

REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SCCALP

Comunicaciones Orales

VIERNES 11 DE MAYO DE 2007

Sala A

Moderadores: Dra. Ana Díaz Moro,
Dr. Jesús Lino Álvarez Granda

1. Derrames pleurales paraneumónicos y sus complicaciones. Revisión de los últimos 7 años. Regueras Santos L, Iglesias Blázquez C, Rosón Varas M, Lapeña López de Armentia S, Martínez Valderrabano V, Fidalgo Liz M. *Servicio de Pediatría. Hospital de León.*

Introducción: La incidencia de derrames pleurales paraneumónicos complicados en pediatría está aumentando desde el año 2000. Los objetivos de nuestro estudio fueron describir las características epidemiológicas de los derrames paraneumónicos valorando la gravedad y la etiología en los últimos años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes pediátricos ingresados por derrame pleural paraneumónico en el período comprendido entre el 1/01/2000 y 1/03/2007. Se recogieron datos relacionados con el diagnóstico etiológico, tratamiento y evolución,

Resultados: Ingresaron un total de 28 derrames pleurales paraneumónicos, 15 varones (54%) y 13 mujeres (46%). La edad media de los pacientes fue de 60,4 meses. Más de la mitad de los casos fueron en invierno (53,6%). El 21,3% eran asmáticos y el 50% habían recibido tratamiento antibiótico previo al diagnóstico. Se descubrió la etiología en 15 pacientes (53,6%). Las bacterias encontradas fueron *Streptococcus pneumoniae* (7 casos), *Mycoplasma pneumoniae* (3

casos), *Clamidia pneumoniae* (2 casos) *Haemophilus influenzae* (2 casos), *Streptococcus pyogenes* (1 caso). El 43% (12 derrames) precisaron drenaje pleural y de estos el 75% fibrinolíticos (uroquinasa) una media de 5,4 días, no existiendo ninguna complicación importante relacionada con su uso. Respecto a las complicaciones nos encontramos 8 casos de neumonía necrotizante y empiema, 5 de los cuales se produjeron en los últimos 3 años. De las neumonías complicadas 5 fueron debidas a *Streptococcus pneumoniae* y 1 a *Haemophilus influenzae*. La media de la estancia fue 15±7 días.

Conclusiones:

- *Streptococcus pneumoniae* es el agente más frecuentemente implicado en los derrames paraneumónicos complicados.
- *Mycoplasma pneumoniae* y *Clamidia pneumoniae* se relacionan habitualmente con derrames de buena evolución.
- El derrame paraneumónico es una patología que precisa en un alto porcentaje de los casos tratamientos agresivos (drenaje y fibrinólisis), siendo la fibrinólisis un tratamiento bastante seguro.

2. Tuberculosis pulmonar en la infancia: valor de los hallazgos de la tomografía computerizada. Ledesma Benítez I*, González Pastrana L**, Herraéz Ortega I**, Neira Arcilla M*, Herrero Mendoza B*, Lapeña López de Armentia S*. *Servicio Pediatría. **Servicio Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de León.

Objetivos: Describir los hallazgos de la tomografía computerizada (TC) y de la tomografía computerizada de alta resolución (TCAR) en niños diagnosticados de tuberculosis

(TBC), comparando estos hallazgos con los obtenidos en la radiografía (Rx) de tórax. Determinar el beneficio de la utilización de la TC y la TCAR en la TBC infantil.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de aquellos pacientes menores de 14 años diagnosticados de TBC en nuestro medio entre los años 1999 y 2004. Se recogieron datos acerca del diagnóstico de TBC, realización de pruebas de imagen y hallazgos en Rx de tórax, TC y TCAR.

Resultados: Se recogieron datos de 11 pacientes (6 niños y 5 niñas) con diagnóstico de tuberculosis pulmonar (1 bacteriológico y 10 clínico-radiológico) y con una edad media de 5 años al diagnóstico. Todos ellos VIH negativos. Se realizó Rx de tórax en todos los casos, TC en 10 y TCAR en 5 pacientes. El intervalo de tiempo entre la realización de la Rx de tórax y el TC fue inferior a 2 semanas. Hallazgos en la Rx de tórax: En 7 casos se observó condensación, siendo 3 de ellas en lóbulo superior derecho. Se vieron 2 adenopatías y un caso presentaba derrame pleural. En otros 2 casos no se objetivaron hallazgos. Hallazgos de TC: Seis pacientes presentaron condensación, que en 5 de ellos se asoció a adenopatía. Se vieron adenopatías hiliares y/o mediastínicas en 8 casos; 6 de ellos tenían realce periférico con contraste y en un caso estaban calcificadas. Se observó derrame pleural en 2 casos, estando asociado derrame medias-tínico en 1 caso. Hallazgos de TCAR: Se confirmaron 3 condensaciones vistas en TC. En 1 caso aparecieron hallazgos de diseminación broncogénica y engrosamiento bronquial. En dos se evidenciaron atelectasias. Tras estos datos se modificó el tratamiento en 8 de los 11 pacientes.

Conclusiones: Las adenopatías son los hallazgos más frecuentes de la TBC pulmonar en niños. La TC permitió demostrarlas en mayor proporción que la radiografía de tórax y proporcionó información clínica adicional que cambió el manejo de la enfermedad. La TCAR evaluó con mayor sensibilidad la severidad de las anomalías del parénquima pulmonar.

3. Bronquiolitis aguda en nuestro medio. Influencia del hábito tabáquico en los padres sobre la edad de aparición de la bronquiolitis. *Regueras Santos L, Ledesma Benítez I, Álvarez Ramos R, Morales Sánchez R, Rodríguez Fernández C, Lapeña López de Armentia S. Servicio de Pediatría. Hospital de León.*

Objetivos. Conocer la prevalencia de bronquiolitis aguda (BA) en lactantes menores de 2 años en nuestro medio y de la influencia del hábito tabáquico en la edad de aparición de BA.

Materiales y métodos. Se realiza estudio epidemiológico observacional prospectivo de cohortes, realizando seguimiento durante dos años de una muestra seleccionada de neonatos nacidos en nuestro hospital durante el año 2002; en el momento del nacimiento se rellena un cuestionario y posteriormente se contacta con los padres a los 12 y a los 24 meses. A los 2 años se establecen dos grupos: caso: según criterios de McConnochie, primer episodio de tos, fatiga o pitidos coincidiendo con proceso catarral y grupo control: lactante que finaliza seguimiento sin presentar bronquiolitis. Se realiza estudio estadístico descriptivo y analítico mediante chi-cuadrado, con cálculo de riesgo relativo (RR) e intervalo de confianza-95% (IC95).

Resultados. Se seleccionan 917 neonatos, completando los 2 años de seguimiento 670; forman el grupo control 467 lactantes y sufren BA 203 (30,3%). Encontramos padres fumadores en el momento del nacimiento en 408 niños (141 casos, p: 0,003, RR: 1,46, IC95%: 1,13-1,88). Hay padre fumador en 338 lactantes (121 casos, p:0,001, RR: 1,513, IC95%: 1,17-1,96), madre fumadora en 228 (76 casos, p: 0,018, RR: 1,409, RR: 1,06-1,87) y madre fumadora de más de 5 cigarrillos en el embarazo en 77 lactantes (28 casos, p:0,028, RR: 1,499, IC95%: 1,06-2,12).

Si analizamos los resultados en función de la edad de la BA, los resultados estadísticamente más significativos, los obtenemos en el grupo de casos que presenta BA por debajo de los 6 meses de edad, con 54 casos de BA (10,4%). Hay padres fumadores en el momento del nacimiento en 309 lactantes (42 casos, p: 0,004, RR: 2,401, IC95%: 1,30-4,45). Padre fumador en 252 niños (35 casos, p: 0,003, RR: 2,454, IC95%: 1,31-4,61), madre fumadora en 176 (24 casos, p: 0,007, RR: 2,409, RR: 1,24-4,68) y madre fumadora de más de 5 cigarrillos en el embarazo en 59 lactantes (10 casos, p: 0,012, RR: 2,437, IC95%: 1,21-4,91).

Conclusiones.

1. La incidencia de BA en nuestro medio es de 30,3% (IC95%: 26,7-33,9).
2. El 57,2% del grupo control tiene padres fumadores; al nacimiento fuman, el 69,5% de los padres en el grupo de casos (p: 0,003) y 77,8% de padres de niños con BA antes de los 6 meses (p: 0,004).

3. Hay padre fumador en el 52,0% de los controles, 66,1% de los casos (p: 0,001) y 74,5% de los que presentan BA antes de los 6 meses (p: 0,003).
4. Tienen madre fumadora el 43,2% de los controles, 55,1% de los casos (p: 0,018) y 66,7% de las BA en menores de 6 meses (p: 0,007)
5. La madre fumó en el embarazo más de 5 cigarrillos en el 14,8% de los controles y 23,7% de los casos (p: 0,028) y en 32,3% de los que tendrán BA antes de los 6 meses (p: 0,012).

4. Estudio epidemiológico de las enfermedades alérgicas pediátricas en España en 2005. Resultados preliminares del estudio Alergológica 2005. Rosón Varas M, Neira Arcilla M, Carbayo Lázaro C, Iglesias Blázquez C, Lapeña López de Armentia S, Grupo de Investigadores Alergológica-05. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de León.

Objetivos. Las enfermedades alérgicas son muy frecuentes en pediatría, con una prevalencia acumulada en torno al 25-30%. El objetivo principal es conocer las características epidemiológicas y clínicas del paciente pediátrico que consulta por primera vez con un alergólogo general y pediátrico.

Materiales y métodos. Se realiza estudio multicéntrico epidemiológico observacional descriptivo transversal, con recogida prospectiva de información en pacientes pediátricos atendidos por primera vez en una amplia muestra de consultas alergológicas de todo el territorio nacional (300 alergólogos y 25 alergólogos pediátricos, entre marzo-junio y septiembre-diciembre de 2.005, obteniendo 15 casos por cada médico investigador. El protocolo de estudio es similar al empleado en el estudio Alergológica-92, cumplimentando un cuaderno de recogida de datos por cada paciente. Todos los pacientes debían otorgar su consentimiento expreso para participar en el estudio.

Resultados. Se obtiene una muestra de 917 pacientes menores de 14 años, 523 remitidos a unidades de alergia general y 394 a unidades de alergia pediátrica; se excluyen 75 niños, siendo la muestra final de 842 pacientes, 55% varones, con edad media de $7,6 \pm 3,9$ (predominio de menores de 5 años en las unidades de alergia pediátrica y de mayores de 10 años en las de alergia general).

Los problemas respiratorios, asma o rinitis, son las causas más frecuentes de consulta en nuestras unidades de alergia: 40,5% se etiquetaron de asmáticos, 46,3% de rinitis o conjuntivitis, 14,5% de posible alergia a alimentos y 11,6% de dermatitis atópica. Motivado en gran medida por la diferencia en la edad, también existen diferencias en la patología, así en la unidad de alergia pediátrica la patología más frecuente es el asma: 39,3%, rinitis/conjuntivitis: 35,4%, alergia a alimentos: 16,8%, dermatitis atópica: 12,2% y otras patologías no alérgicas: 10,2%; sin embargo en alergia general el motivo de consulta más frecuente es rinitis/conjuntivitis: 53,2%, asma: 40,7%, alergia a alimentos: 11,7%, dermatitis atópica: 10,5%. El resto de patología: urticaria, hipersensibilidad a medicamentos, hipersensibilidad a insectos, dermatitis de contacto y otras patologías no alérgicas representan menos del 10% de los motivos de consulta.

La causa de la rinitis/conjuntivitis en niños era la alergia en el 86%, siendo los alérgenos más frecuentes: pólenes: 47,8%, ácaros: 42,2%, epitelios: 13,4% y hongos: 12,5%. Con respecto al asma, sólo el 30% de los niños asmáticos tenían menos de 6 años, con sensibilización a algún alérgeno en el 82% de la muestra: pólenes: 34%, ácaros: 42%, epitelios: 14% y hongos: 15%.

