

## Comunicaciones Orales

---

VIERNES 24 DE OCTUBRE, SALÓN CONVENCION

Presidente: **Jesús Prieto Veiga**

Secretario: **Luis Miguel Rodríguez Fernández**

---

**ADENOFLEMÓN INGUINAL EN LACTANTE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.** D. Sánchez Arango, A. Orizaola Ingelmo, R. Cuesta Alonso, I. Fernández Jiménez, A. Sánchez Abuin, E.M. De Diego García. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Santander.

**Introducción.** Un absceso es una colección de pus. En la piel se sitúan entre la dermis y los tejidos subyacentes. La causa más frecuente de un absceso cutáneo es la extensión en profundidad de una infección localizada en un folículo piloso. El organismo más frecuentes es el *Staphylococcus aureus*.

**Caso clínico.** Niña de 59 días de edad que acude a urgencias ante la persistencia de una tumoración blanda, caliente y eritematosa, en la región inguinal izquierda. Diagnosticada la semana previa de adenitis inguinal en hospital periférico recibe tratamiento endovenoso con amoxicilina-clavulánico durante 24 horas y posteriormente oral. Tras cuatro días de tratamiento se mostraba irritable. Afebril. Tomando y tolerando adecuadamente. A la exploración se objetiva masa de 2 cm por 2 cm dolorosa y fluctuante a la palpación, sin lesiones cutáneas asociadas.

El hemograma mostró 15.900 leucocitos (36S, 50L, 9M, E0) con una PCR: 0,1 mg/dl. Ante lo que se decide realización de ecografía de partes blandas en la que se objetiva lesión quística con presencia de ecos en su interior de 1,9 x 2 cm con abundante vascularización periférica, compatible con adenoflemón. Se realizó anestesia local, drenaje y desbridamiento mediante incisión de 5 mm de la que se obtuvo abundante material purulento blanco amarillento. Se reinició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico endovenoso. El cultivo confirmó el crecimiento de *Staphylococcus aureus* sensible a penicilina. La evolución posterior fue satisfactoria.

**Comentarios.** La presencia de ganglios inguinales es frecuente en los pacientes pediátricos sin tener significación patológica alguna. En ocasiones pueden evolucionar a adenitis y abscesificarse. Debiendo realizarse un diagnóstico y seguimiento adecuado de las mismas descartando siempre la existencia de colecciones susceptibles de drenaje que mejorarían la evolución del proceso.

**DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 178 PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI.** S. Duque González, M. Maestro de la Calera, I. Castro Ramos, C. Madrigal Diez, C. Redondo Figuero, S. García Calatayud. Gastroenterología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander.

**Objetivo:** Estudiar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la población pediátrica remitida a la consulta de Gastroenterología Infantil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla por sospecha de infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de 178 pacientes menores de 16 años, a los cuales, se realizó el test de la ureasa (Taukit, Isomed®) para descartar infección por *H. pylori*, desde Enero del 2001 a Diciembre del 2007. Se realizó en dichos pacientes además, serología frente a *H. pylori*, hemograma y perfil de hierro.

**Resultados.** Se realizó la prueba a 87 mujeres (48,9%) y 91 varones (51,1%). La edad de realización de la prueba tuvo una mediana de 10,3 años (IQR 7,9-12,2), siendo el 74,7% de los casos pacientes mayores de 8 años. En el 35,9% de los pacientes existían antecedentes familiares de infección por *H. pylori*, úlcera gastroduodenal o gastritis. Se produjo una distribución geográfica asimétrica siendo significativo el número de pacientes procedentes del área de Santoña (33 casos, 3%). El motivo mayoritario de remisión a la consulta de Gastroenterología Infantil fue abdominalgia, en el 72,8% de los casos. Se

realizó inicialmente el diagnóstico a partir de pruebas no invasivas (serología y test de la ureasa). El 88,2% presentó serología positiva frente a *H. pylori*. Al comparar el estudio serológico con el test de la ureasa, observamos que en el 95,2% los casos en los que la serología fue negativa también lo fue el test de la ureasa y que cuanto menor es el valor del resultado de la serología, mayor es la probabilidad de que el test de la ureasa sea negativo. No se observaron alteraciones significativas en la serie roja, ni en el perfil de hierro de los pacientes.

En cuanto al tratamiento, se pautó claritromicina, amoxicilina y omeprazol (CAO) en 58 casos (32,6%) y, metronidazol, amoxicilina y omeprazol (MAO) en 74 casos (41,6%). Los pacientes que recibieron pauta con CAO presentaron un control de ureasa positivo en el 47,3% de los casos (IC-95%; 34,7-60,2), mientras que de los que recibieron la pauta MAO el control de ureasa resultó positivo en el 76,8% (IC-95%; 65,6-85,2). Las diferencias observadas en la negativización del test de ureasa con las dos pautas MAO (13.9) CAO (17.0), no fueron sin embargo estadísticamente significativas (prueba de Wilcoxon,  $U=2027$ ,  $p=0,445$ ).

**Conclusiones.** El perfil del paciente en que realizamos test de ureasa es un paciente en torno a 10 años que es remitido a consulta especializada por dolor abdominal. El tratamiento basado exclusivamente en la serología supone un sobretatamiento, conlleva un elevado coste económico-sanitario y supone un abuso de antibióticos. No encontramos diferencias significativas entre iniciar tratamiento con CAO o MAO.

**ENFERMEDAD DE KAWASAKI. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL.** *D. González Jiménez, L. Alcántara Canabal, C. Escribano García, S. Jiménez Treviño, C. Bousoño García, E. Ramos Polo. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Pediatría. Oviedo.*

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas, hallazgos de laboratorio y complicaciones de los niños diagnosticados de enfermedad de Kawasaki en nuestro hospital.

**Material y Métodos.** Se revisan niños ingresados, entre 1995 y 2007, diagnosticados de enfermedad de Kawasaki y que cumplieran los criterios diagnósticos de la enfermedad en su forma completa (fiebre de más de 5 días y al menos 4 criterios clínicos clásicos) o en su forma incompleta (fiebre de más de 5 días, menos de 4 criterios clínicos clásicos y afectación de las arterias coronarias en la ecocardiografía). Los resultados se expresan como media y el rango entre paréntesis.

**Resultados.** Se recogen 19 pacientes, de los cuáles, 4 corresponden a la forma incompleta y 15 a la forma completa. Los varones predominan ligeramente (57%). La edad media fue de 2,76 años (0,16-10,2). Clínicamente, todos los pacientes, presentan fiebre más de 5 días de evolución, con una media de 10,9 días (5-22). La conjuntivitis es el criterio clínico que más frecuentemente aparece (89%), seguido de exantema (73%), adenopatías (68%), alteraciones en la cavidad oral (63%) y por último, la afectación de las extremidades (52%). Otros síntomas que aparecen son irritabilidad (58%), molestias gastrointestinales (42%), artritis (26%) y edema escrotal (10%).

El 31% (todos varones) presentan alteraciones en la ecocardiografía inicial, 5 presentan dilataciones y 2 pericarditis. No se encuentran aneurismas.

Análíticamente, los leucocitos fueron  $17.680/\text{mm}^3$  (8.100-36.170) con neutrofilia en el 84% de los casos. La PCR fue  $11,6 \text{ mg/dl}$  (0,04-17,38) y la VSG media fue  $70/\text{mm}^3$  (13 y 119). 47% presentaban anemia y el 33% elevación de las transaminasas. Todos salvo 1 caso, presentaron trombocitosis en la 2ª semana.

Todos fueron tratados con salicilatos y 18 con gammaglobulina. El tratamiento se inició al día 10 (5-22). 2 niños requirieron otra dosis de gammaglobulina. No se utilizaron otros tratamientos.

**Conclusiones.** La enfermedad de Kawasaki debe considerarse en el diagnóstico diferencial de niños con fiebre inexplicable de más de 5 días de evolución asociado a algún criterio clínico.

Es necesario conocer otros síntomas: irritabilidad, gastrointestinales, artritis, así como datos complementarios (anemia, trombocitosis, leucocitosis, elevación de pcr, vsg o transaminasas) para sospechar esta enfermedad, principalmente las formas incompletas.

El tratamiento con gammaglobulina durante los primeros 10 días de enfermedad es importante para prevenir la aparición de aneurismas.

**INFECCIÓN DE ORINA EN LACTANTES: REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.** *G. De La Fuente Echevarría, L. Expósito Alonso, C. Criado Muriel, P. Prieto Matos, A. Herrero Hernández, J. Blázquez García. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción y objetivos.** Las infecciones del tracto urinario (ITU) es una patología frecuente a edades pediátricas

y de especial importancia en lactantes, por su morbilidad y secuelas potenciales. Estudiar las características clínicas y epidemiológicas de lactantes ingresados con el diagnóstico de ITU, y analizar la etiología y el antibiograma de los diferentes gérmenes, así como los resultados analíticos y ecográficos de los pacientes.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de niños ingresados en el Hospital Universitario de Salamanca en un periodo de cinco años, del 2003 al 2007, con el diagnóstico de ITU y con edades comprendidas entre los 28 días y los 2 años y medio. Se recogen datos filiales, clínicos, analíticos, ecográficos y microbiológicos y se realiza un estudio estadístico descriptivo.

**Resultados.** Se recogieron 119 casos. La edad media fue de 6,5 meses, el 53,8% fueron niñas y el 46,2% niños. El 74,8% acudieron en primer lugar al servicio de urgencias, siendo el motivo de consulta más frecuente la fiebre, que aparecía en el 94,2% de los casos. Los parámetros analíticos se recogieron en toda la muestra, siendo los valores medios: 16419 leucocitos, 8554,3 de neutrófilos, 7,52 mg/dl de PCR. El 32,3% tenía una procalcitonina mayor de 2 ng/ml.

El 9,2% de los niños presentaban patología renal de base. De las ecografías que se realizaron durante el ingreso, el 32,5% no fueron normales y, en el 80% de éstas se descubrieron alteraciones hasta entonces desconocidas.

El *E.coli* fue el germen aislado en el 85,7% de los casos, siendo la *Pseudomonas aeruginosa* con el 3,4%, el segundo en frecuencia.

Al analizar los antibiogramas encontramos que el 25,3% fueron sensibles a todos los antibióticos, y el 2,8% fueron multiresistentes. El 53,2% fueron resistentes a amoxicilina, el 2,6% a amoxicilina clavulánico, el 5,2% a cefotaxima y el 1,3% a gentamicina.

**Conclusiones.** Las ITUs son una patología frecuente en los lactantes. El patógeno más frecuente es el *E. coli* que continúa siendo sensible a los principales antibióticos empleados en el tratamiento.

Es necesario una adecuada elección y utilización de los antibióticos para realizar un correcto tratamiento y evitar futuras resistencias.

Es fundamental la realización de ecografía en todos los casos, ya que, siendo una prueba incruenta y barata, puede detectar gran número de alteraciones que debutan como ITU, permitiendo controles posteriores y tratamientos médicos o incluso quirúrgicos.

**OSTEOMIELITIS EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS: CASUÍSTICA DE NUESTRO HOSPITAL.** M. Sánchez Moreno, E. Aragonés Achutegui, M. Ruiz del Campo, M.T. Leonardo Cabello, F.J. García García. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** Se considera a la inflamación de origen infeccioso que afecta al hueso, siendo la causa más frecuente la bacteriana (*S. aureus* >90%). Es más frecuente en varones y en menores de 5 años. La localización más frecuente es la metáfisis de extremidades inferiores. La clínica puede ser local con dolor y signos inflamatorios locales, o bien puede asociar síntomas generalizados como febrícula o síndrome constitucional importante. El diagnóstico se establece con dos de los siguientes criterios: 1) Material purulento o cultivo del hueso positivo; 2) Hemocultivos positivos; 3) Sígnos/síntomas clásicos; 4) Cambios sugestivos en gammagrafía, RMN o radiografía. La gammagrafía ósea es la prueba diagnóstica de elección. El tratamiento consiste en antibioterapia empírica en función de la edad y en raros casos se precisa cirugía. La evolución es favorable en la mayoría de los casos.

**Material y métodos.** Se ha realizado una revisión de los casos diagnosticados en los últimos diez años en nuestro hospital. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, tiempo evolución, localización, gérmenes, evolución clínica, analítica y radiológica, tratamiento recibido y situación actual.

**Resultados.** Se presentó en un 67,5% en varones, afectando en un 42,5% a menores de 5 años (35% de ellos menores de 2 años). El 55% asociaba afectación del estado general. La localización más frecuente (55%) fue en tibia seguido del fémur con un 22,5%. El germen más frecuente fue *S. aureus* en un 32,5% pero en el 57,5% de los pacientes no se consiguió aislar germen. En cuanto a reactantes de fase aguda el 40% presentó elevación de la VSG y el 27,5% de la VSG y PCR. Tanto la gammagrafía como la radiología resultaron patológicas en un 60% de los pacientes. El tratamiento más frecuentemente instaurado fueron las cefalosporinas de tercera generación asociadas a Cloxacilina endovenosas (71,4%), durante tres semanas en un 68% de los casos, y dos semanas en el resto.

