

Posters

P-1. DIAGNÓSTICO NEONATAL DE UN SITUS INVERSUS TOTALIS. L. Alcántara Caníbal, E. Larrea Tamayo, C. Escribano García, B. Fernández Colomer, J. Díaz Tomás, L.E. Menéndez Nieves. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El *situs inversus* es una malformación hereditaria rara (1/10.000), que puede afectar a varios órganos. La organización corporal de los órganos impares y asimétricos muestra una simetría en espejo con respecto al plano sagital. Puede asociar malformaciones cardíacas orgánicas y/o alteraciones estructurales de los cilios, como el síndrome de Kartagener. Se distinguen tres tipos de posiciones cardíacas; dextrocardia, mesocardia y levocardia. Si la dextrocardia no se asocia a *situs inversus* por lo general se acompaña de severas malformaciones cardíacas. La mayoría de los pacientes tiene una expectativa de vida dentro de los límites de la normalidad.

Caso clínico. Neonato mujer de 2 días de vida, procedente de una gestación de 40+2 semanas, bien controlada y tolerada, nace mediante parto eutócico, llorando y sin precisar reanimación, Apgar 9/10. Estudios prenatales normales. Somatometría al nacimiento: Peso 2.910 g; longitud 48 cm; perímetro craneal: 32 cm. En la exploración rutinaria del recién nacido, los ruidos cardíacos se auscultan de forma más intensa en el hemitórax derecho, localizándose el latido de la punta a nivel de la línea medio clavicular derecha, sin presentar soplos. El resto de la exploración física es aparentemente normal y el paciente no presenta ningún tipo de clínica. Ante el hallazgo, se realiza una radiografía de tórax y una ecografía abdominal en la que se aprecia la disposición invertida de los órganos en la cavidad torácica y abdominal, situándose el hígado en hemiabdomen izquierdo y la cavidad gástrica hacia la derecha, a su vez, se aprecia dextrocardia, por lo que se realiza una ecografía cardíaca que descarta la presencia de cardiopatías asociadas. El estudio electrocardiográfico es concordante con dicha dextrocardia. La ecografía cerebral realizada no muestra alteraciones. Todo ello confirma el diagnóstico de *situs inversus totalis*.

Conclusiones: Es una malformación poco frecuente. La importancia del hallazgo reside en la presentación clínica característica de algunas patologías, tales como la apendicitis o el

infarto de miocardio, hepatitis agudas o roturas esplénicas, cuya sintomatología se manifestaría en la zona opuesta a la habitual. Asimismo, el abordaje quirúrgico es diferente al de la normalidad, por lo que interesa que su diagnóstico sea lo más precoz posible. Y, una vez confirmado, se deberían descartar otras malformaciones asociadas, que en el caso de nuestra paciente no se aprecian.

P-2. INGRESOS EN UCIP TRAS ACCIDENTE DE BICICLETA. M. Miranda Vega, C. Alonso Lencina, E. Gómez Sánchez, B. Huidobro Lavarga, I. del Blanco Gómez, M. García González. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.

Introducción. El ciclismo es una actividad cada vez más practicada, promocionada, y especialmente aceptada en la edad infantil. En la actualidad es obligatorio el uso de casco sólo en las vías interurbanas. Existe evidencia de que en caso de accidente el uso de casco reduce el riesgo de lesiones cerebrales en todas las edades en torno a un 63-88%, independientemente del tipo de accidente.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en el que se recogen datos de todos los pacientes ingresados en la UCIP del Complejo Asistencial de Burgos entre el 1 de julio de 2008 y el 31 de agosto de 2009 con diagnóstico de TCE tras accidente de bicicleta. Se registran datos de filiación, edad, sexo, tipo de accidente, Glasgow, lesiones cerebrales y evolución.

Resultados. Ninguno de los niños ingresados en UCIP por accidente de bicicleta llevaba casco. El 81% de los pacientes presentaba lesiones intracraneales, fracturas craneales o faciales. El 45% de los pacientes precisó soporte intensivo. La edad media de los pacientes era 10,27 años, con una mediana de 11,59 años (rango 4,69-13,64). En los accidentes en los que intervino algún vehículo a motor, el 66% presentó lesiones intracraneales y precisó soporte intensivo. En los accidentes en los que no intervino vehículo el 40% presentó lesiones intracraneales y el 20% presentó soporte intensivo. El 81% de los pacientes eran varones y el 19% mujeres. Uno de los pacientes falleció y otro fue dado de alta en estado vegetativo. Todos los pacientes excepto uno ingresaron entre los meses de junio a septiembre.

Conclusiones. Los resultados muestran que ninguno de los niños ingresados en nuestra Unidad tras accidente de bicicleta llevaba casco. Las caídas de bicicleta pueden provocar traumatismos graves y ser potencialmente fatales. Son necesarios más estudios que evalúen el uso de casco en la población infantil.

P-3. MOSAICISMO PARA SÍNDROME DE TURNER: ABORDAJE GLOBAL DE UN CASO. S.E. Ciciliani, S. Iparraguirre Rodríguez, A. Blanco Barrio, J. Rodrigo Palacios, J.M. Gutiérrez Dueñas. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.

Objetivo. Valorar la importancia de la exploración física en el paciente con retraso de crecimiento y pensar en la posibilidad del síndrome de Turner en las pacientes femeninas, así como conocer el abordaje diagnóstico y terapéutico global en dicha entidad.

