



LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES



PÓSTERES MODERADOS

ATENCIÓN PRIMARIA Y PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

JUEVES 1 DE JUNIO • 09:15-10:45 H • SALA 25

CAPACITAR A LOS PROFESORES PARA ACTUAR ANTE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA GRAVE

Gloria Aloy Pallares¹, M.^a José Pujol Abanades², Evelin del Río Cea², M.^a Dolores Carballo Rubio², Ariadna Carsi Durall², M.^a Rosario Álvarez Álvarez³

¹CAP Chafarinas, Barcelona

²CAP Chafarinas, Barcelona

³CAP Casernas, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Tras varios casos graves de reacción anafiláctica trasladados desde un colegio a la consulta de pediatría del centro de salud, se pacta con el colegio capacitar al profesorado de una escuela de primaria sobre el manejo de una situación de shock anafiláctico grave.

MÉTODOS

Revisión de protocolos de actuación del hospital de referencia y de revistas indexadas. Se realiza una sesión educativa de 1 hora sobre la actuación en el caso de un shock anafiláctico y se realiza el simulacro con la pluma inyectora de adrenalina. Posterior encuesta de satisfacción.

RESULTADOS

Se coordina con la escuela una sesión en la que se explica el concepto de alergia, identificación signos y síntomas, protocolo de administración según el Departamento de Educación, práctica de la administración del bolígrafo inyector de adrenalina y rueda de preguntas.

También se entregó una hoja con el plan de actuación ante una anafilaxia en centros educativos, publicado por la Asociación Española de Pediatría (AIEP), de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y alergia Pediátrica (SEICAP) y Sociedad Española de alergología e inmunología clínica (SEaic), y un tríptico gráfico con los pasos a seguir para la inyección de la adrenalina con la pluma. Ambos documentos, se pactó dejarlos como recordatorio en el casillero del alumno.

El claustro reconoció la importancia de la sesión y puntuó como muy interesantes todos los contenidos, y apunta que fueron explicados con claridad. Especialmente valorada la práctica con el bolígrafo inyector porque ayudó a rebajar su inseguridad. Además, se cu-

brieron todas las expectativas docentes. La directora verbalizó que recomendaría esta sesión a otras escuelas del entorno. Además, agradecen la predisposición del equipo de pediatría porque es una oportunidad de trabajo comunitario y de futuras colaboraciones.

CONCLUSIONES

Tras la buena acogida, han surgido nuevas demandas de sesiones formativas. Nos planteamos ofrecer esta intervención a otros colegios, así como a los alumnos para que puedan reconocer una crisis y ayudar a sus compañeros.

El colegio es un ámbito ideal para la prevención y promoción de la salud y una fuente de oportunidades para las intervenciones comunitarias.

Sesión shock anafilaxia



CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ABORDAJE DE LA VARICELA PRECOZ (HASTA 12 MESES DE EDAD) EN UNA SERIE DE 356 CASOS

César García Vera¹, María García Ventura², Laura Martínez Espligares³, M.^a Dolores Sánchez Díaz⁴, Nuria Menéndez González⁵, Teresa Vals Durán⁶

¹CS José Ramón Muñoz Fernández, Zaragoza

²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

³CS Miralbuena, Zaragoza

⁴CS Parquesol, Valladolid

⁵CS Urbano II Mérida, Mérida

⁶CS Vals Miñor, Nigrán, Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La varicela es una enfermedad de evolución incierta en menores de un año de edad. Se pretenden describir los aspectos epidemiológicos de la varicela en menores de 1 año, así como su abordaje y evolución.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de ámbito nacional. Una red de investigación de pediatras de atención primaria recogió encuestas de cada caso (niños de hasta 12 meses de edad con varicela clínica) desde julio de 2015 a junio de 2016. Los principales resultados se expresan en porcentajes e intervalos de confianza al 95%, y se comparan mediante cálculo de Odds Ratio.

RESULTADOS

264 pediatras participantes recopilaron 358 casos de varicela de igual distribución entre sexos y media de edad de 7,5 meses (SD: 3,22; rango 0,1-12,8 meses). El 49% sucedieron en primavera. En el 62%, el contacto familiar fue la principal sospecha de contagio (84% por hermano mayor), pero no se supo en el 20%. El 3% de madres aseguró no haber pasado varicela, y un 22% desconocía su situación respecto a ella. No presentaron fiebre el 54% de lactantes, significativamente más frecuente en mayores de 6 meses (55%) que en los de 6 o menos (35%) (OR: 2,29; IC 95%: 1,49 a 3,52%; p=0,0005). Asimismo, presentaron más de 50 lesiones el 47% de mayores de 6 meses frente al 35% de los de esa edad y menores (OR: 1,62; IC 95%: 1,05 a 2,48; p=0,0273). Solo ingresaron el 2% de niños, la mayoría (6 sobre 7), menores de 7 meses. Un 8% presentó complicaciones, entre las que destacan la sobreinfección de lesiones. Los pediatras consideraron más frecuentemente como leves las varicelas en menores de 7 meses (78%) que en los mayores de 6 (65%) (OR: 1,96; IC 95%: 1,22 a 3,17; p=0,0144). Un 24% recibió tratamiento antiviral oral, significativamente más los de 6 meses o menos (33%) que los de más de 6 (18%) (OR: 2,31; IC

95%: 1,41 a 3,79; p=0,0023). En el 18% de casos los pediatras no tenían claro si vacunar o no posteriormente al paciente frente a la enfermedad.

CONCLUSIONES

La varicela parece comportarse de forma leve en la mayoría de los lactantes menores de un año, con muy bajo porcentaje de ingresos hospitalarios y nula mortalidad. Clínicamente hay más afectación en mayores de 6 meses, aunque se les prescribe menos antiviral oral. Sigue habiendo dudas sobre la posterior necesidad de vacunación.

CLÍNICA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELÍACOS DURANTE UN AÑO

Alba M.^a Nieto Serrano¹, Roberto Carlos Raynero Mellado¹, Carmen Jesús Villaizán Pérez², Nuria Crespo Madrid³, Beatriz Martín-Sacristán Martín³

¹CS Sonseca, Hospital Virgen de la Salud, Toledo

²CS Sonseca, Toledo

³Hospital Virgen de la Salud, Toledo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC) es una entidad nosológica nueva y emergente en pediatría cuya patogenia no se conoce con exactitud. Su prevalencia curiosamente se estima superior a la de la enfermedad celiaca (EC). Se caracteriza por síntomas intestinales y extraintestinales dependientes de la exposición al gluten, siendo la retirada de éste el tratamiento recomendado. Las manifestaciones clínicas son similares a la de la EC y aunque se han propuesto una serie de criterios diagnósticos para definir la SGNC, únicamente se puede diagnosticar mediante exclusión, por lo que probablemente se trate de una entidad infra-diagnosticada.

MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo, realizado entre 01/2016 y 01/2017 (ambos inclusive) sobre los pacientes que acuden a consultas externas de gastroenterología pediátrica de un hospital terciario, con edades comprendidas entre 0-14 años. Se revisa el registro de todos los pacientes atendidos en la consulta, el motivo de consulta, las pruebas complementarias realizadas y el diagnóstico final. De todos ellos procedemos a la selección de los pacientes a los que se ha asignado el diagnóstico de SGNC y se realiza un análisis de la sintomatología del paciente a través de todos sus

contactos con el sistema público de salud, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención especializada.

RESULTADOS

Se exponen 7 casos clínicos de los cuales 3 tienen el diagnóstico definitivo de SGNC y 4 de ellos el diagnóstico más probable de SGNC por ser imposible de realizar la gastroscopia. De todos ellos se resumen la clínica tanto digestiva como extradigestiva y respuesta al tratamiento (ver tabla adjunta).

CONCLUSIONES

- La SGNC es una entidad emergente, sin marcadores específicos cuyo diagnóstico es de exclusión.
- La dificultad para establecer el diagnóstico definitivo conlleva que sea una entidad nosológica infra-diagnosticada.
- Se debe tener presente ante niños no celíacos con clínica digestiva y extradigestiva (especialmente neuropsiquiátrica) dependiente del gluten.
- La anamnesis y la historia alimentaria son las principales claves para sospechar la enfermedad.

PACIENTE	GÉNERO	EDAD	CLÍNICA DIGESTIVA	CLÍNICA EXTRADIGESTIVA
1	mujer	12 años	Dolor abdominal Distensión abdominal	Chasquidos articulares Cefalea persistente
2	mujer	12 años	Dolor abdominal. Dispepsia. Distensión abdominal Alteración del ritmo intestinal	Tristeza, nerviosismo y ánimo depresivo que alteran la calidad de vida
3	varón	7 años	Dolor abdominal. Distensión abdominal Náuseas y vómitos. Mal comedor. Pérdida de apetito	“Mal carácter” Irritabilidad. Astenia. Trastorno hiperactivo de conducta
4	varón	7 años	Irritabilidad. Rechazo de la alimentación Alteración del ritmo intestinal Dolor abdominal Distensión abdominal	TEA Semántico-pragmático. Trastorno específico del lenguaje. TDAH impulsivo
5	mujer	11 años	Dolor abdominal. Distensión abdominal Náuseas y vómitos.	Cefalea diagnosticada como “equivalente migrañoso” que altera la calidad de vida
6	varón	18 meses	Dolor abdominal. Episodios de diarrea. Vómitos	Espasmos de extensión y rigidez de miembros
7	mujer	8 años	Dolor abdominal. Distensión abdominal. Diarrea. Vómitos. Pérdida de apetito	Decaimiento. Cefalea TDAH con mala respuesta a tratamiento farmacológico

DONACIÓN DE LECHE MATERNA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

David Jesús Cabrera Rueda¹, Alicia Galera García²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

²Hospital de Poniente, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La lactancia materna es un proceso único que provee una nutrición ideal,

reduce la incidencia y severidad de enfermedades infecciosas, contribuye a la salud de la mujer, y así es recogido en la Declaración de Innocenti de 1990. La evidencia avala la superioridad nutricional de la leche materna frente a las fórmulas artificiales para la alimentación del recién nacido y lactante.

Del mismo modo: "Cuando no se disponga de leche de la propia madre, la leche pasteurizada de madres donantes seleccionadas es la mejor opción para la alimentación de los niños, sobre todo si se trata de niños enfermos o de alto riesgo", como recoge la OMS en la 55ª Asamblea Mundial.

En las recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP se pone énfasis en la formación de todos los profesionales relacionados con la madre y el neonato sobre lactancia materna. Y dedica varios puntos al apoyo de la lactancia materna en situaciones especiales y la necesidad de promover la creación y mantenimiento de bancos de leche.

Nuestro objetivo se centra en valorar el grado de conocimiento de los profesionales de atención primaria sobre la disponibilidad de este servicio ya que tienen un amplio contacto prenatal con las futuras madres que llegan al hospital desconociendo la posibilidad de donar.

MÉTODOS

Entrevista telefónica y personal con profesionales de enfermería y médicos de familia que realizan el seguimiento y control del embarazo, así como la educación maternal en centros de salud.

Revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane.

RESULTADOS

Los resultados indican que el personal encargado de la educación maternal no posee información, y así no lo transmiten, y por tanto no la incluyen en los contenidos proporcionados a las madres que ingresan en el hospital.

Desconocen la posibilidad de la donación de leche materna, y que servicio dentro del hospital presta este servicio, así como los protocolos existentes para la inclusión de las madres en el programa de donación y cómo se debe recoger y transportar la leche donada

CONCLUSIONES

Existe la información, pero no llega. Con lo cual se pierden oportunidades. No se hace partícipes a los profesionales sanitarios de otros niveles que tienen un amplio contacto con las futuras madres y que podrían proporcionarles información y sensibilizarlas antes del parto. Son madres que tienen la posibilidad de donar leche para aquellas situaciones especiales en que niños no dispongan de leche materna.

Es necesario crear canales de comunicación mediante reuniones periódicas, sesiones clínicas para difundir y sensibilizar a todos los profesionales implicados en la salud de la madre y el niño.

ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA HERRAMIENTA MÁS PARA LA CONSULTA

Daniel Enrique Alonso Martín¹, Andrea Fernández Menéndez²

¹CS Lucero, Madrid

²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN

La ecografía es una técnica diagnóstica que se ha extendido a otros ámbitos fuera de los servicios de radiodiagnóstico. Tras el desarrollo del protocolo FAST, destinado a que cualquier persona entrenada pueda valorar la severidad de un paciente crítico, se extendió a las Unidades de Cuidados Intensivos, donde aporta datos funcionales a pie de cama: nace la ecografía clínica. Los procedimientos guiados por ecografía revolucionaron el intervencionismo.

Precisa un entrenamiento reglado y horas de experiencia, si bien la curva de aprendizaje es exponencial y el rendimiento (una vez se tiene el ecógrafo) es muy alto.

Con esta premisa se han ido introduciendo progresivamente ecógrafos en los Servicios de Urgencias y en los centros de Atención Primaria, con el fin de contar con una herramienta más que permita afinar el diagnóstico etiológico de determinados procesos.

Presentamos casos de los últimos doce meses en Atención Primaria en los que esta técnica ha mejorado el procedimiento diagnóstico.

RESUMEN DEL CASO

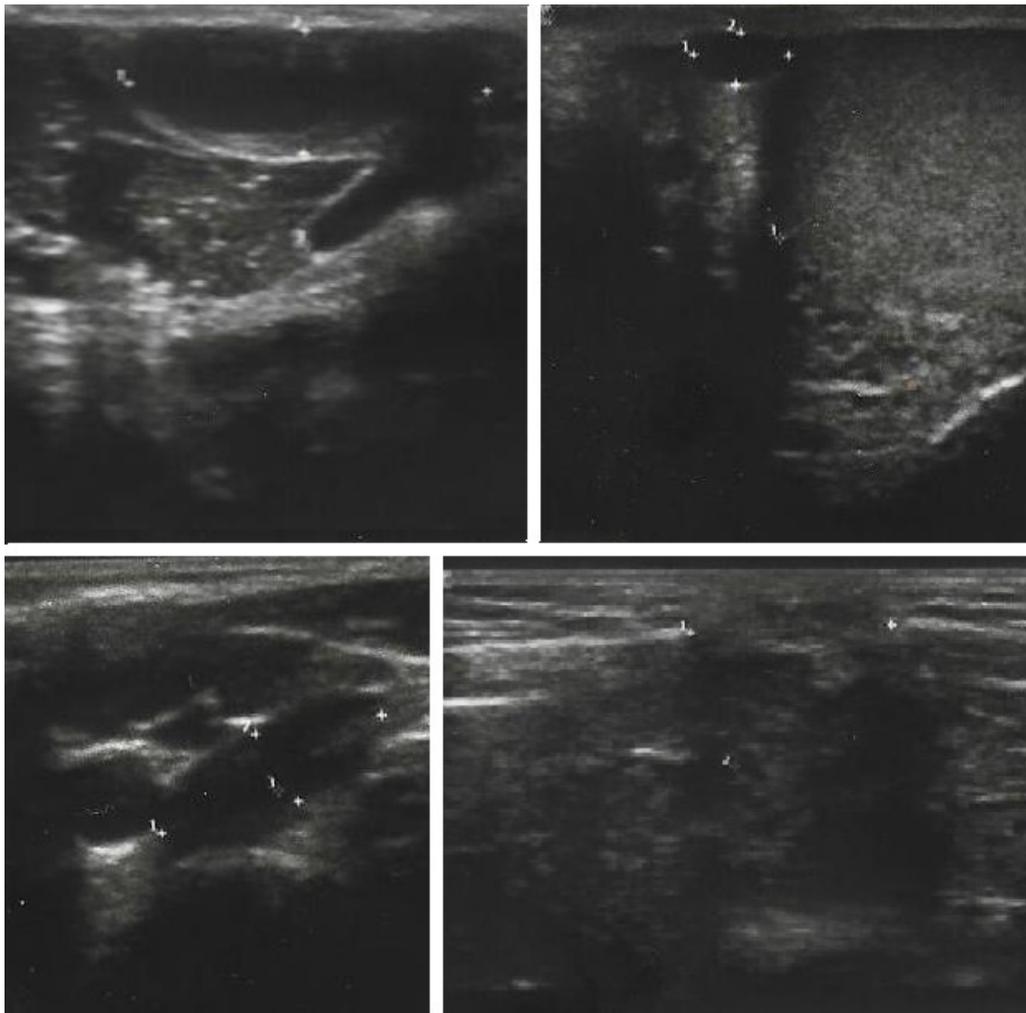
- 1) Niño de 7 años, bultoma en hueso poplíteo, indoloro, sin limitación funcional, sin antecedentes reumatológicos. A la exploración se objetiva masa elástica de 3x2 cm, en ecografía se obtienen imágenes compatibles con quiste de Baker no complicado. Diagnóstico realizado en la misma consulta, sin precisar derivación, indicándose controles en la misma consulta, paciente confortable y familia satisfecha.
- 2) Niño de 9 años, dolor testicular moderado, reflejo cremastérico presente con mucho dolor en polo superior, sin punto azul, ecografía con masa sin flujo en polo superior del testículo, flujo doppler testicular normal, diagnóstico de torsión de hidátide. Manejo ambulatorio, familia satisfecha.
- 3) Niño de 5 años, bultoma cervical doloroso, inflamatorio, febril, asocia flemón dentario. Se palpa adenia de 2 cm, muy dolorosa. En ecografía se objetiva conglomerado adenopático con aumento del

flujo doppler e hipodensidad, se ajusta tratamiento del flemón para cubrir la adenitis cervical, ecografía de control posterior con resolución del cuadro.

- 4) Niña de 11 años, asimetría cervical anterior indolora, en ecografía se observa agenesia de lóbulo tiroideo izquierdo con sustitución por tejido dependiente de timo, estudio hormonal normal.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Contar con un ecógrafo como parte de la rutina de nuestra consulta es de mucha utilidad porque permite resolver determinados procesos en el mismo acto médico y afinar el diagnóstico etiológico, aumentando la confianza del paciente y su entorno y mejorando la satisfacción del profesional con el desempeño de su profesión. Una formación exhaustiva es fundamental, pero contando con dichos medios debemos saber aplicarlos a nuestro ejercicio profesional.



De izquierda a derecha y de arriba a abajo: quiste de Baker (caso 1), torsión de hidátide (caso 2), conglomerado adenopático (caso 3) y defecto en pared abdominal anterior

HERPES ZÓSTER EN LA INFANCIA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE 291 NIÑOS

César García Vera¹, Laura Martínez Espligares², María García Ventura³, José M.^a Mengual Gil⁴, Ana M.^a Lorente García-Mauriño⁵, José Vicente Bernad Usoz⁶

¹CS José Ramón Muñoz Fernández, Zaragoza

²CS Miralbuena, Zaragoza

³Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

⁴CS Delicias Sur, Zaragoza

⁵CS Juan de la Cierva, Getafe, Madrid

⁶CS Gonzalo de Berceo, Logroño

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Herpes zóster es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Se describen los datos epidemiológicos, clínicos y de tratamiento de esta enfermedad.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de ámbito nacional. Una red de investigación de pediatras de atención primaria recogió encuestas de cada caso de herpes zóster en la edad pediátrica, desde julio de 2015 a junio de 2016. Los principales resultados se expresan en porcentajes.

RESULTADOS

264 pediatras recopilaron 291 casos de herpes zóster con igual distribución entre sexos y una media de edad de 8,94 años (SD: 3,70; rango 0,08 a 14,9 años) estando el 83,8% de los casos entre los 5 y 14 años de edad. En el 69,8% de los casos el mecanismo sospechoso del contagio era desconocido, aunque el 77,3% tenía hermanos y estaban escolarizados el 95,5%. La mayoría de los casos fueron leves (83,4%), un 16,2% moderados y solo un caso (0,34%) grave. Hubo 7 niños inmunodeprimidos de los que 4 tuvieron un cuadro leve y 3 moderado, ninguno de ellos grave. Estaban previamente vacunados frente a la varicela el 15,1%, solo una quinta parte de estos llevaba dos dosis. El 84,9% había padecido previamente varicela, a una edad media de 2,84 años (SD: 2,16). Es llamativo que en el 15,1% no hubo antecedentes de haber tenido varicela. El intervalo en años entre la varicela previa y el herpes zóster fue de 6,42 años de media (SD: 3,39). La localización más frecuente de las lesiones herpéticas fue el tórax (75%), seguida de cara y cuello (12,5%). La mayoría (94,1%) no tuvieron complicaciones, la neuralgia post-herpética apareció en el 4,4%, y sólo un 1,3% precisó hospitalización. El 62,5% recibió tratamiento antiviral (el 40% vía oral).

CONCLUSIONES

El herpes zóster en la infancia es una entidad de intensidad leve en la mayoría de los casos, y sucede más frecuentemente entre los 5 y los 14 años de edad. Son raras la neuralgia post-herpética y las complicaciones. Llama la atención la ausencia de antecedente de varicela en el 15,1% de los casos en nuestra serie y el elevado número de niños tratados con antivirales.

INDUCCIÓN DE LA LACTANCIA SIN GESTACIÓN. ¿ES POSIBLE?

Lucía López Granados¹, Cynthia Crespo Mora², Andrea Serrano Reynal³

¹Área Básica de Salud Hospitalet, Barcelona

²Área Básica de Salud Sant Boi de Llobregat, Montclar, Barcelona

³Parc Sanitari Hospital de Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Tradicionalmente resulta difícil desligar la lactancia materna del embarazo y el parto. En nuestro entorno, existen algunos casos de madres adoptivas que han podido amamantar a sus bebés.

En los últimos años ha habido un aumento de los niños nacidos mediante gestación subrogada y algunas madres de intención, interesadas en lactar a sus hijos, buscan consejo médico.

Presentamos a una mujer de 32 años que se dirige a la consulta del pediatra interesándose por la inducción de lactancia.

Como único antecedente, fue diagnosticada de agenesia uterina a los 15 años. Actualmente está realizando un proceso de gestación subrogada en EEUU y desea amamantar a su futuro bebé.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la que destacaba los protocolos del Doctor Newman, del año 2000. Se trata de una guía con varios protocolos de inducción de lactancia. En nuestro caso, como faltaban más de 3 meses para la llegada del bebé, se escogió el protocolo estándar.

En la semana 12 de gestación se inició una pauta de anticonceptivo oral (Drospirenona 3 mg/etinilestradiol 0,03 mg) a dosis diaria, sin interrupción, y domperidona 10 mg/6 h la primera semana, que se aumentó a 20 mg/6 h a partir de la segunda semana.

Se continuó con esta misma pauta hasta 8 semanas antes de la fecha prevista de parto. En ese momento se suspendió la toma de anticonceptivo oral, man-

teniendo la domperidona a la misma dosis. Se inició estimulación de los pechos con un sacaleches doble eléctrico. Durante dos semanas se realizó solamente estimulación diurna. Después, y hasta el parto, se estimuló además durante la noche.

RESULTADOS

Se consiguió la producción de leche. Inicialmente era escasa y acuosa. Progresivamente aumentó la producción y la consistencia.

Tras el parto se inició lactancia materna directa, continuando además la estimulación con sacaleches después de cada toma y el tratamiento con domperidona, que se mantuvo durante 5 meses, con retirada progresiva. A las 12 horas de vida el bebé presentó ictericia neonatal con Coombs directo positivo, que precisó fototerapia continua y suplementos de leche artificial por prescripción médica. Desde ese momento se mantuvo lactancia mixta, hasta los 10 meses, añadiendo la alimentación complementaria a los 5 meses.

CONCLUSIONES

Según nuestra experiencia, la inducción de la lactancia sin gestación previa es posible y puede ser mantenida en el tiempo. Los pediatras, por nuestra accesibilidad a las familias, tenemos una situación privilegiada para poder ayudar a las madres a ofrecer este valioso regalo a sus bebés.

INTRODUCCIÓN DE LA VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO B EN DOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sonia Carriquí Arenas¹, Gema Martínez Espinosa², Esperanza Jiménez Nogueira³, Simón Iruela Sánchez¹, M.^a José Sánchez García², M.^a Julia Martínez Gómez⁴

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

²CS Cruz de Caravaca, Almería

³CS Ciudad Jardín, Almería

⁴CS Alborán, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad meningocócica invasora (EMI) es una enfermedad infecciosa causada por neisseria meningitidis, cuya forma de presentación más frecuente son la meningitis y la sepsis. Se han descrito 12 serogrupos, aunque la mayoría de los casos de EMI en el mundo están causados por los serogrupos A, B, C, W, X e Y. Actualmente se encuentra incluida en calendario vacunal la vacuna frente al serogrupo C y desde el 1 de octubre de 2015 está disponible en el mercado en España una vacuna frente al B.

Objetivo: analizar la cobertura vacunal en niños menores de un año pertenecientes a dos cupos de la misma zona básica.

MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se seleccionaron de forma retrospectiva los menores de un año incluidos en ambos cupos, se analizó la cobertura vacunal.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 140 casos. La edad media fue de $5,66 \pm 3,25$ meses, de ellos el 56,3% (75) mujeres. En cuanto a lugar de procedencia, el 80,7% eran españoles, de ellos el 10,6% de etnia gitana. La población inmigrante estaba formada por 19,3% (2,9% procedentes de Europa del este, un 9,3% del norte de África, subsaharianos un 2,1%, centro-sur americanos un 4,3% y China 0,7%). Cumplimentaron el calendario vacunal el 90,7% (127). Recibieron al menos una dosis de vacuna antimeningocócica-B el 5,6% (6), 2 dosis el 2,8% (3) y únicamente un caso había recibido la vacunación correcta para su edad. Por lo tanto, el 90,7% de la muestra no se encontraban vacunados en el momento del estudio.

CONCLUSIONES

La cobertura vacunal en la muestra es prácticamente inexistente a pesar de las recomendaciones de los pediatras de Atención primaria en esta área. Consideramos que esto puede ser debido al desajuste actual entre oferta y demanda, llegándose a registrar listas de espera de hasta un año en el mercado en nuestra provincia unido al coste de la vacunación.

PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DEFICIENCIA DE VITAMINA D Y NIVELES ALTOS DE PARATOHORMONA: ¿DEBEMOS ESPERAR ALGUNA CLÍNICA?

Eduardo Ortega Rodríguez, Sofía Benítez Fuste, Mónica de Luna Navarro, Francisca Lajara Latorre, Laia Parrón Lagunas, Montserrat Porto Turriel

ABS Nova Lloreda, Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La deficiencia de vitamina D en su forma más grave, el raquitismo carencial, se acompaña de síntomas y signos clínicos conocidos. En las formas menos severas, el diagnóstico es analítico realizado ante la sospecha por presencia de factores de riesgo como piel

más oscura o escasa exposición solar. A nivel analítico puede encontrarse deficiencia de vitamina D aislada o con elevación de la paratohormona (PTH) y niveles de calcio plasmático normales o bajos, fósforo normal o alto y fosfatasas alcalinas variables.

Objetivo: A partir del estudio realizado en nuestras áreas básicas de salud sobre el estado de la vitamina D en niños y niñas de 2-14 años, seleccionamos aquellos deficitarios en vitamina D y PTH alta. Nos interesó saber si existía algún síntoma clínico acompañante que nos pudiera hacer sospechar mayor compromiso metabólico.

MÉTODOS

Datos del estudio de niveles de Vitamina D en nuestra población infantil (n=303). Definiciones: Valores bajos de vitamina D < 20 ng/ml y PTH elevada > 63 pg/ml. Revisión de historias clínicas.

RESULTADOS

El 33% de nuestra población (n=99) presento déficit de vitamina D, de éstos sólo 12 presentaron además

una elevación de la PTH. En la siguiente **tabla** se recogen los datos auxológicos más relevantes, así como los valores de vitamina D, PTH, Todos eran de origen magrebí excepto la última paciente que era de origen paquistanés. La calcemia fue normal en todos los casos. Los valores de fósforo estuvieron ligeramente elevados (rango 4.9-5.9) en todos los pacientes excepto en casos 4 y 12. Solo tres de ellos presentaron síntomas inespecíficos como estancamiento ponderal o estatural y una niña dolores óseos y musculares en piernas. La mayoría de los pacientes (8/12) estaban asintomáticos. Alcalinas y la presencia o no de síntomas clínicos.

CONCLUSIONES

Ante la sospecha de deficiencia de vitamina D debemos solicitar siempre perfil completo de metabolismo fosfo-cálcico en el estudio analítico. Nuestros pacientes con mayor afectación bioquímica (PTH elevada) no presentaban en su mayoría manifestaciones clínicas acompañantes y sólo uno de ellos clínica sugestiva junto a factores de riesgo. Casos: Principales datos auxológicos, analíticos y presencia o no de síntomas.

Edad (años)	Sexo	Peso DE	Talla DE	IMC DE	Vitamina D (ng/ml)	PTH (pg/ml)	Fosfatasas alcalinas (U/ml)	Clínica
14.5	M	-1.3	-1.1	-1.1	16.7	80	290	No
6.1	M	-0.63	-0.36	-0.57	13.4	87	271	Disminución peso
14.5	M	-1.92	-1.75	-1.57	9.15	88	193	Estancamiento pondoestatural
13.9	F	-0.16	+0.27	-0.3	9.69	74	179	No
8.0	F	-1.19	+0.13	-1.5	6.05	77	232	Disminución peso
10.1	F	-0.46	+1.01	-0.11	13.7	221	104	No
8.2	F	-0.59	+0.03	+0.74	13.5	70	199	No
11.1	F	-1.23	-1.06	-1.12	12.07	64	277	No
10.2	F	+0.61	+0.73	+0.43	8.13	74	280	No
13.6	F	ND	ND	ND	11.7	109	135	No
14.5	F	-1.53	-0.49	-1.53	8.54	79	206	Dolores óseos y musculares EEII
8.3	F	+2.81	+2.32	+1.96	7.37	64	304	No

DE: desviaciones estandar; ND: no realizado. EEII: extremidades inferiores

PITIRIASIS LIQUENOIDE: UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA

Beatriz Gil Peñafiel¹, Esther Quiteri Inglés Torres¹, Olga Micol Martínez², Laura Baños López²

¹CS Torre Pacheco Oeste, Torre Pacheco, Murcia

²Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca, Murcia

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis liquenoide (PL) es una dermatosis inflamatoria adquirida, idiopática e infrecuente, caracterizada por la aparición de brotes recurrentes. Existen dos formas: pitiriasis liquenoide et varioliforme aguda (PLEVA) y pitiriasis liquenoide crónica (PLC). Es más frecuente en niños y adultos jóvenes con leve predominio en varones.

Presentamos un caso clínico de esta entidad como desafío diagnóstico de su particular forma de presentación.

RESUMEN DEL CASO

Escolar varón de 8 años, previamente sano, que consulta por lesiones eritemato-descamativas en tronco de pequeño tamaño, algunas presentan contorno pustuloso que descaman en collarete. Se acompaña de leve prurito y febrícula. Se trata con corticoides tópicos sin mejoría, por lo que al cuarto día se añaden corticoides y antihistamínicos orales, también con escasa respuesta. Las lesiones evolucionan a costra y curan dejando una hipopigmentación marcada central. Los estudios analíticos realizados (hemograma, bioquímica, hormonal y serologías) fueron normales. Se decide remitir a dermatología. Presenta un segundo y tercer brote, a los 8 y 10 meses respectivamente del primero, de características similares. Por ello, se toma biopsia mediante punch cutáneo pectoral izquierdo, cuyo resultado informa de cambios histopatológicos compatibles con PLEVA. Se inicia tratamiento con eritromicina, que se mantiene durante 2 meses por regular tolerancia digestiva. Presenta un cuarto brote al mes del último, de menor gravedad. Actualmente sin lesiones activas, aunque persisten máculas hipocromas postinflamatorias en tronco.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La PL es una enfermedad inflamatoria de etiopatogenia desconocida y con tendencia involutiva.