**Conclusión.** La osteomielitis es una enfermedad que afecta principalmente a varones menores de 5 años. El germen más frecuente implicado es el *S. aureus*, variando la etiología con la edad. La gammagrafía ósea es la prueba diagnóstica de elección y la localización más frecuente es en metáfisis de extremidades inferiores. El tratamiento antibiótico más empleado es la combinación de cefalosporinas

de tercera generación y cloxacilina, tras el cual no se ha producido ninguna recidiva hasta el momento.

**REVISIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN POR COMPLICACIONES DE VARICELA, EN NIÑOS SANOS, EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS.** *M. Monsalve Saiz, M.L. Bertholt, M.I. Montes Ciudad, L. García Higuera, M.J. Lozano de la Torre. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.*

**Objetivos.** La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica refiere una media anual de 300.000 casos de varicela en los últimos años, con una mortalidad que oscila entre 2 y 10 casos anuales. En esta revisión describimos las características de los niños ingresados por complicaciones de la misma en nuestra Comunidad Autónoma.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes, menores de 14 años, ingresados por complicaciones de varicela entre enero de 2005 y julio de 2008. Las variables analizadas estadísticamente son: edad, sexo, época del año, motivo de ingreso, tiempo de evolución previo al ingreso, pruebas realizadas, días de hospitalización, tratamiento y número de casos por año comparándolos con el total de ingresos en el mismo periodo.

**Resultados.** Analizamos un total de 31 casos, 54% varones, con una media de edad de  $2,1 \pm 1,5$  años. La mayor frecuencia de ingresos fue en mayo (9 casos). La mediana de días entre la aparición del exantema y el ingreso fue de 5 días (rango 0-15), y la de días de ingreso hospitalario de 4 días (rango 1-21). Todos los niños eran inmunocompetentes y ninguno había recibido vacunación previa antivariela. El 70% estaba escolarizado. Las complicaciones más frecuentes fueron: 47% cutáneas (12 celulitis, 1 impétigo y otros), 22% neurológicas (4 cerebelitis, 3 convulsiones febriles) y 15% respiratorias (4 neumonías y 1 insuficiencia respiratoria). La complicación más grave fue una osteoartritis de rodilla que precisó ingreso durante 3 semanas. A todos los pacientes se les realizó hemograma y PCR, al 16% Rx tórax, al 32% hemocultivo (1 positivo a *s. pneumoniae*) y al 16% cultivo de las lesiones siendo el 80% de ellos positivo a *S. pyogenes* y el resto a *s. pneumoniae*. El 65% recibió tratamiento antibiótico y el 9% aciclovir.

Año	2005	2006	2007	2008
Nº ingresos	2.400	2.866	2.847	1.414
Casos	6	13	4	8
Casos/mil	2,5	4,5	1,4	5,6

**Conclusiones.** La varicela es una enfermedad de alta incidencia en la población, con evolución generalmente banal aunque puede ocasionar complicaciones importantes, siendo las más frecuentes en nuestra revisión las cutáneas. Aunque la bibliografía no refiere predominio estacional, nosotros encontramos una mayor incidencia en primavera. En nuestra Comunidad Autónoma esta enfermedad genera un promedio de 3,5 casos/mil de los ingresos anuales, llamando la atención el importante incremento en los últimos 6 meses, lo que implica un alto costo económico y social que podría prevenirse con la universalización de la vacuna específica entre los 12 y los 18 meses.

**SEPSIS RELACIONADA CON CATÉTER EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: UN RETO A MEJORAR.** *P. Toyos González<sup>1</sup>, J.B. López Sastre<sup>1</sup>, B. Fernández Colomer<sup>2</sup>, A. Ramos Aparicio<sup>2</sup>, G.D. Coto Cotallo<sup>2</sup>, M.A. Ibáñez Fernández<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Neonatología. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*

**Antecedentes y objetivo.** Los catéteres percutáneos son las vías centrales más usadas en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Han contribuido al aumento de la supervivencia de los recién nacidos pretérmino, pero son un factor de riesgo para la adquisición de infecciones nosocomiales. La sepsis relacionada con catéter constituye en la actualidad una de las principales causas de morbimortalidad en UCIN. El objetivo es identificar los factores de riesgo para colonización y sepsis relacionada con catéter en nuestra UCIN, actuar sobre ellos y así reducir la tasa de complicaciones infecciosas, con el fin de disminuir la morbimortalidad.

**Métodos.** Estudio retrospectivo de los catéteres epicutáneo-cava colocados en 165 pacientes ingresados en la UCIN de nuestro hospital entre 01-01-03 y 15-07-05. Se recogieron datos de 209 catéteres, analizándose 22 variables de cada uno. Se consideraron catéteres contaminados aquellos con cultivo de punta y/o conexión positivo sin sepsis clínica ni bacteriemia. Se consideró sepsis relacionada con catéter aquella en la que en el momento de la clínica séptica, se aisló un mismo germen en hemocultivo y en cultivo de punta y/o conexión de catéter. Se compararon estadísticamente los datos mediante T de Student y Chi-cuadrado.

**Resultados.** La densidad de incidencia de sepsis relacionada con catéter fue de 16,3/1.000 días-catéter, de colonización

10,99/1.000 días-catéter y de mortalidad 1,5/1.000 días-catéter. El 53,6% de los catéteres no presentaron complicaciones infecciosas. En el análisis comparativo de colonizados (29 catéteres) versus no complicados (112) se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la permanencia del catéter y casi significativas para administración de alimentación y lípidos intravenosos (más en colonizados) y peso (menor en colonizados). Comparando catéteres no complicados versus catéteres con sepsis relacionada (39) existen diferencias en el peso al nacimiento y complicaciones locales (menores en los catéteres con sepsis). También existen diferencias estadísticamente significativas en la permanencia del catéter, el uso de llave de triple paso, la administración de nutrición y lípidos intravenosos, y la necesidad de intervención quirúrgica previa (mayores en los catéteres con sepsis). Comparando catéteres colonizados versus catéteres con sepsis, existen diferencias estadísticamente significativas en permanencia del catéter y administración de nutrición y lípidos intravenosos (más en sepsis). Los microorganismos de las colonizaciones fueron mayoritariamente estafilococos coagulasa negativos (82,75%) siendo el mayoritario *S. epidermidis* (58,6%). El principal grupo de gérmenes aislado en las sepsis relacionadas con catéter fue el de los bacilos gram negativos (55,8%) siendo el *S. epidermidis* el microorganismo más frecuente, causando el 38,5% de los procesos sépticos.

**Conclusiones.** Los principales factores asociados con colonización y sepsis relacionada con catéter son la permanencia del mismo, el bajo peso al nacimiento y la nutrición parenteral. Se asocian sepsis con uso de llave de triple paso y cirugía previa. No existe asociación entre sepsis y ventilación mecánica, edad a la colocación ni antibioterapia previa. El principal germen causante de colonización y sepsis relacionada con catéter es el *Staphylococcus epidermidis*.

#### VIERNES 24 DE OCTUBRE, SALÓN PALMA

Presidente: **Gregorio de la Mata Franco**

Secretario: **Susana Alberola López**

**EPILEPSIA CON AUSENCIAS PRECOCES, APARENTEMENTE UN NUEVO SÍNDROME EPILÉPTICO IDIOPÁTICO.** J.L. Herranz, D. Palanca, M. Maestro, R. Arteaga. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivos.** En la clasificación de síndromes epilépticos, la Liga Internacional contra la Epilepsia reconoce la epilepsia

con ausencias infantiles, en niños de 4 a 10 años de edad, y la epilepsia con ausencias juveniles, en niños con más de 10 años. En la literatura se han identificado 38 niños en los que las ausencias típicas comienzan antes de los 3 años de edad, lo que estimamos que debe reconocerse como un síndrome epiléptico bien diferenciado.

**Material y métodos.** Durante los últimos 20 años hemos identificado ausencias típicas y trazados EEG con punta-onda generalizada a 3 Hz en 7 niños en los que las manifestaciones clínicas comenzaron antes de los 3 años de edad, concretamente entre los 18 y los 32 meses. Los padres de 2 pacientes habían padecido epilepsias generalizadas idiopáticas convulsivas durante la adolescencia. En ningún niño se asociaron discinesias, referidas en algunos niños en la literatura. Los EEG muestran grupos generalizados de complejos punta-onda a 3 Hz, en algunos casos con una duración extremadamente baja, de 2 segundos, a modo de "microausencias".

**Resultados.** En todos los pacientes se ha logrado la supresión de las ausencias y la normalización del trazado EEG, en 4 de ellos con valproato, aunque con dosis altas, con las que se alcanzaron niveles séricos superiores a 75 mg/L. En los otros pacientes el control se consiguió asociando valproato y etosuximida. En ningún niño se ha producido deterioro cognitivo a largo plazo.

**Conclusiones.** La edad temprana de comienzo de las manifestaciones clínicas, antes de los 3 años, ciertas particularidades de los registros EEG, y la relativa resistencia terapéutica, conforman una entidad clínica que proponemos se reconozca como nuevo síndrome epiléptico, con la denominación de epilepsia con ausencias precoces. Dicho síndrome precede cronológicamente a la epilepsia con ausencias infantiles, del mismo modo que ésta precede a la epilepsia con ausencias juveniles, marcando claramente una evolución continua en el tiempo del mismo tipo de crisis, las ausencias epilépticas, pero con evidentes matices diferenciales, que deben justificar el reconocimiento de este nuevo síndrome epiléptico y su inclusión en la clasificación internacional de las epilepsias.

**EPILEPSIA REFLEJA VS CUADRO SINCOPAL VS URTICARIA ACUAGÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.** V. Puertas Martín, E. Dulce Lafuente, B. González García, N. Campo Fernández, I. Sevillano Benito, R. Velasco Zúñiga. Hospital Río Hortega. Valladolid.

**Introducción.** Se describe el caso de un lactante que desde los 4 meses de edad presenta episodios de pérdida

de conciencia con cianosis perioral, palidez cutánea e hipotonía coincidentes con el baño (inmersión en el agua).

**Caso clínico.** Lactante de 4 meses y medio de edad con antecedentes de bajo peso para la edad gestacional por retraso de crecimiento intraútero, hipoglucemia neonatal transitoria; y varios episodios de bronquiolitis desde el nacimiento. Desarrollo psicomotor adecuado. Sin otros antecedentes de interés.

Ingresa por episodio de pérdida de conciencia con cianosis perioral, palidez cutánea e hipotonía de segundos de duración, coincidente con la inmersión en el agua del baño, sin asociar movimientos tónico-clónicos y sin presentar estado postcrítico. Durante su ingreso se mantiene monitorizado, presentando varios episodios de características similares a las relatadas, siempre coincidentes con la inmersión en el agua del baño, que ceden con estimulación física y verbal. Posteriormente a estas crisis se mantiene asintomático, sin cambios de coloración o de tono muscular de forma espontánea. Exploración física: soplo sistólico en borde esternal izquierdo II/VI, no irradiado. No otros hallazgos de interés. Estudio analítico, ECG, EEG y Ecocardiografía normales para la edad del paciente.

Tras ser dado de alta reingresa por presentar nuevo episodio en su domicilio que en esta ocasión precisó reanimación mediante ventilación boca a boca, con recuperación completa posterior lenta. Exploración física sin cambios, neurológica normal. Se mantiene asintomático durante su ingreso, sin repetición de nuevos episodios, por lo que se realiza prueba de provocación con inmersión en agua a 37°C produciéndose cuadro sincopal con bradicardia, cianosis, HTA e hipotonía generalizada que se recupera al salir del agua con oxígeno indirecto. Se consulta al servicio de alergias por posible urticaria acuagénica, el estudio resulta negativo. Estudios complementarios y pruebas de neuroimagen normales. Se ensayan tratamientos con hidroxicina (por posible causa alérgica), valproico (ante la posibilidad de epilepsia refleja el agua) y sulpiride (por sospecha de cuadro sincopal vagal) sin mejoría clara con ninguno de ellos. Se decide el alta domiciliaria con monitorización cardiorrespiratoria, tratamiento con Sulpiride (20 mg/8 h) y recomendación de evitar baño con inmersión en agua. Pendiente de estudio por el servicio de Neurología del Hospital Niño Jesús para VídeoEEG y valoración.

**Discusión.** Ante la presencia de cuadros de este tipo nos planteamos el diagnóstico diferencial entre tres entidades diferentes: 1) Epilepsia refleja a la inmersión en agua caliente: en contra del mismo tenemos EEG normal intercrisis,

EEG con enlentecimiento inespecífico durante las crisis, vídeoEEG normal y tratamiento empírico con valproico sin respuesta. 2) Urticaria acuagénica de causa alérgica: en su contra, pruebas alérgicas negativas, IgE negativa y tratamiento empírico con hidroxicina sin respuesta. 3) Episodios sincopales vegetativos: es un diagnóstico de exclusión que en nuestro caso no cumple todos los criterios ya que la distancia RR en el ECG no supera los 0,5 segundos (teniendo en cuenta que el paciente no ha llegado nunca a bradicardia extrema por haber sido reanimado previamente).

