRE, SALA CLAUDIO MOYANO

**C-15. EXOSTOSIS CARTILAGINOSA MÚLTIPLE.** E. Gallego Matey, P. Bahillo Curieses, P. García Gutiérrez, G. Sacoto Erazo, I. Alía Arroyo, M.J. Martínez Sopena. Servicio de Endocrinología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La exostosis cartilaginosa múltiple (ECM) es una enfermedad hereditaria infrecuente, de evolución generalmente benigna, que cursa con formación de excreciones óseas alrededor de las áreas de crecimiento, originando dolor, deformidades y ocasionalmente compresiones vasculares y neurológicas. El crecimiento longitudinal puede verse afectado de

forma secundaria a las deformidades y con menor frecuencia a un déficit de hormona de crecimiento (GH).

**Caso clínico.** Varón de 2 años y 6 meses, sin antecedentes familiares de interés, con talla diana de  $166 \pm 9$  cm. Antecedentes de embarazo, parto, periodo neonatal y somatometría normales. A los 2 años y 6 meses presenta dolor y masa palpable en escápula derecha, con aparición posterior de lesiones de similares características en extremidades, clavícula y costillas. Análítica normal, y radiografías con excrecencias de apariencia endocromatosa. La velocidad de crecimiento comenzó a ser patológica a partir de los 6 a 3 m con pérdida de  $-2,54$  DS de talla en 5 años. El estudio hormonal mostró escasa respuesta de GH en las pruebas de estímulo, con IGF-1 normales-bajos. La RM craneal fue normal, alcanzando un retraso óseo de aproximadamente tres años. Se instauró tratamiento privado con GH a la edad de 11 a 8 meses, manteniéndose durante 18 meses, con incremento de velocidad de crecimiento a  $7,1$  cm/a. Durante el tratamiento no se observó empeoramiento de su enfermedad de base y ha alcanzado una talla final de  $160,2$  cm. Fue intervenido quirúrgicamente por lesiones dolorosas con impotencia funcional en la separación y extensión de los codos, y corrección de tobillo en valgo. El estudio anatomopatológico de las lesiones resultó compatible con ECM. El estudio de los genes EXT1 y EXT2 fue negativo, (sólo 15% de positividad en ECM).

**Conclusión.** La ECM presenta en la actualidad un abanico extenso de manifestaciones clínicas (talla baja vs. talla normal) y alteraciones genéticas demostrables. La extensión del tratamiento con GH a suficiente casuística de ECM con talla baja y la ampliación de los genes presuntamente afectados aclararán las distintas formas y el resultado del tratamiento.

**C-16. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: CASUÍSTICA EN NUESTRO HOSPITAL DURANTE UN PERÍODO DE 4 AÑOS.** *C. González González, M. Fournier Carrera, P. García Saseta, M. Tríguez García, S. Abad Arevalillo, P. Solís Sánchez. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

**Introducción.** La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad inflamatoria del tejido conectivo más frecuente de la infancia; afecta a 12 de cada 100.000 niños, constituyendo una de las enfermedades crónicas pediátricas más preocupantes por su repercusión en la vida de los pacientes afectados.

**Objetivos.** Analizar la frecuencia de presentación de las diferentes formas de comienzo de la artritis idiopática juvenil y sus manifestaciones clínicas, estableciendo relaciones con edad, sexo, parámetros analíticos, evolución de la enfermedad y respuesta al tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo, a través de la revisión de las historias clínicas de pacientes pediátricos, atendidos en el servicio de Reumatología Pediátrica del

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, diagnosticados de artritis idiopática juvenil durante un periodo comprendido entre los años 2005 a 2008.

**Resultados.** Se obtuvieron datos de un total de 12 pacientes, 3 varones y 9 mujeres. La edad media de presentación fue de 5 años. En cuanto a la distribución por subgrupos, la mayoría se clasificó como oligoarticular persistente (8), seguida por monoarticular (2), poliarticular (1) y sistémica (1). La articulación más frecuentemente afectada la rodilla (8), seguida de muñecas (5) y tobillos (3). Se detectaron 2 casos de uveítis anterior crónica (forma oligoarticular precoz, ANA positivo en ambos). En los parámetros analíticos, coincidiendo con la artritis se encontró leucocitosis en 7 de los 12 pacientes y elevación de los reactantes de fase aguda en 10 de ellos. En todos los casos se ha descartado patología infecciosa al diagnóstico. La positividad para los ANA se obtuvo en 6 de los pacientes y el antígeno HLA B27 fue positivo solo en uno. La totalidad de los pacientes presentaron FR negativo. La prueba de imagen más usada al diagnóstico (10) ha sido la radiografía simple, y ecografía en la mitad de los casos. Todos fueron tratados con AINES como primera elección. Se trató con corticoides intraarticulares a 5 de los pacientes; fármacos modificadores de la enfermedad (metotrexato) en 6 casos y con antiTNF-alfa (etanercept) a 1 paciente (diagnosticado de artritis sistémica con evolución a poliarticular) con una respuesta favorable en todos ellos. Todos los pacientes han realizado fisioterapia para evitar secuelas. Sólo 3 de los pacientes actualmente presentan sintomatología.

**Conclusiones.** La forma más frecuente de presentación de las AIJ fue oligoarticular, siendo la articulación de rodilla la más frecuentemente afectada. A pesar de ser una enfermedad discapacitante, la mayoría de los casos evolucionan favorablemente con los tratamientos existentes.

**C-17. DERMATOMIOSITIS JUVENIL, A PROPÓSITO DE UN CASO.** *I. Sevillano Benito, S. Calderón Rodríguez, V. Puer-tas Martín, H. Benito Pastor, R. Cancho Candela, A. González Pérez. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

**Introducción.** La dermatomiositis (DM) juvenil es un trastorno multisistémico poco frecuente, caracterizado por inflamación de la piel y el músculo. Su etiopatogenia es autoinmune, asociándose ocasionalmente a diversas infecciones víricas y enfermedades inmunitarias específicas. El debut suele ocurrir entre los 4 y los 11 años. La incidencia es inferior a  $1/100.00$  habitantes. El diagnóstico es clínico, aunque los casos dudosos o tórpidos pueden requerir confirmación mediante biopsia muscular. El tratamiento se basa en los corticoides a altas dosis, y en algunos casos recidivantes o refractarios asociados a inmunosupresores y/o gammaglobulina. Presentamos

un caso de DM con presentación y evolución por el momento típicas

**Caso clínico.** Varón de 9 años sin antecedentes familiares ni personales de interés que presenta un cuadro de astenia, mialgias y debilidad de un mes de evolución, junto a exantema no pruriginoso generalizado. El paciente mostraba dificultad para ejercicio, pero sin pérdida de deambulación. En la exploración se objetivó exantema eritematovioláceo periorbitario y en mejillas (en heliotropo), con elementos maculopapulosos confluentes de predominio en superficies de extensión de extremidades, y placas de aspecto levemente descamativo en zonas de extensión de falanges proximales (nódulos de Gottron); dolor a la palpación y con esfuerzos en pantorrillas y musculatura escapular; déficit de fuerza más evidente a nivel proximal, en cinturas escapular y pélvica, con dificultad para la elevación de EESS; Gowers incompleto. Reflejos osteotendinosos débiles. Se detectó en analítica inicial creatinfosfoquinasa (CPK) de 4.100 U/L, con valor máximo una semana después de 6.266. Anticuerpos y serologías negativos, con electromiografía sugerente de miopatía difusa, más evidente en EESS. Se inició tratamiento con deflazacort e ibuprofeno a 3 mg/kg/día, mostrando mejoría progresiva de la clínica, hasta normalidad clínica-analítica al mes de iniciado el tratamiento.