El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma con la histología por lo que es precisa una valoración conjunta entre pediatras y dermatólogos.

No existe tratamiento específico, aunque la utilización de macrólidos puede resultar beneficiosa, dejando la fototerapia para casos resistentes.

Es importante el seguimiento por el riesgo de desarrollar enfermedades linfoproliferativas.

RECONSULTAS POR GRIPE. ¿SE PUEDEN EVITAR?

Susanna Campo Aledo, Miriam Fernández Mateo, Gloria Llamas Quintana, Margarita García Rigol, Beatriz Pérez González

ICS, Sta. Margarita de Montbui, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción: los síntomas de la gripe en sus primeras horas, son fiebre alta, dolor muscular, odinofagia y tos. Sin embargo, no son patognomónicos. La duración puede ser de siete días durando la astenia y la tos dos semanas más. Dada la larga evolución, muchos pacientes reconsultan.

El cuadro gripal a veces se confirma por la PCR del virus Influenza o se autolimita en los días esperados. Otras veces, puede derivar a alguna complicación o a otra patología distinta.

Una actividad de la enfermera pediátrica dentro de la consulta, es la educación sanitaria sobre el manejo de la fiebre.

Objetivos: conocer cuantas veces consultan los pacientes por el mismo episodio de gripe, cuántos derivaron a otra enfermedad y si hubo alguna complicación del mismo episodio.

MÉTODOS

A través del programa informático e-CAP hemos detectado los casos de gripe estacional del invierno 2016-2017 en la población pediátrica de un centro de salud semirural. Hemos valorado cuantas veces han consultado por este proceso y si el diagnóstico final ha sido gripe por su evolución, gripe confirmada por PCR o una patología distinta.

RESULTADOS

En nuestro centro de salud consultaron 50 casos que fueron diagnosticados de gripe siendo informados sobre la enfermedad y su manejo durante el proceso de curación por parte de enfermería.

38 de los 50 no han reconsultado de nuevo mientras que los 12 restantes reconsultaron a los pocos días siguientes de su primera visita de los cuales 3 dieron positivo a la prueba de Streptotest, 3 positivos a Influenza A, 2 derivaron a una bronquitis aguda y los 4 restantes continuaban con los mismos síntomas de gripe.

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos en este estudio, vemos que la mayoría de los pacientes con gripe no reconsultan y más de la mitad que lo hacen es por una causa justificada ya sea por complicaciones o nuevos síntomas de una patología distinta.

Estos resultados también nos hacen pensar que el papel de enfermería en cuanto a consejos de salud frente a una enfermedad como la gripe, es fundamental para transmitir conocimientos sobre su manejo hasta la curación y saber reconocer los posibles signos de alarma para su nueva valoración.

RECUPERACIÓN DE LA GRÁFICA DE PESO-PARA-TALLA COMO MÉTODO SIMPLE, DIRECTO Y FIABLE EN EL CRIBADO DE SOBREPESO/OBESIDAD. DISEÑO

Manuel Cidrás Pidre¹, Vicente Bosch Giménez²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

²Universidad de Murcia, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Índice de Masa Corporal (IMC) es el método de cribado y a la vez diagnóstico de la obesidad. La gráfica de peso-para-talla es una alternativa, pero ha sido deñostada en dos artículos de autores de prestigio. Sin embargo, es utilizada ampliamente en países asiáticos y en estudios recientes parece superar al IMC en algunos aspectos. El objetivo es crear una gráfica de peso-para-talla que abarque toda la edad pediátrica para su utilización universal en la consulta de salud infantil.

MÉTODOS

Datos de peso-para-talla desde 45 cm hasta 110 cm publicados por la OMS. La ampliación hasta los 200 cm se hace con los percentiles 50 de peso-para-edad y talla-para-edad publicados por la CDC, haciendo coincidir el peso de una edad con la talla de la misma edad y posterior suavización. Se calcula la media de peso entre niños y niñas porque la diferencia es inferior al 5%. Se traza la línea central de mediana y dos simétricas como límites normales entre 80% y 120% de mediana.

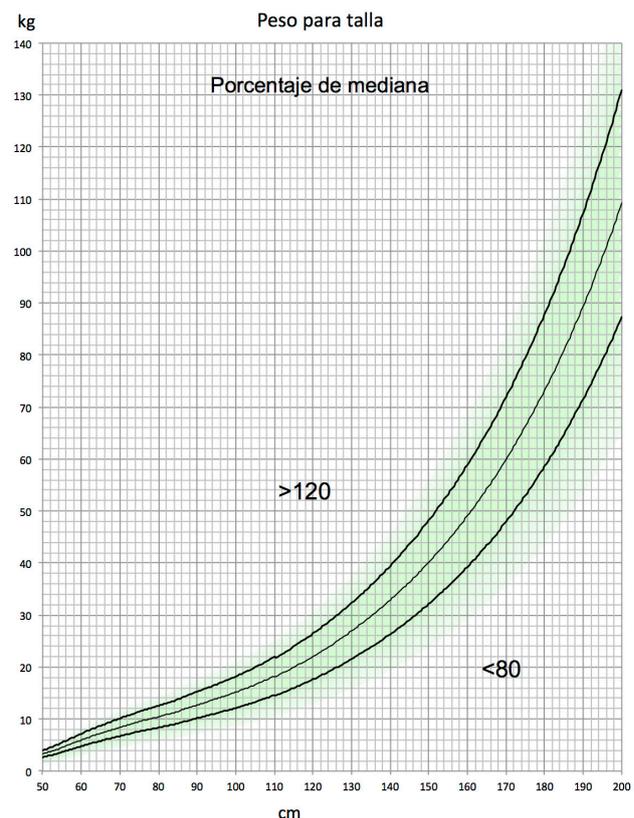
RESULTADOS

Gráfica única de peso-para-talla para ambos sexos con pequeño resalte en los 110 cm por cambio de base de datos (Figura).

CONCLUSIONES

La gráfica de peso-para-talla es una alternativa al IMC-para-edad destinada al cribado de sobrepeso/obesidad de uso más simple y directo porque no precisa cálculo matemático previo.

Figura. Gráfica de peso para talla, única para ambos sexos, con límites normales entre 80% y 120% de mediana



RIESGOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA D EN LACTANTES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Mónica de Luna Navarro, Sofía Benítez Fuste, Eduardo Ortega Rodríguez, Francisca Lajara Lafuente, Laia Parrón Lagunas, Montserrat Porto Turiel

ABS Nova Lloreda, Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la actualidad se recomienda suplementar a todos los lactantes durante los primeros meses de vida con Vitamina D (400 U.I. diarias).

En nuestro centro hemos detectado 2 casos de sobredosificación debido a error de prescripción y a error de interpretación. Ambos casos se presentaron con sintomatología clínica inespecífica: irritabilidad y vómitos.

Hemos de tener presentes los síntomas iniciales de hipervitaminosis D (irritabilidad, disminución de la ingesta, hipotonía, vómitos, estreñimiento) para sospechar de dicha entidad.

MÉTODOS

Revisión de las historias clínicas

RESULTADOS

Caso 1

Lactante de 25 días (padres originarios de Gambia, con barrera idiomática importante) que consulta por irritabilidad intermitente. Interrogando explican que le han estado administrando 1 ml al día de Vitamina D3 (2000 U.I).

No presenta otra sintomatología y la exploración física es normal.

Exploraciones complementarias

EAB: normal, Ca iónico 6mg/dl

Bioquímica plasma: Glucosa 101mg/dl, Creatinina 0,17 mg/dl, Urea 13 mg/dl, Na 136,7 mmol/l, K 5,8 mmol/L, Ca 11,1 mg/dl, GPT 11 U/L

Bioquímica orina. Creatinina 5,5 mg/dL, Na 16 mmol/L, K 13 mmol/L, Ca 3,3 mg/dl, Ca/creat 1,73

ECG ritmo sinusal. Eje +75°, FC 130 lpm, QRS 0.06 s, QTc 0.36s

Ingresa para control clínico y analítica. Mejoría valores de calcemia con hipercalciuria que se auto limita. No precisa controles posteriores. Actualmente asintomático.

Caso 2

Lactante de 20 días que consulta por cuadro de vómitos (casi cada toma), disminución de la ingesta e hipoactividad. Han estado administrando 2 ml de Vit D3 al día (4000 U.I) durante 5 días por error de prescripción.

No presenta otra sintomatología.

E.F. normal, exantema maculo papular generalizado (eritema tóxico neonatal), resto normal.

Exploración complementaria

EAB: normal, Ca ionico 10,7mg/dL

Bioquímica plasma Urea 9,2 mg/dl, creatinina 0,13mg/dl, Na 132 mEq/l, K 6,3mEq/l, Ca total 10,7 mg/dl, GPT 30 U/l

Se decide ingreso hospitalario para control clínico y analítica. Normalización de los valores de calcemia y calcio iónico.

CONCLUSIONES

Dado que la recomendación de administrar vitamina D a los recién nacidos es universal, es muy importante prescribir de forma concreta (dosis e intervalo) así como también asegurarnos de la correcta comprensión por parte de los cuidadores de la dosis y la frecuencia de administración.

SÍNDROME DE DOOSE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Ríos Gómez¹, Beatriz Acosta Navas¹, Alicia Martínez-Villasante Alemán², Ana Campos Segovia², Jorge Lévano Vásquez², José Jiménez Martínez²

¹CS Doctor Castroviejo, Madrid

²Hospital Universitario Sanitas La Moraleja, Madrid

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad que se manifiesta en forma de crisis epilépticas recurrentes. El diagnóstico de determinados síndromes epilépticos es complejo, por la baja prevalencia y el escaso conocimiento sobre ellos. Uno de estos es el síndrome de Doose o epilepsia mioclónico-astática que tiene una etiología desconocida según la última clasificación ILAE. Se ha sugerido el origen genético de esta enfermedad, sin llegar a identificarse las mutaciones causantes de la misma.

RESUMEN DEL CASO

Lactante varón de 19 meses, con antecedentes de broncoespasmos de repetición. Antecedentes personales: hermana intervenida de tumor de Wilms; tía abuela con epilepsia. Acude a la consulta tras haber presentado una caída, golpeándose en la región frontal izquierda mientras estaba comiendo en la guardería. En la exploración física presenta un hematoma en dicha localización, sin crepitación. La madre refiere que desde hace unos meses presenta sacudidas de las extremidades durante el sueño y caídas frecuentes.

Estando en la consulta sentado presenta un episodio de pérdida de tono, con caída hacia detrás y hacia la izquierda de segundos de duración. Además, en ocasiones se observa como el paciente, en decúbito supino, precisa agarrarse con más fuerza a la camilla, sin llegar a perder la consciencia en ningún momento. Por este motivo es derivado al hospital de referencia, donde ingresa para estudio y donde presenta más episodios similares.

Se realiza un primer registro electroencefalográfico de 12 minutos de duración, durante los cuales mantiene una actividad de fondo adecuada a su edad, sin hallazgos patológicos. Así mismo, se realiza una RM craneal

en la que se observa pequeña afectación de partes blandas extracraneal frontal izquierda, en relación con el antecedente traumático.

Ante la sospecha clínica de crisis mioclónico-astáticas y epilepsia frontal criptogénica, se inicia tratamiento con ácido valproico, cediendo las caídas y los espasmos nocturnos. Tras el inicio del tratamiento se repite el EEG, sin hallazgos patológicos.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El síndrome de Doose es más frecuente en varones entre los 7 meses y los 6 años de edad. Inicialmente se manifiesta con crisis tónico-clónicas generalizadas, apareciendo posteriormente crisis mioclónicas (movimientos involuntarios bruscos y breves), astáticas (pérdida del tono muscular), y/o mioclónico-astáticas de segundos de duración. El EEG intercrítico suele ser normal, mientras que en el periodo crítico se observan puntas-onda generalizadas o polipuntas-onda, siendo habitualmente los estudios de neuroimagen normales. El inicio precoz del tratamiento puede prevenir el desarrollo de complicaciones (alteraciones cognitivas, motoras, disartria...), aunque es frecuente la refractariedad al mismo.

VENTAJAS DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA CLÍNICA (ETC) PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA NEUMONÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Vanessa Bonil¹, Anna Gelman², Luis Renter², Nuria Albi³

¹Cap Nord, Sabadell, Barcelona

²Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La neumonía es la primera causa de muerte en niños, siendo su diagnóstico clínico y radiológico. Diversos estudios afirman que la ETC posee una elevada sensibilidad y especificidad para su diagnóstico. Es una herramienta realizada a pie de cama, rápida y no ionizante, a diferencia de la radiografía de tórax (RT).

Objetivo: Describir las características ecográficas de la neumonía en su diagnóstico y su utilidad en el seguimiento en AP.

RESUMEN DEL CASO

Estudio descriptivo entre noviembre 2016 y enero 2017 incluyéndose los pacientes entre 2 y 14 años con sos-

pecha clínica de neumonía a los que se le realiza RT y ETC por un mismo pediatra de AP.

Rastreo longitudinal y transversal de tórax con ecógrafo Esaote MyLab25Gold y sonda de alta frecuencia. Consideramos neumonía ecográfica la presencia de imagen sugestiva de consolidación (pleura mal definida, líneas B adyacentes, broncograma aéreo, ecos lenticulares, área de tejido aparente y/o derrame pleural). Consideramos diagnóstico de neumonía por RT la presencia de infiltrado o condensación informado por radiólogo.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Se incluyen 4 pacientes con diagnóstico clínico final de neumonía comunitaria con RT y ETC compatibles.

Caso 1: niña de 4 años con fiebre y subcrepitantes izquierdos. RT: condensación retrocardíaca. ETC: broncograma aéreo y pleura mal definida. A las 48 horas refiere dolor pleurítico, realizándose ETC que descarta derrame pleural (DP). Resolución ecográfica de neumonía.

Caso 2: niña de 4 años con fiebre e hipofónesis derecha. RT: condensación LSD y LID sin DP. ETC con imágenes de consolidación bilobar (ecos lenticulares y tejido aparente) y DP < 1 cm. Ingreso con ATB ev y oxígeno. A las 48 horas del alta reinicia la fiebre: ETC con DP > 2 cm. Ingreso con drenaje torácico y ATB.

Caso 3: niño de 2 años con fiebre, vómitos y crepitantes izquierdos. RT: infiltrado retrocardíaco. ETC: pleura mal definida y broncograma aéreo. Resolución ecográfica de neumonía.

Caso 4: niña de 4 años con fiebre, tos y crepitantes izquierdos. RT: condensación retrocardíaca. ETC: pleura mal definida y broncograma aéreo. Resolución ecográfica de neumonía.

CONCLUSIONES

- ETC permite la identificación de neumonía en niños visitados en AP con clínica compatible. Es una herramienta inocua, rápida y otorga autonomía al pediatra.
- Permite control de la respuesta al tratamiento antibiótico y detección precoz de complicaciones como DP sin necesidad de realizar RT.
- La formación del pediatra de AP en ETC podría evitar la irradiación de la RT y/o derivación a un hospital para su realización.

¿A DÓNDE VAN LOS RESIDENTES CUANDO TERMINAN SU PERIODO DE FORMACIÓN?

Lourdes Castillo Campos¹, Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi², Amaia Cámara Otegi³, Amelia Muñoz Calonge¹, Amaia Lasa Aransti², Ane Laka Iñurrategi²

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

²CS Pasaia San Pedro, Pasaia, Guipúzcoa

³Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Existe un desconocimiento del destino final de los residentes al terminar su periodo de formación. Su incorporación a la vida laboral puede realizarse en atención primaria o a nivel hospitalario. La existencia de un déficit de pediatras en atención primaria y el temor a que dicho problema se agrave en el futuro nos ha llevado a tratar de conocer el destino laboral de los pediatras que han finalizado su residencia en los últimos años.

MÉTODOS

Recogida de datos de los residentes que han finalizado su formación entre los años 2014 y 2016. Se han recogido los datos sobre el destino laboral de los residentes de esos años en 16 Comunidades Autónomas.

RESULTADOS

Hemos recabado información del 72% de las plazas de formación en pediatría en los últimos 3 años de MIR. Según los datos recogidos, el 29% de los residentes

realizan su vida laboral en atención primaria, el 41% en unidades de hospitalización y el 18% realizando guardias o urgencias.

Existen diferencias en las diversas autonomías en cuanto los resultados:

Hay un 50% o más de residentes que trabajan en primaria en La Rioja, Navarra, Canarias y Galicia.

Entre un 25 y un 50% en Asturias, País Vasco, Aragón, Andalucía, Murcia, Castilla y León y Baleares

Y menos del 25% en Castilla la Mancha, Extremadura, Madrid, Valencia y Cantabria.

No tenemos datos de Cataluña.

En la evolución de los 3 años, el porcentaje de residentes que van a trabajar a atención primaria no varía prácticamente (entre 25 y 30%) hay una disminución en los trabajos de hospitalización (del 50 al 32%) y aumento en los contratos de guardias (del 10 al 25%).

CONCLUSIONES

El porcentaje de residentes que desempeñan un trabajo de atención primaria, no va a ser suficiente para la cobertura de los puestos que no están cubiertos por pediatras, en el momento actual, y las vacantes futuras.

Existen grandes diferencias entre las diversas autonomías en las salidas laborales de los residentes.

La calidad del trabajo a nivel hospitalario ha disminuido al aumentar los contratos de guardias y disminuir los puestos de hospitalización.

Destino laboral de los residentes

AÑO	PRIMARIA	GUARDIAS	HOSPITAL	FORMACION	OTROS	TOTAL	PLAZAS EXISTENTES
2014	79	26	133	8	17	263	392 (67%)
2015	93	58	131	17	8	307	400 (77%)
2016	78	76	95	27	22	298	413 (72%)
	250	160	359	52	47	868	1205 (72%)

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

VIERNES 2 DE JUNIO • 08:15-09:45 H • SALA 11

ABUSO DE SALBUTAMOL INHALADO EN EL ASMA MAL CONTROLADA, ¿PUEDE CAUSAR DAÑO CARDIACO?

Ana Castellano Martínez, Moisés Rodríguez González, Isabel M.^ª Calvo Morales, M.^ª Azahara Prieto Heredia, Patricia Salazar Oliva, Paloma Rodríguez Outón

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN

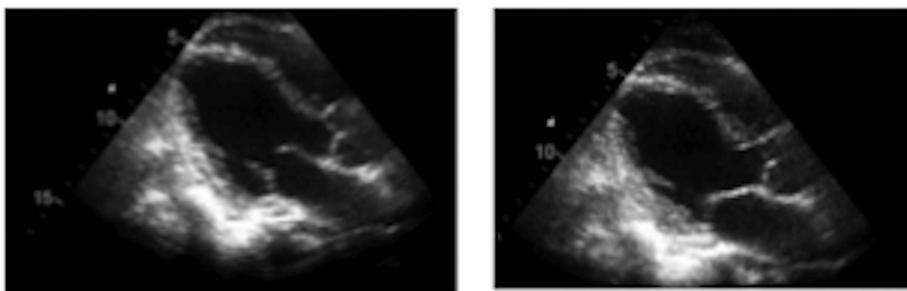
La miocardiopatía por estrés o síndrome de Tako-Tsubo se caracteriza por una alteración de la contractilidad apical del ventrículo izquierdo con balonización característica. Tiene una presentación aguda y es reversible, siendo capaz de reproducir síntomas similares a un infarto, pero sin afectación coronaria. La prevalencia es desconocida en pediatría, aunque en adultos se estima en un 2% de pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo. La Clínica Mayo estableció los criterios diagnósticos en 2008. Los desencadenantes más frecuentes suelen ser situaciones de estrés emocional o físico agudo, entre los que podemos destacar el abuso de b2-adrenérgicos. A continuación, presentamos un

caso de una niña con uso excesivo de salbutamol que desarrolló miocardiopatía por estrés.

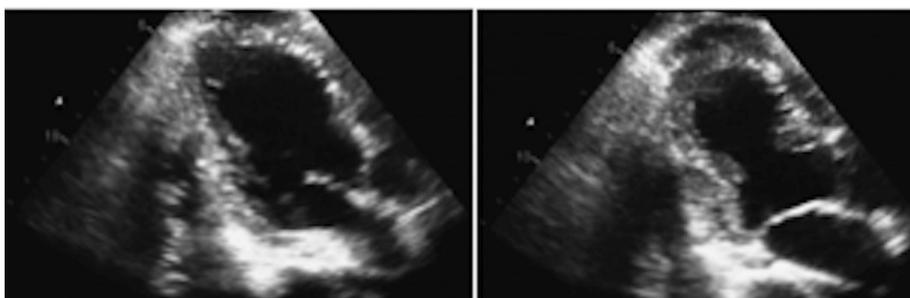
RESUMEN DEL CASO

Niña de 11 años, con antecedentes de asma mal controlada y sin antecedentes familiares cardiológicos de interés, que ingresa en UCIP por estatus asmático. Realizaba tratamiento de fondo con Budesonida intermitente y Salbutamol a demanda (uso diario). Al ingreso precisa tratamiento nebulizado continuo, oxigenoterapia y eufilina en perfusión. Entre las pruebas complementarias, destacaban signos de isquemia miocárdica aguda en ECG, disfunción sistólica apical de ventrículo izquierdo en ecocardiografía (**Imagen 1**), con troponina y proBNP elevados (272 pg/ml y 14227 pg/ml respectivamente). Se inició tratamiento con Milrinona y a los 7 días de ingreso se normalizaron todas las alteraciones descritas, optimizándose tratamiento de fondo del asma y presentando evolución favorable con seguimiento en consultas externas. Dada la evolución y las características clínicas de la paciente se diagnosticó de miocardiopatía por estrés.

ECOCARDIOGRAFÍA DIÁSTOLE



ECOCARDIOGRAFÍA SÍSTOLE



CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Aunque la miocardiopatía de Tako-Tsubo es predominante en adultos, también se han reportado casos pediátricos. Es importante identificar los posibles desencadenantes, conocer la forma de presentación clínica y las características en las pruebas complementarias. Debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de miocarditis, especialmente en aquellas con afectación apical característica del ventrículo izquierdo y en la que se identifique un agente causal estresante. La angiografía coronaria en pediatría es excepcional, estando indicada únicamente si se sospecha patología coronaria aguda en otras pruebas de imagen.

ANOMALÍA EN EL ORIGEN DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA EN EL SENO DE VALSALVA CONTRALATERAL, OTRA CAUSA DE SÍNCOPE DE ESFUERZO

M.^a Ángeles Tejero Hernández, Elena Gómez Guzmán, M.^a José Arroyo Marín, Manuel Frías Pérez, Manuel Pan Osorio
Hospital Materno-Infantil Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN

Las anomalías en el origen de arterias coronarias suponen una causa poco frecuente de síncope en pediatría. Es preciso una fuerte sospecha clínica para llegar al diagnóstico, difícil en muchos casos.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 10 años que es traída por O61 con cuadro de agitación, desorientación y rigidez. Refieren que tras esfuerzo moderado (carrera de 200 m) presentó dolor centrotorácico y posteriormente pérdida del tono pos-

tural con rigidez de extremidades sin movimientos clonias, con pérdida de conciencia e hipotonía. Exploración: TA 54/27 mmHg. REG, pálida, agitada y desorientada, sudorosa, cianosis peribucal, fría. Eupneica sin aumento del trabajo respiratorio a su llegada que ha ido empeorando hacia una respiración superficial. Tonos cardiacos rítmicos sin soplos con FC 50 lpm, pulsos débiles.

Se realiza gasometría: acidosis láctica severa. ECG bradicardia. con elevación importante de ST en toda la cara inferior y lateral compatible con isquemia cardiaca extensa (aportamos imágenes). Interconsulta a cardiología: Ecocardiograma: disfunción biventricular severa. Se traslada a cateterismo tras intubación canalización venosa e inicio de medicación inotrópica. Durante el traslado precisa RCP por bradicardia severa. Cateterismo: Salida anómala de CI desde seno coronario derecho. Se realiza angiografía aórtica objetivando ausencia de disección y no visualizándose la coronaria izquierda. CD hipoplásica sin lesiones. Se canaliza el ostium izquierdo con catéter guía, y se implanta un stent Xience 3x18 mm. Realización de todo el procedimiento con masaje cardiaco y drogas adrenérgicas a dosis altas. Se finaliza con implantación de ECMO por vía percutánea.

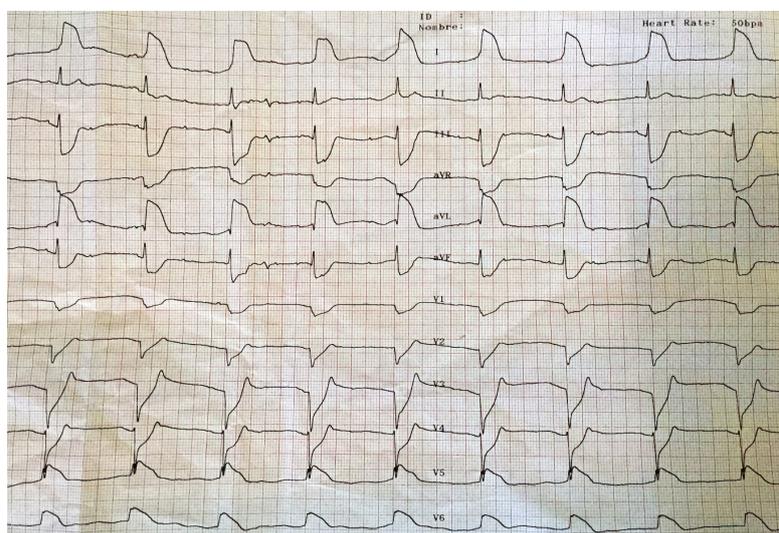
A pesar de la rápida actuación fallece a las 48 horas con diagnóstico de muerte encefálica.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El origen de las arterias coronarias en el seno de Valsalva contralateral puede producir isquemia miocárdica y muerte súbita en jóvenes.

Es importante descartar esta anomalía ante niños previamente sanos con clínica de angina, disnea o síncope con esfuerzo.

La realización del ECG en casos de síncope de esfuerzo puede ser de gran utilidad en estos pacientes.



ARCO AÓRTICO DERECHO SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL. EVOLUCIÓN

M.^ª Ángeles Ruiz Pacheco, María Aiguabella Font, Carlos del Toro Saravia, Cristina Cea García, Francisco Castro García, Fuensanta Escudero Cárceles

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El arco aórtico derecho (AAD) es la anomalía más frecuente del arco aórtico, excluida la arteria subclavia derecha aberrante. Su importancia radica en su asociación con síndromes genéticos, anomalías cardiológicas de mayor importancia y la posibilidad de formar anillos vasculares sintomáticos. Nuestro objetivo es revisar los aspectos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y las complicaciones encontradas en pacientes con AAD sin cardiopatía estructural asociada en nuestro medio

MÉTODOS

Estudio descriptivo de pacientes menores de 13 años con diagnóstico de AAD, en seguimiento en la actualidad en un hospital de referencia regional para cardiopatías congénitas. El diagnóstico fue realizado con ecocardiograma transtorácico. Fueron excluidos los pacientes con cardiopatía estructural. Se analizó: motivo de consulta, existencia de diagnóstico prenatal, síntomas, exploraciones complementarias realizadas, y su evolución.

RESULTADOS

Se ha recogido un total de 30 pacientes. En 25 pacientes (83%) existe diagnóstico prenatal, realizado en la semana 20 de gestación. Se ofreció amniocentesis para realización de cariotipo y MLPA de microdelección 22q11, que se llevó a cabo en 15 pacientes, siendo en 13 el resultado normal; dos de ellos presentaban microdelección 22q11 (13%). De los 30 pacientes 18 eran mujeres (60%). Se diferenciaron 2 tipos de anatomía: AAD con salida de los troncos supraaórticos en espejo (2 casos) y AAD con arteria subclavia izquierda aberrante (17 casos, 60%); en el resto no se pudo definir la anatomía con ecocardiograma. En pacientes sintomáticos se realizaron durante el seguimiento 9 esofagogramas con hallazgo de compresión esofágica poco significativa en 8 de ellos; 10 fibrobronoscopias con hallazgo de compresión traqueal pulsátil no obstructiva en 8 pacientes, y 11 angio-TAC, 7 de los cuales presentaron compresión leve en tráquea o esófago. El 97% de los pacientes se mantiene asintomático.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes con arco aórtico derecho permanecen asintomáticos. Es importante realizar una evaluación clínica periódica para detectar posible sintomatología evitando la realización de pruebas complementarias invasivas, ya que el resultado más frecuente es encontrar una mínima compresión traqueal o esofágica no obstructiva, sin sintomatología asociada. En el 60% de los pacientes es posible encontrar la presencia de una arteria subclavia izquierda aberrante. Es destacable la asociación de esta patología con la microdelección 22q11, presente en un 13% de los pacientes estudiados.

ASISTENCIA VENTRICULAR EN MIOCARDIOPATÍA RESTRICTIVA: LO QUE HEMOS APRENDIDO

M.^ª Ángeles Tejero Hernandez, M.^ª José Arroyo Marín, Elena Gómez Guzmán, Jaime Casares Mediavilla, Carlos Merino Cejas, Esther Ulloa Santamaría

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía restrictiva (MCR) es una entidad excepcional en pediatría, con evolución rápida desde el diagnóstico y de mal pronóstico. El tratamiento médico del que disponemos es muy limitado siendo la asistencia ventricular en muchos casos necesaria como puente al tratamiento definitivo, el trasplante cardiaco.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de 18 meses con miocardiopatía restrictiva y clínica de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca (IC) sin respuesta al tratamiento médico (diuréticos, levosimendám) al que se decide implantar asistencia ventricular. Se colocó por esternotomía media un dispositivo bi-ventricular tipo Berlin Heart (15 ml) con la técnica habitual: cánulas derechas en aurícula derecha (6 mm) y arteria pulmonar (6 mm); cánulas izquierdas en apex (6 mm) y aorta ascendente (6 mm), con mala evolución y clínica de congestión pulmonar y bajo gasto importante tras el implante. A pesar de numerosas modificaciones en los parámetros de asistencia (presiones de los ventrículos y frecuencias) persistía mal llenado del dispositivo ventricular izquierdo. En ecografía y en TAC cardiaco se evidenció fallo en la cánula apical que no llegaba a drenar bien las cavidades izquierdas por colapso ventricular durante la diástole asistencial (aportamos imágenes). Tras 27 días de asistencia sin mejoría se decidió retirar

cánula apical suturando el apex con puntos y colocando cánula en aurícula izquierda como localización alternativa. El procedimiento se realizó por toracotomía lateral izquierda por mejor acceso a la aurícula izquierda por la anatomía del paciente, sin necesidad de circulación extracorpórea. La evolución posterior fue satisfactoria desapareciendo los signos de bajo gasto y congestión pulmonar, pudiendo ser extubado precozmente. Como única incidencia presentó hemiparesia izquierda a las 48 horas de la segunda cirugía evidenciándose infarto en territorio de la arteria cerebral media derecha que posteriormente se recuperó casi en su totalidad.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La MCR es una enfermedad infrecuente en niños. Los síntomas iniciales son inespecíficos, siendo diagnosticada habitualmente en estadios avanzados de IC con mala respuesta al tratamiento médico. La asistencia ventricular es necesaria como puente al trasplante, la única solución definitiva. Es importante considerar excepcionalmente la localización auricular de las cánulas en estos pacientes con ventrículos pequeños y disfunción diastólica importante en los que la técnica habitual de canulación puede fracasar.