Caso clínico. Presentamos a una paciente de 10 años y 3 meses que es derivada a consulta de Endocrinología Infantil por estancamiento en la talla. Antecedentes personales: gestación normal, parto eutócico a las 38 semanas EG. Peso RN 3.270 g (P25-50), talla RN 48 cm (P3-10). Antecedentes familiares: madre: sana, 170 cm, menarquía a los 12 años. Padre: sano, talla 182 cm. Hermano de 15 años, sano, talla 190 cm. TD: 169 ± 5 cm. A la E.F. presenta signos compatibles con fenotipo turneriano: *pterygium colli*, *cubitus valgus*, mamilas separadas, paladar ojival. Desarrollo puberal: A1 P1 M botón mamario bilateral. Peso: 39 kg (P50-75) y talla: 131 cm (P3-10). Aporta radiografía de carpo, compatible con 10 años de edad ósea (pronóstico de talla final o PTF: 153 cm) e imagen compatible con deformidad de Madelung incompleta. Se solicita estudio de baja talla debido a que el PTF se encuentra comprometido con respecto a la TD, confirmándose con el cariotipo síndrome de Turner en mosaico (46 Xrx, 45X). Se inicia tratamiento con GH, a los 10 años y 7 meses, con buena respuesta; actualmente talla P10.

Se completa el estudio mediante RMN craneal y ecocardiograma, siendo el resultado de ambas normal, así como realizando una ecografía ginecológica, donde no se visualizan ovarios y se observa útero de pequeño tamaño. Se realiza RMN de pelvis en busca de gónadas femeninas, puesto que en la exploración existen hallazgos clínicos que sugieren inicio de pubertad, sin hallarse imágenes compatibles con ovarios. Decidimos realizar, junto al Servicio de Cirugía Infantil, laparoscopia exploradora, observándose formaciones compatibles con cintillas ováricas y trompas rudimentarias. En este caso la técnica ha sido de utilidad terapéutica, realizándose con éxito gonadectomía bilateral en el mismo abordaje.

Conclusiones. 1) El abordaje diagnóstico y terapéutico debe ser global en el síndrome de Turner, tomando una actitud multidisciplinar. 2) El mosaicismo se presenta hasta en un 6% de los síndromes de Turner, en cuyo caso es más frecuente la degeneración gonadal hacia gonadoblastoma. 3) La laparoscopia es una técnica útil, moderna y poco habitual en la gonadectomía bilateral en casos con síndrome de Turner en edad infantil.

ración gonadal hacia gonadoblastoma. 3) La laparoscopia es una técnica útil, moderna y poco habitual en la gonadectomía bilateral en casos con síndrome de Turner en edad infantil.

P-4. SÍNDROME DE CHARGE: A PROPÓSITO DE UN CASO. I. Martínez Arbeloa, A. Cilla Lizarraga, R. Portugal Rodríguez, S. Schüffelman Gutiérrez, J. Suárez Fernández, C. Bustamante Hervás. Complejo Asistencial Burgos. Burgos.

Objetivos. Recordar el síndrome de Charge, que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas donde encontramos unos criterios mayores entre los que destacan:

- Coloboma.
- Malformaciones cardíacas (tetralogía de Fallot, atresia del arco aórtico y otros defectos congénitos).
- Atresia de coanas.
- Retraso en el crecimiento o maduración.
- Alteraciones genitales o del sistema urinario.
- Deformidades en el aparato auditivo.

Material y métodos. Neonato de 33 semanas de gestación que nace en el Hospital General Yagüe de Burgos. A los pocos minutos de vida se sospecha atresia de coanas que precisa intubación endotraqueal de urgencia. Tras la exploración presenta signos y síntomas que hacen sospechar un síndrome de Charge.

Resultados. El síndrome de Charge es una enfermedad rara; se calcula que puede darse en menos de 1 de cada 10.000 nacimientos. El niño con este síndrome se enfrenta a muchas dificultades médicas y físicas a lo largo de su vida.

Conclusiones. El diagnóstico del síndrome de Charge es un diagnóstico de sospecha ante la presencia de signos y síntomas típicos de esta enfermedad. Normalmente se trata de una alteración aislada, una mutación en el gen CHD7; pero hasta en 1/3 de los casos el estudio genético no es positivo.

P-5. CAVUM VELI INTERPOSITI, UNA VARIANTE DE NORMALIDAD EN LA NEUROIMAGEN PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS. E.M^e Dulce Lafuente, E. Santamaría Marcos, B. Gonzalez García, R. Cancho Candela, A. Peña Valencejo, E. Maldonado. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. El *cavum veli interpositi* (CVI) es una variante de normalidad, consistente en una dilatación quística cerebral, interhemisférica (en la línea media) por encima del tercer ventrículo. La detección casual de CVI en periodo prenatal (ecografía) o tras nacimiento en el curso de neuroimagen no es inhabitual, pero en la mayor parte de los casos se trata de dilataciones pequeñas que no superan 1 ó 2 cm. Presentamos dos casos de CVI de tamaño considerable.

Casos Clínicos. Caso 1: varón de 5 años, con desarrollo psicomotor normal. Muestra desde infancia temprana nistagmus horizontal bilateral, sin otro síntoma neurológico. Se realiza RMN cerebral, detectándose CVI de gran tamaño, sin ninguna otra anomalía en imagen cerebral. No se planteó tratamiento alguno. Se ha mantenido actitud expectante. **Caso 2:** varón de 7 meses, hijo de padres consanguíneos. Detección prenatal de CVI. Cuadro polimorfo con ausencia del pulgar izquierdo y disgenesia del borde radial derecho, facies plana, epicantus, paladar ojival. Cariotipo y estudios de imagen normales, a excepción de RMN cerebral en la que se detecta CVI de gran tamaño, sin otra alteración. Desarrollo con retraso global motriz-conductual, con predominio de hipotonía axial central. No tratamiento, se ha mantenido actitud expectante.

Comentarios. El CVI es una variante de normalidad, que puede tener un tamaño considerable, produciendo cierto efecto masa en las estructuras que lo rodean. La actitud debe ser conservadora, dada la ausencia de síntomas atribuibles y la tendencia habitual a su desaparición o, al menos, al mantenimiento de tamaño.