**Conclusiones:** la DM juvenil es una entidad caracterizada por una miopatía inflamatoria con hiperCPKemia que en presencia de exantema típico no requiere de exploraciones invasivas, siendo su pronóstico aceptable, aunque con reservas debido a la posibilidad de recidivas.

**C-18. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.** A.M. Del Río López, M. Tríguez García, A. Pino Vázquez M. Pino Velázquez, C. De Castro León, M. Alfaro González. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

**Introducción.** El síndrome hemofagocítico está caracterizado por una excesiva activación y proliferación de macrófagos bien diferenciados, aunque su etiología es desconocida, se relaciona con la anormalidad en la inmunoregulación y respuesta exagerada del sistema inmune. Puede ser de causa primaria o secundaria y afecta generalmente a bazo, hígado, MO, ganglios linfáticos y meninges. La presentación clínica suele ser fiebre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, coagulopatía, etc. El tratamiento fundamental es la quimioterapia y el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, unido en los casos secundarios, al tratamiento de la causa desencadenante.

**Caso clínico.** Niña de 5 años con antecedente de esplenomegalia y cuatro episodios de trombopenia no filiada que tras episodio de gastroenteritis aguda febril comienza con irritabilidad, cambio de carácter y movimientos de convergencia de ojo derecho. Se lleva a cabo estudio oftalmológico donde se

comprueba paresia del recto lateral del ojo derecho y edema de papila bilateral, y RMN craneal donde se aprecian múltiples imágenes desmielinizantes diseminadas. Ante sospecha de enfermedad desmielinizante autoinmune se inicia tratamiento con corticoides y gammaglobulina y se decide su traslado al Hospital Niño Jesús. A las 48 h del traslado, inicia crisis convulsiva que evoluciona a estatus, requiriendo intubación y ventilación mecánica y objetivándose en TAC hemorragia talámica. Unida a la evolución neurológica, se constata en controles analíticos sucesivos disminución de series roja, blanca y plaquetaria, que requieren soporte transfusional, por lo que se sospecha síndrome hemofagocítico primario.

Para la confirmación del mismo, se lleva a cabo estudio genético para el gen de la perforina, que se muestra afectado, con 2 mutaciones distintas en cada uno de los alelos, siendo esto diagnóstico de linfocitosis hemofagocítica primaria o familiar.

Se inicia tratamiento según protocolo HLH-2004 con ciclosporina, etopósido y dexametasona.

**Conclusión.** El síndrome hemofagocítico es una entidad que sin tratamiento tiene una evolución invariablemente fatal, con una supervivencia media de 2 meses, por lo que a pesar de raro y poco frecuente (1-2 casos/1.000.000 niños/año) es imperativo pensar en él cuando coexistan manifestaciones neurológicas y hematológicas, pues un diagnóstico precoz puede mejorar el pronóstico del paciente y su calidad de vida.

**C-19. HIPOGENESIA DE CUERPO CALLOSO CON VENTRICULOMEGALIA UNILATERAL: DETECCIÓN PRENATAL Y SEGUIMIENTO POSTNATAL.** H. Benito-Pastor, E. Dulce Lafuente, I. Sevillano-Benito, R. Cancho-Candela, M<sup>ª</sup>J. Sánchez-Marcos, J. Díaz-González. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Introducción.** La agenesia-hipogenesia del cuerpo calloso (CC) es una anomalía del desarrollo cerebral no infrecuente. Esta malformación puede encontrarse aislada, pero es habitual que se detecte en combinación con otras anomalías y malformaciones cerebrales; en este último caso es habitual la aparición de alteraciones del desarrollo. La detección de lesiones en CC es posible antenatalmente mediante ecografía. Presentamos un caso de detección prenatal de hipogenesia de CC en combinación con otras malformaciones cerebrales, y su evolución posterior.

**Caso clínico.** Feto varón de 36 semanas con detección ecográfica de hipogenesia de CC y ventriculomegalia derecha. No se habían detectado alteraciones en ecografías previas. Tras nacimiento se confirmó la lesión mediante RMN cerebral, detectándose ausencia de porción media de CC e hipogenesia del resto, y dilatación ventricular derecha, de aspecto mixto, quis-

tico, pero con ausencia de estructuras subcorticales; la corteza cerebral suprayacente mostraba aspecto displásico con déficit de surcación. No se detectaron otras malformaciones somáticas en el neonato. En el seguimiento hasta los 2 años y 10 meses se ha evidenciado desarrollo de parálisis cerebral de tipo hemiparético espástico izquierdo, junto a desarrollo cognitivo aparentemente normal, sin epilepsia.

**Comentarios.** La agenesia-hipogenesia de CC es una anomalía heterógena del desarrollo cerebral que puede aparecer comúnmente en combinación con otras alteraciones, que son las que suelen marcar el pronóstico. La actitud ante una posible detección prenatal debe orientarse en función de este hecho, siendo problemático el consejo ante la detección de alteraciones aisladas de CC.

**C-20. CONVULSIONES FEBRILES EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE VALLADOLID: 2008-2009.** *M. Muñozerro Sesmero, R. Garrote Molpeceres, S. Abad Arevalillo, P. Bahillo Curieses, S. Vázquez Martín, R. Palencia Luaces. Servicio de Pediatría y Neurología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

**Introducción.** Las convulsiones febriles constituyen el trastorno convulsivo más frecuente en la infancia, afectando al 2-5% de los niños con edades comprendidas entre 3 y 60 meses. La mayoría son típicas y ceden sin necesidad de administración de fármacos. Pueden recurrir y generan preocupación y ansiedad en los padres y cuidadores.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo durante el periodo comprendido entre enero de 2008 y julio de 2009, de todos los niños que ingresaron en el Servicio de Pediatría con el diagnóstico de convulsión febril. Se excluyeron los niños con patología neurológica previa y aquellos en los que las convulsiones eran secundarias a una infección del sistema nervioso central. Se realizó una revisión de los informes de alta, recogiendo datos clínico-epidemiológicos.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio ingresaron 47 pacientes con el diagnóstico de convulsión febril, con una ratio varón/mujer de 1,76. La edad media fue de 2 años y 2 meses. En la mayoría de los casos se trataba del primer ingreso por este motivo (80,9%), e ingresaron mayoritariamente por la noche. El 14,9% referían antecedentes familiares de crisis febriles. Sólo en un 63,8% se había constatado la fiebre previa a la aparición de la convulsión con una duración media de la misma de 15,76 horas. La mayoría de las crisis son simples (72,3%), con una duración inferior a 5 minutos, y un porcentaje de repetición en las primeras 24 horas del 17%. El foco más frecuente es el ORL (faringoamigdalitis, otitis), estando diagnosticado previo al ingreso sólo en un pequeño porcentaje (14,9%). A todos ellos se les realizó analítica sanguínea y a la práctica totalidad, frotis o lavado nasofaríngeo y hemocultivo. En el 6,4% se realizó pun-

ción lumbar, en el 36,2% EEG y en el 10,6% pruebas de imagen. El 72,3% de los niños fueron revisados posteriormente en Consulta de Neurología Infantil.

