

Comunicaciones

VIERNES 4 DE NOVIEMBRE • SALA A

Presidente: *José Manuel Marugán*
 Secretario: *Germán Castellano Barca*

1. **SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO EN MENORES DE 15 AÑOS EN CANTABRIA.** *Jiménez Hernández L, González-Lamuño Leguina D, Redondo Figuero C, Pérez Belmonte E, García Fuentes M, Vidal Piedra S, Sangrador Martínez B, Martínez Reparaz I. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos del estudio. Analizar las características de los pacientes menores de 15 años de Cantabria con síndrome nefrótico idiopático, determinar la prevalencia encontrada en esta comunidad y en las distintas comarcas naturales en que se divide y comparar las diferentes prevalencias observadas en las distintas comarcas.

Material y métodos. Se recogieron 25 pacientes seguidos en la consulta de Nefrología Infantil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla a 1 de enero de 2005. La población menor de 15 años fue obtenida del Instituto Nacional de Estadística. De los pacientes se registraron los siguientes datos: fecha de nacimiento, sexo, localidad de residencia, edad al primer brote, antecedentes familiares de síndrome nefrótico, realización o no de biopsia y resultado de la misma. Cantabria fue dividida en 10 comarcas: Liébana, Saja-Nansa, Costa Occidental, Besaya, Campoó, Pas-Miera, Trasmiera, Costa Oriental, Asón-Agüera y Santander.

Resultados. La prevalencia encontrada en menores de 15 años fue de 37,5/100.000. Por sexos, el síndrome nefrótico es 1,5 veces más frecuente en varones. El primer brote ocurre en el 60% de los casos entre los 3-6 años y el 84% en menores de 7 años. Sólo precisaron biopsia el 16% de los casos. Según comarcas se encontraron 11 casos en Besaya, 12 casos en Santander, 1 en Costa Occidental y 1 en Campoó, siendo la prevalencia en estas comarcas de 105,8/100.000, 37,8/100.000, 44,6/100.000 y 52,8/100.000, respectivamente. Desde el punto de vista estadístico, calculando la prevalencia y los intervalos de confianza del 95% (IC-95%) entre comarcas sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre Besaya y Trasmiera. Sin embargo, también se encontraron diferencias entre Besaya y el total de Cantabria. Para anali-

zar la fuerza de asociación entre la prevalencia de cada una de las comarcas y la prevalencia global de Cantabria se calculó la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza del 95%. La OR de Besaya fue de 2,82 (IC-95% 1,39-5,74), siendo ésta significativamente superior a la global de Cantabria (OR 1) y, además, su IC-95% no incluía al 1. Esto hace sospechar que la población menor de 15 años residente en la comarca de Besaya puede estar sometida a cierto factor de riesgo de padecer síndrome nefrótico idiopático.

Conclusiones. La prevalencia encontrada de síndrome nefrótico idiopático en la población menor de 15 años en Cantabria es de 37,5/100.000, más del doble de lo referido en la literatura. Es más frecuente en varones y el pico de máxima incidencia se encuentra entre los 3-6 años. En la mayoría de los casos no es necesario realizar biopsia ya que los pacientes presentan una buena respuesta al tratamiento inicial. En relación a las comarcas, existe una diferencia estadísticamente significativa entre Besaya y Cantabria y la OR de esta comarca es significativamente superior a la de dicha comunidad. Es preciso completar el estudio para analizar posibles factores genéticos o ambientales.

2. **EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES: AUSENCIA DE CORRELACIÓN ENTRE LA PH-METRÍA ESOFÁGICA DE 24 HORAS Y LA ECOGRAFÍA DINÁMICA ESÓFAGO-GÁSTRICA.** *Martínez Reparaz I, Sangrador Martínez B, Vidal Piedra S, Jiménez Hernández L, Martínez Rodríguez M, Fernández García P, Lozano de la Torre MJ. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.*

Objetivos. Estudiar la correlación entre la pH-metría esofágica de 24 horas y la ecografía dinámica esófago-gástrica (EcoTIS) en lactantes con episodios aparentemente letales (EAL) como consecuencia de un reflujo gastroesofágico (RGE) patológico.

Metodología. Estudio retrospectivo de enero 2003 a enero de 2005 de lactantes menores de 3 meses ingresados por un EAL en los que se demostró un RGE patológico mediante pH-metría esofágica y en los que se realizó además una EcoTIS. Para la cuantificación del RGE por pH-metría esofágica se consideró el índice de reflujo (IR) clasificando la gravedad del mismo en leve (IR < 10%), moderado (IR entre 10-20%) y grave (IR > 20%).

La EcoTIS se realizó inmediatamente después de la ingesta del alimento habitual, observándose durante 10 minutos la unión esófago-gástrica con traductores de alta frecuencia. Se consideró disfunción leve (< 3 episodios), moderada (entre 3 y 6 episodios) y grave (> 6 episodios).

Resultados. Encontramos 17 lactantes, 7 varones y 10 mujeres. En la pH-metría esofágica 6 tenían un índice de reflujo >20% y 11 entre 10 y 20%. La EcoTIS fue normal o con disfunción leve en 13 pacientes, 4 de los cuales tenían un IR > 20% y 9 un IR entre 10 y 20%. Por el contrario, un paciente en el que la EcoTIS demostró un RGE grave tenía un IR de 11,8%.

Conclusiones. En lactantes con EAL y RGE patológico no encontramos correlación entre la severidad de los hallazgos de la pH-metría esofágica y la EcoTIS.

3. CONDILOMAS ACUMINADOS EN MUCOSA ORAL.

Montejo Vicente MM, Santos Juanes J, Costa Romero M, Suárez Saavedra S, Rodríguez Suárez J. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Los condilomas acuminados son lesiones cutáneas benignas producidas por el virus del papiloma humano siendo esta infección una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes del tracto ano-genital.

La frecuencia de los condilomas en la infancia está en aumento, probablemente correlacionado con el incremento observado de estas lesiones en adultos.

Objetivo. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los condilomas acuminados en niños y sus posibilidades terapéuticas, destacando la localización excepcional de los mismos en la cavidad oral a esta edad. Presentamos un caso clínico sobre condilomas acuminados orales encontrados en una niña de 7 años.

Comentarios. El hallazgo de condilomas acuminados en un niño es motivo suficiente para investigar los hechos como un caso de abuso sexual aunque también es importante reseñar su posible transmisión por vía no sexual.

La localización oral en los niños es excepcional, existiendo pocos casos descritos en la literatura. La zona más frecuente dentro de esta región es el paladar, a diferencia de los adultos, en los cuales es más frecuente encontrarlos en el labio inferior y la lengua.

Su hallazgo obliga a descartar otras enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea, la sífilis o la tricomoniasis y todos ellos deben ser tratados debido a la posibilidad de complicaciones como la oncogenicidad, hemorragia o infección secundaria. Entre las posibilidades terapéuticas destacan la aplicación de 5-fluoracilo, podofilino e imiquimod, llegando incluso a la electrocauterización de las lesiones. En nuestro caso se trató con imiquimod y precisó exéresis con láser de CO₂ con resultados satisfactorios.

4. DESPISTAJE FAMILIAR DE ENFERMEDAD CELÍACA.

Regueras L, Marugán JM, Iglesias C, Neira M, Carbayo C, Rosón M. Servicio de Pediatría. Hospital de León.

Introducción. La prevalencia de enfermedad celíaca (EC) en nuestro medio se estima en 1/100-150 personas. Sin embargo, puede llegar hasta un 4-10% entre familiares de primer grado.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional descriptivo de despistaje. En cada niño diagnosticado de EC en nuestro Centro entre los años 1990-2004, según criterios internacionales vigentes, se propuso la realización de serología específica a sus familiares de primer grado, padres y hermanos. El estudio ha consistido en la determinación de: IgA antiendomisio hasta el año 2000, o IgA antitransglutaminasa desde entonces, así como, en todos los casos, IgG e IgA antigliadina, e IgA sérica total. En caso de positividad serológica se realizó biopsia intestinal.

Resultados. El número de niños celíacos diagnosticados en ese periodo ha sido de 82, de los cuales 50 fueron mujeres (61%) y 32 varones. Fueron excluidos del estudio 21 casos: los 6 niños diagnosticados como resultado de este despistaje, 2 niños adoptados, 1 niño celíaco (gemelo monocigótico de otro sí incluido, diagnosticado simultáneamente), y finalmente 12 familias que prefirieron no realizar ninguna investigación.

