

## Comunicaciones

---

VIERNES 16 DE NOVIEMBRE  
SALA LUIS DE MERCADO

---

1. **CATÉTERES MULTILUMEN DE ACCESO PERIFÉRICO: ¿UNA ALTERNATIVA A LAS VÍAS CENTRALES?** *M. Los Arcos, R. Pardo, L. Ferrero, J.A. Medina, J.A. Concha, C. Rey. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Central de Asturias. Universidad de Oviedo.*

**Objetivos.** Revisar la experiencia en la colocación de catéteres centrales de acceso periférico (CCAP) utilizando aquellos normalmente reservados para la canalización venosa central.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos Pediátricos en los últimos 3 años en los que fue colocado un CCAP (4 French, 2 luces y 30 cm).

**Resultados.** Se utilizó un CCAP en 22 niños (edad media: 8,25, rango: 1,7-13,8 años). La duración media fue 7,2 días, rango: 1-16. El 90% se canalizó en venas antecubitales y el resto en yugular externa. Se utilizaron para administrar antibióticos (59%), otros fármacos (81%), nutrición parenteral (50%) y transfusiones (9%). En 8 pacientes se monitorizó la presión venosa central (PVC). Se retiró el catéter en 5 pacientes (22%): flebitis (3), obstrucción (1) e infección de la puerta de entrada del catéter (1).

**Discusión.** En la última década han aparecido alternativas a las vías centrales en niños. Sin embargo, no hemos encontrado ninguna referencia sobre el uso de catéteres multilumen por vía periférica. Este tipo de CCAP presenta varias ventajas: administración simultánea de fármacos no compatibles, nutrición parenteral, monitorización de la PVC y extracciones analíticas sin precisar nuevas punciones. Los

CCAP multilumen constituyen una alternativa en el manejo del paciente crítico.

2. **INDICACIONES PARA EL USO DE LOS RESERVORIOS IMPLANTABLES CON CATÉTER CENTRAL EN PEDIATRÍA.** *V. Alvarez Muñoz, B. Curros\*, R. Pardo\*, S. García, C. Martínez-Almoyna. Servicio de Cirugía Pediátrica. \*Departamento de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias.*

**Introducción.** Los reservorios implantables con catéter central constituyen un aparte esencial en el tratamiento integral de niños con enfermedades crónicas y patologías neoplásicas e infecciosas. La mejoría en la calidad de vida así como la simplificación del acceso venoso a una vía central ha hecho de estos sistemas una herramienta de uso cotidiano para clínicos y cirujanos. Analizamos aquí sucintamente las indicaciones de uso de estos dispositivos durante la edad pediátrica.

**Material y métodos.** Mediante el análisis retrospectivo de nuestros historiales clínicos desde el año 1990 al 2000, ambos inclusive, hemos recogido las patologías de base de 116 pacientes y el empleo de 136 dispositivos, que arrojan un total de 52.615 días de implante.

**Resultados.** El paciente tipo en nuestro estudio lo representa el portador de una neoplasia hematológica (44% del total) o sólida (43%) que precisó el implante de un reservorio con catéter para someterse a tratamiento quimioterápico, soporte nutricional y extracciones venosas seriadas.

Un 6% de nuestro grupo de estudio está formado por pacientes con discrasias sanguíneas (hemofilias, anemias hemolíticas) que precisan administración frecuente de hemoderivados.

La necesidad de un soporte nutricional intravenoso fue la causa de inserción en 5 pacientes (4%) en nuestra serie y la administración de antibióticos profilácticos en la fibrosis quística tan sólo en una paciente.

**Conclusiones.** A pesar de las innumerables ventajas que los reservorios implantables presentan en niños necesitados de acceso venoso central permanente, nuestra serie adolece, en comparación con grandes series multicéntricas, de un pobre uso en casos de enfermedades crónicas no neoplásicas. La difusión de la bondad del sistema junto con su manejo por parte de especialistas contribuirá notablemente a mejorar el horizonte vital del grupo más sensible de nuestra población pediátrica.

### 3. INVAGINACIÓN INTESTINAL: ALGO MÁS QUE UNA OBSTRUCCIÓN. V. Alvarez Muñoz, F. Negro, S. García, C. Martínez-Almoyna. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

**Introducción.** La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal durante la lactancia. La historia natural de esta patología, aun oscura y fuente de múltiples teorías, no se completa con la resolución de la limitación al tránsito digestivo sino que a menudo se sigue de una pléyade semiológica que nos disponemos a comentar en el presente estudio.

**Material y métodos.** Se describe la aparición de comorbilidades en nuestros pacientes diagnosticados de invaginación intestinal a partir del estudio retrospectivo de los historiales clínicos de los 36 pacientes que presentaron esta patología a lo largo del año 2000. Se incluyó en el estudio tanto los casos resueltos mediante cirugía (laparotomía con desinvaginación manual) como aquellos en los que la desinvaginación se consiguió mediante la aplicación de presión hidrostática (enema baritado en todos los casos).

**Resultados.** Tanto en el grupo de las invaginaciones resueltas hidrostáticamente como en el de las intervenidas quirúrgicamente, un 28% de nuestros pacientes presentaron episodios febriles durante su ingreso tras la desinvaginación. Las alteraciones del tránsito digestivo fueron también frecuentes, encontrándose hasta en un 27% de los niños estudiados. Los episodios de reinvasión, importantes por su gravedad en caso de error diagnóstico, aparecieron

en el 12% de los casos (mayoritariamente en aquellos resueltos mediante enema opaco). Por su interés etiológico citar también que el 5% de nuestros niños presentaron estigmas exantemáticos durante su ingreso.

**Conclusiones.** La elevada frecuencia de manifestaciones gastrointestinales de probables origen infeccioso así como de fiebre y lesiones cutáneas nos sirve para afianzar el papel que los diversos agentes infectivos juegan en el desarrollo de esta patología.

### 4. INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL: A PROPÓSITO DE UN CASO. J.D. Herrero Morín, S. Jiménez Treviño, P. Touza Pol, R.P. Arias Llorente, C. Rodríguez Delhi, J. Barreiro Daviña. Departamento de Pediatría, Hospital Central de Asturias (Oviedo)

**Introducción.** El paracetamol es un fármaco de uso común y causa frecuente de intoxicación aguda en la infancia, alcanzándose niveles sanguíneos máximos a las 2-4 horas de la sobreingesta. Se considera dosis tóxica, con posible lesión hepática, desde 140-150 mg/kg de peso.

**Caso clínico.** Lactante de dos meses que acude a urgencias por vómitos. En urgencias se constata por entrevista la sobredosificación de paracetamol en el curso de 24 horas, con dosis total de 543 mg/kg.

**Antecedentes personales.** Sin interés para la enfermedad actual.

**Exploración física al ingreso.** Buen estado general. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico I-II/VI. Abdomen y exploración otorrinolaringológica normales.

**Exámenes complementarios.** niveles máximos de GOT: 234 UI/L (segundo día de ingreso); de GPT: 175 (tercer día). Neutropenia (500 neutrófilos/mm<sup>3</sup>) el séptimo día. TP 18,1 segundos (ratio 1,54) el segundo día. Niveles de paracetamol al ingreso: 131,3 mcg/ml. Electrocardiograma normal.

**Evolución.** Ingresa en planta con dieta absoluta, venoclisis y N-acetilcisteína por sonda nasogástrica cada 4 horas. Los niveles de transaminasas son máximos en sangre en el segundo día de ingreso, descendiendo después progresivamente siendo menores de 100 UI/L en el quinto día, suspendiéndose entonces el tratamiento con N-acetilcisteína. El cuarto día de ingreso inicia alimentación con lactancia materna con buena tolerancia, lo que permite suspender

la venoclis. No presentó ictericia, Hepatomegalia ni hemorragias durante su estancia. Alta a los diez días del ingreso con estado satisfactorio.

**Comentarios.** La intoxicación por paracetamol puede ocasionar lesión hepática con incremento en los niveles de transaminasas y alteración de la coagulación. Deben determinarse los niveles de paracetamol entre las 4 y las 24 horas de la ingesta aguda. El manejo con N-acetilcisteína en sobredosis superiores a 140-150 mg/kg resulta apropiado, especialmente si es aplicado antes de las 12-16 horas de la intoxicación.

**5. SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA DE UN CUERPO EXTRAÑO INTRAESOFÁGICO.** *S. García Saavedra, V. Alvarez Muñoz, F. Negro López, C. Martínez-Almoyna Rullán. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Central de Asturias. Oviedo*

**Introducción.** La mayoría de los cuerpos extraños son deglutidos por los niños y algunos se alojan en esófago, fundamentalmente en la zona del músculo cricofaríngeo y arco aórtico. Los síntomas usuales son disfagia y distintos grados de dolor en los momentos inmediatos o pocos días después de su ingesta. Sin embargo, no son infrecuentes los retrasos diagnósticos por la escasez de síntomas, fundamentalmente referidos al aparato digestivo.

**Caso clínico.** Se presenta el caso clínico de un varón de 9 meses de edad, con una historia de 6 meses de evolución de cuadros respiratorios espásticos, tratados sintomáticamente por su pediatra de Centro de Salud, con exacerbaciones frecuentes, coincidentes con cuadros de vías altas. La madre insiste que el niño produce "ruidos importantes" respiratorios mientras duerme. No hay antecedentes de episodios inexplicables de llanto ni de accesos de tos, por ingestión de cuerpos extraños o alimentos. La repetición de los episodios respiratorios, pese al tratamiento, y su progresiva afectación del estado general, obliga a una consulta al Hospital de referencia. Entre otros estudios, se realiza una placa de tórax, encontrando una imagen de cuerpo extraño intraesofágico. Se nos remite para su valoración quirúrgica.

A la exploración, el niño presenta buen estado general, sin cianosis, coloración normal. Peso 9,500 Kg. Auscultación

pulmonar normal, pero se constata cierta dificultad inspiratoria. Auscultación cardiológica normal. Resto de exploración normal. En la radiología de tórax-región cervical se constata la existencia de un cuerpo extraño radioopaco, redondeado, en posición transversa, situada en zona cricofaríngea, que desplaza la tráquea hacia delante y hacia la derecha. La madre reitera que nunca el niño ha ingerido nada extraño, ni ha tenido sintomatología sugestiva de hacerlo.

Se realiza una esofagoscopia y se observa que, por debajo de la zona cricofaríngea, emerge de la pared esofágica un mínimo reborde plateado, rodeado de un tejido fungoso que sangra al tacto. Se clampa dicho borde y se extrae sin dificultad, resultando ser una pequeña moneda de 1 peseta. Queda un lecho fungoso, profundo, y sangrante.

El postoperatorio inmediato es normal, con auscultación pulmonar normal. Placa de tórax normal. Se deja a dieta absoluta durante 4 días y alta al 5º día.