**Conclusiones.** Las convulsiones febriles de la infancia son un proceso fundamentalmente benigno, en el que es fundamental la información adecuada a la familia así como la indicación de la pauta a seguir ante un nuevo episodio.

**C-21. NEUROBLASTOMAS: NUESTRA EXPERIENCIA EN 14 AÑOS.** *N. Vega Mata, C. Cebrián Muñíos, A Gómez Farpón, C. Granell Suárez, A.J. López López, C. Martínez Almoyna. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** El neuroblastoma es el tumor sólido extracranial más frecuente en la infancia y supone más del 50% de los cánceres del lactante. Dos formas de evolución, desde la regresión espontánea hasta un comportamiento agresivo en niños mayores de un año.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, revisando las historias clínicas de aquellos pacientes con diagnóstico de neuroblastoma atendidos en el Hospital Central de Asturias durante un periodo de 14 años (enero 1994-diciembre 2008)

**Resultados.** Se recogieron datos de 20 niños con una ratio varón-mujer de 2,3:1. El rango de edad osciló entre los 3 y 80 meses (mediana de 16 meses), diagnosticándose el 50% de los casos el 1<sup>er</sup> año de vida. La localización más habitual fue la abdominal (15 pacientes), siendo la sintomatología general asociada a fiebre la clínica predominante. Todos los estadios I y IV son en pacientes menores de un año, aumentando la incidencia del diagnóstico prenatal. En todos ellos, se ha asociado la presencia de alteraciones bioquímicas y genéticas relacionando con especial importancia el papel de la cirugía en el tratamiento de los neuroblastomas en los diferentes estadios así como las posibles recidivas.

**Conclusiones.** La tendencia a establecer subgrupos con pronóstico diferente para adaptar el tratamiento al riesgo y disminuir la intensidad del mismo en formas favorables y aumentarlos en los de mal pronóstico, en nuestra serie, se relaciona con la presencia de una histología favorable, pasando a un segundo plano la edad diagnóstica.

SÁBADO 7 DE NOVIEMBRE, SALA FELIPE II

**C-22. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CRIPTORQUIDIA MEDIANTE INCISIÓN ESCROTAL.** *J.M. Gutiérrez Dueñas, G. Lorenzo, E. Ardela Díaz, F. Martín Pinto, F.J. Domínguez Vallejo. Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Burgos.*

**Objetivo.** Presentamos nuestra experiencia con la técnica descrita por Bianchi y Squire en 1989 para el tratamiento quirúrgico del testículo no descendido mediante una incisión escrotal, como alternativa a la técnica estandarizada de doble incisión con el abordaje inguinal.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes intervenidos con el diagnóstico de criptorquidia, mediante orquidopexia escrotal, desde octubre de 2008 hasta marzo de 2009.

Criterios de inclusión: pacientes con testículo palpable en región inguinal, control postoperatorio a los tres meses y 6 meses de la cirugía. Se excluyeron los testículos retráctiles.

Técnica: los pacientes bajo anestesia general y bloqueo inguinal son nuevamente explorados para confirmar la localización del testículo en el canal inguinal, se efectúa una incisión en la región proximal del escroto y orquidopexia en bolsa escrotal del músculo dartos.

Se analiza: localización preoperatoria del testículo, duración de la cirugía, presencia o ausencia del conducto peritoneo-vaginal, complicaciones y localización a los seis meses de la cirugía.

**Resultados.** Se realizaron en este periodo un total de 25 orquidopexias en 19 pacientes de edades comprendidas ente 1-9 años (media 4,3 años). Se localizaron preoperatoriamente 9 testículos en el canal inguinal y 16 en el anillo inguinal externo. La duración de la técnica quirúrgica osciló entre 15 y 55 minutos (media 31 minutos), en doce testículos se realizó sección y ligadura del conducto peritoneo vaginal permeable, no se presentaron complicaciones y todos los testículos se localizaron en la bolsa escrotal a los seis meses de la cirugía.

**Conclusiones.** Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, la técnica de orquidopexia mediante incisión única escrotal parece un método seguro, bien tolerado y fiable para pacientes con el testículo localizado en el canal inguinal.

**C-23. LA MIECTOMÍA ANORRECTAL EN EL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO SEVERO.** *J.M. Gutiérrez Dueñas, E. Ardelá Díaz, G. Lorenzo, F. Martín Pinto, F.J. Domínguez Vallejo. Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Burgos.*

**Objetivo.** Evaluar los resultados clínicos de la miectomía anorrectal en pacientes con estreñimiento crónico severo y encopresis sin respuesta al tratamiento médico y describir los hallazgos del estudio anatomopatológico.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de estreñimiento crónico severo y encopresis en los que se indicó miectomía anorrectal posterior. Criterios de inclusión: mayores de 4 años con estreñimiento y encopresis sin respuesta al tratamiento médico, presencia de reflejo rectoanal inhibitor (RIA), perfil tiroideo normal, ausencia de retra-

so en la evacuación del meconio, ausencia de malformación ano-rectal, ausencia de patología neurológica. En todos los pacientes se realizó estudio diagnóstico preoperatorio mediante: perfil tiroideo, enema opaco y manometría ano-rectal. En dos pacientes se efectuó tiempo de tránsito intestinal.

Criterios de mejoría: > de 3 movimientos por semana, sin episodios de incontinencia con necesidad de tratamiento médico. Se consideraron curados cuando no precisaron el laxante.

**Resultados.** En los últimos 10 años, 11 pacientes precisaron de miectomía ano-rectal. Siete varones y cuatro mujeres. La cirugía fue realizada tras una historia de estreñimiento que ha oscilado entre 3 y 18 años (media, 9,7 años). El periodo mínimo de seguimiento ha sido de un año. Siete pacientes se curaron, dos han mejorado, uno presentó recaída y un paciente no acudió a las revisiones.

El estudio anatomopatológico de la musculatura lisa fue normal en 6 pacientes (55%), en dos hubo presencia ocasional de células ganglionares, en dos ausencia de células ganglionares con hipertrofia de tractos nerviosos (enfermedad de Hirschsprung) y en uno hipertrofia de tractos nerviosos con presencia de neuronas. No se presentaron complicaciones (incontinencia fecal).

**Conclusiones.** La miectomía ano-rectal es efectiva y segura en niños con estreñimiento crónico severo. Existe una débil correlación entre los hallazgos clínicos y el estudio histológico.

**C-24. ABDOMEN AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PÚRPURA DE SCHÖLEIN-HENOCH.** *L. Lique-te Arauzo<sup>1</sup>, A. Vegas Álvarez<sup>2</sup>, R. Izquierdo Caballero<sup>1</sup>, H Benito Pastor<sup>1</sup>, C. Alcalde Martín<sup>1</sup>, J. Martín Castillo<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Presentar el caso de una púrpura de Schölein Henoch que debutó con clínica de dolor abdominal sin manifestaciones cutáneas ni de otro tipo y que finalmente produjo un cuadro de abdomen agudo que precisó laparotomía exploradora.

