

Comunicaciones Orales

Viernes 25 de Noviembre, Sala 1

GASTROENTEROLOGÍA, NUTRICIÓN Y CIRUGÍA

CRIBAJE NEONATAL DE FIBROSIS QUÍSTICA EN CASTILLA Y LEÓN. N. Muñoz Ramírez, P. Justo Vaquero, E. Ortega Vicente, L.M. Figueroa Ospina, E. Urbaneja Rodríguez, C. Calvo Romero, M^a P. Aragón García. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción. La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad que reúne los requisitos necesarios que justifiquen la aplicación de un cribado poblacional debido a la inespecificidad de los síntomas de inicio y mal pronóstico sin un tratamiento precoz. El método de cribaje en nuestra población está basado en el protocolo propuesto por la European Concerted Action on Cystic Fibrosis (ECACF) en el año 2000 que consiste en la cuantificación de tripsinógeno inmunorreactivo (TIR) en muestras de sangre capilar recogidas con papel absorbente y posterior detección secuencial de mutaciones del gen CFTR en aquellas muestras con unos niveles de TIR mayores de 60 ng/ml. En conjunto, ambas pruebas permiten detectar el 95% de los alelos mutantes de la población a estudio.

En nuestra comunidad, desde la implantación del programa se ha estimado una tasa de positividad del TIR de 10/1.000 recién nacidos, de los cuales la tasa de FQ confirmada es de 23/100.000 recién nacidos y la tasa de portadores es de 58/100.000 recién nacidos.

En este estudio pretendemos hacer una revisión de los casos de FQ diagnosticados en nuestro área desde la implantación del cribado universal, así como del tipo de mutación detectada y evolución posterior.

Resultados (Tabla I)

Conclusiones. El objetivo de cualquier programa de cribado es el de proporcionar ventajas en el tratamiento de la enfermedad, a consecuencia del diagnóstico precoz, con un mínimo daño para el niño y para la comunidad.

Los estudios de que se dispone, demuestran que los daños del cribado son escasos y que el costo económico del programa es asumible. Los daños psicológicos a portadores o sus padres, así como los derivados de la existencia de falsos positivos son dependientes del método de cribado utilizado. Seguramente no existe un método óptimo que pueda ser utilizado en todas las áreas, pero sin duda los resultados de los programas existentes, así como de otros nuevos, proporcionarán argumentos para mejorar las estrategias utilizadas en el cribado neonatal de fibrosis quística.

METAHEMOGLOBINEMIA EN LACTANTE POR INGESTA DE PURÉ DE VERDURAS. C. González Álvarez, P. Flórez Díez, L. Díaz Simal, P. Fernández González, B. Lastra Areces. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La metaheмоglobinemia es una alteración consistente en la presencia de niveles elevados de metaheмоglobina en sangre de causa congénita o adquirida. El principal signo clínico es la cianosis. Se presenta un caso de metaheмоglobinemia adquirida por la ingesta de puré de verduras.

Caso clínico. Lactante de 7 meses de edad que presenta un episodio de cianosis cutáneo-mucosa generalizada, reconocida por la familia, a los 45 minutos de la ingesta de unos 450 ml de puré de verduras que contenía zanahoria, calabacín y calabaza. El puré había sido preparado dos días antes y conservado en el frigorífico. No referían otra sintomatología ni la ingesta de medicamentos o tóxicos. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Padre muerte súbita a los 38 años. Exploración física: BEG. Pálidez y cianosis cutaneomucosa generalizada más perceptible a nivel labial y acra. Peso y talla en percentiles normales. No disnea. FR 40 rpm; FC 183 lpm; T³ 36°C. Sat. O₂ 94%. ACP, abdomen y resto de exploración física normales. Estudios complementarios: Hemograma: 10,4 g/dl de hemoglobina, 30% de hema-

TABLA I.

F. nacimiento	Sexo	Mutación	A. pancreática	A. respiratoria	Colonización
04/04/99	V	DeltaF508/1898+1 G-A	Sí	Leve	<i>S. aureus</i> en 2003, <i>P. aeruginosa</i> en 2001
25/04/01	M	DeltaF508/V232D	No	No	No
01/05/04	V	1078delT/F1074L	No	Leve	<i>S. aureus</i> en repetidas ocasiones
11/06/05	M	F508/F508 del	No	Leve	No
07/10/05	V	F508del/R1162X	Sí	Moderada	<i>P. aeruginosa</i> en 2007
07/10/05	V	F508del/R1162X	Sí	Moderada	No
16/11/06	M	F508/F508 del	No	Leve	No
18/02/07	V	1812-1 G-A/G542 X	Sí	Leve	No
15/04/06	V	F508del/D1152H	No	No	No
30/01/07	V	F508del/N1303I	No	No	No
16/10/07	M	F508/H199Y	No	Moderada	<i>P. aeruginosa</i> en 2009
12/05/11	V	F508/F508del	Sí	Moderada	No

TABLA II.

	Fruta	Verdura
Fibra (g)	2,9 ± 2,1	3,7 ± 2,2
Energía (kcal)	107,3 ± 76,4	87,7 ± 47
Proteínas (g)	1,5 ± 1,2	3,4 ± 2,2
Hidratos de Carbono (g)	22,2 ± 16,1	14,4 ± 8,3
Grasas (g)	0,7 ± 1	1 ± 0,7
Ácidos grasos saturados (g)	0,1 ± 0,2	0,2 ± 0,1
Ácidos grasos monoinsaturados (g)	0,2 ± 0,4	0,1 ± 0,1
Ácidos grasos poliinsaturados (g)	0,3 ± 0,4	0,5 ± 0,3

tocrito, serie blanca y plaquetas normales. PCR, PCT, bioquímica general, estudio básico de coagulación y radiografía de tórax normales. Glucosa 6P deshidrogenasa: 115 Mu/109 (normal). Gasometría venosa: pCO₂ 45 mmHg; pO₂ 7 mmHg; HCO₃ 24,8 mmol/L. EB -0,8 mmol/L. Co-oximetría:

	Ingreso	A las 3 horas	A las 14 horas
Metahemoglobina	43%	28,7%	2,2%

Estudio cardiológico normal. Evolución: aunque inicialmente se valoró el tratamiento con azul de metileno, la rápida desaparición de la cianosis y ausencia de otra sintomatología hizo descartar su administración.

Comentarios. Ante un lactante con cianosis, una vez descartada la etiología pulmonar y cardíaca se debe descartar otras patologías entre las que se encuentra la existencia de metahemoglobinemia mediante cooximetría. Este diagnóstico requiere un alto grado de sospecha pues mediante pulsioximetría, que es el método habitual de medición de la saturación de O₂, se pueden obtener cifras de Sat O₂ intermedias o incluso normales, como el caso que aquí se presenta. Varios casos descritos en los últimos años de metahemoglobinemia por ingestas de purés de diferentes verduras como zanahorias, espinacas, remolacha, judías verdes, borraja, acelga hace pensar que la causa puede ser bien el contenido en nitratos de las verduras, bien su mala conservación que hace que estos se transformen en nitritos, que ingeridos producen la metahemoglobinemia. Las estrategias preventivas serían consumir las verduras a las pocas horas de su preparación o congelar el puré y, por otro lado, evitar los preparados comerciales sobre todo de espinacas y zanahorias.

¿CUÁNTA FRUTA Y VERDURA COMEN LOS NIÑOS EN VERANO? M.C. González Torroglosa¹, M.L. Bertholt², M.L. Ariza Sánchez¹, S. Alberola López³, E. Izquierdo Herrero³, I. Pérez García³, J.M. Andrés de Llano¹. ¹Complejo Asistencial de Palencia. ²CS Aguilar de Campoo. Palencia. ³CS Jardínillos. Palencia.

Objetivo. Analizar las características de las ingestas de fruta y verdura durante el verano en una población infantil.

Población y Métodos. Se realiza un muestreo consecutivo de niños que acuden a consulta en los Centros de Salud de Aguilar de Campoo y Jardínillos en Palencia durante los meses de julio y agosto. Se reclutan 69 niños entre los 6 y 14 años. Se realiza una encuesta de alimentación durante 4 días. Se analiza la información obtenida para energía, principios inmediatos, vitaminas, minerales y alimentos ingeridos. Se realiza un análisis descriptivo de las variables.

Resultados. La mediana de ingesta de fruta diaria en verano es 1 (Pc. 25-75 0,4 a 1,5) y de éstas, el melón (20%), el plátano (19%) y la manzana (13%), son las frutas preferidas por los niños. La mediana de

TABLA III.

% aportado por el desayuno sobre el total diario	Media ± DE
Energía	18,3 ± 6,1
Proteínas	13,3 ± 4,7
Hidratos de Carbono	22,6 ± 9
Fibra	12,5 ± 7,6
Grasas	17,7 ± 6,9
Calcio	37,4 ± 11
Hierro	16 ± 10,5
Sodio	14,5 ± 7,6
Vitamina A	23,3 ± 11,4
Vitamina B1	20 ± 10
Vitamina B2	32,5 ± 9,9
Ac. fólico	17,6 ± 9,9
Vitamina C	15,4 ± 14,5

ingesta de verdura diaria es 0,5 (Pc. 25-75 0,25 a 0,75) y son la ensalada mixta (28%), la lechuga (11%), y las judías verdes (11%) las más solitarias. La mediana de ingesta de zumos al día es 0,25 (Pc. 25-75 0 a 0,75) y son el zumo de naranja (58%), el de uva y melocotón (13%) y el zumo de piña (11%) los más ingeridos. No se ha encontrado asociación significativa entre la ingesta de fruta y verdura (p=0,06). La cantidad de fibra total en gramos ingerida ha sido de 17,1 ± 5. La cantidad de fibra, energía y principios inmediatos aportada por las frutas y verduras puede verse en la tabla II.

Conclusión. Se constata la escasa ingesta de fruta y verdura durante el verano en nuestra muestra. Es necesario insistir en las ventajas que este tipo de alimentos aportan en una dieta equilibrada.

EL DESAYUNO EN VERANO. L. Bertholt¹, S. Alberola López², M.C. González Torroglosa³, M.L. Ariza Sánchez³, E. Izquierdo Herrero³, I. Pérez García², J.M. Andrés de Llano³. ¹CS Aguilar de Campoo. Palencia. ²CS Jardínillos. Palencia. ³Complejo Asistencial de Palencia.

Objetivo. Analizar las características del desayuno durante el verano en una población infantil.

Población y Métodos. Se realiza un muestreo consecutivo de niños que acuden a consulta en los Centros de Salud de Aguilar de Campoo y Jardínillos en Palencia durante los meses de julio y agosto. Se reclutan 69 niños entre los 6 y 14 años. Se realiza una encuesta de alimentación durante 4 días. Se analiza la información obtenida para energía, principios inmediatos, vitaminas, minerales y alimentos ingeridos. Se realiza un análisis descriptivo de las variables.

Resultados: Los datos más relevantes se muestran en la tabla III. Tomaron a diario lácteos el 93%, hidratos de carbono el 84%, galletas el 22%, bollería industrial el 14%, cereales el 3%, zumos el 7% y frutas el 1%.

Conclusión. El desayuno supone el 18% del aporte energético diario. Los productos lácteos son la base del desayuno. La composición es adecuada aunque debería aumentar el aporte de fruta.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA EN EL HUCA: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. E. Larrea Tamayo, S. Lareu Vidal, J.J. Díaz Martín, S. Jiménez Treviño, C. Bousño García. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Desde su introducción hace más de 45 años, la endoscopia digestiva ha experimentado espectaculares avances. No obstante, la exploración endoscópica en niños sigue siendo menos utilizada, por las dificultades técnicas que entraña en los más pequeños y la tendencia a evitar métodos invasivos. La Unidad de Gastroenterología Pediátrica de nuestro centro realiza esta técnica desde el año 1979. El objetivo de nuestro trabajo es realizar un análisis descriptivo de las endoscopias realizadas en los últimos 5 años en nuestro centro.

Material y Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Se ha revisado la base de datos electrónica en la que se archivan todas las endoscopias realizadas por la Unidad de Gastroenterología Pediátrica del HUCA en el periodo comprendido entre Enero 2006 hasta Agosto 2011. Análisis estadístico mediante SPSS v19.

Resultados. Durante los 4 años y medio revisados, se realizaron un total de 327 endoscopias: 270 panendoscopias orales y 42 colonoscopias. En 15 pacientes se realizó una endoscopia alta y baja. La mediana de edad de los pacientes fue de 7 años (rango de 4 meses a 18 años), siendo un 50,5% varones y un 48,6% mujeres. El motivo de realización más frecuente fue la sospecha de enfermedad celiaca, seguido de epigastralgia y dolor abdominal no epigástrico. Un 33,3% de las endoscopias fueron normales, mientras que en el 66,6% restante hubo algún hallazgo patológico. Entre los más frecuentes destacan: gastritis (18,3%), asociado a úlcera gástrica en un caso, esofagitis (2,4%), duodenitis (1,8%), hallazgos compatibles con EII en un 4,9% y colitis inespecífica en un 2,1%. Se analizaron dos periodos de estudio, antes y después del 6/11/08. El 60,7% de las endoscopias se realizaron en la segunda mitad del estudio. No se observaron diferencias significativas ($p=0,08$) en el porcentaje de estudios con hallazgos patológicos, que fue de un 73,4% en el primer periodo frente a un 62,7% en el segundo. Todas las endoscopias se realizaron bajo sedación-analgésia en colaboración con la UCIP, sin complicaciones. No se registró ningún caso de perforación visceral. Los fármacos más utilizados fueron propofol y fentanilo en un 36,1% y ketamina y midazolam en un 41,9%. Tan sólo se utilizó anestesia general en 2 pacientes.

Conclusiones. La endoscopia digestiva en niños es una herramienta diagnóstica de gran ayuda, que cada vez se utiliza con mayor frecuencia. Realizada bajo sedación-analgésia en UCIP, ha demostrado ser una técnica segura.

MORBILIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS EN MENORES DE 2 AÑOS. ANÁLISIS DEL PAPEL DE LA LACTANCIA MATERNA. M. Fernández Francés¹, B. Domínguez Aurrecoechea², M.A. Ordóñez Alonso³, S. Ballesteros García⁴, J.I. Pérez Candás⁵, A. Aladro Antuña⁶. ¹CS La Corredoria Oviedo. ²CS Otero Oviedo. ³CS Pola de Laviana. ⁴CS La Lila Oviedo. ⁵CS Sabugo Avilés. ⁶CS Mieres Norte.

Antecedentes. Esta comunicación describe algunos de los resultados preliminares del estudio "Influencia de la asistencia a guarderías sobre la morbilidad y el consumo de recursos sanitarios en niños de entre 0 y 2 años".

Objetivo. Evaluar la influencia de la lactancia materna en la morbilidad y el consumo de recursos sanitarios en menores de 2 años.

Pacientes y método. Estudio multicéntrico longitudinal prospectivo. Participan personal sanitario y pacientes de Centros de Atención Primaria de las ocho áreas sanitarias de Asturias. Los sujetos son los niños menores de 2 años que acuden a las consultas de pediatría de los centros de salud. Criterio de inclusión: nacidos entre el 1/1/2010 y el 30/9/2010. Criterio de exclusión: niños con patología cardíaca, respiratoria o inmunodeficiencias graves. La recogida de datos se realiza mediante entrevista clínica en la consulta y de los registros de la historia clínica infor-

matizada a los 6, 12, 18 y 24 meses. El análisis estadístico lo realiza la Unidad de Consultoría Estadística de la Universidad de Oviedo, mediante el programa R (R Development Core Team 2009), versión 2.11.

Resultados. Se han incluido 1054 niños en la fase preliminar de los 6 meses. El 37,4% reciben lactancia materna más de 4 meses, el 33,5% menos de 4 meses y el 25,3% no la reciben. Se observa relación directa entre estudios superiores de la madre y lactancia superior a 4 meses y edad gestacional entre 32 y 37 semanas y ausencia de lactancia. No se observa relación entre lactancia natural y edad materna, situación laboral de la madre, existencia de hermanos, visitas a urgencias, visitas al pediatra e hiperfrecuentación a consultas.

Conclusiones. Parece necesario un mayor esfuerzo de fomento de la lactancia natural en madres con menor nivel cultural y en recién nacidos pretérminos de edad gestacional superior a 32 semanas. Los resultados de la influencia de la lactancia materna sobre la morbilidad y el consumo de recursos sanitarios de los niños estudiados pueden variar en fases posteriores de la investigación.

VITAMINAS LIPOSOLUBLES Y FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUIÍSTICA. D. González Jiménez¹, M.F. Rivas Crespo¹, C. Bousoño García¹, D. Acuña Quiros², S. Heredia González³, A. Sojo Aguirre⁴, A. Lázaro Almaraz⁵. ¹Servicio Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Servicio Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Servicio Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Bilbao. ⁵Servicio Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos. Los procesos en los que esté implicada la malabsorción de grasas como la fibrosis quística (FQ) precisan de suplementación específica de vitaminas liposolubles para evitar su deficiencia. Existen estudios que asocian el daño pulmonar con déficit de sustancias antioxidantes. Nuestro objetivo fue analizar la relación entre la función pulmonar y los niveles séricos de vitaminas liposolubles en niños y adultos jóvenes con FQ.