P-6. SATURACIÓN DE OXÍGENO EN EL RECIÉN NACIDO NORMAL. A. Fernández de Valderrama Rodríguez, J. Suárez Fernández, I. Martínez Arbeloa, C. Bustamante Hervás, D. Conejo Moreno, C. Villa Francisco. Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción. Conocer los cambios fisiológicos en la saturación de O₂ en los primeros minutos de vida puede ayudarnos a valorar la necesidad real de aplicación de O₂ suplementario.

Objetivo. Describir los cambios de la saturación de oxígeno en el recién nacido sano.

Material y métodos. Estudio observacional y descriptivo de la saturación pre y postductal inmediata al nacimiento en recién nacidos a término sin patología gestacional u obstétrica asociada, hasta que la saturación preductal fuera mayor del 90%.

Resultados. Se estudiaron 77 recién nacidos, edad gestacional media: 38,8 semanas (DE: 1,55; mínimo: 36, máximo: 41), peso medio. 3282,8 g (DE: 393,92; mínimo: 2.500, máximo: 4.160). Tiempo medio hasta alcanzar saturación de O₂ preductal igual o superior al 90%: 6,36 min. (IC 95%: 6,06 a 6,67 min.; mediana 6,00, mínimo: 4, máximo: 13). Todos los recién nacidos alcanzaron saturación preductal igual o superior al 90% a los 9 minutos menos uno (a los 13 minutos)

Conclusión. Existe un proceso de adaptación fisiológica en el recién nacido por el que, según nuestro estudio, transcurren aproximadamente 6 minutos hasta alcanzar saturaciones de oxígeno >90%. Esto debería ser considerado a la hora de aplicar oxígeno suplementario en las maniobras de reanimación neonatal.

P-7. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN BARR. A PROPÓSITO DE UN CASO. A. Fernández de Valderrama, S. Cicilianni, R. Portugal Rodríguez, C. Zabaleta Camino, J.M. Merino Arribas, A. Blanco Barrio. Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción. El síndrome hemofagocítico (SH) es consecuencia de la liberación masiva de citoquinas, consecuencia de la activación incontrolada de histiocitos y linfocitos T. Se clasifica en primario (o genético) y secundario (asociado a procesos infecciosos, neoplasias, o enfermedades autoinmunes). Agresivo y de pronóstico variable, suele afectar a niños hasta los 18 meses de vida.

Caso clínico. Varón, 3 años sin antecedentes de interés, presenta fiebre diaria de 1 semana de evolución. A la exploración física destaca importante afectación del estado general, hepatomegalia (8 cm) esplenomegalia (4 cm). Taquipnea y soplo anórico izquierdo. Úlceras en mucosa gingival.

Exploraciones complementarias: Hb 9,8 g/dl, leucocitos 8.100 (49%N 37%L 9,6%M), plaquetas: 31.000. GOT 283 UI/L GPT 158 UI/L GGT 181 UI/L, triglicéridos 262 mg/dl, ferritina 17.005 ng/ml. INR 2,07 TP 39% Células NK: 5 células/μl (0,2%). Hemocultivo: positivo a neumococo. Rx tórax: condensación base pulmonar izquierda. Serología IgM positiva para virus EB. Médula ósea: hemofagocitosis. Estudio mutación gen de perforina PRF1 negativo. Mutación del gen SH2D1A fue negativo. El paciente recibió tratamiento con corticoide durante 15 días con evolución clínica y analítica favorable.

Discusión. La forma de presentación más habitual del SH es la secundaria a procesos infecciosos virales, especialmente por virus EB. No existe hasta el momento asociación descrita con el neumococo. Un proceso infeccioso puede actuar como desencadenante de un SH primario y ser difícilmente indistinguible de una forma secundaria. En dicho paciente no ha podido demostrarse inmunodeficiencia asociada. En varones es conveniente descartar síndrome linfoproliferativo ligado a X. Aproximadamente en el 20% de los casos en el primer examen de médula ósea no se observan fenómenos de hemofagocitación y el diagnóstico se basa en criterios clínicos y analíticos. Su protocolo de tratamiento incluye corticoides, etopósido y rituximab.

P-8. MUCINOSIS FOCAL ACRA INFANTIL. M. Fournier Carrera¹, C. González González¹, R. Garrote Molpeceres¹, P. Solís Sánchez¹, M. Miranda², J.M. Oñate Couchet³. ¹Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Servicio de Dermatología del Hospital Río Hortega de Valladolid. ³Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Río Hortega de Valladolid.

Introducción. Las mucinosis son un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito de un material viscoso-gra-

nular (mucina) en el tejido conectivo de la dermis. Los mecanismos patogénicos son poco conocidos, aunque se cree que el depósito de mucina resulta de la sobreproducción de ácido hialurónico por los fibroblastos. En las formas juveniles habitualmente la resolución es espontánea.

Caso clínico. Niña de 10 años, que acude a la consulta de Reumatología, enviada por su pediatra, por presentar artralgiás, tumefacción en dorso del pie derecho y factor reumatoide positivo.

Antecedentes patológicos: poliquistosis renal derecha, nefrectomizada. Profilaxis con hidracidas a los 5 años de edad por convivencia con enfermo tuberculoso, sin presentar viraje tuberculínico.

Exploración física: tumefacción en zona dorsal del pie, de aproximadamente 2,5 cm de diámetro, de características no inflamatorias (no calor, ni dolor ni rubor), tipo nódulo.

Exploraciones complementarias: se realiza sistemático de sangre, VSG, y bioquímica: normales. ASLO 428 UI, factor reumatoide positivo (35U/ul). Inmunoglobulinas, complemento, ANAs y poblaciones linfocitarias: normales. Como pruebas de imagen, para diferenciar si era peri o intraarticular, se realiza ecografía con hallazgo de aumento de partes blandas que afecta al tejido subcutáneo con aspecto fusiforme y ecogenicidad mixta, sin visualizarse colección líquida. Posteriormente es enviada al Servicio de Dermatología, realizándose biopsia en un dedo de la mano, dado que había involucionado el nódulo observado inicialmente en el pie derecho, hallándose un depósito de mucina en dermis papilar y reticular, con aumento de fibroblastos e infiltrado histiocitario, y diagnosticándose, por tanto, de mucinosis focal acra infantil.