**Material y métodos.** Caso clínico intervencional. Se estudió a una niña de 8 años intervenida por abdomen agudo. Se revisó historia clínica, analítica, ecografía abdominal, hallazgos quirúrgicos, estudio anatomopatológico de la pieza de resección y evolución.

**Resultados.** Abdominalgia difusa de 72 h de evolución, con náuseas y vómitos, sin fiebre. Antecedentes familiares: abuela paterna con enfermedad de Crohn, tía paterna con lupus eritematoso. Exploración física: buen estado general con piel y mucosas normales. No exantemas. ACP normal. Abdomen blando, depresible, dolor difuso a la palpación (mayor en fosa ilíaca derecha), Blumberg y psoas dudosos, Murphy y puñopercusión renal

negativos. Al ingreso presentaba leucocitosis (22.000/ul, 85% PMN) con serie roja y plaquetaria normal. Bioquímica con transaminasas, amilasa y lipasa normales. PCR <5 mg/L. Sistemático de orina: indicios de proteínas. Ecografía abdominal: líquido libre en pelvis y FID con presencia de escasas adenopatías pequeñas. Tras 12 horas de ingreso para observación y anti-bioterapia, persiste el dolor por lo que se decide laparotomía exploradora con apendicectomía y resección de 29 cm de ileón terminal por presentar ileítis y hemorragia disecante subserosa. La pieza de resección se envió para estudio anatomopatológico. Al 6º día de ingreso aparecen lesiones petequiales y equimóticas palpables en glúteos, codos y región subescapular, acompañadas de dos deposiciones muco-hemorrágicas. Ante la sospecha clínica de púrpura de Schönlein-Henoch se inicia tratamiento con metilprednisona iv (1,6 mg/kg/día). Tras inicio del tratamiento corticoideo la abdominalgia cedió y las lesiones purpúricas desaparecieron progresivamente, completándose 7 días de tratamiento. El estudio anatomopatológico demostró vasculitis leucocitoclástica con depósitos de Ig A en mucosa ileal, confirmando el diagnóstico clínico.

**Conclusiones.** La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis más frecuente en la infancia y habitualmente se llega al diagnóstico por las manifestaciones cutáneas que se suelen acompañar de afectación articular, abdominal y renal. La abdominalgia como primera y única manifestación ocurre sólo en un 12 a 17% de los casos. En consecuencia, el diagnóstico de esta púrpura, cuando se manifiesta de forma inicial y única con un cuadro de dolor abdominal, es complejo y puede llevar a la realización de una laparotomía exploradora por un cuadro de abdomen agudo. La presencia macroscópica de ileítis hemorrágica en la pared intestinal puede hacer sospechar el cuadro.

**C-25. COLANGIO-RNM EN EL DIAGNÓSTICO DE QUISTE DE COLÉDOCO.** E. Moreno Gómez, E. Izquierdo Herreiro, I. Alía Arroyo, G. Sacoto Erazo, M. Gutiérrez Dueñas\*, J.M. Marugán de Miguelsanz. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Yagüe de Burgos. \*Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** El quiste de colédoco es una malformación congénita poco frecuente que se caracteriza por una dilatación de la vía biliar intra y/o extrahepática. En ocasiones no asocia la tríada clásica de dolor abdominal, ictericia y masa en hipocondrio, lo cual lleva a plantearse un diagnóstico diferencial. El diagnóstico precoz es prioritario puesto que puede derivar en complicaciones graves. Aunque la ecografía abdominal sigue siendo inicialmente el principal medio diagnóstico, hoy día disponemos de técnicas más avanzadas, como la colangio-RNM que, a parte de su inocuidad respecto a la CPRE, proporciona un diagnóstico muy preciso.

**Caso clínico.** Niña de 10 años con cuadro de dolor en hipocondrio derecho, intermitente, no irradiado y sin vómitos, asociando hiporexia. Carece de antecedentes familiares y personales de interés salvo episodios esporádicos similares, de carácter autolimitado desde los 5 años. En ningún momento se evidenció ictericia, coluria, acolia ni prurito. A la exploración sólo destaca una discreta hepatomegalia. Presentaba una analítica inicial con hematocitometría normal, bioquímica con patrón colestásico (GOT: 77 U/L, GPT: 217 U/L, GGT: 693 U/L, FA: 301 U/L, bilirrubina total: 0,40 mg/dl) y perfil lipídico alterado (colesterol total: 235 mg/dl), así como amilasa y lipasa séricas normales. Reactantes de fase aguda, sistemático y sedimento urinarios, cultivos y serologías negativos. Se le practicó una ecografía abdominal con imagen quística de 45 x 37 mm en hilio hepático. Se realizó colangio-RNM, que reveló la dilatación quística de la vía biliar afectando al colédoco, conducto hepático común y hepático izquierdo con medidas de 6,5 x 4 x 3,5 cm de diámetro, compatible con un quiste de colédoco tipo IV-A según la clasificación de Todani. Se intervino quirúrgicamente con resección completa del quiste hasta la porta en la unión de los conductos hepáticos, con una reconstrucción mediante hepaticoyeyunostomía con interposición de un asa intestinal en "Y" de Roux. La biopsia hepática evidenció fibrosis reactiva. Tras la cirugía, la paciente evolucionó favorablemente y los controles analíticos revelaron una normalización paulatina de las enzimas colestásicas.

**Comentarios.** El quiste de colédoco es una forma rara de ictericia colestásica en la población infantil. Ante la sospecha clínica, se realiza una ecografía abdominal como método de elección para el diagnóstico inicial que deberá ser confirmado con otras técnicas más especializadas, como la colangio-RNM. El tratamiento quirúrgico es obligado ya que previene de futuras complicaciones graves.

**C-26. FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA RECURRENTE: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO.** A. Gómez Farpón, M. Díaz Blanco, C. Cebrián Muiños, C. Granell Suárez, N. Vega Mata, J.A. Álvarez Zapico. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** En un paciente intervenido de atresia de esófago con fístula tráqueo-esofágica, la recurrencia de la fístula representa la principal complicación postoperatoria, siendo un reto para el cirujano, no sólo condicionado por el hecho de ser una zona ya intervenida, sino porque afecta a órganos vitales de suma importancia.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente con atresia de esófago con fístula tráqueo-esofágica distal, intervenida mediante toracotomía, que presentó a los 3 meses de la intervención quirúrgica clínica respiratoria con tos y atraganta-

miento con las tomas, constatando en el esofagograma la repermeabilización de la fístula tráqueo-esofágica. Como primera medida se optó por un tratamiento endoscópico de la fístula, procediendo a través del broncoscopio rígido a la cauterización y sellado con Tissucol. La evolución posterior fue favorable, confirmando el esofagograma de control realizado al alta la oclusión de la fístula. No obstante, dos meses después la paciente comenzó nuevamente con sintomatología progresiva similar al ingreso previo, lo que condicionó un nuevo tratamiento endoscópico en nuestro centro sin obtener un resultado óptimo, por lo que finalmente fue intervenida mediante toracotomía y ligadura y sección de la fístula tráqueo-esofágica, manteniéndose actualmente asintomática desde el punto de vista respiratorio.