ATRESIA DE TRONCO COMÚN CORONARIO IZQUIERDO, UNA CAUSA RARA DE PATOLOGÍA MITRAL

Noelia M.^a Valero Flores, Elena Berrocal Acevedo, Inmaculada Guillen Rodríguez, José Félix Coserría Sánchez, Antonio Moruno Tirado

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las anomalías coronarias representan un pequeño grupo de malformaciones con una incidencia global del 1%, siendo extremadamente raro su diagnóstico en niños.

MÉTODOS

Presentamos el caso de una niña de 3 años, diagnosticada de insuficiencia mitral (IM) severa (grado 3/4) por válvula displásica, a la que se efectuó plastia de la misma con 2,5 años. En ecocardiografía postoperatoria se sospechó anomalía coronaria al visualizar arterias coronaria derecha (ACD) y descendente posterior (ADP) muy dilatadas.

RESULTADOS

Niña de 3,5 años con los antecedentes descritos, con adecuada evolución tras intervención, que mantiene un grado de actividad física normal.

Exploración física normal, salvo auscultación de soplo pansistólico de regurgitación III/VI en foco mitral.

ECG: Normal, excepto onda T negativa en DIII y plana en AVF.

Radiografía tórax: cardiomegalia moderada a expensas de cavidades izquierdas, sin signos de ICC.

Troponina T y CPK normales.

Ecocardiografía: IM moderada residual tras plastia. Dilatación residual de cavidades izquierdas. Contractilidad segmentaria VI normal.

ACD dilatada con calibre (3-3.2 mm), de la que por el septo IV posterior sale ADP con flujo incrementado, que parece emitir ramos septales que desembocan libremente en el VI, en regiones posteroapicales. La ACI parecía salir normalmente y se observa la bifurcación normal dando las arterias descendente anterior (ADA) y circunfleja (ACx). Todos estos vasos tienen un calibre mucho menor que ACD (1,2 mm). No se visualizan flujos diastólicos en AP.

Cateterismo cardiaco: Agenesia del tronco común de la ACI, la ACD dominante con abundante circulación colateral perfunde de forma retrógrada la ADA y ACx, sin observar salida ni desde raíz aórtica ni de tronco pulmonar de la ACI.

CONCLUSIONES

- La agenesia de la ACI, en ausencia de otras anomalías cardíacas asociadas y en presencia de una circulación colateral adecuada desde la ACD, puede pasar desapercibida en la edad pediátrica, pero ocasiona una isquemia coronaria subclínica, que cuando afecta músculos papilares, causa daño funcional importante de la VM, como ocurrió en nuestro caso. Tan sólo en el posoperatorio de la plastia mitral, se sospechó ecocardiográficamente una anomalía coronaria, siendo confirmada ésta mediante cateterismo cardíaco.
- Ante una anomalía congénita de la VM que ocasione IM severa, se debe descartar un origen isquémico, sospechándolo al detectar anomalías en el tamaño y origen de las principales arterias coronarias.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN LA INFANCIA

Virginia Fernández Provencio, Sandra Rodríguez Boderó, Pilar Bahillo Curieses, Aida de la Huerga López, Elena Urbaneja Rodríguez, Sara Rellán Rodríguez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica autolimitada, de etiología desconocida, que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre, especialmente las arterias coronarias. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y supone la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, epidemiológicas, evolución y tratamiento de los pacientes diagnosticados de EK en nuestro hospital, entre 2011 y 2016.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes menores de 14 años con EK, en nuestro centro.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 18 pacientes (55% varones y 45% mujeres). La mediana de edad al diagnóstico fue 36 meses, con un rango de 7 a 108 meses. El 89% fueron menores de 5 años, con un pico entre 24 y 44 meses en el que se agruparon el 55% de los casos. Se observó mayor número de pacientes con EK entre Octubre y Enero, donde se concentraron el 72% de los casos.

De los 18 pacientes, el 55% (n=10) tuvieron formas completas mientras que 18% (n=8) fueron formas incompletas. El 100% de los pacientes presentó fiebre prolongada, con una duración media de 7,9 días. Las alteraciones de los labios y la mucosa oral se describieron en el 83% de los casos (55% lengua aframbuesada, 44% labios secos-fisurados y 27% enantema). La hiperemia conjuntival estuvo presente en el 78% de los pacientes, el exantema en el 72% y la adenopatía laterocervical >1,5 cm en el 55%. Se detectaron cambios en las extremidades en el 55% de los casos: 33% descamación periungueal, 28% edema de pies y manos y 22% eritema. El 28% tuvieron síntomas gastrointestinales (2 vómitos, 4 diarrea y 1 hidrops vesicular). 2 pacientes (11%) refirieron síntomas articulares. Por último, presentaron irritabilidad 7 niños (39%), diagnosticándose uno de ellos de meningitis aséptica.

En cuanto a las alteraciones analíticas: 78% presentaron leucocitosis >12.000, 78% PCR>30mg/L, 55% VSG>40mm y 33% elevación de las transaminasas.

17 de los 18 pacientes fueron tratados con gammaglobulina, con 6.5 días de media desde el inicio de la fiebre hasta el tratamiento, y antiagregantes. Encontramos dos casos con afectación cardiaca, uno de ellos con derrame pericárdico y otro con afectación coronaria (incompleto que no recibió tratamiento).

CONCLUSIONES

Es importante conocer las características clínicas y epidemiológicas de la EK ya que un 15-25% de los pacientes desarrollan alteraciones coronarias, disminuyendo en gran medida la aparición de las mismas con el tratamiento precoz.

CASUÍSTICA DE LA VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE EN LA INFANCIA

Virginia Fernández Provencio, Sandra Rodríguez Boderó, Pilar Bahillo Curieses, Aida de la Huerga López, Vanesa Matías del Pozo, Sara Rellán Rodríguez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La válvula aórtica bicúspide (VAB) es la cardiopatía congénita más frecuente, con una incidencia de entre el 0.5 y el 2%. Aunque puede presentarse de forma aislada, es frecuente su asociación con otras cardiopatías congénitas. Su relevancia se debe al elevado número de complicaciones que se producen fundamentalmente en la edad adulta, en relación con la válvula, ya sea por endocarditis, estenosis, o insuficiencia de la misma, o por la aparición anomalías vasculares como la dilatación aórtica o la disección.

El objetivo de este estudio es determinar la incidencia, así como las características clínicas y epidemiológicas de la población infantil con VAB en nuestra área de salud, entre 2011 y 2016.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes menores de 14 años, atendidos en la consulta de cardiología infantil como primera visita.

RESULTADOS

Se diagnosticaron un total de 42 pacientes de entre 3050 nuevas consultas en los 6 años estudiados (1,4%), 71,4% varones y 28,6% mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 4 años 1 mes. El 22,9% (n=11) asociaban otras cardiopatías congénitas: 5 pacientes

coartación aórtica, 5 comunicación interventricular y 3 otras cardiopatías. Un paciente (2,3%) tenía familiares de primer grado de VAB en el momento del diagnóstico. En cuanto a su morfología, según la clasificación de Sievers, el 23,8% (n=10) fueron de tipo 0 o "puras", 5 con apertura lateral y 5 con apertura anteroposterior, y el 76,2% (n=32) tipo 1, siendo a su vez el subtipo más frecuente fue el 1 I-D, que presentaron 25 pacientes (59,5%). En el momento del diagnóstico, el 47,6% presentaban insuficiencia aórtica (40,5% leve y 11,9% moderada), el 9,5% presentaban estenosis y el 4,8% presentaban una doble lesión valvular. Se objetivó dilatación aórtica (z-score calculado según Warren et al. superior a +2.5DE) en 11 casos (26,2%), 4,8% a nivel de los senos de Valsalva, 19% a nivel de la aorta ascendente y 2,4% a ambos niveles. Ninguno de los pacientes ha presentado por el momento complicaciones ni tampoco ha precisado tratamiento médico o quirúrgico, salvo para la corrección de otras cardiopatías congénitas asociadas.

CONCLUSIONES

La válvula aórtica bicúspide puede pasar inadvertida durante gran parte de la vida, siendo su única manifestación la aparición de complicaciones. Su conocimiento y monitorización son necesarias ya que el tratamiento de las lesiones asociadas puede prevenir las complicaciones que se producen en un porcentaje nada despreciable de pacientes.

COLABORACIÓN DE OBSTETRICIA Y CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA EN ECOCARDIOGRAFÍA FETAL: ESTUDIO DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE SEGUNDO NIVEL

Alfonso Ortigado Matamala, Ana M.^a Zamora Cuesta, Juan Carlos Monte Mercado, Francisco José Martín Gómez, Andrea Asensio Ruiz, Cristina Llorente Ruiz

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El diagnóstico prenatal de las cardiopatías congénitas sigue representado uno de los retos en el control del embarazo, globalmente el 1% de los embarazos presentan una cardiopatía fetal, con un espectro muy variado, de los cuales, la mitad suponen un riesgo de morbimortalidad perinatal. La colaboración entre el obstetra y pediatra cardiólogo permiten un mejor manejo clínico del proceso fetal en curso y ayuda a la toma de decisiones (información, seguimiento y plani-

ficación). El diagnóstico prenatal y la selección de determinados casos para programar el parto en hospital de referencia en cardiología neonatal son claves para garantizar los mejores resultados, evitando el riesgo añadido que supone el transporte del neonato cardiopata por su inestabilidad hemodinámica y respiratoria.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los embarazos controlados con sospecha de cardiopatía fetal en el Servicio de Obstetricia de un Hospital General de segundo nivel. El obstetra realiza la ecografía de screening a las 20 semanas de edad gestacional (estudio sistemático con cortes transversales de Yagel) ante la sospecha de patología se complementa estudio con cardiólogo pediátrico (cortes longitudinales y oblicuos). Período: 1-1-2007 hasta 31-12-2016, 10 años. Se excluyen defectos septales aislados no significativos en periodo neonatal.

RESULTADOS

Natalidad: 19.947 recién nacidos. Incidencia global de cardiopatías congénitas en la población estudio: 1,1% (220 casos en 10 años). Diagnóstico fetal: 31 casos (**tabla**): 4 canal AV, 1 atresia pulmonar con septo íntegro, 1 estenosis pulmonar severa, 1 estenosis aórtica severa, 9 tetralogía de Fallot (1 con agenesia de válvula pulmonar), 4 transposición de las grandes arterias (TGA), 3 truncus arterioso, 1 atresia tricuspídea, 1 ventrículo único con TGA, 1 ventrículo derecho de doble salida, 3 síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico, 1 doble arco aórtico, 1 arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante. Cardiopatías significativas no diagnosticadas (9 casos): 1 Atresia Pulmonar con CIV, 1 tetralogía de Fallot, 3 coartaciones de aorta, 2 estenosis pulmonares, 2 estenosis aórtica

CONCLUSIONES

1. Se ha realizado el diagnóstico fetal de cardiopatías congénitas significativas en el 83% (31/37).
2. El diagnóstico fetal ha inducido a la interrupción voluntaria del embarazo en el 32% (9/28), de ellos el 55% (5/9) por situación univentricular y otro 33% (3/9) por asociar cromosomopatía.
3. El diagnóstico fetal no pudo identificar las coartaciones de aorta aisladas.
4. Todas las TGA tuvieron un diagnóstico fetal con planificación del parto en hospital de referencia y evolución final favorable. Cardiopatías fetales.

Caso	Cardiopatía	Decisión	Periodo Neonatal	Evolución final
1	Canal AV (+Tris.21)	Parto Hospital	Sin incidencias	Cirugía 8 m
2	Canal AV (+Tris.21)	Parto Hospital	Sin incidencias	Cirugía 6 m
3	Canal AV (+Tris.21)	Parto Hospital	Cirugía 6 m	Cirugía 6 m
4	Canal AV (+Tris.21)	I.V.E.	-	-
5	AtresPulmSeptÍntegro(Tr21)	Parto Hospital	Cianosis severa	Fístula SP. Glenn. HTP
6	Estenosis Pulm severa	Derivación	Valvuloplastia	Observación
7	Estenosis Ao severa	Derivación	Valvuloplastia	Cirugía Ross
8	T. Fallot	Derivación	Fistula SP	Cirugía 6 m
9	T. Fallot (gemelar)	Derivación	Fallece	-
10	T. Fallot (+Tris.21)	Derivación	Sin incidencias	Cirugía 3 m
11	T. Fallot	Derivación	Sin incidencias	Cirugía 3 m
12	T. Fallot	Derivación	Sin incidencias	Cirugía 5 m
13	T. Fallot	Derivación	Sin incidencias	Cirugía 5 m
14	T. Fallot Agenesia Valv Pulm	Derivación	Cirugía 20 días	Cirugía 2 m
15	T. Fallot (+Tris.21)	I.V.E.	-	-
16	T. Fallot (+Tris.18)	I.V.E.	-	-
17	Transp Grand Art(TGA)	Derivación	Cirugía Jetene	Sin incidencias
18	Transp Grand Art(TGA)	Derivación	EG28sem, Jatene	NEC
19	Transp Grand Art(TGA)	Derivación	Cirugía Jetene	Sin incidencias
20	Transp Grand Art(TGA)	Derivación	Cirugía Jetene	Est Pulm supravalv
21	Truncus Arterioso	I.V.E.	-	-
22	Truncus Arterioso	Derivación	Fallece	-
23	Truncus Arterioso	Derivación	Cirugía 20 días	Est Pulm supravalv
24	Atresia Tricusúpea	I.V.E.	-	-
25	Ventrículo Único con TGA	I.V.E.	-	-
26	VDchoDobleSalida(gemelar)	Derivación	Observación	Cirugía 6 m
27	Sind.V. Izdo Hipoplásico	I.V.E.	-	-
28	Sind.V. Izdo Hipoplásico	I.V.E.	-	-
29	Sind.V. Izdo Hipoplásico	I.V.E.	-	-
30	Doble Arco Aórtico	Derivación	Observación	Cirugía 4 m
31	Arco Ao Dcho y ALSA	Derivación	Observación	Cirugía 4 m

COMPLICACIONES CARDIOLÓGICAS ASOCIADAS AL VRS

Paloma Comino Vázquez¹, Azahara Prieto Heredia², Moisés Rodríguez González², Ana Estalella Mendoza², Branislava Grujic², Carlos Flores González²

¹Servicio Andaluz de Salud, Sevilla

²Servicio Andaluz de Salud, Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La detección precoz de complicaciones cardiológicas en lactantes con bronquiolitis VRS positivo mejora el pronóstico de las mismas, a pesar de que suele ser difícil llegar al diagnóstico por la similitud de la clínica de ambas patologías (taquipnea, taquicardia, llanto e irritabilidad).

Objetivo: describir los casos de complicaciones cardiológicas asociados a VRS en los últimos 5 años en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos tratados por orden cronológico de enfermedades cardiológicas asociados a VRS en nuestro hospital.

RESULTADOS

Se han estudiado 9 casos, de los cuales 6 fueron varones y 3 mujeres.

La edad mediana al ingreso fue de 40 días (rango: 7 días – 20 meses), la duración mediana del ingreso de 17 días (rango 11 –33).

Ingresaron en UCI 7 pacientes, con una estancia mediana de 16 días (rango de 5 a 36).

Reingresaron 4 pacientes, con una duración media de 8 días (4-13 días).

Presentaron una bronquiolitis moderada 2 de ellos y grave los 7 restantes.

Las complicaciones asociadas a VRS encontradas fueron:

- Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV): 3pacientes
- Pericarditis: 3 pacientes
- Miocarditis: 2 paciente
- Pericarditis + miocarditis: 1 paciente

TPSV:

Una cedió espontáneamente. Dos precisaron bolos de adenosina y tratamiento de fondo con betabloquean-

tes, retirados posteriormente y actualmente asintomáticos.

Pericarditis:

Los tres casos se caracterizan por una bronquiolitis con mala evolución clínica. Los tres pacientes iniciaron antibioterapia (uno con cefotaxima; el otro con amoxicilina-clavulánico, claritromicina, y posteriormente cefotaxima, el tercero con cefotaxima y claritromicina)

Uno de los pacientes presentó posteriormente estenosis hipertrófica de píloro (a los 2 meses de edad).

Todos presentaron una mejoría clínica evidente tras diagnosticarse como pericarditis aguda e iniciar tratamiento con furosemida, con evolución favorable posteriormente.

Miocarditis:

Todos los casos se presentaron como bronquiolitis graves con mala evolución clínica.

Dos de ellos precisaron intubación y conexión a ventilación mecánica. Uno de ellos fue exitus.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra se aprecia un ligero predominio de complicaciones cardiológicas asociadas a VRS en varones.

Ante una bronquiolitis con mala evolución clínica, una sospecha precoz de complicaciones cardiológicas mejora el pronóstico de las mismas, y además puede evitar la administración de tratamiento antibiótico innecesario, no exento de complicaciones (como estenosis hipertrófica de píloro, en uno de nuestros pacientes).

El ProBNP sólo fue solicitado en 3 de los 9 pacientes, estando elevado en todos ellos.

DISOPIRAMIDA COMO TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN PEDIATRÍA

M.^ª Azahara Prieto Heredia, Moisés Rodríguez González, Patricia Salazar Oliva, Paloma Rodríguez Outón, Ana Castellano Martínez

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN

La disopiramida es un antiarrítmico de clase IA con efecto inotrópico negativo que aporta beneficios tanto en la función diastólica como en la reducción del flujo dinámico de la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI) que se produce en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) por incremento de

la masa miocárdica y la desorganización miofibrilar. Además, presenta un efecto antiarrítmico aditivo al de los betabloqueantes en el tratamiento de esta patología. Sus efectos secundarios son infrecuentes en pediatría. Precaución en su uso con fármacos o situaciones que favorezcan el alargamiento del intervalo QT.

RESUMEN DEL CASO

Niño de 7 años previamente sano, valorado por soplo de nueva aparición. Asintomático y sin antecedentes familiares de interés. En la exploración destaca soplo sistólico II/VI en ápex irradiado a foco aórtico. Electrocardiograma con signos de hipertrofia ventricular izquierda, ecocardiografía con hipertrofia septal con OTSVI (gradiente máximo: 17 mmHg), holter normal, ergometría no concluyente y screening ecocardiográfico en familiares de primer grado para MCH negativo. Pendiente de estudio genético. Se descartan causas secundarias de MCH.

Tras 1 año y 8 meses de seguimiento presenta empeoramiento de la OTSVI (gradiente: 30 mmHg), iniciándose tratamiento con bisoprolol. Ante la falta de mejoría con dosis máximas de este fármaco, se inicia tratamiento adyuvante con disopiramida a dosis de 10 mg/kg/día objetivándose disminución del gradiente del TSVI a 15 mmHg. El tratamiento fue bien tolerado, con prolongación del intervalo QT corregido hasta 480 milisegundos.

Tras un año de seguimiento se mantiene asintomático con un gradiente en el TSVI de 9 mmHg en el último control, permitiendo el descenso del tratamiento con bisoprolol a 5 mg por día y de disopiramida a 8 mg/kg/día.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La MCH es una causa frecuente de muerte súbita en jóvenes sanos, siendo ésta en muchas ocasiones, el síntoma inicial de la enfermedad. Es una patología evolutiva y su gravedad es variable e imprevisible, existiendo una gran dificultad pronóstica y de selección de pacientes que requieren tratamiento intensivo. El efecto aditivo de la disopiramida a los betabloqueantes parece intervenir en la reducción de la OTSVI grave en la infancia, siendo dicha obstrucción una de las causas desencadenantes de la muerte súbita en esta enfermedad. Se podría plantear si a largo plazo, el tratamiento con disopiramida contribuiría a disminuir la morbimortalidad en niños con MCH.

FISTULA CORONARIA, UN DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE EN EL SOPLO CARDIACO

Gemma Cirera Santanach, M.^a Isabel Atiénzar Esteban, Silvia Escribà Bori, Jordi Roldán Busto, M.^a Ángeles de la Fuente Sánchez, Fernando García Algas

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fístula coronaria es una malformación congénita de baja incidencia en la población (0,002%), que se define como una conexión anómala entre una arteria coronaria y una cámara del corazón o un gran vaso, que puede ir asociada a otras anomalías cardíacas. La arteria coronaria aferente suele encontrarse dilatada. Se originan con mayor frecuencia en la coronaria derecha (52-60%), seguido de la descendente anterior (30%) y la circunfleja (18%). La mayor parte drenan al ventrículo derecho (40%), seguido de la aurícula derecha, seno coronario y tronco pulmonar. También pueden ser de origen adquirido.

MÉTODOS

Caso clínico:

Presentamos el caso de un lactante de 3 meses derivado a la consulta de cardiología para estudio de soplo cardíaco.

Nacido a término con peso adecuado, sin antecedentes patológicos de interés. En la exploración física destacaba soplo continuo en mesocardio, no frémito, resto anodino. ECG normal. En la ecocardiografía se objetivó una estructura cardíaca normal destacando dilatación de la arteria coronaria descendente anterior que se continua o da origen a la coronaria descendente posterior que finalmente fistuliza a aurícula derecha a nivel ífero-septal muy cercano al plano valvular tricúspide. Se realizó Angio-TAC coronario que confirmó la dilatación de la arteria descendente anterior que llega hasta ápex y continúa dilatada por la cara inferior en el surco interventricular hasta llegar a fistulizar a la cara ífero-septal de la aurícula derecha.

RESULTADOS

Discusión:

Como en nuestro caso, la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, siendo el descubrimiento casual al auscultar un soplo continuo en mesocardio. Muchas regresan espontáneamente durante los dos primeros años de vida. Cuando el volumen es significativo, el dolor torácico y la disnea son los síntomas

Ecocardiografía doppler color y AngioTAC dónde visualizamos fistula coronaria



más frecuentes; la radiografía de tórax puede mostrar evidencia de aumento de cavidades y el electrocardiograma signos de isquemia. El "gold" standard para el diagnóstico es la angiografía, pero puede realizarse mediante ecocardiografía y Angio-TAC.

El tratamiento en los casos sintomáticos es quirúrgico o mediante técnicas percutáneas. En los asintomáticos puede estar justificado el cierre después de los 2 años de vida.

CONCLUSIONES

Aunque la incidencia de esta patología es baja, es importante que el pediatra la sospeche ante un niño con soplo continuo en mesocardio y se derive al cardiólogo para estudio.

IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA PULMONAR, UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA ALTERNATIVA

Alberto Alvario Castro, Ángeles Fuertes Moure, María Lozano Balseiro, Sonia Marcos Alonso, Isaac Martínez Bendañan, Fernando Rueda Núñez

Hospital Materno-Infantil de A Coruña, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Determinadas cardiopatías congénitas con alteración del tracto de salida ventricular derecho requieren la implantación quirúrgica de conductos protésicos que suelen evolucionar hacia la estenosis, la insuficiencia o ambas, lo que genera disfunción ventricular y necesidad de nueva cirugía. Las válvulas pulmonares

percutáneas representan uno de los avances más importantes en el tratamiento percutáneo de las cardiopatías congénitas y permiten evitar o aplazar una nueva cirugía.

La válvula Melody® consiste en un stent de platino-iridio de 35 mm al que se ha acoplado un injerto valvulado de vena yugular bovina. Para su implantación es preciso un introductor-liberador específico con un grosor de 22 Fr y tres posibles diámetros de expansión: 18, 20 y 22 mm. Sus indicaciones son los conductos disfuncionantes con diámetro original ≥ 16 mm, implantados en el tracto de salida ventricular derecho, con indicación de intervención invasiva o cirugía. Las contraindicaciones son la imposibilidad de expandir la estenosis mediante catéter-balón, la compresión coronaria, la infección activa y un sustrato anatómico incompatible con la adecuada sujeción del stent.

Objetivo: presentar los casos de nuestro centro menores de 18 años a los que se les implantó una válvula Melody® y analizar los resultados hemodinámicos y clínicos tras la intervención.

MÉTODOS

Este estudio incluyó a 5 pacientes edad (media de 14,86 años). Diagnósticos: transposición de grandes arterias con comunicación interventricular y estenosis pulmonar (1); tetralogía de Fallot (1); atresia pulmonar con comunicación interventricular (1), estenosis aórtica crítica neonatal con cirugía de Ross (1); y truncus tipo I (1); 1 portaba un homoinjerto pulmonar estenótico, en 4 se había colocado un conducto valvulado con estenosis e insuficiencia moderada-severa. Todos fueron estudiados ecocardiográficamente, en todos se realizó resonancia magnética.

RESULTADOS

El gradiente medio en el tracto de salida del VD se redujo de $46,5 \pm 10,6$ mmHg al inicio del estudio a $26,4 \pm 11,8$ mmHg al mes y 18 ± 4 mmHg a los 6 meses. La mayoría de los pacientes (80%) tenían insuficiencia pulmonar severa o moderada al inicio del estudio, pero no hay evidencia de persistencia al alta o durante el seguimiento.

A los 6 meses y al año de seguimiento todos los pacientes implantados tenían la función hemodinámica aceptable y no presentaron complicaciones relevantes.

CONCLUSIONES

En pacientes con disfunción de la válvula pulmonar, el reemplazo valvular transcáteter demuestra el éxito del procedimiento y función excelente a corto plazo; siendo una alternativa a la cirugía, con menor agresividad para el paciente.

MIOCARDIOPATÍA RESTRICTIVA, ¿CÓMO EVOLUCIONAN NUESTROS PACIENTES?

M.^a Luisa Vargas López, M.^a Ángeles Tejero Hernández, Elena Gómez Guzmán, M.^a José Arroyo Marín
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La miocardiopatía restrictiva (MCR) es una entidad excepcional en niños y de mal pronóstico. Inicialmente los síntomas son muy inespecíficos, retrasándose el diagnóstico y provocando que la morbimortalidad de estos pacientes sea alta. El tratamiento médico del que disponemos es muy limitado siendo el trasplante cardiaco la única alternativa eficaz para esta enfermedad.

MÉTODOS

Presentamos una revisión retrospectiva de nuestra casuística desde Enero de 2008 a Diciembre de 2016. Analizamos la edad de diagnóstico, la clínica de debut, los hallazgos ecocardiográficos y hemodinámicos, el tratamiento de soporte y la evolución.

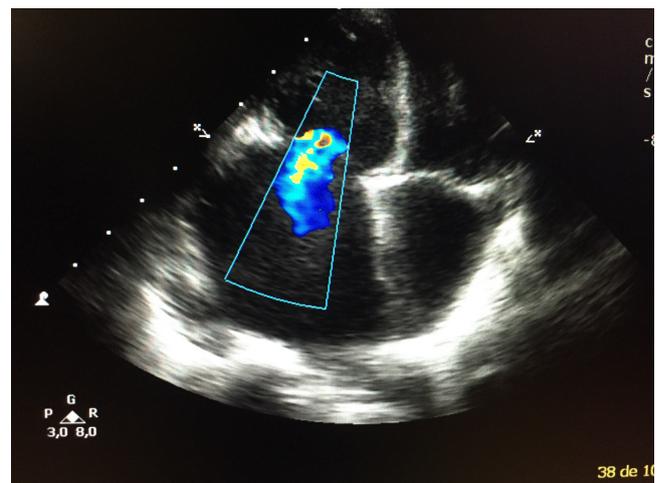
RESULTADOS

Hallamos 5 casos, 3 de ellos con diagnóstico en los 3 primeros años de vida y 2 con diagnóstico más tardío. Los de debut precoz presentaban clínica de bajo gasto

e insuficiencia cardiaca congestiva, prácticamente desde el nacimiento, empeorando progresivamente y alcanzando una clase funcional NYHA III/IV en un periodo promedio de 1 mes. Los de diagnóstico posterior se deteriorando más progresivamente hasta una clase funcional II/III. En el estudio ecocardiográfico de todos los casos se observó dilatación biauricular severa (se aportan imágenes), función sistólica conservada y llenado ventricular restrictivo. Los resultados de cateterismo mostraron aumento de la presión teledistólica ventricular e hipertensión pulmonar en los 5 pacientes, con aumento en 4 de ellos del gradiente transpulmonar. Se inició tratamiento con diuréticos a baja dosis e IECA en todos los casos, así como ciclos de levosimendán en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) grave. Se administró vasodilatadores pulmonares en aquellos con presiones pulmonares más elevadas. Todos ellos precisaron inclusión en lista de trasplante cardiaco, llevándose a cabo el trasplante en 4 de ellos y encontrándose otro actualmente en lista con asistencia biventricular. De los trasplantados 2 fueron éxitos en el postoperatorio inmediato, 1 de ellos precisó re-trasplante a los 3 años y otro caso presenta hipertensión pulmonar no resuelta.

CONCLUSIONES

La MCR es poco frecuente en la edad pediátrica. Los síntomas iniciales suelen ser muy inespecíficos evolucionando en pocos meses a cuadros de IC grave, con mala respuesta al tratamiento médico, muy limitado en esta entidad. Esto junto con el desarrollo precoz de enfermedad vascular pulmonar hace que el trasplante cardiaco precoz sea la única opción terapéutica en estos pacientes.



NÓDULO PULMONAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIO A INMUNOGLOBULINAS

Gonzalo Cortázar Rocandio, Carlos Salido Peracaula, M.^a Josefa Larios Martínez, Teresa de Benito Guerra, Rafael Chulián Cruz, Joaquín Ortiz Tardío

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz

INTRODUCCIÓN

En la enfermedad de Kawasaki (EK) las manifestaciones pulmonares son poco frecuentes. Presentamos un paciente con EK que desarrolló infiltrado pulmonar además de afectación coronaria en el contexto de un cuadro faringoamigdalario y adenopatía laterocervical que recibió tratamiento antibiótico. El reconocimiento de esta complicación pulmonar de la EK puede ser útil para el diagnóstico en casos de presentación atípica.

RESUMEN DEL CASO

Caso clínico. Varón de 7 años que presenta al ingreso 6 días de fiebre, tratado con amoxicilina-clavulánico. Exploración: aceptable estado general. Tumoración laterocervical izquierda dolorosa a la palpación, a nivel faríngeo presenta unas amígdalas hipertróficas congestivas. Abdomen blando, dolor a la palpación de la región periumbilical. Ante la sospecha inicial de adenoflemón se trató con amoxicilina-clavulánico durante dos días previo a ingreso, cefotaxima durante 11 días, persistiendo fiebre, afectación de estado general y apareciendo una conjuntivitis no exudativa bilateral el 8º día de fiebre, por lo que se plantea la sospecha de EK tratándose en dos ocasiones con inmunoglobulinas y AAS sin cesar la fiebre. Se realiza una radiografía de tórax y se observa un nódulo pulmonar, por lo que se solicita TAC torácico en el que se aprecia una condensación retrocardíaca con reacción pleural y derrame, continuándose con vancomicina, clindamicina y azitromicina durante 5 días y meropenem durante 4 días sin desaparición de la fiebre por sospecha de cuadro neumónico.

Pruebas complementarias: PCR 150 mg/L, leucocitosis con neutrófilia, anemia, leucocituria, hipoalbuminemia y trombocitosis al 9º día de fiebre. Punción lumbar con 65 células por microlitro. Pruebas serológicas negativas. Ecografía cardíaca a los 16 días de fiebre: signos de afectación cardíaca con hiperbirrefringencia de las paredes de las coronarias, insuficiencia mitral leve y dilatación del tronco común de la coronaria izquierda.

Ante la sospecha de EK incompleto debido a las pruebas complementarias se decide comenzar con mega-

dosis de corticoesteroides haciendo desaparecer la fiebre.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El diagnóstico de EK cada vez es más complejo, en esencia por el aumento de formas atípicas que se presentan y la necesidad de tener que apoyarnos en criterios analíticos y ecocardiográficos para confirmarlo. No obstante, es importante conocer la existencia de este tipo de presentaciones, que también pueden desembocar en anomalías coronarias.