Material y métodos. Estudio multicéntrico descriptivo y trasversal. En el estudio participaron 4 hospitales universitarios nacionales. En 100 pacientes (48% varones) con FQ entre 6 y 24 años, clínicamente estables (ausencia de tos, fiebre, expectoración o hemoptisis), se determinaron los niveles séricos de retinol, 25 OH vitamina D, α -tocopherol y el ratio α -tocopherol/colesterol y parámetros de función pulmonar mediante espirometría forzada: volumen espiratorio en el primer segundo (VEMS), capacidad vital forzada (CV) y flujo espiratorio forzado entre el 25 y el 75% de la capacidad vital (FEV 25-75). Análisis estadístico: coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Estudio de regresión con ajuste multivariable. Kruskal-Wallis y test de tendencia lineal Jonckheere-Terpstra.

Resultados. La edad media fue $13,75 \pm 3,52$ años. Un 12% eran suficientes pancreáticos. Los niveles de retinol sérico se correlacionaron positivamente con el VEMS ($r=0,315$ $p=0,002$), el FEV25-75 ($r=0,240$ $p=0,021$), y el ratio α -tocopherol/colesterol ($r=0,279$ $p=0,005$). La asociación entre VEMS y retinol se mantuvo incluso tras ajustar por el estado de suficiencia pancreática y el ratio α -tocopherol/colesterol (coeficiente B=0,27 $p=0,006$). Los pacientes con déficit de vitamina A presentaban valores medios de VEMS más bajos comparados con los que tenían niveles normales y elevados de vitamina A: 68 ± 11 vs 85 ± 19 y 90 ± 18 $\mu\text{g/dl}$ ($p=0,011$) respectivamente y se observó una tendencia lineal ascendente entre el VEMS y los niveles de retinol sérico de los pacientes ($p=0,007$). No se encontró correlación entre los niveles séricos de vitaminas D y E, con los parámetros de función pulmonar analizados.

Conclusiones. El aumento de los niveles de vitamina A en pacientes con FQ en situación de estabilidad clínica, se asocia con una mejor función pulmonar. Dicha relación es independiente de su función pancreática y de los niveles de otras vitaminas con función antioxidante.

¿PERFORACIÓN INTESTINAL AISLADA O ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE? A. López López, C. Granell Suárez, N. Vega Mata, C. Montalvo Avalos, M. Oviedo Gutiérrez, A. Gómez Farpón, E. Valdés Diéguez, J.A. Álvarez Zapico. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La perforación intestinal (PI) en el periodo neonatal está frecuentemente asociada a enterocolitis necrotizante (ECN) u oclusión intestinal. En ausencia de estas condiciones, la PI es conocida como perforación intestinal aislada (PIA). Ésta es una patología infrecuente, y se presenta generalmente en neonatos prematuros de bajo peso, al igual que la ECN, planteando su diagnóstico diferencial grandes dificultades. Aunque su etiología es desconocida, parece estar asociada a hipoxia perinatal o defectos congénitos de la pared muscular.

Caso clínico. Presentamos el caso de una recién nacida pretérmino (31+2 semanas de gestación) de 1360 gramos, nacida por cesárea urgente por desprendimiento de placenta. Procedente de embarazo controlado, con diagnóstico de preeclampsia a las 28 semanas, y requiriendo administración de Betametasona pre-parto para maduración pulmonar.

Tras un periodo de tolerancia oral irregular, comenzó al 5º día de vida con inestabilización hemodinámica, distensión abdominal progresiva y aspirado biliario por sonda nasogástrica. El control analítico evidenció una elevación de los reactantes de fase aguda y la radiografía de abdomen puso de manifiesto la presencia de neumoperitoneo sin signos de neumatosis intestinal, por lo que fue intervenida de urgencia. En la cirugía se apreció únicamente perforación de ileon proximal, sin afectación del resto de asas de intestino, por lo que se efectuó una resección del segmento afectado e ileostomías de cabos separados.

Durante el postoperatorio se instauró nutrición parenteral y tratamiento antibiótico con amikacina, vancomicina y clindamicina, evolucionando la paciente correctamente, pudiendo introducirse la alimentación oral al 8º día. En el cultivo del líquido peritoneal se aisló *Klebsiella oxytoca*, y el estudio histológico mostró cambios inflamatorios inespecíficos en el área de perforación, hallando resto de intestino normal. A los 45 días de vida, y tras la realización de enema opaco que no mostró alteraciones, se llevó a cabo la reconstrucción del tránsito intestinal. La paciente evolucionó favorablemente, respondiendo satisfactoriamente a la reintroducción de la alimentación oral y con ganancia ponderal adecuada, por lo que fue dada de alta al mes y medio de vida. En el momento actual es controlada en consulta, constatándose la ausencia de sintomatología y el correcto estado nutricional de la paciente.

Conclusiones. Ante la aparición aislada de PI, en ausencia de signos característicos de ECN, debemos sospechar esta entidad patológica. El diagnóstico es confirmado mediante el estudio histológico, en el que se describen cambios inflamatorios inespecíficos en la región afectada, con normalidad del intestino distal y proximal a la perforación.

PATOLOGÍA OVÁRICA COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA. R. Sancho Gutiérrez, E. García Valle, S. Benito Fernández, M. Palacios Sánchez, C. Naranjo González, L. Guerra Díez, L. Álvarez Granda. Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. El dolor abdominal agudo en niñas preadolescentes constituye una consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricas. El diagnóstico diferencial es amplio siendo fundamental identificar aquellas situaciones que requieren una intervención precoz. Dentro de estas situaciones se encuentra la patología ovárica, y concretamente la torsión ovárica. Sin embargo, la clínica, la exploración física y las pruebas de imagen en la mayor parte de los casos no son concluyentes por lo que habitualmente el diagnóstico definitivo se realizará mediante laparotomía/laparoscopia exploratoria.

Material, métodos y resultados. Se describen el caso de 3 niñas prepúberes que consultaron en nuestro servicio por abdominalgia de varias horas de evolución asociando vómitos y estreñimiento. Las 3 presentaban dolor a la palpación en fosa ilíaca con sensación de masa suprapúbica a la exploración. La ecografía abdomino-pélvica orientó el diagnóstico de torsión de ovario en 2 de ellas y torsión de teratoma ovárico en otra. Fueron intervenidas quirúrgicamente realizándose anexectomía del ovario afectado con buena evolución posterior.

Conclusiones. La torsión ovárica es una patología relativamente poco frecuente; sin embargo, es primordial incluirla en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en preadolescentes ya que con un diagnóstico e intervención precoz el pronóstico es excelente incluso permitiendo en ocasiones preservar el ovario afectado.

RECUPERACIÓN DE LA CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA EN UN MODELO ANIMAL INFANTIL DE PARADA CARDIACA ASFÍCTICA: IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS MINUTOS. B.C. Fernández Barrio¹, J. López-Herce Cid², S. Mencía Bartolomé², J.M. Bellón Cano³. ¹Servicio de Pediatría. Hospital San Agustín. Avilés. ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, ³Departamento de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos. A pesar de los esfuerzos para prevenir la parada cardiorrespiratoria (PCR) y para mejorar los cuidados antes, durante y después de la misma, la supervivencia apenas se ha modificado en las últimas cuatro décadas. Se han ensayado distintos fármacos vasoactivos durante la reanimación cardiopulmonar, sin que ninguno haya demostrado hasta la fecha ser superior a la adrenalina. El objetivo de este estudio es analizar los factores relacionados con la recuperación de la circulación espontánea en un modelo animal infantil de parada cardiorrespiratoria asfíctica.

Métodos. Se incluyeron en el estudio 71 lechones de estirpe Maryland. Una vez intubados y sometidos a ventilación mecánica (volumen tidal 10 ml/kg, FiO₂ 40%, frecuencia 20 rpm, PEEP 4 cmH₂O) permanecieron sedoanalgesiados y miorelajados con propofol, fentanilo y atracurio. Se indujo la asfisia mediante desconexión del respirador durante un mínimo de 10 minutos. Una vez constatada la PCR se iniciaron maniobras de RCP según las normas internacionales, distribuyendo a los animales en 4 grupos terapéuticos: adrenalina a dosis estándar (ADe, 0,01 mg/kg/3 min); adrenalina a dosis elevadas (ADa, 0,01 mg/kg y siguientes dosis 0,1 mg/kg); terlipresina (T, 20 µg/kg/6 min); adrenalina más terlipresina (A+T). En todos los grupos se administró bicarbonato a los 9 y 18 minutos de RCP. Se registraron datos hemodinámicos (TA invasiva, PVC, presión arterial pulmonar, índice cardiaco, resistencias vasculares, volúmenes intratorácicos...), respiratorios (saturación transcutánea de oxígeno, CO₂ espirada), perfusionales (oximetría cerebral y renal, pH intragástrico) y analíticos (gasometría, hemograma y bioquímica) en estado basal, durante la desconexión, la RCP y la RCE. Los datos obtenidos del análisis estadístico se expresan en media+desviación típica.

Resultados. Se recuperaron un total de 26 animales (36,6%), de los cuales 11 lo hicieron en los 3 primeros minutos, antes de recibir media-

ción vasoactiva, y 15 lo hicieron tras haber recibido uno de los 4 grupos terapéuticos. El grupo terapéutico con mayor tasa de recuperación fue el grupo A+T (A+T 46,7%, ADe 20%, ADA 26,7%, T 6,7%), aunque no se alcanzó significación estadística.

Analizando el periodo asfíctico con el fin de identificar factores previos a la PCR relacionados con la recuperación de la circulación espontánea se compararon los animales recuperados (RCE) respecto a los no recuperados (no RCE). No se encontraron diferencias en estado basal ni a los 5 minutos de asfíxia en ningún parámetro hemodinámico, respiratorio o perfusional. En cambio, a los 10 minutos de insaturación de la asfíxia los animales que más tarde alcanzaron la RCE presentaban una TA sistólica ($p=0,034$) y media ($p=0,021$) más elevadas, y en la gasometría arterial una PaCO_2 más baja ($p=0,005$) y un bicarbonato más alto ($p=0,04$).

El ritmo ECG asociado a un mejor pronóstico fue la actividad eléctrica sin pulso (43,1% de RCE), y el de peor pronóstico la fibrilación ventricular (0% de RCE).

Tras un análisis multivariante y de regresión logística, solamente una pCO_2 arterial en rango bajo a los 10 minutos de desconexión demostró un factor predictivo de supervivencia estadísticamente significativo ($p=0,021$).

Conclusiones. En nuestro modelo animal, el mantenimiento de una hemodinámica y una oxigenación-ventilación satisfactorias durante el periodo de asfíxia se asocian con una mayor tasa de recuperación de la circulación espontánea, apoyando el papel fundamental de la prevención y manejo del paciente crítico en el ámbito de la PCR pediátrica.

Viernes 25 de Noviembre, Sala 2

NEUROLOGÍA, GENÉTICA Y ENDOCRINOLOGÍA

RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN SUJETOS AFECTADOS DE UNA TALLA BAJA SECUNDARIA A UN DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO O A SER PEQUEÑOS PARA SU EDAD GESTACIONAL. B. Bautista, E. González, P. González, E. García Serrano, A. Hortal, P. Domínguez, A. González, P. Prieto. Unidad de Endocrinología Infantil. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. Desde que la hormona de crecimiento recombinante (GHr) comenzó a utilizarse en la década de los 80 como tratamiento en el déficit de hormona de crecimiento (DGH) son múltiples las patologías que han entrado dentro de sus indicaciones. La respuesta al tratamiento es variable en cada una de las indicaciones.

Hipótesis y objetivos: describir y comparar la respuesta al tratamiento con GHr que tienen el DGH y aquellos niños con talla baja secundaria a ser pequeños para su edad gestacional (PEG)

Pacientes y métodos. Se realiza un estudio retrospectivo observacional en 53 pacientes seleccionados al azar con el diagnóstico de talla baja secundaria a DGH o a PEG. Se analizan y comparan datos referentes a talla al inicio y final de tratamiento, velocidad de crecimiento (VC), niveles de IGF1, ganancia de talla respecto a su talla diana y aparición de efectos secundarios. Las variables se transformaron a desviaciones estándar (DS) para facilitar su análisis.

Resultados. La talla media inicial del grupo de DGH fue de -3,14 DS, siendo -3,02 DS la de los niños PEG. Se encontró mayor porcentaje de varones ($p=0,023$) en el grupo de DGH (70%) respecto al de CIR (52%). La VC media durante el primer año de tratamiento fue de 5,13 DS en grupo de DGH y 3,63 en el grupo de PEG disminuyendo en pro-

gresivas revisiones hasta 2,20 y 0,27 respectivamente el último año de tratamiento. Los pacientes con DGH mejoran en cada revisión su talla finalizando el tratamiento con una talla de -0,79 DS, superando su talla diana que era de -1,19 DS. Por el contrario, los PEG mejoraron su talla progresivamente excepto en el momento del estirón puberal, finalizando el tratamiento con una talla de -1,87 DS, sin superar su talla diana que era -1,07 DS. Se registraron efectos secundarios en el 19% de los sujetos tratados, siendo todos ellos leves. El efecto secundario al tratamiento más frecuente fue la elevación en los niveles de insulina.

Conclusiones. El tratamiento con GHr es efectivo en niños afectados de talla baja secundaria DGH y a PEG. La respuesta al tratamiento es mejor en aquellos que presentan una alteración en la formación de GH.

PRADER-WILLI EN EL PERÍODO NEONATAL. J. Posadilla Andrés, S. de Pedro del Valle, R. Elices Crespo, J.M. Garrido Pedraz, M.L. Carbayo Tardáguila, M.A. García Blanco, L. Merinos Marcos. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. El síndrome de Prader-Willi (SPW) es un trastorno congénito no hereditario cuya incidencia se aproxima a 1/10.000 nacidos, de los cuales la gran mayoría son varones. Se debe a la delección de la región 15q11-13 de procedencia paterna, sumado al fenómeno de imprinting sobre los genes maternos, dando como resultado una ausencia de función en esa región. Las manifestaciones clínicas fundamentales son la hipotonía muscular y problemas para la alimentación en el periodo neonatal, desarrollo mental deficiente, hiperfagia y obesidad a partir de los dos años, e hipogonadismo acompañado de talla baja y rasgos físicos peculiares. El diagnóstico definitivo es genético y es inusual realizarlo en el periodo neonatal, ya que el fenotipo de los recién nacidos afectados suele ser muy sutil, llamando la atención un síndrome hipotónico del cual deberemos descartar múltiples trastornos posibles. Es importante conseguir un tratamiento multidisciplinar (neurología, endocrinología, psicología...).

Caso 1. Recién nacida a término de diez días de vida que ingresa para estudio de síndrome hipotónico sumado a mioclonias fisiológicas en vigilia y sueño, y fallo de medro. En la exploración se constata una importante hipotonía de miembros y eje, con reflejos del recién nacido y osteotendinosos normales. Facies con estrechez del diámetro bifrontal, ojos almendrados, pabellones auriculares de baja implantación y discreta retrognatia. El estudio bioquímico así como la ecografía cerebral son normales. Ante la alta sospecha de Prader-Willi se realiza análisis citogenético con resultado positivo.

Caso 2. Recién nacida pretérmino (36sem) que nace por cesárea tras determinarse patrón fetal poco reactivo. Durante su ingreso neonatal se observa una hipotonía generalizada y pobre reactividad que determinan su derivación a neurología infantil. El estudio del síndrome hipotónico se resuelve tras el análisis citogenético siendo diagnosticada de Prader-Willi. Actualmente tiene cuatro años de edad. Su desarrollo motor es favorable y destaca un retraso en el lenguaje. A la exploración física lo más llamativo es la obesidad y la talla baja. Recibe medidas de apoyo terapéutico en consultas tales como neurología, neumología o endocrinología.

Conclusiones. Los síndromes hipotónicos en el neonato son un gran reto diagnóstico. Existen innumerables diagnósticos diferenciales que requieren un seguimiento complejo del paciente hasta esclarecer la causa del mismo. En el primer caso, los rasgos dismórficos de la niña, así como su importante hipotonía llevo a esclarecer el trastorno responsable de una manera temprana. En el segundo, fue el síndrome hipotónico lo que le llevó al estudio, el cual sólo obtuvo el resultado definitivo tras el análisis genético.

ASPECTOS ÉTICOS EN EL SÍNDROME DE EDWARDS. M.C. González Torroglosa, M.L. Ariza Sánchez, E. Maldonado Ruiz, M.L. Bertholt, T. Cantero Tejedor, J.M. Bartolomé Porro, J.E. Fernández Alonso, J.M. Andrés de Llano. *Complejo Asistencial de Palencia.*

Objetivo. Analizar las características que concurren en la actuación y cuidados de un neonato con trisomía 18 desde los puntos de vista ético, deontológico y legal.

Caso clínico. El Servicio de Pediatría tiene conocimiento del caso tres días antes del nacimiento. Se nos avisa de la existencia de una gestante con sospecha clínica de un feto afecto de trisomía 18 mediante cribado analítico. A la familia se le había ofrecido la posibilidad de diagnóstico genético por amniocentesis que rechazó. Un miembro de la Unidad Neonatal citó a la familia para hablar de los distintos escenarios posibles que podrían presentarse al nacimiento y se les consultó sobre su deseo de la actitud a seguir por los distintos facultativos en el caso de precisar medidas extraordinarias.