Participaron, por lo tanto, las familias de 61 niños celíacos (38 mujeres y 24 varones), realizándose finalmente el estudio en 170 familiares: 59 madres, 53 padres y 58 hermanos (28 mujeres y 30 varones). Fueron diagnosticados de EC como resultado del despistaje: 0/59 madres, 2/53 padres varones (3,7%: 1 cada 26,5 padres), y 6/58 hermanos (10,3%: 1/9,6 hermanos). Se detectaron, por lo tanto, 8 casos de EC entre los 170 familiares analizados (4,7%: 1/21,2). Si incluyéramos a la niña gemela celíaca, excluida de antemano por no ser fruto del despistaje realizado, la prevalencia en hermanos de celíacos sería de 7/59 (11,8%: 1/8,4 niños), y la prevalencia global en familiares 9/171 (5,26%: 1/19).

Conclusiones. Se confirma una elevada prevalencia de EC entre familiares de primer grado de pacientes celíacos, especialmente entre hermanos (1/9 niños), en menor medida en padres varones y, sorprendentemente, en ningún caso de las madres estudiadas.

5. OBESIDAD DE BASE HIPOTALÁMICA.

Guerra Díez JL, Espinosa Reyes T, Luzuriaga Tomás C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El hipotálamo es responsable del hambre, saciedad y modula mediante el sistema simpático la termogénesis adaptativa y el gasto energético a través de diversos neuropéptidos. Lesiones del núcleo ventro-medial asocian obesidad tanto por su naturaleza como por su tratamiento.

Objetivo. Describir la evolución de dos pacientes con tumor cerebral radiados, panhipopituitarismo y obesidad mórbida.

Caso 1. Macrosómico, peso 4,050 kg, sobrepeso en la infancia a los 3,9 años IMC 19,7; RP/T 125%. Diagnosticado e intervenido con 8 años de craneofaringioma. Estudio hormonal prequirúrgico: diabetes insípida tratada con “desmopresina”, déficit de GH y gonadotrofinas hipofisarias. IMC: 24,1; RP/T 155%. Con 8,3 años hipotiroidismo. A los 9,5 años insuficiencia suprarrenal clínica y bioquímica, hidroaltosona a dosis sustitutivas. Enlentecimiento de la velocidad de crecimiento (Vdc) entre los 9 y 14 años (talla de P 44 a P<0,1), IMC: 44,4; RP/T 236%. hiperfagia y ansiedad extrema. Tratamiento con rhGH a los 14,91 años (E. ósea 12 años). Con 17 años (EO: 12 años) hipogonadismo, testosterona mensual; pico Vdc de 7,9 cm/año; posteriormente HCG. Metabolismo hidrocarbonado: resistencia insulínica (HOMA 2,2 a 4,74), sobrecarga oral de glucosa (TTOG) normal. Metformina a los 17 años. Sibutramina desde los 17 años hasta los 20. Último control: 20 años: IMC 42,1; RP/T: 217%.

Caso 2. Diabetes insípida diagnosticada a los 6 años, tratada con “desmopresina” y déficit parcial de GH, sin expresión clínica. RMN normal. Con 7 años hipotensión, hipoglucemias y alteraciones de la visión. Estudio hormonal: hipotiroidismo hipotalámico. Hipocortisolemia. Tratamiento: levotiroxina e hidrocortisona. Repetida RMN germinoma hipotalámico. Recibió radioterapia y quimioterapia. Mantiene Vdc normal hasta los 9 años, posteriormente crecimiento patológico, pasando de un P46 de talla a P27 y Vdc de 3,8 cm/año. Tratamiento con rhGH a los 11,4 años (EO: 8,3). Inicio botón mamario con 13,43 años sin progresión, comprobado hipogonadismo recibe estrógenos, a los 14 años. Pico de crecimiento de 7,1 cm/año con 14,58 años. A los 11,4 obesidad IMC 32,4 ; RP/T 186%. A los 14,4 años metabolismo hidrocarbonado: HOMA: 3,37. TTOG normal. Inicia metformina a los 15 años y sibutramina. Último control a los 15,89 años, IMC: 28,4. RPT: 137%.

Ambos recibieron dieta equilibrada adecuada para su edad y apoyo psicológico.

Conclusiones. Las lesiones hipotalámicas en los centros reguladores del hambre y saciedad pueden desencadenar comportamientos compulsivos, hiperfagia y ansiedad con evolución hacia una obesidad mórbida y síndrome metabólico. A pesar del seguimiento intensivo de las complicaciones metabólicas y del tratamiento queda patente la complejidad de su manejo terapéutico y su relativa eficacia.

6. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS ASTURIANOS. *García González M, Riaño Galán I*, Somalo Hernández L, Fernández-López JA**, Málaga Guerrero S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. *Hospital de San Agustín. Avilés. **Centro de Salud de Riosa. Asturias.*

Introducción. La obesidad se ha convertido en el trastorno nutricional y metabólico más prevalente en los países desarrollados. Recientemente se ha demostrado una asociación entre obesidad y reducción de la CVRS en la población pediátrica.

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 47 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 36 niños y el módulo de 13-16 años (Kiddo_Kindl) a 11 jóvenes. Como evaluadores externos de la CVRS infanto-juvenil, se investigó a los padres mediante la versión para padres del cuestionario Kindl. 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 Orbegozo. De este modo, 17 niños en el primer grupo de edad y 6 en el segundo se definieron como obesos.

Resultados. En el grupo de edad de 8-12 años, los obesos únicamente presentaron peores puntuaciones en las dimensiones de bienestar físico (72,4 vs 79,99) y autoestima (62,5 vs 66,4). Globalmente y en el resto de dimensiones las puntuaciones de los obesos fueron superiores, si bien estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En el grupo de adolescentes, los obesos obtuvieron peores puntuaciones que los de peso normal globalmente (70,3 vs 78,3) y en cada una de las seis dimensiones medidas en el cuestionario Kindl, especialmente en los aspectos relacionados con la familia (72,9 vs 88,7), el bienestar físico (75 vs 87,5) y la autoestima (57,2 vs 65). Sin embargo, ninguna de las diferencias observadas alcanzó significación estadística. Al estimar la CVRS de sus hijos, los padres de los niños obesos obtuvieron menores puntuaciones globales (73,8 vs 76,4) y en todas las dimensiones, sobre todo en lo que se refiere al bienestar emocional (82,3 vs 88,9) y autoestima de sus hijos (70,3 vs 75,5). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. Los efectos negativos de la obesidad comienzan a manifestarse en la adolescencia. En el grupo de edad de 8-12 años los obesos no presentaron peor CVRS que sus coetáneos de peso normal, con un sentimiento de bienestar en casi todos los ámbitos (“gordos felices”). En cambio, los adolescentes obesos experimentan una reducción de la CVRS en todos los dominios, especialmente en lo que se refiere a las

experiencias vividas en el ámbito familiar, bienestar físico y autoestima. Los padres de los niños y adolescentes perciben una disminución de la CVRS de sus hijos cuando éstos son obesos.

7. PREVALENCIA Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN CANTABRIA. *Pérez Belmonte E, Lozano de la Torre MJ, Llorca Díaz J, Martínez Solana P, García Noriega A, Tejerina Puente A, Martínez-Herrera Merino B, Manzanal Dueñas J. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio de Pediatría, Centros de Salud de Astillero, Camargo y Cazoña, Universidad de Cantabria.*

Objetivo. Los índices de lactancia materna (LM) continúan lejos de los valores óptimos, y esto es debido en muchos casos a un alto porcentaje de abandono precoz. El interés de este estudio es determinar la prevalencia de LM en Cantabria y analizar los factores que influyen en la elección, duración y abandono de la lactancia natural.

Método. Cohorte retrospectiva de 528 niños pertenecientes a los cupos de 10 pediatras de Atención Primaria. Mediante un cuestionario epidemiológico entregado a las madres se recogen datos socioeconómicos, demográficos e información relativa al embarazo, periodo perinatal y alimentación del lactante.

Resultados. El 79,1% de los lactantes que abandonan la Maternidad son alimentados con LM exclusiva y el 7,2% con LM mixta. La duración media de la LM es de 4,8 meses, pero en el caso de LM exclusiva disminuye a 2,8 meses. El nivel socioeconómico alto, las preferencias del padre hacia la LM y el embarazo deseado se han relacionado con índices de LM mayores y duraciones más prolongadas. Se han constatado índices de LM menores y duraciones más cortas cuando el lactante recibió biberones de leche o de suero glucosado durante su estancia en la Maternidad. Los horarios rígidos de alimentación, los obsequios recibidos de casas comerciales y la información escrita sobre lactancia artificial al alta hospitalaria también determinan la modalidad de lactancia.