SILDENAFILO Y BOSENTÁN COMO TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A LA DISPLASIA BRONCOPULMONAR

M.^a Azahara Prieto Heredia, Branislava Grujic, Moisés Rodríguez González, Patricia Salazar Oliva, Paloma Rodríguez Outón, Ana Castellano Martínez

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La aparición de hipertensión pulmonar (HTP) en el contexto de displasia broncopulmonar (DBP) tiene una incidencia de entre 15-24% y aumenta la mortalidad de DBP hasta el 60%.

El objetivo del trabajo es analizar la seguridad y eficacia de la asociación de sildenafil y bosentán como tratamiento de HTP asociada a DBP, la asociación con lesiones con shunt izquierda-derecha y la morbi-mortalidad de estos pacientes.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de DBP e HTP en tratamiento con sildenafil y bosentán en un hospital de tercer nivel entre los años 2010-2016. Excluidos pacientes con HTP resuelta a su alta de neonatología.

RESULTADOS

Incluimos 9 casos (5 varones) con edad gestacional media de 29+1 semanas y edad media al diagnóstico de la HTP de 3,17 ± 1.8 meses (7 en neonatología).

Se detectó shunt izquierda-derecha en 7 pacientes (3 comunicaciones interauriculares, 3 ductus, 1 canal auriculoventricular completo), con duración media del

shunt de $5 \pm 3,6$ meses (cierre espontáneo del shunt en 4 pacientes, quirúrgico 1, por cateterismo 1 y pendiente de cierre quirúrgico 1).

La edad media de inicio del tratamiento con sildenafil y bosentán fue $4,1 \pm 5,9$ meses con una media de duración de $9,7 \pm 9$ meses. 7 pacientes precisaron oxigenoterapia domiciliaria y 8 diuréticos. Aparecen efectos secundarios (hipotensión arterial) por sildenafil en 2 casos que se resuelven con la retirada de la medicación. No efectos secundarios del bosentán.

El período de seguimiento fue de 21 ± 13 meses, con resolución completa de la HTP en 7 pacientes con una edad media de $14,9 \pm 8,3$ meses, todos ellos tras el cierre del shunt izquierda-derecha asociado. La HTP mejoró, pero persistió en 2 pacientes, ambos con shunt izquierda-derecha abierto que fueron exitus en contexto de sobreinfección respiratoria.

CONCLUSIONES

La asociación DBP/HTP presenta alta morbi-mortalidad, precisando diagnóstico y tratamiento precoz.

En nuestro estudio la combinación de sildenafil y bosentán parece ser segura y eficaz para el control de la HTP.

La presencia de un shunt izquierda-derecha es un factor coadyuvante para el desarrollo y perpetuación de la HTP en estos pacientes por lo que creemos oportuno su cierre temprano.

TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMÓRFICA CATECOLAMINÉRGICA

Marta Mascaró Ogazón¹, Lluïsa Aznar Adrover¹, Fernando García Algas¹, M.ª Ángeles de la Fuente Sánchez¹, Silvia Escribà Bori¹, Ferran Rosés i Noguer²

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares

²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El síncope es un síntoma frecuente en pediatría. Puede deberse a múltiples causas, la mayor parte de ellas banales, siendo la más frecuente en este grupo de edad el síncope vasovagal. Sin embargo, puede ser síntoma de una patología cardíaca subyacente potencialmente letal. La anamnesis resulta fundamental, en aquellos casos en que se sospecha síncope de causa cardíaca, a pesar de un ECG basal normal, deben realizarse otras pruebas complementarias.

Presentamos el caso de un paciente de 9 años con diagnóstico de taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC).

RESUMEN DEL CASO

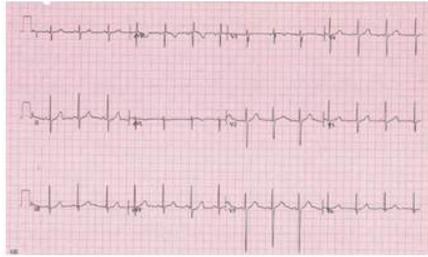
Se trata de un niño de 9 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que jugando al "pilla-pilla", sufre caída súbita con pérdida de conciencia, sin clínica prodrómica. A la llegada del 061 se evidencia pérdida de conciencia con pulso y respiración mantenidos, seguidamente el niño realiza movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades con desaturación mantenida, por lo que se intuba y se traslada a la UCIP.

A su llegada, está despierto y hemodinámicamente estable. Ante la sospecha de traumatismo craneoencefálico, con pérdida de conciencia y posible convulsión, se realiza TAC cerebral y cervical urgente que resulta normal. Además, se realiza analítica completa con estudio de tóxicos, ECG, ecocardiografía y EEG sin hallazgos patológicos. Se extuba en las primeras 2 horas con exploración física posterior anodina, sin focalidad neurológica ni otros signos de alarma y se traslada a planta de hospitalización.

Rehistoriando al paciente, ante sospecha de etiología cardíaca, se amplía estudio con ergometría en la que destaca la aparición de extrasístoles ventriculares polimórficas a partir de FC > 126 lpm compatible con TVPC. Se contacta con centro de referencia, se inicia tratamiento con bisoprolol y se deriva para realización de test de adrenalina que resulta positivo, y colocación de Holter subcutáneo. Se realiza también RMN cardíaca que resulta normal y se solicita estudio genético que muestra mutación c.1259G>A (p.R420Q) en el gen RYR2 en heterocigosis (mutaciones en este gen son responsables de hasta un 60% de los casos de TVPC). Actualmente el paciente sigue tratamiento con bisoprolol (5 mg/12h) y se ha recomendado no realizar actividad física competitiva, manteniéndose asintomático.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La TVPC es un trastorno arritmogénico genético grave caracterizado por una taquicardia ventricular inducida por estímulo adrenérgico que se manifiesta por síncope y muerte súbita en pacientes jóvenes con un corazón de estructura normal. El diagnóstico temprano y un tratamiento apropiado pueden incrementar la esperanza de vida.



Ergometría Fig. 1: Electrocardiograma basal (FC 80 lpm). **Fig. 2:** Electrocardiograma a una FC de 126 lpm donde se aprecia la aparición de extrasístoles ventriculares polimórficas.



Test de adrenalina Fig. 3: Estadio 4 del test donde se observa bigeminismo. **Fig. 4:** Estadio 5 del test donde se observan tripletes polimórficos.

TRATAMIENTO DE COARTACIÓN TORACOABDOMINAL SEVERA EN LA INFANCIA MEDIANTE *BYPASS* AORTOBI-FEMORAL

Elena Gómez Guzmán, M.^a Ángeles Tejero Hernández, M.^a José Arroyo Marín, Jaime Casares Mediavilla, Carlos Merino Cejas

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN

La coartación toracoabdominal severa y larga es una entidad poco frecuente en la infancia, que en general tiene mala respuesta a tratamiento médico. El tratamiento percutáneo o quirúrgico es controvertido en la infancia por tamaño y continuar la aorta en crecimiento

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente de 7 años diagnosticada dos años antes de coartación toracoabdominal larga severa, desestimada para corrección por edad y anatomía desfavorable. Se indicó tratamiento médico de la hipertensión y por mal control de la misma es derivada a nuestro centro para valoración. En ese momento presentaba cifras de TA por encima del p90 a pesar de triple tratamiento antihipertensivo.

Se realiza angioTAC con contraste de aorta que confirma una coartación larga de 10 cm entre la aorta torácica baja y abdominal alta con diámetro mínimo de 2,8 mm y abundante circulación colateral a través de las mamarias (imágenes). Se decide realizar corrección quirúrgica de la misma mediante acceso por toracofrenolaparotomía paramediana izquierda, disección con apertura de pleura de aorta torácica y abdominal con apertura de diafragma hasta la salida de las arterias renales para implante de *bypass* aorto-aórtico con tubo de Dacron de 16 mm. Buena evolución posterior, progresivamente baja la tensión arterial hasta poder retirar el tratamiento antihipertensivo definitivamente. Al año se realiza un control mediante TAC y se comprueba buena evolución anatómica sin estenosis en las suturas ni imágenes de aneurismas ni pseudoaneurismas.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La coartación toracoabdominal larga y severa es una entidad poco frecuente en la infancia. La respuesta al tratamiento médico es generalmente muy pobre y puede producir hipertensión arterial severa con repercusión sobre órganos diana. El *bypass* aorto-aortobifemoral mediante acceso toracofrenolaparotomía es complejo pero eficaz para la resolución anatómica y las complicaciones asociadas a la hipertensión que genera la coartación severa.

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

JUEVES 1 DE JUNIO • 18:00-18:45 H • SALA 11

ACTINOMICOSIS OSTEOARTICULAR Y RETROPERITONEAL SECUNDARIA A LA VACUNA DE LA HEPATITIS B

Isabel Casal Beloy, Miriam García González, Noelia Curros Mata, Lorena Míguez Fortes, Manuel Gómez Tellado, Teresa Dargallo Carbonell

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis pediátrica es una enfermedad infrecuente y supone menos del 3% del total de casos en la población. El microorganismo responsable en la mayoría de los casos es *Actinomyces Israelii*. La infección se produce habitualmente a nivel cérvicofacial (65%), torácica (15%) o abdominal (20%), y su debut a nivel osteoarticular es excepcional (1%).

Presentamos el caso de un paciente con actinomicosis a nivel osteoarticular y extensión retroperitoneal, secundaria a la punción de la vacuna de la hepatitis B.

RESUMEN DEL CASO

Paciente varón, 2 años y 2 meses. Acude a urgencias por cuadro de 4 días de fiebre elevada y afectación del estado general. Entre sus antecedentes destacan episodios febriles autolimitados de dos días de duración con alteración concomitante de la marcha. A la exploración evidenciamos dolor con la palpación y movilidad de cadera izquierda. A ese mismo nivel se identifica un orificio fistuloso, coincidente con el lugar de vacunación de la hepatitis B al segundo día de vida.

Los estudios radiológicos complementarios (ecografía y RMN) evidenciaron un trayecto fistuloso desde el orificio cutáneo hasta la región glútea, con gran afectación inflamatoria a dicho nivel. Asimismo, evidencian una comunicación a través de un defecto óseo en el hueso ilíaco, entre las partes blandas glúteas afectas y la región retroperitoneal e inguinal ipsilateral, musculatura ilíaca y psoas.

Tras drenaje quirúrgico de zonas afectas, el cultivo obtenido resultó positivo para *Actinomyces* spp. Se realizó entonces nueva intervención para limpieza y desbridamiento más extenso y se inició antibioterapia con Imipenem y Daptomicina durante seis semanas. En RMN de control se apreciaron nuevos focos de miositis, pero, ante la buena evolución del paciente se decidió iniciar antibioterapia oral prolongada con Amoxicilina y controles radiológicos seriados hasta la resolución completa de las lesiones. Actualmente el

paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista clínico y analítico.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

De acuerdo con la literatura revisada, el porcentaje de casos de actinomicosis en su forma osteoarticular y retroperitoneal es excepcional. Independientemente de su escasa frecuencia, es una enfermedad a considerar en el diagnóstico diferencial ante una masa inflamatoria de curso crónico y con mala respuesta a antibioticoterapia a dicho nivel.

Existen casos de estabilidad clínica con empeoramiento radiológico a pesar de un tratamiento óptimo. En éstos, la antibioterapia oral prolongada y los controles radiológicos seriados hasta evidenciar la curación son la norma.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS REEPITELIZACIONES Y QUERATINACIONES EN QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO EN PIEL DE CERDO, TRATADO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS

Alfonso Martínez Villamandos¹, Juan Pintado Benzal², Nuria García Soldevila¹, M.^a Luisa Martínez del Castillo¹, José Jesús Aguilera Neuenschwander¹, Alfonso Blanco Romero³

¹Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga

²Hospital Royo Villanova, Zaragoza

³Universidad de Córdoba, Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar la respuesta histológica al tratamiento de las quemaduras de segundo grado de la aplicación de factores de crecimiento plaquetarios obtenidos a partir de muestras de sangre del propio paciente, así como su posible aplicación en niños.

Explicar procedimiento para la obtención de los factores de crecimiento y su forma de aplicación.

MÉTODOS

Para el estudio hemos utilizado 20 cerdos "minipig", a los que se les aplicó en quemaduras de segundo grado tratamiento con factores de crecimiento plaquetarios.

Las tomas de muestras de la piel tratada se realizaron a la semana (10 cerdos) y al mes de los tratamientos (10 cerdos).

Para su estudio se han utilizado los microscopios óptico y electrónico.

RESULTADOS

En las muestras tomadas a la semana, se produjo una reepitelización sin sintetizar queratina. En las muestras al mes se han sintetizado un epitelio estratificado plano queratinizado.

Mostramos la evolución histológica de las lesiones a lo largo del tratamiento con factores de crecimiento plaquetarios.

Proponemos modalidad de tratamiento para el paciente pediátrico que está siendo estudiado en nuestro centro.

CONCLUSIONES

Mostramos una posible modalidad de tratamiento para las quemaduras de segundo grado que podría aplicarse al paciente pediátrico dados sus buenos resultados en el modelo animal.

MANEJO DE LAS SECUELAS DE LA SEPSIS MENINGOCÓCICA CON AFECTACIÓN CUTÁNEA O MUSCULOESQUELÉTICAS

Josué Eduardo Betancourth Alvarenga, Fernando Vázquez Rueda, Miguel Ángel Cárdenas Elías, Verónica Vargas Cruz, M.^ª Victoria Jiménez Crespo, Rosa M.^ª Paredes Esteban
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sepsis meningocócica (SM) es una patología infecciosa producida por *Neisseria meningitidis* con una incidencia aproximada de 7,9 casos por 100.000 habitantes y una elevada morbimortalidad. En España está causada por los serogrupos B y C y el tratamiento actual requiere de un manejo multidisciplinar tanto en la fase aguda como en las secuelas. El objetivo de este estudio es revisar el manejo quirúrgico de las lesiones y secuelas de SM tratadas en nuestro centro.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de pacientes menores de 14 años con SM con afectación cutánea o músculo-esquelética tratadas entre 1994 y 2016. Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas, intervenciones en fase aguda y de las secuelas, complicaciones y supervivencia.

RESULTADOS

Se ingresaron 78 casos de SM con en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) con una mortalidad global de 14.1%. El 27% (n=21) presentaron afectación cutánea y/o músculo-esquelética. La edad media fue de 3 años (Rango: 0-10 años) de los cuales el 52,4% (n=11/21) < 2 años y el 61,9% (n=13) fueron mujeres. El 42,8% (n=9/21) presentó necrosis afectando $\geq 15\%$ de la superficie corporal total. Durante su estancia en UCIP el 28,5% (n=6/21) fallecieron en < 48 horas; se realizaron 11 desbridamientos mediante escarectomías, 2 extirpaciones de masa muscular y 9 amputaciones. Los defectos cutáneos se cubrieron con dermis artificial y autoinjertos cutáneos. Al mes del ingreso, fallecieron el 9,53% (n=2/21) debido a infecciones nosocomiales con una mortalidad de 38,1% (n=8/21). Durante el seguimiento el 46,2% (6/13) precisaron tratamiento de las secuelas cicatriciales incluyendo colgajos cutáneos, plastias, injertos cutáneos, terapia de vacío y el 30,8% (4/13) precisaron corrección de las alteraciones del crecimiento óseo.

CONCLUSIONES

La SM con afectación musculoesquelética y cutánea es una patología con elevada mortalidad. Dentro de los supervivientes existe una elevada morbilidad requiriendo múltiples intervenciones y seguimiento a largo plazo. Es necesaria la intervención temprana del cirujano para un tratamiento multidisciplinar precoz y seguimiento adecuado para el control de las secuelas.

NEUROMODULACIÓN ELÉCTRICA PERCUTÁNEA EN EL MANEJO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA REFRACTARIA: UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

Isabel Casal Beloy, Iván Somoza Argibay, Lorena Míguez Fortes, Noelia Curros Mata, Miriam García González, Teresa Dargallo Carbonell

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El motivo más frecuente de consulta en urología pediátrica son las Disfunciones del Tracto Urinario Inferior (DTUI), y la Vejiga Hiperactiva es su causa principal. Su tratamiento actual se basa en uroterapia conductual y anticolinérgicos, con un alto índice de fracaso. La mayoría de los pacientes son refractarios o intolerantes a estos fármacos, debiendo suspender la medicación.

Numerosos estudios demuestran la eficacia de la Neuromodulación Vesical mediante TENS sacro o tibial, (Transcutaneous electrical nerve stimulation) como alternativa en el manejo de la vejiga hiperactiva en adul-

tos, y trabajos recientes, aunque escasos, demuestran su utilidad en la población pediátrica.

MÉTODOS

Iniciamos el tratamiento con TENS en tres pacientes pediátricos (edad media 9 años) con criterios de vejiga hiperactiva refractaria (tiempo medio de manejo con uroterapia y anticolinérgicos 1,4 años). En dos casos la indicación de esta terapia fue por falta de respuesta a fármacos anticolinérgicos (se utilizaron al menos 3 medicamentos) y el tercero por efectos secundarios.

Revisamos la evolución de estos pacientes y comparamos la severidad de la disfunción vesical antes y tras la aplicación del TENS mediante el cuestionario PLUTSS validado al castellano (Pediatric Lower Urinary Tract Symptoms Score).

RESULTADOS

En dos pacientes iniciamos una pauta de 3 meses de TENS a nivel tibial, con mejoría escasa de los síntomas. Realizamos una segunda pauta de 3 meses de TENS sacro en estos pacientes y en el tercero como pauta inicial. En dos remitió totalmente la clínica y en el tercero mejoró significativamente.

El valor medio en el cuestionario PLUTSS previo y posterior a la estimulación tibial fue prácticamente similar. Sin embargo, el valor medio en el cuestionario PLUTSS previo al TENS sacro fue de 20,2 y de 3,3 después de 3 meses de aplicación (valores > 8.5 en el cuestionario PLUTSS son diagnósticos de DTUI).

CONCLUSIONES

Actualmente los fármacos anticolinérgicos y la uroterapia son la alternativa habitual en el tratamiento de la vejiga hiperactiva, con un alto índice de fracaso. La neuromodulación mediante TENS ha surgido como una nueva modalidad de tratamiento en los pacientes refractarios. A la vista de los primeros resultados y de nuestros primeros pacientes, el TENS parece una opción segura y efectiva en su manejo. Se deben realizar estudios randomizados para demostrar su eficacia y crear protocolos de aplicación en la edad pediátrica.

NUEVA TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL QUISTE DE COLÉDOCO TIPO I

Jorge Cortizo Vázquez, María García Palacios, Pablo Rodríguez Barca, Cristina Marco Martín, Elina Estévez Martínez, Adolfo Bautista Casasnovas

Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN

El quiste del colédoco se define como la dilatación congénita del árbol biliar extrahepático y/o intrahepático, se presenta más frecuentemente en mujeres, y presenta una prevalencia estimada del 1 entre cada 150.000 nacimientos. Los quistes de colédoco se dividen según el lugar de asiento de la dilatación quística, existiendo 5 grupos según la clasificación de Todani, de todos los grupos, el tipo I es la forma más prevalente presentándose entre el 75 y 85% de los casos. Los pacientes pueden estar asintomáticos o presentar ictericia, dolor en cuadrante superior derecho del abdomen o masa abdominal palpable. Si no se trata, esta patología puede derivar en colangiocarcinoma. El tratamiento clásico era exéresis completa del quiste por vía abierta.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente derivada por presentar lesión quística visualizada antenatalmente en 2º trimestre de embarazo, que postnatalmente se diagnostica como quiste de colédoco. A los 10 meses de edad se realiza exéresis de quiste y hepato-yeyunostomía en Y de Roux, dada de alta sin incidencias. La cirugía se realizó mediante una técnica novedosa presentada en 2013 por el departamento de Cirugía de St. Louis. En esta técnica la novedad consiste en realizar una disección cuidadosa del quiste y apertura del mismo en su zona medial, con lo cual conseguimos una perfecta visión de los límites del quiste y del conducto biliar.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Revisando la literatura española actual no hemos encontrado ningún artículo que haga referencia a esta nueva técnica quirúrgica, y que creemos de gran utilidad durante el tratamiento de esta infrecuente patología.

REVISIÓN DE CUIDADOS, COMPLICACIONES Y SECUELAS DE LESIONES POR QUEMADURA QUE PRECISARON INGRESO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ana Isabel Armenteros López¹, M.^a Isabel Mañas Uxó¹, Carolina Maraños Gálvez¹, Ana Devesa del Valle¹, Karina Guadalupe Hernández Hernández¹, M.^a Amparo Fernández Campos²

¹Hospital Torrecárdenas, Almería

²UGC Almería-Centro, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Son múltiples las indicaciones de ingreso por quemaduras, pero son la extensión, y, sobre todo, la profundidad, lo que determina las necesidades de sedación/anestesia, el tiempo de hospitalización, la necesidad de autoinjerto de piel o de sustitutos cutáneos y sus complicaciones, y las anomalías de la cicatrización (cicatriz hipertrófica, queloidea y retracciones con impotencia funcional).

Nos proponemos conocer la incidencia de complicaciones y secuelas en los pacientes ingresados en nuestro servicio por esta causa.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de los niños/as ingresados por quemaduras en un hospital de tercer nivel desde Enero 2012 hasta Diciembre 2016.

RESULTADOS

Se recogen los datos de 72 niños con quemadura que precisaron ingreso. La edad media es 3,3 años. El 80,3% de los pacientes tuvieron quemaduras de segundo grado profundo y el 35,2% de tercer grado, con una superficie corporal media afectada del 11%. Del total de quemados, el 78,3% necesitaron curas con sedación o anestesia general, siendo la media de curas realizadas con sedación 3,5, generalmente cada 48-72 horas. La estancia media fue 12,2 días. Se sobreinfectaron el 23,9% de las quemaduras. El 25% de los pacientes precisaron injerto; de estos, 3 perdieron el injerto, siendo necesario realizar reinjerto. Fue necesario el traslado a hospital con Unidad de Quemados en un 4,2% de los casos. Como secuelas, el 17,9% presenta cicatriz queloidea y el 1,4% pérdida funcional. Un 6% de los casos precisó reingreso. El 62,5 % de los casos, precisa seguimiento prolongado en la Consulta de Cirugía.

CONCLUSIONES

- Las quemaduras suponen una elevada morbimortalidad en los pacientes pediátricos.
- El número de sedaciones es importante para evitar el proceso doloroso que suponen las curas, y una prolongada hospitalización.
- La extensión y la profundidad son los parámetros más importantes que determinan el pronóstico de estos pacientes. En nuestra casuística, la complicación más frecuente es la infección. En los pacientes pediátricos no siempre es posible conocer la profundidad de la quemadura en un primer momento, lo cual es importante para la realización del injerto.
- Es importante protocolizar los criterios de ingreso, así como qué pacientes han de ser derivados a centros de elevada especialización (Unidad de grandes quemados), para disminuir la morbimortalidad.
- Se están introduciendo nuevos apósitos para poder espaciar las curas, disminuyendo el número de sedaciones y la estancia hospitalaria, sin aumentar las complicaciones.

TRAS LA APENDICECTOMÍA PERFECTA EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Alexander Siles Hinojosa, Víctor Adán Lanceta, Yurema González Ruíz, Beatriz Floriano Ramos, Laura Morlán Herrador, Paolo Bragagnini Rodríguez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Identificar los factores que influyen en la morbilidad postoperatoria en pacientes intervenidos mediante TULAA (Transumbilical laparoscopic assisted appendectomy).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos mediante TULAA en nuestro centro entre 2007-2014. Se incluyeron las variables: localización del apéndice, re-conversiones, tipo de apendicitis, tiempo quirúrgico y complicaciones. Se utilizó t de Student y chi-cuadrado para el análisis estadístico.

RESULTADOS

Se analizó un total de 111 apendicectomías TULAA. Tiempo quirúrgico medio 79 minutos (45-150). El 90% de pacientes tenían apendicitis simple y 10% apendicitis complicada. En 35,13% casos se utilizaron trócares adicionales, cuando el apéndice se posicionaba de forma atípica ascendió al 89,5% de casos, mientras que cuando el apéndice se encontró en posición típica este dato disminuía al 25,9% ($p<0,05$). Se reconvirtió en un 6,3% de casos, con apéndice en posición atípica es del 20,8% en comparación al 2,3% de casos con el apéndice posicionado de forma habitual ($p<0,05$). Se encontró un 3,6% de casos con infección de herida quirúrgica explicada por perforación iatrogénica en la maniobra de extracción del apéndice ($p<0,05$). Todos los apéndices perforados en la maniobra de extracción se trataban de apendicitis complicadas.

CONCLUSIONES

La posición anómala del apéndice se relaciona de forma significativa con la necesidad de colocación de trócares adicionales o reconversión a cirugía abierta. Consideramos esta técnica ideal en los casos de localización anterior del apéndice y en apendicitis no complicadas. Por lo tanto, es una gran opción como técnica de apendicectomía para población pediátrica debido a su mínimo tiempo operatorio, baja tasa de complicaciones y excelente resultado estético.

CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

JUEVES 1 DE JUNIO • 19:00-19:15 H • SALA 12

ENSEÑANDO A LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN A TRATAR UNA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO

Alicia Rendo Vázquez¹, Fátima Graña Silva², Cristian Abelairas Gómez³, Roberto Barcala Furelos⁴, Pilar Leborán Iglesias⁵, Antonio Rodríguez Núñez⁵

¹Hospital Lucus Augusti, Lugo

²Hospital Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña

³Universidad de Santiago de Compostela., Santiago de Compostela, A Coruña

⁴Universidad de Vigo, Pontevedra

⁵Hospital Universitario de Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) es una causa evitable y potencialmente tratable de muerte accidental.

Las personas con síndrome de Down (SD) constituyen un grupo de riesgo para OVACE debido a la presencia de anomalías como hipotonía, macroglosia o trastornos de la deglución.

Por ello, parece razonable entrenar a jóvenes con SD a reconocer el episodio y a actuar en consecuencia.

MÉTODOS

Se reclutaron 24 participantes (25,8 ± 3,3 años) de la fundación Down Compostela. Se consideró como criterio de inclusión el grado de discapacidad leve a moderada y las discapacidades físicas o las enfermedades subyacentes que podrían limitar significativamente el rendimiento físico y el conocimiento sobre el algoritmo de tratamiento OVACE fueron el criterio de exclusión.

A todos ellos se les enseñó durante una hora el algoritmo frente a OVACE (leve y grave) de acuerdo a las guías de 2015. Las explicaciones breves, las demostraciones visuales, el entrenamiento práctico y la corrección de errores fueron la base del entrenamiento. Posteriormente, la muestra tuvo que resolver una situación simulada de OVACE.

RESULTADOS

Se consideraron todas las secciones del algoritmo. Cuando el participante fue capaz de llevar a cabo

la tarea sin errores, se codificó como "Si-Calidad", cuando se equivocaron ligeramente se clasificó como "Sí-efectividad".

Mientras que menos de la mitad de los participantes alentó a toser a la víctima (37,5%), la mayoría alcanzó un desempeño de alta calidad cuando la víctima mostraba signos de obstrucción severa de las vías respiratorias. Dos tercios de la muestra fueron capaces de reconocer la tos ineficaz y 87,5% comenzaron a dar golpes en la espalda. La mitad de los participantes dieron cinco golpes interescapulares sin error. Cuando los golpes de espalda fueron ineficaces, veintidós (91,7%) participantes dieron empuje abdominal, la mitad de ellos sin errores. Si la víctima no responde, la inconsciencia fue reconocida inmediatamente por el 87,5%, y mientras que sólo un participante pidió ayuda en este caso, veintidós (91,7%) comenzaron la RCP, catorce (58,3%) inmediatamente.

CONCLUSIONES

Las personas con SD con discapacidad leve y moderada son capaces de aprender y aplicar con eficacia el algoritmo de tratamiento OVACE.

Además, consideramos que dicha formación podría contribuir a desarrollar sus habilidades emocionales y motoras, fomentando su inclusión social y educativa.

Se requiere investigación adicional para diseñar un programa de capacitación adaptado a las características de esta población.

MEDICIÓN ECOGRÁFICA DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO EN UN PACIENTE CON HIDROCEFALIA COMO CONTROL DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL

José Luis Vázquez Martínez, Aiza Carolina Hernández Villarroel, César Pérez-Caballero Macarrón, Blanca Moreno Vicente-Arche, Diana Folgado Toledo, Ana Coca Pérez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN

La medición ecográfica de la vaina del nervio óptico (VNO) se describe como un método sencillo y eficaz de estimación de hipertensión intracraneal, y no precisa dilatación pupilar, evitando interferencias con evaluaciones neurológicas posteriores.

RESUMEN DEL CASO

Caso clínico: varón de 14 años de edad, portador de hidrocefalia triventricular obstructiva y lesión ocupante de espacio a nivel de tectum mesencefálico, se traslada a nuestra UCIP por cefalea, sono- y fotofobia y adormecimiento miembros superiores, con evidencia de papiledema en hospital de origen. Estabilidad hemodinámica y respiratoria al ingreso en UCIP. Fondo de ojo (realizado por Oftamología): no papiledema. Ecografía vaina nervio óptico: lado derecho: 0,73 cm. (dilatada); lado izquierdo: 0,50 cm. (normal). Neurocirugía a las 36 horas (ventriculostomía endoscópica ventrículo lateral derecho) con fenestración porción media membrana de Lilliequist comunicando ventrículo con cisternas de la base. Buena evolución clínica. Ecografía vaina nervio óptico (controles seriados en 24 horas postoperatorias en UCIP): lado derecho: 0,68-0,65 cm; lado izquierdo: 0,44-0,42 cm. RNM control al mes: reducción de tamaño ventricular

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

- 1) La realización de fondo de ojo es difícil y puede no ser concluyente, aún en manos expertas.
- 2) La medición de la VNO a pie de cama por intensivista pediátrico resultó útil como "fondo de ojo ecográfico" y se correlacionó bien con las imágenes en la resonancia cerebral, facilitando el control clínico del enfermo.

MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES

David Jesús Cabrera Rueda¹, Alicia Galera García²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

²Hospital de Poniente, Almería

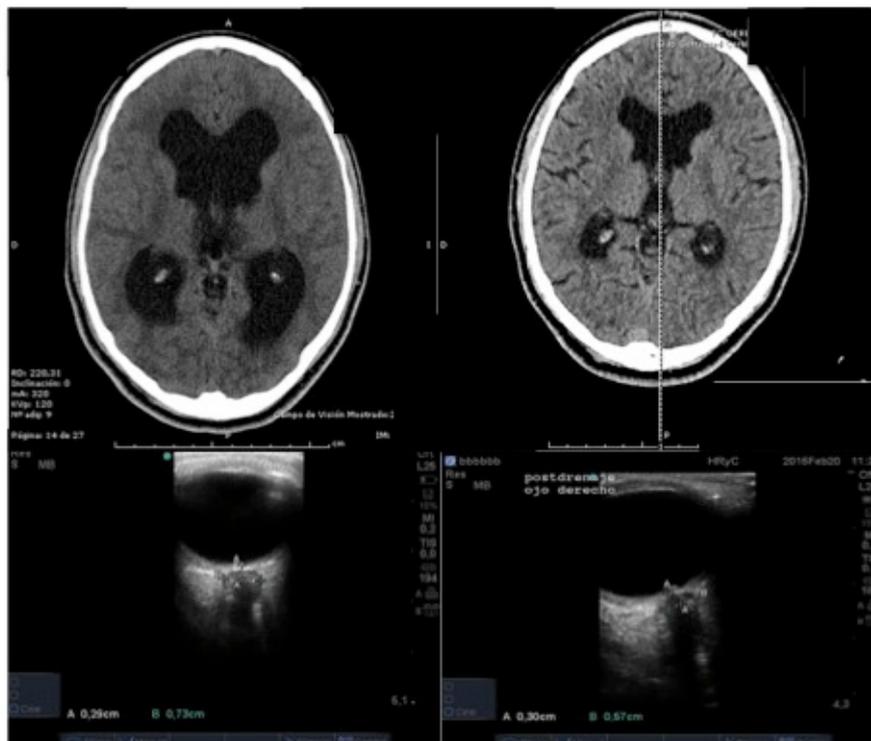
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los profesionales de enfermería de UCIN están sometidos a fuentes de estrés continuo debido a exposición a situaciones de emergencia vital, manejo de pacientes críticos, generalmente prematuros, y el trato con sus progenitores.