Comentarios. Se revisa esta patología, rara en la infancia, con remisión espontánea, y caracterizada por lesiones en zonas periarticulares y sintomatología de artralgiás. No se ha encontrado relación entre esta patología y el factor reumatoide positivo. La evolución de la niña en el tiempo que ha sido controlada no parece sugerir que la mucinosis que presenta nuestra paciente sea secundaria a patologías reumáticas.

P-9. KALINOX® EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. F.J. García Álvarez, F. Morales Luengo. *Urgencias de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Acudir al servicio de urgencia por un episodio generalmente doloroso traumático para un niño es una situación de estrés. Es importante tomar en consideración el dolor relacionado con los procedimientos médicos, y particularmente con los procedimientos invasivos. Para el equipo sanitario, le facilita mucho hacer un cuidado cuando el paciente está relajado. Pretendemos mediante la utilización del Kalinox® (mezcla equimolar 50% de oxígeno/50% de protóxido de nitrógeno;

analgésico general, ansiolítico) controlar el dolor y la ansiedad en el paciente durante la intervención dolorosa en el área de urgencias de pediatría.

Material y metodos. Tipo de estudio: observacional descriptivo retrospectivo. Recogida de datos en el registro de procedimientos con Kalinox® del Servicio de Urgencias de Pediatría y análisis de los informes de urgencias de los pacientes.

Muestra: 189 pacientes desde el 1 de agosto de 2006 hasta el 31 de agosto de 2009. Edad media: 7,25 años. Rango: 0,7-13,9 años. 33,3% mujeres, 66,6% varones.

Procedimientos dolorosos: sutura cutánea 39,7%, reducción de fractura 30,7%, cura (heridas) 11,6%, parafimosis 3,2%, quemadura 2,6%, amputación 2,1, punción lumbar 1,6%, otros 8,5%.

Para aliviar el dolor y la ansiedad, se utilizó:

- Kalinox® y crema ELMA (lidocaína-prilocaina) para la realización de técnicas cutáneas invasivas.
- Kalinox® e inyección de anestésicos locales (mepivacaína al 1%-2%) en la mayoría de los casos de sutura y en algunos casos de reducción de fracturas a criterio facultativo.
- Kalinox® sin coadyuvantes; según criterio profesional.

Se analiza la seguridad estudiando los efectos adversos relevados y la efectividad del tratamiento, utilizando una escala subjetiva (evaluación por el enfermero): control total del dolor y de la ansiedad (+++), buen control del dolor y de la ansiedad (++) , leve control del dolor y de la ansiedad (escasa reducción de la ansiedad/dolor), y ausencia de control del dolor y la ansiedad (NO). Se analiza también cómo el grupo de edad y el tipo de procedimiento doloroso impactan sobre la efectividad del tratamiento analgésico. El análisis de los datos se realiza mediante el programa SPSS V15.0

Resultados. Utilización de tratamiento concomitante en el 39% de los procedimientos dolorosos. Un 11,5% de los pacientes experimentaron un efecto adverso leve que desapareció tras la administración del Kalinox® (náuseas 4,2%, mareos-desorientación 4,2%, cefalea 0,5% y otros 2,6%). Buen control del dolor y de la ansiedad (respuesta +++/++) en 73,5% de los pacientes. Los procedimientos cutáneos (sutura) son los que mejor responden al Kalinox® (84% resultado positivo ++ ó +++); seguidos de las reducciones de fractura (61%). Mientras que en el caso de las curas, sólo el 21% consiguen el efecto favorable.

Conclusión. Kalinox® produce un efecto analgésico rápido donde el paciente permanece consciente, evitando y/o disminuyendo en gran medida el dolor cuando se administra de forma única o en asociación con otro fármaco. Con este estudio se demuestra la alta eficacia frente al dolor, presenta una escasa morbilidad y una escasa toxicidad.

El profesional de enfermería muestra una alta satisfacción con el uso del KALINOX® en el ámbito de los procedimientos dolorosos en urgencia de pediatría. Es interesante la realización

de estudios, para valorar la necesidad de aplicación de protocolos y mejorar la práctica con KALINOX®.

P-10. ABSCESOS Y FLEMONES PERIAMIGDALINOS: ESTUDIO DE 10 AÑOS. E. Garrido García, V. Fernández Iglesias, D. Moreno Duque, S. Lapeña López De Armentia, D. Mata Zubillaga. Hospital de León

Introducción. Los abscesos periamigdalino y retrofaríngeo son las infecciones más frecuentes de los tejidos profundos de cabeza y cuello. Sin embargo, en estadios precoces de la enfermedad su distinción con respecto a los flemones periamigdalinos resulta a menudo complicada. Se presenta una casuística sobre éstas enfermedades.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los abscesos y flemones periamigdalinos en niños ingresados en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital entre enero de 1999 y marzo 2009. El diagnóstico se realizó fundamentalmente según criterios clínico-analíticos.

Resultados. Se estudian 26 casos, 14 con absceso (13 periamigdalino y 1 retrofaríngeo) y 12 con flemón periamigdalino, con edad media de 121 meses (desviación estándar: 46,9, mediana: 125,6). Se observa un cierto predominio en varones (1,16:1). La duración media del ingreso fue de 4,92 días. Hay un aumento de casos diagnosticados desde 1997, con un máximo (5) en 2007. Un total de 20 habían tenido procesos amigdalares previos, 18 faringoamigdalitis y 2 habían sido amigdalectomizados. 15 habían recibido tratamiento antibiótico. Los principales síntomas y signos fueron: fiebre, odinofagia, adenopatías cervicales e hipertrofia y exudado amigdalino. Todos los niños recibieron antibioterapia intravenosa, siendo la amoxicilina-clavulánico el más utilizado (en 21 de los niños). La duración media del tratamiento hospitalario fue de 4,77 días (desviación estándar: 2, mediana: 4,5). Continuando con tratamiento domiciliario en 22 de los niños, 18 de los cuales con amoxicilina vía oral. La evolución fue favorable en 19 de los casos, y en 6 se practicó amigdalectomía.