La dermatitis atópica se encontró en el 11,5% de la muestra, asociando otras enfermedades: asma 39%, rinitis: 34%, alergia a alimentos: 20% (huevo: 52%, leche: 31%, legumbres: 17%, frutas: 17%).

La urticaria/angioedema se encontró en el 7,2% de los pacientes, se consideró aguda en el 82% de los casos y crónica en el resto; en la urticaria aguda se constató sensibilización a alimentos en el 33% de los casos: huevo: 43%, frutos secos: 38%, frutas: 24%, leche: 19%.

5. Anafilaxia por ingestión accidental de avellana. López Pacios D*, Fidalgo Alvarez I, Blanco Franco MP**. *C.S. Ponferrada III. **Clínica Ponferrada.**

Los alimentos que con más frecuencia desencadenan reacciones alérgicas son la leche, huevos, pescado y legumbres en los niños más pequeños, mientras que en los mayores son las frutas, frutos secos y mariscos. Presentamos una niña de 28 meses de edad que después de la ingestión inadvertida de avellana manifestó un cuadro de anafilaxia.

Caso clínico. Niña de 28 meses de edad, que unos 20 minutos después de la ingesta de un bombón, presentó picor nasocular, estornudos, tos, vómitos y urticaria angioedema de localización facial.

Tío materno alérgico a ácaros del polvo doméstico y mariscos. Primer gemelo de embarazo bicorial biamniótico procedente de fecundación in vitro (FIV). Refería dermatitis atópica. "artritis inespecífica" de rodilla derecha de los 19 a 22 meses, que trató con ibuprofeno. Seis episodios previos de sibilancias. Su hermana ha tenido un episodio de laringitis y otro de sibilancias.

Rinitis, conjuntivitis, habones en cara y cuello con angioedema de párpados, labios y pabellones auriculares. Xerosis.

Estudio alergológico: Prick test con frutos secos, positivos a almendra, avellana, cacahuete y nuez. Eosinófilos 192/ml. IgE total 26,10 UI/ml. Proteína catiónica eosinófila 19,80 mcg/l. IgE específica (Cap-System) a avellana 7,49 KU/l y < 0,35 KU/l a almendra, cacahuete y nuez. Inmunoglobulinas normales.

Después de la administración de adrenalina, corticoides y antihistamínicos, regresión progresiva de los síntomas con resolución del cuadro en las primeras 24 horas. Continuó con corticoides y antihistamínicos 3 días.

Comentarios. Las encuestas alimentarias realizadas en la población general muestran que la prevalencia de alergia a frutos secos se sitúa cerca del 1% de la población.

Uno de los estudios más amplios concluye que del total de reacciones anafilácticas, el 36% estaban provocadas por alimentos y la incidencia era de 7,5/100.000 habitantes/año.

La ingestión de alimentos es causa de aproximadamente el 50% de los cuadros de anafilaxia en niños, siendo la más frecuente en los primeros años de vida.

Los frutos secos más frecuentemente implicados son el cacahuete, la avellana, la nuez y la almendra.

Con frecuencia el alimento al que el paciente es alérgico se ingiere de forma inadvertida en alimentos elaborados o manufacturados. La avellana por ser usada en pastelería puede ser un alérgeno escondido que puede dar sospechas desagradables en las personas alérgicas. No obstante en la etiqueta del bombón se advertía que contenía un 30% de avellana. Esta niña nunca la habían ofrecido ningún tipo de fruto seco, según referían los padres, por lo que es probable que la sensibilización inicial pueda estar motivada por los

frutos secos contenidos en otros alimentos, incluso en los cereales utilizados a partir de los 8 ó 9 meses de vida.

En niños menores de 3 años deben evitarse los frutos secos porque el riesgo de que se produzca una aspiración de cuerpo extraño es muy alta, son difíciles de digerir y muy calóricos y pueden causar reacciones alérgicas.

6. Ictericia neonatal: síndrome de Alagille y trasplante hepático. *Mata Zubillaga D, Rosón Varas M, Morales Sánchez R, Iglesias Blázquez C, Rodríguez Fernández C, Herrero Mendoza B. Servicio de Pediatría. Hospital de León.*

Introducción. El síndrome de Alagille, también denominado displasia arteriohepática, es un trastorno genético de transmisión autosómico dominante con expresividad variable y gran variabilidad fenotípica. Se caracteriza por hipoplasia de vías biliares intrahepáticas que se manifiesta como colestasis intrahepática crónica de inicio en periodo neonatal. Otras malformaciones asociadas son fenotipo peculiar, anomalías cardíacas, defectos en los arcos vertebrales y anomalías oculares.

Caso clínico. Paciente varón que nace por parto eutócico tras gestación de 38 semanas sin incidencias. El Apgar es 8/9, el peso 2.520 g, la talla 45 cm y el perímetro cefálico 32 cm. En una primera exploración se observa leve ictericia y soplo sistólico II/VI en borde esternal izquierdo, junto a un fenotipo llamativo, en que destaca la frente prominente y tendencia de ojos a puesta de sol. Permanece ingresado por presentar un aumento progresivo de la ictericia, detectándose un aumento progresivo de las cifras de bilirrubina total y directa. En la ecocardiografía se aprecia la persistencia del ductus arterioso y en la gammagrafía hepática la obstrucción total de vías biliares. Se realiza colangiografía de vías biliares, no objetivándose paso de contraste hacia hígado ni intestino, no encontrándose conductillos en la placa biliar. No se aprecian alteraciones en la vesícula biliar. Se diagnostica entonces de síndrome de Alagille.

En Octubre de 2002 (1 año y 2 meses) se realiza trasplante hepático de donante vivo, presentando rechazo agudo por trombosis arterial, y requiriendo retrasplante con injerto entero, presentando buena respuesta y función normal en posteriores revisiones. Desde entonces ha sido sometido a tratamiento inmunosupresor.

En Febrero de 2006 se realiza adenoidectomía, amigdalectomía y miringotomía media. En ese momento la función hepática seguía siendo normal desde el trasplante, y el paciente presentaba un fenotipo compatible con el síndrome.

En Abril de 2006 es ingresado por prurito generalizado, observándose coloración icterica. Es ingresado y finalmente diagnosticado de rechazo crónico de trasplante hepático.

En Junio de 2006 acude a urgencias, tras haber sido dado de alta una semana antes, por ictericia intensa y prurito, junto con febrícula. En el hemograma se observa una cifra de neutrófilos de 300, siendo ingresado por presentar neutropenia severa. En Noviembre acude a urgencias por fiebre, vómitos, diarrea e hiporexia. En el hemograma se observa una cifra de neutrófilos de 200 por microlitro, siendo ingresado por nuevamente por neutropenia severa.

Discusión. El síndrome de Alagille ya se manifiesta en los primeros días de vida. Los síntomas más importantes son los relacionados con la agenesia de vías biliares intrahepáticas, respondiendo de manera clínicamente favorable al trasplante hepático. En la posterior evolución de los niños afectados de esta entidad y transplantados, los problemas más frecuentes son los relacionados con la inmunosupresión necesaria. Se plantea un reto terapéutico a la hora de mantener un buen equilibrio entre la presencia de rechazo por defecto de dicha inmunosupresión y de infecciones de repetición por exceso de la misma.

7. Estreñimiento pertinaz en lactante de 5 meses. *Bello Martínez B, Fernández Arribas JL, Campo Fernández N, Sánchez Garrido M, Rodríguez Sánchez C, González Pérez A. Hospital Universitario "Del Río Hortega". Valladolid.*

Antecedentes. Embarazo controlado; madre sana, G₂A₀V₂; SGB(+). Cesárea programada, bolsa rota intraparto con líquido claro. APGAR 9/9.

Recién nacida pretérmino (36^o SEG), de peso adecuado para su edad gestacional (3.180 g); que ingresa a las 36 horas de vida en la unidad de neonatos por vómitos, rechazo de tomas y distensión abdominal marcada; en la Rx de abdomen presenta distensión gástrica, con edema de asas, falta de aire distal y un asa intestinal fija en el hemiabdomen izquierdo; no aire ectópico. Mejoría clínica y radiológica pro-

gresiva; alta al 10^o día de vida con diagnóstico de intolerancia digestiva transitoria.

Reingreso a los 16 días de vida, por nuevo episodio de vómitos y distensión abdominal con timpanismo; ecografía abdominal compatible con íleo paralítico. Se cataloga de episodio de vómitos por probable sobrecarga alimenticia.

Caso clínico. La paciente es remitida a urgencias del hospital a los 5 meses de vida por su pediatra de atención primaria con sospecha de Hirschsprung, tras repetidas consultas por estreñimiento persistente con escasa respuesta a medidas higiénico-dietéticas y laxantes osmóticos.

En la exploración física presenta: abdomen globuloso, distendido, timpanizado, depresible a la palpación, pero con defensa voluntaria, sin signos de peritonismo; ampolla rectal vacía, sin fisuras, ni otras lesiones perianales.

Rx abdomen: Dilatación de colon transversal hasta colon descendente; falta de aire distal.

Enema opaco: Dilatación de todo el marco cólico, con imagen de estenosis distal a nivel de recto-sigma; compatible con megacolon agangliónico o enfermedad de Hirschsprung.

Se traslada al Servicio de Cirugía Infantil del hospital de referencia. Se realiza cirugía correctora en un solo tiempo, teniendo que extirpar 50 cm de colon descendente. La biopsia confirma el diagnóstico de megacolon agangliónico.

Discusión. Si bien la enfermedad de Hirschsprung es una patología cuya presentación clínica típica es fácilmente reconocible, en ocasiones, como en este caso, el cuadro no es tan llamativo. La ausencia de retraso en la eliminación del meconio, que es típico, pero no patognomónico, hace que no contemos con esta enfermedad en el primer diagnóstico diferencial. Queremos llamar la atención sobre la importancia de tener en cuenta el megacolon agangliónico como posibilidad diagnóstica en el estreñimiento rebelde del lactante, ya que el diagnóstico neonatal no siempre es posible.

8. Hepatitis autoinmune: a propósito de tres casos. *Matías del Pozo V, Alonso Ballesteros MJ, Lorenzo Mata AI, Calvo Romero MC, Marugán de Miguelsanz JM. Hospital Clínico Valladolid.*

Introducción. La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad necro-inflamatoria de origen desconocido, mediada por anticuerpos. Cursa de forma crónica, produ-

ciéndose una destrucción progresiva del parénquima que conlleva a cirrosis y fallo hepático. Sin tratamiento asocia una elevada mortalidad.

Casos clínicos. Presentamos tres casos diagnosticados durante el último año en la consulta de Digestivo Infantil.

Caso 1: niña de 13 años, con alopecia areata desde los 2. Remitida en Noviembre de 2006 desde Dermatología por hipertransaminasemia progresiva. A los 4 años determinación positiva de anti-KLM, sin otras determinaciones posteriores. En la actualidad presenta GOT de 527 U/L, GPT 906 U/L y GGT 30U/L. Serología negativa para VHA, VHB y VHC, positividad para anti-KLM, siendo negativos el resto de autoanticuerpos. Valores normales de ceruloplasmina y α -1 AT. Hipergammaglobulinemia a expensas de IgG. Se realiza biopsia hepática informada como desestructuración, formación de puentes fibrosos, nódulos regenerativos e infiltrado linfocitario en espacio porta. Se inicia tratamiento con prednisona y azatioprina. Descenso de transaminasas en el control a las seis semanas de inicio del tratamiento.