Profesión eminentemente vocacional y con un avance significativo tanto a nivel académico como a nivel profesional en los últimos 40 años y que tiene como logro más reciente el reconocimiento de las especialidades de enfermería, entre ellas la especialidad de enfermería pediátrica.

Ante lo expuesto los autores nos planteamos conocer el ambiente laboral de la enfermería de la UCIP ante la escasa producción científica de ésta, encontrándose por debajo de la media hospitalaria en la realización y registro de planes de cuidados y en la falta de realización de sesiones clínicas y ausencia de formación continuada en los dos últimos años.

Figura 1. RNM y ecografía VNO pre-y post ventriculostomía endoscópica



MÉTODOS

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en UCIN y pediátrica mediante cuestionario PES-NWI con una tasa de respuesta de 97%. Contiene una escala Likert de 4 puntos y una puntuación inferior a 2,5 indica que el ítem correspondiente no está presente.

RESULTADOS

El 72,4% son mujeres, antigüedad media en el puesto del personal es de 148 meses, siendo todos personal indefinido.

Las dimensiones valoradas nos proporcionan los siguientes resultados:

1. Participación de las enfermeras en los asuntos del hospital: 1,84/4 (DS 0,3)
2. Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado: 2,44/4 (DS 0,87)
3. Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora: 2,26/4 (DS 0,26)
4. Dotación de personal y recursos: 2,12/4 (DS 0,1)

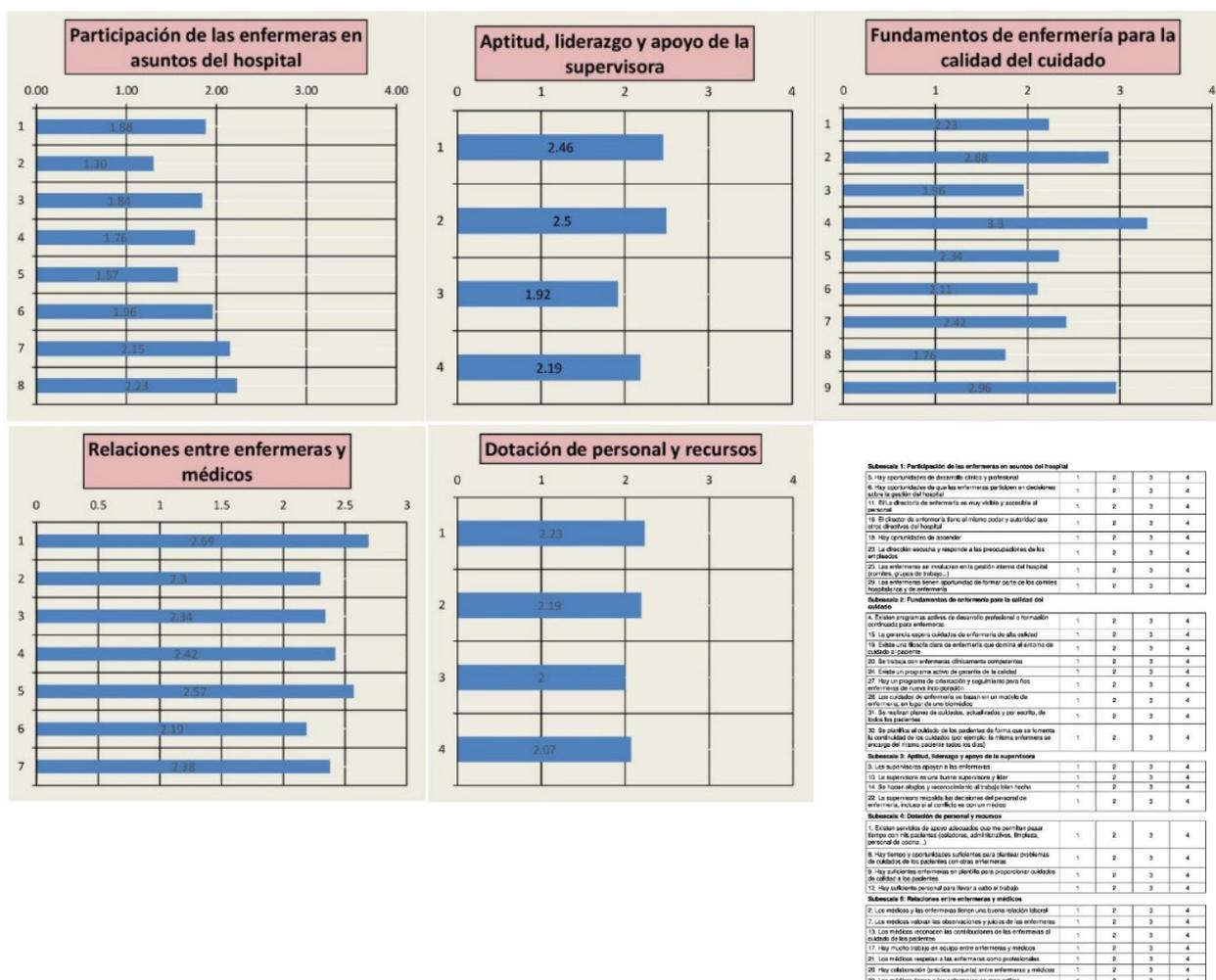
5. Relaciones entre enfermeras y médicos: 2,41/4 (DS 0,86)

CONCLUSIONES

La percepción de los profesionales en cuanto a los ítems valorados en la escala indica que el ambiente laboral no es adecuado precisando de mejoras en cuanto a las relaciones interpersonales de todo el equipo, las relaciones con supervisores y gestores, se consideran insuficientes e inadecuados los recursos humanos y materiales, y aunque se esperan cuidados de calidad no se sienten debidamente representadas en la toma de decisiones en el funcionamiento de la unidad ni suficientemente reconocidas.

De modo que hay que lograr cambios en cuanto a motivación e implicación de las enfermeras en el funcionamiento de la unidad.

Por ello se transmiten estos resultados a los gestores y se crea una comisión que propone la creación de grupos de mejora para impulsar cambios organizativos para un mejor funcionamiento de la unidad implicando en la toma de decisiones a todas las categorías profesionales.



VARIABILIDAD DEL MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS BRONQUIOLITIS GRAVES EN ESPAÑA. ESTUDIO BRUCIP

José Carlos Flores González¹, Ana Estalella Mendoza¹, Carmen Santiago Gutiérrez², Cristina Yun Castilla³, Esther Aleo Luján⁴, Sonia Pérez Quesada⁵

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

²Hospital de Jaén, Jaén

³Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga

⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid

⁵Hospital General Universitario de Alicante, Alicante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Numerosos estudios han demostrado una amplia variabilidad en el diagnóstico y manejo terapéutico de la bronquiolitis aguda que, generalmente, están más condicionadas por preferencias profesionales o institucionales que por el grado de evidencia científica disponible. Objetivo: conocer la epidemiología y variabilidad de tratamiento de los pacientes con bronquiolitis graves ingresados en las UCIPs de España.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico descriptivo prospectivo. Se incluyeron pacientes con bronquiolitis graves de la epidemia 2014-2015, cuyos padres firmaron el consentimiento informado. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. Se aplicó el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para las variables cuantitativas. Aquellas variables que cumplían los test de normalidad se representaron mediante la media y desviación estándar (variables paramétricas) y las que no a través de la mediana y rango (variables no paramétricas). Las variables cualitativas se representaron mediante porcentajes.

RESULTADOS

Se incluyeron 262 pacientes de 18 UCIPs de España, con una edad mediana de 1 mes (0-23), peso mediano de 4,6 kg (1,4-14) y el 54,6% varones. Estancia en UCIP de 7 días (1-46). Un 26% presentaron factores de riesgo, y un 55% había tomado lactancia materna más de 15 días. Un 5% estaba vacunado con palivizumab. Ingresaron procedente de urgencias (32%), Planta (37%) y otros hospitales (31%). Mediana de días de dificultad respiratoria previo al ingreso de 2 (0-20). La puntuación media en la escala de gravedad fue de 9 (3-15). El 78% fue VRS positivo. El principal motivo de ingreso fue por trabajo respiratorio (65%) seguido de apneas (6,5%). El tratamiento nebulizado fue de adrenalina + SSF (14,5%), adrenalina + SSH3% (9,2%), SSH3% (15%), varios (25%) o ninguno (23%). Un 25% recibieron corticoides y un 56% antibioterapia. PH mediano al ingreso de 7,31 (6,97-7,54) y pCO₂ de 53 (23-116). Un 88% recibió ventilación no invasiva de inicio, con un porcentaje de pacientes intubados del 24%. Hubo 1 exitus (0,4%).

CONCLUSIONES

En nuestra serie se administra una amplia variabilidad de tratamientos nebulizados, probablemente por la falta de evidencia, y se mantiene un porcentaje alto de corticoterapia. Prácticamente la totalidad de pacientes que ingresan en las UCIPs recibieron alguna modalidad de ventilación no invasiva, con una tasa de éxito evidente.

EDUCACIÓN PEDIÁTRICA

VIERNES 2 DE JUNIO • 10:45-11:30 H • SALA 10

CARACTERÍSTICAS DEL USO DE LA TELEVISIÓN Y PANTALLAS EN GENERAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Montse Pons Rodríguez¹, Elodia Alemany Masia¹, Olga Huguet Huguet², Analía C. Zagaglia Campisi³, Silvia Slyvka⁴, Andreeva Bordoy Riera¹

¹Hospital de Manacor, Manacor, Islas Baleares

²CS Artà, Artà, Islas Baleares

³CS Sa Coma, Sa Coma, Islas Baleares

⁴CS Sa Capdepera, Capdepera, Islas Baleares

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La repercusión negativa del abuso o de la introducción demasiado temprana de la TV y otras pantallas está bien documentada. Las principales organizaciones de salud pediátrica recomiendan la introducción de la televisión no antes de los dos años y no más de 1-2 horas diarias, entre otros aspectos.

El objetivo principal del trabajo es conocer los hábitos televisivos y de otras pantallas de los niños de nuestra zona, y analizar las variables que influyen, para poder incidir en un uso adecuado.

MÉTODOS

Estudio transversal realizado mediante la cumplimentación de 2 encuestas por parte de los padres que acudieron a controles de salud no urgentes.

La población elegible del estudio estaba formada por todos los niños de entre 6 meses y 14 años que acudieron a dichas consultas desde 16/01/15 al 16/06/15.

Se excluyeron los niños con patología neurológica, obesos y los pacientes con patología de base moderada-severa.

Una de las encuestas interrogaba sobre los hábitos televisivos del menor y la segunda sobre los del propio progenitor conjuntamente con cuestiones sobre su actitud ante la televisión y pantallas en general.

RESULTADOS

Se realizaron 518 entrevistas. En la **tabla** se muestran algunos de los principales resultados, separados por bloques de edad.

Los resultados en cuanto al uso van en la misma línea que otros estudios.

		< 6 años	> 6 años
EDAD		221	297
SEXO	Femenino	123 (55,7)	164 (55,2)
	Masculino	98 (44,3)	133 (44,8)
EDAD INICIO TV	< 2 años	175 (81,8)	219 (74,2)
	> 2 años	27 (12,6)	76 (25,8)
MINUTOS/DÍA	TV	205; x: 63,5	293; X 95,7
	Pantallas	188; x: 29,4	289; x: 52,5
	TV + pantallas		
TV+/PANTALLAS > 2 HORAS DÍA		51 (28,5)	172 (60,4)
TV DURANTE COMIDA	Desayuno	98 (48,5)	111 (37,8)
	Comida	94 (48,8)	166 (56,7)
	Cena	107 (51)	200 (68)
MIRAR TV SOLO		109 (51,4)	195 (67)
NORMAS FAMILIARES SOBRE USO TV		71 (42,5)	181 (65,3)
TV > 50% DEL TIEMPO EN FUNCIONAMIENTO		114 (52,5)	125 (42,8)
NORMAS FAMILIARES SOBRE USO PANTALLAS		71 (42,5)	181 (65,3)
BENEFICIO	Educativo	127 (64,8)	162 (60)
	Tiempo para los padres	167 (84,8)	246 (89,8)
RECOMEDACION DEL USO POR PROFESIONAL	SI	31 (15,3)	61 (21,7)
	NO	171 (84,7)	220 (78,3)

Números entre paréntesis, se refiere a porcentajes.

Tienen TV en habitación de dormir en un 28% de los casos.

En las cuestiones de aptitud, destacar la falta de normas en un 47% de la muestra (las más frecuentes se refieren a contenidos no adecuados a la edad por violencia o sexo; la inmensa mayoría no restringe tiempo). Más del 80% de los padres refieren que el uso de TV o pantallas por parte de sus hijos les proporciona tiempo libre. Solo un 15% reciben información respecto al uso adecuado.

El nivel de estudios de la madre se relaciona de forma significativa ($p < 0,001$) con un uso de TV o pantallas superior a 2 horas (prueba χ^2).

CONCLUSIONES

El uso excesivo y sin control de la TV y pantallas parece estar influenciado por la falta de conocimientos respecto a estas recomendaciones, la atracción que sienten los niños, la aparente falta de repercusiones en el desarrollo y el alivio que supone para los padres. Incidir en estos aspectos debería formar parte de las estrategias para mejorar el uso de la TV y pantallas en edades infantiles.

HIPERFRECIENTADORES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, ¿ES TODA LA CULPA DE LOS PADRES?

Roi Piñeiro Pérez, Cristina Muñoz Archidona, Marina Mora Sitjà, Diego Hernández Martín, Esther Casado Verrier, Iván Carabaño Aguado

Hospital General de Villalba, Collado-Villalba, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Existe poca información referente al uso excesivo de las urgencias pediátricas. El objetivo principal del estudio es determinar el perfil de los padres y niños hiperfrecuentadores en un hospital de media complejidad y estimar el grado de preocupación de los padres según respuestas a una encuesta telefónica.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y unicéntrico. Se realiza un análisis retrospectivo de los informes de alta en niños con una edad menor o igual a 14 años que realizaron 10 o más consultas en urgencias pediátricas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015. A través de entrevista telefónica, se preguntó a los padres si acudirían o no a urgencias ante 25 supuestos clínicos. Análisis de datos mediante SPSS v22.0.

RESULTADOS

21 niños realizaron 10 o más consultas en nuestro servicio de urgencias pediátricas, que suponen 246 episodios (1,17% del total de urgencias). Edad mediana 1,5 años. 52% varones. 90% nacidos en España. Un 62% de los padres son también españoles, el 75% tiene estudios universitarios o superiores, y el 10% están separados. La relación entre el número de consultas en centro de salud frente al número de consultas en urgencias pediátricas fue inferior a 1 en el 38%. Destacan dos pacientes que no realizaron ninguna consulta en el centro de salud. Solo 9/246 (3,65%) precisaron ingreso. El porcentaje de ingresos en nuestro hospital en 2015, sobre todas las urgencias atendidas, fue del 2,15%. Existió una tendencia a favor del ingreso entre los hiperfrecuentadores, aunque no fue significativa ($p=0,107$). Solo en 74 episodios (30%) fue necesaria una atención que no hubiera podido ser solucionada en Atención Primaria. En la encuesta telefónica, se observa una relación entre los motivos de preocupación de los padres y los antecedentes personales de los niños.

CONCLUSIONES

Determinar qué pacientes son hiperfrecuentadores en una determinada área de salud es una tarea fácil. Contactar con los padres de estos niños y ofrecer consultas de educación sanitaria constituye una opción plausible y eficiente, que contaría con aceptación por parte de la población, mejoraría la calidad percibida y podría ahorrar costes al Sistema Nacional de Salud. Este tipo de consultas informativas constituyen parte de un proyecto que se está implementando en nuestro hospital en 2017.

LACTANCIA MATERNA PROLONGADA EN NUESTRO ÁMBITO, ¿DÓNDE ESTAMOS?, ¿PODEMOS MEJORAR?

Adrián Niembro Méndez, Marta Osuna Marco, Mónica Gómez de Pablos Romero, Teresa Moreno Cantero, Ainhoa Martín Arévalo, Sara Valderrama Arnay

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La lactancia materna por encima del año o lactancia materna prolongada (LMP) parece ser una práctica relativamente poco frecuente en nuestro medio, aun siendo de gran beneficio en el desarrollo. El objetivo es determinar la frecuencia y características de la misma en un hospital secundario.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y realización de encuestas telefónicas, a 495 mujeres que dieron a luz durante el año 2013 en nuestro hospital. Analizando 18 variables, mediante el programa estadístico SPSSv.22.

RESULTADOS

Se analizó a un total de 495 mujeres, de las cuales 331 (66,9%) contestaron a la encuesta. De ellas 95 (28,7%) tuvieron una lactancia superior a 12 meses.

El 68,4% de las madres son de nacionalidad española, con una media de edad de 32 (29-36) años, sin diferencias significativas respecto a las que no siguieron lactancia materna prolongada.

La duración media fue de $20,8 \pm 7,3$ meses. El mantenimiento a los 2 años es de 9,6%. Un 1,86% del total de madres continua con la lactancia a los 3 años, todas presentan edad superior a los 38 años en el momento del parto.

La principal diferencia en cuanto al mantenimiento de la lactancia radica en un 92,3% de actitud óptima o positiva en este grupo, frente a un 58% del grupo que no presentó LMP ($p < 0,001$), aunque el grado de satisfacción es similar en ambos grupos, 8/10.

También se obtuvieron diferencias significativas en los motivos de abandono de la lactancia. Las principales causas antes de los 12 meses fueron, la sensación subjetiva de hipogalactia con un 29% y necesidad laboral 22%; en el segundo año fueron compartidas: decisión del niño 31% y de la madre 27%; mientras que en el tercer año la causa principal fue la decisión materna 64%.

En ambos grupos, la sensación de haber recibido información suficiente fue del 75%, mientras que el 23% refiere haber recibido información contradictoria.

CONCLUSIONES

- En nuestra muestra hay una mayor frecuencia de LMP, respecto a los datos publicados en estudios internacionales, aunque estos son escasos. Un importante número de madres que continúan con la lactancia por encima de los 3 años.
- Es fundamental favorecer una actitud positiva hacia la lactancia, mediante información clara, ya que es un factor principal, para el mantenimiento y éxito de la misma.
- Según avanza la lactancia los factores sociales adquieren mayor importancia, siendo fundamental incidir en ellos.

USO DE EPÓNIMOS EN REVISTAS PEDIÁTRICAS EN ESPAÑOL. ¿ESTÁ CAMBIANDO?

Miguel Ángel Zafra Anta¹, Juan Medino Muñoz¹, Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi², José Ignacio de Arana Amurrio³, Víctor M.³ García Nieto⁴, Fernando Ponte Hernando⁵

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

³CS Pasaia San Pedro, Pasajes, Guipúzcoa

⁴Asociación Española de Médicos Escritores, Madrid

⁵Comité de Historia de la AEP, Santa Cruz de Tenerife

⁶CS A Santa Eugenia de Ribera, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los epónimos se refieren al nombre de una enfermedad, parte anatómica, teoría o técnica formado a su vez con el nombre de una persona o lugar. Constituyen una parte fundamental del lenguaje y de la historia de la medicina y los médicos. Hay cierta controversia sobre su uso, incluso algunos autores proponen prescindir de ellos.

Objetivos: Conocer si los epónimos se utilizan frecuentemente en las revistas pediátricas en español, tanto de España, como de América Latina. Analizar las diferencias en los últimos 10 años.

MÉTODOS

Se analizaron Título y Resumen (TyR) de artículos de 6 revistas españolas (Anales de Pediatría y otras) y 8 latinoamericanas (órganos oficiales de sendas sociedades pediátricas). Años estudiados: 2005, 2006, 2015 y 2016. **Ver Tabla 1.** Se han realizado búsquedas bibliográficas en las páginas web de las publicaciones, y cuando no estuvieron accesibles directamente los contenidos, se recurrió a las referencias disponibles en las bases de datos Dialnet, MEDES, LILACS, PubMed, EMBASE, IBECs. El tratamiento de las referencias se realizó con el software Zotero, para el estadístico, Hoja de cálculo de Google.

RESULTADOS

En total se han localizado 195 epónimos diferentes que aparecen 363 veces en TyR de las publicaciones y años seleccionados (3490 artículos).

Los más frecuentes en términos absolutos: Apgar (15 ocasiones), Down (12), Schönlein-Henoch (8), Crohn/Kawasaki/Wilms (7), Hirschsprung/Turner (6), Beckwith-Wiedemann/Gaucher/Klinefelter (5). Los epónimos estadísticos más usados: Student, Fisher, Mann-Whitney.

En cuanto a categorizaciones: predomina el uso de epónimos para designar enfermedades (síndrome de, enfermedad de, tumor de), en menor medida para es-

tadísticos y herramientas concretas de medición (test de, escala de, prueba de, índice de, score), y finalmente para técnicas sanitarias (maniobra de, operación de, procedimiento de).

Se utilizan más epónimos en las revistas americanas (183 frente a 148) siendo menor en cambio el número de artículos en total (1533 frente a 1957 de las revistas españolas).

Se utiliza más cantidad de epónimos en los años 2015/16 que en 2005/06, aunque en mayor número total de artículos publicados.

Epónimos no-médicos encontrados: Munchausen por poderes, Ulises, Ondine, Lyme, Kabuki.

CONCLUSIONES

Se siguen utilizando los epónimos en la literatura científica pediátrica en español, tanto de España como de Latinoamérica.

Los epónimos más utilizados en artículos (Título y Resumen) de las revistas de Pediatría analizadas hacen referencia a autores insignes y de reconocido prestigio en la investigación en Pediatría del siglo XIX y XX. Actualmente parecen perdurar los llamados epónimos clásicos.

Tabla 1. Epónimos en artículos (título y Resumen) de revistas pediátricas en español

Título	TOTAL ARTÍCULOS	Año 2005	Epónimos	Año 2006	Epónimos	Año 2015	Epónimos	Año 2016	Epónimos	TOTAL EPÓNIMOS
Acta pediátrica española	338	75	6	101	4	87	10	75	5	25
Anales de pediatría	649	29	5	137	11	305	21	178	18	55
Archivos argentinos de pediatría	486	91	24	100	13	104	16	191	20	73
Archivos de Pediatría del Uruguay	187	45	2	69	2	31	1	42	1	6
Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría	76	27	4	24	0	25	0	17	2	6
Pediatría (Asunción)	61	12	3	12	1	21	6	16	0	10
Pediatría atención primaria	355	68	3	90	5	98	6	99	9	23
Pediatría integral (Madrid)	273	24	0	41	5	130	4	78	5	14
Revista chilena de pediatría (En línea)	273	74	9	75	7	70	17	56	5	38
Revista cubana de pediatría (En línea)	181	37	7	42	8	59	6	43	4	25
Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría	89	30	5	38	5	21	1			11
Revista española de pediatría	195	48	4	48	3	56	1	42	3	11
Revista mexicana de pediatría (En línea)	180	64	4	63	5	28	3	25	2	14
Revista Peruana de Pediatría (Lima)				16						0
Cirugía pediátrica	147	43	5	54	8	41	5	9	2	20
TOTALES	3490	667	81	910	77	1076	97	871	76	331

ENDOCRINOLOGÍA

JUEVES 1 DE JUNIO • 15:45-17:30 H • SALA 12

ACRODISOSTOSIS CON RESISTENCIA HORMONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marc Lluís Clapers Vidal¹, Lisa Bianco¹, Ariadna Campos Martorell¹, Guiomar Pérez de Nanclares Leal², Inmaculada Caubet Busquets³, María Clemente León¹

¹Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona

²OSI Araba Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava

³Hospital Val d'Aran, Vielha, Lleida

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso clínico singular de un paciente visitado en consultas de endocrinología pediátrica por talla baja con braquidactilia, hipotiroidismo periférico y aumento de hormona paratiroidea (PTH). La acrodisostosis y la osteodistrofia de Albright son osteocondrodisplasias producidas por mutaciones, a diferentes niveles, en las vías de señalización de la proteína G α , que pueden asociar una resistencia hormonal. Este caso refleja la importancia del examen físico y del conocimiento básico de las distintas osteocondrodisplasias en la evaluación inicial de un paciente con talla baja.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 3 años, padres marroquíes no consanguíneos. Nacida a término con BPEG, PN 2.360 g (-2.2 DE) y talla 45 cm (-2.7 DE). Correcto desarrollo psicomotor. Antecedentes de bronquitis de repetición sin tratamiento de base. Es remitida por presentar talla baja con aplanamiento progresivo de la curva de talla en los últimos 12 meses.

Exploración física: peso 14,7 kg (-0,61 DE), talla 88,9 cm (-3 DE), cuello corto, raíz nasal ancha, paladar ojival, braquidactilia generalizada muy llamativa, manchas café con leche en axila, brazo izquierdo y cuello y efélides axilares. Estadio Tanner 1.

Exploraciones complementarias:

- Hemograma, bioquímica (incluido fósforo y calcio) normales.
- Serie esquelética: braquidactilia grave y generalizada con epífisis proximales de falanges en forma de cono. No calcificaciones subcutáneas. Edad ósea avanzada de 5-6 años.
- Analítica hormonal: hipotiroidismo primario con TSH 11.1 μ UI/mL (VN 0.6-6.2mU/L) y T4L 1.13ng/dL (VN 0.8-1.76ng/dL), anticuerpos anti-tiroglobulina y anti-tiroideos negativos; PTH 200 pg/mL (VN 14.5-87.1pg/mL) con Calcidiol 16.2 ng/mL (VN 20-80 ng/mL). IGF1 177ng/ml (VN 46.1-281.5 ng/mL) e IGFBP3 3.1 μ gr/mL (VN 0.8-4.7 μ gr/mL); cortisol normal.

- Cariotipo 46XX.

Diagnóstico diferencial: se realiza diagnóstico diferencial de las osteocondrodisplasias con braquidactilia y alteraciones hormonales orientando la paciente como osteodistrofia de Albright versus acrodisostosis con resistencia hormonal (ACRDYS1). El diagnóstico genético confirma el diagnóstico de acrodisostosis con resistencia hormonal, presentando la mutación R368* en heterocigosis en el gen PRKAR1A.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La aproximación inicial de un paciente con talla baja y braquidactilia debe incluir el estudio hormonal en busca de hipotiroidismo no autoinmune y/o resistencia hormonal múltiple que oriente hacia pseudohipoparatiroidismo. Con dichas características el fenotipo más frecuente y conocido es la osteodistrofia de Albright pero generalmente en este caso la braquidactilia se limita al 4º y 5º metacarpianos y falange distal de primer dedo. En la acrodisostosis la braquidactilia es más grave y generalizada y existen otros cambios radiológicos que pueden ayudar en el diagnóstico diferencial. El estudio genético establecerá el diagnóstico definitivo.

ANOMALÍAS DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Laura Cuadrado Piqueras, Antonio de Arriba Muñoz, Marta Ferrer Lozano, Isabel Mirallas Romanillos, Gloria Miguel Llordes, José Ignacio Labarta Aizpún

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las ADS (Anomalías de Diferenciación Sexual) constituyen un grupo de patologías poco frecuente con un fuerte impacto en la salud física y emocional. El objetivo es describir las características de los pacientes controlados en Endocrinología Pediátrica de un hospital por ADS. Clasificarlos según el último Consenso de ADS 2006. Analizar su evolución, patologías asociadas y rentabilidad de los estudios genéticos realizados.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, descriptivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes con sospecha de ADS desde la base de datos de la Unidad, de la que se dispone desde el 2012. Se han excluido pacientes oncológicos, Síndrome Prader Willi, Turner, y criptorquidias unilaterales.

RESULTADOS

Muestra de 89 pacientes: 4 ADS con anomalías de los cromosomas sexuales, 15 ADS 46XX, 70 ADS 46XY. El motivo de consulta más frecuente es la ambigüedad genital en mujeres y la criptorquidia en varones. La media de edad a la que son remitidos es 3,35 años, 28,9% al nacimiento. Las causas más frecuentes de ADS son las anomalías del desarrollo gonadal en mujeres y las anomalías en la acción de andrógenos en varones. Se analizan los antecedentes perinatales, existiendo un 15,7% de PEG y en 28% patología perinatal asociada. En tres casos ha habido reasignación de sexo a varón (una quimera ovotesticular 46,XX, un defecto de la 17-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo III 46,XY y una ADS 46,XY con trastorno en la síntesis de testosterona). Las determinaciones basales de gonadotropinas no son discriminativas entre los 6 meses y la pubertad y los test de estímulo LHRH no aportan ningún valor añadido a las determinaciones basales. Se ha encontrado alteración genética relacionada con la ADS en 8 pacientes (8,9%), habiéndose realizado 22 estudios genéticos específicos para genes implicados en ADS (24,7%). El 28% (25) han presentado alguna patología asociada en su evolución, las más frecuentes: sobrepeso (18%), retraso psicomotor (14,6%), talla baja (10%).

CONCLUSIONES

Los pacientes remitidos presentan un amplio rango de edad. El motivo de consulta más frecuente es la ambigüedad genital en mujeres y la criptorquidia en varones. Las causas más frecuentes son las anomalías del desarrollo gonadal en mujeres y las anomalías en la acción de andrógenos en varones. Existe un 15,7% de PEG y un 28% presentan patología asociada. El cariotipo es imprescindible para confirmar cualquier diagnóstico. Se necesitan más análisis genéticos moleculares para dar una distribución más precisa de las etiologías de las ADS.

ADS ANOMALÍAS DE CROMOSOMAS	Frecuencia	Porcentaje
Disgenesia gonadal mixta mosaico 45X0/46XY	2	50
Quimera ovotesticular 46XX/46XY	1	25
Klinefelter (47 XXY) +Déficit 17-desmolasa	1	25
Total	4	100

ADS 46XX	Frecuencia	Porcentaje
ANOMALÍAS DEL DESARROLLO GONADAL		
Quimera ovotesticular 46XX	3	20
Disgenesia gonadal 46XX	1	6,7
EXCESO DE ANDRÓGENOS		
HSC déficit 21-Hidroxilasa	2	13,3
HSC déficit 3-β-hidroxiesteroide deshidrogenasa forma no clásica	1	6,7
MALFORMACIONES UROGENITALES		
Sd. Rokitansky	2	13,3
OTROS		
Hipertrofia clítoris aislada	4	25
Hipogonadismo hipergonadotrofo	1	6,7
Sd. Kallman	1	6,7
Total	15	100,0
ADS 46XY	Frecuencia	Porcentaje
ANOMALÍAS DEL DESARROLLO TESTICULAR		
Disgenesias gonadales.		
-Síndrome de Swyer	1	1,4
-Disgenesia gonadal parcial 46XY	2	2,8
-Mutación en gen SF-1	1	1,4
ANOMALÍAS EN LA ACCIÓN DE LOS ANDRÓGENOS		
a.- Por déficit en la síntesis de testosterona		
HSC déficit 3βhidroxideshidrogenasa	1	1,4
Forma clásica	1	1,4
Forma no clásica		
Déficit 17-ceto-reductasa	1	1,4
Trastorno en la biosíntesis de testosterona no filiado	1	1,4
b.- Por anomalía en la acción de los andrógenos		
Resistencia completa a andrógenos	1	1,4
Resistencia parcial a andrógenos	3	4,2
Insuficiente virilización por exposición a progestágenos (yatrogenia materna)	1	1,4
OTROS		
Criptorquidia aislada	37	52,8
Hipo genitalismo	7	10
Hipospadias aislado	5	7,1
Hipogonadismo hipogonadotrofo	5	7,1
Hipogonad. hipergonadotrofo; Extrofia cloacal	2	2,8
Micropene idiopático	1	1,4
Total	70	100

BENEFICIO DE LA METFORMINA EN EL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN LA OBESIDAD INFANTIL

Estefanía Ruiz González, Isabel M.^a Calvo Morales, Pablo Ruiz Ocaña, Nuria Buero Fernández, Patricia Salazar Oliva, Alfonso M.^a Lechuga Sancho

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad es un problema relevante de salud en pediatría, por el alto riesgo de complicaciones que asocia en la infancia, y por el mayor riesgo de morbi-mortalidad en la vida adulta. Uno de los factores que se asocia al incremento del riesgo de morbi-mortalidad es la resistencia insulínica, por lo que su identificación y tratamiento en edades tempranas debe ser prioritario. La metformina es una biguanida que mejora la sensibilidad a la insulina, fundamentalmente a través de sus efectos hepáticos, pero su indicación en pediatría aún se discute.