Conclusiones. En los últimos años se ha observado un aumento de la frecuencia de los abscesos y flemones periamigdalinos en la edad infantil. La mayor parte de los niños responden al tratamiento conservador. La historia previa de amigdalitis constituye el principal factor de riesgo de recurrencia. Los pacientes con faringoamigdalitis de repetición son candidatos a la amigdalectomía.

P-11. CELULITIS ORBITARIA CON ABSCESO SUBPERIÓSTICO. L. Lique Arauzo¹, A. Vegas Álvarez¹, I. Seviliano¹, S. Benito Pastor¹, N. Campo Fernández¹, M. Fernández Muñoz². ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Presentar el caso de un paciente con un cuadro febril asociado a intenso edema y eritema palpebral. En los estudios realizados se detectó un absceso subperióstico orbitario. Revisar el diagnóstico y manejo clínico de las celulitis orbitarias en la infancia.

Material y métodos. Caso clínico intervencional. Se estudió a un niño de 14 meses que ingresó por cuadro agudo catalogado de celulitis preseptal derecha. Se revisó historia clínica, analítica, TAC orbitario y evolución.

Resultados. Paciente que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro brusco de inflamación palpebral. Visto en primer lugar en el Servicio de Oftalmología, se diagnostica de celulitis preseptal derecha, indicándose evaluación por el Servicio de Pediatría por cuadro de fiebre alta y afectación general. Presentaba fiebre de 38-39°C de 4 días de evolución, marcado edema y eritema de párpado superior e inferior derecho que impedía la apertura de los párpados y realizar el resto de exploración oftalmológica. Exploración ORL y resto de exploraciones sin interés. Al ingreso presentaba leucocitosis (18.800/ul, 80% PMN) y PCR 59 mg/L. Con el diagnóstico inicial de celulitis preseptal se pautó tratamiento antibiótico iv con cefotaxima a 100 mg/kg/día. Se indicó realización de TAC orbitario urgente, que reveló la presencia de una colección entre lámina papirácea etmoidal y periostio orbitario de morfología fusiforme compatible con absceso subperióstico y ocupación de senos paranasales etmoidales y maxilar, por lo que se diagnostica de celulitis orbitaria grado III de Chandler y sinusitis. Por este motivo se aumentó la dosis de cefotaxima a 150 mg/kg/día y se añadieron vancomicina a 40 mg/kg/día y metilprednisolona a 1,5 mg/kg/día, que se mantuvieron 7 días. A los 7 días se observó resolución completa del cuadro clínico, estando al alta afebril y con PCR 5 mg/L. El hemocultivo fue negativo. Tras el alta el paciente completó tratamiento con cefuroxima oral una semana.

Conclusiones. Las celulitis orbitarias son infecciones habitualmente bacterianas de carácter agudo en los tejidos orbitarios pre o retroseptales frecuentes en la infancia. Suelen relacionarse con infecciones en estructuras vecinas, predominantemente de senos paranasales. Las formas más leves son preseptales en las que sólo existe edema y eritema de los párpados, que permiten ver el globo ocular y los tejidos profundos que no se afectan. Éstas pueden tratarse con antibióticos orales o endovenosos según el grado de afectación del niño. En las celulitis retroseptales la infección se extiende a los tejidos orbitarios profundos, pudiendo evolucionar a la formación de un absceso que se puede extender al cerebro o seno cavernoso por lo que es un cuadro clínicamente grave que requiere drenaje quirúrgico urgente. El absceso subperióstico es una forma retroseptal que en los niños suele responder al tratamiento antibiótico endovenoso por lo que no precisa inicialmente cirugía urgente.

P-12. COINFECCIÓN POR *PLASMODIUM*, VIH Y *TRICHURIS TRICHIURA* EN UNA NIÑA INMIGRANTE. M. Montes Granda, S. Bueno Pardo, S. Lareu Vidal, R. Fernández Montes, C. Lobete Prieto, P. Ruiz del Árbol. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El aumento de la población inmigrante y de las adopciones internacionales obliga al pediatra a conocer la patología infecciosa importada. El paludismo, infección por el protozoo *Plasmodium*, es endémico de países próximos a los trópicos y constituye la cuarta causa de mortalidad infantil en el mundo. La infección VIH ha disminuido su incidencia en nuestro medio, pero debe tenerse en cuenta en pacientes que hayan recibido transfusiones sanguíneas en países del tercer mundo.

Caso clínico. Niña de 6 años procedente de Guinea Ecuatorial que ingresa por fiebre intermitente de unos 15 días de evolución, asociando astenia y anorexia.

Antecedentes personales: Calendario vacunal desconocido. Transfusión por anemia sin especificar a los 8 meses de edad en su país de origen (procedente de su padre muerto pocos meses después por patología crónica sin filiar). Desde los 4 años de edad presenta crisis de paludismo y episodios frecuentes de diarrea.

Exploración física: malnutrida (índice nutricional 80%), mucosas pálidas. Soplo sistólico vibratorio II/VI. Esplenomegalia de 4 cm y hepatomegalia 1,5 cm.

Pruebas complementarias: anemia microcítica (Hb 5,9 g/dL; Hto. 17,4%). PCR 8,43 mg/dL. Chequeo infeccioso: =ota gruesa: trofozoitos y gametocitos de *Plasmodium falciparum* (parasitemia del 3%). VIH positivo (carga viral 1.600.000 copias; linfocitos T CD4 62 células/ μ L). IgG positiva para sarampión y rubéola. IgG negativa para parotiditis. AgHBs, antiHbc y antiHBs negativos. CMV en orina negativo. Coprocultivo positivo para *Trichuris trichiura*. Mantoux y Quantiferon-TB negativos. Eco abdominal: hepatomegalia leve, bazo de 12,5 cm y pequeño bazo supernumerario.