Caso 2: niña de 4 años, diagnosticada de diabetes mellitus a los 3. Es remitida desde Endocrinología Infantil por hipertransaminasemia. Presenta GOT de 309 U/L, GPT 440 U/L, GGT 31 U/L y FA 305 U/L. Serología negativa para VHA, VHB y VHC, VEB, VHS, toxoplasma, varicela y parvovirus. Positividad para autoanticuerpos anti-KLM en dos determinaciones, siendo negativo en resto de autoanticuerpos. Valores normales de ceruloplasmina y α -1 AT. Se realiza biopsia hepática con resultado de desestructuración parenquimatosa, fibrosis portal e infiltrado linfoplasmocitario del espacio porta (grado 4 de actividad inflamatoria y fibrosis). En la actualidad está pendiente de infusor de insulina para control de su diabetes e iniciar tratamiento corticoideo.

Caso 3: niña de 18 meses, afecta de síndrome de Down, que consulta por hipertransaminasemia. En seguimiento por Endocrinología Infantil por hipotiroidismo. Presenta elevación progresiva de transaminasas con GOT actual de 497 U/L, GPT 913 U/L, GGT 28 U/L y FA 248 U/L. Serología negativa para VHA, VHB y VHC, VEB, CMV, toxoplasma y rubeola. Valores normales de α -1 AT y ceruloplasmina. Anticuerpos anti-SMA positivos; negativos el resto. En posteriores controles negatividad para anti SMA. Se realiza biopsia hepática que es informada como normal. Se diagnostica de hepatopatía crónica sin filiar, probablemente de origen autoinmune.

Conclusión. La hepatitis autoinmune es una patología infrecuente en nuestro medio, pero debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan elevación de transaminasas, principalmente en aquellos que asocian otro tipo de patología autoinmune.

9. Infección urinaria: reflexiones sobre el seguimiento a partir de los casos diagnosticados en los 6 últimos años en una consulta de Atención Primaria. *Rostami P*, Casares Alonso I**, Pérez García I***, Cano Garcinuño A****. *CS "La Puebla", Palencia; **CS Venta de Baños (Palencia); ***CS "Jardinillos", Palencia; ****CS Villamuriel de Cerrato (Palencia).*

Introducción: En los últimos años ha habido publicaciones que propugnan un cambio de actitud en el seguimiento de la infección urinaria en la infancia, de modo que este no se centre tanto en la investigación de la existencia de reflujo vesico-ureteral (RVU) sino en el diagnóstico y tratamiento precoz de la misma, con objeto de evitar las cicatrices renales.

Objetivos: Conocer la incidencia de infección urinaria (ITU) en los lactantes de Venta de Baños nacidos en los últimos 6 años. Estimar la importancia de la patología asociada a estas infecciones. Evaluar la conveniencia o no de las pruebas realizadas teniendo en cuenta las propuestas de la guía NICE sobre infección urinaria en la infancia, la irradiación causada y las molestias generadas a los pacientes y sus familias que podrían haberse evitado. Proponer en el Área un cambio de estrategia en el seguimiento de las ITUs.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los niños nacidos en Venta de Baños desde el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2006, centrándonos en los datos de las historias clínicas durante sus dos primeros años de vida. Se recogen datos sobre motivo de petición de urocultivo, y método de recogida del mismo, edad de realización, resultado, tratamiento y seguimiento realizado (ecografía renal, CUMS, DMSA, profilaxis antibiótica, urocultivos de control).

Resultados: Se han analizado 293 historias clínicas (129 niñas, 164 varones). Se realizó urocultivo al 39% de varones y al 41% de niñas por tener motivos para sospechar infección urinaria. Del total de urocultivos solicitados fueron positivos el 18% en niños y el 15% en niñas. En el 60%

el germen implicado fué *E. coli*, en el 25% *Proteus mirabilis* y en el 15% *Klebsiella pneumoniae*, sin diferencias por sexo. La incidencia acumulada de infección urinaria fue del 7,9% en varones y del 6,2% en niñas. Se hizo ecografía renal al 90,4% de ITU, CUMS al 83% de varones y al 75% de niñas con infección, DMSA al 33% de varones y al 14% de niñas. El 11% de varones y el 25% de las niñas presentaron RVU de bajo grado (IIa unilateral), realizándose profilaxis antibiótica hasta la desaparición del mismo (12 meses después del diagnóstico). El 22% de varones tenían dilatación pielocalicial bilateral con diagnóstico prenatal (uno leve y otro moderada) que han desaparecido en el momento actual. La fiebre alta sin foco fue el signo que con mayor frecuencia se asoció a infección urinaria (71%) y provocó el ingreso del 60% de los niños con fiebre sin foco. Siguiendo las recomendaciones de estudios de imagen en infección urinaria en niños de la Guía NICE (Sistema Nacional de Salud Inglés) publicadas en octubre de 2006, el 57% de las ecografías precoces y el 100% de las tardías hechas estaban indicadas, el 73% de los CUMS no estaban indicados y no se ha realizado DMSA tardío al 76% de las ITUs en que estaba indicado.

Conclusiones: Nuestra incidencia acumulada de infección urinaria es algo superior a la relatada en otras series (en torno al 5%). Los lactantes de nuestro medio presentaron ITUs no complicadas y RVU de bajo grado con gammagrafías renales normales en los casos en que se practicaron. Siguiendo las recomendaciones de la Guía NICE hemos realizado pocas DMSA y muchas CUMS. Ante estos datos nos planteamos un seguimiento menos agresivo de la infección urinaria en el niño y un cambio en el seguimiento de las ITUs en nuestra área sanitaria.

VIERNES 11 DE MAYO DE 2007

Sala B

Moderadores: Dr. Luis Ferrero de la Mano,
Dr. Santiago Jiménez Tremiño

1. Presentación de un caso de esclerosis múltiple infantil.
*Escribano García C**, *Fernández Díaz M***, *Molinos Normiella C***, *Sarmiento Martínez M**, *Bernardo Fernández B**, *Málaga Diéguez I**. *Hospital Central de Asturias, Oviedo.
**Hospital de Cabueñes, Gijón.

Introducción. La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante inmuno-mediada del SNC que afecta a 2,5 millones de personas en el mundo. Se estima que entre el 3,5 y el 5% de los casos debutan antes de los 18 años de edad.

Objetivos. Presentar un caso de una paciente con EM con debut a los 11 años de edad. Se presentará vídeo de la clínica así como resultados analíticos y de neuroimagen (TAC, RM).

Caso clínico. Paciente de 11 años que consulta por cuadro de un mes de evolución de torpeza motora y parestesia/hipoestesia en extremidad superior derecha, seguido de problemas de visión y parálisis facial derecha.

Antecedentes familiares: Padres no consanguíneos. Padre afecto de poliartritis. No antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes del SNC

Antecedentes personales: Gestación bien controlada y tolerada. Parto eutócico. PRN 3,3 kg.

NAMC. Vacunaciones correctas al día. No enfermedades conocidas ni episodios de origen e SNC en el pasado. No tomaba medicaciones en el momento del debut del proceso actual. No infecciones ni traumatismos previos al inicio del proceso.

Exploraciones complementarias, evolución y tratamiento: Se realiza TC urgente en el que se observa lesión hipodensa frontal. A las 48 h se realiza RM craneal, en la que se observan múltiples lesiones en sustancia blanca así como en cuerpo calloso compatibles con EM. Se completan estudios en sangre y LCR objetivándose bandas oligoclonales IgG en LCR pero no en suero. Asimismo se practican potenciales evocados visuales hallándose un incremento bilateral de latencias con asimetría derecha compatible con EM. Como tratamiento se utilizaron 5 bolos de metilprednisolona (1 g) seguidos de una pauta descendente con hidrocortisona (10 mg/m²), observándose una evolución lentamente favorable de la paciente con desaparición de la parálisis facial pese a la persistencia del resto de síntomas.

Conclusiones. Si bien se trata de un primer episodio, dada la gravedad de la sintomatología neurológica así como los hallazgos en la neuroimagen, consideramos adecuado realizar el diagnóstico de EM. Se discutirán opciones terapéuticas así como las posibles implicaciones pronósticas.

2. Guillain-Barré en niño de 23 meses. *Sánchez Garrido M, Puente Montes S, Velasco Zúñiga R, Izquierdo Caballero R, Crespo Valderrábano L, Alcalde Martín C. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Presentamos el caso de un niño de 23 meses con antecedente de cuadro catarral que consulta en nuestro servicio de urgencias por debilidad muscular generalizada con imposibilidad de deambulación e irritabilidad.

Antecedentes familiares: hermano gemelo PTI al año de vida y reflujo vesicoureteral grado I.

Antecedentes personales: 2º/3. Embarazo gemelar bico-riar biamniótico. Parto por cesárea a las 35 seg. Peso RN 2.240 g, T 45 cm, distrés transitorio. Ingreso con 7 meses por GEA. Otitis y catarros de repetición.

Exploración: Afebril, afectación del estado general, llanto continuo débil con disfonía y estridor inspiratorio, tiraje leve subcostal y supraesternal con roncus de transmisión a la auscultación pulmonar. Debilidad muscular de extremidades con ataxia, arreflexia osteotendinosa, trastornos de deglución y disartria, no signos meníngeos. Faringe hiperémica.

A su ingreso presentaba un hemograma con leucocitosis y trombocitosis, PCR 21 mg/l, y LCR con 5 leucocitos/mm³, proteínas 190 mg/dl (10-40 mg/dl), glucosa 56 mg/dl (disociación albumino-citológica) y TAC craneal normal. Con estos resultados se inicia tratamiento precoz con gammaglobulina i.v. El EMG a las 24 horas del ingreso fue normal, repitiéndose a las 2 semanas momento en el que muestra signos de polineuropatía aguda axonal desmielinizante. A los 4 días se añade al tratamiento claritromicina oral ante la positividad de la serología para *Mycoplasma*. Como incidencia presento HTA refractaria al tratamiento con propanolol por lo que se añadió hidralacina con buen control posterior. Su evolución fue favorable a partir de la segunda semana.

El síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección viral o bacteriana que clínicamente requiere para el diagnóstico una debilidad simétrica progresiva y una arreflexia osteotendinosa, pudiéndose añadir síntomas y signos sensitivos leves, afectación de nervios craneales y disfunción autonómica (taquicardia, HTA etc.). Como criterio analítico es típica la disociación albumino-citológica en LCR y como criterio electrofisiológico el 80% presenta una disminución de la velocidad de conducción con abolición o retardo de la latencia de onda F.

3. “¿Cómo sueñan nuestros bebés?”. Deformidades craneofaciales. *Flores Casado D*, Heras González L*, Gutiérrez Abad C**, Gamarra Carrera E*, Briongos Hernández A*, Soga García MJ**. *Centro Base de Valladolid (Atención Temprana). **Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

La incidencia de las deformidades craneales ha aumentado desmesuradamente desde principios de los años 90, desde que la Academia Americana de Pediatría recomendó la posición en decúbito supino para prevenir el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), quedando prohibida la posición de decúbito prono durante el sueño y descanso no controlado.

Ante este aumento de las deformidades craneales, nosotros como profesionales del Centro Base (Médico Rehabilitador y Fisioterapeutas), estamos en contacto directo y continuo con los niños que presentan esta patología. A nuestras manos llegan niños derivados de Atención Primaria y Especializada para valorarlos e intervenir en los casos en que se considere necesarios. Creemos que la coordinación entre los Servicios Sociales y de Salud puede dar mayor cobertura a las necesidades de estos niños. Por eso, nos parece éste el escenario oportuno para difundir y compartir los problemas que nos encontramos en nuestro trabajo diario.

Existe la creencia de que el problema de las deformidades craneales es exclusivamente estético, que éstas se corrigen con el tiempo por sí solas y que no interfieren en el desarrollo del niño. Sin embargo nuestra experiencia y diversos estudios ponen de manifiesto que puede haber consecuencias a corto y largo plazo como: estrabismos, hipoacusias, cefaleas, migrañas, maloclusiones dentarias, alteraciones de la alineación de la columna vertebral, retrasos motores, déficits cognitivos, problemas de aprendizaje, de atención, estéticos...