El día del nacimiento, la familia manifiesta de forma expresa que no desea que se realicen medidas extraordinarias entendidas como intubación orotraqueal y ventilación mecánica. La secuencia de hechos es que el neonato nace con fenotipo característico de Síndrome de Edwards pero con buena vitalidad para posteriormente comenzar con dificultad respiratoria creciente. Se dispuso del cariotipo selectivo de trisomía 18 a las 48 horas. En el primer día precisó oxigenoterapia con presión de distensión continua (CPAP). Las necesidades de oxígeno fueron subiendo progresivamente hasta valores del 80%. El neonato comenzó a presentar episodios de apneas con bradicardia en los que la familia solicitó su reanimación, considerando que mantenía esperanzas de que el diagnóstico genético no fuera confirmatorio, pero esta actitud se mantuvo en todo momento tras conocer el resultado del cariotipo.

El paciente estuvo monitorizado de sus constantes vitales, precisó fluidoterapia intravenosa, nutrición enteral a débito continuo, antibioterapia, analgesia y sedación intravenosa. Se realizaron pruebas analíticas, radiológicas y ecográficas.

Los momentos de mayor conflicto se presentaron ante las demandas frecuentes de atención para con el personal sanitario (médicos y enfermeras) en los momentos de apneas en los que el padre, presente en la Unidad Neonatal, solicitaba reanimación intensa con utilización de adrenalina y sin intubación ni ventilación mecánica.

Mantuvimos varias reuniones para indicar a la familia sobre el sentido clínico de hacer reanimaciones incompletas (ventilación con ambú, masaje cardiaco y utilización de adrenalina) sin intubación y ventilación mecánica en los distintos estadios por los que pasó el neonato en su fase terminal. La relación para con el personal sanitario por estos motivos suscitó momentos de gran tensión por los aspectos éticos, deontológicos y legales que se mezclaban. El interés de este trabajo reside en la discusión de todos los puntos de vista planteados (demandas de la familia, planteamiento del personal sanitario, consultas a comités de ética y deontológicos, etc) y la necesidad de conocerlos y estar preparados para ello.

MALFORMACIONES OCULARES UNA CAUSA DE DISCAPACIDAD INFANTIL. P. del Villar Guerra, I. Sevillano Benito, E. Infante López, S. Caserío Carbonero, H. Sánchez Tocino, M^a J. Sánchez Marcos. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Las malformaciones oculares constituyen un grave problema sanitario en relación con la discapacidad. Mientras que en países subdesarrollados las causas infecciosas y las carenciales son las primeras causas de malformaciones oculares, en países desarrollados

los trastornos congénitos son una causa muy importante de ceguera total o parcial.

Objetivo. Describir los casos de malformación ocular diagnosticadas en nuestra unidad durante un año.

Material y método. Durante el año 2010 se revisaron los informes de alta de nuestra unidad, recogiendo, describiendo y realizando seguimiento de todo tipo de malformaciones oculares.

Resultados. *Caso 1.* Estafiloma anterior congénito: es un trastorno ectásico donde una córnea opaca recubierta en la parte posterior por tejido uveal sobresale a través de la fisura palpebral. La mayoría de los casos son unilaterales y con pronóstico visual variable. Presentamos el caso de un recién nacido varón, sin antecedentes familiares, prenatales, ni perinatales de interés, diagnosticado de estafiloma congénito bilateral con evolución muy desfavorable. Tras múltiples episodios de luxación del globo ocular izquierdo y presentar microperforaciones con salida de contenido se decidió enucleación y posterior colocación de prótesis. El ojo derecho fue sometido a un trasplante de cornea, después del cual tuvo un desprendimiento de retina. Actualmente esta en seguimiento en la Consulta de Oftalmología y con apoyo de la fundación ONCE debido a su situación de ceguera total.

Caso 2. Aniridia: es la ausencia (hipoplasia parcial o completa) de iris, con hipoplasia foveal asociada. Es una anomalía rara. Puede darse de forma aislada o como parte del Síndrome WARG (tumor de Wilms, aniridia, retraso mental, alteraciones genitourinarias). Suele ser de tipo bilateral y parcial. Aproximadamente el 85% de los casos, son familiares. La agudeza visual de los pacientes suele estar afectada y pueden presentar a su vez patología oftalmológica asociada (nistagmus, estrabismo, ambliopía, glaucoma, cataratas...). Presentamos el caso de un recién nacido mujer, sin antecedentes familiares, prenatales, ni perinatales de interés diagnosticada al nacimiento de aniridia parcial bilateral. En exploraciones complementarias presenta: Estudio citogenético; cariotipo 46XX con delección del cromosoma 11 (región p11.2p14). Actualmente esta en seguimiento por la consulta de Oftalmología para seguimiento visual y de Neonatología por el riesgo de desarrollar tumor de Wilms y/o retraso mental.

Conclusiones. Las malformaciones congénitas oculares son una entidad poco frecuente, con pronóstico variable. El conocimiento de las mismas determinará un diagnóstico precoz que en algunos casos determinara una mejor evolución visual y un menor grado de discapacidad.

VARÓN 46 XX. E.M. Maldonado Ruiz, M.L. Ariza Sánchez, M.C. González Torroglosa, M.L. Bertholt, S.I. De La Torre Santos, A. Peña Valencija, M.T. Cantero Tejedor, I. Rojo Fernández. *Complejo Asistencial de Palencia. Servicio de Pediatría. Palencia.*

Introducción. El trastorno de la diferenciación sexual testicular (o varón 46XX) suele diagnosticarse durante la pubertad al consultar por hipogonadismo, ginecomastia o esterilidad. El 15% puede tener malformaciones genitales como criptorquidia, hipospadias o ambigüedad genital. Se estima una frecuencia de 1 caso por cada 20.000 -25.000 recién nacidos varones. Aproximadamente en el 90% de los casos se detecta el gen SRY, gen primordial en el proceso de diferenciación sexual. En la mayoría de casos es translocado al cromosoma X durante la meiosis paterna.

El objetivo de nuestro estudio es analizar el caso de un varón 46XX.

Se trata de un varón de 12 años que consulta por retraso del lenguaje y dificultades escolares, especialmente en la comprensión lectora y expresión oral. Niega ingesta de fármacos. No tiene antecedentes de interés.

En la exploración física destaca ginecomastia bilateral de 3 cm de diámetro, pubarquia y axilarquia en estadio 4 de Tanner, volumen testicular de 3 ml en bolsas escrotales y pene infantil sin hipospadias. La talla está en percentil 97, acorde a su talla diana.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias: Cariotipo constitucional 46 XX (en dos muestras de sangre diferentes). Estudio molecular del gen SRY positivo. LH y FSH muy elevadas con testosterona descendida, confirmando un estado de hipogonadismo hipergonadotrópico. La ecografía abdominal no muestra hallazgos patológicos. El resto del estudio fue normal.

Con diagnóstico de varón 46 XX (SRY positivo) se plantea tratamiento con testosterona para alcanzar un tamaño peneano adulto. Con pubertad completa se puede beneficiar de implantación de prótesis testiculares. Un seminograma confirmará azoospermia. Puede precisar tratamiento quirúrgico de ginecomastia, así como apoyo psicológico.

Conclusión. El interés del caso radica en la rareza del mismo. Destacamos la importancia de una exploración sistemática del desarrollo puberal para diagnosticar precozmente posibles patologías, especialmente ante la discordancia entre adrenergia y gonadarquia.

SÍNDROME BIOPERULAR O DE FOIX-CHAVANY-MARIE. C.E. González Álvarez, P. Flórez Díez, A. Sario Jamaro, R. Blanco Lago, I. Málaga. Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El síndrome opercular (SO) es una parálisis pseudobulbar cortical producida por lesiones del opérculo cerebral anterior y caracterizada por diplegia facio-faringo-gloso-masticatoria, debilidad facial con disociación volitivo-automática y grave alteración del habla y la deglución. Su origen puede ser congénito, relacionándose con trastornos de la migración neuronal o adquirido, presentándose con mayor frecuencia en adultos asociado a enfermedad cerebrovascular y en niños a infecciones del sistema nervioso central (especialmente virus herpes).

Casos clínicos. Caso 1. Gestación a término presentando seroconversión para CMV en el primer trimestre y CIR en ecografías prenatales. Parto eutócico vaginal. Apgar 9/10. PRN: 2,2 kg. PC 31 cm (P10). En TAC craneal practicado durante los primeros días de vida se observa atrofia cortico-subcortical, ventriculomegalia más marcada en astas temporales y frontales, y calcificaciones periventriculares. En EEG neonatal se evidencia foco lesivo y lentificación de actividad de base temporal izquierda. Cultivo para CMV positivo en LCR y orina. Hipoacusia neurosensorial bilateral. A los 9 años de edad presenta importante trastorno del lenguaje, babeo y dificultad en la masticación y deglución compatible con SO. Escolarizado en colegio normal con apoyos específicos. No se dispone de valoración psicométrica.

Caso 2. Niña de 2 años que presenta cuadro de fiebre de hasta 39,7°C, irritabilidad y cambio en el comportamiento, y posteriormente, crisis parciales consistentes en movimientos clónicos de comisura labial derecha y párpado superior izquierdo sin pérdida de consciencia. Ante sospecha de encefalitis se inicia tratamiento iv con aciclovir. En RMN se observan lesiones bilaterales en regiones perisilvianas y lóbulos temporal y parietal, más marcadas en hemisferio derecho. Presenta como secuelas trastorno de la deglución (requiriendo alimentación mediante SNG) y del habla, aunque comprende e intenta comunicarse.

Comentarios. El SO pone de manifiesto una estrecha relación entre la somatotopía en el sistema nervioso central y las secuelas lesionales. Es importante instaurar un tratamiento foniatrico/logopédico precoz para tratar de minimizar las minusvalías secundarias y adquirir un sistema de comunicación alternativo. El pronóstico de recuperación

del lenguaje es pobre, sin embargo algunos pacientes recobran un patrón normal de deglución.

CARACTERÍSTICAS DE LOS EPISODIOS PAROXÍSTICOS FEBRILES CON NIVEL 1 Y 2 DE CLASIFICACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. I. Alegría Echauri, D. Álvarez González, L. Guerra Díez, E. Alegría Echauri, L. Cueli del Campo, A. García Albalá, M.J. Cabero Pérez, L. Álvarez Granda. Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Los pacientes menores de 5 años pueden presentar un episodio convulsivo en el contexto de un cuadro febril poco evolucionado.

Objetivo. Analizar las características clínicas de los pacientes atendidos en urgencia pediátrica por sospecha de convulsión febril, clasificados por edad y sexo. Determinar las pruebas complementarias realizadas, evolución y tratamiento instaurado.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes clasificados en urgencias de pediatría como nivel 1 y 2 por sospecha de episodio convulsivo febril entre enero y abril de 2011. Descartados trastornos paroxísticos afebriles. Análisis estadístico por SPSS.v.15.

Resultados. Atendidos 530 pacientes con nivel 1 o 2. Seleccionados 41 pacientes (25 niños: 61%, 16 niñas: 39%), edad media 29,26 ± 19,97 meses. En el 68,3% de los pacientes es primer episodio. El 73,2% es trasladado por el 061. Respecto a las características de las crisis; son generalizadas en 87,8%, con predominio de tónico clónicas. La media de duración es 5,97 ± 8,36 minutos. En la unidad de urgencias no se precisó tratamiento para controlar la crisis hasta en el 85%. Se realizan pruebas complementarias en 28 pacientes (68,29%): Medias: pH: 7,37 ± 0,97; Leucocitos 12.737,50 ± 6.419,45; glucosa: 136,96 ± 38,38; PCR: 1,32 ± 1,38; no se observan diferencias por edad. No se detectaron condensaciones radiológicas. Dos test gripales positivos. Precisan ingreso en observación 19 casos (46,3%); estancia media 53,5 horas (mediana 24 horas). El diagnóstico más prevalente fue: convulsión febril típica en paciente con síndrome febril sin foco (43,9%) e infección respiratoria (34,1%); en dos casos se constató status convulsivo y un paciente fue diagnosticado de encefalomiélitis aguda diseminada. Se inició tratamiento antibiótico en 10 casos.

Conclusiones. Las convulsiones febriles constituyen un cuadro clínico potencialmente grave que requiere un nivel de clasificación y asistencia urgente, generando importante preocupación y ansiedad en los padres. En nuestra serie la mayor parte de los casos se producen en el contexto de un proceso febril de características víricas. La mayoría de los pacientes no requirieron una estancia superior a 24 horas.

EPILEPSIA BENIGNA DE LA INFANCIA A PAROXISMOS CENTRO-TEMPORALES ATÍPICA DE AICARDI. P. Flórez Díez, C.E. González Álvarez, A. Sario Jamaro, R. Blanco Lago, F. Villanueva*, I. Málaga. Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría; *Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Antecedentes. Las epilepsias benignas focales de la infancia (EBFI) son los trastornos epilépticos más frecuentes en pediatría. Todos ellos podrían presentar una etiología subyacente común, constituyendo el Síndrome de Susceptibilidad a crisis benignas de la infancia (BCSS). Esta entidad, recientemente descrita por Panayiotopoulos, incluiría las formas mayoritarias más frecuentes (epilepsia rolándica (EBI), síndrome de Panayiotopoulos), así como otras formas atípicas mucho menos frecuentes y con peor pronóstico como la EBI Atípica de Aicardi, el síndrome de punta-onda continua durante el sueño lento (EPOCS),

el estatus epiléptico eléctrico durante el sueño lento (ESES) y el síndrome de Landau-Kleffner.

Casos clínicos. *Caso 1.* Niña de 7 años diagnosticada de EBI a paroxismos centro-temporales (EBIPCT) y tratada con valproato. Consulta por cambio de carácter, deterioro del rendimiento escolar y aumento del número de crisis. Se realiza SPECT cerebral que evidencia una ligera hipoactividad temporal izquierda, y vídeo-EEG con privación de sueño que muestra actividad de puntas centro-temporales en hemisferio izquierdo, diagnosticándose EBIPCT Atípica de Aicardi y tratándose con valproato y clobazam con mejoría posterior. *Caso 2.* Niño de 11 años con diagnóstico previo de EBIPCT y tratado con valproato. Relata empeoramiento del rendimiento escolar y problemas de desorientación temporoespacial. Se realiza SPECT cerebral, evidenciándose un área hiperfundida frontal superior derecha y vídeo-EEG con privación de sueño observándose un foco temporal derecho. Se diagnostica de EBIPCT Atípica de Aicardi. Se asocia clobazam al tratamiento con buena respuesta. *Caso 3.* Niño de 6 años diagnosticado de EBIPCT. Consulta por aumento del número de crisis, empeoramiento del rendimiento escolar y cambio de carácter. Se realiza un vídeo-EEG con privación de sueño que presenta un foco de puntas centro-temporales en el hemisferio derecho, una RMN que es normal y una SPECT cerebral con un área hiperactiva temporal derecha. Se diagnostica de EBIPCT atípica de Aicardi y se trata con clobazam presentando una buena evolución clínica.

Comentarios. Ante un paciente diagnosticado de EBI que presenta un aumento del número de crisis, deterioro cognitivo y/o trastornos del aprendizaje se ha de sospechar una evolución de la EBI hacia uno de los cuadros atípicos que forman parte del espectro de la epilepsia benigna de la infancia.

EPILEPSIA MIOCLÓNICA BENIGNA DE LA INFANCIA. UN CASO CLÍNICO. *E. García, R. Pardo, P. Serrano, E. Lombraña, L. Calle, C. Iñesta, C. del Busto, V. García. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. La epilepsia mioclónica benigna de la infancia es una entidad poco frecuente, que representa el 2% de las epilepsias en los 3 primeros años de vida. Presentamos el caso clínico de un niño de 2 años y medio, documentado con vídeo.

Caso clínico. Niño de 30 meses, previamente sano, que presenta episodios de escasos segundos de duración de extensión brusca de extremidades superiores en ocasiones acompañados de hiperextensión cervical, tanto en vigilia como en sueño, sin asociar movimientos de extremidades inferiores ni desconexión con el medio. No presenta cambios en el carácter, cefalea, vómitos o pérdida de habilidades adquiridas. No presenta antecedentes personales, ni familiares de interés salvo epilepsia en rama materna. La exploración neurológica del niño resulta normal, así como los análisis sanguíneos realizados (incluyendo pruebas de función hepática, TSH, metabolismo del hierro, lactato y amonio). La familia aporta vídeo documentado de los episodios, sugerentes de mioclonías. En el EEG realizado aparecen descargas punta-onda y polipunta-onda irregulares de alto voltaje, con un máximo frontocentral, correspondiéndose clínicamente en el sueño ligero (fases I y II NREM) con mioclonías de ambas EESS y a veces también en piernas. La resonancia magnética cerebral resulta normal. Con la sospecha de epilepsia mioclónica benigna de la infancia, se inicia tratamiento con ácido valproico hasta dosis de 30 mg/kg/día con desaparición completa de los episodios. Dos años después, el desarrollo psicomotor es normal y no presenta crisis.

Conclusiones. La epilepsia mioclónica benigna de la infancia es una entidad poco frecuente, con unas manifestaciones clínicas caracte-

rísticas y evolución generalmente favorable, con buena respuesta a los tratamientos farmacológicos habituales.