**Conclusiones.** El tratamiento clásico de la repermeabilización de la fístula tráqueo-esofágica consiste en una nueva toracotomía que permita ligar y seccionar la fístula. El abordaje endoscópico de la fístula, cauterizándola y sellándola mediante Tissucol, ha sido publicado como un manejo menos agresivo y con porcentajes de éxito atractivos. No obstante, la recidiva es posible, lo que hace necesario para un mejor manejo conocer qué pacientes se beneficiarían más de este procedimiento y aquellos en los que el riesgo de recidiva es mayor.

SÁBADO 7 DE NOVIEMBRE, SALA LUIS DE MERCADO

**C-27. EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A LA OBESIDAD EN FUNCIÓN DE LA MODIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL.** *F. Álvarez Caro, J.J. Díaz Martín, I. Riaño Galán, D. Pérez Solís, R. Venta Obaya, M<sup>a</sup>. Suárez Menéndez. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Pediatría. Oviedo.*

**Objetivo.** Analizar la evolución de los diferentes factores de riesgo cardiovascular clásicos e inflamatorios asociados a la obesidad, en función de la modificación del Z-score del índice de masa corporal (IMC), en una muestra de escolares asturianos.

**Material y métodos.** Se seleccionó una muestra de 41 alumnos de entre 6 y 11 años (26 hombres y 15 mujeres) de los que 17 eran obesos y 24 no obesos según los percentiles de Cole. Se realizaron dos determinaciones somatométricas y analíticas separadas en el tiempo por dos años. Se compararon los valores inicial y final en función del tipo de cambio observado en el Z-score de IMC final respecto del inicial (aumento o descenso). Análisis estadístico: pruebas t para datos pareados y test de McNemar.

**Resultados.** Los alumnos que disminuyeron su Z-score del IMC presentaron un incremento de valores de PCR ultrasen-

sible (PCRus) ( $p < 0,001$ ) y adiponectina (no significativo), y un descenso no significativo de leptina. Además, se observó un descenso de HDL-colesterol ( $p = 0,013$ ), y de forma no significativa de triglicéridos, colesterol total, insulinemia e índice HOMA. Por el contrario, los alumnos que incrementaron el Z-score del IMC, experimentaron un incremento de valores de leptina ( $p=0,024$ ), PCRus ( $p<0,001$ ), glucosa ( $p<0,001$ ) y triglicéridos ( $p= 0,008$ ), y un descenso de HDL-colesterol ( $p=0,012$ ) y de adiponectina (no significativo). También aumentaron de forma no significativa la insulina, índice HOMA y LDL-colesterol. En estos individuos se incrementó la prevalencia de hipertensión arterial sistólica ( $p=0,006$ ) y de perímetro abdominal  $\geq p95$  ( $p=0,014$ ).

**Comentarios.** El incremento en el tiempo de los valores relativos de IMC se asocia a un empeoramiento consistente de los factores de riesgo cardiovascular, tanto clásicos como inflamatorios. Medidas encaminadas al control de la obesidad podrían incidir de forma favorable sobre estos factores.

*Proyecto financiado por la Fundación ESV.*

**C-28. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA EN RECIÉN NACIDO.** *L. González Martín, A. Sánchez García, V. Puertas Martín, E. Dulce Lafuente, I. Mulero Collantes, M. Samaniego. Hospital Río Hortega. Valladolid.*

La taquicardia supraventricular paroxística (TSPV) tiene una incidencia en la edad pediátrica de entre 0,1-0,4%. Supone la segunda causa de arritmias por detrás de las extrasístoles. Se caracteriza por frecuencias entre 130-300 Lpm con complejos QRS estrechos. En cuanto al mecanismo de producción pueden ser automáticas (generación de impulsos por un foco ectópico), o por reentrada (alteraciones en el mecanismo de conducción del impulso). Las manifestaciones clínicas en el neonato varían desde síntomas inespecíficos como irritabilidad, rechazo de tomas, a insuficiencia cardiaca con mala perfusión, oliguria, hepatomegalia... El tratamiento comprende maniobras vagales y, según la estabilidad hemodinámica, la administración de antiarrítmicos o cardioversión eléctrica sincronizada. La mayoría de las TSPV en los neonatos tienen relación con la persistencia de vías accesorias ventriculares que conducen el impulso de forma anómala de las aurículas a los ventrículos, causando preexcitación ventricular. Estas vías accesorias están presentes desde las primeras semanas de gestación y deben ir desapareciendo a medida que el sistema de conducción madura, en especial el nodo aurículo-ventricular. En ocasiones estas vías persisten tras el nacimiento y pueden ser causa de taquicardia supraventricular. A lo largo de los primeros meses de vida extraterina dichas vías regresan. La mayoría de las TSPV en el recién nacido no recidivan y no precisan tratamiento pasado el primer año de vida. En nuestro caso nos preguntamos si la

red de Chiari puede suponer una vía accesoria capaz de promover arritmias.

Se presenta el caso de una recién nacida a término 38+2 SEG que presenta un cuadro de TSPV. Tras maniobras vagales, y adenosina iv, cede finalmente con la sedación previa a intubación para cardioversión. Antecedentes personales: ecografía del tercer trimestre: bloqueo AV parcial con buena frecuencia ventricular y sin signos de insuficiencia cardiaca. Despistaje de lupus eritematoso sistémico en la madre: negativo. En la semana 38+2 cesárea por persistencia de la arritmia. Nace mujer viva Apgar 9/10, rea I. Al ingreso la exploración física es normal, presenta ritmo sinusal a frecuencia de 148 lpm, con TA: 61/31. Mantiene durante los primeros días de vida frecuencias cardiacas normales con extrasístoles supraventriculares aisladas sin repercusión. El 6º día de vida se desencadena de forma espontánea extrasístoles ventriculares seguidas de taquicardia supraventricular sin ondas p visibles, alcanzando frecuencia máxima de 250 lpm. No se consigue subyugar el episodio con adenosina (dosis máxima 250 µg/kg). Con la premedicación para la intubación se consigue sedación y con ello revierte la taquicardia, iniciando ritmo sinusal a 144 lpm. Se inicia tratamiento con digoxina. Tras completar dosis de carga de digital y coincidiendo con despertar presenta extrasístoles ventriculares por lo que se añade flecainida. Se consigue control de la frecuencia cardiaca sin presentar extrasístoles ni signos de bloqueo AV en ECG seriados. Ecocardiograma: foramen oval y red de Chiari o válvula de Eustaquio redundante. Enzimas cardiacas e iones en rango de normalidad.