Se ha revisado en consulta desde hace 18 meses, con desaparición de la sintomatología respiratoria y mejora de la distocia traqueal.

**Conclusión.** Se plantea la necesidad de tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica en niños con sintomatología respiratoria inespecífica y persistente, y realizar una placa de tórax y región cervical en casos escogidos.

**6. QUISTE DE VESÍCULA SEMINAL DERECHA Y AGENESIA RENAL HOMOLATERAL PRESENTADO COMO UNA GRAN MASA PÉLVICA NEONATAL.** *S. García Saavedra \*, B. Amil Pérez\*\*, M. Díaz Sotres\*\*\*, V. Alvarez Muñoz\*, F. Negro López\*, C. Martínez-Almoyna Rullán\*.* *\*Servicio de Cirugía Pediátrica, \*\*Departamento de Pediatría, \*\*\*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** La dilatación congénita o los quistes de la vesícula seminal es de rara aparición en el período neonatal. Son más frecuentes en el lado izquierdo y asociados a agenesia renal, y su aparición habitual es a los 25-45 años, siempre con trastornos miccionales. Excepcionalmente han sido referidos como masas palpables. Sus referencias en la literatura son escasas, con series cortas, la mayoría en adultos.

**Caso clínico.** Presentamos un caso clínico aparecido en un recién nacido varón, con diagnóstico ecográfico prenatal inicial de masa en pelvis y posteriormente de megavejiga por posibles válvulas de uretra posterior. Los antecedentes familiares, embarazo y parto son normales. Ausencia de malformaciones asociadas, salvo sendos conductos peritoneovaginales permeables y criptorquidia derecha.

Las sucesivas etapas diagnósticas seguidas y los estudios de imagen realizados (uretrografía, cistografía miccional, ecografía, RNM, TAC), constatan la presencia de una enorme masa (sólida-líquida) que supera el ombligo y ocupa la totalidad de la pelvis, con dificultades defecatorias progresivas. El diagnóstico preoperatorio de presunción es de quiste de vesícula seminal derecha y agenesis renal homolateral.

Se interviene a los 2 meses de edad, encontrando un enorme quiste de vesícula seminal derecha, donde terminan ambos deferentes y un riñón pélvico derecho atrófico. No se puede objetivar claramente la vesícula izquierda. La laboriosa exéresis del quiste es completa, excepto una pequeña zona en su ángulo anteroinferior, íntimamente adherida a la posterior vesical y a próstata (con resección completa de mucosa y submucosa a este nivel). El postoperatorio carece de complicaciones y el control postoperatorio al año es normal. Queda pendiente la intervención de su criptorquidia derecha.

**Conclusiones.** Se concluye la necesidad de tener en cuenta este diagnóstico en las masas pélvicas neonatales asociadas con la ausencia del riñón homolateral.

## 7. FULGURACIÓN POR RAYO A TRAVÉS DEL TELÉFONO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*M.A. Martín Mardomingo, J.L. Pérez Fernández, M.C. Cuadrillero Quesada, S. Parrondo Garrido, F. González González, C. Pérez Méndez. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes (Gijón).*

**Caso clínico.** Niño de 13 años, previamente sano; mientras habla por teléfono y tras escucharse una explosión, es hallado por sus padres con pérdida de conciencia de pocos segundos de duración, con amnesia retrógrada. El teléfono que utilizaba se encuentra a varios metros destrozado, al igual que otro aparato en el piso superior. Vive en una zona

rural, poblada y con diversos pararrayos en casas adyacentes.

**Exploración física.** Consciente, orientado; enrojecimiento del conducto auditivo externo (CAE) izquierdo con tímpano íntegro; lesión dérmica, eritematosa, macular, arborescente, que se extiende desde la zona inframandibular hasta glúteo derecho. Quemadura de segundo grado en los puntos de entrada y salida de la descarga, respectivamente.

**Estudios complementarios.** Hemograma, ionograma y coagulación normales. Creatinina (CK): 704 U/L. Sedimento urinario y ECG: normales. Elevación progresiva de la CK con normalización a los tres días. No se observaron alteraciones auditivas, oftalmológicas ni neurológicas.

**Discusión.** Las lesiones producidas por un rayo son diferentes según éste afecte directa o indirectamente a un sujeto. Cuando el rayo cae directamente, la mortalidad es del 25%, produciéndose numerosas lesiones asociadas en los supervivientes: el 75% presenta pérdida de conciencia prolongada, cuadros convulsivos, alteraciones psiquiátricas, etc. Cuando las lesiones se transmiten a través del teléfono, la energía va perdiéndose a medida que avanza. La descarga suele entrar por el oído, con barotrauma pero sin quemadura aparente. Se han descrito rotura de tímpano y pérdida de audición neurosensorial y, en algunos casos, hematoma intracraneal. Existe una lesión dérmica patognomónica llamada "figura de Lichtenberg" arborescente, no dolorosa ni pruriginosa. A nivel neurológico puede haber pérdida de conciencia con amnesia retrógrada, ataxia, vértigo, nistagmus y parálisis facial periférica. Se han descrito alteraciones psiquiátricas como depresión, manía y alteraciones de la personalidad.

En nuestro caso, tan sólo se detectó el enrojecimiento del CAE, quemaduras en los puntos de entrada y de salida, "figura de Lichtenberg" y elevación de la CK. Continúa siendo seguido por el servicio de Oftalmología ya que pueden desarrollar cataratas hasta 2 años después del accidente.

## 8. IMPLICACIONES DE PEDIATRÍA SOCIAL RESPECTO AL SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL. L. Jiménez Díaz, A. González López.

*Centro Salud Miguel Armijo. Cátedra Psicología Clínica Infantil. UPSA. Salamanca*

**Introducción.** La alta incidencia del síndrome alcohólico fetal (SAF) que oscila, según las distintas estadísticas entre 1/320 a 1/2.500 recién nacidos, equipara o supera su frecuencia a síndromes tan comunes como el síndrome de Down, la parálisis cerebral infantil o el síndrome X frágil, entre otros. De ahí que resulte un campo de investigación específico y de especial interés de la Pediatría Social, si se tiene en cuenta, por un lado, que un porcentaje elevado de las formas denominadas de SAF parciales o incompletas nunca van a ser diagnosticadas como tal síndrome o, en último caso, tardíamente, y por otro, la alta incidencia del alcoholismo crónico femenino en nuestro país, de alrededor de unas 400.000 mujeres, de las que las 2/3 partes (aproximadamente 270.000), se encuentran en edad gestante.

**Casística.** Se presentan dos casos de SAF, atendidos en la cátedra de Psicología Clínica Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca, prototípicos de las formas no diagnosticadas como tal síndrome y de diagnóstico tardío nuestro.

El primer caso, corresponde a un varón de 11 años y 5 meses cuya consulta nada tiene que ver con el síndrome sino por problemas de aprendizaje, retrasos de maduración personal y social y trastornos de conducta, cuya evaluación clínica, siguiendo el sistema de clasificación propuesto por Majewsky, permite ser considerado como una forma completa de SAF grado I o forma leve.

El segundo caso, varón de 9 años y 9 meses, es hijo adoptivo que presenta hiperactividad con problemas de atención, bajo rendimiento escolar, escasas habilidades sociales, retardo psicomotor, etc, consultando los padres adoptivos por dichas limitaciones psicoclínicas.

Presenta antecedentes de retardo madurativo del desarrollo, tanto físico como psicológico, crisis comiciales en tratamiento recogiendo el dato, a través de la información del médico de familia, de la existencia de alcoholismo crónico familiar –materno y paterno– sin control clínico.

Las manifestaciones clínicas objetivas, aplicables según la escala de Majewsky, son escasas, aunque existentes, pudiendo ser considerado como Forma Parcial o Incompleta de SAF.

**Conclusiones.** 1) El SAF es un síndrome frecuentemente no diagnosticado o diagnosticado tardíamente como tal a pesar de su elevada frecuencia y de ser la causa más frecuente de retraso mental actualmente; 2) Es preciso medi-

das de detección precoz que impliquen a los servicios de Tocología, preventivamente, Neonatología, de formas sospechosas tempranas, y de Pediatría, Intra y Extrahospitalaria, para su adecuada evaluación y tratamiento que será; 3) en cualquier caso interdisciplinar.

## 9. CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES ENTRE LOS ADOLESCENTES.

**HÁBITOS DE VIDA Y ENTORNO.** *S. García Calatayud, H. Paniagua Repetto, G. Castellano Barca, C. Redondo Figueru, R. Sarrallé Serrano. Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria de Cantabria.*

**Objetivos.** Conocer la edad de contacto de los adolescentes con tabaco, alcohol y drogas ilegales, analizar su consumo y sus relaciones con el entorno familiar y social y hábitos de vida.

**Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo, mediante encuestas, a 2.178 adolescentes de 12 a 16 años representativos de Cantabria.

**Resultados.** El 44% ha fumado un cigarrillo alguna vez, casi la mitad de ellos entre los 12-14 años. El 19,3% son fumadores actuales, con mayor consumo los fines de semana. El 80% considera que el tabaco es una droga. El 69,2% ha probado el alcohol, casi la mitad entre los 12-14 años. El 37% son bebedores actuales, con consumo casi exclusivo los fines de semana (92,9%) y amigos y familiares han sido los principales iniciadores en este hábito. El 44,5% no considera al alcohol como una droga. Casi la mitad de los bebedores actuales se ha embriagado una o más veces los seis meses previos a ser encuestados. A los 15 años fuma el 27% y bebe el 61,8% de los adolescentes. El contacto con drogas ilegales antes de los 12 años es poco frecuente y son consumidores el 10,7%, mayoritariamente de hachís.

No se observan diferencias significativas en cuanto a sexo, tipo de enseñanza pública-concertada o nivel de estudios de los padres en la distribución del consumo de tabaco y alcohol; tampoco hay diferencias por tipo de colegio y nivel de estudios de los padres en el consumo de drogas ilegales. Las variables que se asocian con el consumo de drogas legales e ilegales son mayor edad, entorno social y familiar consumidor de estas sustancias, no consideración del

tabaco y alcohol como drogas, bebedor actual, menor frecuencia de deporte, cine y lectura, y mayor frecuencia de salir con amigos, concurrir a discoteca e ir de copas. Además se asocia, en el consumo de alcohol la residencia rural del adolescente, y en el consumo de drogas ilegales el sexo varón. El análisis mediante regresión logística refleja que la consideración del tabaco y alcohol como drogas es un factor de protección para el consumo de drogas legales e ilegales; también lo es el deporte extraescolar frente al tabaco y la presencia de una madre bebedora ante el consumo de alcohol. Al analizar los factores de riesgo aparecen como tales consumir otras drogas, entorno social y familiar consumidor de las mismas y episodios de embriaguez entre los adolescentes.