¿MIGRALEPSIA O MIGRAÑA Y EPILEPSIA? *A. Sariego Jamaro, R. Blanco Lago, I. Málaga. Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Antecedentes. La migraña y la epilepsia son dos de los motivos más frecuentes de consulta en Neuropediatría, presentándose ambos como fenómenos paroxísticos con una fisiopatología, clínica y en algunas ocasiones opciones terapéuticas (neuromoduladores) superponibles. La frágil frontera entre ambas entidades (y las dificultades en el diagnóstico diferencial) se ponen aún más de manifiesto en el caso de epilepsias occipitales idiopáticas. El término migralepsia es actualmente objetivo de controversia entre los diferentes expertos y está incluido en la clasificación ICHD-II bajo la denominación de *crisis comiciales desencadenadas por migraña*. Según algunos autores, la migralepsia es una entidad poco frecuente, pero otros opinan que probablemente se encuentre infradiagnosticada.

Casos clínicos. *Caso 1.* Niña de 4 años sin antecedentes de interés que presenta cuadro de 5 días de evolución de cefalea punzante hemicraneal derecha con náuseas, palidez cutánea, sonofobia y fotofobia. Posteriormente presentó cuadro confusional y en el contexto del mismo crisis clónica (clonías de las 4 extremidades). Se le practicaron pruebas complementarias con TAC craneal, estudio microbiológico, celular y bioquímico de LCR y analítica sanguínea que fueron normales y RMN presentando imagen de hiperintensidad sutil en hipocampo derecho y vídeo-EEG que ponía de manifiesto lentificación de la actividad de base en regiones temporal y parietal derechas. Exploración neurológica normal. Al alta no recibe tratamiento alguno. No había presentado episodios similares previamente y no ha vuelto a presentar un cuadro similar hasta la fecha.

Caso 2. Niño de 13 años que presenta primer episodio de crisis tónico-clónica generalizada. El paciente refiere que previo al episodio visualizó una luz coloreada, multicolor en campo visual izquierdo. No cefalea previa ni en los momentos inmediatamente posteriores tras la crisis. Cefalea retroorbitaria inmediatamente tras su ingreso en planta de hospitalización. Vídeo-EEG, RMN y estudio analítico normales/inespecíficos. Al alta no recibe tratamiento y por el momento no ha presentado nuevos episodios similares.

Comentarios. Es necesario conocer las epilepsias occipitales idiopáticas en el diagnóstico diferencial de los episodios de migraña en niños. Posiblemente sea preciso redefinir el término migralepsia bajo unos criterios menos rígidos que los de la actual clasificación ICHD-II. Probablemente en contraposición a la migraña, tanto las epilepsias occipitales idiopáticas como la migralepsia están infradiagnosticadas y por lo tanto infratratadas.

Viernes 25 de Noviembre, Sala 3

INFECIOSO Y HEMATOLOGÍA

LACTANTE CON ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES. *L. Díaz Simal¹, N. García González¹, P. Flórez Díez¹, P. Fernández González¹, P. Palomo Moraleda², S. González Muñiz².* ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La enfermedad de células falciformes es una hemoglobinopatía estructural que se caracteriza por la existencia de hemo-

globina (Hb) S. Es una enfermedad frecuente en la raza negra pudiendo afectar a más del 40% de algunas poblaciones del continente africano. Se hereda de forma autonómica recesiva, siendo la forma homocigota o anemia falciforme la de mayor expresividad clínica al tener prácticamente toda la hemoglobina (75-95%) en forma S. Presenta grave sintomatología debido a la disminución de la elasticidad y de la vida media de los hematíes, responsables de las crisis hemolíticas e infartos vasooclusivos a distintos niveles, principalmente cerebral, óseo y esplénico. Presentamos un caso clínico de un lactante con anemia de células falciformes, dada su rareza en nuestro medio.

Caso clínico. Lactante varón de 4 meses de edad, previamente sano, que presenta anemia severa detectada de manera casual en chequeo infeccioso por cuadro febril. Ambos padres son de raza negra, proceden de Guinea. En la exploración presenta palidez cutáneo mucosa intensa sin otros datos de interés. Estudios complementarios: hemograma: 4,7 g/dl Hb; 14% Hto; VCM: 85,5 fl; 525.900 reticulocitos; 8.700 leucocitos/mm³; 152.000 plaquetas/mm³. Estudio hematológico: Frotis sanguíneo con marcada anisopoiquilocitosis, con dianocitos y drepanocitos, corpúsculos de Howell-Jolly y punteado basófilo, 80 eritroblastos por cada 100 células blancas. Electroforesis de Hb: HbS 71,9%; Hb F 24,4%; HbA2: 3,2% que confirma anemia de células falciformes. Bioquímica sanguínea: LDH 605 U/L, haptoglobina <10 mg/dl, Bilirrubina total 1,73 mg/dL (brb directa: 0,49 mg/dL, brb indirecta: 1,24 mg/dL). Ecografía abdominal normal. Evolución: durante su estancia hospitalaria precisa terapia transfusional y se recomienda al alta tratamiento con ácido fólico y profilaxis antibiótica con penicilina, así como vacuna antineumocócica y antigripal.

Comentarios. Debido a la creciente inmigración, es importante incluir la enfermedad de células falciformes en el diagnóstico diferencial de anemias, dado su importancia a la hora de prevenir complicaciones vasooclusivas e infecciosas. Son frecuentes los infartos esplénicos, en ocasiones causando autoesplenectomía, por lo que se recomienda vacunación contra gérmenes capsulados, especialmente el neumococo, y profilaxis antibiótica de larga duración, ya que la probabilidad de bacteriemia es 400 veces superior a la de un niño sano. El tratamiento principal es de soporte, mientras que el trasplante de progenitores hematopoyéticos, único tratamiento curativo, se reserva para casos seleccionados.

TROMBOSIS CEREBRAL VENOSA Y MUTACIÓN DE LA PROTOMBINA 20210 EN EL TRATAMIENTO DE UNA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA. G. Sacoto Erazo, E. Moreno Gómez, C. Valbuena Crespo, A. Blanco Quirós, H. González García, M^ªC. Fernández García-Abril, F.J. Villagómez Hidalgo, F.J. Álvarez Guisasaola. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La trombosis cerebral venosa (TCV) es una entidad grave, de compleja etiología y difícil diagnóstico que ocurre con una incidencia entre 0,4-0,7/100.000 niños/año. Más del 40% de los casos ocurren en el período neonatal y en la infancia se han descrito varios factores de riesgo: estados protrombóticos (24 -64%) seguidos de enfermedades comunes de la infancia: infecciones de cabeza y cuello, anemia, fiebre, deshidratación; punciones lumbares; trastornos malignos como leucemias, linfomas o el uso de drogas, entre ellas asparraginas, corticoides o anticonceptivos orales. La cefalea es el síntoma más frecuente aunque inespecífico, seguido de depresión del nivel de conciencia y signos de focalidad neurológica en fases avanzadas. La imagen por resonancia magnética es la prueba diagnóstica de elección. La anticoagulación con heparina es utilizada con resultados no concluyentes en pacientes pediátricos.

Caso clínico. Paciente de 7 años, con antecedente de síndrome de West en tratamiento con ácido valproico y levetiracetam. Ingresó para estudio de anemia aguda que precisó transfusión de concentrado de hematíes, diagnosticándose de leucemia linfoblástica aguda tipo B de alto riesgo iniciando tratamiento según protocolo LAL/SHOP-2005. Durante la fase de inducción presenta sepsis por *Pneumococo* y *S. aureus* secundaria a mastoiditis tratada con antibióticos parenterales. Tras cinco dosis de asparraginas, se objetiva cefalea persistente, somnolencia y hemiparesia braquiocrural izquierda que motivan la realización de TC craneal encontrándose hemorragia intracranial parietal derecha y trombos venosa del seno longitudinal superior, transversal y sigmoideo derecho que llega hasta vena yugular interna en RMN cerebral. En UCIP recibe tratamiento con heparina sódica intravenosa, a pesar de lo cual presenta resangrado, deterioro del nivel de conciencia y éxitus posterior. Se realiza estudio de trombofilia presentando mutación de la protrombina 20210^{G-A} heterocigota, anticoagulante lúpico positivo, disminución de la antitrombina III (33%) y heterocigosis para el polimorfismo de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTX) 1298^{A-C}.

Conclusión: La TCV es poco frecuente en los niños ya que para su producción es necesaria la concurrencia de varios factores trombofílicos genéticos o adquiridos como ha ocurrido en este caso. El diagnóstico temprano es determinante para el pronóstico de la enfermedad. Se plantea la posibilidad de realizar estudio de factores genéticos de trombofilia además de en los pacientes con antecedentes familiares de trombosis, en los casos de tratamiento con asparraginas en leucemias o linfomas.

TRES CASOS DE METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA DE DISTINTA ETIOLOGÍA EN LACTANTES. I. Sevillano Benito, V. Puerzas Martín, P. del Villar Guerra, C. Alcalde Martín, I. Mulero Collantes, R. Izquierdo Caballero, S. Caserío Carbonero, A. Dueñas Laita. Servicio de Toxicología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La metahemoglobinemia (MHb) es una causa poco común de cianosis en pediatría que se debe a un exceso de metahemoglobina (MetaHb) en sangre. La MetaHb es una forma oxidada de la hemoglobina, en la que el hierro del grupo Hem es oxidado de la forma ferrosa a la forma férrica, lo que desplaza la curva de disociación de la hemoglobina hacia la izquierda. Los síntomas van desde cianosis cutáneo mucosa aislada hasta alteraciones del SNC e incluso muerte (MetaHb >70%). El diagnóstico se realiza por cooximetría. No son útiles pulsioximetría, ni gasometría. El tratamiento se basa en medidas de soporte vital y oxigenoterapia al 100%. Es muy importante administrar Azul de Metileno (1-2 mg/kg intravenoso) con MetaHb >25-30% ó si existen síntomas de hipoxemia. La exanguinotransfusión estaría indicada si existe MetaHb >60%.

Casos clínicos. Presentamos tres casos de MetaHb de distinta etiología, registrados en nuestro hospital en los últimos diez años. *Caso 1.* Lactante de 11 meses que consulta por cianosis perioral. Dieta vegetariana a base de leche de soja y verduras. Sin otros hallazgos a la exploración. La familia refiere darle de comer puré de verduras compuesto de calabaza, acelgas, zanahoria, puerros, cebolla, ajos, coliflor, calabacín y brócoli. Cooximetría: MetaHb 3,1%. Resto de exploraciones sin hallazgos. Se inició sueroterapia intravenosa y oxigenoterapia despareciendo la cianosis en las primeras cuatro horas, en las 18 horas posteriores se objetivó un descenso de la MetaHb a 1,7%.

Caso 2. Lactante de 5 meses que acude a urgencias por cianosis labial y de manos, tendencia a la somnolencia, irritabilidad y un vómito aislado. La familia refiere haberle dado puré de verduras (acelga y alubia verde) del día anterior. Palidez cutánea y cianosis acra, sin sig-

nos de dificultad respiratoria. SatO₂ 87%. Cooximetría: MetHb 19%. Resto sin alteraciones. Se inició oxigenoterapia en mascarilla con reservorio (100% O₂) y tratamiento intravenoso con Azul de Metileno al 1% a 1 mg/kg; una hora después los valores de MetHb descendieron a 1,5%.

Caso 3. RNPT (26+4 SEG) de 24 horas de vida en el que se observan niveles de MetHb de 4,7% tras aplicación de local de pomada anestésica EMLA®. La MetHb descendió espontáneamente a 1,3% en las 48 horas siguientes. No presentó cianosis acompañante ni precisó oxigenoterapia suplementaria.

Discusión. La Mhb tóxica debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de cualquier neonato o lactante con cianosis. Puede ser congénita (déficit de hemoglobina M o de citocromo b5 reductasa) o adquirida (la más frecuente; tras exposición a sustancias químicas). Se han descrito casos por el uso de anestésicos locales, consumo de agua corriente con alto contenido en nitritos o verduras de hoja verde en menores de 4 meses. Existe mayor predisposición a padecerla en neonatos y lactantes debido a su inmadurez. Es importante tener en cuenta este proceso que, aunque no muy frecuente, puede ser evitable con medidas educativas sanitarias básicas.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CURSO CLÍNICO-HEMATOLÓGICO DE LA ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE. G. Sacoto Erazo, I. Bermejo Arnedo, H. González García, C. Valbuena Crespo, A. Blanco Quirós, P. García Gutiérrez, S. Vázquez Martín, F.J. Álvarez Guisasaola. Servicio de Hematología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos. La anemia hemolítica autoinmune (AHA) se caracteriza por la producción de anticuerpos contra antígenos de la membrana del hematíe. El objetivo del estudio fue identificar las características clínicas, inmunológicas y evolutivas de los pacientes con AHA de nuestro centro.

Métodos. Se revisan los casos de AHA de manera retrospectiva desde 1994 hasta la actualidad. Los criterios de inclusión de AHA fueron: hemoglobina menor de 11 g/dl, test de Coombs directo (TCD) positivo y al menos uno de los siguientes tres criterios de hemólisis: reticulocitos superiores a $120 \times 10^9/L$, haptoglobina menor de 10 mg/dl y bilirrubina total mayor de 1 mg/dl. El diagnóstico de síndrome de Evans (SE) se basó en la simultaneidad o inmediata asociación de AHA y trombocitopenia inmunitaria periférica (PTI). Las variables cuantitativas se expresan en mediana con los cuartiles primero y tercero como medida de dispersión y las cualitativas en frecuencia absoluta (n) y relativa (%).

Resultados. La mediana de edad fue de 2,5 años (0,5-9,7), existieron cinco varones (71,4%) y dos mujeres (28,6%). Se identificó proceso infeccioso inespecífico previo a los síntomas en 6 casos (85,7%). La palidez (100%), ictericia (85,7%), esplenomegalia (85,7%), orina oscura (71,4%), fatigabilidad (71,4%) y hepatomegalia (57%) fueron las manifestaciones más frecuentes. La mediana de los valores analíticos al ingreso fueron: hemoglobina: 5,5 g/dl (2,5-5,8), porcentaje de reticulocitos: $864 \times 10^9\%$ (480-1920) y haptoglobina 6 mg/dl (5-27,4). Bilirrubina total y LDH se encontraron elevadas en el 85,7% de los casos. Dos casos cumplieron criterios de SE (28,6%). En cuanto al estudio inmunológico, se identificó IgG+C3d en cuatro casos (57,1%), IgG en dos (28,6%) y C3d en el caso restante (14,3%). En todos los casos los anticuerpos antinucleares y las inmunoglobulinas fueron normales. El 57% (n = 4) de los casos precisó transfusión de concentrado de hematíes al diagnóstico y en todos los casos se administraron corticoides durante una mediana de 5 meses (2-9,5), la recuperación de la Hb fue de 3 semanas (2-3,25) y el tiempo de negativización del TCD, 6 meses (6-7). Solamente en un caso en que se

encontró otra enfermedad subyacente, hemosiderosis pulmonar, no se consiguió la remisión de la enfermedad. En un tiempo de seguimiento de 9,5 años, cuatro pacientes presentaron recaídas (57,1%).

Conclusiones. La palidez, ictericia y esplenomegalias unidos a anemia, reticulocitos y test de Coombs positivo apoyan el diagnóstico. La IgG aislada o con C3d fue el patrón inmunológico más frecuente. Solo un caso cursó de forma crónica debido a enfermedad de base. La respuesta a los corticoides fue favorable.

ADENITIS CERVICAL POR MYCOBACTERIUM AVIUM EN UNA NIÑA. M. Arroyo Hernández, A.I. Fernández Castro, D. Pérez Solís, J.I. Suárez Tomás, B. Fernández Barrio, I. Riaño Galán. Servicio de Pediatría. Hospital San Agustín. Avilés.

Introducción. La infección por micobacterias no tuberculosas es un entidad poco habitual en el niño. La linfadenitis es su forma de presentación más frecuente. Presentamos el caso de una niña con adenitis cervical por *Mycobacterium avium* y se analizan las distintas opciones de tratamiento.

Caso clínico. Niña de 4 años que consulta en Urgencias por tumefacción facial de consistencia dura en región submandibular izquierda, de unos 5 cm de diámetro, con eritema y calor local. Hija única, no vacunada de BCG, sin antecedente conocido de contacto con paciente tuberculoso ni enfermedades previas de interés. Padres sanos. Se realiza: ecografía (bloque adenopático adyacente a la glándula submaxilar con adenopatías de hasta 2 cm de diámetro y extenso edema en el tejido celular subcutáneo adyacente, sin evidencia de abscesos), hemograma (discreta leucocitosis con fórmula leucocitaria normal), proteína C reactiva (normal) y serología negativa para virus y toxoplasma. Es dada de alta con tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico oral 10 días) e ibuprofeno. Consulta un mes después por persistencia del cuadro. Valorada por el Servicio de Cirugía Pediátrica, indica continuar tratamiento antiinflamatorio y aplicar calor local. Es remitida desde su Centro de Salud a Urgencias al cabo de otro mes durante el cual repite tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral, al persistir los síntomas y presentar prueba de Mantoux a las 48 horas de 5 mm de induración. Se realiza radiografía de tórax (normal), determinación de la liberación de interferón gamma (negativo), y punción-aspiración con aguja fina para microbiología (baciloscopia positiva y en cultivo crece *Mycobacterium avium*) y citología (material purulento sin células malignas). Se inicia tratamiento con claritromicina y rifabutina y se realiza extirpación quirúrgica de los ganglios afectados 2 semanas más tarde. Se decide mantener tratamiento antibiótico hasta completar 6 meses.