**EPILEPSIA Y PSICOSIS EN LA INFANCIA. M.L. BERTHOLT, M. MONSALVE SAIZ, L. GARCÍA HIGUERA, M.I. MONTES CIDAD, A. JORDÁ LOPE, J.L. HERRANZ FERNÁNDEZ. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.**

**Introducción.** Actualmente existe una amplia gama de fármacos antiepilépticos. Levetiracetam es uno de los más recientes, generalmente bien tolerado y de amplio espectro. Sin embargo con todos ellos se siguen describiendo efectos adversos entre los que se incluyen manifestaciones neuropsiquiátricas.

**Caso Clínico.** Varón de seis años diagnosticado hace siete meses de epilepsia focal sintomática (fronto-temporal izquierda) y crisis complejas secundariamente generalizadas. La resonancia magnética cerebral muestra una atrofia focal selectiva corticosubcortical fronto insular izquierda. Antecedentes personales: sin interés, no clínica psicótica previa. Antecedentes familiares: padre esquizofrénico en tratamiento actualmente. Tras el diagnóstico se inicia levetiracetam vía oral en pauta ascendente hasta alcanzar dosis de 50 mg/kg/día dos semanas después. A los pocos días de comenzar con la medicación, los padres refieren agresividad, ansiedad, hiperquinesia y otros trastornos del comportamiento. Presenta además síntomas psicóticos (ideas suicidas y homicidas, alucinaciones). Se decide suspensión brusca del fármaco e introducción rápida de valproato, inicialmente endovenoso y luego oral que el paciente tolera hasta que a los 10 días presenta reacción exantemática. Tras ineficacia de vigabatrina, control clínico con oxcarbazepina (50 mg/kg/día) y clobazam (0,5 mg/kg/día) desapareciendo simultáneamente la sintomatología psiquiátrica.

**Comentarios.** Aunque el levetiracetam es un fármaco con pocos efectos adversos, la bibliografía recoge una incidencia de 0,7 casos de psicosis por cada cien niños tratados. Usualmente estas manifestaciones se relacionan con anor-

malidades cognitivas o del comportamiento de base, corta edad al inicio del tratamiento e introducción rápida del mismo con dosis altas, si bien en nuestro caso no existía ninguna de estas condiciones. Generalmente suelen ocurrir durante las primeras cuatro semanas de tratamiento, aunque pueden surgir en cualquier momento y casi siempre desaparecen con la retirada del fármaco o el transcurso del tiempo. El hecho de que el padre tenga patología psiquiátrica y que los síntomas psicóticos del niño no hayan desaparecido totalmente tras la retirada de la medicación, sugiere que la predisposición genética ha sido el mayor factor desencadenante del cuadro. El principal interés del caso clínico reside en valorar los distintos tipos de psicosis en relación con el curso evolutivo de la epilepsia y de su tratamiento.

**INVOLUCIÓN PSICOMOTRIZ Y LEUCODISTROFIA.**  
*V. Recio Pascual, C. Rodríguez Fernández, D. Mata Zubillaga, B. Herrero Mendoza, C. Iglesias Blázquez, J.P. Martínez Badás. Hospital de León.*

**Introducción.** Una involución psicomotriz progresiva, en un niño con previo desarrollo normal, debe alertar sobre la existencia de una enfermedad genética. No se deben obviar enfermedades neurológicas como tumores, infecciones, enfermedades autoinmunes, neuromusculares o encefalopatías metabólicas.

**Caso clínico.** Niña de 8 meses de procedencia rumana, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por síndrome febril e irritabilidad.

Antecedentes personales: 2ª hija de padres no consanguíneos. Embarazo controlado. Parto eutócico. APGAR 9/10. Antecedentes neonatales no relevantes. Vacunación correcta. Desarrollo psicomotor normal hasta los 4 meses, comenzando entonces con pérdida de las habilidades previamente adquiridas como el sostén cefálico y dificultad para la deglución.

Exploración física: irritabilidad y aspecto distrófico. Fontanela normotensa. Abdomen sin visceromegalias. Hipertonía generalizada, no sostén cefálico, no sedestación y seguimiento ocular parcial de objetos.

Tras descartar proceso infeccioso se inicia estudio por retraso psicomotor. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: Aminoácidos en sangre y orina, amoniemia y ácido láctico normales. EEG desprovisto de anomalías específicas. Ecografía cerebral normal. RMN aumento del tamaño ventricular (tercer ventrículo) traduciendo cierto

grado de atrofia. Alteraciones en la señal de la sustancia blanca periventricular, más evidente en los centros semioventriculares con focos hipointensos no claramente quísticos. Potenciales evocados auditivos y visuales con moderadas anomalías. Fondo de ojo normal.

Un mes más tarde comienza con espasmos en flexión de extremidades superiores y de cabeza acompañados de movimientos en tijera de extremidades inferiores. Posteriormente presenta tendencia al opistótonos con reflejos tendinosos profundos exaltados y Babinski presente. Se repite EEG: anomalías lentas y grafoelementos irritativos más intensas en hemisferio izquierdo, requiriéndose tratamiento con Vigabatrina con control parcial.

Ante la sospecha de enfermedad de Krabbe, se envía a hospital de referencia.

**Comentarios.** La enfermedad de Krabbe es una enfermedad de depósito lisosomal, de herencia autosómica recesiva. Se caracteriza por un déficit de la enzima galactosilceramidasa, acumulándose galactocerebrósidos en forma de células globoides, en la sustancia blanca del sistema nervioso. Cursa con deterioro neurológico progresivo y un infausto pronóstico antes de los 2 años. Hay que reseñar que ante un paciente con regresión psicomotriz o epilepsia resistente debemos sospechar una enfermedad metabólica. La RMN es la prueba de elección para el diagnóstico de leucodistrofia, siendo el estudio histopatológico el que nos da el diagnóstico definitivo.

**MECANISMOS INMUNOLÓGICOS EN EL SÍNDROME DE LANDAU-KLEFFNER (AFASIA EPILÉPTICA ADQUIRIDA).**  
*D. Palanca Arias, M. Maestro de la Calera, R. Arteaga Manjón, J.L. Herranz Fernández. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

La afasia epiléptica adquirida o síndrome de Landau-Kleffner (SLK) es un síndrome epiléptico poco frecuente, que afecta gravemente el lenguaje y condiciona deterioro cognitivo, tanto mayor cuanto más resistencia al tratamiento farmacológico que, desgraciadamente, es lo habitual. Por eso se refiere la evolución y respuesta excepcionalmente favorable de una niña de 7 años con SLK al ser tratada con corticoides.

A los 2 años y medio tuvo una crisis afebril tónico-clónica generalizada, que se repitió unos días después. A pesar de tomar valproato (VPA), persistieron convulsiones cada 6 meses. A los 6 años y 3 meses, en pocos días se produjo la

regresión casi total del lenguaje, asociándose trastornos del comportamiento. Desde hace 7 meses el lenguaje es nulo. Sin convulsiones desde hace 2 años, pero con episodios de ensimismamiento en sueño y vigilia 1-2 veces por semana, con desviación de la mirada durante 1-2 minutos, sin respuesta a las órdenes. Además, frecuentes episodios de detención de la actividad con flexión de brazos y parpadeo rápido durante escasos segundos. Diagnosticada en el Hospital de su Comunidad de SLK, con refractariedad a VPA, levetiracetam, clobazam, ACTH, y exantema con lamotrigina, por lo que es valorada en nuestra Unidad de Neuropediatría. Resonancia magnética cerebral y parámetros bioquímicos normales. Vídeo-EEG con frecuentes descargas paroxísticas generalizadas de complejos punta-onda y polipunta-onda, que son continuos durante el sueño NREM, conformando un status eléctrico. Tras ajuste de la medicación actual se administran por vía intravenosa 2 gramos de metilpredisolona, apreciándose unos minutos después recuperación del habla y mejor contacto social, por lo que se mantuvieron 2 gramos diarios i.v. durante otros 4 días, y posteriormente prednisona oral en dosis decrecientes durante 3 meses, con lo que se ha mantenido la eficacia clínica, coincidiendo con la desaparición del patrón EEG de status eléctrico. El interés del caso clínico radica en la eficacia clínico-EEG del tratamiento intravenoso con esteroides, referido solo ocasionalmente en la literatura, pero especialmente porque justifica la revisión de la fisiopatología del SLK y de su más que probable relación con mecanismos inmunológicos.

**NEURITIS ÓPTICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE CANTABRIA (PERÍODO 1997-2008).** *M.J. Caldeiro, C. Pato, J.E. Ramírez, L. Hurtado, J.L. Herranz, R. Arteaga Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Pediatría. Santander.*

**Introducción.** La neuritis óptica es una inflamación del nervio óptico, cuyas características clínicas en el niño son diferentes a las del adulto, refiriéndose habitualmente mayor frecuencia de la afectación bilateral, la infección viral o inmunización previa, el buen pronóstico visual a largo plazo, y la excepcional evolución a la esclerosis múltiple.

**Objetivos.** Valorar las manifestaciones clínicas, patologías asociadas, alteraciones serológicas e inmunológicas, hallazgos neurofisiológicos y neurorradiológicos, tratamiento farmacológico y evolución clínica de los niños con neuritis óptica de Cantabria.

**Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas, de los niños menores de 16 años con diagnóstico de neuritis óptica, controlados en el Hospital entre 1997 y 2008.

**Resultados.** Se han identificado 13 pacientes con edad media de 10.8 años (6-14 años), 9 de ellos mujeres. La sintomatología predominante fue la disminución de la agudeza visual (84%). Las patologías más frecuentemente asociadas fueron esclerosis múltiple (3), mielitis transversa (1), enfermedad de Lyme (3) y leucemia linfoblástica (1). En la exploración se detectó alteración en el fondo de ojo en el 77%, con edema de papila. El ojo más afectado fue el derecho (7 casos), siendo la afectación bilateral sólo en un caso. Los potenciales evocados visuales estuvieron alterados en el 54% de los casos. En la resonancia magnética cerebral hubo hallazgos patológicos en el 61% de los pacientes. En el 25% se objetivó elevación de los niveles de Ig G, y la prueba de tuberculina fue negativa en todos los casos. El tratamiento aplicado fue corticoterapia endovenosa durante 3 días y después por vía oral durante 11 días, pauta que se aplicó en el 85% de casos, evidenciándose marcada mejoría clínica en la mayoría de pacientes entre el tercer y cuarto día de tratamiento.

**Conclusiones.** En contraste con lo descrito en la literatura, en nuestra serie la neuritis óptica en la infancia es unilateral con mayor frecuencia. Los corticoides es el tratamiento de elección, con evolución favorable en la mayor parte de los casos, no habiendo podido identificar factores de riesgo para el desarrollo posterior de esclerosis múltiple.

**SÍNDROME DE PFEIFFER FAMILIAR.** *E. Moreno Gómez, I. Alía Arroyo, E. Burón Martínez, J.V. Martínez Robles, M.P. Aragón García. Sección de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

#### Objetivos.

- 1) Establecer el diagnóstico diferencial entre las variantes de craneostenosis familiares.
- 2) Tipificar las formas autosómicas dominantes de Síndrome de Pfeiffer y las esporádicas en cuanto a diferencias clínicas y pronósticas.
- 3) Comunicar la posibilidad de realizar diagnóstico prenatal y genético.

**Pacientes y método.** Presentamos una casuística familiar de Síndrome de Pfeiffer familiar, con 15 miembros afectados a lo largo de 4 generaciones (Fig. 1). Los 5 casos pediátricos fueron atendidos y diagnosticados en el H.C.U de

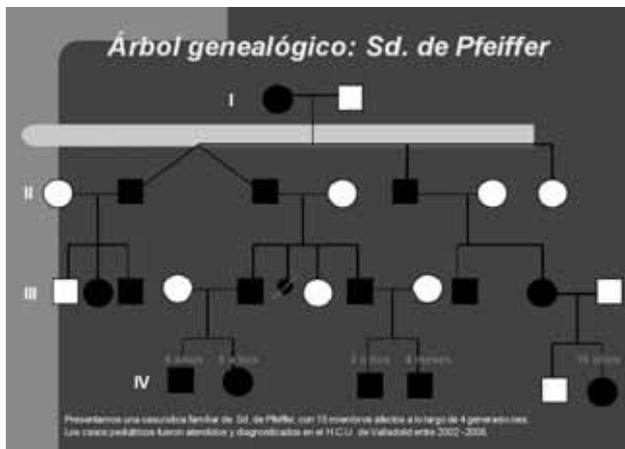


Figura 1.

Valladolid entre los años 2002-2008 con un seguimiento clínico y radiológico de los mismos.