Actualmente, en otros países se han puesto en marcha campañas “TUMMY TIME” –Dormir boca arriba, Jugar boca abajo– que han conseguido disminuir de nuevo la incidencia de las plagiocefalias posicionales.

La presentación es en formato vídeo (DVD), ya que nos parece una forma más atractiva y eficaz de llegar a los profesionales; en el vídeo aparecen imágenes reales de niños con esta patología y una explicación de las deformidades craneales.

La duración es de 15 minutos, y aunque excede del tiempo establecido, creemos que es una herramienta muy instructiva.

4. Crisis afebriles en contexto de gastroenteritis por rotavirus. Presentación de dos casos. *Blanco Lago R, Suárez Saavedra S. Hospital Universitario Central de Asturias.*

Antecedentes: una gastroenteritis banal, sin fiebre ni alteración hidroelectrolítica o de la glucemia, puede verse acompañada de crisis convulsivas de repetición. Éste cuadro, que puede resultar alarmante en nuestro medio, es bien conocido en el continente asiático. El rotavirus es el agente que se identifica con más frecuencia en los coprocultivos de éstos pacientes. Según algunas series, la máxima incidencia de crisis afebriles en contexto de gastroenteritis por dicho agente se recoge entre los 1 a 2 años y asciende hasta el 4,67% de los pacientes. Presentamos dos casos recogidos recientemente en nuestro Centro, demostrativos de ésta entidad, aparentemente infrecuente en nuestro medio.

Casos clínico n° 1: mujer de 22 meses que acude al servicio de UPED por crisis tónico-clónicas de extremidades superiores e inferiores, asociando desconexión con el medio y revulsión ocular. Las crisis cedieron por sí solas en unos 30 segundos y se repitieron en cinco ocasiones. Asociaba una gastroenteritis de dos días de evolución. La exploración física al ingreso (incluida la neurológica) fue totalmente normal. Hemograma y bioquímica sin alteraciones destacables. Presentaba una leve acidosis metabólica (ph: 7,25) con un Bicarbonato de 17 mmol/L. Punción lumbar y TAC craneal urgente dentro de la normalidad. A las 24 horas del ingreso se realiza un EEG donde se evidencia un edema bioccipital sin focos aparentes, que se normaliza en control posterior. La paciente ingresa en planta a dieta absoluta y ácido valproico iv. A las 24 horas se retira la venoclisis para intentar tolerancia oral progresiva y se sustituye el ác. valproico por vía intravenosa por vía oral. En el coprocultivo se aisló rotavirus y astrovirus. Buena evolución clínica, a la fecha del alta: estado clínico y exploración física satisfactorias.

Casos clínico n° 2: mujer de 2 años trasladada desde otro Centro por presentar tres crisis convulsivas afebriles en un plazo de una hora y media. Caracterizadas por clonias generalizadas y movimientos de chupeteo que cedían con diacepan. Asociaba un cuadro de gastroenteritis de dos días de evolución, sin fiebre. Exploración física al ingreso (incluida SNC) sin hallazgos. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica: sin alteraciones. Se realiza un TAC craneal urgente en el que no se objetivan hallazgos patológicos. Ingre-

sa en planta de hospitalización, con ácido valproico intravenoso que tolera sin incidencias. EEG donde se objetiva una lentificación de la actividad de base en la región bioccipital, compatible con edema postcrítico que se normaliza en el control posterior. LCR sin alteraciones. En éste caso el coprocultivo resulta negativo. Ante la buena evolución clínica se decide alta, sin pautarsele ningún tratamiento domiciliario.

Comentarios: Las crisis afebriles asociadas a gastroenteritis pueden presentarse en forma de crisis clónicas generalizadas que típicamente aparecen como crisis agrupadas, de corta duración. El desconocimiento de ésta entidad con frecuencia conduce a realizar exploraciones como TAC, EEG o técnicas invasivas (punción lumbar) cuya utilidad se está poniendo en duda ya que, invariablemente resultan normales. Éstos cuadros son autolimitados, con un excelente pronóstico y no precisan la instauración de un tratamiento antimicrobial. Debemos ser capaces de reconocer éstos cuadros, que probablemente se encuentren infradiagnosticados, sobre todo a la hora de instaurar tratamientos agresivos que resultan del todo innecesarios y que conllevan unos importantes efectos secundarios.

5. Presentación de un caso de migraña complicada (con vídeo clínico) refractario al tratamiento profiláctico con flunaricina y buena respuesta a tratamiento profiláctico con ácido valproico. *Blanco Lago R, Escribano García C, González Jiménez D, Álvarez Caso F, Bernardo B, Málaga Diéguez I. Hospital Universitario Central de Asturias.*

Antecedentes: la prevalencia de la migraña en la infancia es del 5%. Se define como ataques episódicos, periódicos de cefalea asociada a náuseas, vómitos, fotofobia o sonofobia, con un periodo intercrítico asintomático. Se estima que en un 50% de los pacientes que presentan migraña, sus ataques comenzaron antes de los 20 años de edad. Las características de la migraña infantil, diferentes a las del adulto, han provocado que cada vez sean más los autores que sugieran la necesidad de un cambio en los criterios que definen la migraña (criterios de la International Headache Society). Nuestro objetivo es presentar el caso de una migraña complicada (inicialmente planteado el diagnóstico diferencial como migraña basilar vs vértigo paroxístico) que debuta en un varón de 7 años de edad. Se presentará el video de la clínica así como resultados analíticos y de neuroimagen (TAC, RMN)

Caso clínico: niño de 7 años que ingresa en nuestro Centro por aparición repentina de diplopía y visión borrosa seguida de mareos y pérdida de fuerza con hipotonía de las cuatro extremidades. Se trata de episodios de corta duración que se repiten en dos ocasiones en un escaso periodo de tiempo, uno de ellos va acompañado de pérdida de conciencia. A los pocos segundos del comienzo de la clínica inicia una cefalea frontal que se irradia hacia atrás. La exploración neurológica postcrisis demuestra una ligera exaltación de los reflejos osteotendinosos y una disminución de fuerza en extremidades superiores, siendo por todo lo demás estrictamente normal. Se realiza un TAC craneal urgente que no muestra alteraciones. El paciente es ingresado en planta con analgesia oral para estudio. La RMN y el EEG fueron normales. Durante su ingreso presenta varios episodios como los descritos inicialmente que ceden con analgesia. En todo momento mantiene constantes vitales dentro de la normalidad. En el momento del alta se pauta ibuprofeno si cefalea y flunaricina 5 mg cada 25 horas en pauta ascendente y se planifica control ambulatorio. Presenta mala tolerancia a la flunaricina (temblores, aumento del apetito, disminución de la concentración, etc.) y persistencia de los ataques (1 por semana). Se sustituye flunaricina por valproato, ante lo que se observa una excelente respuesta con importante disminución en el número de ataques así como una buena tolerancia al fármaco (molestias abdominales y labilidad emocional transitorios y de poca intensidad).

Comentarios: la migraña basilar constituye el tipo más frecuente de migraña complicada. Supone un 3-19% de todas las migrañas infantiles. El diagnóstico de migraña basilar se puede establecer ante dos ataques de migraña acompañados de un aura característica: vértigo, tinnitus, disartria, diplopía, ataxia, disfunción oculomotora, náuseas y vómitos, pérdida de conciencia..., tal y como presentaba nuestro paciente. Ante un cuadro de éstas características es obligado hacer diagnóstico diferencial con diversas patologías de la fosa posterior: malformaciones arteriovenosas, tumores, insuficiencia vertebrobasilar o procesos como Sd. de Chiari o Dandy-Walker. Es por ello que, en la evaluación de la migraña complicada, son necesarios el EEG, RMN e incluso MRA. El tratamiento profiláctico con anticoagulantes u otros fármacos del tipo antagonistas de los canales del calcio o betabloqueantes se ha demostrado eficaz, estando contraindicados los vasoconstrictores y triptanes.

6. Diagnóstico diferido de accidente cerebrovascular perinatal; a propósito de un caso. *Velasco Zuñiga R*, Cancho Candela R*, Gallego Fuentes MJ**.* *Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Palencia. **Centro de Salud Eras del Bosque. Palencia.

Introducción: se estima en 1 por cada 4.000 recién nacidos vivos la prevalencia de los accidentes cerebrovasculares (ACV) en periodo perinatal; es difícil discernir que porcentaje de ellos ocurren en periodo prenatal, intraparto o en periodo neonatal. Se expone un caso de ACV extenso detectado de forma diferida.

Caso Clínico: Varón; primer hijo de padre sanos; gestación sin incidencias. Parto a término, por cesárea por falta de progresión. Periodo neonatal normal. Remitido a consulta a los 5 meses por sospecha de hemiparesia (HP). Se objetiva HP derecha, hipertónica, procediéndose a realización de RMN, con detección de porencefalia de todo el territorio correspondiente a arteria cerebral media izquierda, con dilatación ventricular homolateral, y algunos restos tabicados, sugerentes de ACV extensa de tipo isquémico evolucionado. Se completó estudio con angio-RMN, visualizándose arteria cerebral media hipoplásica, creemos que de forma secundaria al ACV; y estudio de coagulación-trombocitopenia, sin alteraciones. El paciente ha desarrollado una parálisis cerebral de tipo HP espástica, pero conserva un desarrollo cognitivo y de lenguaje expresivo-comprensivo normales.

Conclusiones: dadas las características radiológicas y la ausencia de incidencias durante el parto, creemos que el paciente presentó un ACV isquémico en periodo prenatal. A pesar de la extensión del cuadro el paciente solo ha presentado secuelas motrices. Los factores asociados a las ACV son diversos, pero a menudo no se detecta una causa específica, como es el caso.

7. Cefalea primaria tensional; estudio clínico de 65 casos. *Velasco Zuñiga R, Cancho Candela R.* Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Palencia.

Introducción: la cefalea primaria tensional (CPT) es el tipo de cefalea más frecuente en edad pediátrica. Esta entidad motiva frecuentes consultas y exploraciones comple-

mentarias en el ámbito de Atención Primaria y Especializada

Objetivos: estudiar las características clínicas de un grupo de pacientes con CPT.

Pacientes y Métodos: recogida retrospectiva de diversos datos clínicos de los pacientes diagnosticados de CPT en nuestra unidad durante años 2004-5, según criterios de la Clasificación Internacional de Cefaleas de 2004

Resultados: se incluyeron 65 pacientes con cefalea catalogada como CPT, 39 de ellos mujeres (60,0%). La edad de inicio de la sintomatología fue de 8,0 años (IC 95%) (7,4-8,7) con un promedio de 1,6 años de evolución hasta el diagnóstico. 54% de los pacientes presentaban antecedentes familiares de cefalea primaria, siendo el antecedente materno el más habitual (34%). 12 pacientes (18,4%) mostraban una frecuencia superior a 10-15 días/mes, pudiendo ser catalogados de CPT crónica. 10 pacientes mostraban episodios de cefalea compatibles con migrañas asociadas. En el 38% de pacientes existía un claro predominio de episodios en días lectivos. 16 pacientes (24,6%) presentaban un sueño nocturno calificado por sus padres como "regular" (11 pacientes) o "malo" (5). Sólo 6 pacientes mostraban un rendimiento escolar calificado como "regular" (4 pacientes) o "malo" (2). En 41 pacientes (63,1%) no se realizó neuroimagen (TAC o RMN). En 18 de los pacientes ya se había realizado antes de la consulta (Atención Primaria, Urgencias, u Hospitalización). La indicación de neuroimagen partió de nuestra consulta en 6 pacientes (9,2%). 14 pacientes (21,6%) se consideraron subsidiarios de profilaxis medicamentosa, con 8 pacientes tratados con flunarizina, 3 con amitriptilina y 3 con otros productos. Solo tres pacientes no mejoraron de forma sustancial con la profilaxis elegida inicialmente. La mitad de los pacientes bajo profilaxis mostraba CPT con migrañas asociadas. Se remitieron 5 pacientes a Psiquiatría Infantil.