Discusión. El tratamiento óptimo de las adenitis por micobacterias no tuberculosas no está claro. La escisión total de los ganglios afectados es el tratamiento más eficaz, pero no está exenta de complicaciones como cicatrices o parálisis facial. La eficacia del tratamiento médico parecer ser menor cuando se utiliza como única opción terapéutica. La actitud expectante puede ser otra posibilidad, con resultados similares al tratamiento antibiótico y menos efectos secundarios.

INFECCIÓN OPORTUNISTA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA Y TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA. S. Abad Arevalillo, J.M. Marugán de Miguelsanz, R. Garrote Molpeceres, E. Urbaneja Rodríguez, M. Marcos Temprano, C. Calvo Romero. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Antecedentes. El uso de fármacos inmunosupresores para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal es cada vez más

común, condicionando un mayor riesgo de infecciones por gérmenes habituales u oportunistas. Entra éstas, las infecciones virales son las más frecuentes, destacando las causadas por citomegalovirus (CMV) y virus de Epstein-Barr (VEB).

Caso clínico. Mujer de 12 años de edad, con colitis ulcerosa de 2 años de evolución, en tratamiento de mantenimiento con mesalacina y azatioprina (2 mg/kg/día). Presenta recaída clínica 1-2 meses antes con diarrea, rectorragias y cifras de calprotectina fecal mayor de 4.000 mg/kg heces. Es tratada con budesonida tópica, y aumento de la dosis de mesalacina a 85 mg/kg/día y de azatioprina a 2,7 mg/kg/día, con rápida mejoría clínica. Un mes después presenta síndrome febril diario de 2 semanas de evolución, con T^a máxima de 39,5°C, sin asociar sintomatología respiratoria ni digestiva. La exploración física es normal. Analíticamente presenta leucopenia (2.600 leucocitos/mm³, 1450 neutrófilos) con discreta hipertransaminasemia (GOT 108 U/L, GPT 44U/L) y elevación de PCR y VSG (28,6 mg/L y 48 mm respectivamente). La radiografía de tórax no muestra alteraciones. La ecografía abdominal revela una esplenomegalia de 17 cm, lisa y homogénea. De los estudios microbiológicos cursados únicamente resulta positiva la IgM para CMV y Herpes simple. Se realiza colonosopia con toma de biopsias y cultivo de CMV en mucosa de colon, que resulta negativo, mostrando pancolitis ulcerosa activa leve, iniciando tratamiento antiviral (ganciclovir iv durante 2 semanas) y reducción de la dosis de azatioprina a la dosis previa, remitiendo la fiebre a las 48 horas de iniciado el mismo. Como complicación del tratamiento, la paciente presenta neutropenia con cifra mínima de 513 neutrófilos/mm³ el octavo día, con recuperación progresiva espontánea. Tras ser dada de alta, la paciente se encuentra asintomática. La serología realizada tres semanas después muestra IgM e IgG positivas a CMV, esta última de baja avidéz, y negatividad para VHS, VEB y Toxoplasma.

Comentarios. El CMV es un patógeno a tener en cuenta en los pacientes inmunodeprimidos, pudiendo presentarse con formas clínicas agresivas. El tratamiento con ganciclovir iv no está exento de efectos secundarios, de los cuales el más frecuente es la neutropenia, que en ocasiones es tan grave que obliga a la suspensión del mismo. Por ello, su uso debe valorarse de forma individualizada en cada paciente, así como la retirada o no de la inmunosupresión.

TOS PERSISTENTE Y AFECTACIÓN HEPÁTICA COMO MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE.

C. Álvarez Álvarez, L. Guerra Díaz, E. Alegría Echaurre, M. Palacios Sánchez, D. Álvarez González, L. Álvarez Granda. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

El *Mycoplasma pneumoniae* es el agente etiológico más frecuente de neumonía bacteriana en edad escolar y puede causar síntomas extrapulmonares de distinta gravedad.

Objetivos: Describir las características de un paciente con neumonía y afectación hepática. Establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos.

Caso clínico: Paciente de 12 años en estudio para descartar enfermedad tuberculosa. AP: Inmunizaciones según calendario incluida hepatitis B y BCG. AF: Madre hepatitis B detectada en periparto. Padre con cuadro respiratorio autolimitado. Presenta tos persistente de 1 mes y medio de evolución y fiebre de 39°C que cede tras recibir tratamiento con claritromicina 7 días. Posteriormente persiste tos, inicia cefalea y otalgia. Su pediatra realiza mantoux que interpreta como positivo (15 mm) por lo que deriva para descartar tuberculosis. En urgencias se constatan 6 mm de induración y 15 mm de eritema (paciente vacunada). Se completa estudio con radiografía de tórax y ecografía con pre-

sencia de adenopatías mediastínicas y condensación pulmonar en base derecha. Controlada en infectología pediátrica se realiza analítica (GOT:109 UI/L GPT:207 UI/L GGT:10 UI/L VSG 40 mm/h), serologías (respiratoria y hepática) y test de quantiferón. Se recogen tres aspirados gástricos. Ante la sospecha de infección por mycoplasma se inicia tratamiento con azitromicina durante cinco días desapareciendo los síntomas. Se realiza ecografía abdominal normal. Quantiferon negativo. Serología: positivas Ig G e Ig M a *Mycoplasma*. Se normalizó la imagen radiológica y la elevación de transaminasas.

Conclusiones. El test del quantiferon puede ayudar a establecer el diagnóstico de enfermedad tuberculosa en pacientes vacunados de BCG. La vacunación por BCG puede en ocasiones, complicar la interpretación de la prueba de la tuberculina. Ante la sospecha clínica o confirmada de infección por mycoplasma pneumoniae la duración del tratamiento con claritromicina no debe de ser inferior a 10 a 14 días.

TOSFERINA: ¿ENFERMEDAD OLVIDADA? H. Expósito de Mena, J. Sánchez Granados, S. Sabin Carreño, V. Murga Herrera, J. Pellegrini Belinchón. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. La tosferina es una enfermedad infecciosa aguda altamente contagiosa de las vías respiratorias altas, causada por bacilos de la especie *Bordetella*. Gracias a la vacunación introducida a mediados de los años 60, la incidencia de tosferina descendió considerablemente. Actualmente debido a ciertos cambios sufridos se ha producido un aumento de la incidencia de la misma.

Objetivo. Recordar las características de la enfermedad a partir de un caso clínico actual ingresado en nuestro hospital y dar a conocer las nuevas actualizaciones en esta materia.

Caso clínico. Lactante mujer de 1 mes y 6 días que acude a urgencias por presentar un cuadro catarral afebril de unos 10 días de evolución con empeoramiento clínico en las últimas 24- 48 horas, rechazo de tomas y episodios de atragantamiento frecuentes. Bien vacunada. A su llegada se objetiva accesos de tos frecuentes, cianosantes, con gallo inspiratorio, durante los cuales la saturación de oxígeno cae significativamente (80-85%); en periodo intercrisis se mantiene asintomática. Se solicitan pruebas complementarias (Gasometría, hemograma, bioquímica, serologías, virus respiratorios, cultivo y PCR para *Bordetella* y radiografía de tórax). Se decide el ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) debido a esos episodios de apnea para su monitorización y tratamiento. Los resultados de las pruebas son normales salvo una leucocitosis con linfocitosis importante y un cultivo y PCR para *Bordetella pertussis* positivos. Se inicia tratamiento con azitromicina durante 5 días tanto a la paciente como a sus contactos. Requiere oxigenoterapia de mantenimiento los 5 primeros días y al 100% durante los accesos de tos; además de nutrición parenteral por sonda nasogástrica los 2 primeros días. Al 10º día traslado a la planta con evolución favorable hasta el alta.

Comentarios. La tosferina ha ido sufriendo cambios en cuanto a epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Se ha producido un desplazamiento de la edad de máxima incidencia, siendo ahora más frecuente en menores de un año y en adolescentes/adultos jóvenes. Esto sumado a que en lactantes y en pacientes vacunados no se produce la sintomatología típica hace más difícil su reconocimiento y por tanto su diagnóstico. El hecho de que los adolescentes sean ahora el reservorio es debido a la no adquisición de inmunidad natural al no haber suficientes antígenos circulantes; esto nos hace pensar en la posibilidad de precisar vacunación en la edad adulta. El comité asesor de vacunas en las recomendaciones del año 2011 ya ha introducido cambios con respecto a esta vacuna, recogidos también en "La

TABLA IV. PROFILAXIS PALIVIZUMAB.

Temporada	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	10/11	Total
Nº profilaxis	21	28	34	57	23	44	47	254
Fracaso	0	1	1	0	0	3	0	5
%	-	3,5%	2,9%	-	-	6,8%	-	1,96%

TABLA V. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON INFECCIÓN VRS Y PROFILAXIS CON PALIVIZUMAB.

	Sexo	Antecedentes	Hospitalización	Edad al ingreso	Días de ingreso
1	M	Prematuro 30SEG.	Marzo 2006	6 meses	5
2	V	Canal aurículo-ventricular	Enero 2007	2 años 4 meses	3
3	M	MCP dilatada	Diciembre 2009	17 meses	6
4	V	Prematuro 26SEG, DBP	Diciembre 2009	15 meses	4
5	V	Prematuro 33SEG, T. Fallot	Febrero 2010	13 meses	5

M: mujer, V: varón, MCP: miocardiopatía, DBP: displasia broncopulmonar

estrategia del nido"; la cual promueve la vacunación universal de los adolescentes y la vacunación selectiva de aquellos adultos con más probabilidades de estar en contacto con lactantes.

PALIVIZUMAB EN LA PREVENCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINICIAL; ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS. E. Izquierdo Herrero, P. García Saseto, P. Cobrerros García, S. Abad Arevalillo, R. Garrote Molpeceres, M. Marcos Temprano, S. Rellán Rodríguez, P. Solís Sánchez. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de vías aéreas inferiores más frecuente en menores de 2 años, constituyendo la principal causa de hospitalización en este periodo. Su principal agente etiológico es el virus respiratorio sincitial (VRS). La profilaxis con Palivizumab ha demostrado reducir el número de ingresos hospitalarios por dicho agente causal en pacientes de riesgo.

Objetivos. Valorar la eficacia de la profilaxis con Palivizumab en la prevención de ingresos hospitalarios por infección por VRS en pacientes de riesgo.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes menores de 2 años hospitalizados por infección por VRS durante el periodo desde noviembre de 2004 y enero de 2011. Asimismo, se analizaron los pacientes que recibieron profilaxis con Palivizumab durante el periodo descrito. El análisis de datos se obtuvo a través de las historias clínicas de los pacientes.

Resultados. Durante el periodo de estudio se realizó profilaxis con Palivizumab a un total de 254 pacientes (Tabla IV), según las indicaciones establecidas. Se registraron un total de 272 casos de ingresos hospitalarios por infección de vías respiratorias por VRS en menores de 2 años (56% varones, 44% mujeres), de los cuales el 1,8% (5 casos) habían recibido profilaxis VRS (Tabla V).

Conclusiones. El Palivizumab es un anticuerpo monoclonal específico contra el virus respiratorio sincitial que, administrado mensualmente por vía intramuscular durante la temporada epidémica, ha demostrado efectividad en reducir las hospitalizaciones por VRS en pacientes de riesgo. Esta estrategia constituye una alternativa para la prevención de la infección por VRS hasta la obtención de una vacuna efectiva y sin efectos adversos.

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS. C. Álvarez Álvarez, I. De las Cuevas Terán, L. Guerra Díez, E. Alegría Echaury, D. Álvarez González, L. Álvarez Granda. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. Determinar el número y las características de los niños con toxoplasmosis congénita en la comunidad de Cantabria en los últimos veinte años. Analizar el tratamiento realizado durante el embarazo y periodo postnatal.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la historia clínica obtenida del registro de HUMV con los códigos toxoplasma o corioretinitis desde el uno de enero de 1991 al uno de abril del 2011.

Resultados. Se seleccionan y describen doce pacientes (5 niños y 7 niñas) con edad actual entre 18 meses y 20 años. En nueve se confirmó el diagnóstico de toxoplasmosis congénita; seis niñas y tres niños. La infección se descartó en tres casos tras negativización de la Ig G durante el primer año de vida. La sospecha diagnóstica se realizó en el periodo neonatal en 10 casos. En los dos restantes el diagnóstico se realizó a los dos y trece años respectivamente. La seroconversión tuvo lugar en el primer trimestre en tres de los casos, en el segundo trimestre en cuatro pacientes y en el tercer trimestre en tres pacientes. En dos es desconocido. Uno de los nueve pacientes fue un pretérmino de 28 semanas con diagnóstico prenatal de hidrops que falleció a las 24 horas. Cinco niños presentan corioretinitis y cinco afectación del SNC (quiste periventricular, hidrocefalia triventricular y calcificaciones). En tres de estos coexistieron ambas patologías. Uno de los pacientes permanece asintomático hasta la edad actual, trece años. De los nueve pacientes con toxoplasmosis congénita confirmada seis recibieron tratamiento prenatal (espiramicina o sulfadiazina y pirimetamina). De los tres pacientes descartados dos recibieron tratamiento prenatal (espiramicina). Durante el periodo postnatal once pacientes recibieron tratamiento con sulfadiazina, pirimetamina y ácido fólico en periodos variables de 1 mes a 1 año. En los tres casos posteriormente no confirmados, se suspendió el tratamiento.

Conclusiones. La infección por toxoplasma durante el embarazo puede ocasionar graves lesiones, en el feto o en la época postnatal siendo la corioretinitis la más frecuente en esta serie. Ante la detección de una corioretinitis en un niño o adolescente se debe descartar una infección congénita por toxoplasma. En la actualidad no existe consenso sobre la pauta y duración del tratamiento de la infección por

TABLA VI. PUNTACIONES DEL SCORE SVT-SS EN BASE A LA DIFICULTAD DEL CASO.

Scores (sobre 100 puntos)	Total	TSV estable	TSV estable-inestable	TSV inestable	p
SVT-SS (total)	53,3 (20,5)	62,8 (16,8)	51,1 (18,8)	39,6 (30,1)	0,045
SVT-SS (diagnóstico)	65,9 (22,6)	68,2 (19,6)	67,8 (22,3)	49,4 (30,5)	0,225
SVT-SS (tratamiento)	47,7 (25,3)	63,6 (21,7)	41,3 (21,9)	32 (31,5)	0,06

TABLA VII. PUNTUACIÓN DEL SCORE SVT-SS EN BASE AL ENTORNO DE TRABAJO Y TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL.

Scores (sobre 100 puntos)	Entorno laboral		p	Tiempo ejercicio prof.		p
	At. Prim.	Hospit.		< 20 años	> 20 años	
SVT-SS (total)	53,5 (17,8)	56,1 (34,4)	0,763	59,9 (17,8)	30,1 (17,7)	0,001
SVT-SS (diagnóstico)	65,3 (20,6)	64,4 (32)	0,926	70,16 (15,3)	45,1 (33,2)	0,003
SVT-SS (tratamiento)	48,6 (21,9)	49,7 (37,8)	0,915	51,3 (22,4)	29,5 (26,6)	0,024

toxoplasma ni en la gestante ni en el niño. Su prevalencia es mayor en ambiente rural.

Sábado 26 de Noviembre, Sala 1

URGENCIAS, NEUMOLOGÍA Y CARDIOLOGÍA

MANEJO DE LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA EN PEDIATRÍA: ESTUDIO DE SIMULACIÓN AVANZADA.

P. Alonso Quintela¹, M. Mora Matilla¹, I. Oulego Erroz², D. Mata Zubillaga¹, S. Rodríguez Blanco¹, L. Sánchez Santos³, J.A. Iglesias Vázquez³, A. Rodríguez Núñez⁴. ¹Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Universitario de León. ²C.S. de Arzuúa. A Coruña. ³Director de la Fundación Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Galicia. ⁴Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Introducción. La simulación avanzada puede ser útil para estudiar la calidad con la que se manejan problemas clínicos habituales. Hasta ahora esta aplicación se ha limitado al campo de la reanimación cardiopulmonar. Los objetivos de este estudio fueron a) describir el manejo clínico de la taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) e identificar deficiencias relevantes y b) desarrollar un score para la evaluación objetiva de la competencia profesional en el manejo de la TPSV mediante escenarios clínicos programados en un simulador de alta fidelidad.