Se revisa el diagnóstico diferencial con el resto de las craneoestenosis autosómicas dominantes, incluyendo entre otros el Síndrome de Apert que cursa con mala oclusión dental, mayor retraso mental y por lo tanto peor pronóstico; Síndrome de Crouzon que se limita a la afectación craneofacial sin dismorfias en manos ni pies.

En cuanto a la genética molecular estos síndromes comparten mutaciones en el receptor tipo 2 del factor de crecimiento de los fibroblastos (FGFR tipo 2), que se localiza en el CR 10q25-q26 si bien el Síndrome de Pfeiffer también presenta alteraciones en el FGFR tipo1 localizadas en el CR 8p11.22-p12.

**Resultados.** Se muestra la heterogeneidad con la expresividad clínica de las diferentes probandos en la serie familiar; todos ellos muestran braquicefalia con craneoestenosis de las suturas coronal con/sin sagital, frente alta prominente, hipertelorismo, órbitas poco profundas, proptosis, estrabismo, nariz pequeña con puente nasal bajo; falanges distales del pulgar y dedo gordo del pie ancho y medialmente desviado y sindactilias parciales de manos y pies. Otras anomalías ocasionales son: hipoacusia, cráneo en trébol, retraso mental, afectación del árbol respiratorio, alteraciones digestivas y urinarias... las cuales no están presentes en nuestra serie, asociándose con mayor frecuencia a los tipos II y III (formas esporádicas).

#### Conclusiones.

- 1) El síndrome de Pfeiffer es una craneoestenosis autosómica dominante, de penetrancia completa y expresividad

variable (tipo I) o bien esporádica, de mayor dificultad diagnóstica al ser genéticamente heterogénea y estar relacionada con la edad paterna avanzada (tipo II y III).

- 2) El diagnóstico se basa en la historia familiar, en la clínica presente desde el nacimiento y en el estudio genético específico. Hoy día ya es posible también el diagnóstico prenatal del síndrome.
- 3) El pronóstico es aceptable bajo tratamiento neuroquirúrgico en la forma familiar y más comprometido en los casos esporádicos.

#### VIERNES 24 DE OCTUBRE, SALÓN GRANADA

Presidente: José Manuel Marugán de Miguelsanz

Secretario: Juan Carlos Silva Rico

**ANEMIA FERROPÉNICA: PRINCIPAL MANIFESTACIÓN DE UN LINFANGIOMA INTESTINAL.** M.L. Fernández Pérez, D. Mata Zubillaga, M.B. Herrero Mendoza, J.M. Marugán de Miguelsanz, G.R. Lorenzo, V. Recio Pascual. Complejo Asistencial de León, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial de Burgos (H. General Yagüe), Servicio Cirugía pediátrica.

**Introducción.** La anemia es la patología hematológica más frecuente en el niño y su principal etiología es la ferropenia.

El linfangioma es un tumor vascular benigno que debuta principalmente en la infancia. La localización abdominal es poco frecuente. Presenta gran variabilidad clínica, puede ser asintomático o manifestarse por alguna de sus complicaciones.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente que ingresó a los 2 años y 6 meses por cuadro de 4 meses de evolución de vómitos y abdominalgia ocasionales junto con anemia. Procedente de Marruecos, no referían ningún antecedente personal o familiar de interés. Se diagnosticó de anemia ferropénica, sin filiar la causa.

La paciente fue seguida posteriormente en consulta de gastroenterología infantil, requiriendo 7 ingresos hasta los 8 años de edad. En la exploración física sólo presentaba palidez cutáneo-mucosa. En los hemogramas y bioquímicas seriadas siempre se observó anemia ferropénica con disminución de ferritina y transferrina. En todo momento se trató con hierro oral y precisó 5 transfusiones con concentrados de hemáties.

A los 6 y 8 años se detectó la presencia de *Helicobacter Pylori* en mucosa gástrica, pautándose tratamiento erradi-

cador (omeprazol, claritromicina y metronidazol y omeprazol, claritromicina y amoxicilina respectivamente) confirmando su eficacia en consultas sucesivas. La anemia persistió a pesar del tratamiento.

A los 8 años presenta además una biopsia duodenal compatible con enfermedad celiaca tratándose con dieta exenta de gluten. La anemia persistió nuevamente, por lo que se realizó colonoscopia sin visualizarse lesiones sangrantes.

Durante los ingresos que se sucedieron a los 8 años de edad de la paciente se observó un aumento progresivo en las cifras de reticulocitos de hasta el 12.4% y sangre oculta en heces, que hasta este momento habían sido siempre normales. Ante la sospecha de una hemorragia se solicitó una gammagrafía con hematíes marcados, en la que se informó de una zona de sangrado digestivo activo en fosa iliaca derecha que podría corresponder a un divertículo de Meckel ulcerado.

En ese momento se traslado a un servicio de cirugía pediátrica donde se realizó laparotomía exploradora, encontrándose una tumoración localizada en yeyuno compatible con hemangioma. La anatomía patológica correspondió con linfangioma.

Desde entonces la niña se encuentra asintomática.

#### Conclusiones.

1. La prueba clave para realizar el diagnóstico de anemia es el hemograma.
2. El linfangioma puede presentar hemorragias y por tanto debutar con anemia.
3. El tratamiento del linfangioma es siempre quirúrgico.

**BALANCE ENERGÉTICO: GASTO ENERGÉTICO EN REPOSO Y TERMOGÉNESIS POSTPRANDIAL EN NIÑOS OBESOS.** E. Gallego, P. Redondo<sup>1</sup>, J.M. Bartolomé Porro<sup>2</sup>, M. Alonso-Franch<sup>1</sup>, P. García G., J.M. Marugán. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>1</sup>Facultad de Medicina de Valladolid. <sup>2</sup>Complejo Asistencial de Palencia.

**Introducción.** La obesidad es un problema de prevalencia creciente, y es el resultado de cambios en el estilo de vida, ingesta y gasto energético (GE). Los factores relacionados con este último podrían ser tan importantes como los factores dietéticos. Nuestra hipótesis es que diferencias en el metabolismo energético entre niños obesos y no obesos son atribuibles a diferencias en los componentes del GE, termogénesis postprandial y actividad física.

**Objetivo.** Investigar los factores implicados en el balance energético en un grupo de niños obesos.

**Métodos.** Estudio analítico con grupo control equivalente y pareado por edad y sexo: 47 niños obesos y sin sobrepeso, de 6 a 18 años de edad. La antropometría se llevó a cabo con técnicas estándar; la masa corporal total libre de grasa (MM) y masa grasa (MG) fueron determinados mediante análisis por impedancia bioeléctrica (RJL System); el GE en reposo (GER) y termogénesis postprandial por calorimetría indirecta bajo condiciones estandarizadas (Delta-trac); estado madurativo, dieta, actividad física y perfil bioquímico utilizando técnicas estándar de laboratorio. La situación antropométrica fue definida como obesidad tomando el percentil 95 del índice de masa corporal (IMC), y expresándolo en z-score.

**Resultados.** Obesos/no obesos (media, intervalo de confianza del 95% (IC 95%): Edad: 12,11 (11,10; 13,12)/12,29 (10,92; 13,95). zIMC: 3,11 (2,47; 3,93)/0,17 (-0,85; 0,5). Porcentaje de MG: 39,87 (37,33; 42,41)/21,97 (17,77; 26,16). GER: 1.575 (1.485; 1.840)/1.290 (1.207; 1.527). Porcentaje de GE postprandial sobre el GER: 5,76 (2,17; 8,62)/10,61 (7,12; 13,33). Actividad física (FA): 1,49 (1,44; 1,56)/1,68 (1,55; 1,73). Ingesta energética (kcal): 2.123,25 (1.812,23; 2.434,27)/1.955,54 (1.692,95; 2.218,14). Glucosa: 89,53 (84,51; 94,55)/88,00 (84,04; 91,96). Insulina: 12,20 (9,70; 18,75)/7,40 (5,70; 10,50). Colesterol total: 152,06 (142,19; 161,92)/163 (150,73; 185,05). HDL-C. 56,00 (50,00; 66,00)/72,00 (64,00; 79,00). Triglicéridos: 66,00 (50,00; 93,50)/53,00 (47,00; 64,50).

**Conclusiones.** El GER fue más alto en niños obesos, pero el GER ajustado por composición corporal, la dieta, glucemia en ayunas y el perfil bioquímico general no difirieron entre grupos. La antropometría, masa grasa e insulinemia en ayunas fueron significativamente más altas en niños obesos. Por el contrario, la actividad física y la termogénesis postprandial fueron menores en el grupo de obesos.

**DESNUTRICIÓN CALÓRICA SEVERA DE ETIOLOGÍA POCO HABITUAL.** M.L. Casado Sánchez, E. Domínguez Bernal, C. Ortega Casanueva, L. García Blázquez, M.D. Romero Escós, M.S. Jiménez Casso. Hospital General de Segovia, Servicio de Pediatría, Segovia.

**Introducción.** La desnutrición severa es un cuadro infrecuente en países desarrollados. Puede ser primaria (aporte insuficiente) o secundaria (causas anatómicas, endocrino-metabólicas, infecciosas, neurológicas...).

**Caso clínico.** Niña de 6 meses de edad que ingresa para estudio por vómitos, anorexia y gran desnutrición.

*Antecedentes familiares:* sin interés. Familia procedente de Marruecos.

*Antecedentes personales:* embarazo controlado, con serología infecciosa negativa. Peso al nacimiento: 3.245 g. A los 2 meses de edad acudió a Urgencias por vómitos ocasionales, anorexia y bajo peso, sin presentarse posteriormente a la cita para estudio en Policlínica.

*Exploración física:* peso 4.100 g (P<3), talla 63 cm (P10-25), perímetro cefálico 37,5 cm (P<3), índice de masa corporal (IMC) 10,3; desnutrición intensa, muy escasa masa muscular y ausencia de tejido adiposo, hipotonía. Resto normal.

*Pruebas complementarias:* Hemograma, coagulación, bioquímica, funciones hepática, renal, endocrinológica, infecciosa, metabólica y digestiva, ferrocínética y orina normales. Urocultivos, coprocultivos y Mantoux negativos.

*Evolución y tratamiento:* con el diagnóstico *desnutrición calórica severa y reflujo gastroesofágico* (RGE) se inicia alimentación hipercalórica con suplementos de dextrinomaltoza, triglicéridos de cadena media y domperidona. A los 7,5 meses reingresa con aumento de la desnutrición, realizándose TAC cerebral y de fosa posterior (normal) y tránsito esofagogastrodudodenal que evidencia *estenosis hipertrofica de píloro*. Se realiza pilorotomía, continuando la nutrición hipercalórica (enteral continua nocturna), con mejoría transitoria. A los 9 meses reingresa al empeorar la sintomatología (IMC: 9,02), realizándose funduplicatura de Nissen para el RGE y gastrostomía de alimentación. A los 12 meses se realiza resonancia magnética cerebral que revela masa de 3x3 cm en fosa posterior, que tras cirugía se diagnostica de *astrocitoma pilocítico de bajo grado*. Posteriormente la evolución es buena, gana peso, (IMC: 14,99 a los 17 meses) y el desarrollo psicomotor es normal.

**Comentarios.** En esta lactante confluyen varios factores causantes de su severa desnutrición, siendo algunos de diagnóstico tardío por la peculiaridad del caso. En niños con fallo severo de medro sin causa que lo justifique, se deben descartar los tumores cerebrales como causa de la desnutrición.

**ESTREÑIMIENTO CRÓNICO SEVERO. MANEJO TERAPEÚTICO CON POLIETILENGLICOL.** J.M. Gutiérrez Dueñas, G.R. Lorenzo, E. Ardelá Díaz, F. Martín Pinto, F.J. Domínguez Vallejo. Complejo Hospitalario. Servicio de Cirugía Pediátrica. Burgos.

**Objetivo.** Evaluar la efectividad y seguridad del Polietilenglicol (PEG) en el manejo terapéutico de pacientes con

estreñimiento crónico severo, sin respuesta al tratamiento convencional, remitidos con la sospecha de patología de la motilidad intestinal.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, observacional de 20 pacientes en el periodo comprendido desde enero 2003 hasta junio de 2007. Criterios de inclusión: mayores de 3 años con estreñimiento y encopresis; menores de tres años, estreñimiento con maniobras de retención, heces voluminosas y clínica. Ausencia de retraso en la evacuación del meconio, ausencia de malformación ano-rectal, heces en ampolla rectal. Controles periódicos en consulta para valorar efectividad y seguridad. Tiempo mínimo de tratamiento 6 meses. Criterios de mejoría: > de 3 movimientos por semana, < de 2 episodios de incontinencia/mes, no clínica pero con necesidad de continuar con el tratamiento. Se consideraron curados cuando no precisaron el PEG.