Conclusiones: la CPT es un cuadro frecuente en nuestro entorno, que puede precisar tratamientos farmacológicos continuados a menudo. La indicación de neuroimagen puede ser difícilmente evitable en el ámbito actual de medicina defensiva y preocupación familiar que se genera en torno a la cefalea como síntoma, pero creemos que el número de TAC/RMN puede ser "aceptable" con una valoración clínica y una información a los familiares adecuadas.

8. Accidente cerebrovascular en la infancia. Presentación de un caso. *Conejo Moreno D, Fernández de Valderrama A, Villa Francisco C, López-Dóriga P, Cubillo Serna I, Bustamante Hervás C. Hospital General Yagüe. Burgos.*

Introducción. Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son raros en la infancia. Los ACV se clasifican en isquémicos y hemorrágicos. En niños el 55% son isquémicos y el 45% hemorrágicos. La incidencia estimada oscila entre 2,1-2,6 casos por año y por cada 100.000 niños menores de 14 años. La etiología de los ACV en la infancia es variada, siendo los grupos etiológicos más frecuentes: los estados pro-trombóticos, los trastornos cardiacos y las alteraciones vasculares.

Caso clínico. Niña de 22 meses que ingresa por presentar hemiparesia izquierda de 6 horas de evolución con pérdida de fuerza en extremidades izquierdas y desviación de la comisura bucal. No refiere fiebre, ni vómitos, ni irritabilidad, ni disminución del nivel de conciencia ni traumatismo previo. No tiene antecedentes familiares de interés. Antecedentes personales: varicela hace tres meses.

Al ingreso presenta lesiones residuales de varicela en cara y tronco. Hipotonía, pérdida de fuerza y motilidad en extremidades izquierdas, más acusado en extremidad superior. Reflejos osteotendinosos presentes en las 4 extremidades. Reflejo extensor plantar izquierdo con Babinsky positivo. Pares craneales normales, salvo VII par: paresia facial inferior izquierda. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Neuroconducta adecuada con Glasgow de 15. Signos meníngeos negativos. Resto de exploración normal.

Exploraciones complementarias: Hemograma, bioquímica, coagulación, PCR, perfil hepático y férrico, homocisteína, carnitina, ceruloplasmina, apoproteínas, complemento total y fracciones: normal. Factor reumatoide, ANA, ac. antiDNA, ac. Antimitocondriales y ac. Anticardiolipina: negativos. Serología: VVZ IgG positiva. Mantoux negativo. LCR: glucosa, proteínas y células normales; cultivo y PCR viral negativos. ECG, Rx tórax, ecocardiograma y fondo de ojo normal. TAC: área hipodensa en ganglios basales y cápsula blanca interna derechos (afectación isquémica). Doppler TSA, doppler T: compatible con estenosis severa de la arteria cerebral media. RMN y angioRMN cerebral: lesión en ganglios basales derechos compatible con infarto isquémico, se aprecia pequeña estenosis irregular

en la porción final del segmento M1 de la arteria cerebra media derecha.

Recibió tratamiento con Ac. Acetil Salicílico y Aciclovir e inició rehabilitación precoz. Progresivamente disminuyó la hemiparesia con recuperación de la motilidad espontánea aunque persistió inestabilidad en la marcha y leve falta de coordinación de extremidad superior derecha.

Discusión. El diagnóstico etiológico de ACV de origen variceloso se alcanza por exclusión de otras causas de ACV y por la historia clínica, exploración y pruebas complementarias compatibles. La varicela es una infección que se asocia con cierta frecuencia a enfermedad cerebrovascular en la infancia. El intervalo entre infección y déficit neurológico puede variar entre 1 semana y dos años. La patogenia no está totalmente aclarada; el ACV podría ser secundario a la vasculitis cerebral que produce el VVZ (ya sea por persistencia de este virus neurotrópico o mediante mecanismo inmune). La eficacia del tratamiento con Aciclovir es dudosa. En nuestro caso la instauración precoz del tratamiento se acompañó de mejoría clínica, aunque no se puede asegurar la causalidad entre el tratamiento y dicha mejoría.

SÁBADO 12 DE MAYO DE 2007

Sala A

Moderadores: Dra. M^a Carmen de Fuentes Acebes,
Dr. Ignacio Málaga Diéguez

1. Salud mental infantil en Atención Primaria. Una aproximación al diagnóstico. *Suárez Rodríguez A*, Torres Hinojal C**, Carro Serrano A***, Ortega García E****.* *C.S La Palomera, León; **C.S La Rondilla, Valladolid; ***C.S Eras de Renueva, León; ****Hospital de León.

Introducción. La prevalencia de la patología psiquiátrica infantil se sitúa en torno al 10-15%, cifra que varía según los estudios fundamentalmente por el desconocimiento de instrumentos estandarizados de screening para aplicar en las consultas del Pediatra en Atención Primaria. EL test SDQ podría ayudar en la aproximación diagnóstica de los problemas de salud mental a esta edad. Consta de 25 ítems y cubre un amplio grupo de trastornos cuya detección precoz mejoraría el pronóstico y disminuiría la morbilidad asociada.

Objetivos. Conocer el porcentaje de niños pertenecientes a tres zonas de salud urbanas del Área Sanitaria de León con alteraciones en los resultados del test SDQ. Analizar los diagnósticos que la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital de León atribuye a los niños derivados con test alterado. Valorar si el test sería útil para aplicar de manera rutinaria en la revisión del niño sano.

Material y Métodos. La población estudiada fueron los niños en edad escolar pertenecientes a tres zonas de salud urbanas del Área Sanitaria de León que acudían a su revisión habitual en Pediatría, siendo elegidos al azar y sucesivamente. Se les aplicó en consulta el test SDQ t. El test fue cubierto en cada centro siempre por la misma persona, tras firmar el consentimiento de participación en el estudio. Se excluyeron los niños con problemas ya conocidos en salud mental. Se incluyeron en el test los antecedentes de disgregación familiar y/o salud mental alterada en algún miembro de la familia. Los niños con puntuación total alta en el test fueron derivados a la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital de León para valoración.

Resultados. El total de pacientes estudiados fue de 108, 52 (48%) niñas y 56 (52%) niños. La edad media de la población estudiada fue de 8 años y 8 meses. Los niños con puntuación total alta en el test que se derivaron a Psiquiatría fueron 9 (8% del total). De estos 9 pacientes, 4 (44%) eran niñas y 5 (56%) niños. Existía antecedente de disgregación familiar en un caso de los 9 niños derivados. En 6 de los 9 niños valorados (67%) el estudio de Psiquiatría atribuye las alteraciones en los tests a trastornos menores de conducta que no precisan tratamiento ni seguimiento. En el 33% restante de los niños valorados el diagnóstico fue de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, alteración de la lectoescritura y capacidad intelectual límite en tres varones de 9,8 y 7 años.

Conclusiones. El porcentaje de pacientes con alteraciones en salud mental dentro de la población estudiada (3%) es inferior al que se describe como prevalencia en la literatura. El TDHA es el único trastorno detectado en la población evaluada. Los tests de cribado en salud mental como el SDQ son herramientas de manejo fácil en la consulta del pediatra de Atención Primaria. Su utilización dentro del programa del niño puede ayudar en una tarea difícil como es la detección precoz en una patología no bien conocida pero de gran trascendencia en el desarrollo.

2. Actuaciones quirúrgicas en nuestro medio. *Rodríguez Fernández C, Morales Sánchez R, Regueras Santos L, Mata Zubillaga D, Iglesias Blázquez C, Rodríguez Fernández LM. Complejo Asistencial León.*

Objetivo: Conocer en nuestro medio la frecuencia con la que es sometida la población pediátrica a tratamiento quirúrgico así como las características de dicho tratamiento en cuanto edad, tipo de especialista que lo practica (Cirujano Pediátrico o de adultos) y lugar elegido para practicarlo.

Material y métodos: Utilizamos como muestra 2577 niños que acudieron al Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de León entre el 25-01-07 y el 20-03-07. Los padres fueron interrogados sobre la existencia de antecedente quirúrgico, distinguiendo tipo de intervención quirúrgica, edad según los intervalos de edad marcados por la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, tipo de especialista que lo había practicado, centro elegido, así como el carácter urgente o programado de la misma. Se trata, por tanto, de un estudio descriptivo, observacional y prospectivo.

Resultados:

- Fueron sometidos a cirugía 176 niños (6,8%), de los cuales el 65,9% eran varones. Ninguno de ellos recibió tratamiento quirúrgico en el período neonatal; siendo la distribución por edades la siguiente: el 2,8% de los lactantes, 6,3% de los niños en edad preescolar; 14% en edad escolar y el 9,6% en edad adolescente.
- La cirugía fue urgente en el 18,1% de los casos.
- El tipo de cirugía más frecuentemente practicada fue adenoidectomía y/o amigdalectomía (27,3%), seguida de hernia inguinal (12,5%) y apendicectomía urgente (6,8%).
- El procedimiento quirúrgico fue realizado en servicios de Cirugía Pediátrica fuera de nuestra provincia en el 42,6%. El resto (57,4%) fue intervenido por servicios de Cirugía de Adulto de nuestro Centro o centros privados de nuestra provincia.

Comentarios:

- Más del 5% de la población en edad pediátrica es sometida a tratamiento quirúrgico en nuestro medio.
- En la mayoría de las ocasiones se trata de cirugía programada realizada en niños mayores de 2 años.
- En más de la mitad de los casos son intervenidos por servicio de Cirugía de adultos.

3. Diagnóstico prenatal de las malformaciones pulmonares y su cirugía postnatal. Análisis de la experiencia de cuatro años (2003-2007). *Gómez Farpon A*, González F**, Cebrián Muiños C*, Alvarez Muñoz V*, Martínez-Almoyana Rullan C*, Villaverde S**.* *Serv. Cirugía Pediátrica, **Serv. Ginecología-Obstetricia. H. Universitario Central Asturias.

Introducción: La ecografía prenatal permite detectar distintos tipos de malformaciones pulmonares fetales, como la malformación adenomatoidea quística (MAQ), los secuestros pulmonares, quiste broncogénico, tumores, derrame pleural, atresia esofágica, etc. en etapas precoces de la gestación. Podemos asistir a una observación directa de su evolución e historia natural durante el desarrollo intrauterino.

Pacientes y métodos: Hemos revisado retrospectivamente los casos con diagnóstico ecográfico prenatal de malformaciones intratorácicas (excluidas las cardiológicas) en nuestro Hospital durante los últimos 4 años (2003-2007), haciendo especial seguimiento de los casos que han requerido intervención postnatal y sus resultados.

Resultados: En los últimos 4 años, hemos evaluado 7 casos por sospecha ecográfica prenatal de malformaciones intratorácicas (excluidas las cardiológicas). Dos de ellas (MAQ y secuestro extralobar infradiaphragmático) requirieron intervención quirúrgica tras el nacimiento, con excelente resultado postoperatorio y funcional. El diagnóstico inicial del secuestro extralobar infradiaphragmático fue de tumor de origen neural (probable neuroblastoma)

Conclusiones: El diagnóstico prenatal de la MAQ permite monitorizar su crecimiento durante la etapa fetal hasta el nacimiento, y mantenerlo posteriormente, interviniendo en el momento adecuado para el niño. Todos los neonatos con sospecha diagnóstica prenatal de MAQ requieren confirmación radiológica mediante TC, aunque la radiología simple sea normal o exista una supuesta involución ecográfica. La lobectomía postnatal es recomendable para evitar infecciones y degeneración de la lesión, es bien tolerada y ofrece un excelente pronóstico. Se plantea la necesidad de hacer un seguimiento ulterior de los niños con posible MAQ y posible secuestro diagnosticados prenatalmente, sin clínica o con radiología o ecografía postnatal normales, mediante un TAC o una RNM. En todo caso, una mayor cohesión entre los Servicios de Ginecología-Obstetricia (Unidad de diagnóstico prenatal), Pediatría (Neonatalogía) y Cirugía

Pediatría, en forma de reuniones periódicas de una Comisión creada al efecto, con seguimiento conjunto de los casos diagnosticados, es una tarea pendiente en la que deberíamos aplicar nuestros esfuerzos conjuntos.