**C-29. SOPLO CARDÍACO COMO MOTIVO DE INGRESO EN UNA UNIDAD NEONATAL: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS.** C. Suárez, R. Pardo, G. Solís, C. Menéndez, E.M. Fernández, J. Melgar. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los pacientes ingresados por soplo cardíaco en el período neonatal.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Neonatología del Hospital de Cabueñes por soplo cardíaco durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2007.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 148 pacientes, con una mediana de edad gestacional de 39 semanas. Ciento cuarenta pacientes (94,6%) ingresaron desde el área de partos-planeta de obstetricia, con una media de edad al ingreso de 1,91 días. Dieciocho neonatos presentaron antecedentes familiares de problemas cardíacos. El parto ha sido eutócico en el 64,2%, instrumental en el 16,9% y mediante cesárea en el 18,9%. Durante el ingreso se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

electrocardiograma (99,3%), radiografía de tórax (95,9%), ecocardiografía (95,3%) y gasometría (91,2%). La media de días hasta la realización de la ecocardiografía es de 6,9; en un caso esta prueba se realizó en horario de guardia. La ecografía cardíaca ha resultado normal en 54 casos (36,5%). Entre los defectos cardíacos estructurales encontramos: defectos de los tabiques (75 casos), ductus arterioso persistente -DAP- (5), defectos de los tabiques y DAP (9), defectos de los tabiques y afectación de la arteria pulmonar (4), transposición de grandes vasos y DAP (1). Durante el ingreso recibieron fármacos 3 pacientes (2 digoxina y 1 prostaglandinas) y 1 de ellos precisó ventilación mecánica. La estancia media en nuestro centro ha sido de 4,11 días. Fueron trasladados de manera urgente a un centro terciario en ambulancia medicalizada 4 pacientes. Uno de estos pacientes fue intervenido. La evolución ha sido favorable: 1 paciente desarrolló hipertensión pulmonar y 4 precisaron tratamiento farmacológico al alta; no se registraron fallecimientos. El seguimiento fue realizado en nuestro centro en un 99,2% de los casos.

**Conclusiones.** La incidencia del soplo cardíaco como signo clínico en el período neonatal en nuestro centro es de 13,81 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos. En la mayoría de los casos se corresponden con defectos leves (sobre todo defectos de los tabiques cardíacos) y un número importante de nuestros pacientes (36,5%) no presentan alteraciones en la ecografía cardíaca.

**C-30. LACTANTE CON SÍNDROME POLIMALFORMATIVO, EPISODIOS RECURRENTE DE DIFICULTAD RESPIRATORIA E HIPERTERMIA.** P. García Gutiérrez, I. Alía Arroyo, E. Moreno Gómez, G. Sacoto Erazo, E. Gallego Matey, P. Bahillo Curieses. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La presencia en los primeros meses de la vida de un síndrome polimalformativo con displasia ósea, contracturas articulares, rasgos dismórficos característicos, hipotermia no infecciosa y dificultad respiratoria y para la alimentación, debe hacernos pensar en el S. Schwartz-Jampel tipo 2 y el S. Stuve-Wiedeman. Ambos son trastornos autosómicos recesivos, de manifestación neonatal, y comparten la mayoría de las características clínicas.

**Caso clínico.** Varón de 3 meses, de raza blanca y origen búlgaro, que ingresa en nuestro hospital por primera vez, por dificultad respiratoria. Antecedentes familiares: padres sanos con consanguinidad lejana. Hermano anterior de la serie fallecido a las 48 horas de vida por cuadro polimalformativo no filiado. Antecedentes personales: 2º/2. Embarazo escasamente controlado, con alteraciones esqueléticas objetivadas por ecografía en tercer trimestre. Parto vaginal a las 37 semanas con soma-

TABLA I.

Caso	Antecedentes familiares	Edad (años)	Sexo	Forma de presentación	P sérico (mg/dl)	RTP (%)	ALP (UI/L)
1	No	5	F	Fémur varo	2,96	67	1748
2	Tío y abuelo maternos: fenotipo de RH	6	M	Fémur varo	2,65	37	522
3	Tío materno: fémur varo	9	F	Fémur varo	2,93	71	856

tometría adecuada. Período neonatal inmediato Apgar 5/7; hipoxemia refractaria al tratamiento e inestabilidad hemodinámica. Hospitalizado los dos primeros meses de vida con diagnóstico de sepsis neonatal, distrés respiratorio, dificultad para la alimentación y síndrome malformativo con sospecha diagnóstica de S. Schwartz-Jampel vs S. Stuve-Wiedemann. Exploración física: facies de máscara, con contractura músculos faciales, sobre todo orbicular de los labios (que aumenta con el llanto), hipertelorismo, raíz nasal prominente, paladar ojival, pabellones auriculares dismórficos; extremidades con húmeros cortos, fémures y tibias cortos y curvados; manos y pies dismórficos: surco transversal palmar,

1<sup>er</sup> dedo implantación baja y delgado, resto de dedos largos y afilados, clinodactilia 5<sup>o</sup> dedo, 1<sup>er</sup> dedo del pie debajo del segundo y 4<sup>o</sup> dedo debajo del 5<sup>o</sup>. A nivel abdominal, gastrotomía. Evolución: en la actualidad tiene 16 meses, requiere oxigenoterapia intermitente, se alimenta por vía oral, presenta alteraciones musculoesqueléticas con talla baja y retraso en el desarrollo psicomotor. Ha ingresado en seis ocasiones por cuadros de distrés respiratorio, progresivamente más autolimitados y espaciados en el tiempo, que responden bien a aerosolterapia, Se han observado frecuentes episodios de hipertermia sin foco infeccioso demostrable. Durante este período se ha conocido el resultado del estudio genético compatible con S. Schwartz-Jampel tipo 2 o Stuve-Wiedemann.

**Conclusión.** A pesar de que el S. Schwartz-Jampel y el S. Stuve-Wiedemann, fueron descritos por primera vez como síndromes diferentes, el descubrimiento reciente de una genética común para diversos casos de ambos, hace que la mayoría de autores lo consideren, en la actualidad, el mismo síndrome.

### C-31. RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS. L.D. Moreno Duque, L. Fernández, E. Garrido, V. Fernández, M. Fernández, L. Rodríguez. Complejo Asistencial de León.

**Introducción.** El raquitismo hipofosfatémico (RH) es la causa más frecuente de raquitismo en países desarrollados y está bioquímicamente caracterizado por disminución de la reabsorción tubular de fósforo (RTP) y de la formación de 1-25 OH<sub>2</sub>VitD<sub>3</sub>, siendo calcio, PTH y 25 OHVitD<sub>3</sub> normales. Esta

patología se ha relacionado con mutaciones del gen PHEX (*phosphate regulating gene with homologies to endopeptidases on the X-chromosome*), localizado en la región Xp22.1.

**Casos clínicos** En la siguiente tabla se presentan las características clínicas y analíticas en la primera consulta de 3 casos de raquitismo hipofosfatémico: Tabla I

Todos los pacientes tienen niveles de calcemia, PTH, y vitamina D normales con ecografía renal sin alteraciones. Dos pacientes reciben tratamiento con fosfato y vitamina D (uno de los tres casos aún no lo ha iniciado debido a su diagnóstico reciente). Ambos presentaron hipercalcemia secundaria al mismo y ligera elevación de los niveles de PTH en uno de ellos. La asociación de hiporecambio, en uno de los casos, precisó el inicio de tratamiento con GH.

No se ha realizado estudio genético por el momento.

**Comentarios.** El raquitismo hipofosfatémico es una entidad poco frecuente pero que no debe ser infravalorada. Ante un paciente que presente genu varo debe realizarse despistaje analítico y radiológico de esta entidad.

El seguimiento debe ser estricto en todos los pacientes bajo tratamiento, para detectar y corregir las complicaciones del mismo.

Puede estar indicado el tratamiento con GH en pacientes con importante afectación de la talla.

### C-32. RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO. G.A. Sacoto Erazo, F. Conde Redondo, S. Gómez García, I. Alía Arroyo, P. García Gutiérrez, E. Gallego Matey. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

**Introducción.** El raquitismo hipofosfatémico representa un grupo de desórdenes hereditarios con características clínicas similares. La herencia más frecuente es la dominante ligada al X aunque existen también formas autosómicas (dominantes y recesivas).