**Resultados.** De los 20 pacientes, 17 fueron varones y 3 mujeres, su edad media fue de 4,65 (rango: 2-14 años). El periodo de seguimiento ha oscilado entre 6 y 55 meses (mediana 11,5 meses). Ocho pacientes se curaron, once han mejorado, pero en 5 niños no se ha podido reducir la dosis inicial de PEG. Un paciente sin respuesta ha sido diagnosticado mediante manometría de anismo. Se realizó biopsia rectal y manometría ano-rectal en otros 3 pacientes sin hallazgos patológicos. En dos niños se calculó el tiempo de tránsito intestinal objetivándose un caso de inercia colónica. Se efectuaron 7 ingresos en 6 pacientes por impactación fecal grave.

El PGE fue bien tolerado no presentándose efectos adversos importantes.

**Conclusiones.** El polietilenglicol es efectivo y seguro para el manejo terapéutico a largo plazo del estreñimiento crónico severo en niños.

**GASTO ENERGÉTICO EN REPOSO EN LA DELGADEZ CONSTITUCIONAL.** G. Sacoto, P. García G., P. Redondo<sup>1</sup>, E. Gallego M., C. Calvo, J.M. Marugán. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Nutrición, <sup>1</sup>Facultad de Medicina de Valladolid.

**Introducción.** La delgadez constitucional (DC) se caracteriza por un bajo pero estable índice de masa corporal (IMC), sin patología alguna subyacente, y en general con algún antecedente similar en familiares cercanos.

**Objetivo.** Comparar el gasto energético en reposo, en un grupo de niños y adolescentes con DC, en relación con un grupo control, pareado en edad y sexo con aquel, para

conocer el posible papel del metabolismo energético en esta situación.

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional retrospectivo descriptivo y analítico, de 10 pacientes diagnosticados de DC en nuestra unidad de nutrición, 6 mujeres y 4 varones, que cumplían los siguientes criterios clínicos: IMC habitual estable pero igual o inferior al percentil 3 en los últimos años, remitidos a nuestra consulta para valoración nutricional, en ausencia de síntomas asociados ni signos clínicos a la exploración, con normalidad de exploraciones complementarias, que incluyeron en todos los casos determinación de hormonas tiroideas y serología de celiaca, e ingesta aparentemente normal (superior al 80% de las RDA para su edad en todos los casos, en encuesta prospectiva de 3 días). El grupo control de 10 niños se eligió pareado por edad, sexo y similar estadio puberal entre controles de un estudio previo de obesidad, en todos los casos con un IMC situado entre el percentil 10 y 85. La composición corporal se calculó mediante análisis por impedancia bioeléctrica (RJL System), y el GE en reposo (GER) por calorimetría indirecta bajo condiciones estandarizadas (Deltatrac). Expresamos los valores en media (x) y desviación típica (DT), y finalmente el GER en función de los kilos de masa magra (MM). La comparación estadística de medias se realizó mediante el test U de Mann-Whitney, con el programa SPSS 11.0. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

**Resultados.** Lógicamente no hubo diferencias de edad entre DC (x: 11,79; DT: 3,34, rango 6,84-18) y controles (x: 12,20, DT 2,82, rango: 8-17), pero sí en el resto de variables analizadas (x, DT): peso (26,27; 8,23 vs 47,4; 12,38)\*\*; talla (136,29; 15,3 vs 154,45; 14,68)\*; IMC (13,76; 1,26 vs 19,41; 2,52)\*\*\*; porcentaje de masa grasa (13,2; 3,47 vs 21,08; 4,51)\*\*; y lógicamente de MM, y GER (937; 216,4 vs 1.329; 245,78)\*\*. El GER expresado por kg de MM mostró los siguientes valores (x, y DT): 41,61 (IC 95%: 38,79-44,43) y 3,98 en los delgados constitucionales, frente a 36,72 (IC 95%: 33,15-40,29) y 5,02 en los controles ( $p=0,028$ )\*.

**Conclusiones.** A pesar de tratarse de una serie corta, parece observarse un mayor gasto energético en reposo en pacientes con delgadez constitucional, que podría tener algún papel en esta situación clínica.

**MALROTACIÓN INTESTINAL DE PRESENTACIÓN NEONATAL PRECOZ.** E. Izquierdo Herrero, M. Tríguez García, P García Saseto, A. del Río López, C. Calvo Romero, J.L. Fernández Calvo. Secciones de Neonatología y Gastroenterología. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

### Objetivos.

- 1) Establecer el diagnóstico diferencial entre los distintos procesos que cursan con vómitos en el periodo neonatal.
- 2) Comunicar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces de los casos de malrotación intestinal de presentación en el periodo neonatal.
- 3) Comunicar la importancia de un soporte nutricional adecuado, en una época crucial de crecimiento y desarrollo del niño.

**Introducción.** La malrotación intestinal es un defecto de tipo congénito causado por la migración incompleta del intestino durante la época fetal. La frecuencia de presentación es difícil de establecer debido a los casos asintomáticos, siendo aproximadamente de 1/6.000 recién nacidos vivos, con igualdad de distribución entre ambos sexos. Un 70% asocian otra malformación congénita (anomalías de aparato digestivo, cardiaca, de bazo o hepáticas.) En los casos de presentación precoz, en época neonatal, la clínica se caracteriza por la presencia de vómitos bilioso-fecaloideos, siendo en este periodo más frecuente la tendencia a la volvulación. En niños mayores, se presenta fundamentalmente como episodios recurrentes de dolor abdominal y vómitos. El diagnóstico se basa principalmente en pruebas de imagen. En los casos sintomáticos el tratamiento quirúrgico es de elección, siendo el síndrome de intestino corto una de las posibles complicaciones a corto plazo del mismo.

**Caso clínico.** Se presenta el caso clínico de un varón, segundo hijo de la serie, sin antecedentes familiares de interés, con un embarazo, parto y periodo neonatal sin incidencias a destacar.

Ingresa en el Servicio de Neonatología al 5º día de vida por ictericia en rango de fototerapia, con una pérdida ponderal del 10%. El 2º día de ingreso presenta vómitos bilioso-fecaloideos. Se realiza estudio radiológico tóraco-abdominal, observándose dilatación aérea de asas de intestino delgado, situadas en hipocondrio derecho en la radiografía en vacío, y en el enema opaco: colon descendente espástico, colon transversal corto, ciego situado en posición central., incompetencia de la válvula ileo-cecal, e ileon distal situado en hemiabdomen derecho. Se realiza laparotomía transversal, donde se evidencia una malrotación intestinal con bandas de Ladd. Posteriormente el paciente presenta diversos cuadros suboclusivos intestinales, por lo que se practica una nueva intervención quirúrgica, constatando en la misma múltiples adherencias

a nivel duodenal y un vólvulo parcial de intestino delgado. Un mes más tarde, y ante la persistencia de los cuadros suboclusivos, se interviene de nuevo, realizándose en el mismo acto quirúrgico una piloroplastia junto con una gastrostomía con sonda transduodenal. Longitud intestinal residual tras los distintos actos quirúrgicos de 45 cm.

Desde el punto de vista nutricional, inicialmente se instaura nutrición parenteral, complementándose en pasos posteriores con Nutrición Enteral a débito continuo con fórmula elemental por sonda transpilórica en un primer momento, posteriormente por gastrostomía cerrada, hasta pasar a una nutrición enteral continua con pausas periódicas y sonda gástrica abierta; todo ello permite la retirada progresiva de los aportes por vía parenteral y el inicio de aportes orales directos progresivos, hasta poder realizar una dieta lo más normal posible, para la edad del niño.

#### Conclusiones.

- 1) Es importante descartar la presencia de una malrotación intestinal ante un cuadro de vómitos biliosos en periodo neonatal, dada la mayor tendencia a la volvulación en estas edades.
- 2) La volvulación del intestino es una situación de emergencia quirúrgica absoluta, siendo preciso valorar la viabilidad intestinal en el mismo acto quirúrgico.
- 3) El pronóstico de estos pacientes depende de la edad de presentación, el tiempo de presentación del episodio agudo, la presencia de vólvulos de intestino medio, la severidad de patología asociada, la extensión de compromiso intestinal con resección masiva y síndrome de intestino corto y la presencia de shock y sepsis.
- 4) El síndrome de intestino corto aparece en estos casos como complicación quirúrgica a corto plazo. Ésto es una seria complicación a la que hay que poner tratamiento inmediatamente con un adecuado soporte nutricional.

**¿UN CASO MÁS DE ALERGIA ALIMENTARIA?** *C. Ortega Casanueva, C. Santana Rodríguez, S. Castrillo Bustamante, L. García Blázquez, L. Casado Sánchez, L. Domínguez Bernal. Hospital General de Segovia.*

**Objetivos.** El síndrome auriculotemporal o síndrome de Frey se caracteriza por la aparición de eritema, hiperhidrosis o ambos, en la región inervada por el nervio auriculotemporal como respuesta a un estímulo gustativo desencadenado por la ingesta de distintos alimentos. Presenta-

mos este caso para recordar el diagnóstico diferencial de la alergia alimentaria.

**Material y Métodos.** Paciente de sexo femenino de 7 años de edad que como antecedentes destacan: parto instrumental con fórceps y rinoconjuntivitis primaveral con polisensibilización a gramíneas. Consultaba porque desde hacía 2 años presentaba episodios de eritema y sensación de calor en hemicara derecha tras la ingesta de fresa, tomate y golosinas (pica-pica, regaliz...).

**Resultados.** Se realizaron pruebas cutáneas con prick-prick a tomate y fresa con resultado negativo. Ig E específica para tomate y fresa < 0,35 kU/L.

En la provocación oral con gominolas, apareció tras un tiempo de latencia de 5 segundos, eritema lineal no pruriginoso en el área inervada por el nervio auriculo-temporal unilateral derecha, que desapareció de forma espontánea a los 2 minutos. Se estableció el diagnóstico de síndrome auriculotemporal de Frey.

**Conclusión.** El síndrome de Frey suele aparecer en el primer año de vida, coincidiendo con la introducción de distintos alimentos, induciendo a sospechar una alergia alimentaria.

Se ha relacionado con el antecedente de parto instrumental con fórceps. Se produce por un daño en las fibras parasimpáticas del nervio auriculo-temporal, que se regeneran inadecuadamente uniéndose a las fibras simpáticas, por lo que ante un determinado estímulo se produce una estimulación simpática (eritema y sudoración local). Es un proceso benigno con resolución espontánea.

Es importante conocer este síndrome con el fin de no diagnosticar erróneamente alergias alimentarias y por tanto realizar pruebas diagnósticas complementarias costosas e innecesarias así como dietas de eliminación inadecuadas.

#### SÁBADO 25 DE OCTUBRE, SALÓN CONVENCION

*Presidente: Julián Rodríguez Suárez*

*Secretario: Juan Carlos Santos Sánchez*

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MIOSITIS AGUDA BENIGNA (MBA) DE LA INFANCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** *E. Rubín de la Vega, C. Flores Rodríguez, A. Pascual Bonilla, L. de la Rubia Fernández, M. Monsalve Sainz, M.I. Montes Ciudad. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Objetivo.** Estudiar aspectos clínico-epidémicos de la miositis aguda benigna en la población pediátrica de nuestro área de referencia.

**Pacientes y Métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de MAB en la urgencia pediátrica de nuestro hospital durante el periodo de tiempo 2003-08. Se han valorado 33 episodios en 32 pacientes. Se incluyeron aquellos pacientes pediátricos que presentaban dificultad para la marcha asociada a dolor gemelar y elevación de las enzimas musculares. Se realizaron determinaciones de hemograma, bioquímica (CPK, transaminasas e ionograma) y tira reactiva de orina. Se hizo control evolutivo telefónico con los familiares de los pacientes.

**Resultados.** En nuestra serie el 21,7% de los pacientes eran mujeres y el 78% varones, con una media de edad de 6 años (rango 3-11). Uno de ellos presentó 2 episodios, el segundo 3 años después del inicial. La distribución de los casos a lo largo del año presenta un claro predominio invernal enero-marzo (60,6%). El 60,6% asociaba síntomas respiratorios y/o fiebre, el 21,2% síntomas gripales, el 15,1% clínica digestiva y en un paciente no se recogieron síntomas asociados. En ninguno de nuestros pacientes se objetivó trombopenia (rango 149.000-387.000). Un paciente presentó leucopenia (2.500 leucocitos). El 61,2% presentaron recuentos de predominio linfomonocitario, no observándose presencia significativa de cayados en ninguna muestra. La cifra media de PCR fue de 0,4 mg/dL (rango 0,1-3,2). El valor medio de CPK fue de 2.856 UI/L (rango 182-10.603). En 20 pacientes se determinaron cifras de transaminasas, presentando valores medios de GOT de 104 UI/L y GPT normal excepto un paciente (171 UI/L). En 11 pacientes se realizó tira reactiva de orina, siendo todas ellas negativas. En un solo paciente se determinó antígeno de virus influenza en moco nasal, siendo positivo.