4. Tratamiento de la invaginación intestinal idiopática del niño mediante reducción hidrostática con enema acuoso y control ecográfico. Experiencia de nuestro Servicio. *Martín Pinto F, Ardela Diaz E, Gutiérrez Dueñas JM, Lorenzo G, Encinas Hernández JL, Domínguez Vallejo FJ. Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital "General Yagüe". Burgos.*

Introducción: La invaginación intestinal es una causa, relativamente frecuente, de obstrucción intestinal en Lactantes. La reducción hidrostática mediante enema acuoso en pacientes pediátricos, utilizando ultrasonidos como guía del proceso, es un método reconocido dentro de la terapia conservadora que, en los últimos años, sustituye a otros métodos también conservadores como el enema de bario o al neumoenema.

Objetivos: El fundamental de nuestro trabajo es analizar el valor de la ECOGRAFIA en el control de la resolución de la invaginación intestinal idiopática con enema salino en pacientes pediátricos, su eficacia, riesgos y complicaciones

Material y métodos: Durante los últimos 3 años, 52 pacientes fueron diagnosticados de invaginación intestinal mediante ecografía abdominal y atendidos en nuestro Servicio.

Excepto 11 que directamente fueron intervenidos quirúrgicamente dado la inestabilidad clínica que presentaban y que contraindicaba el intento de reducción hidrostática, los 41 restantes fueron tratados, después de realizar su diagnóstico de invaginación intestinal, mediante enema salino y control ecográfico.

La presión de reducción se mantuvo en torno a 80-120 mm de Hg. Como criterio de resolución se empleó la desaparición de la imagen ecográfica de invaginación así como el paso de líquido al ileon terminal a través de la válvula ileocecal.

Resultados: La serie incluye 41 pacientes de edades comprendidas entre 3 meses y 7 años. El síntoma más frecuente, antes del diagnóstico fue el dolor abdominal seguido de los vómitos. La tasa de reducción, mediante hidroenema y

control ecográfico, fue del 80%. No hubo ninguna complicación en nuestra serie.

Conclusiones: La realización de un enema salino con guía ecográfica en la resolución de la invaginación intestinal idiopática de pacientes pediátricos, aporta unos índices de éxito similares a los del enema baritado y evita la exposición a las radiaciones ionizantes. Por este motivo puede ser una alternativa válida al citado procedimiento. La técnica es segura y no aumenta el índice de recurrencias

5. Drepanocitosis, a propósito de un caso. *Morales Sánchez R, Iglesias Blázquez C, Rodríguez Fernández C, Mata Zubillaga D, Regueras Santos L, Lapeña López de Arménia S. Hospital de León.*

Introducción: La drepanocitosis es la hemoglobinopatía estructural más frecuente, con una mayor afectación de la raza negra. Consiste en una mutación de la cadena beta de globina, que precipita en el interior del hematíe, haciendo que este adopte forma de hoz, lo que da lugar a crisis vasooclusivas y hemólisis intravascular. La gravedad es variable según si la afectación es homo o heterocigótica. Presentamos un caso de drepanocitosis diagnosticado en nuestro centro, una patología emergente en el momento actual debido a la creciente inmigración.

Caso clínico: Niño de cuatro años procedente de Senegal, que presenta retraso ponderoestatural, dolores abdominales recurrentes, orinas oscuras y dolores óseos de extremidades inferiores. Como antecedentes personales destacan un periodo neonatal normal, con vacunación correcta según calendario de Senegal, hipertrofia amigdalar y asma episódica infrecuente. A la exploración física presenta soplo holosistólico panfocal, no se detectan esplenomegalia ni otros hallazgos de interés. Se realiza estudio analítico que muestra Hb 7,3 g/dl, Hto 21% y reticulocitos 336.400; en el frotis aparecen dianocitos y drepanocitos; la bioquímica presenta LDH 2003 U/L, Bi total 1,41 mg/dl y Bi directa 0,28 mg/dl, haptoglobulina indetectable. Se lleva a cabo electroforesis de hemoglobina a pH ácido y alcalino: Hb S 96,6%, Hb fetal menor del 2%, resultados sugerentes de anemia falciforme en estado homocigoto. Se realizan exámenes complementarios: serologías VHC, VHB, VIH, orina de 24 h y estudio de función renal normales; radiografía de tórax, ECO

abdominal, ECO doppler de carótidas y fondo de ojo normales. En la RMN aparecen lesiones sugestivas de isquemia antigua y leucomalacia periventricular. Comienza tratamiento con penicilina y ácido fólico vía oral, añadiéndose posteriormente hidroxurea y eritropoyetina. El paciente se mantiene con cifras bajas de hemoglobina, bien toleradas. A los seis años sufre una crisis aplásica, en contexto de un cuadro infeccioso faringoamigdal, con cifras de Hb 3,4 g/dl, Hto 9,2%, reticulocitos 53.100 y serología parvovirus B19 positiva, precisando una transfusión de concentrado de hematíes.

6. Nefritis intersticial aguda. A propósito de un caso. *Fernández de Valderrama A, Conejo Moreno D, Cubillo Serna I, López Dóriga P, Villa Francisco C, Bustamente Hervás C. Hospital General Yagüe. Burgos.*

Caso clínico. Niña de 6 años acude a urgencias por presentar en las últimas horas dolor abdominal y vómitos, febrícula y decaimiento general. No asocia otra sintomatología.

Sin alergias conocidas ni antecedentes familiares de interés. Intervenido por fractura de cúbito tras traumatismo hace 4 días. No toma medicación, únicamente se administraron 2 ampollas de metamizol (Nolotil®) como analgesia posterior a la intervención

Exploración física: bien hidratada y perfundida. No exantemas. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda. Puñopercusión renal bilateral débilmente positiva. ORL normal. Tensión arterial normal. Exploración neurológica normal.

- Exploraciones complementarias; Hemograma normal. Bioquímica: ionograma normal, glucemia, GOT, GPT, amilasa: normal, urea: 64 mg/dl (10-40 mg/dl) creatinina 1 mg/dl (0,2-0,4 mg/dl). Sedimento orina: nitritos negativo. Proteinuria 500 mg/dl. Se decide ingreso para ampliar estudio; Ecografía renal: hiperecogenicidad difusa e hipertrofia bilateral. Gasometría, complemento, estudio inmunológico: normal. Búsqueda eosinófilos en orina: positivo

- Evolución: permanece afebril, asintomática, exploración física normal, no edemas. Tensión arterial normal. Niveles de proteinuria, urea y creatinina en paulatino descenso a lo largo del ingreso, con normalidad al alta. Discreta poliuria

- Diagnóstico: Ante la elevación de urea y creatinina con normalidad previa constatada por el estudio preoperatorio, nos encontramos ante una insuficiencia renal aguda, con proteinuria rango nefrótico. Dada la ausencia de antecedentes de shock, hipovolemia, insuficiencia cardiaca etc parece probable un origen prerrenal. Tampoco se observan dilataciones de vías urinarias ni constan antecedentes de tipo cólico que orienten a origen postrenal, por lo que parece probable que sea de tipo parenquimatoso. No se hallaron signos o síntomas de infecciones sistémicas, alteraciones inmunitarias, SHU... El único antecedente reseñable fue la administración de metamizol. Enfocamos nuestro diagnóstico hacia nefritis intersticial aguda asociada a metamizol.

Discusión. La nefritis intersticial aguda es un síndrome caracterizado por infiltración linfocitaria en intersticio parénquima renal, clínicamente muy inespecífico y cuyo diagnóstico se basa en la exclusión, precisando la realización de una historia clínica exhaustiva. El diagnóstico de certeza lo proporciona la biopsia renal, reservándose para casos de mala evolución. El tratamiento es de soporte. La temprana normalización de la función renal es marcador de excelente pronóstico.

El metamizol puede producir fallo renal agudo secundario a nefritis intersticial. Es una reacción de tipo idiosincrásico sin factores de riesgo específicos, y es probable que existan reacciones cruzadas con fármacos de estructura similar.

7. Hernia diafragmática congénita, ¿están cambiando las cosas? Nuestra casuística en los últimos seis años. *Costa Romero M, Toyos García P, Arroyo Hernández M, García Hernández I, Arias Llorente RP, Fernández Colomer B. Hospital Universitario Central de Asturias.*

Antecedentes y objetivos: La hernia diafragmática congénita (HDC) es una de las principales patologías quirúrgicas en la etapa neonatal. El pronóstico está determinado por el momento del diagnóstico prenatal, del grado de hipoplasia pulmonar y de la estabilización inicial. El objetivo del estudio es describir las características clínicas y evolutivas del HDC de los últimos 6 años.

Método: estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de HDC en un centro de refe-

rencia de neonatología y cirugía pediátrica entre los años 2000 y 2006.

Resultados: se revisaron las historias de 7 pacientes con HDC (3 niñas y 4 niños). La edad gestacional media 36 (desviación estándar 2,5) semanas con un peso medio 2.469 (939,9) gramos. Existió diagnóstico prenatal en el 57% (en la 35,4 (3,3) semanas). El parto fue por cesárea en todos los casos de diagnóstico prenatal con intubación electiva inmediata. El apgar medio en el primer minuto 5,6 y a los cinco minutos 7,3. La clínica en los niños sin diagnóstico prenatal fue dificultad respiratoria en las primeras 4 horas de vida. Todos fueron ingresados en UCIN con conexión a ventilación mecánica convencional modo SIMV con parámetros máximos PIP: 19, PEEP: 4,1, FiO₂: 32%. En ningún caso se precisó alta frecuencia u óxido nítrico. En la estabilización prequirúrgica dos niños (28,5%) precisaron dobutamina (dosis media 7 mcg/kg/minuto) y todos recibieron fentanilo (dosis media 2,2 (0,8) mcg/kg/hora) y midazolam (dosis media 0,07 (0,07) mg/kg/hora). Únicamente dos necesitaron vecuronio (0,06 mg/kg/hora). La cirugía tuvo lugar una media de 76,1 (21,3) horas tras nacimiento. En todos los casos el defecto se situaba en el lado izquierdo y fue reparado mediante sutura directa. El colon transversal y el intestino delgado fueron las vísceras herniadas más frecuentes (100%) seguidas del bazo (57,1%) y el estómago (42,8%). Tras la intervención y durante complicaciones asociadas el 57,1% de los niños precisaron dobutamina (dosis media 7,2 mcg/kg/minuto), y 28,5% dopamina (dosis media 13 mcg/kg/minuto). La duración media de la intubación tras la cirugía fue 8,3 (2,7) días. La analgesia, sedación y relajación se mantuvieron 11 (8,6), 12,3 (3,1) y 5,5 (0,57) días respectivamente. Las complicaciones más frecuentes durante el ingreso fueron sepsis por bacterias gram negativas (57,1%) y la quilotórax (28,5%). La supervivencia fue del 85,7% (un niño con trisomía 18 y prematuridad falleció a las tres horas de vida) con una estancia media 38,3 (19,5) días. Las secuelas más frecuentes fueron hernia inguinal o umbilical (42,9%) y reflujo gastroesofágico grave (28,6%). Hubo un caso de peritonitis plástica.