Conclusiones. Muchos factores influyen negativamente en la instauración de la LM o favorecen su abandono precoz, aunque las asociaciones más consistentes se muestran en algunas prácticas asistenciales en las Maternidades.

8. LACTANCIA MATERNA Y MORBILIDAD INFECCIOSA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA. *Pérez Belmonte E, Lozano de la Torre MJ, Llorca Díaz J, Gil Vera I, Capa García L, Gómez Serrano M, Cloux Blasco J, Barquín MJ, Martínez Solana P. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio de Pediatría, Centros de Salud de Polanco, Buelna, Covadonga, Cotoilino, Vargas y Astillero, Universidad de Cantabria.*

Objetivo. Analizar de forma simultánea el tipo de patología infecciosa y la modalidad de lactancia durante el primer año de vida, valorando el efecto de la lactancia materna prolongada en el número de infecciones.

Método. Cohorte retrospectiva de 528 niños pertenecientes a los cupos de 10 pediatras de Atención Primaria. Mediante un cuestionario epidemiológico entregado a las madres se recogieron datos socioeconómicos, demográficos e información relativa al embarazo y periodo perinatal. Los episodios infecciosos y la modalidad de lactancia fueron obtenidos del historial clínico del lactante en cada Centro de Salud.

Resultados. El 75,4% de los lactantes estudiados presentó alguna infección de vía respiratoria superior y el 46,4% más de una. La gastroenteritis fue padecida por el 24,8%. Se han registrado porcentajes inferiores de bronquiolitis (17,6%), otitis media aguda (16,4%), laringitis/bronquitis (16,5%), exantemas víricos (14,6%), síndromes febriles no filiados (17,4%) y candidiasis (16,1%). La asistencia a guardería, el número de hermanos, el bajo peso al nacimiento o los ingresos anuales actuaron como factor de riesgo de algunas infecciones, pero el tabaquismo ha sido el factor de riesgo de mayor relevancia.

Conclusiones. La lactancia materna ha protegido frente a gastroenteritis, infección urinaria y síndrome febril durante los 3 primeros meses de vida, persistiendo esta relación protectora durante el segundo trimestre únicamente en el caso de infección urinaria. En nuestro estudio no hemos podido demostrar que la lactancia materna proteja ante infecciones respiratorias, cutáneas, exantemas víricos o candidiasis mucocutánea.

9. TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. *Madrigal Díez C, Mazas Raba R, Lozano de la Torre MJ, Fernández García P. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. En la actualidad existen tres tipos de tratamiento para la enfermedad de Crohn (EC): farmacológico, nutricional y quirúrgico, no siendo ninguno curativo. El tratamiento nutricional ha pasado de ser una terapia de apoyo a ser considerado como tratamiento primario. Presentamos dos casos clínicos de EC con buena respuesta al tratamiento con dieta polimérica por vía oral.

Caso clínico 1. Niña de 9 años con historia de anorexia, plenitud posprandial, vómitos, deposiciones pastosas voluminosas y adelgazamiento. Exploración física (EF): palidez cutánea, panículo adiposo escaso. Peso 26,2 kg (p25). Bioquímica: colesterol 90 mg/dl; albúmina 3 g/dl; prealbúmina 8,2 mg/dl; VSG 60 mm/h. Biopsia de colon: enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en fase activa con presencia de granulomas sugestivos de Crohn. Se pauta tratamiento con dieta polimérica exclusiva por boca y mesalazina durante cinco semanas, produ-

ciéndose mejoría del estado nutricional y disminución de los parámetros inflamatorios.

Caso clínico 2. Niña de 12 años con historia de dolor abdominal, deposiciones blandas frecuentes, vómitos y síndrome constitucional de cuatro meses de evolución. EF: palidez cutáneo-mucosa. Peso 28,9 kg (p3). Bioquímica: VSG 34 mm/h. Hierro 38 mg/dl. Ferritina 46 ng/ml. Tránsito intestinal: signos de fragmentación en intestino delgado. Colonoscopia y biopsia: EII activa compatible con Crohn. Inicia tratamiento nutricional enteral con dieta polimérica, con mejoría clínica y analítica importante, sin precisar tratamiento farmacológico.

Conclusiones. La nutrición enteral como terapia primaria está indicada para inducir y mantener la remisión. Tiene como objetivos mejorar el estado nutricional, potenciar el crecimiento y evitar la toxicidad de los esteroides. Hoy en día es de elección como tratamiento primario de la EC en niños, no existiendo diferencias entre las dietas elementales y poliméricas. Estas últimas tienen la ventaja de ser más baratas y tener mejor sabor. La dieta enteral se escogerá según la tolerancia individual.

VIERNES 4 DE NOVIEMBRE • SALA B

Presidente: *Antonio Martín Sanz*
Secretario: *Salvador García Calatayud*

10. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA POLIRRADICULONEUROPATÍA DESMIELINIZANTE. *Vidal Piedra S, Díaz de Entresotos L, Jiménez Hernández L, Águila Sastre R, Arteaga Manjón-Cabeza R, Herranz Fernández JL. Neuropediatría. Hospital Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.*

Introducción. La polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica es una enfermedad inmunológica de los nervios periféricos, que se manifiesta con debilidad muscular, afectación sensitiva, arreflexia y desmielinización en el estudio neurofisiológico. Evoluciona de manera progresiva o en brotes, pudiendo ser eficaces gammaglobulina, corticoterapia y plasmaféresis.

Caso. Niña de 8 años, sin antecedentes familiares ni personales. A los 7 años y 7 meses y sin causa identificable, tiene torpeza de piernas, empeorando progresivamente durante 2 meses. No fiebre, dolor ni afectación de esfínteres o deglutitoria. Exploración: hipotonía muscular generalizada, fuerza muscular disminuida y reflejos tendinosos deprimidos en extremidades inferiores. Sensibilidad normal. No signos piramidales, extrapiramidales ni cerebelosos. Resonancia magnética con captación de contraste en vainas radicales y estudio neurofisiológico con alteración de la conducción motora proximal en extremidades, con potenciales miopáticos y neurógenos

simultáneos. Serologías positivas a *Mycoplasma pneumoniae* y *Borrelia burgdoferi* en líquido cefalorraquídeo, con bioquímica normal y bandas oligoclonales negativas. Resto de estudios complementarios normales. Con rehabilitación, antibióticos y gammaglobulina, cursa favorablemente, aunque con evolución en brotes.

Conclusiones. Al no haber criterios diagnósticos bien definidos en la polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica, con frecuencia no se identifica ni se trata correctamente. El interés de esta presentación es resaltar la importancia del diagnóstico precoz y de los datos clínicos y complementarios en los que se sustenta, con el fin de instaurar inmediatamente el tratamiento adecuado, que mejora sensiblemente el pronóstico a largo plazo.

11. PSEUDOTUMOR CEREBRAL. *Fernández Castaño MT, Iglesias Blázquez C, Villafañe Landeira C, de Fuentes Acebes MC, García Morán A, Martínez Badás JP. Servicio de Pediatría. Hospital de León.*

Introducción. El pseudotumor cerebral es un síndrome caracterizado por hipertensión intracraneal (HIC) en ausencia de lesión ocupante de espacio, ni obstrucción a la circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR). La clínica más frecuente suele ser cefalea, náuseas, vómitos y diplopía con buen estado general y un nivel de conciencia normal, siendo común la aparición de papiledema bilateral. Es un proceso relativamente raro cuya etiopatogenia es desconocida, probablemente multifactorial, asociándose a causas muy diversas como el tratamiento o la retirada de determinados fármacos, trastornos endocrinometabólicos, procesos infecciosos, menarquía, obstrucción de la vena cava o trombosis de los senos. En la infancia no existe predominio de sexos, mientras que en adultos es más frecuente en mujeres obesas.

Caso clínico. Niña de 13 años que presenta diplopía de aparición brusca de tres días de evolución, que se acompaña de náuseas, vómitos y sensación de mareo. En el examen oftalmológico se objetiva papiledema bilateral, siendo la agudeza visual normal y presentando en la campimetría aumento de la mancha ciega bilateral. La exploración física y neurológica fue normal, excepto oftalmoparesia del recto externo derecho. Se realizan pruebas de neuroimagen, siendo el TAC cerebral, la RMN cerebral y de nervios ópticos, y la fleboRMN normales, sin hallazgos sugestivos de enfermedad desmielinizante y sin signos de trombosis venosa intracraneal. La presión medida del LCR fue de 67 cm de H₂O, con celularidad y bioquímica normales. Se diagnostica de HIC idiopática y se inicia tratamiento con acetazolamida y dexametasona, siendo la evolución favorable, con desaparición de la diplopía a la semana de tratamiento y normalización progresiva del fondo de ojo y de la campimetría.