Evolución y tratamiento: recibe atovacuona/proguanil durante tres días, desapareciendo la fiebre. Se trasfunde un concentrado de hematíes (Hb control 8 g/dL). Inicia tratamiento antirretroviral con abacavir (8 mg/kg/12horas), efavirenz (250 mg/24 horas) y lamivudina (4 mg/kg/12 horas). La infestación por *Trichuris trichiura* se trata con mebendazol. Se completa el calendario vacunal: VHB, DTPa-VPI-Hib y meningococo C.

Comentarios. En todo niño procedente de países tropicales con fiebre debe sospecharse paludismo. Un estudio infeccioso amplio que incluya la infección por VIH debe realizarse en los niños enfermos procedentes de zonas en vías de desarrollo.

P-13. SEPSIS NEONATAL TARDÍA POR *STHAPYLOCOCCUS AUREUS* METICIL RESISTENTE (SARM). F. Morales Luengo, M. González Sánchez, A. Sariego Jamargo, E. Larrea Tamayo, R. Quiroga González, A. Ibáñez Fernández. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Los cuadros infecciosos en el recién nacido siguen siendo una importante causa de morbimortalidad en el neonato. La prematuridad, el bajo peso, estancia prolongada y procedimientos invasivos son algunos factores de riesgo implicados. En los últimos años el *Staphylococcus aureus* meticil resistente (SARM) ha sido frecuentemente aislado en sepsis tardías neonatales. La fuente principal de dicha bacteria es el medio hospitalario, siendo el contagio a través de las manos del personal o autoinfección por portadores. El SARM origina diversos cuadros clínicos como sepsis, necrosis epidérmica tóxica, neumonía bullosa, osteomielitis... El tratamiento de primera elección es vancomicina o cloxacilina.

Caso clínico. Recién nacido pretérmino de 30⁺³ semanas, con peso al nacimiento de 1.275 gramos (P₅₀). Gestación controlada, pero mal tolerada por ansiedad materna (dos abortos previos por enfermedad trombofílica). Parto por cesárea. Apgar 5/8. Como patología previa destacable presentó enfermedad de membranas hialinas que precisó la administración de dos dosis de surfactante y persistencia del ductus arterioso, que se cerró con ibuprofeno intravenoso. Buena evolución posterior sin recibir antibióticos. A los 7 días de vida y manteniendo la ventilación mecánica, comienza con cuadro de empeoramiento clínico general, hiperglucemia, elevación de reactantes de fase aguda y acidosis mixta, compatible con sepsis nosocomial. En hemocultivo y exudado de tubo endotraqueal se aisló un SARM, no aislándose en cultivos de exudados periféricos. Mala evolución con lesiones cutáneas distales, anemia, plaquetopenia, fracaso renal, edema generalizado y neumonía bullosa pese a antibioterapia correcta. Tras 9 días fallece por fracaso respiratorio grave.

Como patología previa destacable presentó enfermedad de membranas hialinas que precisó la administración de dos dosis de surfactante y persistencia del ductus arterioso, que se cerró con ibuprofeno intravenoso. Buena evolución posterior sin recibir antibióticos. A los 7 días de vida y manteniendo la ventilación mecánica, comienza con cuadro de empeoramiento clínico general, hiperglucemia, elevación de reactantes de fase aguda y acidosis mixta, compatible con sepsis nosocomial. En hemocultivo y exudado de tubo endotraqueal se aisló un SARM, no aislándose en cultivos de exudados periféricos. Mala evolución con lesiones cutáneas distales, anemia, plaquetopenia, fracaso renal, edema generalizado y neumonía bullosa pese a antibioterapia correcta. Tras 9 días fallece por fracaso respiratorio grave.



Conclusiones. El SARM es un germen emergente en las Unidades de Neonatología, con mayor morbi-mortalidad que otros *Staphylococcus coagulasa* negativo. Se deben destinar esfuerzos a aislar dichos gérmenes evitando en lo posible su propagación. Se debe insistir en el lavado de manos del personal y material utilizado, minimizando las medidas invasivas y el uso de antibioterapia previa.

P-14. SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON (SSJ) Y FÁRMACOS DE RECIENTE COMERCIALIZACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO RECIBIENDO LAMOTRIGINA. V. Recio Pascual, R. Morales Sánchez, D. Moreno Duque, M.L. Fernández Pérez, M. Fernández Fernández, L.M. Rodríguez Fernández. Complejo asistencial de León. Servicio de Pediatría. León.

Introducción. El SSJ es una toxicodermia que afecta a piel y mucosas, que puede comprometer áreas extensas de la superficie corporal, causando una morbimortalidad considerable. Es secundario al uso de fármacos o algunos agentes infecciosos. Tiene una incidencia de 1,2-6 casos/10³ habitantes. El diagnóstico es clínico principalmente y es importante realizar un rápido reconocimiento de los síntomas para retirar el desencadenante, proporcionar el tratamiento de mantenimiento adecuado y prevenir infecciones asociadas.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente varón de 5 años, nacido en Rumanía, diagnosticado a los 2 años de epilepsia mioclónico-astática en tratamiento con ácido valproico. Ante la mala evolución, con persistencia de crisis frecuentes, se pauta tratamiento con lamotrigina. Tras dos semanas de tratamiento, el paciente acude por aftas bucales de 5 días de evolución, con aparición de fiebre, dolor abdominal, vómitos y deposiciones blandas. A la exploración física, el paciente presenta regular estado general, aftas generalizadas en mucosa oral, labial y lingual, y secreción purulenta de ambos ojos con hiperemia conjuntival. Durante el ingreso, aparece un exantema purpúrico generalizado, con lesiones sobreelevadas, confluyente en algunas zonas, así como molestias miccionales ocasionales. Los estudios complementarios realizados (analíticas, serología herpes virus, sistemático y sedimento de orina, cultivo de frotis bucal, coprocultivo y Rx de tórax) fueron inespecíficos. Ante la sospecha de reacción adversa a lamotrigina, se retira el fármaco, con lenta evolución del paciente hacia la mejoría. Durante el ingreso no presentó complicaciones, precisando como tratamiento de mantenimiento sueroterapia intravenosa y alimentación por sonda nasogástrica.