**Conclusiones.** Los adolescentes presentan un contacto precoz y un consumo preocupante de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Se observa una relación homogénea de estas sustancias con la población estudiada. El entorno y sus hábitos de vida se relacionan marcadamente con esas conductas de riesgo.

#### VIERNES 16 DE NOVIEMBRE PARANINFO

---

#### 10. COLITIS ULCEROSA EN LA INFANCIA.

**A PROPÓSITO DE UN CASO.** *A. Blanco del Val, S. Marín Urueña, M.I. Carrascal Arranz, C. Alcalde Martín, J. Rodríguez Calleja, P. Bedate Calderón. Hospital Universitario Pío del Río Hortega. Servicio de Pediatría. Valladolid.*

Varón de 9 años con historia de deposiciones frecuentes de escasa cuantía con hilitos de sangre de 6 días de evolución.

**Exploración.** ruidos intestinales aumentados, dolor difuso periumbilical, leve hiperemia faríngea. Resto normal.

**Analítica al ingreso.** Serie blanca normal; serie roja normal; bioquímica normal; PCR 21 mg/L.

Urocultivo negativo; Coprocultivo negativo.

Rx tórax y abdomen normal; Eco abdominal normal.

**Tratamiento inicial.** Fluidoterapia endovenosa, dieta astringente y reposición oral de flora intestinal.

**Evolución.** focalización dolor abdominal en FID sin signos de peritonismo, decaimiento y fiebre el 11 y 12 día.

Ante la persistencia del cuadro se realiza endoscopia rectal: mucosa de recto y sigma edematosa, distendida y con abundantes exudados mucopurulentos. Ulceraciones superficiales, sangrado espontáneo y al roce. Biopsia: superficie mucosa irregularmente polipoide con pequeñas zonas de ulceración. Bajo la lámina propia edema, congestión vascular y extravasación hemática con moderado infiltrado inflamatorio mixto, agudo y crónico, formación folículos linfoides sobre muscular mucosa hiperplásica. Abscesos cripticos focales.

**Juicio diagnóstico.** Enfermedad inflamatoria intestinal crónica, colitis ulcerosa.

Se inicia tratamiento con mesalazina oral, corticoides intravenosos y vía rectal y metronidazol intravenoso.

**Evolución.** Remite la abdominalgia y la eliminación de sangre con las deposiciones, aunque éstas son numerosas.

Dado de alta pendiente de controles evolutivos.

#### 11. *ESCHERICHIA COLI* ENTEROHEMORRÁGICO 0157H7. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

*C. Alcalde Martín, M.I. Carrascal Arranz, A. Blanco del Val, A. Peña Valenceja, H. Marcos Andrés, E. Jiménez Mena. Hospital Universitario Pío del Río Hortega. Servicio de Pediatría. Valladolid.*

Niño de 13 años que ingresa por cefalea, abdominalgia cólica y deposiciones blandas con sangre roja de 48 horas de evolución.

**Exploración.** Pálido, sudoroso, subictérico; dolor abdominal en FID e hipocondrio derecho a la palpación profunda, Blumberg negativo.

**Analítica.** Serie blanca, ligera leucocitosis con fórmula normal; serie roja normal; bioquímica LDH 574 UI/L, fosfatasa alcalina 614 UI/L, resto normal.

Rx, Eco y TAC con contraste abdominal normal.

**Coprocultivo.** *Escherichia coli* enterohemorrágico 0157H7.

**Evolución.** Deposiciones blandas-líquidas con sangre que tornan a la normalidad al 3<sup>er</sup> día. Se inicia ingesta oral de líquidos y después dieta blanda, siendo bien tolerada.

**Tratamiento.** Al ingreso se instaura fluidoterapia endovenosa, posteriormente dieta blanda y paso progresivo a la normalidad. Antibioterapia oral con amoxicilina.

Revisiones tras el alta, deposiciones normales con coprocultivos normales.

## 12. QUISTES ARACNOIDEOS PRIMARIOS EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UNA CASUÍSTICA. M<sup>a</sup> Blanco, R. Palencia . Departamento de Pediatría. Hospital Universitario. Valladolid

**Introducción.** La introducción de las técnicas neurorradiológicas como la TC y la RM ha facilitado el diagnóstico de lesiones cerebrales y algunas patologías intracraneales como los quistes aracnoideos (QA) han dejado de ser excepcionales en la práctica pediátrica diaria.

En esta comunicación se describen los hallazgos tras el análisis de una casuística estudiada en nuestra consulta.

**Pacientes y métodos.** Se aportan los resultados de un estudio de 40 pacientes, que consultaron por diversos motivos, y en los cuales los estudios radiológicos evidenciaron la presencia de QA intracraneal. La recogida de los datos se realizó con carácter retrospectivo a partir de las historias clínicas, analizando el sexo, edad de diagnóstico, localización, manifestaciones clínicas, hallazgos asociados, tratamiento y evolución. Para la valoración estadística se aplicó la prueba de chi cuadrado con la corrección de Yates.

**Resultados y comentarios.** El 65% de los pacientes eran varones y el restante 35% mujeres, pero las diferencias no fueron significativas. La edad del diagnóstico osciló entre la vida prenatal y los 13 años; en un 25% se hizo en el primer año, porcentaje inferior a otras series. El 80% fueron supratentoriales y el 20% de fosa posterior; en la literatura se encuentran discordancias respecto a la localización. La macrocefalia (en ocasiones con abombamiento-asimetría) y la cefalea fueron el motivo del estudio en la mayoría de los casos, seguidos de las crisis epilépticas. La radiología mostró, junto al quiste diversos hallazgos, aunque en ningún caso se encontró agenesia de cuerpo caloso ni estenosis de acueducto, referidos por autores. En 13 pacientes (32,5%) se efectuó tratamiento quirúrgico, mientras que en los 27 restantes las medidas fueron sintomáticas, con control periódico.

**Conclusiones.** 1) No existen diferencias significativas en la distribución en relación con el sexo; 2) En la cuarta parte el diagnóstico se efectuó dentro del primer año de

vida; 3) Predominan los de localización supratentorial; 4) La cefalea y las crisis convulsivas fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes y la macrocefalia el hallazgo más habitual en la exploración; 5) Un tercio de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico y los restantes control de la evolución.

## 13. ¿INFLUYE LA ETNIA EN LA PATOLOGÍA DEL LACTANTE INGRESADO? ESTUDIO COMPARATIVO EN EL H. UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. AÑO 2000. I. Díez López\*, M. Cardaba\*\*, E. Palacín Minguez\*, J. Ardura\*. \*Servicio de Pediatría H.C.Universitario . \*\*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública H.C.Universitario

**Introducción.** Se cree empíricamente que algunos grupos étnicos son más resistentes a diversas patologías, sin que exista en nuestro medio objetivación científica de este hecho.

**Objetivo.** Analizar las diferencias en la patología del lactante ingresado según su etnia.

**Material y métodos.** A lo largo del año 2.000 se registraron en nuestro Servicio de Pediatría 496 ingresos de niños de edad comprendida entre 1 y los 24 meses, los cuales fueron distribuidos en dos grupos para su estudio. Utilizando la variable grupo étnico/social, 403 casos fueron denominados como "etnia no gitana" (81,25%) y 93 casos como "etnia gitana" (18,75%. Para el análisis se tuvo en cuenta la información demográfica del Instituto Nacional de Estadística, de la Consejería de Economía y hacienda de Castilla y León, del Padrón Municipal y de la Asociación Promoción Gitana. Para estudiar las diferencias y similitudes entre los grupos, se registraron una serie amplia de variables, aunque para esta comunicación, tan sólo tendremos en cuenta los referentes a demografía, etnia y grupo de diagnóstico principal. Se llevo a cabo un estudio estadístico descriptivo, uni y multivariante, utilizando los test estadísticos para cálculo de proporciones de dos o más grupos independientes (Referencia JM Doménech) alcanzando un intervalo de confianza del 95%.

**Resultados y conclusiones.** El grupo "etnia gitana", representa el 3,13% de la población infantil, mientras que acaparan el 18,75% de los ingresos hospitalarios. Respecto

a los grupos de diagnóstico se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), con mayor proporción de patología respiratoria en el grupo "etnia gitana" (35,48% total patología), respecto al grupo "etnia no gitana" (22,58% total patología), la cual presentó a su vez una mayor proporción de patología digestiva (34,73%) respecto al primer grupo (19,35%). Los grupos de diagnóstico tipificados como "neurológico, cardiológico, infeccioso/ORL, trauma/tóxico y otros" no presentaron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ), probablemente por el pequeño número de casos disponibles.

**Comentarios.** No se puede establecer la frecuencia de lactantes atendidos en nuestro Hospital que requirieron ingreso, al desconocer del número de pacientes de cada grupo étnico que requirió asistencia. Sin embargo, podemos observar que las frecuencias absolutas entre la población ambos grupos étnicos en nuestro medio y el observado como ingresado son ampliamente distintos. Este hecho va en contra de la creencia de la mayor resistencia a la enfermedad de este grupo étnico. Las diferencias encontradas entre una mayor relación de casos en esta población pueden deberse a la presencia de peores condiciones socioeconómicas, higiénico sanitarias y educacionales de estos grupos familiares. No debería mantenerse la creencia de que su estilo de vida confiere una mayor resistencia global a enfermar. Esto es particularmente significativo en cuanto a procesos de tipo respiratorio, presumiblemente debido a un mayor hacinamiento, sin embargo no encontramos explicación respecto a la menor prevalencia en el grupo "etnia gitana" de cuadros gastrointestinales. Sin embargo, aquellas patologías más graves, como neuro y cardiológicas, no presentaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). Tampoco aparecieron el grupo infeccioso/ORL y trauma/tóxico.

#### 14. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL FRACASO RENAL AGUDO NEONATAL. *B. Curros, S. Málaga, F. Santos, A. Ramos, J. Rodríguez. Sección de Nefrología Pediátrica y Servicio de Neonatología. Hospital Central de Asturias. Oviedo*

**Antecedentes y objetivo.** Son escasos los estudios de seguimiento de fracaso renal agudo (FRA) neonatal. Como posibles secuelas figuran reducción en el filtrado glome-

ular, disminución de la capacidad de concentración de orina o aparición de hipertensión arterial. El propósito de este estudio ha sido el seguimiento a largo plazo de estos niños para detectar secuelas desde el punto de vista nefrológico.

**Sujetos y métodos.** Se estudiaron de forma prospectiva 37 neonatos que sufrieron un episodio de FRA entre Diciembre 1990 y Junio 2000. El seguimiento a largo plazo fue posible en 22 niños. Las edades en el momento del estudio oscilaron entre 12 meses y 10 años y 4 meses. Se realizó un estudio básico de función renal, que comprendió la recogida de datos somatométricos, registro de tensión arterial (TA), analítica sanguínea, recogida de orina de 24 horas o micción aislada y realización de ecografía renal.