Comentario. Ante un paciente que presente HIC con papiledema, si en los estudios de neuroimagen no se demuestra la existencia de un proceso expansivo endocraneal, deberemos pensar en esta entidad. La fleboRMN es una prueba útil para descartar causas vasculares. El pronóstico de la HIC idiopática es en general favorable, con tendencia a la resolución espontánea, aunque la HIC prolongada puede conducir a un déficit visual permanente, por lo que una vez superada la fase aguda de la enfermedad es necesario un seguimiento oftalmológico.

El tratamiento es controvertido, variando desde una actitud expectante hasta la utilización de corticoides, diuréticos, supresión de posibles agentes causales o en casos graves derivación ventrículo peritoneal.

12. TDAH: REVISIÓN DE 63 CASOS VALORADOS EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA EN EL HUS. *García García MD, Prieto Tato LM, Santos Borbujo J, Monzón Corral L, Hernández Fabián A, Arias Consuegra MA. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por tres síntomas principales: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad que interfieren en el desarrollo social, escolar y familiar. Según criterios del DSM-IV se estima una prevalencia global del 3-7%. El fármaco de elección es el metilfenidato.

Objetivo. Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de TDAH valorados en Neurología Pediátrica en el periodo en un año.

Material y métodos. Estudio observacional de 63 niños con TDAH, estudiados en Neurología Pediátrica desde el 15 septiembre de 2004 a 15 de septiembre 2005.

Resultados. Número de pacientes: 63. Nuevo diagnóstico: 19. Varones: 92,1%, mujeres: 7,9%. El 61,8% de pacientes tenían edades comprendidas entre los 4 y 8 años en el momento del diagnóstico. La principal vía de derivación a consulta fue a través del Equipo Psicopedagógico del Ministerio de Educación (33%). Otras vías fueron profesores, pediatras, fonoaudiólogos y valoración neurológica por otros motivos. Se hallaron antecedentes familiares relacionados con TDAH en un 44,5% de los pacientes, destacando:

- En padres, epilepsia (4,7%), ansiedad/depresión (9,4%) y debilidad mental (4,7%);
- En otros familiares, epilepsia (12,6%) y TDAH (7,9%).

Más de la mitad de los pacientes tenía antecedentes personales de interés: prematuridad (20,6%), SFA (11,6%), CIR (4,7%), convulsiones (17,4%), enuresis nocturna (4,6%), microcefalia (6,3%) y meningitis (3,1%). La asociación de déficit de atención e hiperactividad se observó en el 69,8%. El déficit de atención como único síntoma se observó en 4 varones (6,3%)

con edades entre 4 y 8 años. Un tercio de los pacientes presentó retraso motor. En 28 niños se realizó estudio psicométrico, hallándose un CI inferior al normal en 20 de ellos. Se constató un retraso escolar en 69,8% de los niños y del lenguaje en 42,8%. Ambos retrasos se asociaron en el 25,3% de los niños. El TDAH se asoció a otros trastornos del comportamiento en el 11,1% de los pacientes. El tratamiento con metilfenidato se pautó en el 69,8% de los niños, manifestando efectos secundarios el 36,7% (disminución del apetito en el 77%, cefalea en el 16,6% y alteraciones del sueño en el 16,6%). La evolución con tratamiento multidisciplinar fue favorable, con mejoría del comportamiento y del rendimiento escolar en 44 niños (69,7%).

Conclusiones. Elevada incidencia. Predominio en varones de 4-8 años. Los antecedentes familiares y personales están presentes en la mitad de los pacientes. El principal motivo de derivación fue el retraso escolar. El subtipo predominante ha sido la combinación de déficit de atención e hiperactividad. La asociación de retraso motor y del lenguaje es frecuente en estos niños. El tratamiento con metilfenidato fue efectivo en un porcentaje elevado de niños.

13. ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA. *Iglesias Blázquez C, Regueras Santos L, Villafañe Landeira C, Fernández Castaño MT, Rueda Castañón R, Martínez Badás JP. Servicio de Pediatría. Hospital de León.*

Introducción. La encefalomyelitis diseminada aguda (EMDA) se caracteriza por desmielinización inflamatoria multifocal del SNC. Evoluciona de manera aguda o subaguda tras un cuadro infeccioso. La etiología se atribuye a formación de anticuerpos policlonales contra estructuras antigénicas en el SNC. La clínica más frecuente consiste en alteración del nivel de conciencia, cefalea, convulsiones, déficit neurológicos motores y disfunción autonómica.

Caso clínico. Niño de 5 años con cefalea, vómitos y convulsión. En la exploración clínica inicial presentaba disminución del nivel de conciencia. El análisis sanguíneo y TC cerebral al ingreso fueron normales. Líquido cefalorraquídeo (LCR): discreta pleocitosis con predominio de mononucleares. Ante la sospecha de encefalitis se inició tratamiento con aciclovir. RMN: focos hiperintensos en T2 de localización córtico-subcortical en ambos hemisferios, no zonas de isquemia ni realce de las meninges con contraste. EEG: enlentecimiento global de actividad bioeléctrica cerebral. Empeora neurológicamente con tendencia al sueño, hipotonía, meningismo, cefalea y diplopía, acompañado de íleo, retención vesical y fiebre. Se realizó punción lumbar con score de Boyer 3 y se añadió cefotaxima. La tinción de gram y el cultivo LCR fueron negativos. RMN de control: lesiones previas y focos en núcleos de la base, protuberancia y cerebelo, correspondientes a

desmielinización y gliosis sin necrosis ni hemorragia. Ante la sospecha diagnóstica de EMDA se inicia corticoterapia. Evolución favorable con progresiva normalización de la clínica neurológica, persistiendo síntomas motores con ataxia en regresión.

Comentario. El diagnóstico diferencial de EMDA se establece con la encefalitis viral aguda y esclerosis múltiple. La RMN es fundamental para el diagnóstico y su normalización tiene valor pronóstico. El tratamiento consiste en corticoides.

14. SÍNDROME DE KALLMAN Y MACROAMILASEMIA.

Gutiérrez Abad C, Puente Montes S*, Hernando Mayor JC*, Suárez Tomás JI, Díaz Martín JJ, Riaño Galán I. Servicio de Pediatría, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias. *Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.*

Es una niña de 12 años y 5 meses que consulta por escaso desarrollo sexual y enlentecimiento del ritmo de crecimiento.

A la exploración: presenta un peso de 39,400 kg (P25); Talla 143,5 cm (P6, SDS -1,6), braza 145 cm y segmento inferior de 94 cm con un desarrollo mamario en estadio 1 y pubiano 2. Ya en la historia clínica se detectan problemas olfatorios con la imposibilidad de percibir olores.

En los estudios complementarios presenta una FSH de 0,3 U/L; 0,1 U/L y tras test de LHRH de 3,5 U/L y 2,1 U/L respectivamente. Estradiol de 7,4 pg/ml; DHEA 1,29 ug/mL (0,34-2,80). TSH 5,56 UI/mL (0,25-4,22). T4L 1,02 ng/dl (0,90-1,90), con cariotipo de 46 XX, edad ósea de 12 años, eco pélvico con un útero de 2,5 cm de longitud, ovario derecho con un volumen de 1,6 cc e izquierdo de 2,6 cc. En la RNM se detecta una hipoplasia de surcos olfatorios y ausencia de tractos olfatorios.

El desarrollo sexual infantil, gonadotropinas bajas, cariotipo femenino normal, la imposibilidad de percibir olores y los hallazgos en RNM completan el diagnóstico de Kallman, a la espera de estudio genético molecular.

El interés del caso es que es una niña diagnosticada de macroamilasemia, entidad bioquímica de etiología desconocida, que consiste en la unión de la amilasa sérica con diversas sustancias circulantes, fundamentalmente proteínas, para formar una molécula de mayor peso molecular, que dificulta su filtración glomerular y favorece su acumulación en plasma con niveles elevados. Supone el 1-5% de las causas de hiperamilasemia. Debemos sospechar esta entidad ante situaciones que cursan con hiperamilasemia mantenida con amilasurias y lipasemias normales y un aclaramiento amilasa/creatinina inferior al 1%. La confirmación diagnóstica requiere la demostración de la existencia del complejo en sangre mediante electroforesis que mostrará la banda característica correspondiente a la molécula de macroamilasa.