Comentarios. La asociación entre el uso de determinados antiepilépticos y SSJ es conocida, pero el hecho de que la lamotrigina sea un fármaco de relativa reciente comercialización explica que los casos documentados con este tipo de reacción adversa sean escasos. Con nuestra experiencia queremos contribuir a mostrar la relación entre SSJ y el uso de este fármaco.

P-15 UN CASO DE FORMA CLÁSICA PIERDE SAL DE DÉFICIT DE 21 α HIDROXILASA. A. Sario Jamardo, L. Alcántara Canabal, F. Morales Luengo, R. Arias Llorente, F. Rivas-Crespo, G.D. Coto Cotallo. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El déficit de 21 α hidroxilasa es la forma más frecuente de hiperplasia suprarrenal congénita con una incidencia de 1/15.000 RNV. En función de la mutación y del grado de actividad enzimática existen diversas formas clínicas: desde las formas leves, formas no clásicas o tardías hasta las formas clásicas más graves que en el 75% de los casos se presentan como un síndrome pierde sal que debuta en el período neonatal. El espectro de síntomas incluye hipoglucemia, acidosis metabólica, hiponatremia, hiperpotasemia, hipovolemia, hipotensión y signos de virilización y aceleración de la velocidad de crecimiento. El tratamiento mediante glucocorticoides (hidrocortisona) y mineralocorticoides (fludrocortisona) tiene como objetivo la supresión de la hipersecreción de ACTH y el hiperandrogenismo y paliar los efectos del síndrome pierde sal, respectivamente. El tratamiento ha de ser individualizado, consiguiendo la dosis mínima eficaz.

Caso clínico. Neonato varón de 7 días de vida nacido de gestación a término (39 + 6 semanas) y parto por cesárea por sospecha de macrosomía que consultaba por cuadro consistente en retraso ponderal, irritabilidad y deposiciones blandas en las últimas 24 horas. En la analítica se observa hiperpotasemia (8,4 mEq/L) e hiponatremia (126 mEq/L) y en la exploración física se aprecia escroto hiperpigmentado y discreta macrogenitosomía. Debido a la sospecha de hiperplasia adrenal congénita se solicita estudio hormonal constatándose elevación de 17-OHprogesterona (>20 ng/ml), de DHEAS (5,36 μ g/ml) y androstenodiona (> 120 ng/ml). Se corrige trastorno hidroelectrolítico y se realiza tratamiento sustitutivo con hidrocortisona y fludrocortisona con mejoría progresiva. En el análisis genético se constata mutación del gen 21 α hidroxilasa: codon stop (mutación q318X) presente en ambos padres y en homocigosis en nuestro paciente.

Conclusiones. El presente caso evidencia la necesidad de sospechar este síndrome en el período neonatal dada la labilidad de estos pacientes y a que en recién nacidos varones puede pasar desapercibido.

P-16. EFECTIVIDAD DEL ADALIMUMAB EN LA UVEÍTIS ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL. M.E. Vázquez Fernández, V. Rubio González, M.J. Vázquez Fernández, R. Bachiller Luque. C.S. Arturo Eyries.

Introducción. La uveítis es una de las manifestaciones extraarticulares más importantes en la artritis idiopática juvenil (AIJ). Dada su agresividad y el difícil control de su progresión con la medicación clásica, en la práctica clínica diaria se usan cada vez más los fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral, entre los que destaca el adalimumab.

Objetivo. Revisar el abordaje terapéutico de esta enfermedad a propósito de un caso clínico.

Caso clínico. Aportamos nuestra experiencia acerca de la eficacia del tratamiento con adalimumab en el tratamiento de

la uveítis asociada a AIJ resistente al tratamiento con corticoides y metotrexato y comunicamos como posible efecto secundario la aparición episódica de cefaleas.

Conclusiones. 1) La aparición de los agentes anti-TNF, ha supuesto un paso fundamental para el tratamiento de pacientes afectados por procesos inflamatorios hasta ahora difícilmente controlables. 2) Consideramos necesario el conocimiento de la eficacia y tolerancia de estos fármacos por parte de los pediatras generales, dado su utilidad en cada vez más procesos inflamatorios y así poder realizar un seguimiento estrecho de los efectos adversos.

P-17. PÚRPURA TROMBOPÉNICA INMUNE SECUNDARIA A VIRUS DE EPSTEIN-BARR. *A. Blanco Barrio, R. Portugal Rodríguez, C. Vega del Val, S.E. Ciciliani, M. Miranda Vega, A. Cilla Lizarraga. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos.*

Introducción. La púrpura trombopénica inmune es un trastorno habitualmente agudo, caracterizado por la presencia de púrpura debido a trombocitopenia periférica; su incidencia real es desconocida, aproximadamente 1-2/10.000 casos en menores de 15 años. La mayoría de la veces no se evidencia un factor etiológico, denominándose púrpuras trombopénicas idiopáticas (PTI). En un número más reducido de pacientes, puede relacionarse con un trastorno inmunológico más amplio, como son las enfermedades autoinmunes conocidas, o con factores desencadenantes externos (drogas, transfusiones, infecciones), considerándose en estos casos como púrpuras trombopénicas secundarias.