Comentarios: se constata la buena evolución de las HDC con una supervivencia que ha ido en aumento en los últimos años con una tasa de complicaciones mínima. Se objetiva la importancia de estabilización prequirúrgica previa a la intervención.

SÁBADO 12 DE MAYO DE 2007

Sala B

Moderadores: Dr. Fernando Fernández Calvo,

Dra. Irene Casares Alonso

1. Salud percibida y autoestima en una muestra de niños y adolescentes asturianos en función del peso. *García González M*, Riaño Galán I**, Somalo Hernández L*, Díaz Martín JJ**, Málaga Guerrero S*. *Hospital Universitario Central de Asturias. **Hospital de San Agustín, Avilés.*

Introducción. La obesidad en niños y adolescentes tiene no sólo consecuencias físicas perjudiciales a corto y largo plazo sino que también afecta a su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Objetivo. Estudiar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes obesos y compararla con aquellos no obesos de su misma edad, sexo y medio escolar.

Pacientes y Métodos. Estudio transversal de 76 niños y adolescentes de tres centros de enseñanza pública de Oviedo, con medición de la CVRS a través de la versión española validada del cuestionario Kindl. Se autoadministró el módulo de 8-12 años (Kid_Kindl) a 46 niños y el módulo de 13-16 años (Kiddo_Kindl) a 30 jóvenes. Este cuestionario consta de 24 preguntas distribuidas en 6 dimensiones: bienestar físico, bienestar emocional, autoestima, familia, amigos y escuela. Las puntuaciones obtenidas a través de la media de cada dimensión se transformaron a una escala de 0-100, donde una puntuación mayor representa una mejor CVRS. También se ha obtenido un índice global de CVRS a partir de las medias de todas las dimensiones. Se determinaron el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC). Se definió obesidad como la presencia de un IMC \geq percentil 95 para su edad y sexo según gráficas de la Fundación Orbezo. De este modo, 20 niños en el primer grupo de edad y 17 en el segundo se definieron como obesos.

Resultados. Los obesos tienen peores puntuaciones en todas las dimensiones excepto en la relación con la familia, en comparación con los no obesos. En autoestima las diferencias alcanzan diferencias significativas ($p < 0,05$), los obesos ($57,3 \pm 25,2$) frente a los no obesos ($68,8 \pm 21,7$).

En el grupo de edad menor de 13 años, las niñas puntúan más globalmente, y en las dimensiones de autoestima,

familia ($p < 0,03$) y amigos. En cambio, los niños puntúan mejor en bienestar físico y en escuela. En el análisis de obesos frente a no obesos, los primeros refieren peor calidad de vida global y en todas las dimensiones, excepto en familia. Las diferencias son llamativas en la autoestima ($58,4 \pm 30,3$ vs. $72,1 \pm 24,8$) aunque sin significación estadística.

Los adolescentes obesos perciben su calidad de vida peor globalmente y en las dimensiones de bienestar físico, en relaciones con amigos y sobre todo en autoestima ($55,8 \pm 18,3$ vs. $62,0 \pm 12,1$). Las adolescentes mujeres manifiestan peor salud percibida en todas las dimensiones excepto en colegio, sin diferencias significativas.

Conclusiones. Los efectos negativos de la obesidad se observan en el ámbito de la calidad de vida, siendo más llamativos en la adolescencia. Los adolescentes obesos experimentan una reducción de la CVRS en todas las dimensiones, especialmente en lo que se refiere a las experiencias vividas en las relaciones con los amigos, el bienestar físico y la autoestima. Las adolescentes mujeres, independientemente del peso, perciben su salud como peor que los varones, excepto en el ámbito escolar.

2. Síndrome metabólico en niños y adolescentes obesos.

Somalo Hernández L, Díaz Martín JJ**, Argüelles Luis J***, Braga Fernández S*, Zapico González MS*, Málaga Guerrero S*. *Hospital Universitario Central de Asturias. **Hospital de San Agustín, Avilés. ***Universidad de Oviedo.*

Introducción: En 1998, Reaven denominó síndrome X a un conjunto de alteraciones clínico-metabólicas observadas en población adulta y asociadas fisiopatológicamente a insulinoresistencia. En los últimos años, y acompañando a un aumento epidémico de los casos de obesidad en niños y adolescentes, se ha descrito la existencia de dicho síndrome en población infanto-juvenil. El objetivo del presente trabajo ha sido conocer la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en población obesa.

Pacientes y métodos: Grupo estudio: 39 alumnos (24 varones) obesos (índice de masa corporal (IMC) \geq P95 de los valores de la SEEDO) de edades comprendidas entre los 7 y los 20 años. Grupo control: 30 alumnos (20 varones) no obesos, pareados por sexo y seleccionados dentro del mismo aula que el caso índice. Se recogieron datos respecto a horas

dedicadas a actividades sedentarias, actividades deportivas, peso al nacer y duración de la lactancia materna. A todos los pacientes se les realizó determinación de peso, talla, IMC, perímetro abdominal, cociente cintura/cadera, tensión arterial sistólica y diastólica, perfil lipoproteico completo y glucemia tras ayuno de 12 horas y determinación de PCR ultrasensible (PCRus) y adiponectina plasmática.

Resultados: Trece alumnos obesos cumplieron criterios de SM (33,3%) por ningún control no obeso ($P=0,0001$). Mientras que en el grupo control sólo el 3% cumplía 2 criterios de SM, en el grupo de obesos, el 21% cumplía dos criterios, el 25,6% tres y el 7,7% cuatro. Al comparar, dentro del grupo de obesos aquellos con SM respecto de los que no cumplían criterios de SM, no se observaron diferencias significativas en edad, sexo, peso al nacer, porcentaje de pacientes con lactancia materna superior a 3 meses ni horas dedicadas a actividades deportivas. Los obesos con SM dedicaban un mayor número de horas a ordenador y videojuegos ($8,7 \pm 11,4$ vs $3,5 \pm 3,8$ $P=0,04$). No se observaron diferencias significativas en los niveles de PCRus. Se observaron valores de adiponectina más bajos en obesos con SM, aunque sin alcanzar significación estadística ($15,97$ vs $18,50$ ng/ml).

Conclusiones: Se observa una elevada prevalencia de SM en niños y adolescentes obesos. El mayor número de horas dedicadas a actividades sedentarias puede influir en el desarrollo de dicho síndrome en obesos. El limitado tamaño muestral y el diseño transversal del estudio, no permiten establecer relaciones causales y pueden dificultar la detección de diferencias significativas entre grupos.

3. Epidemiología de la obesidad en escolares. Estudio

Incardia: resultados preliminares. *Alvarez Caro F*, Díaz Martín JJ**, Riaño Galán I**, Pérez Solís D**, Suárez Tomás I**, Suárez Menéndez E**.* *Hospital Universitario Central de Asturias. **Hospital de San Agustín, Avilés.

Introducción: La prevalencia de obesidad y sobrepeso están aumentando de forma preocupante en niños y adolescentes de nuestro entorno. El objetivo del presente estudio es: conocer la prevalencia de obesidad y sobrepeso en una muestra de escolares asturianos y analizar las características epidemiológicas de la población obesa detectada.

Sujetos y métodos: 459 alumnos de ambos sexos (213 niñas), de edades comprendidas entre 5 y 12 años cumplidos, escolarizados en dos centros públicos de enseñanza primaria de la ciudad de Avilés. A todos ellos se les practicó un examen físico que incluyó peso, talla y tensión arterial (TA). Mediante una serie de cuestionarios se recogieron datos referidos a antecedentes familiares y personales, horas dedicadas a actividad física, horas semanales dedicadas a actividades sedentarias, nivel socioeconómico familiar (test GRAFFAR) y calidad de la dieta mediterránea (test KIDMED). Se calculó el índice de masa corporal dividiendo el peso en kg por el cuadrado de la talla en metros. Se utilizaron los valores correspondientes al percentil 85 y 95 de los puntos de corte de la International Obesity Task Force para definir la existencia de sobrepeso y obesidad respectivamente.

Resultados: Un 10,9% de los participantes eran obesos y un 31% adicional tenían sobrepeso. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia por sexos. Los obesos presentaron valores significativamente más altos de TA sistólica (113 vs 105,3 mmHg $P=0,0001$) y diastólica (65,9 vs 62,0 mmHg $P=0,008$) que los no obesos. Los escolares obesos presentaron un peso al nacer significativamente mayor que los no obesos (3,55 vs 3,22 kg $P=0,01$). No hubo diferencias significativas en el porcentaje de participantes que recibieron lactancia artificial desde el nacimiento ni en los que recibieron como mínimo 4 meses de lactancia materna exclusiva. No se observaron diferencias en el nivel de ingresos familiares ni en el nivel de instrucción del padre, sin embargo, se apreció una tendencia descendente significativa en la relación entre obesidad y nivel de instrucción de la madre ($P=0,009$). No se observaron diferencias significativas en el número de horas dedicadas a actividades físicas ni sedentarias entre obesos y no obesos. Mientras que en no obesos un 52,8% realizaban una dieta mediterránea óptima, dicho porcentaje bajaba hasta un 28,3% en obesos ($P=0,002$).

Conclusiones: La prevalencia de obesidad y sobrepeso está alcanzando valores preocupantes en población escolar. Se observa una asociación significativa entre obesidad y dos factores importantes: bajo nivel educativo de la madre y consumo de una dieta de baja calidad. Sería deseable que las medidas preventivas o de intervención a aplicar en este tipo de población, incidieran en ambos aspectos a la hora de conseguir resultados positivos.

Ayuda a la investigación Fundación ESV 2006

4. Fallo hepático agudo en la edad pediátrica: epidemiología, pronóstico y manejo en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP Salamanca). Fuentes Ortiz MA, Gaboli M, Murga Herrera V, Nieto Almeida B, Fernández Carrión F, Sánchez Granados JM. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El fallo hepático agudo (FHA) es una entidad poco frecuente y potencialmente letal en la edad pediátrica. Su etiología es muy variada, según el área geográfica y la edad, siendo fundamental diagnosticarla precozmente para instaurar tratamientos específicos, si existen, lo antes posible o sentar la indicación de trasplante hepático (TH). La clínica es inespecífica y a veces muy sutil, requiriéndose un alto índice de sospecha diagnóstica. La mortalidad es del 50-70% con tratamiento conservador. Los factores pronósticos son difíciles de establecer en niños, disminuyendo la probabilidad de recuperación sin TH la presencia de coagulopatía severa, sepsis, fallo renal, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia, encefalopatía grado III-IV, entre otros. El objetivo principal de su manejo es evitar el daño neurológico irreversible minimizando y tratando precozmente las complicaciones hasta que el órgano se recupere o el paciente sea trasplantado. Esto requiere un tratamiento de soporte intensivo que debe realizarse en una UCIP con experiencia.

Objetivos: analizar la epidemiología, factores pronósticos y manejo de los pacientes ingresados en nuestra UCIP con el diagnóstico de FHA.

Métodos: estudio retrospectivo, en base a las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestra UCIP durante el período 2005-2006 por FHA, definido como una alteración multisistémica con disfunción hepática grave y aguda, con o sin encefalopatía, en ausencia de hepatopatía conocida (King's). Se utilizó el score pronóstico de Nazer.