Material y métodos. Se evaluó el manejo clínico de la TPSV utilizando un modelo de simulación avanzada construido en el simulador Simbaby® (Laedal, Norway) en base a 2 casos clínicos reales (lactante y niño) con tres vías de desarrollo diferentes de dificultad creciente (TSV estable, TSV con evolución de estable a inestable y TSV inestable). Este modelo se utilizó durante los cursos de simulación impartidos por nuestro grupo de 2008 a 2010. Mediante una estrategia Delphi se desarrolló el score Supraventricular Tachicardia Simulation Score (SVT-SS) que valora 18 ítems, divididos en dos partes: diagnóstico (30 puntos) y tratamiento (15 puntos). El análisis y puntuación de los escenarios se llevó a cabo mediante el software de registro de eventos del simulador junto con la revisión de las grabaciones de los cursos. Se compararon las puntuaciones obtenidas en función de la dificultad del caso, del tiempo de ejercicio profesional y del entorno de trabajo habitual. Las variables cualitativas se expresan como n/N(%) y las cuantitativas como media (DS). Para facilitar la interpretación, las puntuaciones de los scores se expresan sobre 100 puntos.

Resultados. Se analizaron 45 casos de TPSV en 33 cursos de simulación. Participaron 167 pediatras, con una edad media de 40,8 años (rango 28-65). La TPSV se diagnosticó de forma correcta en 43/45(93%). Los tratamientos más utilizados fueron adenosina 38/45(86%), maniobras vagales 37/45(82%), cardioversión eléctrica 18/45(40%) y amiodarona 6/45(13%). Se identificaron un número significativo de deficiencias como la valoración incorrecta de la situación hemodinámica 20/43(48%), el uso de dosis incorrectas de adenosina 18/39(48%), la administración incorrecta de la adenosina 23/39(59%), el no reconocimiento de la necesidad de cardioversión urgente 15/31(48%) y defectos en la técnica de cardioversión 17/18(94%), de especial importancia la no sincronización del monitor/desfibrilador 15/18(83%) y la elección incorrecta de la energía de descarga 10/17(58%). La puntuación del score estuvo en relación a la dificultad del caso (Tabla VI). No hubo diferencias entre los pediatras hospitalarios y de atención primaria. Los pediatras con más tiempo de ejercicio profesional puntuaron peor (Tabla VII) (correlación negativa, r de Pearson -0,45; p=0,005)

Conclusión. Existen déficits importantes en el manejo de la TPSV. Debe incidirse en estos aspectos en la formación y reentrenamiento de los pediatras.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR. ANÁLISIS TRAS LA APERTURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. M. Fournier Carrera, C. González González, M. Muñoyerro Sesmero, P. Justo Vaquerro, J.L. Fernández-Calvo, J.V. Martínez-Robles. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La displasia broncopulmonar es la enfermedad pulmonar crónica más frecuente en recién nacidos pretérmino. A pesar de la maduración prenatal con corticoides, la administración precoz de surfactante y los avances en ventilación mecánica, la incidencia de esta patología va en aumento, dada la supervivencia de prematuros cada vez más extremos.

Objetivo. Analizar las características de esta enfermedad desde la apertura en nuestro hospital de la Unidad de Cuidados Intensivos, que ha supuesto avances en el manejo de prematuros de menor edad gestacional, así como el uso de nuevas estrategias de ventilación mecánica en estos niños.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, y retrospectivo. Revisión de los casos de displasia broncopulmonar en pre-terminos menores de 32 semanas diagnosticados entre Enero de 2009,

coincidiendo con apertura de UCI, y Diciembre de 2010 (periodo de 2 años).

Resultados. De un total de 52 niños menores de 32 semanas, fueron diagnosticados de algún grado de displasia broncopulmonar 19 recién nacidos (36,5%). De ellos, 89,4% eran prematuros de 25 a 29 semanas. Sólo el 10% eran de edad gestacional superior (30-31semanas). No encontramos ningún caso en mayores de 31 semanas. Peso medio: 950 gramos. Se observa un predominio de niñas (relación 2:1). Maduración fetal con 2 dosis de corticoides en el 52,6% de los casos y con una sola dosis en el 31,5%. Precisan ventilación mecánica invasiva un 89% de los pacientes. El 11% restante se mantuvo con CPAP nasal. Administración de surfactante en el 73,6% de los casos. El tiempo medio de oxigenoterapia fue de 44 días. Grado de displasia: 89% fueron leves, 5% leve-moderadas y, en uno solo de los casos, severa. Recibieron tratamiento específico el 36,8% y sólo el 15% precisó mantener tratamiento en domicilio. Buena evolución posterior en el 95% de los pacientes.

Conclusiones. La displasia broncopulmonar no ha presentado cambios en su incidencia. Sin embargo, la forma "clásica" severa ha evolucionado a formas más leves de daño pulmonar. Es la llamada "nueva displasia broncopulmonar", relacionada en mayor medida con la detención de la alveolarización que se produce en los pretérminos extremos. Aún así, y a pesar de los avances, la ventilación mecánica continúa siendo un importante factor de riesgo, debiendo utilizarse sólo cuando esté claramente indicada y siendo sustituida, en la medida de lo posible, por técnicas no invasivas y con un mayor control del volutrauma, barotrauma y de las concentraciones de oxígeno administradas.

ROL DEL PERSONAL SANITARIO EN EL MANEJO DE TÉCNICA INHALATORIA ¿ESTAMOS MALEDUCANDO A LOS PADRES? J.E. Trujillo, N.Campo, J.L. Fernández, R.Velasco, L. González, E. Pérez, N. Díez, S. Puente. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. El manejo del asma infantil requiere la utilización de cámaras espaciadoras para la aplicación de MDI (inhaladores presurizados). Para asegurar una eficacia y adherencia al tratamiento, la educación debe ser responsabilidad de un equipo sanitario multidisciplinario, siendo esto una piedra angular en el tratamiento de esta enfermedad.

Pacientes y Métodos. Estudio prospectivo, realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega, entre Enero-Julio del 2011, consistente en una encuesta a padres de pacientes que han utilizado alguna vez MDI con cámara, sobre conocimientos de utilización de la misma, educación sanitaria y revisiones posteriores sobre la técnica.

Resultados. Se recogieron encuestas de 76 pacientes, con una distribución normal y una media de 2,92 años. Se dividió la encuesta en tres partes:

- Técnica inhalatoria: 15 (19,7%) mantienen una posición inadecuada en el momento de la inhalación, Al 17 (22,4%) se le administró de forma incorrecta (puffs consecutivos sin intervalo), 8 (10,5%) respiraban menos veces dentro de la cámara de las indicadas.
- Limpieza: 10 (13,2%) no lavan la cámara, 35 (46,1%) utilizan agua-detergente, 35 (46,1%) la secan por dentro.
- Revisión posterior y Personal sanitario instructor: 42 (55,3%) fue instruido por un médico de primaria, 17 (22,4%) por un médico hospitalario. 61 (80,3%) no recibió revisión posterior de la técnica inhalatoria en su centro de salud.

- Errores: 40,8% (31 pacientes) presentaban 2 o más errores. Al comparar los errores con revisiones posteriores no existía diferencia entre los que presentaron revisión posterior y los que sí la tuvieron (OR 0,741 IC95% 0,238-2,31).

Conclusiones. Existe un gran número de pacientes con dificultades para realizar una correcta técnica inhalatoria, así mismo la educación impartida por el personal sanitario no es adecuada para disminuir los errores. Una revisión posterior del paciente facilitaría el hallazgo de errores, sin embargo esto no funcionará, sin un manejo estructurado y multidisciplinario para mejorar la adherencia al tratamiento.

CASUÍSTICA DE MALTRATO FÍSICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. M. González Sánchez, M. Montes Granda, C. Rey Galán, A. Concha Torre, A. Sariego Jamaro, L. Alcántara Canabal, A. Vivanco Allende. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Antecedentes. El maltrato infantil consiste en una serie de agresiones no accidentales de causa múltiple y expresión clínica variada. Los malos tratos físicos producen una elevada morbilidad y mortalidad, especialmente en los niños menores de tres años. Nuestro objetivo es describir la forma de presentación de los casos de maltrato físico infantil grave que precisaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los niños ingresados en la UCIP de nuestro hospital desde 1995 hasta 2011 con el diagnóstico final de maltrato físico. Se excluyeron los pacientes ingresados por otras formas de maltrato (intoxicaciones no accidentales, negligencias graves, etc).

Resultados. Se recogieron ocho casos (50% varones). La mediana de edad fue de 7 meses. El 50% habían consultado previamente en el servicio de urgencias por cuadros de irritabilidad. En la mayoría (80%) de los casos el síntoma guía fue neurológico: tres pacientes con disminución brusca del nivel de conciencia, dos traumatismos craneoencefálicos graves y un status convulsivo. Los dos pacientes restantes consultaron por un hemoneumotórax tras apuñalamiento y por una fractura de la diáfisis humeral. En la exploración física, la mitad de los pacientes presentó lesiones cutáneas, compatibles con maltrato. El TC craneal y/o la resonancia magnética mostraron hematomas subdurales a nivel fronto-parietal en 6 niños (en 4 de ellos de forma bilateral), uno de los cuales precisó drenaje quirúrgico urgente. En el 80% de los casos se realizó electroencefalograma, mostrando el 50% de los mismos un sufrimiento cerebral difuso importante y en dos ocasiones una pequeña alteración. En tres pacientes se objetivó una fractura craneal y en dos se detectaron otras fracturas en la serie ósea. En cuatro pacientes, el fondo de ojo presentó hemorragias en diferentes grados de evolución. La presencia de tóxicos en orina resultó negativa. La mitad de los pacientes requirió ventilación mecánica y tres de ellos, además, soporte inotrópico. Cinco pacientes precisaron transfusión de hemoderivados. En cuanto al pronóstico final, un paciente falleció y dos quedaron con secuelas neurológicas graves.

Comentarios: La clínica de los malos tratos físicos graves puede interpretarse erróneamente como una enfermedad neurológica. Es importante considerar este diagnóstico para detectar los casos de maltrato y realizar las pruebas complementarias necesarias. El riesgo de secuelas graves o muerte es elevado en estos pacientes.

VALORACIÓN DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA POR PARTE DEL USUARIO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN. I. *Alegría Echauri, D. Alvarez González, J.L. Guerra Díez, L. Cueli del Campo, E. Alegría Echauri, A. García Albala, L. Alvarez Granda. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La implantación de un sistema protocolizado de clasificación ha permitido priorizar la atención urgente en situaciones de importante demanda asistencial en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

Objetivo. Analizar los resultados obtenidos de una encuesta de satisfacción al paciente que incluye los siguientes bloques: datos socio-demográficos, información y aceptación del Sistema de Clasificación, percepción sobre la actitud de los profesionales y solución de los problemas, características en importancia de las instalaciones, valoración global de la Unidad de Urgencias.

Material y métodos. Estudio transversal realizado durante 30 días entre Enero y Febrero de 2011 en la Unidad de Urgencias Pediátricas. Se utilizó una encuesta cerrada de 58 Items validada por la unidad de calidad/docencia del hospital. Repartida por el personal de enfermería desde el box de clasificación.

Resultados. Recibidas 4069 Urgencias. Son proporcionadas 400 encuestas y contestadas 179 (44,75%); 77,7% niños y 22,3% niñas. En el 91,4% acuden con sus padres. Permanecen una media de 1,43 ± 0,95 horas. El 63% conocen que existe una clasificación de pacientes (43,5% se enteraron por carteles/folletos en urgencias, el 37,4% por visitas previas, el 19,1% por indicación del personal). El 32,4% no conocen el sistema y un 4,6% no contesta. Al 86,8% de los encuestados les parece adecuado clasificar, al 98,9% le aporta tranquilidad su existencia. Respecto a la atención realizada, al 64,7 le parece adecuado el tiempo de espera que tuvo su hijo el día de su atención en función de la patología que presentaba y sólo al 7,1% le pareció excesivo. Hasta en el 80,6% de los casos los pacientes siempre han permanecido junto a sus familiares. Al alta, consideran que la información recibida es clara y comprensible siempre en el 72,1%, y les ha permitido controlar posteriormente al paciente en un 87,8%. El problema por el que acudieron se considera resuelto en el 75,4%. En una escala de valoración del 1 al 10 el personal de la unidad (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores y administrativos) presenta una valoración media superior a 8 puntos.

Conclusiones. La instauración de un protocolo de clasificación y priorización en la urgencia pediátrica junto con el personal trabajador implicado han sido valorados de forma satisfactoria por los usuarios, presentando un nivel de aceptación óptimo. Es considerado idóneo y aporta tranquilidad en caso de pacientes agudos graves.

CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ACCIDENTES VALORADOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. L. *Cueli del Campo, J.L. Guerra Díez, E. Alegría Echauri, A. García Albala, D. Alvarez González, I. Alegría Echauri, M.J. Cabero Pérez, L. Alvarez Granda. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Los accidentes en la población infantil constituyen un motivo muy frecuente de demanda asistencial en la urgencia pediátrica.

Objetivo. Analizar tipo de accidentes valorados en urgencias de pediatría, nivel de clasificación, lugar donde ocurrió y tratamiento realizado.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en las urgencias pediátricas del 1 al 15 de Mayo de 2011

que presentan cualquier tipo de accidente, incluyendo intoxicación y quemaduras. Análisis estadístico por SPSS y 1.5.

Resultados. Atendidas 1843 urgencias en los 15 días seleccionados. Analizados 366 (19,86%) pacientes (207 niños: 56,6%, 159 niñas: 43,4%), edad media global 6,47 ± 3,89 años (niños: 6,59 ± 3,96, niñas 6,30 ± 3,81). Clasificados por gravedad, más del 60% se priorizó como un nivel 4 (nivel 1: muy grave, nivel 2: grave; nivel 3: potencialmente grave; nivel 4: estable; nivel 5: no urgente. Analizado el tipo de accidente: 308 fueron traumatismos (84,2%); incluyendo: extremidades, craneoencefálico, abdominal, etc.; 22 mordedura-picadura (6%), 29 heridas (7,9%); 5 sospechas de ingesta de productos tóxicos (1,4%) y 2 quemaduras (0,5%). Respecto al lugar donde ocurrió el accidente (constatado en 154 casos), el 51,9% ocurrieron en la vía pública, un 35,7% en domicilio y un 12,3% en el recinto escolar. La media del tiempo de evolución desde el momento del accidente hasta el momento en el que consultan es de 28,69 ± 50,58 horas (mediana 18 horas). En 35 de los pacientes se administró analgesia (9,6%), principalmente Ibuprofeno (77,1%) y por vía oral (91,4%). Precisarón estudios complementarias 225 pacientes (61,5%), siendo en un 96% una prueba radiológica. Sólo 8 pacientes requirieron ingreso (2,2%) todos ellos en la Unidad de Corta Estancia (4 traumatismos craneoencefálicos, dos sospechas de ingesta tóxica, un cuerpo extraño en esófago y una celulitis secundaria a picadura); 75 fueron derivados a otras especialidades (Traumatología, otorrinolaringología, maxilofacial y oftalmología). En 21 pacientes se realizó cura y sutura en nuestra unidad empleándose en un 40% pegamento tisular.

Conclusiones. La patología derivada de los accidentes infantiles sigue siendo muy prevalente en las unidades de Urgencias de Pediatría constituyendo en nuestra revisión hasta un 20% de la demanda, con predominio claro de caídas, traumatismos de extremidades y craneoencefálicos. Aunque existe un aumento de los accidentes escolares por el inicio de la etapa escolar cada vez más temprana, la vía pública sigue siendo la localización más frecuente. Es necesario mejorar los protocolos de atención al dolor y su tratamiento en este tipo de patología. La mayoría de los pacientes son atendidos y resueltos en las unidades de urgencias con tasas de derivación a otras especialidades e ingresos bajas.

Sábado 26 de Noviembre, Sala 2

NEONATOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA

OBSERVACIÓN CLÍNICA EN RECIÉN NACIDOS DE MÁS DE 35 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL CON FACTORES DE RIESGO INFECCIOSO. P. *del Villar Guerra, B. González García, H. Benito Pastor, E. Santamaría Marcos, S. Calderón Rodríguez, J.E. Trujillo Wurtelle, S. Caserío Carbonero, M^ªJ. Sánchez Marcos. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. En muchas Unidades Neonatales para el despistaje de infección precoz en el recién nacido con factores de riesgo infeccioso se realiza observación clínica y exámenes complementarios rutinarios que pueden condicionar una separación innecesaria madre-hijo y suponer un retraso en el establecimiento de la lactancia materna.

Objetivo. Describir nuestra experiencia en la detección precoz de infección en recién nacidos asintomáticos con EG > 35 sem y factores de riesgo infeccioso, basado en la observación clínica junto a su madre en la planta de Maternidad.

Material y métodos. Estudio prospectivo de Marzo a Junio 2011. El grupo de estudio fueron recién nacidos EG > 35 sem con riesgo infeccioso por: EG < 37sem y screening SGB desconocido, SGB positivo con

menos de 1 dosis de antibiótico 4 horas antes del parto y/o tiempo de bolsa rota \geq 18 horas y/o fiebre materna \geq 38°C. Se recogió EG, peso, sexo, resultado detección SGB (positivo, negativo, desconocido), número dosis antibióticos maternos, evolución clínica a las 2,6-18 horas y diaria hasta el alta. Horas de vida al alta. Necesidad de ingreso y pruebas complementarias.