**Resultados.** El peso y la talla no presentaron alteraciones. La TA, tanto sistólica como diastólica, se mantuvo dentro de valores normales, sin correlación con hipoxia perinatal o sepsis. La creatinina plasmática, su aclaramiento y la osmolaridad (en sangre y orina), fueron normales, sin correlación con la duración del episodio agudo. La ecografía renal no presentó alteraciones en 18 niños. Una niña presentó hiperecogenicidad renal, ya detectada en la etapa neonatal. En otro niño se halló una mínima prominencia piélica. Dos niños presentaban riñones únicos, con normalidad ecográfica.

**Conclusiones.** En nuestro estudio no se han constatado las principales secuelas descritas en el seguimiento del FRA neonatal. Sin embargo, es importante conocerlas, ya que la superación del cuadro agudo no implica ausencia

#### 15. ESTADO NUTRITIVO Y COMPOSICIÓN CORPORAL: VALORACIÓN

**ANTROPOMÉTRICA. *M.J. Martínez Sopena, D. Redondo Merinero, M. Alonso Franch, F. Conde Redondo, M.P. Redondo del Rio, M.J. Castro Alija. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. UVA***

Un total de 5.127 niños y adolescentes (2.636 varones, 2.491 mujeres) con edades comprendidas entre 0 y 18 años, pertenecientes a la Comunidad de Castilla y León han sido objeto de estudio de estado nutricional y composición corporal por métodos antropométricos. El tamaño muestral y el proceder de muestreo se describen en comunicación anterior, así como las mediciones efectuadas.



Obtenemos gráficas transversales por grupos de edad de:

1. Índice de masa corporal y relación peso/talla, percentiladas y en desviaciones estandar.
2. Densidad corporal (DC) a partir del sumatorio de pliegues (biceps, triceps, subescapular y suprailiaco) y las ecuaciones de Durning y Rahaman (12-12 a.) y Durning y Womerley (16-35 a.)
3. Perímetro muscular del brazo (PMB) tras la aplicación de la fórmula  $PMB = \text{Perímetro braquial (PB)} - \text{Pliegue tríceps (PT)}$
4. Área del brazo (AB), según  $AB = PB^2/4$
5. Área muscular del brazo (AMB) mediante  $(PB - PT)^2/4$
6. Área grasa del brazo = Área brazo - Área muscular del brazo

Se efectúa asimismo estimación de masa grasa y masa magra por grupos de edad, con el dato de la DC y la aplicación de las ecuaciones de Siri, Brozek y Pathbun y Place. Se presentan gráficas por edades y sexo, percentiladas y en desviaciones estándar. Los datos antropométricos y las gráficas indicadas de masa grasa y masa magra se han validado en paralelo con el estudio por bioimpedancia efectuado con los mismos individuos.

**16. GRÁFICAS TRANSVERSALES DE CRECIMIENTO DE CASTILLA Y LEÓN. M.J. Martínez Sopena, D. Redondo Merinero, F. Conde Redondo, M. Alonso Franch, M.P. Redondo, S. Campuzano Martín.**  
*Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. UVA*

**Objetivo.** Dar a conocer las primeras gráficas transversales de peso, longitud/talla, perímetros (craneal, braquial y muñeca) y pliegues cutáneos (biceps, triceps, subescapular, suprailiaco, abdominal, medial de la pierna y submandibular), efectuadas en la Comunidad de Castilla y León.

El tamaño muestral se determinó a partir del último censo, por muestreo aleatorio simple con extracción bietápica mediante **estratificación** (estratos I, II III, correspondientes a municipios con <300 niños, entre 300 y 4.000 y >4.000) y **lugar de extracción de muestra y recogida de datos** (Centro de Atención Primaria, Centros Escolares-Colegios e Institutos-).

La población se adecúa en función del sexo (51,19% varo-

nes versus 48,9% mujeres en el censo), siendo nuestra muestra de 2.636 niños (51,4%) y 2.491 niñas (48,59%), todos ellos entre 0 y 18 años diferenciados por grupos de edad. El ajuste por estratos, es correcto.

Las mediciones efectuadas se han practicado con material validado, por el mismo equipo y de acuerdo a la metodología de la OMS.

Se realiza el diseño gráfico diferenciando dos periodos: entre 0-3 años y 3-18 años. Las gráficas obtenidas se expresan en percentiles y desviaciones estandar (programa informático SPSS 10.0, con doble introducción de datos).

Se comparan los datos obtenidos con las gráficas semi-longitudinales de M.Hernández, longitudinales del Centro Andrea Prader, así como con las restantes gráficas transversales obtenidas en poblaciones de ámbito español. Los datos entre 0-3 años son similares para ambos sexos, a los publicados en el estudio Eurogrowth en curso.

**17. ICTIOSIS CONGÉNITA. M.C. Cuadrillero, M.A. Martín Mardomingo, S. Parrondo, M.E. Seguí\*, D. Nosti\*\*, G. Solís. Servicio de Pediatría, \*Anatomía Patológica y \*\*Dermatología. Hospital de Cabueñes (Gijón)**

**Introducción.** Las ictiosis son un grupo diverso de enfermedades cutáneas hereditarias y adquiridas que comparten la característica de producir una piel seca y muy descamativa. Algunas de ellas se presentan en el periodo neonatal con distintos grados de gravedad.

**Caso clínico.** Recién nacido mujer, sin antecedentes familiares de interés y con antecedentes personales de prematuridad (36 semanas de edad gestacional). En la exploración al nacimiento presenta mal aspecto general, piel brillante y muy eritematosa, como "celofán", tirante, que cubre toda la superficie corporal. Los párpados aparecen evertidos y la niña no puede cerrar sus ojos. La piel es dura y las mucosas son normales. Las manos y pies están muy edematosos. Los estudios complementarios realizados (cariotipo, ecografías cerebral y abdominal, y ecocardiografía) fueron normales.

Evolutivamente, la niña fue descamando su piel en capas, quedando en superficie una piel menos brillante y tirante, pero más rugosa, con fisuras en los pliegues. Se realizó tratamiento con cremas hidratantes, humedad ambiental, antibióticos tópicos en las fisuras y lágrimas artificiales en sus ojos.

La biopsia cutánea fue diagnóstica para Ictiosis laminar.

**Comentario.** El diagnóstico diferencial de los trastornos de la cornificación en el periodo neonatal resulta interesante por la escasa frecuencia de estos cuadros y por la diferente evolución clínica que pueden presentar

**VIERNES 16 DE NOVIEMBRE  
SALA FELIPE II**

---

**18. DISPLASIA ECTODÉRMICA HIPOHIDRÓTICA.  
IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ.**

*M.A. De Andrés, M.J. Lozano, J.L. Alvarez Granda, E. Mora, G. Lunar y A. Pérez Puente. Unidad de Lactantes. Hospital Universitario M. de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander*

**Introducción.** La displasia ectodérmica hipohidrótica pertenece al grupo de las polidisplasias ectodérmicas caracterizadas por alteraciones de la morfogénesis de las estructuras ectodérmicas. Es una entidad rara, con una tasa de prevalencia de 1 por cada 100.000 nacidos vivos. La herencia es habitualmente recesiva ligada al sexo. La triada clásica consta de hipohidrosis, anodontia o hipodontia e hipotricosis. El fenotipo es peculiar y esencial para el diagnóstico: frente amplia, pestañas y cejas escasas o ausentes, arrugas perioculares, nariz en silla de montar, labios engrosados, orejas asimétricas y despegadas, cabellos ralos y piel fina y pálida. Las alteraciones de las glándulas sudoríparas pueden condicionar hipertermia, deshidratación e infecciones respiratorias.

**Caso clínico.** Lactante varón de 3 meses que ingresa por retraso ponderal. En la anamnesis se recoge intolerancia al calor, ausencia de sudor y lágrimas, anorexia y mucosidad nasal espesa desde el nacimiento. En la exploración destaca escasez de pániculo adiposo y una cara peculiar que corresponde a las características descritas anteriormente, siendo el resto de la exploración normal. La radiografía maxilar demuestra hipoplasia mandibular y anodontia.

**Conclusiones.** Destacamos la importancia del diagnóstico precoz para recomendar medidas encaminadas a evitar la deshidratación y las consecuencias derivadas de la alteración de las glándulas sudoríparas.

**19. ENFERMEDAD RENAL EN EL SÍNDROME DE**

**DOWN. M<sup>ª</sup>T. Pérez\*, I. Málaga\*, G. Orejas\*,**

**J. Fernández Toral\*\*, S. Málaga\*. Secciones de**

**\*Nefrología y \*\*Genética. Departamento de Pediatría.**

**Hospital Central de Asturias. Universidad de Oviedo.**

La presencia de anomalías nefrourológicas, entre las que destacan hipoplasia y agenesia renales, riñón en herradura, uropatía obstructiva, así como glomerulonefritis mesangiocapilar y cistinosis han sido descritas en el síndrome de Down (S. Down).

**Objetivo.** Confirmar la existencia de patología nefrourológica en pacientes con S. Down.

**Metodología.** Se han estudiado prospectivamente desde el punto de vista nefrológico 70 pacientes (37 varones) afectados de S Down con una edad mediana de 9 años y 9 meses (rango 1-47 años). Los enfermos acudían en ayunas y con orina de 24 horas recogida del día anterior.

A todos ellos se les efectuó una anamnesis dirigida a la detección de enfermedades nefrourológicas, exploración física y medición de la tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) con esfigmomanómetro de mercurio Erkameter®.

Se les estudió: sedimento urinario, osmolalidad urinaria espontánea, función renal real mediante aclaramiento de creatinina (Ccr) y estimada (FRE) según la fórmula de Schwartz (K: 0,55 para mujeres y varones < 14 años y 0,70 para varones > 14 años).

Se definió hipertensión (HTA) cuando la TAS y/o TAD era superior al percentil 90 para el sexo y superficie corporal e insuficiencia renal crónica (IRC) cuando el Ccre o FRE era inferior a 70 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

El estudio de imagen comportó la realización de una ecografía renal.

**Resultados.** Declararon padecer enuresis nocturna 5 enfermos (7,1%) y polaquiuria uno (1,4%). El sedimento urinario confirmó un caso de hematuria microscópica (1,4%). Se constató HTA en 3 de los 53 pacientes en los que pudo determinarse (5,6%) e IRC en 4 de 69 (5,8%).

La osmolalidad urinaria media (DS) fue de 824 (203) mOsm/kg. La ecografía renal detectó anomalías (vejiga trabeculada, malposición renal, pirámides hiperecogénicas, tamaño renal reducido y ectasia piélica) en 5 de 68 pacientes (7,3%).

No se encontró variación de prevalencia de la patología en relación con la edad.

**Conclusiones.** Los hallazgos descritos aconsejan realizar un estudio funcional renal y ecográfico para la detección de patología nefrourológica en el S. Down.