Nuestro objetivo es revisar la eficacia de la metformina en cuanto a la mejora del metabolismo hidrocarbonado y el IMC en niños obesos con resistencia insulínica que recibieron metformina como tratamiento off-label.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes menores de 14 años actualmente, en seguimiento por obesidad, que tuvieran un IMC $> + 2$ DE, con mala respuesta a la modificación de hábitos de vida tras dos años de seguimiento, y con resistencia insulínica definida como iHOMA $> + 3.5$ DE. Excluimos pacientes con obesidades orgánicas, y con un tiempo de tratamiento con metformina inferior a 6 meses.

RESULTADOS

Incluimos 22 pacientes (10 varones), de los que 15 habían recibido metformina, durante al menos 6 meses. La media de duración del tratamiento con metformina fue de 13 meses. El 13% de los pacientes abandonó el tratamiento en alguna ocasión, aunque todos ellos continuaron el tratamiento posteriormente. El 20% de los pacientes manifestaron intolerancia digestiva como único efecto adverso y en general tolerable.

El iHOMA disminuye significativamente en el grupo tratado con metformina, (con una reducción del iHOMA de 3,67 en el grupo tratado frente 0,91 en el grupo no tratado). El grupo tratado con metformina presentó también una reducción del Z score del IMC (disminución de 0,68 DE en el grupo tratado frente a 0,09 DE en el grupo no tratado).

CONCLUSIONES

En los pacientes tratados con metformina, encontramos una disminución clara del iHOMA, lo que traduce una mejoría significativa del metabolismo hidrocarbonado, que no se ha encontrado en el grupo sin tratamiento.

El tratamiento con metformina logró disminuir significativamente el IMC en DE, mientras que en el grupo sin tratamiento tiende a disminuir, pero sin diferencias significativas.

Siguen siendo necesarios estudios a más largo plazo para comprobar si efectivamente esto supondría una disminución del riesgo CV asociado en la edad adulta.

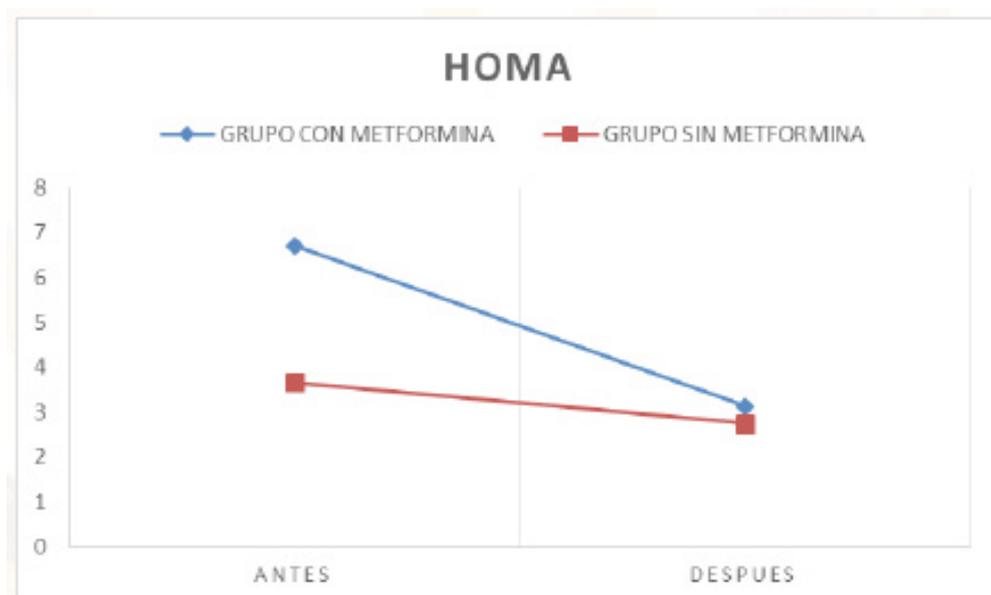
BENEFICIOS DEL INGRESO MOTIVACIONAL EN OBESIDAD INFANTIL GRAVE: EL CAMBIO DE TENDENCIA

Montserrat Pascual Torres, María Hernández Camiña, Anna Cortesi, Elena Sacristán Salarich, Albert Feliu Rovira, Joaquín Escribano Subías

Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad infantil es un problema de salud creciente en nuestra sociedad. Se conoce que los niños con aumento del IMC (obesidad o sobrepeso) tienen más probabilidad de ser obesos en la edad adulta y por consiguiente de padecer enfermedades como la diabetes o enfermedades cardiovasculares. Es por ello que hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.



Desde nuestra experiencia en las consultas de Endocrinología Pediátrica y Nutrición se ha establecido un modelo de tratamiento para los pacientes obesos basado en entrevistas motivacionales (OBEMAT).

Con este modelo se obtuvieron excelentes resultados para el 75,6% de los pacientes obesos (IMC >3 SD), sobre los cuales se logró una disminución de IMC de 0,84 desviaciones estándar (SD) tras un año de seguimiento. Existía, sin embargo, un 24,4% de pacientes que no se conseguían adherir a la fase motivacional y seguían aumentando su IMC.

MÉTODOS

Para este grupo de pacientes se ha diseñado un ingreso hospitalario corto, con una estancia media de 6 días. Durante el ingreso se realiza un abordaje multidisciplinar de la obesidad grave que incluye a los servicios de Pediatría, Nutrición, Medicina del deporte, Rehabilitación y Psiquiatría infantil con el objetivo de reforzar las bases para unos adecuados hábitos de salud.

Realizamos una revisión de los pacientes que han realizado un ingreso motivacional con el objetivo de definir el perfil de pacientes candidatos a este tipo de ingreso, y analizamos la tendencia del IMC tanto antes como después del ingreso.

RESULTADOS

Presentamos los resultados preliminares que analizan el perfil de los 17 obesos que se han sometido a un ingreso motivacional en nuestro centro: el IMC medio era de 4,4 SD, con un tiempo de seguimiento en consultas de 27 meses y escasa respuesta (disminución de IMC de 0,13 SD/año). Observamos que, en este grupo, tras el ingreso motivacional, se consiguió un cambio de tendencia del IMC que pasó a disminuir 0,58 SD al año, con una media de seguimiento posterior al ingreso de 20 meses.

CONCLUSIONES

El ingreso motivacional puede ser un recurso beneficioso en obesos graves que responden mal a las terapias habituales, siendo una alternativa a considerar cuando todas las demás estrategias no han funcionado.

CARACTERÍSTICAS DE LA OSTEOGÉNESIS TIPO VI Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB

Belén Sagastizabal Cardelus, Sara Guillén Martín, Beatriz Soto Sánchez, Diego Bautista Lozano, Silke Bianca Kirchscläger Nieto, Andrés Alcaraz Romero

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid

INTRODUCCIÓN

La Osteogénesis Imperfecta (OI) tipo VI, forma grave de OI, de herencia AR, está causada por mutaciones en el gen SERPINF1 que codifica el factor derivado del epitelio (PEDF). Presentan un defecto grave en la mineralización (la histología ósea muestra un patrón en escamas de pescado con abundante osteoide no mineralizado), lo que explica la escasa respuesta al tratamiento con bifosfonatos. Denosumab es un anticuerpo monoclonal humano que actúa inhibiendo la resorción ósea mediante el bloqueo de RANKL en el preosteoclasto. Presentamos las características clínicas y evolución de 2 pacientes con OI tipo VI tratados con Denosumab (Prolia).

RESUMEN DEL CASO

Caso 1: varón de 13 años. Al nacer presenta fractura diafisaria bilateral de tercio proximal de ambos fémures y a partir de los 18 meses de vida presenta múltiples fracturas, incluidos aplastamientos vertebrales. De junio del 2006 a octubre del 2011 recibe 18 ciclos de Pamidronato y 2 ciclos de Zoledronato. Inicia tratamiento con denosumab en junio de 2013.

Caso 2: varón de 7 años y medio con diagnóstico inicial de maltrato en otro centro. Primera fractura a los 3 meses y 11 fracturas más, antes del inicio de tratamiento con bifosfonatos. Recibe tratamiento con pamidronato (5 ciclos) y posteriormente Zoledronato (4 ciclos) desde 2012 hasta 2016. Inicia tratamiento con Denosumab en Junio de 2016.

Ambos tienen escleras blancas y no presentan dentinogénesis. Ambos presentan mutación en homocigosis en gen SERPINF1 (padres portadores).

En el caso 1 se ha objetivado un descenso del número de fracturas, así como una recuperación más rápida de las mismas. La densidad mineral ósea ha aumentado significativamente y su calidad de vida ha mejorado ostensiblemente. El segundo caso, con solo tres ciclos admistrados el número de fracturas ha disminuido. Como efectos adversos solo se ha registrado hipocalcemia asintomática en primera infusión con elevación de paratohormona a los 5 días de la infusión.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Denosumab es un agente antirresortivo, que se administra por vía subcutánea y se elimina a los 3 meses de su administración, lo que no ocurre con los bifosfonatos (permanecen hasta 10 años en el hueso), reduciendo los posibles efectos adversos a largo plazo. La respuesta en nuestros 2 pacientes ha sido muy satisfactoria, similar a las encontradas en otras publicaciones. Actualmente se considera el tratamiento de elección en la OI tipo VI y una posible alternativa terapéutica para niños con otros tipos de OI ó con otras causas de osteoporosis.

DEBUT DIABÉTICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS

Elena Cuadrado López, Elena Gastaldo Simeón, Ana Amat Madramany, Andrea Infante Sedano, Raquel García Rellán, Armando Maruenda Jiménez

Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diabetes tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en edad infantil. Su incidencia varía según zonas, en España se estima una incidencia en población pediátrica de 15/100.000 habitantes, últimamente se ha observado una tendencia al aumento de la incidencia, principalmente en menores de 5 años. La clínica al debut es variable. Entre 25-40% asocian cetoacidosis diabética (CAD) al diagnóstico. El objetivo de este estudio es analizar las características del debut diabético de nuestra población pediátrica los últimos 17 años.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo que analiza las características del debut diabético entre Enero 1999 y Diciembre 2016, en población pediátrica con diagnóstico de DM tipo 1 de un hospital comarcal.

RESULTADOS

En el periodo descrito debutaron en nuestro hospital 97 pacientes. El 54,64% fueron varones, con una edad media al debut de 8,5 años. La mayoría se diagnosticaron en los meses de primavera. Presentaban antecedentes familiares de diabetes el 55,29% de pacientes, mayor asociación con DM tipo 2. Media de 27 días desde la presentación de síntomas hasta consulta, sólo el 19,7% de los familiares sospechó diabetes por la sintomatología. La mayoría fueron diagnosticados

por su pediatra y remitidos a Urgencias hospitalarias. El 93,67% consultó por la clínica clásica de poliuria, polidipsia y polifagia asociada o no a otros síntomas. Debutaron con CAD el 42,6% (leve 19,14%, moderada 20,22% y grave 8,98%), el 20,4% de las CAD eran pacientes menores de 5 años. Se observó un descenso de la presentación con CAD los últimos años de estudio. Requirieron traslado a UCI el 9,68% de CAD. Ninguno presentó complicaciones mayores al debut. Media de días de ingreso 4,68, influido por la presencia de CAD y la edad del paciente. La glucemia media inicial fue de 462,8mg/dl con pH medio de 7,25, la hemoglobina glicosilada media al diagnóstico fue de 11.69% y el péptido C de 0.3. Presentaban positividad para anticuerpos anti islotes pancreáticos y/o anti insulina el 53.68% de los pacientes, 10,3% hipotiroidismo asociado.

CONCLUSIONES

- La edad fue un factor importante en la presencia de debut con CAD, por su mayor dificultad diagnóstica.
- La presentación como CAD disminuyó los últimos años, también el tiempo hasta consulta. La educación sobre la diabetes, puede implicar un diagnóstico más precoz evitando la CAD, y por tanto disminuyendo las complicaciones y el tiempo de ingreso.

DETECCIÓN DE TRES CASOS DE DÉFICIT DE LIPASA ÁCIDA LISOSOMAL EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA, TRANSAMINITIS Y HEPATOMEGALIA PERSISTENTE

M.ª Ángeles Mate García¹, Rosangela Tomasini², Jordi Anglada Barceló², Francesc Molina Jiménez¹, Cristina Molera Busoms³, Roger García Puig²

¹CAP Terrassa Sud, Terrassa, Barcelona

²Hospital Universitario Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona

³Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Presentamos el caso de 2 pacientes gemelas afectas de hipercolesterolemia, hepatoesplenomegalia, y transaminitis asociadas, diagnosticadas de Déficit de Lipasa Ácida Lisosomal (LAL-D).

El déficit de LAL es una enfermedad rara causada por defectos del gen LIPA y de transmisión autosómica recesiva. Su deficiencia resulta en una acumulación de ésteres de colesterol en el hígado, intestino y paredes de los vasos sanguíneos.

MÉTODOS

Se trata de 2 niñas gemelas de 10 años de edad afectas de hipercolesterolemia y transaminitis con hepatomegalia e hipotiroidismo.

Los padres son consanguíneos y la madre presenta hipercolesterolemia e hipotiroidismo.

Controladas inicialmente por Gastroenterología por dolor abdominal recurrente, transaminitis, hepatomegalia e hipercolesterolemia.

El tratamiento inicial fue dieta y Colestipol. Desde los 7 años seguimiento en Endocrinología iniciando tratamiento con Resinas y por respuesta insuficiente se inicia Sinvastatina, y después Pravastatina que se suspenden para descartar relación con la transaminitis. Ante la no mejora sin estatinas, se reinicia tratamiento con Rosuvastatina.

Al no cumplir criterios estrictos de hipercolesterolemia familiar, y ante la asociación de hipercolesterolemia con transaminitis y hepatomegalia, se sospecha Déficit de LAL.

RESULTADOS

Actividad de LAL en gota de sangre seca: niña 1: 0,02 nmol/punch/h; niña 2: 0,05 nmol /punch/h. La actividad enzimática relativa a la población de referencia es de 1,6 y 4% respectivamente. El diagnóstico se confirma genéticamente, mediante el análisis del gen LIPA mediante secuenciación bidireccional, identificando mutación en homocigosis (la sustitución de una G por una A c.894 G>A) variante genética de carácter patogénico relacionada con el LALD en ambas gemelas, y en la madre, con diagnóstico en cascada inversa. El padre es portador en heterocigosis.

Posteriormente se derivan a la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital Vall d'Hebron, donde se repite ecografía hepática: niña 1: hígado aumentado de tamaño de forma difusa, y esplenomegalia de 127 mm homogénea por hipertensión portal, niña 2: igual.

Se realiza también biopsia hepática de las 2 pacientes: niña 1: estadio de Fibrosis Ishack: 5. Niña 2: estadio: 4 y hallazgos histológicos compatibles con déficit de LAL-D.

Actualmente en espera de inicio de tratamiento médico (terapia de reemplazo enzimático).

CONCLUSIONES

Es importante la sospecha diagnóstica de esta enfermedad ya que, en los casos severos, los niños desarrollan una hepatomegalia con fibrosis importante con insuficiencia hepática crónica antes de la edad adulta, que puede requerir trasplante hepático.

DIABETES MELLITUS TIPO MODY: SOLO CONOCEMOS LA PUNTA DEL ICEBERG

Cristina García Aparicio, Elia Zoido Garrote, Laura Nathalia Guevara Caviedes, M.ª Pilar Puerta Pérez, Carlos Ocaña Alcober, Laura Regueras Santos

Complejo Asistencial Universitario de León, León

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Diabetes Mellitus tipo Mody (DM Mody) se define por hiperglucemia no cetósica en pacientes no obesos generalmente antes de los 25 años con antecedentes de diabetes en una rama familiar. Se debe a una mutación en un gen implicado en el desarrollo y/o la función de las células β pancreáticas. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes seguidos en Endocrinología infantil por DM Mody.

MÉTODOS

Análisis descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias de los niños menores de 14 años diagnosticados de DM Mody en nuestro centro. Se analizan: datos epidemiológicos generales, características clínicas y evolución.

RESULTADOS

Presentamos 5 casos (3 mujeres y 2 varones) 4 con DM Mody2 y 1 DM Mody3. La mediana de edad al diagnóstico fue de 7 años, (18 meses-10 años). Todos presentaban al menos 1 pariente diabético en cada generación dentro de la misma rama familiar, catalogados la mayoría de diabetes tipo 2. El parto eutócico, peso y talla al nacimiento alrededor del P50 en todos. El motivo más frecuente de derivación a Endocrinología pediátrica fue hiperglucemia asintomática detectada de forma casual. Ninguno refería clínica de poliuria, polidipsia o polifagia. La Hb glicosilada media en la 1ª consulta fue de $6,1 \pm 0,41$ %. Salvo un paciente con hipercolesterolemia e hipotiroidismo, el resto presentaban perfil lipídico, hepatorenal y tiroideo normales con autoinmunidad pancreática negativa. El test de SOG se realizó en 3 con alteración de la tolerancia a la glucosa oral en 1 (glucemia basal 117 mg/dl y a los 120 minutos 186 mg/dl). Salvo esta paciente con sobrepeso y SOG patológica que precisó metformina, el resto continúa con dieta pobre en hidratos de carbono y ejercicio, con buena evolución sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El incremento de pruebas complementarias que solicitamos en consultas o en urgencias y la fácil disponibilidad de glucómetros capilares, nos ha permitido

detectar con precocidad hiperglucemias asintomáticas en pacientes aparentemente sanos. Ésto constituye un motivo frecuente de derivación a la consulta de Endocrinología pediátrica.

Ante un niño con hiperglucemias no cetósicas, asintomático y antecedentes familiares de Diabetes Mellitus tipo 2 o gestacional, debe hacernos sospechar y dudar el diagnóstico de los anteriores, por que quizá nos encontramos ante un caso más de DM Mody.

EFFECTO DE LA DIETA SIN GLUTEN EN EL PERFIL LIPÍDICO DE LOS NIÑOS CON ENFERMEDAD CELÍACA Y DIABETES MELLITUS TIPO I

Enrique Guerra Vilches, Corina Isabel Márquez Romero, Raquel Barrio Castellanos, María Martín Frías, Cristina Camarero Salces, M.^a Belén Roldán Martín

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La asociación entre niveles bajos de colesterol HDL (C-HDL) y aumento del riesgo cardiovascular es bien conocida. Estudios recientes han demostrado que los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y enfermedad celíaca (EC) asociada no tratada tienen niveles de C-HDL bajos. Se sugiere que la inflamación intestinal reduciría los niveles de apolipoproteína A1 (parte fundamental de la estructura del HDL) en los pacientes con EC.

Estudiar el perfil lipídico en una muestra de niños y adolescentes con DM1 y EC asociada y su evolución con dieta sin gluten (DSG) con el fin de valorar el posible beneficio del adecuado cumplimiento de la dieta sobre los niveles de lípidos, en particular del C-HDL.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo realizado a través de la revisión de historias clínicas de 21 pacientes con DM1 y EC en seguimiento en nuestro centro, con edades al diagnóstico de DM1 entre 1 y 11,9 años ($4,93 \pm 3,75$ DE), 7 varones y 14 niñas. Diagnosticados de EC mediante serología y biopsia compatibles entre los 1,5 y 14,1 años ($5,94 \pm 3,98$ DE). Se recogen los datos correspondientes al perfil lipídico al menos un mes tras el debut y control de la DM1, un año antes del diagnóstico de la EC, al diagnóstico de la EC, y un año después de iniciada la DSG. El cumplimiento de la dieta se controló mediante la monitorización de los niveles de anticuerpos anti-transglutaminasa (tTG-IgA). El análisis estadístico se realizó con el programa R versión 3.3.2. Datos expresados en media y desviación estándar, comparaciones realizadas con ANOVA.

RESULTADOS

Los niveles de C-HDL (mg/dl) al momento del diagnóstico de la DM1 ($39,7 \pm 14,8$) y EC ($37,4 \pm 13,3$ mg/dl) fueron inferiores a los encontrados al año de iniciada la DSG ($57,7 \pm 13,6$) ($p < 0,00695$), con una mejoría del 54,1%. Los niveles de triglicéridos se redujeron un 47,5% desde el control posterior al debut de la DM1 hasta un año de iniciada la DSG. No se encontraron diferencias significativas en el análisis de los niveles de colesterol total y C-LDL.

CONCLUSIONES

La DSG mejora los niveles de C-HDL y el perfil lipídico en los pacientes con DM1 después del diagnóstico de EC, lo que podría traducirse en un beneficio sobre el futuro riesgo cardiovascular.

(mg/dl)	Dx DM1	1 año antes dx EC	Dx EC	1 año tras DSG	p
Colesterol	$166 \pm 30,4$	$172 \pm 40,7$	$155,6 \pm 31,8$	$169,4 \pm 21,5$	$p=0,99$
C-LDL	$108,5 \pm 95,4$	$108,6 \pm 44,1$	$99,5 \pm 26,6$	$97,6 \pm 19,5$	$p=0,238$
C-HDL	$39,7 \pm 14,8^*$	$47,7 \pm 16,6$	$37,4 \pm 13,3^*$	$57,7 \pm 13,6^*$	$p=0,00695$
TG	$118,5 \pm 95,5^*$	$76,7 \pm 45,8$	$94 \pm 32,6$	$56,3 \pm 15,9^*$	$p=0,00577$

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE TURNER

M.^a Carmen López Castillo¹, Laura Galán Bueno², Elena Godoy Molina¹, Juan Pedro López Siguero¹

¹Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

²Hospital Infantil de Badajoz, Badajoz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Conocer la situación clínica y el seguimiento que reciben las pacientes afectas de Síndrome de Turner (ST) que han sido dadas de alta de los servicios de Endocrinología pediátrica.

MÉTODOS

Cuestionario por email con recordatorio a los dos meses a las pacientes de la consulta de Endocrinología de nuestro centro (de tercer nivel) y a las asociaciones de pacientes a nivel Nacional. El cuestionario

consta de: datos demográficos, cariotipo, tratamiento con GH, situación de salud actual y tipo de seguimiento médico.

RESULTADOS

Estudiamos 37 mujeres con una edad media $29,5 \pm 9,2$ años. Los datos demográficos y de tratamiento con GH se detallan en la **tabla 1**. No hay diferencias estadísticamente significativas entre haber recibido o no GH y la talla, peso, IMC o calidad de vida. El cariotipo es: 51,4% 45X0, 21,6% mosaico, y el resto lo desconocen.

En alusión al nivel formativo alcanzado, el 86,4% tiene una formación media-alta (formación profesional, bachiller o universidad), destacando un 45,9% con formación universitaria. El 51,4% estudia actualmente y el 27% trabaja. Un 8,1% están jubiladas y un 13,5% desempleadas.

La mayoría (73,0%) residen en domicilio paterno, un 10,8% en pareja, un 5,4% vive sola, y el 10,8% comparte piso. Un 21,6% tiene pareja sentimental.

Tabla 1. Características iniciales y de seguimiento de las pacientes con síndrome de Turner

		RESULTADOS
Edad media actual		$29,5 \pm 9,2$ años (rango 17-48)
Edad media al diagnóstico		$6,9 \pm 5,6$ años (0-19)
Datos auxológicos	Talla	$150,6 \pm 7,6$ cm (rango 130-168)
	Peso	$56,2 \pm 13,2$ kg (rango 39-110)
	IMC	$24,9 \pm 5,9$ kg/m ² (rango 15,6-48,9)
Tratamiento con GH		73%
	Edad media inicio	$8,9 \pm 3,4$ años (rango 3-14)
	Duración	$7,0 \pm 4,2$ años (rango 1-19)
	Edad media fin	$16,0 \pm 2,8$ años (rango 11-26)
	Talla tratadas	$149,9 \pm 7,5$ cm
	Talla no tratadas	$152,4 \pm 8,0$ cm
Comunidad de procedencia	Andalucía	29,7%
	Extremadura	22,2%
	León	11,1%
	Valencia	11,1%
	Madrid	8,3%
	Cataluña	8,3%
	Galicia	2,8%
	País Vasco	2,8%
	Ceuta	2,8%

Un 89,2% toma algún tipo de fármaco, siendo el más frecuente la terapia hormonal sustitutiva (81,1%). El resto son: calcio (27,0%), hormonas tiroideas (24,3%), antidepresivos y/o ansiolíticos (16,2%), antidiabéticos (8,1%), antihipertensivos (8,1%) e hipolipemiantes (8,1%).

Las manifestaciones asociadas son: oftalmológica 35,1%, hipotiroidismo 35,1%, patología ORL en el 27,0%, patología ósea 24,3%, trastornos ansioso/depresivos 24,3%, cardiopatías congénitas 24,3%, hipertensión 13,5%, dislipemia 10,8%, diabetes 5,4% y celiacía 2,7%.

En el último año manifiestan haber acudido: el 83,8% a su médico de cabecera, el 73,0% al endocrinólogo, el 45,9% al cardiólogo, el 40,5% al otorrino, el 37,8% al ginecólogo, el 27,0% al oftalmólogo, el 27,0% al psicólogo/psiquiatra, el 18,9% al dermatólogo y el 5,4% al cirujano y un 5,4% al reumatólogo.

CONCLUSIONES

Un 73% pacientes han recibido tratamiento con GH sin encontrar diferencias, posiblemente por mayor talla inicial en las pacientes sin GH. La mayoría de las mujeres alcanzan un buen nivel de educación. Destacar el hipotiroidismo y las alteraciones oftalmológicas como patologías frecuentemente asociadas al ST. El seguimiento en la edad adulta es muy heterogéneo.

ENFERMEDADES INTERCURRENTES EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO I EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Víctor Adán Lanceta, Ainhoa Jiménez Olmos, Laura Cuadrado Piqueras, M.^a Rosario Rubio Abella, Marta Ferrer Lozano, Gracia M.^a Lou Francés

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Ante enfermedades intercurrentes (EI) los pacientes afectados de Diabetes Mellitus tipo I (DM1) requieren un control intensivo para evitar complicaciones agudas (descompensación metabólica o hipoglucemia) provocadas por las variaciones de las necesidades de insulina.

MÉTODOS

Se realiza estudio descriptivo a partir de las variables extraídas de una revisión de EI en paciente con DM1 que acudieron a Urgencias de un Hospital pediátrico

terciario durante 2 años considerando los pacientes controlados en la Unidad pediátrica de nuestro Hospital (290) y el control-seguimiento telefónico de 24h facilitado.

RESULTADOS

Se observaron 67 consultas de 41 pacientes, 39% mujeres y 61% varones con edad media de 6,31 años. 34,3% acudieron por vómitos; 11,9% por gastroenteritis aguda; 5,9% por infección de vías respiratorias altas y fiebre; 4,5% por cefaleas, bronquitis aguda y dolor abdominal. El 88% de los pacientes utilizaban pauta de MDI (múltiples dosis de insulina) mediante análogos de insulina lenta basal y rápida para bolus, y un 12% portaban infusión subcutánea de insulina (ISCI). La media de glucemia fue de 132 mg/dl y la mediana de 166 mg/dl. Se realizó determinación de cuerpos cetónicos (CC) a un 61,2% y solo el 14,9% presentó > 1,5 mmol/l. Un 26,8% presentó hiperglucemia > 200 mg/dl que pudiera precisar dosis correctora con insulina según índice de sensibilidad. Glucemia con > 250 mg/dl > 1,5 mmol/l de CC solo se presentó en un 4,5%. Un 1,5% de los casos presentó cetoacidosis diabética. Un 7,5% presentaba hipoglucemia < 70 mg/dl. Se realizó gasometría capilar en un 32,8% de los casos, presentando alcalosis metabólica un 10,4% de los pacientes. Y acidosis metabólica con pH < 7,30 solo presentó un 1,5% que presentó además cetoacidosis. Un 46% de los pacientes fueron monitorizados y tratados en Sala de Observación. Un 4,4% precisaron perfusión intravenosa de insulina y un 22,4% corrección con insulina rápida. Ingresaron un 22,4% de los cuales un 46,7% (10,4% del total) ingresaron para control del tratamiento insulínico y de la EI. Un 1,5% de los pacientes llevaban ISCI y se modificó la basal programada según niveles de glucemia.

CONCLUSIONES

El buen control glucémico y de la cetonemia, el ajuste del tratamiento según necesidades de insulina, y una nutrición e hidratación adecuada son pilares de la asistencia ante EI del paciente con DM1. La Sala de Observación en Urgencias de Pediatría es una herramienta eficaz que disminuye ingresos. Sería importante iniciar protocolos, en Urgencias de Pediatría, para pacientes con DM1 y portadores de ISCI, dado el incremento de este tratamiento.

ESPECTRO CLÍNICO DEL SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

María Urretavizcaya Martínez, Diego Mauricio Peñafiel Freire, Ilargi Urriza Ripa, Paula Moreno González, Carmen de Arriba Villamor, Teodoro Durá Travé

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH), denominado aplasia o displasia de conductos de Müller, es un cuadro malformativo presente en pacientes con fenotipo y cariotipo femenino normales y caracterizado por atresia o aplasia vaginal con otras anomalías de los conductos müllerianos, que van desde la ausencia de útero hasta un útero rudimentario. Su incidencia se estima entre 1:4.000-10.000 nacimientos femeninos. Clínicamente se manifiesta como amenorrea primaria y en ocasiones asocia otras anomalías no ginecológicas (MURCS: Müllerian duct aplasia, Renal aplasia and Cervicothoracic Somite dysplasia), especialmente del tracto urinario (15-40%) y esqueléticas (5-10%), en menor grado las auditivas y cardíacas. La presencia de anomalías no ginecológicas se denomina asociación.

RESUMEN DEL CASO

Caso 1: paciente de 16 años que consulta por amenorrea primaria. Sin antecedentes familiares ni personales de interés (menarquia de la madre a los 14 años y de la hermana a los 14 años y medio). Examen físico: Peso: 55,9 kg (p50). Talla: 168,5 cm (p75-90). Talla media familiar: 165,5 cm. Estadío puberal: S4P4A2, genitales externos normales. Exploraciones complementarias: Edad ósea: 16 años. Estudio hormonal normal. Ecografía ginecológica: ausencia de útero y vagina corta. Ecografía abdominal: ovarios presentes, de tamaño entre 6-8 ml con pequeños quistes foliculares. Riñón izquierdo normal y derecho ectópico. Cariotipo: 46XX. Ecocardiografía y radiografía de columna normales. Tratamiento: reconstrucción quirúrgica (neovagina).