**Caso clínico.** Niña de 3 años con genu varo bilateral. Antecedentes familiares: abuelo paterno genu varo bilateral. Hermano afecto de cardiopatía congénita. Antecedentes personales: nace a las 39 semanas con somatometría normal, período neonatal sin incidencias. Dieta adecuada. Erupción dentaria inicial a los 13 meses. Exploración física: peso y talla en percenti-

les 10-25, frente abombada, raíz nasal deprimida, palpación ensanchada de epífisis distales de huesos largos y genu varo bilateral de componente femorotibial. La radiología mostró cambios compatibles con raquitismo. Estudio analítico: hipofosforemia con normocalcemia, hiperparatiroidismo, aumento de fosfatasas alcalinas y valores bajos de 1,25 (OH)<sub>2</sub> vit D, con niveles de 25-OH vitamina D y pH sanguíneo normales. El estudio de función renal reveló hiperfosfatemia. Se realizó estudio analítico y de función renal familiar, siendo normal en los padres. El abuelo presentaba hipofosforemia y fosfatemia elevada. Con el diagnóstico de raquitismo hipofosfatémico se instauró tratamiento con alfa calcidol y fosfato sódico. No ha sido posible la realización del estudio genético.

**Conclusión.** Presentamos un caso de raquitismo hipofosfatémico aún no catalogado de forma completa. Se ha tratado con dosis crecientes de fósforo y 1  $\alpha$ (OH) vit D, logrando un descenso de fosfatasas alcalinas aunque su valor no se ha normalizado. A pesar de recibir una dosis de cuatro veces la fisiológica de 1 $\alpha$ (OH) la calcemia es normal, la calciuria es baja y la ecografía renal se mantiene normal.

SÁBADO 7 DE NOVIEMBRE, SALA CLAUDIO MOYANO

**C-33. ESTUDIO DE LAS INFECCIONES POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL EN LOS MENORES DE 2 AÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID ENTRE NOVIEMBRE 2006 Y MARZO DE 2009.** *E. Izquierdo Herrero, P. García Saseta P. Cobreros García, E. Moreno Gómez, Y. Barreñada Sanz, P. Solís Sánchez. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** El virus respiratorio sincicial (VRS) es la causa más frecuente de infección de vías respiratorias inferiores en menores de 2 años. El diagnóstico de infección por este tipo de virus se está incrementando en los últimos años, fundamentalmente en forma de bronquiolitis. Con este estudio pretendemos estudiar las características epidemiológicas, clínicas y manejo terapéutico de los lactantes ingresados con dicho diagnóstico en nuestro Servicio.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de los menores de 2 años, ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el periodo comprendido entre noviembre de 2006 y marzo de 2009, con positividad para VRS en el estudio microbiológico del lavado nasofaríngeo. Se recogieron datos de filiación, clínicos, analíticos, radiológicos, microbiológicos y manejo terapéutico.

**Resultados.** Se registraron un total de 100 casos de infección de vías respiratorias por VRS en menores de 2 años, corres-

poniendo el 42% a varones y el 58% a mujeres. La media de edad fue de 7,23 meses. La media de estancia hospitalaria fue de 4,68 días. Los meses de máxima incidencia fueron noviembre, diciembre y enero. En el 68% de los casos la infección correspondía a un primer episodio de bronquiolitis. El 51% habían recibido tratamiento domiciliario previo. La adrenalina nebulizada fue el principal tratamiento hospitalario (50%) seguida de salbutamol inhalado (23%), y de su asociación con bromuro de ipatropio (21%). En un 2% fue necesaria la instauración de medidas de soporte ventilatorio. El 72% recibió corticoterapia intravenosa. En el 79% de los casos no se evidenciaron datos de interés en la radiografía de tórax.

**Conclusiones.** La infección por VRS constituye una de las causas más frecuentes de ingreso en menores de 2 años en época epidémica, asistiéndose a un incremento significativo de la misma en los últimos años. Los meses de máxima incidencia corresponden a noviembre-diciembre-enero.

**C-34. ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y EL RITMO DE LAS QUEMADURAS INFANTILES ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS 112 DE CASTILLA Y LEÓN: A PROPÓSITO DE 72 CASOS.** *R. Da Cuña Vicente, J.R. Garmendia, J. Andrés, J.M. Gil, J. Ardura Fernández. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

**Introducción.** Las quemaduras son frecuentes en la infancia y constituyen una causa importante de muerte accidental. El análisis de las circunstancias en que se producen y la demostración de una tendencia temporal en su aparición permiten orientar los recursos disponibles hacia una mejor asistencia y prevención de este tipo de accidentes.

**Objetivo.** Estudiar las características epidemiológicas y analizar el ritmo de presentación de las quemaduras infantiles en una amplia población de pacientes pediátricos.

**Material y métodos.** Se estudiaron retrospectivamente 4.419 accidentes infantiles atendidos por el Servicio de Emergencias 112 de Castilla y León en el año 2007 y primera mitad del 2008, de los cuales se seleccionaron los producidos por quemaduras para realizar, por un lado, el análisis estadístico descriptivo y, por otro, la valoración de su dimensión temporal.

**Resultados.** Se registraron 74 casos de quemaduras, que suponen un 1,7% del total de accidentes infantiles atendidos. 45 eran varones (62,5%) y 27 mujeres (37,5%). 41 quemados eran menores de 3 años, lo que supone un porcentaje del 55,4%. La franja horaria que acumuló la mayor parte de las quemaduras fue entre las 21 y las 0 horas, sucediendo el 25% en dicho periodo. Por el contrario, entre las 4 de la madrugada y las 9 de la mañana tan sólo se registró un caso. La distribución de las quemaduras a lo largo de la semana mostró una homogeneidad en la segunda mitad de la semana, acumulándose el 35%

de las quemaduras en el fin de semana. El día de menor aparición de casos fue el martes. Al desglosar las quemaduras acontecidas en las distintas provincias de Castilla y León, y teniendo en cuenta la diferencia poblacional entre las mismas a la hora de referir los datos, se observó que Ávila fue la provincia en la que sucedieron más casos, seguida muy de cerca por Segovia. En el lado opuesto, la provincia en la que menos niños quemados se registraron fue en Palencia. El análisis ritmométrico de las quemaduras infantiles mostró la presencia de un ritmo circadiano con acrofase a las 21:30 horas, siendo tales resultados estadísticamente significativos.

**Conclusiones.** Las quemaduras infantiles producen importante morbimortalidad. Son más frecuentes en el sexo masculino y en menores de 3 años. Suceden especialmente en el fin de semana. Las quemaduras en niños poseen ritmo circadiano con acrofase vespertina.

**C-35. HOSPITALIZACIÓN POR CONTACTO ACCIDENTAL CON TÓXICOS: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS.** *C. García de Ribera, M. Tríguez García, E. Gallego Matey, P. García Gutiérrez, A. Pino Vázquez. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Introducción y objetivos.** Las consultas por sospecha de intoxicación continúan siendo un motivo común de utilización de los Servicios de Urgencias de Pediatría, a pesar de observarse un discreto descenso de las mismas en los últimos años. Afortunadamente, la mayoría de las veces se trata de un contacto accidental con sustancias que no llegan a ser tóxicas en la cantidad ingerida por el niño. Sin embargo, en ocasiones pueden llegar a comprometer su vida. Nuestro objetivo es conocer las características de los ingresos debidos a estos accidentes en la población pediátrica del área este de Valladolid entre septiembre de 2006 y agosto de 2009.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de niños ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre septiembre de 2006 y agosto de 2009, con el diagnóstico de ingesta accidental de tóxico y/o intoxicación. Se recogieron datos de filiación, de etnia, necesidad terapéutica, fecha, hora de ingreso, tiempo de estancia y terapias realizadas.