Resultados: se ha analizado un total de 4 pacientes (3 niñas y 1 niño (caso 4)) de edad inferior a los 3 años (media de 14,2 meses). El motivo de consulta en el caso 1 fue ictericia progresiva y en el resto una disminución del nivel de conciencia. Todos ellos presentaron pródromos catarrales con astenia y vómitos en la semana previa. Como antecedentes, el caso 1 presentó ictericia neonatal que se resolvió espontáneamente y fallo de medro, y el caso 3 estaba en estudio por hipertransaminasemia. Los casos 1 y 3 tenían antecedentes familiares de hipertransaminasemia, y hepatitis

materna el caso 1. Todos presentaron hipoglucemia y coagulopatía grave. Se midió el factor V en los casos 1, 2 y 3 siendo < 20%. Los casos 2, 3 y 4 presentaban encefalopatía al ingreso (grados III, II y IV) con niveles elevados de amoníaco. En todos se realizó monitorización invasiva de presión venosa central y de índice bispectral (BIS®) y nutrición con aportes elevados de glucosa y restricción proteica. Precisa-ron ventilación mecánica los casos 2 y 4. Se transfundió plasma en los casos 1, 2 y 4 y complejo protrombínico en los casos 3 y 4. En todos se realizó profilaxis infecciosa, de encefalopatía con lactulosa y paramomicina y de sangrado gastro-intestinal con ranitidina. El score de Nazer fue: 11 el caso 1 y 8 el resto. El caso 1 fue una infección por transmisión vertical del virus de la hepatitis B, el caso 2 un defecto del complejo 1 de la cadena respiratoria mitocondrial en estudio, el caso 3 una citrulinemia y el caso 4 un síndrome de Reye-like asociado a metabopatía. El caso 1 se sometió a trasplante hepático con buena evolución, en los casos 2 y 3 la función hepática se recuperó tras la fase aguda y el caso 4 presentó fallo multiorgánico, falleciendo a las 72h del ingreso.

Conclusiones: el pronóstico del FHA en la infancia ha mejorado notablemente no sólo con el TH sino también con el tratamiento de soporte intensivo adecuado en las UCIP. Las causas, criterios pronósticos y de TH difieren de los de adultos siendo necesarios más estudios en niños. Actualmente los esfuerzos se centran en el desarrollo de tratamientos de soporte y específicos efectivos que constituyan una alternativa terapéutica al TH, como los sistemas de soporte hepático artificial (MARS).

5. Trastornos respiratorios durante el sueño en edad pediátrica: experiencia inicial en el Hospital Universitario de Salamanca. Gaboli M*, Fernández Sánchez JL**, Sánchez Serrano AR**, Gómez de Quero Masía P*, Fernández Carrión F*, Payo Pérez R*. *UCIP, **UTRS. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Con el término “trastornos respiratorios durante el sueño” (TRS) se recoge un grupo de problemas respiratorios que se exacerban durante el sueño. Entre todos los TRS de la infancia el síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS) es el más frecuente y se estima que afec-

ta a entre 1 y 3% de los niños, con un pico de incidencia entre los 2 y 6 años.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, que revisa las historias clínicas de los pacientes en edad pediátrica que entre el 1 de enero 2007 y el 31 de marzo de 2007 fueron vistos en la Unidad de neumología pediátrica por problemas respiratorios durante el sueño y a los cuales se realizaron algunas de las pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico del SAHS. Se realizó una encuesta de satisfacción a los pacientes y sus familiares.

Resultados: Se estudiaron 13 pacientes, 8 varones y 5 mujeres, con edades comprendidas entre 11 meses y 11,75 años. Diez pacientes fueron remitidos por otorrinolaringología por hipertrofia adeno-amigdalara y 3 desde pediatría (dos niños con antecedentes de prematuridad y uno con encefalopatía secundaria a infección del sistema nervioso central). El síntoma más frecuente fue: ronquido, en 9 pacientes, ronquido con apneas en 6, apneas sin ronquidos en 2, disminución de la saturación periférica de oxígeno (SpO₂) en 1. Todos los pacientes presentaban un desarrollo estatura-ponderal adecuado, aunque en un caso límite (percentil 3 de peso y talla). Un paciente presentaba patología pulmonar crónica. Ningún paciente presentaba dismorfias significativas, ni síntomas respiratorios diurnos, o relacionados con mala calidad del sueño. Todas las pruebas se realizaron con el paciente ingresado durante una noche, acompañado por uno de los padres, en habitación de uso individual adecuadamente aislada del exterior, o en cama de intensivos para monitorización no invasiva. Se realizaron 3 pulsioximetrías nocturnas con monitorización de frecuencia cardiaca (FC) y respiratoria (FR) bajo vigilancia continua por personal de enfermería, 13 poligrafías cardiorrespiratorias durante el sueño (registrando SpO₂, FC, esfuerzo respiratorio, flujo naso-oral, ronquido, posición y movimientos, mediante un aparato Embletta, Resmed) y una polisomnografía (Medicic 4, Neuronic) en un paciente adolescente que presentaba alteración de parámetros fisiológicos sin desaturaciones ni apneas, en el contexto de una clínica de obstrucción de vía respiratoria alta y en el cual se detectaron micro-despertares patológicos. Se encontraron 5 SAHS, uno leve (índice de apneas/hipopneas IAH < 2), uno moderado (IAH= 5,9), y tres graves (IAH > 10 y/o índice de despertares > 20), un caso de apneas centrales; en 6 pacientes los estudios fueron normales. Se indicó tratamiento qui-

rúrgico (reducción adenoamigdalares en los casos graves y moderados de SAHS), oxigenoterapia nocturna en un paciente, y sistema de monitorización nocturna en dos. La encuesta de satisfacción reveló una valoración positiva del programa, aunque los pacientes reflejaron que dormían un poco peor que en su casa.

Conclusiones: 1) Los TRS suponen un grupo heterogéneo de patologías que requieren unas pruebas diagnósticas específicas. La poligrafía cardiorrespiratoria durante el sueño es una prueba muy útil para diagnosticar el SAHS, pero resulta insuficiente para afinar el diagnóstico cuando no hay obstrucción de la vía aérea. 2) Los pacientes y sus familias dieron una valoración positiva de las actuaciones realizadas.

6. Ahogamiento como causa de ingreso en Intensivos Pediátricos. *Mayordomo Colunga J*, Concha Torre A*, Díaz de Entresotos L**, Rey Galán C*, Medina Villanueva A*, Los Arcos Solas M*.* *UCIP. Hospital Universitario Central de Asturias. **Hospital Marqués de Valdecilla.

Introducción: El ahogamiento en la infancia es un accidente frecuente y prevenible en la mayoría de ocasiones. Conlleva importantes secuelas, fundamentalmente de tipo neurológico, secundarias a la hipoxia. La mayor parte de los casos se dan en meses de verano, en relación con las piscinas y la playa, aunque también ocurren en el domicilio (bañeras).

Objetivos: Describir las características de los pacientes que sufrieron un episodio de ahogamiento o casi-ahogamiento, así como su tratamiento y evolución, ingresados en nuestra Unidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestra Unidad por esta causa desde su apertura hace 11 años.

Resultados: Se recogieron 10 pacientes, 8 de ellos varones. El 80% de los accidentes ocurrieron entre mayo y agosto. La mediana de edad fue de 40 meses (rango 20 meses a 13 años). En cuatro de los pacientes el episodio ocurrió en agua dulce (3 en piscina y 1 en una bañera), de los cuales dos presentaron hiponatremia y dos hipotensas al ingreso. Cuatro de los 6 ahogados en agua salada tenían hipernatremia en la primera determinación analítica y 3 de ellos

hipotensas. Seis niños presentaron parada cardiorrespiratoria (PCR) y requirieron reanimación cardiopulmonar (RCP) básica en el lugar del accidente, con recuperación de signos vitales en 3 de ellos. En otros 3 se continuó con RCP avanzada. Precisarón ventilación mecánica la mitad de los casos, cuatro de ellos desarrollaron un síndrome de distrés respiratorio agudo pero no se observaron secuelas respiratorias. Dos pacientes fallecieron y dos sufrieron graves secuelas neurológicas, los cuatro en relación con encefalopatía hipóxico-isquémica (en un caso agravada por traumatismo craneoencefálico).

Comentarios: Se trata de una patología de elevada morbimortalidad por lo que las medidas preventivas son fundamentales. El inicio precoz de las maniobras de RCP es primordial (muy importante una adecuada formación para ello de los equipos de salvamento), si bien no asegura un buen pronóstico vital, como observamos en nuestra revisión.

7. Infección meningocócica en UCIP. *Murga Herrera V, Mateos Polo M, Fuentes Ortiz A, Prieto Tato LM, Sánchez Granados JM, Serrano Ayestarán O.* Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: La enfermedad meningocócica continúa siendo la principal causa de shock séptico y meningitis en la edad pediátrica. A pesar de los avances en el conocimiento de la enfermedad y de las mejoras en las técnicas de soporte, sigue presentando una elevada morbi-mortalidad.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que presentaron sepsis (con o sin meningitis) meningocócica ingresados en nuestra UCIP en el periodo de tiempo desde junio 2003-febrero 2007, la morbimortalidad derivada de esta infección y describir el uso de nuevas terapias en estos pacientes.

Material y Método: Se recogieron, de forma prospectiva, los datos de los pacientes ingresados en UCIP en el desde junio de 2003 a marzo de 2007. Los criterios de inclusión fueron el aislamiento de meningococo en sangre o líquido cefalorraquídeo (LCR), la visualización de diplococos Gram negativos en LCR o raspado de las lesiones, la determinación antigénica en LCR o la sintomatología característica junto con exantema purpúrico en ausencia de otra etiología.

Resultados: En el periodo de tiempo desde junio de 2003 a marzo de 2007, un total de 10 pacientes con shock meningocócica ingresaron en UCIP. La mayor parte de los pacientes (7), ingresaron en los últimos 12 meses. Respecto a su procedencia, el 60% fueron de Salamanca y el resto trasladados de otros centros. La mediana de edad de los mismos resultó de 27,9 meses. Respecto a los diagnósticos, 8 presentaron shock séptico, 1 sepsis y 6 casos tuvieron además meningitis. Ninguno de los pacientes recibió antibiótico previo. La mediana de tiempo de evolución hasta la llegada al hospital fue de 19,6 horas. En cuanto al diagnóstico, en 5 casos el Gram fue positivo en LCR (de ellos además 2 el látex resultó positivo) y en 6 casos se consiguió cultivar *N.meningitidis* en sangre o LCR, todos serogrupo B. La mayoría resultó sensible a penicilina, excepto en 2 aislamientos. Ningún caso presentó sensibilidad disminuida a cefalosporinas. Respecto a los datos analíticos, el 50% presentó leucopenia y trombopenia en las primeras 24 horas y todos anemia que requirió terapia trasfusional. Nueve de los pacientes presentaron coagulopatía. En relación al tratamiento, en todos se realizó inicialmente expansión de volemia y hasta en 8 pacientes a más de 40 mL/kg en la primera hora. Ocho pacientes precisaron inotrópicos: 3 con dosis inferiores a 10

mcrg/kg/min de dopamina y los otros 5 requirieron de asociaciones a dosis altas durante al menos 48 horas. En 3 de los pacientes se utilizaron corticoides, confirmándose posteriormente insuficiencia suprarrenal. Con respecto a las nuevas estrategias terapéuticas, en un paciente con shock caliente refractario, se utilizó de forma exitosa terlipresina, permitiendo disminuir los inotrópicos tras su administración, en un caso se utilizó hemodiafiltración veno-veno-venosa y en otro paciente antitrombina III, con buenos resultados. La mediana de días de ingreso en UCIP fue de 7,2. No se registraron fallecimientos y todos presentaron una Escala de rendimiento global (POPC) al alta y a los 3 meses de 1 (normal) excepto en un caso que presentaba un nivel 2 (problema físico menor), por amputaciones de falanges.

Conclusiones: La infección meningocócica sigue siendo un reto para los pediatras. En nuestro medio, en el último año hemos asistido a un aumento de la incidencia de sepsis meningocócica. El desarrollo de nuevas terapias de soporte (terlipresina, hemodiafiltración, antitrombina III) y el rescate de terapias clásicas (corticoides) constituyen una alternativa útil en el manejo del shock séptico y, probablemente, ayudan a disminuir la elevada mortalidad de estos pacientes.