Caso 2: paciente de 15,7 años que consulta por amenorrea primaria. Antecedentes de fisura labio-alveolo-palatina bilateral intervenida a los 2 años, agenesia renal derecha y epilepsia- ausencias diagnosticada a los 3 años, en tratamiento con valproato. Sin antecedentes familiares de interés. Examen físico: Peso: 39 Kg (1,83-3,35 DE). Talla: 156,3 cm (p17). Talla diana: 156,5 cm. Estadío puberal: S3P3A2, genitales externos normales. Exploraciones complementarias: Estudio hormonal normal. Ecografía ginecológica: ausencia de útero, vagina corta, fosa renal derecha vacía, riñón

izquierdo normosituado y morfología normal RMN: agenesia uterina y de los dos tercios superiores de la vagina y del riñón derecho, ovarios presentes. Cariotipo: 46XX. Tratamiento: pendiente de reconstrucción quirúrgica (neovagina).

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

- El Síndrome de MRKH es una entidad infrecuente que se debe sospechar ante los casos de amenorrea primaria en pacientes con cariotipo femenino, estudios hormonales normales y presencia de caracteres sexuales secundarios femeninos.
- La realización de una ecografía ginecológica es fundamental para descartar anomalías uterovaginales que orienten a su diagnóstico.
- La realización de pruebas complementarias que descarten otras anomalías asociadas (MURCS).
- Tratamiento: puede ser mediante técnicas de dilatación vaginal o reparación quirúrgica.

EVALUACIÓN DE LAS ALTERACIONES ENDOCRINOMETABÓLICAS EN NIÑOS CON OBESIDAD EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL

Cristina Julia Blázquez Gómez¹, Laura Díaz Simal², Diana Katherine Segura Ramírez¹, Cristina Rodríguez Dehli³, Isolina Riaño Galán¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias

²Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

³Hospital San Agustín, Avilés, Asturias

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad infantil es un importante problema de salud en el momento actual. La identificación de factores de riesgo y el correcto seguimiento es fundamental para detectar aquellos pacientes con alto riesgo cardiovascular y prevenir complicaciones a largo plazo. Nuestro objetivo es estudiar las medidas antropométricas, las alteraciones endocrinometabólicas y los antecedentes familiares relevantes en niños diagnosticados de obesidad.

MÉTODOS

Los datos fueron obtenidos de las consultas externas de Endocrinología de un Hospital de 2º nivel. Se incluyeron menores de 14 años con diagnóstico de obesidad en la primera consulta aleatoriamente. Se realizaron dos estudios comparativos. En el primero, se dividió la muestra entre aquellos que tenían antecedentes familiares de obesidad y los que no, y en el segundo,

los que presentaban resistencia a la insulina y los que no, estableciendo un punto del corte del índice HOMA de 3,42.

RESULTADOS

Se analizaron 50 pacientes, 54% varones, con edad media al diagnóstico $10,37 \pm 2,56$ DE años. Presentaban acantosis en la exploración un 32% y estrías 16%. Encontramos antecedentes familiares relacionados con enfermedad de riesgo cardiovascular en 94% (obesidad 73%, hipertensión arterial 57%, dislipemias 50% y diabetes mellitus tipo 2 42%). En relación a los datos somatométricos y analíticos totales y por grupos en función de tener o no antecedentes familiares de obesidad y en función de índice HOMA; de las 23 ecografías abdominales realizadas, en siete de ellas se encontraron signos sugerentes de esteatosis hepática, presentando solamente dos de estos pacientes hipertransaminasemia.

CONCLUSIONES

- Los pacientes pediátricos obesos presentan alteraciones metabólicas en especial resistencia a la insulina.
- Los niños con antecedentes familiares de obesidad presentan mayor obesidad, pero menos alteraciones metabólicas que los hijos del grupo de padres que solo tienen sobrepeso.
- Los niños con resistencia a la insulina presentan más obesidad central, mayores niveles de urato y GGT, mas hipovitaminosis D, pero menor nivel de colesterol LDL.
- La elevación de las transaminasas no siempre es sugerente de esteatosis hepática.

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA POR DÉFICIT DE 21-HIDROXILASA: EFICACIA DEL DIAGNÓSTICO MEDIANTE PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL

María Sanz Fernández, Beatriz Sualdea Peña, Cristina Rojas de Teresa, Sara Jahn Mateos, Henar Gonzalo Pascual, Amparo Rodríguez Sánchez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las formas clásicas (FC) de hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) por déficit de 21-hidroxilasa (21-OHD), pérdida salina (PS) y virilizante simple (VS), son formas

graves de la enfermedad que gracias a los Programas de Cribado Neonatal (PCN) pueden diagnosticarse y tratarse de forma precoz.

El objetivo es realizar la descripción clínica y analítica de los pacientes con FC de HSC por 21-OHD en el momento del diagnóstico.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen los pacientes con FC de HSC diagnosticados mediante PCN entre los años 2003-2013.

RESULTADOS

23 pacientes diagnosticados de HSC. 7 son mujeres (30%) y 16 varones (70%). 21 pacientes presentaban forma PS y 2 forma VS (un varón y una mujer).

En 22 de los pacientes el diagnóstico se realizó mediante PCN y solo en una paciente el diagnóstico fue prenatal por hermano previo afecto.

Al comunicar el resultado del PCN, en 19 pacientes no se había sospechado la enfermedad; 15 eran varones y 4 eran mujeres con genitales ambiguos (2 en estadio de Prader V y con asignación incorrecta de sexo masculino al nacimiento, 1 en estadio de Prader III y otra en Prader II). En 3 existía sospecha clínica al nacimiento (1 varón por hermana mayor afecta y 2 niñas por genitales ambiguos en estadios de Prader IV y V). En la paciente restante el diagnóstico fue confirmado de manera prenatal.

La edad media al diagnóstico fue 8,4 días.

Los valores analíticos al diagnóstico fueron 17-hidroxi-progesterona (17OHP) en sangre completa (muestra en papel de filtro) siempre mayor de 60 nmol/L (N < 20); 17OHP en suero 462,64 µg/L (N < 2), Na⁺ 130 mmol/L, K⁺ 6,45 mmol/L, pH 7,34. Se observa una discreta hiponetrémia y una leve hiperpotasemia, sin llegar a producirse acidosis metabólica dado que el PCN permite el diagnóstico antes de que se produzcan alteraciones relevantes clínicamente.

CONCLUSIONES

El PCN es útil porque permite el diagnóstico precoz de los varones con FC de HSC sin sospecha clínica de la enfermedad y en las mujeres evita la asignación incorrecta de sexo al nacimiento.

El diagnóstico precoz permite diagnosticar las formas PS previo al desarrollo de la crisis de pérdida salina disminuyendo la morbilidad (hiponatremia severa) y la mortalidad de estos pacientes.

Descripción de la situación clínica al diagnóstico de la enfermedad

	VARONES	MUJERES	TOTAL						
Forma clínica	PS	VS	PS	VS					
Lugar al diagnóstico	Hospital	Domicilio	Hospital	Domicilio	Hospital	Domicilio	Hospital	Domicilio	
Sospecha clínica	0	1	0	0	1	1	0	0	3
No sospecha clínica	3	11	0	1	0	3	0	1	19
Diagnóstico prenatal	0	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	3	12	0	1	1	5	0	1	23

IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN UNA CONSULTA DE DIABETES PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

José Luis Moreno Carrasco, Pilar Bahillo Curieses, Jorge Carranza Ferrer, Irune Torres Ballester, Noelia Orellana Castillejo, Ana Vidueira Martínez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La integración de las nuevas tecnologías en Medicina es un hecho constante en los últimos años, extendiéndose al manejo de determinadas enfermedades crónicas como la diabetes. Entre las alternativas terapéuticas de la diabetes tipo 1 (DM1) se incluyen la utilización de infusores subcutáneos continuos de insulina (ISCI), monitorización continua de glucosa (MCG), calculadores de bolos, y utilización de apps entre otros.

MÉTODOS

Recoger la utilización de nuevas tecnologías en una cohorte de pacientes con diabetes menores de 16 años, seguidos en la Unidad de Endocrinología Pediátrica de un Hospital Terciario.

RESULTADOS

De 83 pacientes con diabetes en seguimiento, la mayoría tenían diabetes tipo 1 (92,8 %), con una distribución similar por sexos y una edad media de 11,74+/-3,3 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 5,28 +/-3,7 años y la HbA1c media en el último año de 6,9 %+/-1,09. El 27,3 % de los pacientes con DM1 recibían tratamiento con ISCI (61,9 % varones) (**tabla**), recibiendo el resto múltiples dosis de insulina (MDI). El 40,2 % de los DM1 realizaba monitorización continua de glucosa (4 Sensor Enlite de Medtronic con sistema SmartGuard integrado a ISCI,

	ISCI	MDI	p	MCG	BG		Calculador de bolo	No calculador	
Sexo	61,9% V	51,8% V	NS	51,6% V	56,5% V	NS	62,2% V	47,5% V	NS
38,1 % M	48,2% M	48,4% M	43,5% M	37,8% M	52,5% M				
Edad media	11,90 ± 3,46	11,68 ± 3,32	NS	10,97 ± 3,62	12,19 ± 3,10	NS	12,62 ± 3,11	11,02 ± 3,36	0,029
Tiempo evolución	6,33 ± 2,99	4,93 ± 3,87	NS	4,22 ± 3,46	3,43 ± 3,74	0,044	6,85 ± 3,17	4,02 ± 3,64	0,00
Dosis insulina	0,92 ± 0,26	0,86 ± 0,44	NS	0,81 ± 0,35	0,93 ± 0,42	NS	0,98 ± 0,34	0,80 ± 0,42	0,033
HbA1c	6,80 ± 0,51	7,08 ± 1,24	NS	6,92 ± 1,15	7,05 ± 1,07	NS	7,08 ± 0,83	6,94 ± 1,28	NS
Edad dx	5,42 ± 2,56	6,89 ± 3,66	0,048	6,78 ± 2,93	6,36 ± 3,77	NS	5,78 ± 2,91	7,11 ± 3,78	NS

26 sistema flash Free Style Libre Abbot, 1 Dexcom), en 11 casos asociado a ISCI. El 48.1 % de los DM1 utilizaba calculador de bolo de insulina, en 21 casos integrado en ISCI y en 16 casos con MDI. Sólo un 10,4 % de los DM1 utilizaban apps móviles.

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de utilización de nuevas tecnologías en la consulta de diabetes es elevado.
2. Estos datos pueden reflejar el alto impacto que desempeñan las nuevas tecnologías en nuestras vidas, extendiéndose su utilización al manejo de enfermedades crónicas como es la diabetes.
3. Es necesario destinar un tiempo importante a la formación de utilización de estos recursos, para realizar un adecuado aprovechamiento de los mismos.

IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS NIÑOS AFECTOS DE DIABETES MELLITUS TIPO I

Simona Más Antón¹, M.^a Pilar Valverde Viu², M.^a Ángeles Calzado Agrasot², M.^a Asunción Zaragoza Ramón², Noelia Gilabert Martínez³, Alba Corrales González³

¹Hospitales Universitarios Vinalopo y Torrevieja, Elche, Alicante

²Hospital Universitario Vinalopo, Elche, Alicante

³Hospital Universitario Torrevieja, Torrevieja, Alicante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Comparación de los resultados obtenidos en 2 departamentos en los que la educación diabetológica de niños afectados de DM tipo I se realiza de forma distinta. En uno de ellos hay una educadora específica en Hospital de día pediátrico que se ocupa del debut y de los controles evolutivos. En otro, existe esta misma figura para el debut, pero los controles evolutivos los realiza una enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud al que el niño es asignado.

MÉTODOS

Se revisaron las historias de todos los niños diabéticos tipo I controlados durante el año 2016 en ambos departamentos, recogiendo los siguientes datos.

- Descripción de la población.
- Edad y fecha de diagnóstico.
- Datos del debut: Existencia de cetoacidosis diabética, ingreso en UCIP y Hgb glicosilada.

- Comorbilidad y autoinmunidad asociada.
- Datos de evolución: número de reingresos, número de consultas en urgencias, presencia de microalbuminuria y Última Hgb glicosilada.
- Distribución en los C. Salud de ambos departamentos.
- Tipo de Educación diabetológica.

RESULTADOS

- Departamento A con 45 niños, 51% de varones, edad media 9,4 años. Rango de 2 a 15 años.
 - Educadora diabetológica en Hospital de día.
 - Edad diagnóstico: 5,6 años. Rango: 3 m a 13 años.
 - Debut con cetoacidosis, 44%, con 5 niños derivados a UCIP. Hgb glicosilada media al debut: 11,7.
 - 64% tienen autoinmunidad positiva, 2 son tipo MODY, y 5 presentan comorbilidades.
 - Última Hgb glicosilada: 6,9. Rango 4,9-10.
 - 4 reingresos. 5 consultas en urgencias.
- Departamento B con 27 niños, 63% de varones. Edad media 10,1 años. Rango 4 a 15 años.
 - Educadora diabetológica en Centro de Salud.
 - Edad diagnóstico: 6,7 años. Rango: 18 m a 11 años.
 - Debut con cetoacidosis, 44%, con 1 niño derivado a UCIP. Hgb glicosilada media al debut: 11,2.
 - 47% tienen autoinmunidad positiva, 1 es tipo MODY, y 5 presentan comorbilidades.
 - Última Hgb glicosilada: 8,1. Rango 6-14,6.
 - 16 reingresos. 20 consultas en urgencias.
- Ambos departamentos tienen 2 pacientes con microalbuminuria y 5 con bomba de insulina.

CONCLUSIONES

- El papel de Educador en Diabetes con conocimientos y habilidades está consolidado en la formación del paciente y su familia.
- La accesibilidad y especialización de esta figura mejora el seguimiento y el comportamiento de los pacientes.
- Es importante asegurar la continuidad de la educación proporcionada a los niños y cuidadores.

PERFIL LIPÍDICO EN NIÑOS DIABÉTICOS

Sonia Carriquí Arenas, José Luis Gómez Llorente, Jerónimo Momblán del Cabo, M.^a Ángeles Vázquez López, Antonio Bonillo Perales

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción: los pacientes diabéticos presentan un marcado incremento del riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. La dislipemia es un factor importante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular al contribuir al inicio y progresión de la aterosclerosis desde la infancia. El mal control glucémico se ha relacionado con un perfil lipídico aterogénico

Objetivo: describir el perfil lipídico de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1, seguidos en consulta de endocrinología pediátrica y valorar los factores asociados a dislipemia en esta población.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de Diabetes Tipo 1 seguidos en Consulta de Endocrinología Pediátrica durante el año 2015. Variables analizadas: edad al diagnóstico y actual, género, años de evolución, Índice de Masa Corporal (IMC), Hemoglobina glicosilada (HbA1C) y perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y no HDL colesterol y triglicéridos). Se consideran factores asociados a dislipemia en el diabético HbA1C, IMC y años de evolución de la enfermedad. Se definió buen control metabólico una HbA1C < 7,5%. Estudio estadístico: t Student, r de Pearson.

RESULTADOS

Fueron incluidos 164 pacientes (47,6% mujeres). La media de edad al diagnóstico fue de $5,97 \pm 3,71$ años y de edad actual $12,08 \pm 4,56$. La media de años de seguimiento tras el debut correspondió a $5,59 \pm 4,43$. La media de IMC fue $20 \pm 3,6$. Los valores medios de HbA1C fueron $7,47 \pm 0,86\%$ (62,5% con buen control metabólico). Los valores medios del perfil lipídico correspondieron a: Colesterol total: 170 ± 32 mg/dl; Colesterol no HDL: $106,8 \pm 30$ mg/dl; LDL: 92 ± 26 mg/dl; HDL: 63 ± 14 mg/dl y triglicéridos: 69 ± 32 mg/dl. Se obtuvo una relación directa entre HbA1C y valores de colesterol total y triglicéridos (r: 0,23; p: 0,01 y r: 0,2; p: 0,03, respectivamente) e igualmente entre HbA1C e IMC (r: 0,17; p: 0,05). Sin embargo, los valores medios de los parámetros del perfil lipídico e IMC fueron similares en pacientes diabéticos bien y mal controlados. No se obtuvo relación estadísticamente

significativa entre años de evolución de la diabetes y control metabólico ni perfil lipídico, así como tampoco con el género. El IMC mostró una relación directa con Colesterol no HDL y triglicéridos (r: 0,28; p: 0,005 y r: 0,48; p: 0,0001 respectivamente), e inversa con el HDL colesterol (r: -0,31; p: 0,002).

CONCLUSIONES

No podemos establecer asociación entre perfil lipídico y control metabólico de la diabetes en niños. Los años de evolución de la enfermedad no parecieron influir en control metabólico ni en el perfil lipídico. El IMC es un factor relacionado con perfil lipídico aterogénico al igual que en la población general.

REVISIÓN DE CASOS DE DIABETES MODY EN NUESTRA ÁREA SANITARIA: CARACTERÍSTICAS, DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN

Iria Noela Germil Ares, Lucía Rial Hermida, Sonia Vila Díaz, Gonzalo Urricelqui Laparte, Rosa M.^a Romarís Barca, Adriana M.^a Torrado Chouciño

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diabetes MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), es una variante monogénica (herencia autosómica dominante) de la Diabetes Mellitus (DM), producida por daño en la secreción de insulina. Aparece en individuos jóvenes, y debe sospecharse ante hiperglucemia leve no cetósica, ausencia de anticuerpos y bajos requerimientos de insulina, o ante diabetes neonatal no transitoria o DM-1 con debut antes de los 6 meses. El estudio genético confirma el diagnóstico. Se distinguen 8 tipos de diabetes MODY. La mutación de MODY-2 se encuentra en el gen GCK, forma menos severa de la enfermedad, originando hiperglucemia leve, asintomática en la mayoría de casos, y controlándose fácilmente con dieta. La MODY-5 está causada por mutaciones en HNF-1b, que regula la expresión de distintos genes (páncreas, riñón...), por lo tanto, se asocia a un mayor riesgo de desarrollar enfermedad renal.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó a niños diagnosticados de Diabetes MODY en nuestra área sanitaria en los últimos 20 años, teniendo en cuenta el tipo de MODY y gen afecto, la forma de debut, control metabólico y tratamiento.

RESULTADOS

Se estudiaron 10 casos de Diabetes MODY de niños en edad pediátrica, de los cuales el 40% eran niñas. El 80% de los casos fueron diagnosticados como MODY tipo 2, identificándose en el estudio genético la mutación del gen GCK. El 20% restante fueron MODY tipo 5, objetivándose la mutación del gen HNF-1b, asociando estas dos pacientes insuficiencia renal crónica al debut. El 90% de los pacientes tenían antecedentes familiares de diabetes.

En cuanto a los antecedentes personales, todos eran recién nacidos a término y todos tenían peso adecuado para la edad gestacional, salvo uno de ellos, que tenía peso inferior a percentil 3. El 40% se diagnosticaron en el primer año de vida, y el más tardío lo hizo a los 13 años.

A su debut no habían presentado decalaje en la ganancia ponderal y no presentaron cetoacidosis diabética, objetivándose únicamente una hiperglucemia leve mantenida (Hb1Ac normales).

Todos nuestros niños están siendo bien controlados con dieta.

CONCLUSIONES

- Es un defecto primario en la función de las células beta pancreáticas que ocasiona un déficit de secreción de insulina.
- Es de herencia autosómica dominante.
- Se inicia por lo general antes de los 25 años.
- No suele iniciarse con cetosis ni cetoacidosis.
- No suele requerir el uso de insulina.
- Las diabetes MODY tipo 5 pueden asociar patología renal.

SÍNDROME DE KOCHER-DEBRÉ-SEMELAINNE

Johana Andrea Guío Bácares, Francisco José Macías López, Blanca Ruiz de Zárate, Isabel Mayordomo Morales, M.^ª Ángeles Santos Mata, Rafael Chulián Cruz

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Kocher-Debré-Semelaigne generalmente se presenta entre los 18 meses y los 10 años de edad con una baja incidencia y una prevalencia aún no conocida. Es un cuadro clínico caracterizado por la

aparición de una pseudohipertrofia muscular en pacientes con hipotiroidismo crónico grave no diagnosticado en el que se constata, además de la alteración del eje tiroideo, una elevación importante de la enzima creatin-fosfoquinasa (CPK).

RESUMEN DEL CASO

Niño de 8 años remitido para estudio por alteración del perfil tiroideo. Historia clínica de unos meses de evolución consistente en astenia, adinamia, descenso del rendimiento escolar, estreñimiento y dolor a nivel de pantorrillas. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: Nacido a término con peso y talla normales, periodo neonatal normal. Bronquitis durante la primera infancia. Bien vacunado. No alergias conocidas. En la exploración observamos: Peso 33,3 kg (SDS: 0,7 DS); Talla 131 cm (SDS: 0,28 DS), PC 52 cm (P30), IMC: 19,4 kg/m² s.c (SDS: 0,75 DS); T.A. 103/51 mmHg. Facies hipoplásica e hipertrofia muscular leve de miembros con hiperestesia a la palpación de las pantorrillas. Bocio grado I. Estadio puberal I. Resto de exploración normal. De los exámenes complementarios destacamos: TSH: 482,2 mcUI/ml, T4 libre: 0.249 ng/dl, T3 libre: 2,5 pg/ml, Tiroglobulina: 0,242 ng/ml, Ac. antitiroglobulina: 579,6 UI/ml, Ac. antiperoxidasa: 462,5 UI/ml, Colesterol total: 270 mg/dl, colesterol LDL 174 mg/dl, colesterol HDL 94 mg/dl, Triglicéridos: 41 mg/dl, CPK: 329 U/L, LDH: 352 U/L, Prolactina: 35 ng/ml, 25-OH vitamina D: 20,7 ng/ml. Ecografía Tiroidea: signos compatibles con tiroiditis crónica. Radiografía de carpo: edad ósea 6 años. RM Hipofisis: Microadenoma hipofisario de 1,4 mm.

Se diagnostica de Hipotiroidismo grave secundario a tiroiditis autoinmune y Miopatía asociada, se inicia tratamiento con Eutirox 100 mcg/día.

Pasados 2 meses de tratamiento presenta mejoría de la facies y de la astenia-adinamia y desaparece el dolor a nivel de pantorrillas. Analítica de control: TSH: 12,33 mcUI/ml, T4L: 1.45ng/dl, T3L: 5,21 pg/ml, tiroglobulina: 0,04 ng/ml, Ac antitiroglobulina: 600,9 UI/ml, Ac. antiperoxidasa: 424 UI/ml, CPK: 80 U/L, Colesterol total: 157 mg/dl, Triglicéridos: 63 mg/dl y Prolactina: 20,94 ng/ml.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Destacar la importancia de conocer este síndrome, para buscar los datos clínicos durante la realización de la anamnesis, la exploración y así poder hacer un diagnóstico y un tratamiento correctos; resaltando la reversibilidad total del cuadro clínico al instaurar un tratamiento sustitutivo con L-Tiroxina y la necesidad de estudiar la función tiroidea en todo niño que presente alteraciones musculares.



UN CASO DE GENU VARO CON RAQUITISMO DE CAUSA GENÉTICA: RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO A X

M.^a Ángeles Mate García¹, Rosangela Tomasini², Marta Urgellés Homdedeu¹, Dunia Sánchez Garvín², Anna Cueto González³, Laura López Cano¹

¹CAP Terrassa Sud, Terrassa, Barcelona

²Hospital Universitario Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona

³Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Presentamos un caso de un varón con genu varo y características fenotípicas peculiares, con una analítica no típica de Raquitismo Carencial. Nuestro objetivo es recordar que existen raquitismos de origen genético, como este paciente, presentando un Raquitismo Hipofosfatémico ligado al X, que asocia afectación de la mineralización esquelética, hiperfosfaturia e hipofosfatemia, en ausencia de deficiencia de Vitamina D, acompañándose en ocasiones de craneosinostosis, talla baja y anomalías dentales.

MÉTODOS

Se trata de un niño de 4 años y 5 meses de edad, de origen dominicano, nacido a término, de padres sanos y no consanguíneos, con el único antecedente de po-

lidactilia en la madre, los abuelos maternos y 2 tíos maternos.

En la exploración presenta genuvaro simétrico, con marcha anadeante, polidactilia postaxial intervenida, fenotipo peculiar con escafocefalia y bossing fronto-occipital, y talla baja.

Controlado desde los 2 años de edad en consultas de traumatología infantil, en tratamiento con tutores sin respuesta.

Radiológicamente presenta tibias varas, desflecamiento de la línea metafisaria distal de ambas tibias e imágenes en copa de peronés, cubito y radios. El TAC craneal confirma craneosinostosis con fusión de suturas sagital y occipital derecha.

El perfil bioquímico determinó unos niveles normales de calcio y magnesio, una hipofosfatemia (P 2,5 mg/dl) y una elevación de las fosfatasas alcalinas (490 U/L). La tasa de reabsorción tubular de fosfatos en orina de 24 horas estaba levemente disminuida. Los niveles de PTH y 25 OH Vitamina D eran normales.

RESULTADOS

Ante la sospecha de Raquitismo Hipofosfatémico ligado al X, se solicita el estudio de secuenciación del gen PHEX, confirmándose la variante patogénica en hemizigosis c.1483-1G>C en el intrón 13 del gen PHEX, como mutación de novo. Este gen codifica para una metaloproteasa de membrana moduladora de la de-

gradación de FGF-23 (Factor de crecimiento fibroblástico), que impide una reabsorción adecuada de fosfato en el túbulo renal proximal e interfiere en la hidroxilación renal de la vitamina D.

CONCLUSIONES

Se dignostica dicho síndrome genético que impide la reabsorción renal adecuada de fosfato y la hidroxilación renal de la vitamina D. Por tanto, se instaura el

tratamiento médico con suplementación de fosfato y formas bioactivas de Vitamina D., Tras 2 años de tratamiento, se revalorará la intervención quirúrgica posterior. Se está valorando una nueva estrategia terapéutica basada en Ac. Monoclonales frente al FGF-23 en ensayos en fase II y III.

ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

VIERNES 2 DE JUNIO • 18:30-18:45 H • SALA 10

RESULTADOS DE LA INSTAURACIÓN DEL CRIBADO METABÓLICO NEONATAL DE DÉFICIT PRIMARIO DE CARNITINA

M.^a José de Castro López, Daisy Castiñeiras Ramos, Paula Sánchez Pintos, M.^a José Camba Garea, Agustín Javier Iglesias Rodríguez, M.^a Luz Couce Pico

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, IDIS, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La deficiencia primaria de carnitina (DPC) es un error congénito del metabolismo debido a mutaciones en el gen OCTN2 que codifica el transportador de carnitina. Se considera una enfermedad ultrarara con una incidencia aproximada de 1:100.000 recién nacidos. La DPC puede cursar con encefalopatía, miocardiopatía y hepatopatía. Se describen los individuos afectados por DPC desde que se instauró su detección por cribado metabólico neonatal en julio del 2000 en una comunidad autónoma española.

MÉTODOS

Cuantificación de acilcarnitinas y carnitina libre en sangre seca en papel mediante MS/MS en 375.000 de recién nacidos entre los años 2000 y 2016 realizada por cribado neonatal al tercer día de vida.

RESULTADOS

Cuatro casos presentaron alteraciones bioquímicas sugestivas de DPC, confirmándose tres de ellos (dos neonatos y una mujer adulta madre de un recién nacido con alteraciones en el cribado metabólico) mediante estudio genético, y resultando el cuarto un falso positivo. La incidencia en nuestra área es de 1:125.000 recién nacidos. Los valores iniciales de carnitina libre detectados fueron de 4, 2,3 y 4,7 $\mu\text{mol/L}$ (normal 6-55 $\mu\text{mol/L}$) respectivamente. Todos los pacientes se encontraban asintomáticos al diagnóstico y se inició tratamiento con carnitina oral, manteniendo niveles medios de carnitina libre en rango normal. Ninguno ha presentado manifestaciones clínicas con un tiempo medio de seguimiento de 16 años.

CONCLUSIONES

Mediante cribado metabólico neonatal se han podido detectar tanto recién nacidos como mujeres adultas afectas de DPC a través de deficiencias transitorias de carnitina en sus hijos. El pronóstico de esta entidad es bueno al efectuar un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento temprano que es sencillo de aplicar. En adultos es importante también el tratamiento especialmente en situaciones de estrés metabólico pues estos individuos presentan mayor riesgo de muerte súbita.

GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA

VIERNES 2 DE JUNIO • 16:00-18:45 H • SALA 22

CARACTERIZACIÓN DE LOS DESÓRDENES GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN 1378 NIÑOS LATINOAMERICANOS ENTRE 8 Y 18 AÑOS

Carlos Alberto Velasco Benítez¹, Ricardo Ariel Chanis Águila², Edgar Játiva Mariño³, Roberto Zablah⁴, Milton Mejía Castro⁵, Laura Leticia Rodríguez Reynosa⁶

¹Universidad del Valle, Cali, Colombia

²Hospital del Niño, Ciudad de Panamá, Panamá

³Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

⁴Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, San Salvador, El Salvador

⁵Hospital Nacional de Niños de Nicaragua, Managua, Nicaragua

⁶UMAE Hospital Especialidades 25 IMSS Monterrey, Monterrey, México

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En niños, los principales desórdenes gastrointestinales funcionales (DGFs) son estreñimiento funcional (EF), síndrome de intestino irritable (SII), y dolor abdominal funcional (DAF) junto con síndrome de DAF (SDAF). El objetivo del estudio es determinar las características de los DGFs en niños entre 8 y 18 años de edad de seis países latinoamericanos.

MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional en 1378 escolares (n=892) y adolescentes (n=486) de 11,6 ± 2,3 años, 52,4% niñas y 64,2% colegio público, en quienes por el Cuestionario para Síntomas Gastrointestinales de los Criterios de Roma III (QPGS-RIII) Versión español se determinó EF (n=716, 11,9%), SII (n=275, 4,6%), DAF (n=114, 1,9%), SDAF (n=41, 0,7%), migraña abdominal (MA, n=89, 1,5%), dispepsia funcional (DF, n=54, 0,9%), aerofagia (AE, n=43, 0,7%), síndrome de rumiación del adolescente (SRA, n=21, 0,4%), síndrome de vómito cíclico (SVC, n=18, 0,3%) e incontinencia fecal no retentiva (IFRN, n=7, 0,1%). El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central.

RESULTADOS

En niños con EF, el 36,0% hace ≤ 2 deposiciones x semana, y presenta 2 a 6 de estos síntomas: dolor al defecar (63,6%), maniobras retentivas (47,4%), heces grandes (33,4%), heces duras (32,0%), fecalomas palpables (17,5%) e incontinencia fecal (11,6%). El 26,2%

de niños con SII presentaron dolor abdominal (DA) ≥ 1 año de evolución, 44,7% DA supra e infra umbilical concomitante, con predominio del DA supra-umbilical (76,7%), con cambios en la consistencia y frecuencia de las heces en ≥ 49,0% y mejoría del DA luego de realizar deposiciones en 55,3%. En niños con DAF y SDAF, el DA fue supra-umbilical en ≥ 63,4%, con DA ≥ 1 año de evolución en ≥ 21,9%, con síntomas asociados al SDAF como cefalea (48,8%), insomnio (41,5%) y dolor de extremidades o espalda (36,5%). Los principales síntomas de los niños con MA, fueron malestar digestivo (78,7%), cefalea (74,2%) e inapetencia (55,1%). El 37,0% de niños con DF tuvieron DA ≥ 1 año de evolución. Los síntomas más frecuentes en niños con AE, fueron: borborigmos (67,5%), flatulencias (65,2%) y distensión abdominal (58,2%), y con SVC, náuseas (88,9%). En el 90,5% de los niños con SRA, los síntomas se presentaron en la primera hora luego de comer.