15. HIPEREKPLEXIA CONGÉNITA. Prieto Tato LM, García García MD, Santos Borbujo J, Monzón Corral L, Villagrà Albert S, Martín Alonso M. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. La hiperekplexia congénita es una rara enfermedad neurológica. Se caracteriza por hipertonia, reacción exagerada, mantenida e inducible ante estímulos auditivos o táctiles (sobresalto patológico), con percusión glabellar y mentoniana positiva. Puede asociar convulsiones generalizadas.

Diferenciamos una forma mayor de inicio neonatal, con rigidez generalizada, cianosis, apnea, mioclonías nocturnas, marcha insegura y sobresalto. La forma menor presenta sobresaltos excesivos ante estímulos auditivos o táctiles.

Su patrón de herencia es autosómico dominante o recesivo. El gen responsable codifica el receptor α 1 glicina (5q33-q35). El diagnóstico se confirma con la provocación del sobresalto. Las pruebas complementarias (estudio neurofisiológico, EEG, EMG, potenciales evocados, pruebas metabólicas) descartan enfermedades asociadas. El tratamiento de elección es el clonazepam. Cuando las manifestaciones son muy precoces la afectación neurológica es más severa y de peor pronóstico.

Caso clínico. Niña de 15 meses procedente de gestación controlada de 38 semanas y parto en ambulancia, que desde el nacimiento presenta hipertonia generalizada, con movimientos clónicos de extremidades ante mínimos estímulos y crisis convulsivas de diferente morfología y predominio en sueño. Se inició tratamiento con fenobarbital, fenitoína, piridoxina y clonazepam, obteniéndose mejor respuesta con éste último. En días posteriores presenta nuevas crisis que requieren aumentar la dosis de clonazepam y asociar ácido valproico. Estudios complementarios: Estudio analítico (sangre, orina y LCR) y metabólico normal. EEG (7 y 22 días de vida): trazado no patológico. Ecocardiografía normal. Ecografía cerebral normal. RMN cerebral normal. Video-EEG compatible con hiperekplexia. En el seguimiento neurológico se ha constatado un retraso del desarrollo psicomotor secundario, con un adecuado control de las crisis convulsivas aunque persiste el sobresalto ante estímulos acústicos y táctiles.

Conclusiones. La hiperekplexia es una enfermedad rara e infradiagnosticada, incluida por algunos autores en los trastornos paroxísticos no epilépticos. Su diagnóstico precoz permite el inicio del tratamiento eficaz con clonazepam.

16. HIPOXIA VENTRICULAR DERECHA TRANSITORIA CON ELEVACIÓN DE TROPONINA I EN EL PERIODO NEONATAL. Rostami P, Sáenz Martín JE, Fernández Alonso JE, Sánchez Marcos MJ, Andrés de Llano JM, Arduro Fernández J*. Complejo Hospitalario. Palencia. *Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción. La troponina I es un marcador bioquímico sensible y específico de la lesión miocárdica por lo que es ideal

para el diagnóstico de lesiones microscópicas. En la actualidad hay escasa información sobre los valores de marcadores bioquímicos cardíacos en el recién nacido.

Caso clínico. Se trata de un varón procedente de parto eutócico a las 41 semanas. Test de Apgar 9/10, peso al nacimiento 3.490 g sin antecedentes familiares de interés. A las 72 horas se detecta en la exploración física una disrritmia cardíaca que se objetivó como extrasístoles supraventriculares aisladas. En el electrocardiograma se apreciaron alteraciones en la repolarización de las derivaciones precordiales derechas así como un eje QRS de predominio derecho y se hallaron unos valores de troponina I de 3,65 ng/ml. Las pruebas radiológicas y ecocardiográficas se encontraron dentro de la normalidad. Al alta presentó normalización del electrocardiograma y descenso progresivo de las cifras de troponina I.

Comentario. El interés del caso reside en lo infrecuente del cuadro de hipoxia ventricular derecha transitoria en un recién nacido sano y se discute el significado, interpretación y valor de la troponina I como marcador útil en el periodo neonatal.

17. ICTIOSIS CONGÉNITA. Alcázar Lozano C¹, García Lorenzo R¹, Fernández Alonso JE¹, de la Torre Santos S¹, Rojo Fernández I.¹, Sánchez Jacob P.¹ *Servicio de Pediatría, ²Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Palencia.*

Introducción. Las ictiosis constituyen un grupo muy amplio y heterogéneo de enfermedades hereditarias, caracterizadas por trastornos en la queratinización y con descamación generalizada de la piel como manifestación clínica principal.

Caso clínico. 2^a/2. Embarazo controlado. Parto eutócico a las 41 + 3 semanas de gestación. Período neonatal inmediato normal. Somatometría en cifras normales para edad gestacional. A la exploración física en el momento del nacimiento se objetiva un eritema generalizado, con una piel gruesa y tensa, "apergamizada", predominando en cara, zonas periorificiales y regiones periarticulares, con afectación palmoplantar y de pliegues, y que con el paso de los días se agrieta y desprende en láminas. Durante el período de observación no se constata ninguna alteración clínico-analítica de relevancia. El diagnóstico es de "bebé colodión" en su variante de eritrodermia ictiosiforme congénita.

En el momento actual la paciente, de 5 meses de edad, presenta normalización de las lesiones cutáneas referidas.

Comentarios. El término ictiosis se reserva para un grupo de alteraciones genéticas que se dividen, según el momento de presentación, en vulgares y congénitas. En nuestro caso ambas variantes del "bebé colodión" siguen un patrón hereditario autosómico recesivo, por lo que procede realizar consejo genético.

El diagnóstico precoz de estos trastornos debe redundar en un adecuado pronóstico evolutivo y en un correcto trata-

miento, que minimice el impacto psicológico sobre el entorno familiar.

SÁBADO 5 DE NOVIEMBRE • SALA A

Presidente: José Antonio Álvarez Zapico
Secretario: Horacio Paniagua Repetto

18. ENFERMEDAD DE CROHN. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA. Fernández Arribas JL, Crespo Valderrábano L, Pérez Gutiérrez E, Izquierdo Caballero R, del Río Florentino R, González Pérez A. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

La enfermedad de Crohn puede presentar signos y síntomas inespecíficos que pueden dificultar considerablemente el diagnóstico. Nuestro caso es un varón de 12 años de edad que ingresa por cuadro de fiebre elevada de nueve días de evolución, asociado a pérdida de peso, astenia y en tratamiento con hierro oral sin otras manifestaciones digestivas o extradigestivas.

Se le aplica el protocolo de fiebre sin foco, siendo la ecografía abdominal, en la que se aprecia un engrosamiento difuso y simétrico del espesor de la pared de las asas del intestino delgado, la que nos abre el camino al diagnóstico. La TAC abdominal demuestra áreas de estenosis y de dilatación junto con separación de asas por engrosamiento de la pared. La ileoscopia nos muestra una imagen en empedrado con pólipo inflamatorio y erosiones superficiales. En la biopsia se aprecia ileítis granulomatosa y colon con cambios inflamatorios inespecíficos.

En los exámenes bioquímicos se constata la presencia de anemia microcítica, hipoalbuminemia, ferropenia... y se descartan aquellas entidades que pueden imitar a la enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusiones:

- 1) Inespecificidad de los signos y síntomas de presentación. La pérdida de peso puede ser el primer motivo de consulta (30-50%).
- 2) La afectación del intestino delgado hace la sintomatología más difusa: astenia, anorexia, pérdida de peso y retraso de crecimiento en la fase de actividad de la enfermedad.
- 3) Las manifestaciones clínicas, biológicas, radiológicas, endoscópicas e histológicas son características, pero no patognomónicas.
- 4) La enfermedad cursa en brotes y las manifestaciones pueden ser digestivas y extradigestivas.
- 5) Importancia de la historia clínica y la exploración física para evaluar la extensión y gravedad e identificar complicaciones que puedan existir desde etapas tempranas: malnutrición, alteración del crecimiento, retraso de la maduración sexual y osteoporosis.