Evolutivamente 4 pacientes precisaron ingreso hospitalario para observación. El único que presentó 2 episodios requirió ingreso en ambas ocasiones. La estancia media fue de 2 días (rango 1-4) estando asintomáticos al alta. De las entrevistas realizadas telefónicamente refieren recuperación en un tiempo medio de 3 días (rango 1-5) excepto 2 pacientes que normalizaron la clínica al mes, y otro paciente que en el seguimiento evolutivo fue diagnosticado de atrofia muscular de Charcot-Marie-Tooth.

**Conclusiones.** Nuestros resultados confirman lo referido en la bibliografía, presentando predominio en varones y

resolución espontánea en una media de 2 días, con claro predominio estacional en los meses invernales.

**¿DISMINUYEN LAS INTOXICACIONES DOMÉSTICAS?** C. Ortega Casanueva, L. García Blázquez, M.S. Jiménez Casso, S. Calleja López, L. Casado Sánchez, E. Domínguez Bernal. Hospital General de Segovia.

**Introducción.** Una de las causas más comunes de accidentes en niños, es la ingesta o inhalación de sustancias tóxicas. Con mayor frecuencia son productos de limpieza, medicamentos y productos de cuidado personal. En la mayoría de los casos, el agente ingerido tiene mínimos efectos, pero en otras ocasiones los efectos secundarios ponen en riesgo la vida del niño. Nuestro objetivo es conocer el número y las características de estas intoxicaciones en la población infantil en la provincia de Segovia entre enero de 2003 y septiembre 2008.

**Material y Métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo de las intoxicaciones producidas por ingesta o inhalación de productos tóxicos y fármacos habituales en el hogar, en niños de edad igual o inferior a 14 años, que ingresaron en el Servicio de Pediatría en el Hospital General de Segovia durante el período de tiempo comprendido entre enero de 2003 y septiembre de 2008.

**Resultados.** El 100% de las intoxicaciones ocurrieron en el domicilio. En el 62% de ellas los niños no estaban vigilados por un adulto. La formas de presentación más frecuentes fueron la ingesta de un líquido (43%) y la inhalación de monóxido de carbono (33%). La principal vía de entrada del tóxico fue la digestiva (64%). El 89% correspondía a un solo tipo de fármaco. En un 6% de los pacientes el tipo de tóxico fue desconocido. No se observaron diferencias entre sexos (51% varones y 49% mujeres). Se ha observado dos picos de incidencia en las intoxicaciones por ingesta de fármacos y productos de limpieza en los años 2003 y 2006. Entre los fármacos más frecuentemente hallados se encuentran el paracetamol (14%) y las benzodiazepinas (9%). En más del 50% de los casos, el fármaco se presentaba de manera atractiva para los niños.

**Conclusión.** En la población pediátrica, la ingesta de sustancias tóxicas y la inhalación de CO siguen siendo un importante problema de salud pública. Las intoxicaciones por medicamentos constituyen la principal causa en los menores de 4 años. Las intoxicaciones por CO son familiares y persisten en nuestro medio. El paracetamol es el fár-

maco más frecuente. Los envases tipo líquido y sin dispositivos de seguridad son los que provocan mayor número de casos. Llamamos la atención sobre la importancia de mejorar los envases para aumentar las barreras físicas y así disminuir su accesibilidad a los niños.

**DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS NO TRAUMATOLÓGICAS DURANTE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES (GIJÓN).** *J. Melgar Pérez, C. Suárez Castañón, M. Morán Poladura, M.A. Pisano Blanco\*, C. Pérez Mendez, G. Solís Sánchez. Servicio de Pediatría y \*Codificación del Hospital de Cabueñes, Gijón.*

**Objetivo.** Conocer la distribución temporal (años, meses, días de la semana, horas) de las urgencias pediátricas no traumatológicas en un servicio de pediatría de un hospital cabecera de área sanitaria.

**Material y métodos.** Estudio ecológico de los datos informáticos de todas las urgencias pediátricas hospitalarias (0 a 14 años) no traumatológicas (aunque si se incluyen los traumatismos craneoencefálicos) en el Área Sanitaria V del Principado de Asturias (Hospital de Cabueñes) entre el 1-1-2002 y el 31-12-2006. Análisis temporal.

**Resultados.** Durante los 5 años estudiados se contabilizaron 88.432 visitas a urgencias de pediatría (no traumatológicas) correspondientes a 25.668 niños diferentes. El número de urgencias varió desde las 16.849 del 2002 a 19.366 del 2006. La media de niños atendidos al día fue de 48 (IC 95% 47-49), con un mínimo de 13 y un máximo de 130 niños al día. Los meses de menor afluencia fueron julio y agosto (34 niños/día) y el de mayor número de visitas diarias diciembre (64 niños/día). Las visitas ocurrieron por la mañana en 31%, por la tarde en 46% y por la noche en 23%. Los días de mayor afluencia fueron los domingos (65 niños/día) y los de menor número de visitas los miércoles (41 niños/día). Los días festivos (sábados, domingos y festivos) tuvieron una media de 61 niños/día frente a los 42 niños/día de los días no festivos. Las diferencias encontradas se mantuvieron constantes a lo largo de los cinco años analizados.

**Conclusiones.** Existe un perfil temporal muy claro en el número de visitas de pacientes pediátricos al servicio de urgencias hospitalario. Su análisis temporal y la posible influencia de otros factores podrían servir para calcular previamente el consumo de este recurso y adecuar la asistencia necesaria. (Esta comunicación se ha realizado con una

Ayuda de Investigación de la Fundación Ernesto Sánchez Villares de Pediatría).

**EXANTEMA VESICULOAMPOLLOSO EN ÁREAS FOTOEXPUUESTAS: FITOFOTODERMATITIS.** *M. González Sánchez, S. Suárez Saavedra, E. Larrea Tamayo, J. Mayordomo Colunga, J. Santos-Juanes Jiménez\*, J. Rodríguez Suárez. Servicio de Pediatría, \*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** La fitofotodermatitis es una reacción inflamatoria de la piel de base no inmune que se produce como resultado de la exposición solar tras el contacto con componentes fotosensibilizantes (psoralenos) encontrados en determinadas plantas. Presentamos 2 casos clínicos que consultaron en urgencias de pediatría por este cuadro.

**Casos clínicos:** El primero es un niño de 12 años que acude por la presencia de unas lesiones cutáneas que inicialmente eran eritematosas asemejando quemaduras solares pero posteriormente evolucionaron a lesiones vesiculosas, sobre una base eritematosa de distribución lineal en cara y parte anterior y posterior del tronco. Refería prurito en dicha zona. En la historia se recoge exposición solar en las 48 horas previas y práctica de deporte en el campo. El segundo es un varón de 11 años que consulta por lesiones eritematosas maculopapulosas de distribución lineal en antebrazo tras haber ido de excursión el día previo. Tras una minuciosa anamnesis y exploración física se llegó en ambos casos al diagnóstico de fitofotodermatitis pautándose corticoides orales con buena respuesta.

#### Comentarios.

- La fitofotodermatitis es una reacción inflamatoria de la piel. Se requiere exposición solar y contacto previo con las plantas que contienen los agentes fotosensibilizantes. Estas plantas pertenecen a la familia de las umbelíferas, rutáceas, moráceas y leguminosas y entre ellas se encuentran los cítricos, zanahorias, apio, pasto etc.
- La erupción se inicia habitualmente dentro de las primeras 24 horas y alcanza su máxima expresión en 72 horas. Las lesiones varían desde máculas eritematosas o hiperpigmentación a lesiones vesiculosas o ampollas dependiendo del grado de exposición. Aparecen en zonas fotoexpuestas dibujando trazos lineales o irregulares y los pacientes refieren sensación de quemadura y/o picor.
- El diagnóstico es clínico y resulta sencillo con una adecuada anamnesis. El diagnóstico diferencial incluye otras

lesiones vesiculoampollosas agudas como herpes, dermatitis por sustancias químicas, reacciones fototóxicas o fotoalérgicas, el eccema irritativo de contacto agudo, la dermatitis por hiedra venenosa con patrón veteado o incluso la protoporfiria eritropoyética

- Los pacientes afectos presentan en ocasiones lesiones que asemejan quemaduras con mecanismos de producción confusos por lo que se puede etiquetar de forma errónea de abuso infantil por lo que el reconocimiento de esta entidad cobra gran importancia.
- No existe un tratamiento específico. Se han utilizado corticoides tópicos y antihistamínicos orales, reservándose los corticoides orales para casos más graves.

**SCIWORA. CONTUSIÓN MEDULAR POSTRAUMÁTICA.** R. Blanco Lago, M. González, E. Larrea Tamayo, I. Málaga Diéguez, B. Bernardo Fernández. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** Se define SCIWORA (*Spinal Cord Injury Without Radiologic Abnormalities*) como cualquier lesión medular con sintomatología clínica en la que no se detectan alteraciones óseas en radiología convencional/TAC. Este tipo de lesión es característica de la edad pediátrica, debido a las diferencias anatómicas y de maduración con la población adulta. El SCIWORA es responsable del 38% de los daños espinales en niños. La sospecha de ésta entidad implica realizar de manera urgente una RMN medular que nos dará el diagnóstico, así como el inicio de tratamiento con corticoides.

**Material y Métodos.** Se revisó de forma retrospectiva la historia clínica del paciente así como los estudios de neuroimagen. Se presentará vídeo con la sintomatología clínica de debut y la evolución en el tiempo del paciente.

**Caso clínico.** Varón de 5 años que presenta pérdida aguda de la deambulación, tras sufrir una caída desde 1,5 metros (impacto con las nalgas). El paciente presentaba una diplegia flácida asociada a disfunción esfinteriana (vesical y rectal) y globo vesical. ASIA Motor Score: 74/100. ASIA Sensitive Score: 102/112. ASIA Impairment Scale: grado C. Según clasificación de Hoffer: nonambulatory. Se realizó una radiografía de columna urgente y una RM medular que resultaron normales. Una segunda RM mostró un edema de cono medular sin signos de compresión medular/sangrados. La electromiografía y el estudio de conducción nerviosa fueron normales.

El paciente se trató de manera conservadora, con rehabilitación, sondaje vesical y laxantes. No se pudo poner en práctica la pauta internacional del traumatismo medular porque el diagnóstico se realizó más allá de las 72 horas de la lesión. Se produjo una mejoría lentamente progresiva que inicialmente fue motora, y posteriormente vesical/rectal. Al alta el paciente presentaba una marcha inestable pero autónoma así como una leve mejoría en el control esfinteriano, no precisando sondaje vesical. ASIA Motor Score: 95/100, ASIA Sensitive Score: 108/112, ASIA Impairment Scale: grado D. Según clasificación de Hoffer: Household

**Conclusiones.** Consideramos que una buena historia clínica es fundamental ante el paciente con pérdida aguda de la marcha. Ante cualquier caso que debute de forma aguda/subaguda tras un traumatismo (incluso banal), es imprescindible descartar una lesión medular mediante una RM medular urgente. El tratamiento precoz con corticoides previene una mala evolución en este tipo de lesiones.

**SÁBADO 25 DE OCTUBRE, SALÓN PALMA**

*Presidente: Marta Sánchez Jacob*

*Secretario: Carlos Ochoa Sangrador*

**ADOPCIÓN INTERNACIONAL. GUÍA PARA PEDIATRAS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS, 2008 (CORA). PRESENTACIÓN PARA LOS PEDIATRAS DE LA SCCALP.** S. Alberola López, A. Berastegui Pedro-Viejo, M. De Aranzábal Agudo, A. Cortés Lozano, V. Fumadó Pérez, M. García López-Hortelano, J. García Pérez, A. Hernández Merino, J. Lirio Casero, G. Oliván Gonzalvo, L. Parrondo Creste. Grupo CORA.

La adopción internacional se ha convertido en la última década en una realidad cotidiana de nuestro entorno personal y profesional. Conscientes de los problemas de salud y adaptación que presentan estos niños y de las necesidades de los pediatras para mejorar su atención, la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA) y la asociación Atlas en Defensa de la Adopción promovieron la elaboración de una Guía Consensuada de Pediatría en Adopción en el año 2005.

El objetivo de esta comunicación es presentar a los pediatras de nuestra Sociedad Científica la revisión de la Guía realizada en junio de 2008, con mejoras respecto de la primera versión.

En la Introducción de la Guía se describe la situación actual de la adopción internacional en España, los objetivos que pretende y las características generales del niño adoptado.

El segundo bloque de la Guía se denomina Pre-adopción, y recoge información sobre: 1) la consulta médica pre-adoptiva; 2) los factores de riesgo sociosanitario y los problemas de salud generales y específicos por zonas geográficas de origen (China y sudeste de Asia, Europa del Este, Latinoamérica, Subcontinente Indio y África); 3) los informes preadoptivos y los datos a obtener; y 4) el viaje y la estancia en el extranjero.

Bajo el epígrafe "Postadopción" se agrupan la evaluación médica inicial y el seguimiento, la evaluación y seguimiento psicosocial en adopción y el pronóstico evolutivo.