Casos clínicos. Hacemos referencia a los dos últimos casos en nuestro servicio de púrpura trombopénica inmune, ambos asociados al VEB :

- Niña de 2 años que presenta exantema petequeial generalizado desde hace 6 días.
- Niño de 5 años que presenta epistaxis nasal recurrente en las últimas 24 horas asociada a hematomas y petequias generalizadas.

Ambos presentaron al ingreso plaquetopenia (3.000 plaquetas) con estudio de coagulación normal, apareciendo en el primer caso hipertransaminemia asociada (GOT 225 UI/L, GPT 528 UI/L). Se realizaron estudios complementarios, obteniéndose en ambos casos serologías negativas (Parvovirus B19, toxoplasma, CMV...), excepto para VEB (anticuerpos antiheterófilos positivos, serología Ig G, Ig M positivo). ANA y anticuerpos antiplaquetarios negativos en ambos casos.

Se pauta tratamiento con una dosis de gammaglobulina y corticoides en el primer caso y dos dosis de gammaglobulina en el segundo, con buena respuesta clínica y remisión del exantema petequeial y de la epistaxis en el varón, con normalización progresiva de la cifra de plaquetas en suero.

Conclusiones. Destacamos la asociación de infección por VEB como causante de púrpura trombopénica inmune, por lo que es importante tenerlo presente como etiología posible en estos pacientes.

Conocer la importancia del manejo terapéutico en este tipo de casos, por su buena respuesta al tratamiento, evitando así posibles complicaciones posteriores.

P-18. CUADRO ABDOMINAL AGUDO POR LINFANGIOMA INTESTINAL. *N. Vega Mata, A. Gómez Farpón, C. Cebrián Muños, C. Granell Suárez, A.J. López López, M. Díaz Blanco. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los linfangiomas intraabdominales son tumores raros y representan el 2-5% de los linfangiomas. Son lesiones quísticas que presentan un cuadro clínico variable desde el asintomático hasta un abdomen agudo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa.

Caso clínico. Se presenta el caso clínico de una niña de 5 años de edad sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor abdominal progresivo de 12 horas de evolución asociado a febrícula. Aumento del volumen en hemiabdomen derecho y dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha con defensa. Blumberg positivo y psoas negativo. Leucocitosis con desviación derecha y una ecografía en la que se objetiva una masa retroperitoneal heterogénea compatible con neuroblastoma. Se interviene, hallándose una masa quística a nivel de la válvula íleo-cecal que se biopsia. Se realiza una TAC y un despistaje con marcadores tumorales que sugieren como primera posibilidad diagnóstica un linfangioma intestinal. Tras confirmación anatomopatológica se extirpa la masa. Tras 6 días a dieta absoluta y con nutrición parenteral, se reintroduce la alimentación y la paciente recibe el alta.

Conclusión. La forma más frecuente de presentación de los linfangiomas es como una masa quística que crece lentamente y de forma asintomática hasta que provoca síntomas agudos debido a compresión de estructuras adyacentes o secundarios a complicaciones, como el caso clínico que se plantea por sobreinfección. Cuadro clínico indistinguible con otros procesos abdominales agudos, como la apendicitis. El diagnóstico de certeza es exclusivamente anatomopatológico al encontrar tejido linfoide y espacios linfáticos en la muestra.

P-19. DESHIDRATACIONES NEONATALES EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS. *L. Gallego Delegado, A. Mateos Diego, M. Mateos Polo, L. Merino Marcos, L. Carbayo Tardáguila, A. García Blanco, T. Carbajosa Herrero. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción. El periodo neonatal es especialmente vulnerable a las pérdidas hídricas. La inmadurez renal y cutánea, unido a un aumento de las pérdidas insensibles de líquidos, hacen de este periodo uno de los más propensos a la deshidratación, por lo que es necesario guardar especial atención a la adecuada reposición hidroelectrolítica en el recién nacido.

Objetivos. Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos que ingresan en la sección de neonatología debido a deshidratación hipernatrémica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 14 pacientes ingresados en neonatología en el periodo comprendido entre enero de 2006 y agosto de 2009 por deshidratación, con valor analítico de sodio en suero mayor o igual a 150 mmol/L. El 93% (13) de los neonatos ingresados procedía de la planta de obstetricia y el 7% (1) fue remitido desde el servicio de urgencias.

Se seleccionaron los siguientes parámetros a estudiar: edad al ingreso, sexo, edad gestacional, edad de la madre, tipo de parto, tipo de alimentación, días de ingreso, porcentaje de pérdida de peso, motivo de ingreso, alteraciones analíticas, resultados de ecografía cerebral, complicaciones clínicas y tratamiento recibido.

Resultados. El 93% (13) eran varones, un 86% (12) nacidos a término. El rango de edad al ingreso fue de 1 a 3 días de vida en los casos de diagnóstico intrahospitalario y de 11 días en el caso diagnosticado en el servicio de urgencias. Sólo el 57% (8) de los partos fue eutócico, siendo el 14% (2) instrumental con ventosa y el 28% (4) cesárea. La edad media materna fue de 30,4 años. En un 64% (9) de los casos era el primer hijo. El 93% (13) recibía lactancia materna exclusivamente. El 43% (6) de los recién nacidos superaron el 10% de pérdida de peso y el 57% (8) restante entre el 5 y el 10%, la media del total fue del 10%. La media de sodio en plasma fue de 154,7 mmol/L. Un 79% (11) asociaban ictericia. En un solo caso se asociaron complicaciones neurológicas. Se realizó ecografía cerebral en tres casos, dos de los cuales presentaron hallazgos patológicos.

Conclusiones. Los resultados obtenidos permiten elaborar hipótesis previas sobre algunos de los factores de riesgo que podrían estar relacionados con la deshidratación hipernatrémica neonatal. De ellos se pueden extraer conductas encaminadas a la prevención de dicha patología que podrían incluir medidas que permitan garantizar un adecuado aporte hidroelectrolítico, como la lactancia materna con doble pesada o la lactancia mixta precoz en casos seleccionados.