19. DRENAJE PERITONEAL PRIMARIO COMO TRATAMIENTO DE LA PERFORACIÓN INTESTINAL EN PREMATUROS DE MENOS DE 1000 GRAMOS. *Cebrián Muñoz C, Peláez Mata DJ, Arias Llorente R*. Servicios de Cirugía Pediátrica y *Pediatria. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El drenaje peritoneal ha sido descrito como tratamiento inicial en la perforación intestinal en prematuros de bajo peso en situación crítica. Inicialmente propuesto como medida temporal en los casos de perforación intestinal localizada o secundaria a enterocolitis necrotizante (ECN), asistimos al afianzamiento como una alternativa terapéutica a la laparotomía.

Metodología. De todos los casos de ECN ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de nuestro Hospital en el último año, analizamos a cuatro neonatos prematuros de muy bajo peso al nacimiento diagnosticados de perforación intestinal, cuya situación de shock séptico severo y gran inestabilidad hemodinámica desaconsejaba la laparotomía. En todos ellos se indicó la realización de drenaje peritoneal primario en la propia UCIN.

Resultados. La edad gestacional media de nuestros pacientes fue de $25,75 \pm 2,21$ semanas, con un peso al nacimiento de $747,5 \pm 123,18$ g (intervalo 645-900 g). Se realizó drenaje percutáneo con anestesia local y monitorización hemodinámica en la UCIN.

El primer paciente mejoró clínicamente tras el drenaje, recuperando el tránsito intestinal, lo que permitió reiniciar alimentación enteral a las dos semanas. Presentó un cuadro de obstrucción intestinal que precisó intervención quirúrgica 37 días después (resección de íleon terminal e ileocecostomía de cabos separados). A las 6 semanas se reconstruyó definitivamente el tránsito intestinal, reintroduciéndose posteriormente la alimentación enteral de forma satisfactoria.

El segundo niño respondió favorablemente, sin embargo presentó salida de contenido intestinal al exterior a través de una fístula enterocutánea. A los 45 días se intervino quirúrgicamente (cierre de la fístula y anastomosis ileo-cólica) reiniciando alimentación oral al 9º día postoperatorio con buena tolerancia y ganancia ponderal progresiva hasta el alta.

El tercer neonato precisó dos drenajes abdominales en el plazo de 24 horas. La mejoría inmediata, pero insuficiente, permitió la realización de laparotomía 48 horas después. Se realizó una amplia resección de 45 cm de intestino necrótico e ileostomía de descarga, lo que permitió la recuperación clínica y hemodinámica del paciente. Dos meses después se procedió a reconstruir el tránsito intestinal mediante anastomosis ileocólica. Al 8º día postoperatorio experimentó un severo deterioro respiratorio y cardíaco irreversibles con posterior fallecimiento.

El cuarto paciente presentó un severo shock séptico que no respondió al drenaje percutáneo, empeorando progresivamente hasta el exitus 24 horas después.

Conclusiones. El drenaje peritoneal primario en la Unidad de Cuidados Intensivos puede ser útil en neonatos de muy bajo peso con perforación intestinal, especialmente en cuadros de gran deterioro clínico. Un 30% de los casos fallecen a pesar del tratamiento, el 30-40% precisan laparotomía secundaria y en un 30% de ellos el tratamiento es definitivo, especialmente en niños con perforación intestinal idiopática frente a aquellos con enterocolitis necrotizante.

20. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIPOSPADIAS. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA. *Gutiérrez Dueñas JM, Domínguez Vallejo FJ, Martín Pinto F, Arde-la Díaz E. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Yagüe. Burgos.*

Objetivo. Analizar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico del hipospadias.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 407 pacientes intervenidos con el diagnóstico de hipospadias desde 1978 hasta el 2005. Se han revisado las hojas operatorias y las historias clínicas de los pacientes y hemos evaluado: edad, estancia, tipo de hipospadias según el diagnóstico del cirujano, modalidades de técnicas quirúrgicas, número total de intervenciones y complicaciones. Se han diferenciado dos periodos con el fin de comprobar la evolución de nuestros resultados: el periodo comprendido entre 1978-1989 (148 niños) y el comprendido entre 1990-2005 (259 niños).

Resultados. De los 407 pacientes intervenidos, 168 fueron diagnosticados de hipospadias distal, 202 medio, 26 proximal y 11 de otros tipos de malformación hipospádica. La edad media de la primera intervención quirúrgica fue de $4,4 \pm 2,8$ años. La estancia media fue de $7,3 \pm 6,51$ días.

Se han realizado un total de 734 intervenciones (1,80/paciente): 232 (1,38/paciente) en los distales, 396 en los hipospadias medios (1,96/paciente), 87 en los proximales (3/paciente) y 19 en las otras malformaciones (1,72/paciente). Las técnicas más frecuentemente utilizadas fueron: el MAGPI y la meatoplastia en los distales (73,8%); la uretropastia de Mathieu (45%) en los hipospadias medios y la uretropastia de Duckett junto con la técnica de Thiersch-Duplay en dos tiempos, en los proximales (61,5%). Las complicaciones más frecuentes fueron: las fístulas en 61 niños, las estenosis meatales en 14 y la necrosis de los colgajos en 14 pacientes.

Durante el primer periodo (1978-1989), en el 56,7% de los niños se realizó la cirugía en dos tiempos y se presentaron un 35% de complicaciones. En el segundo periodo (1990-2005), únicamente en el 5,4% de los casos se utilizó la cirugía en dos tiempos y las complicaciones descendieron al 20%.

Conclusiones. Las mejoras introducidas en la técnica nos han permitido disminuir considerablemente el número de complicaciones, así como el de intervenciones quirúrgicas neces-

rias para la corrección. Pero los resultados demuestran que la cirugía del hipospadias sigue presentando un importante porcentaje de complicaciones.

21. CARACTERÍSTICAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN LA INFANCIA EN PALENCIA. *Villasur González S, Mínguez González M, Fernández Alonso JE, Andrés de Llano JM, Louredo Méndez A*, Alonso Poza A*. Servicio de Pediatría, *Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Palencia.*

Objetivos. Estudiar las características de la apendicitis aguda en nuestro área de salud.

Paciente y métodos. Se realiza un estudio descriptivo de 485 pacientes afectados de apendicitis aguda ingresados en el Hospital Río Carrión de Palencia entre los años 1993-2004 en las que se recogen diversas variables de interés. Se realiza un análisis descriptivo de las variables con test de bondad de ajuste a la normalidad para las continuas, valorando la asociación de las variables mediante el test de Ji-cuadrado, test de Kruskal-Wallis, correlación de Spearman y regresión logística.

Resultados. El número de casos en estos 12 años fue de 485, lo que representa una densidad de incidencia de 1,9 casos de apendicitis aguda/1.000 niños/año. No existen diferencias entre años. Precisaron traslado a otro Centro 4 casos. La mediana de edad fue de 125,2 meses (Pc.25-75: 99,6 - 148,4) y la mediana de la estancia hospitalaria fue de 5 días (Pc.25-75: 4 - 7). Se observaron diferencias en la estancia respecto a los años disminuyendo desde los 7 días en 1993 a los 4 días en 2004 ($p=0,000$). No se aprecia asociación clínica entre estancia y edad. El martes fue el día de la semana con mayor número de ingresos (16,5%) y el domingo el que menos (11,3%) ($p=0,3$). El lunes fue el día de mayor número de altas (20,8%) y el domingo el que menos (3,5%) ($p=0,000$). No se apreciaron diferencias entre meses respecto al ingreso. La diferencia entre sexos fue de 1,9/1 a favor de los varones. Se realizaron ecografías en el 30% de los pacientes con un aumento progresivo en su realización a lo largo del tiempo e independientemente de la edad, estancia y sexo pasando del 2,2% en 1993 al 90% el 2004 ($p=0,000$). La TAC helicoidal abdominal se ha utilizado en 10 casos (todos en los últimos 4 años). No se ha producido ningún fallecimiento por esta causa. En nuestro Centro no se realiza apendicectomía laparoscópica de urgencia.

22. APENDICITIS AGUDA EN NUESTRO SERVICIO. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA. *Gutiérrez Dueñas JM, Domínguez Vallejo FJ, Martín Pinto F, Ardela Díaz E. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Yagüe. Burgos.*

Objetivo. Evaluar nuestros resultados y los recursos utilizados en pacientes intervenidos con el diagnóstico de apendicitis aguda con el fin de identificar oportunidades de mejora.

Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional, longitudinal, de los 447 pacientes diagnosticados de apendicitis aguda e incluidos en una vía clínica, durante el periodo comprendido entre junio de 1999 y diciembre de 2004. Se analizan datos demográficos, tipo anatomopatológico de apendicitis, estancia media, efectos adversos, complicaciones, métodos diagnósticos empleados e indicador de satisfacción.