**20. FORMACIÓN DEL PROFESORADO DE CASTILLA Y LEÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA BÁSICA. EXPERIENCIA PRELIMINAR.** *P. Oyagüez Ugidos, E. Burón Martínez, N. Higuera González, M. Bartolomé Cano, A. Pino Vázquez y Grupo de RCP Pediátrica y Neonatal de Valladolid. Departamento de Pediatría. Universidad de Valladolid*

La parada cardiorrespiratoria (PCR) suele producirse fuera de centros sanitarios, por lo que es fundamental su enseñanza a la sociedad. El Grupo de RCP de Valladolid, junto con la Consejería de Educación y Cultura, ha iniciado un programa de RCP para profesores de Castilla y León. Presentamos resultados preliminares de la actividad realizada durante el curso 2000-2001

**Material y métodos.** Cursos teórico-prácticos de 10 horas de duración, en los que participan un total de 62 profesores, que responden a un test de conocimientos previa y posteriormente al curso. Se entrega material gráfico de apoyo. Se finaliza con una práctica integrada y una evaluación práctica. Se recoge encuesta anónima sobre la calidad del curso.

**Resultados.** El 89,5% trabajan en Educación Infantil y/o Primaria. Un 16,7% son profesores de educación física y un 22,9% de educación especial.

La nota media inicial es de 3,14 (sobre 10). Al finalizar, es de 8,83. Respecto a las prácticas (puntuadas de 1 a 5) se obtienen mejores resultados en las del lactante (4,07) que del escolar (3,97). La desobstrucción en el escolar es el aspecto de más dificultad (3,74).

La evaluación de la calidad es alta en todos los apartados (puntuados de 1 a 5) (aplicabilidad=4,08; metodología=4,44; ponentes=4,65; teóricas=4,66; prácticas=4,67). Los aspectos concretos peor valorados son los locales (3,72) y la duración del curso (3,79), considerada como escasa. La mejor valoración se refiere a los instructores: conocimientos (4,89), escucha (4,81) claridad en las explicaciones (4,78) y fomento de la participación (4,75) y el interés (4,71).

**Conclusiones.** Castilla y León es una de las primeras

comunidades en iniciar la enseñanza de la RCP pediátrica a sus profesores. La realización de cursos prácticos en grupos reducidos se confirma como la mejor herramienta formativa. Es una iniciativa que esperamos pueda desarrollarse también en otros ámbitos institucionales y sociales de nuestra comunidad.

**21. CAMBIOS EN LA ESTACIONALIDAD DE NACIMIENTOS EN ESPAÑA A LARGO PLAZO, (59 AÑOS).** *R. Cancho, J.M<sup>a</sup> Andrés, J. Ardura. Unidad de Cronobiología. Departamento de Pediatría. Universidad de Valladolid.*

**Introducción.** La estacionalidad en la reproducción humana se debe a la combinación de diversos factores, entre los que destacan los biológicos, ambientales y sociales. En función de tales factores se han observado diferentes patrones de ritmo. En los nacimientos de numerosos países ha sido observado un ritmo estacional; pero la documentación española es incompleta.

**Objetivos.** Se pretende llevar a cabo un análisis sobre: 1) Posible existencia de ritmo circanual de nacimientos en España en el periodo entre 1941 a 1999, 2) Ocurrencia de cambios seculares en el patrón rítmico.

**Material y métodos.** Se utilizó la base de datos del Instituto Nacional de Estadística, que contiene el número de nacimientos por mes en nuestro país. Posteriormente, se llevó a cabo la normalización de los datos para la diferente duración de meses y para años bisiestos, y se efectuó un análisis clásico de series temporales (promedios móviles de 12 meses; método multiplicativo). Los datos se expresan como desviación respecto al promedio móvil de 12 meses (%). Se utilizó el programa ARIMA y el análisis espectral de Fourier, para estudiar la variación circanual.

**Resultados.** Se han analizado 33.028.211 de nacimientos, encontrándose mayor correlación para 12 meses ( $r: 0,41$ ) (Autocorrelaciones parciales). Lo que permite establecer la existencia de ritmo circanual.

Se halló un ritmo bimodal en el periodo 1941-99, con un máximo en primavera y un pico secundario en Septiembre. Al separar los datos en 3 periodos (1941-1955: depresión económica. 1956-1975: crecimiento económico y "baby-boom". 1976-1999: "baby-bust") (Tabla I) se obser-

TABLA I.

	PRIMER MÁXIMO	SEGUNDO MÁXIMO	MÍNIMO
1941-1999	Abril (102,6%)	Septiembre (102,3%)	Noviembre (95,9%)
1941-1955	Marzo (107,7%)	Septiembre (99,8%)	Octubre (94,1%)
1956-1975	Abril (103,1%)	Septiembre (102,4%)	Noviembre (95,6%)
1976-1999	Mayo (103,7%)	Septiembre (103,7%)	Diciembre (96,1%)

va: 1) existe un desplazamiento secular del máximo primaveral de nacimientos hacia el verano; 2) el pico de nacimientos de septiembre es estable en las seis décadas; 3) hay un decremento progresivo en la amplitud del ritmo, excepto en el pico de septiembre, que ha incrementado su amplitud Tabla I.

**Conclusiones:** 1) Se ha encontrado un ritmo circanual de nacimientos en España en el periodo 1941-1999; 2) El patrón español es similar al de otros países europeos; 3) Existen cambios seculares en las características del ritmo; 4) Los análisis de ritmo, informan sobre tendencias de indudable valor para los estudios demográficos; y aportan datos para la prospectiva y adopción de decisiones sobre poblaciones.

**22. NEURALGIA DE HUNT. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *A. Rodríguez, A.G. Andrés, C. Rubio, O. González, V. Santamartina. J.A. San Cipriano, A. Perriñez. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.*

**Introducción.** Se trata de una enfermedad rara en la que no se ha encontrado agente etiológico. Es probable que este afectada la raíz sensitiva del ganglio geniculado, cursando con dolor profundo y terebrante en la oreja afecta.

**Caso clínico.** Niña de 10 años de edad ingresada en nuestro servicio, en varias ocasiones, para estudio de un cuadro intermitente de otalgia izquierda intensa más sufusión hemorrágica a nivel de la concha auricular. Posteriormente el dolor se irradia a región mastoidea acompañándose de inestabilidad y sensación de mareo. Durante su evolución se hace bilateral apareciendo visión borrosa, diplopia e hiperacusia.

Pensando en las distintas posibilidades diagnosticas se

realizan las exploraciones pertinentes: exámenes ORL, exploración neurológica, estudios hematológicos, bioquímicos, de reactantes inflamatorios, serología, valoración psicológica, estudios radiológicos ( Rx cráneo, TAC simple y con contraste, RMN craneal) siendo normales.

Ante la sospecha clínica de neuralgia de Hunt se comienza tratamiento con carbamacepina desapareciendo la sintomatología.

**Comentario.** El interés del caso se debe a la escasa frecuencia de presentación de esta enfermedad, que en opinión de otros especialistas podría corresponder a una presentación atípica de la neuralgia del trigémino.

### 23. PARÁLISIS FACIAL EN LA INFANCIA: 16 CASOS.

*I. Málaga Dieguez, J.D. Herrero Morín, J. De Juan Frígola, M. Crespo Hernández. Departamento de Pediatría. Hospital Central de Asturias.*

**Introducción.** La afectación del nervio facial produce principalmente hipotonía y debilidad de los músculos de la mímica. Las causas que lo pueden alterar son múltiples: traumatismos, neoplasias, enfermedades metabólicas o infecciosas, entre otras, o ser de origen idiopático. El nervio facial por su anatomía desde su origen en la portuberancia, su trayecto, al que se adhieren también fibras sensoriales y vegetativas, aferentes y eferentes de otros núcleos del tronco cerebral, y por su distribución en los músculos faciales, permite con una cuidadosa semiología (no siempre disponible en niños), detectar el nivel de la lesión. La afectación de las neuronas del núcleo o de sus prolongaciones origina parálisis facial periférica (PFP) homolateral; la afectación de los haces procedentes de las vías piramidal y extrapiramidal destinadas al núcleo del VII par origina una parálisis facial central (PFC).

**Objetivos.** Estudio etiológico de la parálisis facial en la infancia.

**Material y métodos.** 16 pacientes de edades comprendidas entre los 5 meses y los 13 años fueron estudiados en la unidad de neuropediatría en los últimos 6 años por presentar alteración de la mímica facial. No hubo diferencias en cuanto al sexo.

**Resultados.** De los 16 casos de parálisis facial, 11 fueron PFP (9 idiopáticas y 2 secundarias a traumatismos), 4 centrales (2 secundarias a neoplasias y 2 a accidente cerebrovascular agudo) y un caso de hipoplasia congénita del músculo triangular de los labios. De los 9 casos de PFP idiopática, 8 tuvieron una recuperación ad integrum antes del año. 3 casos de PFP idiopática recurrieron tras recuperación del primer episodio, en el lado contralateral en los 6 meses siguientes. En los 5 casos de las 9 PFP idiopáticas se emplearon corticoides orales.

**Conclusiones.** La parálisis facial periférica aguda idiopática es la causa más frecuente, si bien actualmente cada vez son más los argumentos que apoyan la infección por virus herpes simple sobre una predisposición personal y a veces familiar. La recuperación fue mayoritariamente satisfactoria, y más precoz en los casos manejados con corticoides.

#### 24. ESTUDIO DE LA ASISTENCIA PEDIÁTRICA EN UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA.

*A. Ponce, M.T. Conde, J. Pacheco, A. Ruiz, J. Gil. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.*

**Objetivos.** Determinar las características de la demanda asistencial pediátrica en el Punto de Atención Continuada (PAC) del Centro de Salud "La Victoria".

**Diseño.** Estudio descriptivo observacional retrospectivo de la población pediátrica asistida en el PAC.

**Ámbito de estudio.** Centro de Salud urbano.

**Sujetos.** Niños menores de 14 años, asistidos entre el 1 de enero y el 31 de agosto del 2001, en el PAC.

**Mediciones.** Las variables estudiadas son edad, sexo, mes, día de la semana, hora de la asistencia, diagnóstico y tratamiento. Los datos se obtuvieron del libro de asistencia.

**Resultados.** Se prestaron 213 asistencias a menores de 14 años; la edad media fue de 8,88 años (I.C.95%: 8,28-9,47);

el 59,2% fueron varones y el 40,8% hembras. El mes de mayor demanda fue mayo (18,31%) y el día de la semana el jueves (22,44%); la mayor afluencia se produjo a las 18 horas (25,12%). Los diagnósticos más frecuentes correspondieron a patología infecciosa (19,70%) y traumatológica (15,76%). Se derivaron al hospital de referencia el 3,45% de los niños asistidos.