Esta Guía se podrá consultar en la red, en el sitio [www.coraenlared.org](http://www.coraenlared.org)

Asimismo, se ha elaborado una Guía breve para ser distribuida entre los pediatras, que contiene la información más relevante.

Los autores y promotores de la Guía desean que la información contenida en ella sea útil a los pediatras en su relación con estos niños y sus familias.

**ENCUESTA SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA Y DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN ÁREA SANITARIA.** *E. Larrea Tamayo, S. Suárez Saavedra, M. González Sánchez, M. García González, J. Mayordomo Colunga, J. Rodríguez Suárez. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Conocer las características de la interacción entre las urgencias de pediatría de nuestro hospital y la atención primaria perteneciente a nuestra área. Pulsar la opinión de los pediatras de atención primaria sobre urgencias. Detectar aquellos puntos con posibilidades de mejora.

**Material y métodos.** Para la realización del estudio se envió por carta una encuesta a todos los pediatras de Atención Primaria del Área Sanitaria. La carta se dirigía de forma nominal pero la respuesta era anónima. Las primeras preguntas iban destinadas a caracterizar al pediatra encuestado y el resto concernía a la relación con el servicio de urgencias. Las preguntas eran de respuesta cerrada excepto un último apartado de comentarios y sugerencias. Posteriormente se celebró una reunión con los pediatras de Atención Primaria para valoración conjunta de resultados.

**Resultados.** Se enviaron un total de 39 encuestas, encontrándose un índice de participación del 66% (13 de centros de salud urbanos, 6 rurales y 4 mixtos). De los pediatras que respondieron a la encuesta un 25% tenía una experiencia de más de 20 años, 65% más de 10 años y un 10% menos de 5 años. El 74% había trabajado a nivel hospitalario. Un 36% remite un promedio de menos de un paciente al mes, 44% menos de uno a la semana y un 8% más de 3 a la semana. Respecto al contacto telefónico previo, sólo uno refiere no haber contactado en ninguna ocasión, mientras que 32% lo hacen siempre. El 75% de los pediatras consideran que ese contacto previo mejoró el cumplimiento de las expectativas respecto al paciente. El 96% de los encuestados nunca ha remitido un paciente sin volante y en la mayoría de las ocasiones se realiza lo solicitado cuando esto se especifica (50%). En los controles posteriores a la visita a Urgencias suelen estar de acuerdo con lo realizado (el 85% frecuentemente y el 15% siempre). El 96% afirma no variar el tratamiento. En la valoración global del Servicio de Urgencias sobre una escala de 0 a 10 la puntuación media fue de 7,58 puntos. Entre los comentarios se hacía referencia la necesidad de una mayor colaboración entre los dos niveles asistenciales en la realización de sesiones clínicas comunes y elaboración de protocolos.

**Conclusiones.** En nuestra área existe una relación fluida entre las urgencias hospitalarias y la atención primaria. Los pediatras de los centros de salud tienen por lo general un buen concepto de la urgencia pediátrica. Es necesaria una mayor coordinación entre la atención primaria y especializada para una mayor homogeneidad en la asistencia.

**MAPA BIBLIOMÉTRICO DE LA SCCALP. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.** *J.M. Andrés de Llano, A. Peña Valenceja, S. Alberola López\*, M.C. Andrés de Llano\*\*, A. Sánchez Alonso. Servicio de Pediatría y Comisión de Investigación del Complejo Asistencial de Palencia. \*Pediatra. Centro de Salud Jardínillos de Palencia. \*\*Servicio de Salud Bucodental Hospital de Liencres. Cantabria.*

**Introducción.** La publicación científica es una etapa clave de todo proyecto de investigación, en la que los resultados se someten a una evaluación pública. Los análisis bibliométricos, constituyen el principal método cuantitativo de que se dispone para evaluar la investigación biomédica.

**Material y Métodos.** Se trata de un estudio descriptivo y observacional de información sobre artículos recogi-

dos de revistas biomédicas en los últimos 10 años, que son a los que hemos podido acceder en la base de datos PubMed. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: "Pediat\*", "España", "Spain" dentro del campo dirección del autor [AD]. Posteriormente se realizó una búsqueda manual de todos los registros que correspondían a lugares de trabajo con sede en el territorio de las tres Comunidades Autónomas que componen la SCCALP.

Se ha utilizado el factor de impacto (FI) siguiendo la información obtenida en el Journal Citation Report (JCR) para el año 2006 que está disponible para el acceso on line.

**Resultados.** El trabajo se realizó con todos los artículos recogidos en la base PubMed a fecha 2 de junio de 2008. En los últimos 10 años hubo 5.996.296 registros. Los registros encontrados para autores españoles fueron 117.852 registros (2%). Registros pediátricos fueron 116.319 registros (1,9% del total). Registros pediátricos españoles: 2195 registros (1,9% de la producción pediátrica mundial). Registros de la SCCALP extraídos manualmente: 145 registros (6,6% de la producción pediátrica nacional).

El año completo más productivo fue el 2003 con 26 publicaciones en tanto que el menor ha sido el 2001 con 9. Pediatría General, Inmunología/Genética, Nefrología y Neonatología son los cuatro bloques que concentran el mayor número de publicaciones (58%). Respecto al diseño, los casos clínicos son los más numerosos (1/3 del total) en tanto que los estudios experimentales apenas llegan al 5%. El español predomina sobre el idioma inglés en una relación 60/40. Respecto a la distribución por Comunidades Autónomas que componen nuestra Sociedad Científica la relación es: Asturias 41%, Cantabria 7% y Castilla y León 52%. Un 28% de los trabajos son firmados por 6 autores, siendo 5 la mediana. El Anales de Pediatría supone un 49% de todas las publicaciones seguida por Pediatric Nephrology y Revista de Neurología con un 5% cada una. 61 artículos (42%) correspondientes a 39 revistas están incluidas en el JCR. La mediana del FI es de 2 con un Pc. 25-75 de 1,13-2,85.

**Comentarios.** Los mapas bibliométricos muestran una realidad que, aunque sesgada, debe invitarnos a reflexionar. Por extensión geográfica, población, universidades y centros sanitarios, nuestra Sociedad Científica debería tener una mayor participación en la literatura científica en su conjunto dentro del panorama nacional e internacional y debe promoverse de forma activa entre todos los miembros de la misma.

**MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN CASTILLA Y LEÓN. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS.** J.M. Andrés de Llano, A. Peña Valenceja, S. Alberola López, J.R. Garmendia Leiza, M.M. Sendino García\*, J. Ardura Fernández. GIR de Cronobiología Universidad de Valladolid. \*Servicio de Sistemas de Información. SACYL.

**Introducción.** La mortalidad hospitalaria es un indicador sanitario de primer orden. Ayuda a los clínicos en su mejora continua asistencial y a las autoridades sanitarias en la planificación de recursos.

**Población y Métodos.** Estudio observacional retrospectivo analítico de la información obtenida del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) entre los años 2000 y 2007 de los hospitales públicos de las 9 provincias de Castilla y León integrados en la red de SACYL (Sanidad de Castilla y León) desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2007. Fueron atendidos con menos de 15 años e ingresados en nuestros hospitales 175.398 pacientes. Para la codificación de los ingresos se ha utilizado la versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 MC.

**Resultados.** Durante los 8 años analizados 2000-2007 el número de éxitos intrahospitalarios en niños menores de 15 años ha sido de 472 pacientes sobre el total de 175.398 niños ingresados, lo que supone un 0,3% del total. De ellos, un 63% tenía un edad inferior al mes y un 72% inferior al año de vida.

La tasa de mortalidad por residencia del niño ajustada a la población de la provincia de residencia oscilaron entre un 12,3 a un 24,3 por 100.000 niños de edad inferior a 15 años y por cada año para las provincias de Ávila y Valladolid respectivamente.

La mortalidad intramuros en los Centros Hospitalarios que acogieron a estos niños (de su área sanitaria o como Centro de Referencia) osciló entre el 0,2% en el Hospital de Medina del Campo al 22% en el Complejo Asistencial de Salamanca referidos a la totalidad de los niños fallecidos. Los Complejos Asistenciales de Salamanca y Burgos son los principales Centros de Referencia para la atención de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos de nuestra Comunidad y por lo tanto los que aportan el mayor número de casos (22% y 17% respectivamente).

El año de menor número de defunciones fue 2001 (40 pacientes) y el 2005 el mayor (66 casos) ( $p=0,016$ ). No se apreciaron diferencias respecto al mes de ingreso ( $p=0,2$ ). En el 97,2% de las ocasiones el paciente ingresó con carácter de urgencia.

La estancia mediana de estos ingresos ha sido de 2 días con un Pc. 25-75 de 1-10.

La proporción varón/mujer ha sido de 55/45.

El promedio de códigos diagnósticos por niño ha sido de 6,2 y de procedimientos de 5,1.

Respecto al diagnóstico principal hay que destacar que el 52% de los fallecimientos corresponden con patologías ligadas directamente a la prematuridad y periodo perinatal. Destacar también la existencia de un 8% de diagnósticos ligados a neoplasias, 7,4% a diversas malformaciones, 6,3% accidentes graves, 5% a sepsis y 3% a neumonías.

**PERFIL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE ASMÁTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.** A. Bercedo Sanz<sup>1</sup>, L.A. Lastra Martínez<sup>2</sup>, C. Redondo Figueroa<sup>3</sup>, P. Gortázar Arias<sup>4</sup>, M.A. de Andrés Fraile<sup>2</sup>, M. López Hoyos<sup>4</sup>. <sup>1</sup>C. Salud Buelna; <sup>2</sup>C. Salud Cudeyo; <sup>3</sup>C. Salud Vargas; <sup>4</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

El asma bronquial a pesar de ser la enfermedad crónica pediátrica más prevalente son pocos los estudios realizados basados en la historia clínica de Atención Primaria (AP). En este sentido, conocer sus características clínicas y etiopatogénicas ayudará a conocer la verdadera magnitud que el asma representa en AP.

**Material y métodos:** Estudio transversal de todos los niños de 6 a 15 años de edad con diagnóstico de asma bronquial adscritos a cuatro cupos de pediatría de AP de Cantabria en los que se describe el perfil clínico, epidemiológico y alérgico encontrado a partir de los datos de sus historias clínicas hasta septiembre de 2008. La población inicial de estudio fue de 2.478 pacientes de 6 a 15 años de edad con Tarjeta Sanitaria.

**Resultados.** La prevalencia de asma encontrada fue del 11,90% (295 niños), [IC 95%: 10,7-13,2%] con variaciones desde un 14,4% hasta el 7,4% dependiendo del cupo estudiado. La prevalencia de asma activo con crisis de asma en el último año fue del 8,3% (206 niños). El 59% (174) de los asmáticos fueron varones. Como antecedentes familiares destacaban la presencia de asma en alguno de los padres en el 30,5%, de rinitis alérgica en el 40,3%, de dermatitis atópica en el 27,1% y de tabaquismo en el 52,9%, con un 55,3% [IC 95%: 49,5-60,8%] de niños asmáticos afectados de tabaquismo pasivo en sus domicilios. Un 55,3% de los pacientes habían presentado bronquiolitis antes de los 2 años. El 61% de los niños asmáticos asociaron rinitis alérgica y un 48,8% dermatitis atópica. El nivel de gravedad del asma fue un 68,5% asma episódico ocasional, un 18,7% asma episó-

dico frecuente, un 12,5% asma persistente moderado y un 0,3% asma persistente grave. El número de consultas por asma en el último año en el Centro de Salud fue una mediana de 2 mientras que el número de crisis de asma en el último año entre los que han tenido alguna crisis (69,8%) fue de 2,2 crisis/año. Un 24,7% de los niños asmáticos requirieron acudir a urgencias hospitalarias o de AP en el último año. Los meses con más crisis de asma fueron septiembre y octubre con otro pico también en el mes de mayo. En relación al tratamiento el 59,6% no tenían tratamiento de base, el 16,9% usaban corticoides inhalados, un 22% tratamiento combinado (b2 de acción larga y corticoide inhalado), 2,4% montelukast y un 10,5% inmunoterapia. En cuanto al perfil alérgico un 68,5% presentaba alergia a ácaros del polvo, un 34,6% alergia al polen de las gramíneas, un 12,9% alergia al epitelio del perro, un 11,5% al gato, un 3,4% a malezas, un 2% a árboles, un 1% frente a hongos. En un 5,4% se encontraron otras alergias destacando el marisco, frutos secos, epitelio de caballo y centeno. Finalmente, la mediana de la duración de la lactancia materna en la población estudiada fue de 90 días, existiendo una relación inversa casi significativa entre la duración de la lactancia materna y la gravedad del asma (Prueba de log-Rank, p=0,08).

**Conclusiones.** El conocimiento de las características clínico-epidemiológicas de los pacientes asmáticos controlados en AP permitirá mejorar el manejo de esta enfermedad, conocer mejor su impacto real, así como valorar la tendencia futura y la gravedad de esta enfermedad en Cantabria. Se confirma la existencia de una prevalencia alta de asma bronquial por diagnóstico médico de forma similar a las encontradas en la Cornisa Cantábrica.