Resultados. Se vigilaron 95 recién nacidos. La EG fue $38,58 \pm 1,78$ sem (35-41), el peso fue $3081,53 \pm 483,07$ g (1995-4125). El 48,4% eran varones. Hubo 24 (25,3%) hijos de madres SGB+, 54 (56,8%) SGB- y 17 (17,9%) SGB desconocido. Como factores de riesgo 16 (17,2%) eran < 37sem de EG con SGB desconocido, 24 (25,8%) eran SGB positivos mal tratados, 55 (59,1%) tenían tiempo de bolsa rota \geq 18 horas y 4 (4,3%) hijos de madres con fiebre intraparto. Recibieron antibióticos 40 madres (43%), 24 (60%) sólo 1 dosis y 16 (40%) 2 ó más dosis. Todos los recién nacidos fueron evaluados por un pediatra a las 2,6-18 horas y diariamente hasta el alta. En la evaluación clínica a las 2 horas de vida ingresaron 2 niños por sospecha de infección, que se descartó tras la realización de pruebas complementarias. Ningún niño ingresó posteriormente. Durante el periodo de estudio hubo una sepsis por estreptococo del grupo B, en un recién nacido de madre con detección SGB negativo y sin factores de riesgo infeccioso, que ingreso desde paritorio por dificultad respiratoria y sospecha de infección.

Conclusiones. Consideramos que en este grupo de pacientes la observación clínica del recién nacido con su madre en la Maternidad es suficiente para detectar infección, evitando la realización de test dolorosos y es mejor para la relación madre-hijo y el establecimiento de la lactancia materna.

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL RÍO HORTEGA. P. del Villar Guerra, B. Salamanca Zarzuela, J.E. Trujillo Wurtelle, S. Caserío Carbonero, E. Infante López. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. El crecimiento humano es un proceso que se extiende desde la vida intrauterina hasta la edad adulta. La multiplicidad de factores implicados en este proceso hace que su valoración constituya un indicador sensible del estado de salud y bienestar de un sujeto o de una comunidad. El peso, la longitud y el perímetro craneal al nacimiento son los parámetros antropométricos más corrientemente utilizados para valorar el crecimiento fetal, en función de la edad gestacional del recién nacido, y el desarrollo posnatal humano. El peso al nacer es una de las variables más utilizadas tradicionalmente para valorar las posibilidades de supervivencia en el primer momento de vida postparto.

Objetivos del estudio. Poder establecer los valores antropométricos de referencia para nuestro hospital, que atienda a una población caracterizada por requerir ingreso en una unidad neonatal, distinta, probablemente, de otras publicadas recientemente en nuestro entorno. Iniciar la elaboración de estándares propios que reflejen las características demográficas propias de cada una de las poblaciones analizadas. Estudiar el crecimiento posnatal en función de la edad gestacional de nuestros recién nacidos ingresados en la unidad de neonatología del Hospital Universitario Río Hortega.

Material y métodos. Se lleva a cabo un estudio observacional transversal de los recién nacidos ingresados en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Se recogieron los datos de peso, longitud, perímetro cefálico y edad gestacional de los recién nacidos vivos consecutivos, desde el 1 de abril de 2011 hasta el 30 de junio de 2011.

Resultados. Se han valorado 53 recién nacidos de gestaciones únicas y múltiples de 25 a 42 semanas de gestación nacidos en el Hospital Universitario Río Hortega o remitidos desde otros centros que ingresaron en nuestra unidad. Fueron 20 varones y 27 mujeres. La edad media global y desviación típica de todas las madres de los recién nacidos ingresados fue de $34,22 \pm 6,17$ años. La media y desviación estándar de la edad materna en el momento del parto fue de $35,67 \pm 5,80$ para las gestaciones pretérmino y de $32,00 \pm 6,40$ años para las gestaciones a término. El 23,4% de las madres tenían una edad comprendida entre los 21 y los 30 años, el 36,2% entre los 31 y los 35 y el 40,4% más de 35 años. El 70,2% de las madres eran primíparas; el 21,3%, secundíparas; el 2,1%, tercióparas; el 6,4%, cuartíparas o más. La edad gestacional media de nuestros recién nacidos fue de 35,91 semanas de gestación con un rango desde la 25 a la 42 semanas y una desviación estándar de 3,68 semanas. El parto fue eutócico en el 31,9% de los casos, instrumental en el 19,1% y en el 48,9% restante el parto fue mediante cesárea. Los recién nacidos procedentes de gestaciones sencillas fueron 40 (85,1%) y 7 de gestaciones gemelares (14,9%). El peso medio al ingreso de nuestros recién nacidos fue de 2600,22 g con un rango desde 730 a 4.500 g y una desviación estándar de 781,46 g. La media del percentil del peso al ingreso de nuestros recién nacidos fue de $44,56 \pm 25,99$ con un rango desde percentil 1 a 99. La media del z-score del peso al ingreso de nuestros recién nacidos fue de $-0,24 \pm 0,98$. Fueron 6 casos bajos para la edad gestacional (12,8%), 39 casos adecuados para la edad gestacional (83%), 2 casos de elevado peso para la edad gestacional (4,3%). La media y desviación estándar del peso al ingreso de los RNPT fue de $2013,08 \pm 570,03$ g y de los RNT fue de $3270 \pm 476,25$ g. ($p < 0,05$). La media del percentil del peso al ingreso en RNPT fue de $40,69 \pm 22,94$ y de los RNT fue de $49,85 \pm 28,81$ ($p > 0,05$).

Conclusiones. La antropometría debe ser un método de rutina en las unidades neonatales como parte de una evaluación nutricional completa ya que constituyen unos de los mejores indicadores del estado nutricional tanto en neonatos y lactantes como en niños mayores permitiéndonos la identificación de neonatos con mayor riesgo de morbimortalidad y de aquellos que pueden sufrir una afectación del estado de nutricional.

HIPOCALCEMIA NEONATAL TARDÍA: EXTENSIÓN DEL ESTUDIO MÁS ALLÁ DEL NEONATO. M.T. Pérez Menéndez, R. Labra Alvarez, M.C. Rodríguez Pando, B. Bernardo Fernández, P. Toyos González, J.M. Cerezo Pancorbo. Servicio de Pediatría. Hospital Valle del Nalón. Langreo (Asturias).

Objetivo. Enfatizar la importancia del estudio metabólico materno (Ca, P y PTH) en el abordaje de la hipocalcemia neonatal tardía, especialmente en el caso de convulsiones neonatales tardías hipocalcémicas. Un hipoparatiroidismo (hPT) neonatal transitorio por inhibición de las paratiroides fetales secundario a un hiperparatiroidismo (HPT) materno asintomático no diagnosticado durante el embarazo frecuentemente debuta con convulsiones neonatales tardías.

Material y métodos. Presentamos el caso de un RN varón, fruto de gestación de 40 s sin incidencias. Madre de 33 años, sana, cólicos nefríticos. Periodo perinatológico normal excepto sepsis neonatal precoz clínica al 2º día de vida. Al 9º día de vida, inicia crisis parciales en forma de clonias multifocales. En el chequeo metabólico, hipocalcemia de 5,4 mg/dL e hipomagnesemia de 1,2 mg/dL. Recibe gluconato cálcico en bolos y en perfusión además de corrección de magnesio. Las crisis persisten 24 horas. Ecografía craneal y EEG normales. PTHi en límites bajos de la normalidad (15 pg/mL). Recibió aportes de Ca, Mg y vit D3 orales hasta completa normalización metabólica al 4º mes de vida.

En la extensión del estudio a la madre se objetivan calcemias entre 10,2-10,5 mg/dL, P y Mg normales y PTHi elevadas (entre 95-113 pg/mL); ecográficamente se evidencia un adenoma paratiroideo de 2,5 cm.

Conclusiones. El estudio del nivel de Ca en la madre es obligado en una hipocalcemia neonatal tardía ya que el HPT materno puede ser asintomático y manifestarse como una convulsión neonatal tardía. El diagnóstico etiológico de un HPT hipercalcémico materno es sencillo, siendo más inusual el diagnóstico de HPT con Ca normal-levemente elevado y P normal como es el caso que presentamos. Las convulsiones neonatales tardías pueden ser la primera expresión de un adenoma paratiroideo materno no diagnosticado, por ello el estudio de una aparentemente madre sana es un beneficio para ambos.

El enfoque terapéutico de un hPT neonatal transitorio incluye aportes de Ca y vitamina D y frecuentemente de Mg por el déficit asociado, siendo la evolución a la normalización metabólica en unas pocas semanas.

EL LARGO CAMINO DE LA ATOPIA EN UNA CONSULTA DE ALERGOLOGÍA INFANTIL. LA "MARCHA ALÉRGICA". P. Cobreiros García¹, E. Izquierdo Herrero¹, P. García Sasetá¹, R. Garrote Molpeceres¹, S. Abad Arevalillo¹, P. García Gutiérrez¹, S. Castrillo Bustamante², R. Andión Dapena¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

Introducción. La "marcha alérgica" describe la historia natural de la enfermedad atópica, cuya evolución se caracteriza por una secuencia de manifestaciones clínicas y de carácter cronológico según la edad del paciente, todas ellas dependientes de IgE.

Objetivos. Describir las principales características de la "marcha alérgica" en nuestro medio.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de una muestra aleatoria de pacientes que acudieron a revisión a la consulta de Alergología durante el año 2010, con antecedente de alergia alimentaria en los primeros años de vida. Los datos se recogieron a través de las historias clínicas de los pacientes.

Resultados. Se analizaron un total de 46 pacientes (58,7% varones, 41,3% mujeres) con antecedente de alergia alimentaria en los primeros años de vida (84,8% medio urbano, 15,2% medio rural) (mediana de edad: 13 años (Pc 25-75: 9-18 años)). La mediana de edad al primer diagnóstico fue de 12 meses (Pc 25-75: 6-30 meses). Como alérgenos más frecuentes destacaron: huevo 26%, proteínas de la leche de vaca 13%, ambas 13%, frutas 10,9%, pescado 8,7%, legumbres 6,5%, frutos secos 6,5%. La clínica de presentación más frecuente: 61% cutánea inmediata, 8,7%: digestiva, 8,7% respiratoria, 6,5% anafilaxia. El 30,4% presentaron dermatitis atópica al diagnóstico. Tras un periodo de dieta exenta de 36 meses (Pc 25-75: 28 meses-6años), el 56,5% consiguió tolerancia al alimento inicial. El 60,9% desarrolló alergia a otros alimentos (15% frutos secos, 11% legumbres, 8,7% frutas, 6% huevo, 20% a más de un alimento), siendo la mediana de intervalo entre ambos 7 años (Pc 25-75: 3-11 años). El 76% presentó alergia a inhalantes (mediana: 3 años 9 meses, Pc 25-75: 2 años 4 meses-7 años 9 meses), manifestada en el 26% como rinoconjuntivitis, en el 8,7% como asma y en el 37% con ambos síntomas. Los alérgenos más frecuentemente implicados fueron: 30% gramíneas, 8,7% ácaros, 6% epitelio animal, siendo en el 39% restante combinaciones de 2 o más alérgenos. El 80,4% contaba con antecedentes familiares de 1º grado de alergia (26% polinosis, 10,9% asma, 6,5% ambos, 10,9% medicamentos, 13% alimentos). En cuanto a los antecedentes personales, el 69,5% había recibido lactancia materna (media 3,96 meses). La presencia de tabaquismo pasivo se objetivó en el 30,4%, y convivencia con mascotas en el 15,2%. El tiempo de seguimiento de los pacientes en la consulta fue de 11 años (Pc 25-75: 7-14 años).

Conclusiones. Las enfermedades atópicas constituyen un grave problema de salud pública cuya prevalencia en niños y adultos jóvenes ha ido aumentando en los últimos años. La "marcha alérgica" describe su afectación a distintos niveles (respiratorio, cutáneo, digestivo), de forma secuencial, y con una base inmunológica establecida. De ello radica la importancia de la identificación precoz del niño con alto riesgo atópico, el conocimiento de los factores de riesgo atópico" y la posibilidad de actuación desde la medicina preventiva.

CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE TINEA CAPITIS EN EL ÁREA SANITARIA V DE ASTURIAS: MICROSPORUM CANIS VERSUS TRICHOPHYTON VIOLACEUM. L. Calle Miguel, E. Rodríguez Díaz, C. Pérez Méndez, T. González Martínez, M.C. Suárez Castañón, E. Lombrana Álvarez, C. Iñesta Mena, C. Del Busto Griñón. Servicios de Pediatría y Dermatología. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Objetivos. Conocer la epidemiología, presentación clínica y respuesta al tratamiento antifúngico de *tinea capitis* en nuestro medio en los últimos años y su posible asociación con los cambios poblacionales.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la revisión de las historias clínicas de todos aquellos pacientes pediátricos (de 0 a 14 años) en el Área Sanitaria V del Principado de Asturias con clínica de *tinea capitis* y cultivo de escamas cutáneas del cuero cabelludo positivo para dermatofitos desde enero de 2006 a julio de 2011.

Resultados. En 16 niños se aislaron hongos dermatofitos en muestras del cuero cabelludo. En once casos (69%) el cultivo fue positivo para *Microsporum canis*; todos los niños eran de origen español y consultaban por la presencia de placas en cuero cabelludo descamativas y acompañadas frecuentemente de alopecia, de largo tiempo de evolución. La respuesta a la griseofulvina oral fue favorable en ocho de los nueve pacientes que la recibieron, incluidos tres en los que había fracasado un tratamiento previo con terbinafina. En los otros cinco niños el cultivo fue positivo para *Trichophyton violaceum*; todos ellos eran de origen africano y cuatro consultaban por una descamación fina plateada del cuero cabelludo, generalmente sin alopecia, lo que presentó dudas diagnósticas con la dermatitis seborreica o la pitiriasis amiantácea. Recibieron tratamiento con griseofulvina, con mala respuesta en tres de los casos en los que persistía la clínica y/o la positividad de los cultivos para el mismo hongo, por lo que se trataron con terbinafina oral con evolución favorable.

Conclusiones. Con los cambios poblacionales, observamos un cambio en la epidemiología de *tinea capitis*, encontrando formas atípicas por hongos menos habituales que remedan otras patologías del cuero cabelludo, lo que provoca un retraso en el diagnóstico, y una mayor tasa de resistencia a los tratamientos habituales de las dermatofitosis. Hemos de tener en cuenta estos cambios para una mejor orientación diagnóstica y terapéutica.

EPIDERMÓLISIS BULLOSA NEONATAL. I. Sevillano Benito¹, B. Salamanca Zarzuela¹, M.M. Montejo Vicente¹, M. Samaniego¹, L. González Martín¹, E. Pérez Gutiérrez¹, J. Vega Gutiérrez², A. Villanueva³. ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Dermatología, ³Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Introducción. La epidermólisis bullosa o ampollosa (EB) es un grupo poco común de trastornos hereditarios caracterizados por una fragilidad excesiva de piel y mucosas, con formación de ampollas

ante cualquier mínimo traumatismo o roce. Tilbury Fox la describió por primera vez en 1879. La prevalencia media es baja (18,39 casos por millón de habitantes a nivel mundial y 5,69 casos por millón de habitantes en España). Se clasifica en tres grandes grupos: EB simple (ampollas en la capa basal de la epidermis), EB de la unión o juntural (ampollas en la membrana basal de la unión dermo-epidérmica) y EB distrófica (ampollas a nivel de las fibrillas de anclaje de la dermis papilar). Puede ser de herencia autosómica dominante o recesiva. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante biopsia cutánea, técnicas de microscopía electrónica e inmunofluorescencia. En la actualidad no existe un tratamiento específico. Es fundamental minimizar la formación de ampollas, favorecer su cicatrización, evitar sobreinfecciones, controlar el dolor y tratar posibles complicaciones.

Caso clínico. Recién nacida a término de peso adecuado para la edad gestacional sin antecedentes prenatales ni perinatales de interés. Antecedentes familiares: madre con HTA y psoriasis, sin otra patología. Embarazo controlado de curso normal. Período neonatal inmediato sin incidencias. Al nacimiento se observan lesiones en pabellón auricular izquierdo y tórax de aspecto ampolloso, algunas de ellas rotas. En las primeras horas de vida se produce un aumento del número de lesiones con extensión mismas hacia el abdomen y con descamación de plantas de ambos pies. Se realizaron curas estériles diarias con Fucidine® crema y Adaptic®, punciones evacuadoras de las ampollas y desinfección con clorhexidina al 0,5%, así como vendajes segmentarios de tronco y extremidades. Buena evolución y cicatrización de las lesiones, pero con aparición de otras nuevas de manera intermitente. Analgesia: Ibuprofeno (20 mg/kg/día), paracetamol (10mg/kg/dosis) y nolutil (10 mg/kg/dosis) vía oral; gabapentina (8mg/kg/día) vía oral, fentanilo (1mg/kg/dosis) iv, midazolam (0,1mg/kg/dosis) iv y clorhidrato de morfina (0,1mg/kg/dosis) vía oral; con difícil control del dolor. Protección gástrica y de mucosas con ranitidina oral (2mg/kg/dosis), sucralfato y lidocaína viscosa 2%. Desde la semana de vida se observa hiponatremia, añadiéndose suplementos de ClNa20% hasta el mes de vida. Aparición de complicaciones oftálmicas (queratitis bilateral y pannus corneal) tratadas con Aureomicina (durante 11 días), Systane®, Medrivás® y Lipolac®. Se añade hierro oral (Glutaferro® a 3 mg/kg/día) por anemia. Se realizan interconsultas a Dermatología y Oftalmología para seguimiento conjunto. Pendiente de resultados de biopsia en el momento de enviar este resumen.