**Conclusiones.** La existencia de una correcta atención primaria permite resolver en nuestro PAC el 96,55% de las demandas asistenciales pediátricas y disminuir la presión asistencial en el servicio de urgencias hospitalarias

#### 25. LACTANCIA MATERNA: 1.031 OBSERVACIONES.

*A. Ponce, T. Conde, A. Ruiz, J. Gil, T. Vega, M. Gil. Centro de Salud La Victoria. Valladolid. Red Médicos Centinela de Castilla y León.*

**Objetivos.** Conocer las características de la lactancia materna (LM) y factores asociados.

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo.

**Ámbito de estudio.** Atención Primaria. Castilla y León.

**Sujetos.** Niños de 6 -12 meses de edad, asistidos por la Red Médicos Centinela Castilla y León durante 1998.

**Mediciones.** Niños: edad y sexo. Madre: edad, número hijos, experiencia previa LM, estudios, situación laboral, hábito tabáquico, realización curso preparación parto. Parto: tipo, peso nacimiento. Lactancia después parto: tipo, duración, factores favorecedores LM, responsables decisión del no inicio-abandono LM y factores contribuyentes del no inicio-abandono de la LM.

**Resultados.** De 1.031 niños observados, 774 (75,1%) iniciaron lactancia materna exclusiva (LME) después del parto, 133 (12,9%) lactancia materna mixta (LMM) y 124 (12,0%) lactancia artificial. La duración media de LME fue 87,06 días (I.C. 95%: 82,45%-91,68%) y la de LMM 131,36 días (I.C. 95%: 125,73%-137,06%). La LME es favorecida por un parto normal, la experiencia previa y asistencia curso preparación parto ( $p < 0,05$ ). Decidieron iniciar LME por considerarlo "lo mejor para el niño" el 86,4%. El consejo sanitario tuvo relevancia en el 71,8%.

**Conclusiones.** El conocimiento de puntos críticos en el proceso de la LM permitirá concentrar esfuerzos para lograr el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses.

## 26. FACTORES PREDICTIVOS DE ASMA DESPUÉS DEL INGRESO POR BRONQUIOLITIS. H.

**González, B. Izquierdo, A.G. Moussallem, A. Villar, A. Jiménez, J.L. Hernanz.** Servicio de Pediatría. H. Medina del Campo. Medina del Campo. Valladolid.

**Objetivos.** establecer en que medida sufrir bronquiolitis (BL) es factor de riesgo en el desarrollo de episodios recurrentes de sibilancias durante los tres primeros años de vida (ERS) y en la persistencia de la crisis de broncoespasmo hasta los seis años (PCB). Investigar los factores epidemiológicos y fenómenos relacionados con la atopia que pudieran asociarse al padecimiento de BL, ERS y PCB.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo formado por cohorte de 33 lactanes que ingresaron por BL y 33 lactantes controles de la misma edad y sexo que no precisaron ingreso por BL. A los 2 años se realizaron pruebas de alergia. Mediante revisiones anulaes se registraron el número de ERS y PCB. Se realizaron además tres estudios casos-control, anidados en ambas cohortes, sobre variables epidemiológicas y fenómenos relacionados con la atopia entre niños que precisaron ingreso por BL y sus controles; entre niños de ambas cohortes que presentaron ERS y niños control y entre niños de ambas cohortes que presentaron PCB y niños control.

**Resultados.** El ingreso por bronquiolitis se comportó como factores de riesgo para ERS (RR 26, IC 95%, 3,74-180,66) y para PCB (RR 8, IC 95%, 1,05-60,54). La madre fumadora durante la gestación se comportó como factor de riesgo para BL (OR 3,09, IC 95% 1,1-7,28) y para ERS (OR 3,09, IC 95% 1,1-8), pero no para la PCB. La ausencia de lactancia materna durante el primer de vida se asoció a ERS (OR 2,81, IC 95% 1,01-7,79) y al PCB (OR 6,47, IC 95% 1,2-34,1). Concentraciones de IgE total superiores a 50 KU/L a los 2 años se asociaron con el ingreso por BL (OR 4,66, IC 95% 1,1-18,8), con ERS (OR 4,85, IC 95% 1,3-17,7) y con PCB (OR 4,66, IC 95% 2,4-56,8). La dermatitis atópica del lactante se asoció a ingreso por BL (OR 5,34, IC 95% 1,5-18,7) y a ERS (OR 4,40, IC 95% 1,4-14), pero no con la PCB. Las pruebas de alergia positiva a los dos años se comportaron como predictivas de ERS (OR 3,09, IC 95% 1,07-9) y de PCB (OR 24,5, IC 95% 2,8-214), pero no se asociaron con el ingreso por BL.

**Conclusiones:** El ingreso por bronquiolitis es un importante factor de riesgo para la ERS y PCB. Fumar durante la

gestación se asocia a mayor riesgo de BL y ERS. La ausencia de lactancia materna durante el primer mes se asocia a mayor riesgo de ERS y PCB. IgE > 50 KU/L y pruebas de alergia positivas a los dos años son factores de riesgo para ERS y PCB. La dermatitis atópica del lactante se asocia a riesgo de ERS.

## SÁBADO 17 DE NOVIEMBRE SALA LUIS DE MERCADO

## 27. MANEJO HOSPITALARIO Y MORBILIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO AL NACIMIENTO. M. Mata Jorge, P. Oyágüez Ugidos, P. Bahillo Curieses, T. Cantero Tejedor, J.M. Bartolomé Porro, E. Burón Martínez. Hospital Universitario de Valladolid. Unidad de Neonatología.

Se revisan la morbilidad y los cuidados aplicados en la última década a prematuros de <1.500 g al nacimiento, en seguimiento somatométrico.

**Población.** 59 de 85 niños nacidos entre enero-1990 y diciembre-2000, con peso adecuado para su edad gestacional. Exclusión: malformaciones y/o fallecidos <40 semanas postconcepción.

**Metodología.** Análisis retrospectivo de diversas variables, incluyendo situación prenatal, somatometría, patologías más frecuentes y medidas de soporte.

**Resultados.** Fecundación natural en el 85,4% de las gestaciones. 44,1% de los casos procedían de embarazo múltiple. La patología más frecuente durante el embarazo fue la preeclampsia (16,9%), seguida de desprendimiento de placenta (5,1%), infección (3,4%) y diabetes gestacional (1,8%). Recibió corticoide prenatal el 75%.

Parto vaginal en el 42,4% (20% en los <1.000 g). EG media de 29 semanas. Un 17% pesó <1.000 g. Apgar-1' <5 en el 32,1% de los casos. Un 7,1% tuvo Apgar-5' <5. Reanimación más profunda en los <1.000 g.

Precisó O<sub>2</sub> un 94,9%, y ventilación mecánica un 54,2% (100% y 90% respectivamente para los <1.000 g). Los 27 pacientes (45,8%) con membrana hialina (90% de los <1.000 g) recibieron surfactante. Se evidenció correlación negativa entre Apgar-5' y duración de la ventilación mecánica, así

como dependencia de oxígeno. Hubo significación estadística ( $\chi^2$ ) entre peso al nacimiento ( $</>1.000$  g) y nutrición parenteral ( $p<0,0001$ ), ventilación mecánica ( $p<0,013$ ), uso de surfactante ( $p<0,0001$ ), enfermedad de membrana hialina ( $p<0,002$ ) y ROP ( $p<0,001$ ). Un 43,9% de los pacientes presentó sepsis (30% de estas precoces).

**Conclusiones.** Los prematuros  $<1.000$  g están en una situación más compleja, y precisan más cuidados. Patologías como la enfermedad de membrana hialina y la ROP se asocian claramente a este grupo.

**28. CRECIMIENTO EN EL HOSPITAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO AL NACIMIENTO. FACTORES RELACIONADOS CON EL CRECIMIENTO.** *P. Bahillo Curieses, P. Oyágüez Ugidos, M. Mata Jorge, T. Cantero Tejedor, J.M. Bartolomé Porro, E. Burón Martínez. Unidad de Neonatología. Hospital Universitario de Valladolid.*

Se estudia el crecimiento durante la hospitalización en prematuros de peso al nacimiento  $<1.500$  g.

**Pacientes y métodos.** 59 de 85 niños nacidos enero-1990 y diciembre-2000, con peso adecuado para su edad de gestación. Exclusión: malformaciones y/o fallecidos  $<40$  semanas postconcepción.

Se recoge somatometría (nacimiento, 7, 14, 21, 28 días y al alta), expresándola como Z score. Se analizan posibles determinantes del crecimiento (aportes calóricos y morbilidad).

**Resultados.** Peso, longitud, y PC empeoraron desde el nacimiento a los 28 días de vida. Al alta, el peso estaba peor que la longitud, y ambos peor que el PC. Se encontró correlación positiva del peso al nacimiento con el porcentaje de pérdida ponderal ( $p<0,002$ ) y con los días hasta la recuperación del peso al nacimiento ( $p<0,003$ ). PC correlacionó con la duración de la ventilación mecánica ( $p<0,01$ ) y del oxígeno ( $p<0,03$ ). No se observó ganancia ponderal hasta que no se aportaron más de 100 cal/kg/día. Enterocolitis, PDA y sepsis no parecieron tener efecto sobre la somatometría. A los 28 días de vida el 42,4% de los casos se encontraba por debajo de -2 DS respecto a los datos de Alexander.

**Conclusiones.** El PC se afecta menos y se recupera antes

que la longitud y que el peso. Se requieren más de 100 cal/kg/día para ganar peso. No se observó catch-up en el periodo estudiado. La dependencia de oxígeno se mostró como el factor con mayor influencia sobre el crecimiento.

**29. CRECIMIENTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO AL NACIMIENTO DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.** *P. Oyágüez Ugidos, M. Mata Jorge, P. Bahillo Curieses, T. Cantero Tejedor, J.M. Bartolomé Porro, E. Burón Martínez. Hospital Universitario de Valladolid. Unidad de Neonatología.*

Los valores somatométricos de prematuros de muy bajo peso (MBPN) permanecen por debajo de los de referencia para niños a término, con la consiguiente dificultad para pediatras y padres en la valoración antropométrica y nutricional.

**Objetivo.** Analizar la evolución somatométrica de prematuros con MBPN desde el alta hospitalaria hasta los 21m EGC.

**Población.** 59 de 85 nacidos entre enero-1990 y diciembre-2000, con peso adecuado para su EG. Exclusión: malformaciones y/o fallecidos  $<40$  semanas postconcepción. EG media de 29 semanas. 17% pesó  $<1.000$  g.

**Metodología.** Análisis retrospectivo de diversas variables, incluyendo somatometría (nacimiento, 40 semanas postconcepción y 3, 9, y 21 meses EGC, expresada como Z score), aportes calóricos durante la hospitalización y morbilidad.