Resultados. De los 447 pacientes, 276 fueron hombres y 171 mujeres, su edad media fue de $9,33 \pm 3,03$ años. Un total de 34 apéndices (7,6%) fueron blancas, 283 flemonosas (63,31%) y 130 gangrenosas o gangrenosas perforadas (29,08%). La estancia media fue de $4,78 \pm 3,57$ días: 3,5 días en flemonosas y 7,8 días en gangrenosas / perforadas. No hubo mortalidad, 30 pacientes presentaron complicaciones (6,7%): cuatro en flemonosas (1,41%) y 26 en gangrenosas/perforadas (20%), 17 niños precisaron reingreso (3,83%) y 4 reintervención (1,41%). En todos los pacientes se realizó hemograma, en el 98,88% bioquímica básica, química y sedimento de orina en el 41,61%, gasometría venosa (12,52%), estudio de coagulación (12,3%), radiología de abdomen (78,52%), radiología de tórax (17,89%) y ecografía abdominal en el 70,24% (86,18% durante los años 2003-2004). Se tomaron muestras del líquido peritoneal en 366 pacientes (81,87%), siendo positivas en 94 (25,68%): 25 en flemonosas (11,06%) y 69 en gangrenosas/perforadas (58,97%). El indicador de satisfacción fue del 95,08%.

Conclusiones. Estos resultados demuestran que existe la posibilidad, en nuestro Servicio, de reducir la estancia media y las complicaciones. Se observa además una sobreutilización de la ecografía abdominal y del cultivo peritoneal en las apendicitis flemonosas.

23. ANÁLISIS DE LOS TUMORES INFANTILES EN EL ÁREA SANITARIA DE PALENCIA DURANTE LOS AÑOS 1993-2004. *Gurruchaga Sánchez A, Peralta Mateos J, Pavón Payán JM, de la Torre Santos S, Fernández Alonso JE, Urueña Leal C. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Palencia.*

Introducción. Los tumores en la infancia son un proceso de baja prevalencia pero de gran trascendencia clínica y social.

Objetivo. Analizar las características de los tumores infantiles durante los últimos 12 años en nuestro área sanitaria.

Paciente y métodos. Se realiza un estudio descriptivo de 36 pacientes afectados de tumores infantiles ingresados en el Hospital Río Carrión de Palencia entre los años 1993-2004 en las que se recogen diversas variables de interés. Se realiza un análisis descriptivo de las variables con test de bondad de ajuste a la normalidad para las continuas, valorando la asociación de

las variables mediante el test de Ji-cuadrado y test de la t de Student.

Resultados. El número de casos en estos 12 años fue de 36, lo que representa una densidad de incidencia de 1,38 casos de tumores/10.000 niños/año (IC 95%: 0,89-1,88).

No existen diferencias entre años. La frecuencia distribuida por aparatos es como sigue: sistema nervioso, 12 casos (33,3%); hematológicos, 7 casos (19,4%); óseos, 4 casos (11,1%); y otros, 13 casos (36,1%). La media de edad fue de $87,9 \pm 54,7$ meses frente a $56,1 \pm 49,6$ meses del resto de los pacientes ingresados (20.759 niños excepto neonatos) ($p=0,000$). 26 pacientes (80,6%) ingresaron con carácter de urgencia. No se apreciaron diferencias entre meses respecto al ingreso. Por días de la semana fue el lunes el día en que con mayor frecuencia (25%) ingresaron sin que ello represente diferencias con respecto a ingresos por otra patología ($p=0,53$). La diferencia entre sexos fue de 2,9/1 a favor de los varones. Dos pacientes fallecieron durante el primer ingreso. Nuestros pacientes son derivados a Centros de Referencia Nacionales en casi su totalidad.

SÁBADO 5 DE NOVIEMBRE • SALA B

Presidente: *Félix Lorente Toledano*
Secretario: *Carlos Redondo*

24. TUBERCULOSIS MULTIORGÁNICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. *Sánchez Rodríguez M, Viadero Ubierna MT, Güemes E, Rubio A, Madrigal V. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Presentamos un caso inhabitual de tuberculosis (TBC) infantil multiorgánica.

Historia clínica. Paciente varón de 11 meses de edad que ingresó por fiebre de 3 días, afectación del estado general y palidez. Residía en medio urbano, no acudía a guardería. No se detectó TBC activa en examen familiar.

Se inició tratamiento empírico con amoxicilina tras realizar analíticas generales y Rx de tórax. El Mantoux fue negativo. Al cuarto día se cambió el tratamiento a ceftriaxona por urocultivo positivo a *E. coli*. La fiebre persistió, apareciendo esplenomegalia a las 2 semanas del ingreso. La ecografía y TAC reflejaron: inflamación ganglionar de cadenas preaórticas, mesentéricas, celiaca, preportal, esplénica, renales y mediastínicas e infiltración difusa hepática y esplénica.

La punción de médula ósea y biopsia esplénica mostraron granulomas tuberculoides con presencia de bacilos AAR. La PCR y el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* en jugo gástrico fueron positivas, siendo sensibles a los tuberculostáticos habituales. La serología VIH fue negativa y el estudio inmunológico normal.

Se inició tratamiento con isoniacida, piracinamida, rifampicina y estreptomycin. A los 16 días de tratamiento se apreció tumoración paravertebral dorsal originada por osteítis de apófisis espinosa, procediéndose al drenaje quirúrgico del caseum. Se añadió etambutol al tratamiento. A partir del mes de tratamiento se apreció mejoría progresiva, con regresión lenta y completa de las manifestaciones. Los tuberculostáticos se suspendieron definitivamente 20 meses después del inicio del tratamiento.

Conclusión. Presentamos este caso por lo inusual de las manifestaciones de tuberculosis.

25. CELULITIS ORBITARIA Y PERIORBITARIA: REVISIÓN DE 25 CASOS. *Duque González S, Castro Ramos I, Maestro de la Calera M, Madrigal Díez C, Pérez Puente A, Madrigal Díez V, Lozano de la Torre MJ. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.*

Objetivos. Analizar epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.

Metodología. Revisión retrospectiva de pacientes entre 6 meses y 14 años con diagnóstico de celulitis orbitaria y periorbitaria desde septiembre de 2000 hasta septiembre de 2005.

Resultados. Revisamos 25 casos (14 mujeres, 11 varones) con edad media de 5 años y 10 meses, y mayor prevalencia en agosto. Encontramos 6 celulitis orbitarias y 19 periorbitarias, todas unilaterales (12 derechas, 13 izquierdas). Existían antecedentes de traumatismo o picadura en 8, catarro de vías altas en 4 y conjuntivitis en 3. Catorce pacientes recibieron antibioterapia oral y/o tópica. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: edema (100%), eritema palpebral (88%), dolor orbitario (52%) y fiebre (52%). Los análisis demostraron elevación de la proteína C reactiva (52%), leucocitosis con desviación izquierda (32%). El hemocultivo fue negativo en los 10 pacientes que se recogió. El cultivo de secreción conjuntival, realizado en 15, fue positivo en 10: *Staphylococcus aureus* (3), *Streptococcus pyogenes* (2), otros (5). Sólo precisaron TAC 5 casos (2 orbitarios y 3 periorbitarios).

Todos recibieron antibioterapia (23 endovenosa, 2 oral), siendo el fármaco más utilizado amoxicilina-clavulánico. Cinco pacientes precisaron además cirugía.

La estancia media hospitalaria fue de 5,3 días, con buena evolución en todos.

Conclusiones. En nuestra serie es más frecuente la localización periorbitaria. Existe una mayor prevalencia entre 2 y 5 años, siendo agosto el mes con mayor número de casos.

El diagnóstico fue fundamentalmente clínico, siendo necesario completar el estudio con TAC en 5.

No se encontró etiología bacteriológica predominante.

Todos evolucionaron favorablemente sin complicaciones.

26. **HIDATIDOSIS INFANTIL: PROBLEMA SANITARIO QUE PERSISTE. REVISIÓN DE LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS ATENDIDOS EN EL HUS.** *Martín Alonso M, Muñoz López C, Fernández Alvarez D, Berrocal Castañeda M, Muriel Ramos M, De Celis Villasana L*, Rodríguez Barca P*.*
*Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. La hidatidosis es una zoonosis propia de los países mediterráneos y de Sudamérica. En España ha habido un importante descenso de su incidencia estando en los últimos años en torno a una tasa de 0,9 en la población general. Aunque menos frecuente, en nuestro medio persiste con importante morbilidad en pacientes pediátricos.