Discusión. La EB debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de cualquier neonato con lesiones ampollas. Es importante el abordaje multidisciplinar por la complejidad de las lesiones. El subtipo de enfermedad es fundamental para afrontar el pronóstico y la severidad de la enfermedad.

Sábado 26 de Noviembre, Sala 3

MISCELÁNEA

ALERGIA A PENICILINAS EN PEDIATRÍA: UTILIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRUEBAS DE PROVOCACIÓN. P. Toyos González, B. Bernardo Fernández, J.M. Cerezo Pancorbo, R. Labra Álvarez, M.C. Rodríguez Pando, M.T. Pérez Menéndez. Servicio de Pediatría. Hospital Valle del Nalón. Langreo.

Introducción. Las reacciones cutáneas leves relacionadas con la toma de antibióticos son muy frecuentes en la edad pediátrica. Supone un reto para los pediatras el determinar si es una reacción de hiper-

sensibilidad IgE-mediada o si es otro tipo de reacción medicamentosa.

Objetivo. Determinar la seguridad de las pruebas de diagnóstico de alergia a betalactámicos y valorar la prevalencia real de hipersensibilidad IgE-mediada en este tipo de reacciones.

Material y métodos. Estudio prospectivo de 17 pacientes con antecedentes de reacciones cutáneas con la toma de betalactámicos vía oral (penicilina y/o amoxicilina), sin historia de anafilaxia, angioedema y/o sintomatología sistémica. Se informó a los padres y/o tutores mediante consentimiento informado. Se realizó evaluación preliminar mediante historia clínica y determinación de RAST-IgE en sangre. Posteriormente se efectuaron test cutáneos mediante intradermorreacción frente a diversos betalactámicos. Los pacientes con negatividad de ambos estudios, realizaron pruebas de provocación y reprovocación controlada con betalactámicos en hospitalización de corta estancia.

Resultados. La totalidad de los pacientes estudiados tenían historia de reacción cutánea con la toma de amoxicilina por vía oral. De los 17 pacientes, sólo 1 tenía RAST IgE positivo para amoxicilina, con lo que finalizó el estudio en esta fase (5,8%). De los 16 pacientes restantes con RAST IgE negativo, todos ellos realizaron los test cutáneos a 4 betalactámicos con resultados negativos. Posteriormente se llevaron a cabo pruebas de provocación controlada y re-provocación con amoxicilina. El porcentaje de reacciones adversas durante todas las pruebas de provocación, tanto inmediatas como tardías, fue del 0%.

El 94,2% de los pacientes toleraron la amoxicilina sin incidencias.

Conclusiones. Las reacciones cutáneas coincidentes con toma de amoxicilina son muy frecuentes en la práctica diaria. De ellas, sólo una pequeña parte corresponden a reacciones de hipersensibilidad IgE-mediadas que obliguen a prescindir de este fármaco y otros análogos. Por tanto, la utilidad de estas pruebas para evitar un sobrediagnóstico de alergia a penicilinas es elevada. Con una correcta indicación, la seguridad de las pruebas de provocación es muy elevada.

TOS PSICÓGENA: UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN. H. Benito Pastor, P. Del Villar Guerra, G. Fraile Astorga, S. Calderón Rodríguez, A. Hedrera, R. Velasco Zúñiga. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La tos es el síntoma respiratorio más frecuente y un motivo habitual de consulta tanto en los centros de atención primaria como en las urgencias hospitalarias, por ser una causa de preocupación familiar. La tos psicógena se presenta como un tipo de tos crónica, que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la misma y en el asma de difícil control, con el fin de evitar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados. Presentamos el caso de una niña de 11 años que consulta por accesos constantes de tos.

Caso clínico. Mujer de 11 años que consulta en Urgencias de Pediatría por accesos constantes de tos desde hace 4 horas, sin ningún desencadenante. Afebril. No refiere otra sintomatología. No refiere antecedentes familiares de interés. Está en tratamiento con metilfenidato por trastorno por déficit de atención e hiperactividad. A la exploración presenta buen estado general, petequias en cara y leve inyección conjuntival. Auscultación cardiopulmonar normal. Faringe hiperémica. Abdomen normal. Otoscopia: normal. Se realiza una radiografía de tórax que es normal.

Durante su estancia en urgencias, se prueba tratamiento con salbutamol + budesonida nebulizados, sin éxito. 1 dosis de dexametasona a 0,15 mg/kg así como una dosis de codeína oral de 15 mg. La

niña empieza a mostrar signos de agotamiento, por lo que se canaliza vía periférica y se extrae gasometría venosa, normal. Tras la canalización de la vía se pasa una dosis de midazolam intravenoso a 0,1 mg/kg, tras la que muestra mejoría transitoria. Cuando la niña se distrae y habla disminuyen los accesos.

Pese a la hidratación vía oral, y a un aerosol de SSF, la tos persiste con igual intensidad, por lo que se decide iniciar perfusión continua de midazolam IV a 0,05 mg/kg/h, desapareciendo por completo los accesos de tos a los 15 minutos de iniciarse la perfusión. A la hora de iniciarse la perfusión la niña se queda dormida.

Comentarios. La tos psicógena es un tipo de tos crónica infrecuente, con características especiales, refractaria al tratamiento, que desaparece por la noche y en ausencia de los padres o del médico y que suele darse en pacientes adolescentes o preadolescentes. De difícil diagnóstico, éste suele realizarse por exclusión, o como en nuestro caso, por respuesta a tratamientos ansiolíticos tras haber intentado los tratamientos habituales.

PRESCRIPCIÓN PEDIÁTRICA DE ANTICATARRALES SISTÉMICOS EN CASTILLA Y LEÓN (2005-2010): VARIABILIDAD GEOGRÁFICA. I. Casares Alonso¹, A. Cano Garcinuño². ¹Centro de Salud Venta de Baños. Palencia. ²Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato. Palencia.

Introducción y objetivos. Existe una gran variabilidad en la prescripción farmacológica en Pediatría, que afecta sobre todo a las enfermedades en las que existen pocas pruebas de efectividad de los tratamientos disponibles. El objetivo de este estudio es describir cuantitativa y cualitativamente la prescripción de anticatarrales de uso sistémico en las 11 áreas sanitarias de Castilla-León, analizando la variabilidad geográfica de la misma por área de salud y por tipo de zona de salud rural/urbana (como una forma indirecta de medir la diferente prescripción realizada por pediatras y por médicos de familia).

Material y métodos. Se contabilizaron las prescripciones correspondientes al subgrupo terapéutico R05 (preparados para la tos y el resfriado) y al subgrupo terapéutico-farmacológico R01B (descongestivos nasales para uso sistémico) de la clasificación ATC, realizados por médicos del sistema público regional de salud (Sacyl) entre 2005-2010 a personas <14 años. Los datos de consumo farmacéutico se obtuvieron del Sistema de Información de Farmacia de Sacyl (Concyli), y los datos de población del sistema de tarjeta sanitaria individual (TSI). La variabilidad entre áreas sanitarias se estudió mediante la razón de tasas entre la prescripción en área y la prescripción media de la comunidad autónoma. La influencia del ámbito de residencia mediante la razón de tasas de las zonas rurales y semiurbanas respecto a las zonas urbanas. Las tasas se ajustaron por edad y se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de regresión de Poisson, incluyendo el área sanitaria, el ámbito de residencia, la edad y el año de prescripción.

Resultados. Se incluyeron 1.580.229 personas-año observadas y 806.785 prescripciones de anticatarrales sistémicos. Se observó un gran variabilidad entre la cantidad y el tipo de anticatarrales prescritos. En tres áreas la prescripción fue al menos un 20% menor que la media para los tres grupos de fármacos estudiados (simpaticomiméticos, mucolíticos y antitusivos), y en otras tres áreas la prescripción de los tres grupos fue al menos un 20% superior a la media. Las mayores diferencias estaban en la prescripción de simpaticomiméticos, para los que hubo dos áreas con una razón de tasas (ajustada en modelo multivariante) superior a 1,8. Cloperastina fue el antitusivo más prescrito en todas las áreas, y excepto en un área el segundo más prescrito fue dextrome-

torfano. El mucolítico más prescrito fue ambroxol, excepto en dos áreas donde era ligeramente superado por acetilcisteína. Comparado con el medio urbano, en el medio rural fue mayor la prescripción de simpaticomiméticos (razón de tasas ajustada en modelo multivariante de 1,57), mucolíticos (1,22) y antitusivos (1,10).

Conclusiones: Existe una amplia variabilidad en los patrones de prescripción de anticatarrales sistémicos entre las áreas sanitarias de Castilla y León. En el medio rural se produce una mayor prescripción de anticatarrales sistémicos que en el medio urbano.

PRESCRIPCIÓN PEDIÁTRICA DE ANTICATARRALES SISTÉMICOS EN CASTILLA Y LEÓN (2005-2010): VARIABILIDAD POR EDAD Y EVOLUCIÓN TEMPORAL. A. Cano Garcinuño¹, I. Casares Alonso². ¹Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato. Palencia. ²Centro de Salud Venta de Baños. Palencia.

Introducción y objetivos. La infección de las vías respiratorias superiores o catarro común es el motivo de consulta pediátrica más frecuente, y genera un elevado volumen de prescripción de fármacos. El objetivo de este estudio es describir cuantitativa y cualitativamente la prescripción de anticatarrales por vía sistémica en Castilla-León y analizar su variabilidad según la edad y la evolución temporal en ese periodo.

Material y métodos. Se contabilizaron las prescripciones correspondientes al subgrupo terapéutico R05 (preparados para la tos y el resfriado) y al subgrupo terapéutico-farmacológico R01B (descongestivos nasales para uso sistémico) de la clasificación ATC, realizados por médicos del sistema público regional de salud (Sacyl) entre 2005-2010 a personas <14 años. Los datos de consumo farmacéutico se obtuvieron del Sistema de Información de Farmacia de Sacyl (Concyli), y los datos de población del sistema de tarjeta sanitaria individual (TSI). Se analizó el número de prescripciones en forma de tasa cruda y ajustada por edad.

Resultados: Se incluyeron 1.580.229 personas-año observadas y 806.785 prescripciones de anticatarrales sistémicos. Las tasas crudas de prescripción (por 100 personas-año) fueron: antitusígenos, 20,7; simpaticomiméticos de uso sistémico en asociación, 7,0; mucolíticos, 23,4. La prescripción de mucolíticos y simpaticomiméticos fue máxima a la edad de 1 año (tasas de 41,9 y 18,7 respectivamente), disminuyendo después lentamente. Los antitusivos aumentaron su prescripción hasta un máximo a los 3 años (35,7 por 100 personas-año). Los antitusígenos más prescritos globalmente fueron cloperastina (tasa cruda 10,3 por 100 personas-año), dextrometorfano (4,3), codeína (2,4), dimetorfano (2,1) y drosera-tomillo (1 por 100 personas-año). Dextrometorfano fue el antitusígeno más prescrito en <1 año, pero posteriormente predominó ampliamente la cloperastina. El mucolítico más prescrito fue ambroxol hasta los 8 años, predominando posteriormente la acetilcisteína, cuya tasa de prescripción fue bastante estable a todas las edades. De los simpaticomiméticos de uso sistémico, la fenilefrina fue el más prescrito (6,2 por 100 personas-año), siendo mucho más elevada esa tasa en los niños más pequeños: 11,6; 18,2; 14,8 y 11,8 respectivamente para <1, 1, 2 y 3 años.

La evolución de la prescripción en estos años mostró una tendencia decreciente para todos los grupos: simpaticomiméticos (razón de tasas ajustada por edad de 2010 respecto a 2005 = 0,44), mucolíticos (razón de tasas = 0,75) y antitusivos (0,63), aunque para mucolíticos y antitusivos toda la disminución se había conseguido ya en 2008, siendo posteriormente estable la prescripción.

Conclusiones. Entre 2005 y 2010 hubo una elevada prescripción de anticatarrales sistémicos en el sistema sanitario público de Casti-

lla y León. Los niños <2 años recibieron con mucha más frecuencia prescripciones de estos fármacos, muchas veces fuera de las condiciones de uso establecidas en su ficha técnica y de las recomendaciones aceptadas de tratamiento de las infecciones de vías respiratorias superiores.

ASISTENCIA POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN URGENCIAS INFANTILES HOSPITALARIAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO. M. Mora Matilla¹, P. Alonso Quintela¹, S. Gautreaux Minaya¹, D. Mata Zubillaga¹, A.G. Andrés Andrés². ¹Servicio de Pediatría, ²Urgencias de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La ingesta de cuerpos extraños es relativamente frecuente en lactantes y niños pequeños. La mayoría se producen entre los 6 meses y los 3 años. Gran parte atraviesan el esófago, el estómago y el intestino sin complicaciones. Solamente el 10-20% necesitan extracción endoscópica, y menos del 1% intervención quirúrgica.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyó a los pacientes menores de 14 años que acudieron a Urgencias Pediátricas del Complejo Asistencial Universitario de León por ingesta de cuerpo extraño desde Septiembre de 2010 hasta Agosto de 2011. Los datos se obtuvieron revisando los libros de registro de admisión y el historial de los pacientes. Fueron analizados con el paquete estadístico SPSS y Excel 2008.

Resultados. Se incluyeron 88 pacientes, 53 varones y 35 mujeres. La edad media fue $50,3 \pm 37$ meses (rango 7-155 meses). Tres cuartas partes fueron niños menores de 5 años y un tercio menores de 2 años. Más de la mitad acudieron durante la tarde (46/88), siendo más frecuente en días laborales (el día con mayor número de visitas fue el miércoles). En los meses de verano se registró el mayor número de consultas. El objeto más frecuentemente ingerido fueron las monedas, en una cuarta parte de las ocasiones. En 59/88 pacientes se realizaron pruebas complementarias, siendo las radiografías de tórax, abdomen y cuello las más utilizadas. La mayoría fueron dados de alta a domicilio (81/88). Sólo precisaron ingreso 7 pacientes (7/88). En 2 casos se realizó extracción endoscópica y en ningún caso fue necesaria la intervención quirúrgica. La evolución fue siempre favorable.

Comentarios. La ingesta de cuerpo extraño es una causa frecuente de asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios. Se produce mayoritariamente en escolares y lactantes. En la mayoría de los casos se opta por actitud expectante, siendo escaso el porcentaje de pacientes que precisan extracción del cuerpo extraño. En aquellos casos donde se realiza, el resultado es favorable y rara vez se producen complicaciones.

SÍNDROME DE GITELMAN: ANÁLISIS DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. C. González González, M. Fournier Carrera, M. Muñoz Sesmero, I. Bermejo Arnedo, E. Moreno Gómez, P. Solís Sánchez, F. Conde Redondo. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción. El síndrome de Gitelman es una tubulopatía hereditaria asociada con alcalosis metabólica hipopotasémica producida por la mutación del gen que codifica para el transportador sodio-cloruro tiazida sensible del túbulo contorneado distal. A pesar de ser una entidad benigna, el diagnóstico a menudo resulta difícil por la gran variabilidad fenotípica y por el retraso en su sospecha dada su baja incidencia.

Objetivo. Analizar la edad y las circunstancias al diagnóstico, la correlación genotipo-fenotipo, la necesidad de tratamiento crónico y evolución de los pacientes afectados de este síndrome en seguimiento por nuestro servicio de Nefrología Infantil.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Revisión de los cuatro casos de síndrome de Gitelman diagnosticados hasta el momento.

Resultados. De los cuatro casos diagnosticados hay un predominio de mujeres (3:1). El diagnóstico se realizó en un rango de edad desde los 2 a los 9 años con una edad media al diagnóstico de 6 años y medio. En todos los casos se trató de un hallazgo casual (en tres de ellos en el contexto de un cuadro infeccioso y en el caso restante durante la observación de un traumatismo craneoencefálico). Todos ellos precisaron ingreso hospitalario en el momento del estudio al diagnóstico, con una estancia media hospitalaria de 5,2 días. La clínica acompañante fue predominantemente vómitos y abdominalgia. La cifra media de hipocaliemia e hipomagnesemia al diagnóstico fue de 2,7 mEq/L y 1,3 mg/dl respectivamente. Todos ellos presentaron alcalosis metabólica que precisó aportes de potasio intravenoso (como parte de la rehidratación para el síndrome emético) en tres de los pacientes. Tres de ellos mostraron homocigosis para la mutación del gen SCL12A3(*), siendo los padres heterocigotos para dicha mutación. Todos pertenecen a la etnia gitana y no se han observado otros familiares afectados. Reciben tratamiento crónico con aportes de magnesio y/o potasio. Ninguno de ellos ha presentado datos de insuficiencia renal a lo largo de su seguimiento hasta el momento actual.

Conclusiones. El síndrome de Gitelman entraña dificultades en su diagnóstico dada su gran heterogeneidad clínica y genética. Como ocurre en los casos que hemos presentado, ante los hallazgos de hipocaliemia y clínica inespecífica ha de sospecharse la enfermedad y realizar un estudio completo para instaurar el tratamiento correcto.

*Estudio genético realizado en el Hospital Central de Asturias (Dr. E. Coto)