**Resultados.** A las 40 semanas postconcepción estaban  $<P50$  de Guo en peso ( $Z=-0,950,7$  DS) y longitud ( $Z=-0,830,85$  DS), normalizándose en siguientes controles. Todos los valores fueron significativamente  $<P50$  de Hernández.

Según pesos al nacimiento ( $</>1.000$ g), a los 3m EGC presentaron diferencias significativas en peso (-0,89 vs 0,23) y longitud (-0,19 vs 0,63); se observó significación al comparar parámetros como Apgar-1' (4,1 vs 6,1), días con soporte respiratorio (18,7 vs 4,93), días con nutrición parenteral (13,50 vs 3,36) y días hasta aportes totales por vía enteral (25,7 vs 13,7).

**Conclusiones.** Situación somatométrica normal (Guo) a los 3 meses de EGC. Peso y longitud, parámetros más afec-

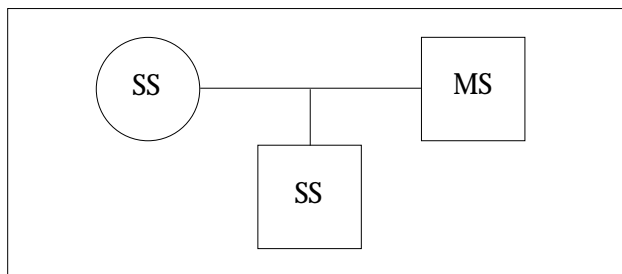


Figura 1.

tados. A los 21m EGC aún estaban <P50 de Hernández. La mayor morbilidad de los <1.000 g parece contribuir a su peor evolución. Gráficas para niños pretérmino son útiles en la valoración del crecimiento, aunque convendría diferenciar a su vez a los <1.000 g.

**30. HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL: DÉFICIT DE ALPHA 1 -ANTITRIPSINA.** *E. Palacín Mínguez, I. Díez López, M.J. Gallego, C. Vaquerizo, J.L. Fernández Calvo.* Servicio de Neonatología, H.C. Universitario de Valladolid.

El déficit de AAT es la causa genética más común de hepatopatía infantil. Presenta en nuestro medio una prevalencia de 1/1.600-4.000 casos. El genotipo normal es el MM, las otras variantes (S,Z) conllevan un déficit cualitativo o cuantitativo de esta proteína inhibidora de proteasas. Cifras normales entre 150-300 mg/dl. Presentamos un caso de RN varón, sin antecedentes familiares de patología hepática o respiratoria previa, que durante las primeras horas de vida, presentó una hiperbilirrubinemia de naturaleza mixta (BD/BI). El embarazo fué normal y las serologías practicadas a la madre negativas. Ingresado para estudio, se evidencia un incremento progresivo de las cifras de bilirrubina, alcanzando un máximo de BT de 15,67 mg/dl y de BB de 5,52 mg/dl. (Figs. 1 y 2)

Del mismo modo se comprueba una elevación de transaminasas y una hepatomegalia moderada comprobada mediante eco abdominal. Citologías, serologías y cultivos practicados fueron todos negativos. Ante sospecha de alteración en AAT, se demuestra una cifra de 109 mg/dl. El IBGM nos facilita el estudio genético del paciente (SS), de

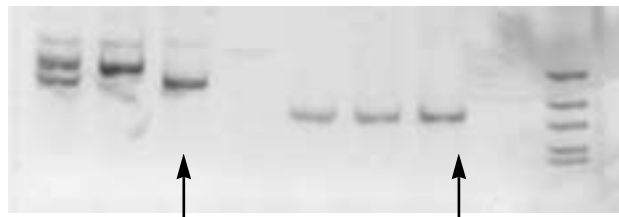


Figura 2.

su padre (MS) y madre (SS). El paciente llegó a mantener una cifra mínima comprobada de 75 mg/dl estando en la actualidad asintomático y bajo seguimiento médico. La presencia de hiperbilirrubinemia en un RN, nos obliga a realizar un diagnóstico diferencial de colestasis, entre cuyas causas se encuentra el déficit de AAT. Se considera como tal una cifra < a 100 mg/dl, quedando reservada la biopsia hepática como prueba pre-transplante. El tratamiento es sintomático. La AAT humana sólo es útil en caso de deterioro pulmonar, quedando el transplante hepático, como única medio, parcialmente eficaz de terapia.

**31. CANDIDIASIS CEREBRAL NEONATAL.** *M. Mata, A. Pino, G. Santos, P. Oyágüez, J. Duro, M.P. Aragón.* Hospital Universitario de Valladolid.

Presentamos un caso clínico de candidiasis sistémica con afectación cerebral en un varón pretérmino de 29 semanas de edad gestacional ingresado en el Servicio de Neonatología.

Entre los antecedentes destacan:

**Embarazo.** Infección urinaria materna; amniorrexis superior a 24 horas

**Parto.** Presentación podálica con evolución vaginal por ingreso en expulsivo; Apgar 1/3/6; reanimación profunda.

Precisa ventilación mecánica y soporte circulatorio desde el nacimiento; a los 5 días de vida presenta cuadro de sepsis por *C. albicans*, con hemocultivo y urocultivo positivos, siendo tratado con anfotericina B lipídica i.v., añadiendo fluocitosina v.o. posteriormente.

En ecografía cerebral se visualizan a los 40 días de vida imágenes micronodulares periventriculares compatibles con lesiones granulomatosas múltiples; a los dos meses y medio de vida se realiza TAC craneal que muestra calcificaciones



múltiples periventriculares a nivel de astas occipitales de ambos ventrículos y sustancia blanca y ganglios basales en lado izquierdo, visibles también en la RMN; tras realizar diagnóstico diferencial con lesiones inflamatorias por CMV, toxoplasma o rubeola mediante serologías fueron interpretadas como lesiones de candidiasis cerebral.

La candidiasis sistémica neonatal es una patología en auge debido a la mayor supervivencia de recién nacidos de muy bajo peso, si bien la afectación cerebral es poco frecuente. No existen publicaciones en nuestro país sobre candidiasis cerebral en forma de lesiones múltiples en neonatos vivos afectados de esta patología, de ahí el interés de este caso.

Nuestro objetivo consiste en mostrar la neuroimagen característica de la afectación cerebral por *Candida* a través de esta comunicación.

### 32. DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA: ESTUDIO DE LA INCIDENCIA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. S. Aníbarro, M. Zazo.

*Centro de Salud de Palomarejos. Toledo.*

La displasia congénita de cadera (DCC) es una patología del desarrollo intraútero, que engloba desde la inestabilidad simple con laxitud capsular (forma más frecuente), hasta el desplazamiento completo de la cabeza femoral y su salida del acetábulo displásico. La incidencia de la luxación congénita de cadera oscila entre un 1-3,5 por 1000 recién nacidos vivos, aumentando al 2% si incluimos las formas menores de inestabilidad. Es más frecuente en el lado izquierdo y en mujeres (4-1).

Se ha estudiado la incidencia de DCC en 227 neonatos, 120 varones y 107 mujeres. Las revisiones de la consulta (RN, 15 días, 1-2-4-6-9-12-15-18-24 meses) han sido llevadas a cabo siempre por el mismo pediatra e incluyendo en la exploración las maniobras de Ortolani y Barlow, detección de roces articulares, sensación de telescopaje, asimetría de Extremidades inferiores y pliegues cutáneos, limitación a la movilidad de la cadera y anomalías en la marcha.

**Conclusiones:** Se detectaron un total de 67 anomalías en la exploración física, de las cuales 6 fueron catalogados de DCC mediante ecografía de cadera (2,6%), 5 en mujeres y 1 en varones, 5 en el lado izquierdo y 1 en el derecho. Nuestros datos coinciden con las conclusiones de otras series y

resaltan la importancia de la exploración pediátrica rutinaria de las caderas a todo recién nacido para el diagnóstico y tratamiento precoz de la DCC.

## SÁBADO 17 DE NOVIEMBRE PARANINFO

### 33. ATRESIA DE VÍAS BILIARES EXTRAHEPÁTICAS (AVBE). A PROPÓSITO DE UN CASO. A.G. Andrés, A. Rodríguez, C. Rubio, A. Periañez, A. Grande, E. Nava, O. González. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

**Introducción.** La AVBE es la principal causa de ictericia obstructiva extrahepática en el RN. Se presenta en 1/10.000 RN. Se define como una obliteración fibrosa de la vía biliar extrahepática.

**Caso clínico.** Niña pretérmino nacida por cesárea, PN: 3.020 g. Lactancia materna. Test de metabolopatías: negativo. Ingres a al 5º día de vida por ictericia (BiT 16 mg/dl (BiD 1,50). Tras fototerapia al 9º día: (BiT 11; BiD: 1,8).

A la tercera semana se aprecian **heces pálidas**, ictericia verdínica, hígado duro (4 cm); esplenomegalia (2 cm). Exámenes complementarios: BiT: 10,20 (BiD: 6,40), GGT: 719 U/L; FA: 1359 U/L; GOT/GPT: 156/89; ProteínasT. 5,70; Colesterol: 264; Protrombina. 98%;  $\alpha$ -fetoproteína: 1.193 ng/ml;  $\alpha$ 1-AT: 141 mg/dl; sideremia: 117  $\mu$ g/dl. PCR: 6,9 mg/dl. Azúcares reductores en orina: negativos. Ácidos biliares: 144  $\mu$ mol/L; Colinesterasa: 10.094, cromatografía de aminoácidos y succinilacetona en orina: normales.

**Ecografía.** No dilatación de vía biliar ni se visualiza vesícula.

**Gammagrafía HIDA.** Sin eliminación del contraste.

Se sospecha AVBE, sin descartarse: hepatitis neonatal idiopática, ni escasez ductular no sindrómica.

Se remite al Gregorio Marañón para biopsia hepática y laparotomía que demuestra la AVBE. Es intervenida al 2 mes de edad realizándose portoenterostomía (Kasay). A las 3 semanas: BiT 7, Bi.D 3.

**Comentario.** Toda colestasis neonatal debe ser investigada para descartar una AVBE y en su caso establecer un tratamiento precoz mejorando el pronóstico.

**34. DATOS DE MORTALIDAD NEONATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALLADOLID EN LA DÉCADA DE LOS NOVENTA. A. Imaz Roncero, M.J. Gallego Fuentes, J.G. Santos García, J.V. Martínez Robles, J.L. Fernández Calvo. Servicio de Neonatología, H.C. Universitario de Valladolid**

Se realiza un estudio retrospectivo sobre 3.792 recién nacidos ingresados en el H. Universitario de Valladolid desde el 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1999.