#### SÁBADO 25 DE OCTUBRE, SALÓN GRANADA

Presidente: Venancio Martínez Suárez

Secretario: Santiago Montequi Nogués

**ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL VARICOCELE EN EDAD PEDIÁTRICA NUESTRA EXPERIENCIA.** F. Campos Juanatey, D. Sánchez Arango, A. Sánchez Abuín, E.M. de Diego García, I. Fernández Jiménez. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** El varicocele es la dilatación varicosa del plexo venoso pampiniforme. La clínica consiste en dolor tes-

ticular y palpación “en bolsa de gusanos “. Puede ser causa de esterilidad. La etiología más frecuente es la incompetencia valvular en la vena espermática izquierda, secundaria al ángulo de confluencia con la vena renal izquierda. Existen diversas técnicas para su tratamiento: Embolización endovascular, Cirugía abierta vía retroperitoneal, inguinal o subinguinal. (Palomo, Ivanisevich) y Abordajes laparoscópicos transperitoneal y retroperitoneal.

**Revisión clínica.** Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo los pacientes operados por nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica en el período 2004-2008, en los que se realizó una ligadura alta de vasos espermáticos mediante abordaje laparoscópico transperitoneal con dos trócares. Nuestra experiencia con los 24 pacientes intervenidos hasta la fecha es muy satisfactoria, habiendo obtenido un porcentaje de curaciones del 100%. En nuestra serie, no se han presentado recidivas, y la complicación más temida, la atrofia testicular, no ha ocurrido en ninguno de los casos. La estancia media hospitalaria en los niños intervenidos ha sido siempre inferior a 24 horas, siendo dados de alta precozmente con analgesia oral para un seguimiento ambulatorio en consulta.

**Comentarios.** Se ha demostrado en múltiples estudios que la ligadura del paquete vascular causante del varicocele mediante abordaje laparoscópico es igual de efectiva, que las técnicas más invasivas utilizadas anteriormente. Este enfoque terapéutico presenta menor estancia hospitalaria, menor necesidad de analgesia postoperatoria, y menor número de complicaciones que la intervención clásica con cirugía abierta, siendo la técnica de elección en nuestro centro en el momento actual.

**ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL PEDIÁTRICA EN CANTABRIA ENTRE 1998-2007. I. Castro Ramos, M. Maestro de la Calera, S. Duque González, D. González-Lamuño Leguina, E. de Diego, V. Expósito García. Servicio de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.**

**Objetivos.** Descripción de los factores epidemiológicos en los pacientes diagnosticados de Invaginación intestinal.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo desarrollado a través de la revisión de historias clínicas de aquellos menores de 14 años

ingresados en nuestro centro desde Enero de 1998 hasta Diciembre de 2007 con diagnóstico definitivo de Invaginación intestinal.

**Resultados.** Durante el periodo estudiado (Enero de 1998 a Diciembre de 2007) fueron diagnosticados 165 casos (rango edad 2 meses-13 años, mediana 12 meses). Los antecedentes clínicos de patología previa al episodio de invaginación están ausentes en 53,3% de los casos. 23% presentó catarro de vías altas, 15,8% gastroenteritis, y 7,3% fiebre no filiada. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal (90,9%), seguido por síntomas vagales (69,1%) y vómitos (67,3%). Sólo 13,3% de los pacientes presentaron heces con sangre. La duración media del cuadro fue de 18,5 h (mediana 10 h). 40% de los pacientes presentaba dolor a la palpación en hipocondrio derecho, 24,6% dolor generalizado y en 10,9% de los pacientes se objetivó masa palpable.

Sólo 2 casos (1,2%) presentaron la Triada clásica de dolor abdominal, masa palpable en hipocondrio derecho con vacío en el izquierdo y heces en “jalea de grosella”. Se realizó ecografía abdominal en 99,4% de los pacientes. 55,2% de los casos presentaron etiología idiopática, y 37,6% adenitis mesentérica. La desinvaginación se realizó con enema en 84,2% de las ocasiones (56,8% SSF; 34,5% enema baritado). Además, hasta un 10,3% de las invaginaciones se resolvieron espontáneamente. 9,1% de los pacientes presentó recurrencia (todos ellos tratados con enema).

**Conclusiones.** Se ha observado disminución progresiva de la incidencia. No se aisló en los pacientes ningún patógeno predominante. La clínica de presentación es más sutil que en otras series predominando datos inespecíficos, por lo que se necesita un alto grado de sospecha para poder realizar un diagnóstico precoz. La ecografía se ha convertido en el patrón diagnóstico por excelencia. El tratamiento recibido ha sido mayoritariamente conservador mediante reducción hidrostática, con buenos resultados inmediatos, añadido a escasas recidivas y nulas complicaciones.

**HIPERGLUCEMIA Y ANDROGENISMO EN NIÑO DE SIETE AÑOS. I. Mulero Collantes, J.C. Hernando Mayor, E.M. Dulce Lafuente, J.L. Fernández Arribas, I. Sevillano Benito, R. Izquierdo Caballero. Hospital Universitario del Río Hortega. Servicio de Pediatría. Valladolid.**

**Caso clínico.** Niño de siete años visto en consulta por detecciones aisladas de glucemia de 120 y 125 mg/dl.

Antecedentes familiares: 2º/2. Madre: migraña.

Antecedentes personales: embarazo normal, parto eutócico. Peso RN: 3.650 gramos y talla RN: 51 cm. Enfermedades previas: varicela. Desarrollo psicomotor normal.

Exploración física: Peso 35,1 kg (Pc>97). Talla 127,2 cm (Pc>90). IMC 21,8 (Pc>97). Piel con tendencia acneica. Presencia de pelos hiperpigmentados en región perianal. Testes 3 cc y P1.

Exploraciones complementarias:

- Bioquímica: glucemia 85 mg/dl; urea, transaminasas, colesterol, etc. dentro de parámetros normales. Hemoglobina glicosilada: 5.1%.
- Test de sobrecarga oral de glucosa: 76 mg/dl-96 mg/dl (120 minutos).
- DHEA-Sulfato: 142 µg/dl (24±22 µg/dl).
- Testosterona: 27 ng/dl (prepuberal hasta 90 ng/dl).
- 3α-glucurónido androstendiol: 1,96 nmol/L.
- TSH: 3,31 mUli/L (0,4-5,9 mU/L).
- Ac antiinsulina: 4,12% (3,40-6,20%) (negativos); y tres meses después 6,83% (positivos). Ac anti-GAD: 6,94 U/ml (<0,9 U/ml); y tres meses después 9,95 U/ml (positivos). Ac anti-islotos pancreáticos: negativos.
- Test de ACTH: 26,8 nmol/L (basal), 72 nmol/L a los 60 minutos (cifra de afectos). Se repite a los tres meses: 31,45 nmol/L (basal), 83,01 nmol/L a los 60 minutos.
- Rx edad ósea: entre 8-9 años (edad cronológica: 7 años 5 meses).
- Pronóstico de talla final: 179 cm.
- Ecografía abdominal: normal.
- Estudio genético molecular: Mutación Val281Leu en homocigosis. El hermano y ambos padres del caso: portadores de dicha mutación.

#### Conclusiones.

- La asociación en un mismo paciente de una situación de "prediabetes" e hiperplasia suprarrenal congénita forma no clásica.
- La mutación encontrada en la familia es la más frecuente en la población española; y debe acompañarse de consejo genético.
- La clínica en la niñez de la hiperplasia suprarrenal congénita se puede presentar en forma de pubarquia precoz (que no es nuestro caso) y una velocidad de crecimiento y maduración óseas aceleradas (como es nuestro caso).
- Actualmente estamos evaluando el tratamiento con hidrocortisona dado que no presenta compromiso de la talla final en el momento actual.

**SECUELAS ENDOCRINOMETABÓLICAS DEL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA.** *M. García Suquia, E. González Salas, M. Cuscó Fernández, R. Moreno Sánchez, P. Prieto Matos, J. Prieto Veiga. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La utilización del trasplante de médula ósea en los cánceres infantiles ha mejorado notablemente el porcentaje de supervivencia. Una vez superado el cáncer pueden ser múltiples las secuelas derivadas del uso de la quimioterapia y de la radioterapia, necesarias ambas para realizar el trasplante de médula ósea. Las complicaciones endocrinometabólicas están en primer lugar por su frecuente aparición.

**Objetivos.** Estudiar las alteraciones endocrinometabólicas encontradas en pacientes sometidos a un trasplante de médula ósea.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 15 pacientes que fueron sometidos a un trasplante de médula ósea MO con una edad inferior a los 14 años. En todos ellos se realizó un seguimiento semestral en la Unidad de Endocrinología Infantil. Se determinó estadio puberal, lipidograma, metabolismo fosfocálcico, pruebas hormonales (función tiroidea, gonadotropinas, prolactina, IGF1, IGFBP3, cortisol, insulina) y medidas antropométricas básicas. Para el registro de las medidas antropométricas se utilizaron desviaciones estándar.

**Resultados.** El 53,3% de la muestra eran varones, el 46,7% mujeres. La causa más común del trasplante fue la leucemia linfoblástica aguda (5 niños). El tiempo medio de evolución del trasplante fue 1.620 días (448-2597). El 40% de la muestra precisó radioterapia. Hasta el momento actual el 40% ha mostrado algún tipo de alteración endocrinometabólica. El déficit más común fue el hipogonadismo primario (33,3%), estando presente en dos varones y 3 mujeres. El segundo en frecuencia fue el hipotiroidismo primario que apareció en todos los pacientes a los que se había administrado radioterapia en la zona del cuello.

La variación de talla fue -0,01 SD al diagnóstico de la patología y -1,02 al momento actual, la diferencia fue estadísticamente significativa. El IMC varió desde 0,78 al diagnóstico a 0,07 al momento actual.

El estudio del lipidograma reveló diferencias estadísticamente significativas, así al analizar el colesterol total y los triglicéridos se encontraron un incremento significativo de sus valores

**Conclusiones.** El hipogonadismo y el hipotiroidismo son las alteraciones que más frecuentemente hemos encon-

trado en los trasplantados de médula ósea. Los niveles de colesterol sufren un empeoramiento tras un trasplante de médula ósea. Como consecuencia de los resultados obtenidos es preciso tener presente la necesidad de un seguimiento endocrinológico de estos pacientes.

**UNA EXTRAÑA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL.** *L. García Blázquez, M.L. Casado Sánchez, C. Ortega Casanueva, J. García Velázquez, E. Domínguez Bernal, S. Castriello Bustamante. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.*

**Objetivo.** El dolor abdominal agudo muchas veces nos plantea dudas diagnósticas, por ello es importante la realización de un buen diagnóstico diferencial. Describimos un caso de quiste paraovárico complicado con una torsión. Este tipo de quistes son poco frecuentes en la población pediátrica, presentan importantes dificultades diagnósticas preoperatorios y se deberían tener en cuenta como una posible causa de dolor abdominal en fosa ilíaca.

**Material y métodos.** Presentamos el caso de una niña de 12 años, sin menarquia, con dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda y periumbilical de 24 horas de evolución de tipo cólico, que comenzó de forma súbita, sin vómitos ni fiebre. A la exploración, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda y zona suprapúbica; no masas ni megalias, no signos de peritonismo, Blumberg negativo, ruidos hidroaéreos positivos. Resto de la exploración física, normal.

**Resultados.** Las pruebas de laboratorio no presentaron alteraciones significativas. La ecografía abdominal inicial mostraba una estructura tubular, sin peristaltismo, en pelvis izquierda, que se informa como sugestiva de megauréter distal, sin poderse descartar otras posibilidades. Se decide realizar TAC abdomino-pélvico con contraste y se visualiza en hemipelvis izquierda masa hipodensa con tabique y pared finos, bien definida, con contenido líquido y de aspecto quístico de 6,5x3,5 cm y uréteres normales, descartándose la posibilidad de megauréter. Ante las dudas diagnósticas acerca de la localización de la imagen se realiza nueva ecografía comprobándose la presencia de estructura tubular adyacente al ovario izquierdo. Se realiza exploración laparoscópica por el Servicio de Ginecología y se comprueba la presencia de un quiste paraovárico izquierdo torsionado realizándose exéresis, marsupialización del quiste y detorsión de la trompa izquierda, que se encontraba edematosa y eritematosa sin signos de necrosis por lo que se decide conservarla. No evidencias de malignidad del quiste. Desde la intervención permanece asintomática.

**Conclusión.** Aunque se trate de una patología poco frecuente, su existencia debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo en fosa ilíaca en niñas y adolescentes, sobre todo cuando se visualice una imagen quística adyacente al útero y un ovario normal, aun cuando no presenten menarquia. A su vez es importante tener en cuenta las posibles complicaciones, tales como la hemorragia, la torsión, la perforación y la malignización del quiste que muchas veces son la manifestación inicial de la presencia del mismo.