Objetivos. Destacar la morbilidad de los casos pediátricos de hidatidosis atendidos en los 5 últimos años en nuestro Hospital, presentar la pauta de profilaxis frente a episodios de anafilaxia y discutir el papel terapéutico del albendazol.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de 7 pacientes pediátricos, afectos de hidatidosis, 5 varones y 2 mujeres, de edades comprendidas 9-14 años, tratados en el Hospital Universitario de Salamanca desde 2000-septiembre 2005.

Resultados. *Ámbito:* rural. *Contacto con perros:* en la mitad de los casos. *Antec. familiares de hidatidosis:* en la mitad de los casos. *Intervalo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico:* entre 24 h y 6 m, 2 niños tuvieron anafilaxia varios años antes. *Síntomas más frecuentes:* tos, hemoptisis, vómica y fiebre en los de asiento pulmonar; dolor abdominal en los hepáticos, masa abdominal (2 casos), asintomático (1). *Diagnóstico:* Rx tórax, Eco abdominal y TAC toraco-abdominal. Pruebas hidatídicas sólo positivas en 3 casos: 1 múltiple y dos complicados. *Características anatómo-patológicas:* múltiples en 4 casos (hepáticos y pulmonares 2 casos, hepáticos múltiples 1 caso, pulmonares múltiples 1 caso), solitarios 3 (2 pulmonares y 1 hepático). De los 14 quistes, 9 complicados (7 pulmonares y 2 hepáticos). *Tratamiento:* quirúrgico en todos. Los casos complicados se trataron con albendazol en el perioperatorio, 7 casos recibieron profilaxis preoperatoria frente a la anafilaxia.

Comentarios. La anafilaxia o el edema angioneurótico pueden ser por hidatidosis. La hidatidosis persiste en nuestro medio con alta morbilidad en la edad infantil. El estudio de los familiares tiene interés para detectar casos asintomáticos. El papel del albendazol se limita a la profilaxis de nuevas siembras, siendo el tratamiento quirúrgico el indicado en todos los casos.

27. **SÍNDROME DE ESCALDADURA ESTAFILOCÓCICA: REVISIÓN DE 14 CASOS.** *Madrigal Díez C, Maestro de la Calera M, Castro Ramos I, Duque González S, Rubio Álvarez AM, Pérez Puente A, Lozano de la Torre MJ, Madrigal Díez V.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos. Analizar las características del síndrome de escaldadura estafilocócica (SEE) en menores de 15 años en nuestra comunidad.

Metodología. Revisión retrospectiva de los pacientes ingresados durante 10 años.

Resultados. Se identificaron 14 casos con edad media de 3 y 5/12 años (7 días-12 años).

Encontramos prevalencia significativa por: sexo (71% varones) y edad (86% menores de 5 años). De los 2 mayores de 5 años, uno tenía infección VIH y el otro asma con corticoterapia inhalada. Se identificó foco infeccioso previo en el 64% de los casos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: eritema y descamación (100%), ampollas (86%), Nikolsky (86%), dolor (79%), irritabilidad (71%), conjuntivitis (64%) y fisuras periorificiales (57%). Seis casos presentaron fiebre. La localización más frecuente de las lesiones fue flexuras (93%) y periorificial (79%). Sólo registramos leucocitosis moderada en 4 casos y PCR elevada en 1. Se realizó biopsia cutánea en un caso. Ningún paciente presentó alteración hidroelectrolítica ni de la función renal. Se aisló *Staphylococcus aureus* en 9 pacientes. Todos fueron tratados con antibiótico. Ninguno presentó complicaciones ni secuelas.

Conclusiones. La incidencia anual del SEE en nuestro medio fue de 5,8/100.000 en menores de 5 años y 1,95 en menores de 15. Fue más frecuente en varones. Los mayores de 5 años presentaban circunstancias relacionadas con inmunodeficiencia. Las manifestaciones más frecuentes fueron dolor e irritabilidad, eritema, ampollas, fisuras y signo de Nikolsky. Salvo el aislamiento de *Staphylococcus aureus*, las pruebas complementarias fueron poco relevantes para el diagnóstico. Todos los casos curaron sin complicaciones.

28. **MEDICIÓN DEL DOLOR PROVOCADO POR EL SONDAJE VESICAL EN LACTANTES.** *Álvarez Ramos R, Ledesma Benítez I, Iglesias Blázquez C, Regueras Santos L, Neira Arcilla M, Rodríguez Fernández LM.* Unidad de Nefrología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital de León.

Introducción y objetivos. El sondaje vesical es una técnica de uso habitual en nefrología pediátrica, preconizada como método para la obtención de muestras de urocultivo fiables. Se trata de una práctica agresiva que causa molestias. El presente estudio trata de medir, en un grupo de niños que no han alcanzado la continencia urinaria, el dolor que produce esta técnica, valorando las diferencias que pueden ser atribuidas al sexo.

Metodología. Estudio prospectivo, transversal y observacional realizado en 30 niños que no habían alcanzado todavía el control del esfínter urinario y a los cuales se les practicó sondaje vesical para la realización de una cistografía. Trece fueron varones con una edad media de $16,6 \pm 7,4$ meses (rango: 4-29

meses) y 17 fueron niñas con una edad media de $16,1 \pm 11,0$ meses (rango: 2-33 meses). A todos ellos se les aplicó la escala de Bell (1994) para la medición del dolor que valora parámetros conductuales –expresión facial, actividad motora, lenguaje corporal, consuelo y llanto– y biológicos –frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA), y saturación de O_2 (SAT)–, y que clasifica el dolor en: ausencia de dolor, dolor moderado y dolor intenso. Los resultados obtenidos fueron comparados utilizando, para variables cuantitativas, el test de la U de Mann-Whitney (muestras independientes) y el test de Wilcoxon (muestras pareadas) y, para variables cualitativas, el test de la Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados. La práctica del sondaje vesical no provocó dolor medible en el 26,7% de los niños, causó dolor moderado en el 50,0% y dolor intenso en el 23,3%. No existió diferencia entre sexos en la intensidad del dolor detectable por la puntuación total de la escala ($p = 0,56$) ni por la distribución en rangos de dolor ($p = 0,91$).

El sondaje vesical provocó un aumento significativo en la FC ($p < 0,001$) y en la TA ($p < 0,001$). Este aumento, expresado como porcentaje de los valores iniciales, fue similar en los dos sexos para los dos parámetros biológicos. No se detectaron cambios significativos en la SAT en ninguno de los grupos.

Conclusiones. El sondaje vesical provoca dolor moderado o intenso en cerca del 75% de los niños estudiados. En nuestro grupo de pacientes (menores de 3 años) no se han detectado diferencias medibles en el dolor provocado por el sondaje que dependan del sexo.

29. REPERCUSIÓN CLÍNICA Y ECONÓMICA DE LA INTRODUCCIÓN DE FÁRMACOS GENÉRICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA. Argumosa Gutiérrez A*, Herranz Fernández JL. Sección de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*Centro de Salud Cudeyo. Cantabria.

Objetivo. Determinar si la sustitución de fármacos anti-epilépticos (FAEs) por sus formulaciones genéricas conlleva un ahorro económico para la sanidad pública.

Metodología. Estudio de análisis de coste y análisis coste-efectividad realizados en dos supuestos de sustitución (9% y 20%) de carbamazepina (CBZ) de marca por su formulación genérica correspondiente.

Resultados. Teniendo en cuenta que en los fármacos genéricos se permite legalmente una fluctuación del producto activo de más/menos el 20%, la administración de FAEs genéricos puede condicionar recidivas de las crisis o efectos adversos, que incrementan los ingresos hospitalarios, los controles clínicos y analíticos. Si se introdujese una CBZ genérica en el 9% de los pacientes que toman este fármaco, el coste anual de una persona con epilepsia aumentaría 38,17 euros (coste-efectividad marginal), y el gasto sanitario del país crecería 2.748.000 euros (análisis beneficio-coste). Estas cifras aumentan significativamente cuando se cambia el 20% de los tratamientos por su correspondiente formulación genérica.

Conclusiones. El estrecho índice terapéutico, la baja solubilidad y la farmacocinética no lineal de algunos FAEs hacen que los márgenes de bioequivalencia permitidos para las formulaciones genéricas puedan ser inapropiados para los FAEs genéricos. Con determinados FAEs, el cambio de tratamiento a su formulación genérica puede repercutir negativamente en la evolución del paciente, en los recursos sanitarios consumidos y en el gasto económico.