**Inclusión:**

- Recién nacido vivo
- Nacimiento en HUV
- Nacimiento en otros Hospitales y trasladados al HUV durante el periodo neonatal
- Fallecidos en HUV
- = **70 casos**

**Exclusión:**

- Fallecidos tras periodo neonatal (después de los 28 días de vida)
- = **6 casos**

**Total de casos = 64**

**Resultados.** La *Mortalidad Neonatal Total del Servicio de Neonatología* del Hospital Universitario de Valladolid en la década de los noventa es:

- Total de la década:	64	1,68%
o Año 1990:	4	1,09%
o Año 1991:	4	0,99%
o Año 1992:	5	1,39%
o Año 1993:	8	2,27%
o Año 1994:	7	1,73%
o Año 1995:	6	1,64%
o Año 1996:	7	1,97%
o Año 1997:	4	1,06%
o Año 1998:	15	3,80%
o Año 1999:	4	0,94%

La *procedencia* de estos fallecimientos se distribuye como sigue:

- Intramuros:	52	81,25%
- Extramuros:	12	18,75%

En los casos de *embarazos múltiples*, todos ellos fueron gemelares, representando:

La *edad gestacional* media de los recién nacidos es 31 semanas, con un rango entre 22 y 42 semanas:

- < 25 sem:	6	9,37%
- 25 – 32 sem:	31	48,43%
- 33 – 36 sem:	16	25,00%
- 37 – 41 sem:	9	14,06%
- 42 ó más sem:	1	1,56%
- Sin datos:	1	1,56%

El *peso de los recién nacidos* fallecidos presenta un peso medio de 1.653 g, con un mínimo de 450 g y un máximo de 4.010 g:

- < 500 g:	2	3,12%
- 500 – 999 g:	21	32,81%
- 1.000 – 1.499 g:	8	12,50%
- 1.500 – 1.999 g:	12	18,75%
- 2.000 – 2.499 g:	9	14,06%
- 2.500 – 2.999 g:	4	6,25%
- > 3.000 g:	8	12,50%

La distribución por *sexos* es:

- Varón:	34	53,12%
- Mujer:	30	46,87%

El *test de Apgar* obtenido por los recién nacidos:

* 1 minuto		5 minutos	
0 a 3:	37 - 57,81%	0 a 3:	23 - 35,93%
4 a 7:	15 - 23,43%	4 a 7:	17 - 26,56%
8 a 10:	7 - 10,93%	8 a 10:	19 - 29,68%
Sin datos:	5 - 7,81%	Sin datos:	5 - 7,81%

Se realizó el *estudio necrópsico*:

- Si:	50	78,12%
- No:	14	21,87%

Las *causas de fallecimiento*, presentan la dificultad de fijar la causa última y principal de muerte, ya que en algunos casos coexisten distintas patologías:

- Patología respiratoria
- Inmadurez
- Asfixia neonatal
- Malformaciones
- Sepsis
- Patología renal
- Patología cardiovascular
- Patología digestiva
- Otras

**Conclusiones:**

- La mortalidad neonatal presenta, salvando el año 1998, una evolución hacia el descenso a pesar del aumento en complejidad de los recién nacidos gracias a los avan-

ces en las técnicas y los mayores conocimientos del personal médico y de enfermería del Servicio.

- El estudio de causas de mortalidad nos muestra que las más frecuentes son:
  - Patología respiratoria: especialmente la membrana hialina.
  - Inmadurez.
  - Malformaciones: secuencias de oligoamnios, hernia diafragmática...
  - Asfixia neonatal grave.

Se cuenta con las bases para comparar próximamente los fallecimientos por grupos de edad gestacional y peso con el resto de ingresados no fallecidos.

**35. DATOS DE MORTALIDAD NEONATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALLADOLID EN LA DÉCADA DE LOS NOVENTA. J.G. Santos García, M.J. Gallego Fuentes, A. Imaz Roncero, J.V. Martínez Robles, J.L. Fernández Calvo. Servicio de Neonatología, H.C. Universitario de Valladolid.**

**Objetivo.** Estudiar la Mortalidad Neonatal del Hospital Universitario de Valladolid en la década de los noventa.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo sobre 13.249 nacimientos desde el 1 de enero de 1990 hasta el 31 de diciembre de 1999. Los datos proceden de la historia perinatal, de los informes de necropsia y de los informes remitidos por los hospitales de destino de los niños trasladados. Se realiza el estudio sobre 56 recién nacidos fallecidos en el periodo neonatal. Para la realización se utilizan la base de datos FileMaker, la hoja de cálculo Excel, el procesador de textos Word y el programa de gráficos PowerPoint.

**Resultados.** La Mortalidad Neonatal de la década es del 4,15‰ (con un rango entre 1,65 en 1999 y 11,23 en 1998), siendo la inmediata del 2,56‰, la precoz 3,62‰ y la tardía 0,60‰. Predominan los varones (53,57%). Son recién nacidos pretérminos el 85,70%, presentando un peso inferior a 1.500 gramos el 49,99%. La edad media materna es 24 años. Se realiza necropsia en el 78,57%. Las causas principales de muerte son la patología respiratoria, inmadurez y malformaciones. Se realiza un estudio detallado del año 1998.

**Conclusiones.** Se obtienen datos propios del Hospital Universitario de Valladolid analizando las causas principales.

**36. SÍNDROME OPERCULAR: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE TRASTORNO DEL HABLA EN LA INFANCIA. R. Nieto, M. Sánchez Jacob\*, R. Palencia. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario. \*Centro de Salud La Victoria. Valladolid.**

**Introducción.** El síndrome opercular, conocido también en la literatura con el epónimo de Foix-Chavany-Marie, es un trastorno del control voluntario de la musculatura facio-linguo-faringo-masticatoria, en relación con una lesión bilateral de la corteza opercular anterior.

**Paciente.** Niña de 11 años 1/4. Antecedentes familiares negativos. Embarazo, parto y periodo neonatal: normales. Desde siempre ha presentado babeo por dificultad para tragar la saliva y, asimismo, tiene dificultad para mover la lengua, para succionar, con escape de los líquidos y para articular la palabra; percibe bien los olores y los sabores. En la exploración se evidencia que su psiquismo es normal, limitación de la motilidad lingual, imposibilidad de hinchar los carrillos, desviación de la úvula y sialorrea; angioma plano en columna dorsal. La RM encefálica muestra lesiones con afectación tanto de la sustancia blanca como gris en el área de la circunvolución precentral y postcentral, de morfología triangular; la RM de médula fue normal.

**Comentarios.** El síndrome opercular se ha descrito sobre todo en pacientes adultos, en relación, sobre todo, con lesiones de etiología vascular en ambas regiones operculares. En la infancia (edad en la que se propone el término de Worsster-Drought) la etiología es más heterogénea y destacan los casos secundarios a encefalitis, en especial por el virus herpes simple; también se han descrito tras meningitis tuberculosa, patología perinatal, traumatismo craneal y estado de mal epiléptico. Un cuadro clínico similar puede presentarse en relación con una displasia cortical perisilviana (congénita) y, en este caso, algunos autores consideran que se trata de una entidad distinta y reservan el título de síndrome opercular para los casos adquiridos en la etapa postnatal. Las manifestaciones clínicas, como ya se ha señalado, se relacionan con la afectación de la musculatura voluntaria facio-linguo-faringo-masticatoria, conservando la función refleja y la actividad automática del llanto y risa. El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma con el estudio radiológico que muestra la alteración focal bilateral de la región opercular. El tratamiento se basa en la fisio-

rapia de la musculatura afectada, con apoyo del logopeda, si bien los resultados son muy discretos y, por ello, el pronóstico es reservado.

**Conclusiones.** 1. El síndrome opercular es una causa rara, pero que debe ser tenida en cuenta, de trastorno del habla en la infancia. 2. La realización de TC/RM está indicada en los pacientes con problemas del lenguaje, y más si existe patología neurológica previa.

### 37. HÁBITOS DE SUEÑO Y PARASOMNIAS

**DURANTE LA INFANCIA.** A. Argumosa\*, J.L. Herranz\* y pediatras de la SCCALP. \*Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivo.** Conocer los hábitos de sueño y la frecuencia de parasomnias en niños.

**Material y métodos.** Se solicitó a pediatras de Atención Primaria la cumplimentación de un cuestionario sobre la presencia y características de parasomnias en niños menores de 14 años, e información sobre la familia, educación, rasgos caracteriales, hábitos de sueño y de ocio.

**Resultados.** Se recogieron los datos de 300 niños con una edad media de 6.8 años. Aunque un 17% de los niños se acuesta después de las 11 de la noche, casi todos los menores de 12 años duermen más de 10 horas diarias. Un 59% de los niños se duermen con algún tipo de objeto transicional (chupete, muñeco), 48% presentan despertares y 47% somniloquios. Sólo un 6% de la muestra tuvo sonambulismo. La parasomnia de más temprana aparición fue la enuresis y la más tardía el sonambulismo. Las mioclonías, las pesadillas y los somniloquios se asociaron de forma significativa con la presencia de otras parasomnias. No se encontraron diferencias significativas al relacionar las parasomnias con el sexo, las características de la familia ni las actividades de ocio pero sí una ligera influencia de los hábitos de sueño y de ciertos rasgos de carácter sobre la aparición de determinadas parasomnias.

**Conclusiones.** La importancia de las parasomnias radica en su elevada frecuencia y en la posibilidad

### 38. ACIDOSIS LÁCTICA E INTOLERANCIA

**A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA.** E. Mora, M.J. Lozano, M.A. De Andrés, G. Lunar, M. Pacheco, V. Madrigal. Unidad de Lactantes. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.

La sintomatología de la intolerancia a las proteínas de leche de vaca, (IPLV) no mediada por IgE, es habitualmente digestiva. La acidosis láctica es excepcional.

**Caso clínico.** Lactante varón de 1 mes que hace 2 semanas, coincidiendo con la introducción de la lactancia artificial, comienza con vómitos alimenticios, asociándose el día previo al ingreso deposiciones sanguinolentas y exantema urticarial fugaz. Exploración: peso 3,430 (P3), talla 52 cm (P10). Examen físico normal. Ante la sospecha de IPLV se sustituye su fórmula habitual por otra altamente hidrolizada y se decide alta hospitalaria. Reingresa a los 15 días por vómitos persistentes: peso 4,050 (P3). Examen físico normal. Los exámenes complementarios demuestran acidosis metabólica compensada e hiperlactacidemia mixta (ayunas 48 mg/dl y postprandial 81,7 mg/dl). Amonio, iones, glucosa, betahidroxibutirato, función hepática y renal normales. Estudio metabólico (aminoácidos sangre y orina, carnitina, ácidos grasos plasmáticos y ácidos orgánicos urinarios): normal. La sustitución de la fórmula altamente hidrolizada por una elemental, condiciona el cese de los vómitos y una ganancia ponderal de un kilo en un mes.

**Comentarios.** La acidosis láctica se relaciona excepcionalmente en la literatura con intolerancia a proteínas de leche de vaca.

Deseamos destacar que ante un lactante con hiperlactacidemia sin otras alteraciones metabólicas específicas debemos pensar en esta entidad clínica.