**Resultados.** Se recogieron 73 casos de un total de 5.004 historias revisadas. Las formas de presentación más frecuentes fueron la intoxicación por monóxido de carbono (16,4%), la ingesta de paracetamol (13,7%) y la intoxicación etílica (9,6%). La principal vía de entrada fue la digestiva (83,56%). En un 2,7% de los pacientes el tóxico fue desconocido. La mayor incidencia tuvo lugar en los meses de septiembre y diciembre, con un 17,8% y 12,3%, respectivamente. Un 50,68% de los ingresos ocurrieron entre las 5 de la tarde y las 11 de la noche. La edad media

fue de 4,45 años (un 68,5% se situaban por debajo de los 5 años), siendo un 46,6% niños y un 53,42% niñas. Cabe destacar que la mayoría de los ingresos por intoxicación etílica (9,6%) fueron de sexo femenino (85,7%). La mayoría de los pacientes fueron españoles (91,3%), siendo un 26% de etnia gitana. La estancia media en planta fue de 1,4 días (rango entre 1 y 6 días), precisando 2 de ellos (2,7%) ingreso en UCIP, con una estancia media de 1,4 días.

**Conclusiones.** En nuestro medio, los accidentes por contacto con tóxicos constituyen una causa importante de ingresos en niños, siendo la intoxicación por monóxido de carbono la más frecuente en nuestra serie. La mayor incidencia se registra en los meses de septiembre y diciembre y entre las 5 de la tarde y las 11 de la noche y en menores de 5 años. Entre los fármacos, el paracetamol sigue siendo el más frecuentemente ingerido, como describe la literatura al respecto. Llama la atención el elevado porcentaje de intoxicaciones etílicas en adolescentes y su asociación con el sexo femenino.

**C-36. INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS: REVISIÓN DE 3 CASOS.** *M. Tríguez García, A.M. Del Río López, A. Pino Vázquez, E. Izquierdo Herrero, J. Carranza Ferrer, C. García de Ribera. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Introducción.** Las intoxicaciones por plaguicidas o pesticidas suponen aproximadamente el 3,5-4% de todas las intoxicaciones y de ellas el 55-57% afectan a niños menores de 6 años. En España, según datos del Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de La Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, sobre un total de 1.700 intoxicaciones 40 casos correspondieron a plaguicidas (2,35%).

**Casos clínicos.** Presentamos los casos de 3 pacientes, mujeres, de raza gitana, con edades comprendidas entre los 6 y los 13 años, que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital en los últimos 12 meses, con clínica de intoxicación por organofosforados tras aplicación de diazinón 60% en cuero cabelludo como tratamiento de pediculosis. En los 3 casos se evidencian, pocos minutos después del contacto cutáneo y respiratorio, una clara sintomatología neurológica (mareo, miosis, debilidad muscular, somnolencia, visión borrosa, disartria, inestabilidad en la marcha...) y vómitos acompañantes. Tras monitorización cardiopulmonar y descontaminación cutánea, fue necesaria la administración de antidotos para revertir tanto los síntomas muscarínicos (atropina) como los nicotínicos (pralidoxima). Tras el tratamiento, las pacientes evolucionaron favorablemente, permaneciendo asintomáticas en controles posteriores.

**Conclusión.** En los últimos años se ha observado una disminución en el número de muertes por intoxicaciones, sin

embargo siguen siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad tanto en niños como en adolescentes, lo que hace imprescindible conocer su presentación clínica, pautas de actuación y los antídotos específicos. En nuestros pacientes, la buena evolución clínica estuvo en relación con el diagnóstico y tratamiento precoz.

En nuestro hospital hemos observado un aumento en el número de intoxicaciones por organofosforados, siendo más evidente en determinados grupos raciales debido a su empleo como pediculicida.

**C-37. DACRIOCISTITIS Y CELULITIS PRESEPTAL EN EL RECIÉN NACIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.** V. Puer-tas, A. Sánchez, L. González, N. Campo, B. González, E. San-tamaría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

La dacriocistitis aguda es la inflamación purulenta del saco lacrimal, que puede ir acompañada de celulitis facial u orbitaria. Su presentación consiste en dolor, tumefacción, rubor y calor en el área del canto interno, pudiéndose palpar un saco lagri-mal edematoso.

La etiología más frecuente en el recién nacido es la obs-trucción congénita del saco lagrimal, que afecta hasta a un 20% de los recién nacidos y se manifiesta clínicamente por epífora y secreción ocular. En algunos casos la obstrucción congénita del conducto lacrimonasal se produce tanto a nivel distal (válvula de Hasner), como a nivel proximal (válvula de Rossen-müller), originando una acumulación de fluidos en el sistema de drenaje, con la consiguiente distensión del saco lagrimal denominada dacriocistocele y apareciendo como una masa azu-lada en la región del canto interno.

En la dacriocistitis aguda del recién nacido que se acompa-ña de celulitis periorbitaria u facial, se hace necesario el ingre-so del neonato para su tratamiento, el cual debe ser conserva-dor mediante antibioterapia por vía parenteral, instilaciones ocu-lonasales, termoterapia y masajes frecuentes del saco lagrimal. La antibioterapia debe cubrir los gérmenes más frecuentemen-te aislados: *S. pyogenes*, *S. aureus* y *S. epidermidis*. La pauta más recomendada incluye la cloxacilina en combinación con una cefalosporina de tercera generación o un aminoglucósido. Sólo se recurre a sondaje del conducto en aquellos casos en los cua-les no existe mejoría después de varios días de tratamiento.

Presentamos el caso de un recién nacido a término, mujer, sin antecedentes de interés ni factores de riesgo infeccioso. En la exploración inicial en la sala de partos se observa una tumo-ración azulada de 2x2 cm en canto interno del ojo derecho. Durante los primeros días de vida presenta una progresiva infla-mación y eritema a nivel palpebral y saco lagrimal, no acom-pañada de fiebre ni otros signos de infección sistémica. No se observa hiperemia conjuntival y los movimientos oculares están conservados. Tras la compresión manual del saco lagrimal drena a través del punto lagrimal abundante cantidad de material purulento.

En el hemograma presenta leucocitosis (20.700 leucocitos/mm<sup>3</sup>), sin neutrofilia. Serie roja y plaquetaria normales. PCR 5 mg/L. Los cultivos (secreción ocular y hemocultivo) resultaron negativos.

Se diagnostica de dacriocistitis y celulitis preseptal secun-darias a dacriocistocele, ante lo cual se inicia tratamiento anti-biótico empírico por vía parenteral con cloxacilina y gentami-cina y vía tópica con tobramicina, que se mantiene durante una semana. Mejoría progresiva de la infección ocular, persistien-do al alta el dacriocistocele sin signos de infección.

En seguimiento actual por el Servicio de Oftalmología.