CONCLUSIONES

Dependiendo del DGFs que se identifique, es necesaria una caracterización específica del mismo.

CINITAPRIDA: ¿PUEDE SER TERAPÉUTICA EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICA EN LA INFANCIA? EXPERIENCIA DE USO EN UNA CONSULTA DE DIGESTIVO INFANTIL

Pablo Muñoz Martínez, Pedro Cortés Mora, Juan José Benavente García, Francisca Bermejo Costa, José Miguel Pina Molina, Clara Martínez-Tafalla López

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es aquel trastorno consistente en el ascenso de contenido gástrico/duodenal al esófago, produciendo molestias y/o complicaciones. La causa más frecuente son las relajaciones espontáneas del esfínter esofágico inferior. El tratamiento de elección son los inhibidores de la bomba de protones (IBP), que no actúan sobre la fisiopatología, por lo que un grupo de pacientes persiste con sintomatología diferente de pirosis.

Algunos procinéticos, actúan directamente sobre la fisiopatología de esta enfermedad. Su inconveniente

principal son sus efectos adversos y la falta de evidencia en la edad pediátrica.

La cinitaprida, es un procinético, aceptado en adultos para dispepsia funcional y de segundo escalón en el reflujo. Estructuralmente es similar a la cisaprida, un procinético muy efectivo, retirado por ser potencialmente arritmogénico. Existen pocos estudios sobre la cinitaprida, todos ellos en población adulta y ninguno en ERGE. Estudios gammagráficos han demostrado que acelera el vaciamiento gástrico, y, no se han identificado efectos secundarios de tipo arritmogénico a dosis habitual.

Como objetivo principal del estudio nos planteamos analizar la efectividad de cinitaprida en nuestros pacientes con ERGE, recogiendo los efectos secundarios posiblemente relacionados y las causas de interrupción del tratamiento.

MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional, basado en la revisión de historias clínicas, de pacientes de la consulta de digestivo infantil, que habían sido tratados con cinitaprida en los últimos 3 años. Todos ellos recibieron la medicación como uso compasivo, firmando un consentimiento informado y con un electrocardiograma previo normal.

RESULTADOS

De 2014 a 2016, recibieron cinitaprida asociada con un supresor del ácido, 18 pacientes, con una mediana de edad de 7 años (rango intercuartil= 5,75-10). La clínica previa más frecuente fue de vómitos y pirosis (61%), seguida de dolor abdominal (39%). La pHmetría había sido realizada en el 29%, y endoscopia en el 80%. La mediana de tiempo de uso fue de 4 meses (rango intercuartil=2,75-6,25). El 61% presentó una mejoría clínica, no mejoró el 22%, y se retiró por efectos secundarios en el 17% (ninguno cardiológico).

Se estudió relación entre la mejoría clínica y el resto de variables, aunque no se encontró significación estadística.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes notaron una mejoría al asociar cinitaprida. No aparecieron efectos secundarios electrocardiográficos. Aunque no es el objetivo de nuestro estudio, los resultados sugieren que puede ser una solución para pacientes con RGE que no responden a IBP. Son necesarios nuevos estudios para determinar la eficacia.

	Mejoría n=11 (61,1%)	No mejoría n=7 (38,9%)	P	Test empleado
Edad (años). mediana (rango intercuartil)	8 (14)	6 (3)	0,328	U Mann Whitney
Sexo varón. n (%)	4 (36,4%)	5 (71,4%)	0,151	Fisher
Clínica vómitos/pirosis. n (%)	8 (72,7%)	3 (42,9%)	0,332	Fisher
Clínica dolor abdominal. n (%)	4 (36,4%)	3 (42,9%)	1	Fisher
Clínica respiratoria. n (%)	2 (18,2%)	1 (14,3%)	1	Fisher
Clínica Hemorragia digestiva. n (%)	0 (0%)	2 (28,6%)	0,137	Fisher
Clínica fallo de medro. n (%)	1 (9,1%)	0 (0%)	1	Fisher
Clínica rumiación. n (%)	1 (100%)	0 (0%)	1	Fisher
Tiempo de tratamiento (meses). mediana (rango intercuartil)	4 (4)	3 (4)	0,151	U Mann Whitney

CONOCIENDO LA RESISTENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Marta Mascaró Ogazón, Gemma Subirats Vila, Antonio Rosell Camps, Sara Zibetti Zibetti, Ana Mena Ribas, Joan Figuerola Mulet

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* (HP) en niños escolares es del 20%.

El tratamiento erradicador más utilizado es la triple terapia con un inhibidor de la bomba de protones, amoxicilina y metronidazol o claritromicina, durante 10-14 días. En los últimos años ha aumentado la resistencia de HP a diferentes antimicrobianos.

El objetivo es conocer el perfil de los pacientes con infección por HP, su patrón de resistencias y la relación con los tratamientos previamente recibidos.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyen pacientes seguidos en la Unidad de Gastroenterología pediátrica de un hospital de tercer nivel, con infección por HP, de los cuales se dispone de cultivo de muestra obtenida por endoscopia entre 2013 y 2016. Mediante las historias clínicas informatizadas se recogen las variables: sexo, edad, clínica, tratamientos antibióticos recibidos, hallazgos endoscópicos, anatomopatológicos y antibiograma con estudio de sensibilidad a ampicilina, claritromicina, metronidazol y ciprofloxacino.

RESULTADOS

La muestra consta de 27 pacientes, 12 niñas y 15 niños, de entre 3 y 14 años, con media de 9,5 años diagnóstico. El 55,5% (15/27) presenta epigastralgia, el 33,3% (9/27) dolor abdominal inespecífico y el 11,1% (3/27) se encuentra asintomático (el diagnóstico se realiza tras

endoscopia por otra patología). La endoscopia en el 11,1% (3/27) resulta normal, el 70,4% (19/27) presenta gastritis nodular y el 18,5% (5/27) gastritis inespecífica. Histológicamente, todas las muestras presentan gastritis crónica con presencia de HP.

El 63% (17/27) presenta resistencia a uno o más antibióticos, contrariamente el 37% (10/27) presenta sensibilidad a todos los antibióticos. El porcentaje de resistencias, así como los casos resistentes tratados previamente se resumen en la **tabla 1**.

Se consigue la erradicación de HP, según último TAU test negativo, en el 40,7% (11/27), sin erradicarse en el 59,3% (16/27), que continúan en seguimiento por parte de la unidad.

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada, el síntoma más frecuente de la infección por HP es la epigastralgia, el hallazgo endoscópico más habitual es la gastritis nodular y, a nivel histológico, todos presentan gastritis inespecífica.

Se objetiva una elevada resistencia de HP a tratamientos de primera línea; muchos de los casos resistentes habían recibido antibioticoterapia previamente.

La persistencia de la infección tras varias líneas de tratamiento supone un reto terapéutico en la actualidad.

DÉFICIT DE α 1-ANTITRIPSINA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 7 AÑOS

Laura Nathalia Guevara Caviedes, Elia Zoido Garrote, Cristina Iglesias Blázquez, Cristina Menéndez Arias, M.^a Pilar Puerta Pérez, Cristina García Aparicio

Complejo Asistencial Universitario de León, León

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El déficit de alfa-1- antitripsina (A1-AT) es una enfermedad congénita de herencia autosómica codominante, no ligada al sexo, que condiciona un riesgo elevado de hepatopatía en niños. El Objetivo de este estudio es

Tabla 1. Se resume la resistencia, en número de casos y porcentaje, a cada uno de los antibióticos testados, así como la utilización previa de dicho antibiótico por parte de los casos resistentes

ANTIBIÓTICO	CIPROFLOXACINO	AMPICILINA	METRONIDAZOL	CLARITROMICINA
RESISTENCIA	2/27 (7,4%)	3/27 (11,1%)	10/27 (37%)	11/27 (40,7%)
RESISTENTES TRATADOS PRÉVIAMENTE	0/2 (0%)	3/3 (100%)	7/10 (70%)	9/11 (81,8%)

analizar los aspectos epidemiológicos, motivo de sospecha, estudios realizados, tratamiento y evolución de los pacientes con déficit de A1-AT.

MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con déficit de A1AT valorados en las consultas de gastroenterología infantil de nuestro hospital entre 2009-2015 mediante revisión de historias clínicas. Variables: edad, sexo, antecedentes familiares, motivo de estudio, niveles de A1AT, genotipo, estudios complementarios, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 19 pacientes, 13 de ellos varones (68,4%). La edad media al diagnóstico fue de 5 años y la mediana de 2 años (3 meses-13 años). Los motivos más frecuentes que llevaron a solicitar una primera determinación de niveles de A1AT fueron: hipertransaminasemia (36,8 %), broncoespasmos recurrentes (15,8%), antecedente familiar de déficit de A1AT (15,8%) y colestasis (5,3%). La distribución por genotipo y el rango de niveles de A1AT según el tipo fueron: MZ 57,9 % (56,9-90,1 mg/dl), ZZ 15,8 % (<20-31,8 mg/dl), SS 15,8% (78,2-79,6 mg/dl) y SZ 10,5% (51,8-55,7 mg/dl). Los pacientes con hipertransaminasemia presentaron valores medios de GOT de 132 UL (57-221 UL) y de GPT de 187 UL (115-290 UL). Se realizó ecografía abdominal a 17/19 pacientes y estudio de coagulación a 14/19 sin encontrar alteraciones. Sólo un paciente (único caso con colestasis, fenotipo ZZ) precisó terapia con ácido ursodesoxicólico con normalización progresiva de los marcadores de colestasis; este mismo paciente recibió tratamiento con vitaminas A, D, E y K por déficit de sus niveles. Se administró la vacuna de VHA a 5/19 casos. Todos los pacientes permanecen sin síntomas digestivos, sin complicaciones y con adecuado control de la función hepática.

CONCLUSIONES

El déficit de A1-AT es una enfermedad infradiagnosticada. En pediatría su hallazgo suele ser casual en el estudio de una hipertransaminemia o de familiares de primer grado. A pesar de sus graves consecuencias de las formas con genotipo ZZ, no se conoce ninguna terapia específica. El seguimiento de estos pacientes está orientado a la monitorización y prevención de complicaciones; incluyendo control periódico de la función hepática, tratamiento médico y nutricional de la colestasis asociada, vacunación contra virus hepatotrofos y evitar la exposición al tabaco.

DÉFICIT DE MEVALONATO QUINASA

Miriam Nova Sánchez, Inmaculada Hidalgo Montes, Laura Tesouro Rodríguez, Carmen Lázaro de Lucas, Lorena Nélida Magallares García, Eva Martínez-Ojinaga Nodal

Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN

El déficit de mevalonato quinasa (DMVK) es un raro trastorno, de carácter autosómico recesivo debido a mutaciones en el gen MVK, que se manifiesta como una enfermedad inflamatoria multisistémica con un amplio espectro clínico.

RESUMEN DEL CASO

Paciente 1: mujer. A los 7 meses hepatoesplenomegalia. A los 4 años es remitida por hepatitis granulomatosa, diarrea crónica y retraso ponderoestatural. Reactantes de fase aguda aumentados. Estudio inmunológico normal. Se diagnostica de enfermedad intestinal inflamatoria y recibe tratamiento con antiinflamatorios, corticoides y ciclosporina, con pobre respuesta. Presenta episodios recurrentes de fiebre, abdominalgia, artralgia, quebrantamiento, adenomegalias fugaces, diarrea hemorrágica, estomatitis aftosa y panadizo herpético recurrente. Se detecta IgD elevada (280 mg/dl.) y aumento de mevalonactona en orina. Estudio genético: mutación patogénica I268T. Recibe tratamiento con anakinra y canakinumab, normalizándose clínicamente. Actualmente mantiene la remisión en Servicio de Adultos.

Paciente 2: varón de 3 años. A los 5 meses de vida inicia diarrea sanguinolenta. Recibe tratamiento con fórmula hidrolizada y elemental, esomeprazol y anti-sépticos sin mejoría. Ciclo de esteroides con mejoría parcial y recaída tras suspensión. Cuadros febriles de repetición y artralgias. Colonoscopia: úlceras en sacabocados profundas rodeadas de mucosa normal y pseudopólipos diseminados. Endoscopia alta normal. Elevación de reactantes de fase aguda y anemia ferropénica. Estudio inmunológico y alérgico normales. ANCA y ASCA negativos. Se inicia tratamiento con esteroides y azatioprina, con mejoría parcial y recaída tras descenso de esteroide. Lesiones cutáneas y artralgias. Recibe tratamiento con tacrolimus y, posteriormente, infliximab sin respuesta. Estudio genético: mutación patogénica V377I en el gen MVK en heterocigosis. IgD normal. Elevación de mevalonactona en orina. Tras el diagnóstico de DMVK recibe tratamiento con Anakinra durante cuatro semanas sin respuesta, por lo que se sustituye por tocilizumab. Tras tres dosis se observa una evolución favorable con desaparición de fiebre, artralgias y lesiones cutáneas, disminución de reactantes de fase aguda, aunque persiste diarrea hemorrá-

gica con úlceras aisladas y numerosos pseudopólipos. Actualmente, continúa tratamiento con tocilizumab, azatioprina y ciclos antisépticos.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El DMVK debe sospecharse en pacientes con diarrea de comienzo precoz asociada a episodios febriles recurrentes junto con dolor abdominal, artralgias, hepatoesplenomegalia y lesiones cutáneas. La sospecha diagnóstica debe confirmarse mediante estudio genético. Es útil observar aumento de mevalonactona en orina. No existe tratamiento específico; las opciones terapéuticas incluyen antiinflamatorios, corticoides, bloqueantes del receptor de interleuquina 1 y agentes anti-TNF-alfa. Recientemente buenos resultados con el anticuerpo monoclonal anti receptor de interleuquina 6.

DIARREA GRAVE NEONATAL. UN CASO DE MALABSORCIÓN DE GLUCOSA-GALACTOSA PRODUCIDA POR UNA NUEVA MUTACIÓN GENÉTICA

Patricia Torija Berzal¹, Paula Gallardo Padilla¹, Sonia Fernández Fernández¹, Maite Beato Merino¹, Belén Borrell Martínez¹, Marta Germán Díaz²

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid

²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN

La diarrea neonatal es una patología grave e infrecuente generalmente causada por un trastorno congénito de la absorción. La malabsorción de glucosa/galactosa es un raro desorden autosómico recesivo, causado por mutaciones en el gen codificante del transportador de sodio/glucosa intestinal (SLC5A1). Se manifiesta como diarrea y deshidratación severa en el período neonatal.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de una recién nacida de 4 días de vida alimentada con lactancia materna exclusiva, con irritabilidad importante y deposiciones líquidas en número de 12-15 al día desde el nacimiento. No antecedentes de interés en el parto ni período neonatal. Padres primos.

En la exploración física destaca una pérdida ponderal del 13% respecto al nacimiento con regular estado general, mucosas secas, escaso panículo adiposo y palidez cutánea. Fontanela anterior normotensa. Resto de exploración por aparatos sin alteraciones.

En el estudio analítico se objetiva sodio 171 meq/L, cloro 138 meq/L, glucosa 65 mg/dL, urea 88 mg/dL, acidosis metabólica y glucosuria.

Ante el cuadro de deshidratación hipernatrémica ingresa para fluidoterapia intravenosa con normalización de los parámetros analíticos. Coprocultivo: negativo. Cuerpos reductores en heces: positivos.

Durante las primeras 48 horas permanece a dieta absoluta con normalización de las deposiciones, excluyendo el diagnóstico de diarrea secretora. Posteriormente se inicia tolerancia con fórmula elemental (aminoácidos libres + dextrinomaltosa) con reaparición de la clínica y deshidratación hiperosmolar y tras un tiempo a dieta se inicia nueva tolerancia con suero glucosado oral con el mismo resultado.

Ante la sospecha de malabsorción de glucosa-galactosa se pauta Galactomín 19 (fructosa como única fuente de azúcar), normalizándose las deposiciones y con adecuada tolerancia. Se realiza estudio genético que confirma el diagnóstico, con una variante alélica nueva (pTyr120Cys) en homocigosis, siendo ambos padres portadores de la misma mutación.

Durante los primeros 6 meses se mantiene alimentación con Galactomin 19 con buena evolución. Introducción progresiva de alimentación complementaria según tolerancia. Desarrollo ponderoestatural ascendente.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Hasta el momento se han descrito unos 300 casos de esta rara entidad y aproximadamente 50 mutaciones en el gen SGLT1. El caso de nuestra paciente presenta una nueva mutación no descrita anteriormente.

Establecer un diagnóstico de sospecha de manera temprana con pruebas empíricas en la alimentación permitirá realizar un diagnóstico de exclusión y un tratamiento precoz que permitan un desarrollo y crecimiento normales.

DIARREA MALABSORTIVA CONGÉNITA

Inmaculada Hidalgo Montes, Miriam Nova Sánchez, Carmen Lázaro de Lucas, Laura Tesouro Rodríguez, Lorena Nélida Magallares García, Jesús Sarria Oses

Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN

La diarrea malabsortiva congénita o anendocrinosis entérica por mutación en el gen de la Neurogenina 3, es un trastorno raro, descrito por primera vez en 2006, del que existen muy pocos casos.

RESUMEN DEL CASO

Varón con diarrea grave, acidosis metabólica y malnutrición de comienzo neonatal. Realizado estudio metabólico, iones en heces e iones en orina normales. Biopsia intestinal, manometría anorrectal y biopsia rectal normales. pH fecal ácido con cuerpos reductores positivos y esteatorrea con función pancreática exocrina normal. Precisó nutrición parenteral prolongada por fracaso intestinal. La diarrea cesaba con el ayuno y se desencadenaba con cualquier tipo de ingesta. Ausencia de respuesta a diversas dietas de prueba, loperamida, antisépticos, resincolestiramina y enzimas pancreáticos; manteniendo una esteatorrea significativa (17-35 gr/24 horas) y retraso estatural.

Se sospecha enfermedad mitocondrial por elevación de amonio, ácido láctico y cociente láctico/pirúvico, que se descartó tras estudio normal de la cadena respiratoria.

Se sospechó malabsorción congénita de glucosagalactosa con ligera mejoría con dieta con fructosa, que se mantiene por persistencia de test de hidrógeno espirado y cribado de azúcares en heces alterado tras sobrecarga con glucosa.

Evolutivamente se objetiva gran dilatación colónica, por lo que ante la sospecha de displasia neuronal de colon se realizó colostomía de descarga sin respuesta, presentando estudio histológico normal. Presenta varios ingresos por diarrea con clínica neurológica atribuidos a acidosis D-láctica. Persiste cuadro malabsortivo sin respuesta a tratamiento dietético ni medicamentoso.

A los 8 años debut de diabetes mellitus tipo I.

A los 13 años se realiza biopsia gástrica y duodenal y se revisan las biopsias yeyunales iniciales mediante tinción de cromogranina y sinaptofisina demostrando ausencia prácticamente completa de células enterocromafines en mucosa duodenal y yeyunal y población normal en mucosa gástrica, diagnosticándose de diarrea malabsortiva congénita. Estudio histológico sin alteraciones en ambos padres. Presenta mutación en la región intrónica de la neurogenina-3.

A los 16 años se demuestra existencia de un hipogonadismo hipogonadotrópico.

Edad actual 18 años; peso 58 kg y talla 155 cm. Mantiene autonomía digestiva, pese a la persistencia de diarrea malabsortiva.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La anendocrinosis entérica es una entidad que se manifiesta con diarrea y malabsorción de todos los nutrientes, debido a una ausencia de células endocrinas en la mucosa intestinal que se asocia a endocrinopatías. El diagnóstico se realiza con técnicas específicas de inmunohistoquímica y estudio genético molecular.

No existe tratamiento específico, siendo la nutrición enteral ineficaz en muchos pacientes, precisando con frecuencia nutrición parenteral y trasplante intestinal.

DIARREA SINDRÓMICA DE COMIENZO NEONATAL

Laura Tesouro Rodríguez, Carmen Lázaro de Lucas, Inmaculada Hidalgo Montes, Miriam Nova Sánchez, Lorena Nélida Magallares García, Esther Ramos Boluda

Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN

El síndrome trico-hepato-entérico (THE) o diarrea sindrómica es un raro trastorno de carácter autosómico recesivo debido a mutaciones en el gen TTC37 o SKIV2L, caracterizado por una diarrea grave intratable de comienzo neonatal, que produce un fracaso intestinal dependiente de nutrición parenteral (NP). Asocia dismorfismo facial; alteraciones en el pelo; trastornos inmunes, alteración hepática, bajo peso al nacimiento (BPN) y crecimiento intrauterino retardado (CIR).

RESUMEN DEL CASO

Se presentan dos pacientes, que debutaron con diarrea desde el primer mes de vida. Como antecedente neonatal ambos eran BPN y el segundo paciente era CIR. Presentaban diarrea secretora y estancamiento ponderal, se trataron con fórmula hidrolizada ante sospecha de APLV no Ig E mediada sin respuesta, por lo que se amplió estudio microbiológico que resultó negativo. El estudio endoscópico e histológico mostró inflamación aguda y crónica inespecífica. Los virus en biopsia intestinal fueron negativos y la función de las oligosacidasas resultó normal. En la ecografía abdominal el primero presentaba ligera hepatomegalia con ecogenicidad homogénea, mientras que el segundo presentaba un hígado de tamaño normal con ecogenicidad heterogénea y parcheada, se realizó biopsia en este último que mostró fibrosis parcheada. Ambos habían presentado varios procesos infecciosos por lo que se realizó estudio inmunológico que detectó la presencia de hipogammaglobulinemia. El fenotipo de los dos era característico con frente prominente, raíz nasal ancha e hipertelorismo así como pelo ralo, lo que ayudó a diagnóstico al demostrarse en la biopsia de pelo tricorrexis nodosa. Ante la presencia de todos estos hallazgos se realizó estudio genético, presentando mutación en homocigosis en el gen TTC37 y en el gen SKIV2L respectivamente, lo que confirmó el diagnóstico de THE. Ambos se encuentran con nutrición enteral y NP a pesar de lo cual presentan escasa ganancia ponderal y reciben tratamiento sustitutivo con

inmunoglobulinas (Ig) intravenosas. El segundo paciente ha presentado varias infecciones relacionadas con catéter venoso central, mientras que el primero no ha presentado procesos infecciosos significativos.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El THE debe descartarse ante una diarrea grave de comienzo neonatal sin otros hallazgos funcionales y estructurales; y la presencia de rasgos dismórficos, tricorrexia nodosa, lesión hepática, hipogammaglobulinemia, BPN y antecedente de CIR. La sospecha diagnóstica debe confirmarse mediante estudio genético. Los pacientes precisan NP y suplementos de Ig, y la mitad de ellos consiguen la autonomía digestiva, suspendiéndose la NP en la adolescencia. Por lo tanto, el pronóstico depende del manejo y de las complicaciones de la NP.

ENFERMEDAD DE RETENCIÓN DE QUILOMICRONES. ENFERMEDAD DE ANDERSON. CASO CLÍNICO

Aizpea Zabala Zapiain¹, María Ruiz del Castaño Unceta-Barrenechea¹, Francisco Javier Eizaguirre Arocena¹, Iñaki Xarles Irastorza Terradillos², Luis Aldamiz Echevarría², Iñaki Ruiz Manzanal³

¹Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa

²Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

³CS de Orio, Orio, Guipúzcoa

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de retención de quilomicrones (ERC) o enfermedad de Anderson es un tipo de hipocolesterolemia familiar muy infrecuente. Se caracteriza por desnutrición con retraso en el desarrollo y crecimiento acompañado de perfil lipídico anormal típico, disminución de vitaminas liposolubles y examen histológico característico. Se trata de una enfermedad hereditaria autosómica recesiva asociada a mutaciones en el gen *Sar1b* que condiciona una acumulación de lípidos en enterocitos.

Presentamos el caso de una niña con padres consanguíneos sanos y hermano con sintomatología similar, con hallazgos clínicos, analíticos e histológicos compatibles con ERC siendo el estudio genético familiar concordante con dicha enfermedad.

RESUMEN DEL CASO

Lactante de 8 meses, sin antecedentes personales de interés, con retraso pondero-estatural y signos de malabsorción a estudio. Curva pondero-estatural

descendente desde primeros meses de vida. Peso 5,520 kg (p<3). Talla 67,5 cm (p10-25). Aspecto distrófico. Palidez cutáneo-mucosa. Abdomen distendido. Escaso panículo adiposo. Pliegue glúteo. Nalgas en bolsa de tabaco. Depositiones aparentemente normales. Padres primos hermanos sanos. Hermano con sintomatología similar.

Exámenes complementarios. Analítica: colesterol-total 78 mg/dL [120-220], colesterol-LDL 27 mg/dL [60-190], colesterol-HDL 14 mg/dL [30-100], triglicéridos 248 mg/dL [35-135]; vitamina-A 0,2 mcmol/L [0,7-1,4], vitamina-E 0,9 mcmol/L [7-20,9], vitamina-D-total-25-hidroxilada 9,3 ng/mL [deficiencia: <12], coagulación: normal. Esofagogastroduodenoscopia: coloración lechosa de mucosa duodenal, con vellosidades de tamaño normal. Microscopía óptica de mucosa duodenal: vacuolización intracitoplasmática supranuclear parcheada de enterocitos, con arquitectura vellositaria conservada.

Estudio genético. Se analiza gen *Sar1b* detectándose en homocigosis un gran reordenamiento en el exón 2 que es el primero que codifica para la proteína siendo compatible con ERC. Se trata de la mutación c.1-4482_58+1406 del5946 InsGCATGATGGCGGGT descrita previamente en pacientes argelinos. Se analiza en ambos progenitores siendo ambos portadores heterocigotos y en hermano siendo detectado en homocigosis.

Se inicia tratamiento dietético con fórmula limitada en ácidos grasos de cadena larga y con alto contenido en triglicéridos de cadena media y aporte suplementario de vitaminas A-E-D. En la actualidad la niña presenta mejoría progresiva del estado nutricional con curva pondero-estatural ascendente y mejoría analítica.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El diagnóstico de ERC es un reto. Se debe sospechar en hijos de padres consanguíneos que presentan cuadro de desnutrición y retraso pondero-estatural asociado a hipocolesterolemia con normotrigliceridemia y disminución de vitaminas liposolubles con hallazgos histológicos compatibles con acumulación de lípidos en enterocitos. Se confirma mediante análisis del gen *Sar1b*.

El objetivo del tratamiento basado en una dieta pobre en ácidos grasos de cadena larga y suplementos de vitaminas liposolubles es mejorar el estado nutricional, desarrollo y crecimiento.

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD CELÍACA EN NUESTRO CENTRO

Cristina Elipe Maldonado, Cristina Pérez Fernández, Josefa Barrio Torres, Beatriz Martínez Escribano, Elena Rodríguez Corrales, Nora Mayo Artuch

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad celiaca (EC) y la esofagitis eosinofílica (EoE) son enfermedades inmunomediadas que afectan al tracto gastrointestinal. La dieta está implicada en su etiopatogenia.

Nuestro objetivo es evaluar la frecuencia de aparición de EoE en los pacientes diagnosticados de EC, analizar sus características clínico-epidemiológicas y la evolución tras la retirada del gluten de la dieta.

MÉTODOS

Estudio descriptivo mediante revisión de historias clínicas con recogida de datos de forma retrospectiva de todos los pacientes diagnosticados de enfermedad

celiaca (según criterios Naspghan 2005) en nuestro centro desde 2007 a 2016. Revisión sistemática de la literatura a través de PubMed. Análisis de datos mediante programa informático SPSS versión 22.

RESULTADOS

De los 186 pacientes diagnosticados de EC, siete presentaron hallazgos histopatológicos compatibles con EoE (3,7%). Género: 85,7% varones (6/7). Edad: mediana 9 años (RIC 5-19).

Antecedentes personales: asma 85,7% (6/7), rinoconjuntivitis 71,4% (5/7), alergias alimentarias 57,1% (4/7), sensibilización a neumoalergenos 42,8 % (3/7) y dermatitis atópica 28,5% (2/7). Sintomatología inicial: cuatro padecían dolor abdominal, asociando vómitos en un caso, uno estreñimiento, uno retraso ponderal y otro diarrea crónica.

El diagnóstico de EoE se realizó de forma casual al realizar endoscopia por sospecha de EC en 6 pacientes. Se inició tratamiento con dieta sin gluten (DSG) en todos los pacientes; cuatro además recibieron tratamiento con inhibidor de la bomba de protones (IBP) hasta resultados endoscópicos por lesiones macroscópicas de esofagitis. Hallazgos de endoscopias, **ver tabla adjunta**.

Hallazgos endoscópicos, tratamiento y evolución

Paciente	Clínica al diagnóstico	Hallazgos 1ª endoscopia: todos EC salvo el 7 (Score de Hirano, AP esófago)	Hallazgos en 2ª endoscopia tras DSG (Score de Hirano, AP esófago)	Tratamiento posterior tras 2ª endoscopia	Tratamiento tras el que obtuvo curación de EoE
1	Dolor abdominal, astenia.	- Score de Hirano 4. - >20 eosinófilos/campo	- Score de Hirano 2. - Máximo de 3 eosinófilos/campo	Dieta sin gluten	IBP
2	Retraso ponderal Trastorno conducta alimentaria.	- Score de Hirano 3. - 20-40 eosinófilos/campo	- Score de Hirano 3. - 20. eosinófilos/campo	Dieta sin gluten + IBP + budesonida viscosa.	Budesonida viscosa
3	Estreñimiento	- Score de Hirano 6. - 25 eosinófilos/campo	- Score de Hirano 4. - 20 eosinófilos/campo	Dieta sin gluten + IBP	IBP
4	Diarrea crónica	- Score de Hirano 3. - 30 eosinófilos/campo	- Score de Hirano 3. - 50 eosinófilos/campo	Dieta sin gluten+ IBP + budesonida viscosa + dieta exclusión de proteínas de leche de vaca (PLV) y huevo.	Budesonida viscosa No respuesta a dieta exclusión (PLV, gluten, huevo)
5	Dolor abdominal	- Score de Hirano 3. - 20 eosinófilos/campo	- Curación EOE y EC	Dieta sin gluten	Dieta sin gluten
6	Dolor abdominal Familiar de primer grado con diagnóstico de EC.	- Score de Hirano 4. - 16 eosinófilos/campo	- Curación EoE y EC.	Dieta sin gluten	Dieta sin gluten
7	Dolor abdominal, astenia y vómitos	No EoE	- Score hirano 5 - Máximo: 30 eosinófilos/campo Diagnóstico de EC en 3º endoscopia	IBP	IBP

Se realizó endoscopia de control al año de tratamiento encontrándose curación histológica en dos pacientes.

Solo un paciente se diagnosticó de EC, tres años después del diagnóstico de EoE. Se pautó tratamiento con IBP y en control de curación se objetivó atrofia vellositaria y curación de la EoE.

Tratamientos y evolución, **ver tabla adjunta**.

Evolutivamente se obtuvo curación histológica de esófago y duodeno en todos los pacientes excepto en uno.

CONCLUSIONES

- Aunque nuestra serie es limitada, la frecuencia de aparición de EoE en pacientes con EC es superior a estudios previos publicados.
- La retirada exclusiva de gluten de la dieta no condujo a la curación de la EoE en la mayoría de los pacientes, por lo que parece que hay otros factores que pueden influir en la etiopatogenia de la enfermedad.
- Es necesario realizar estudios prospectivos multicéntricos que permitan evaluar la relación entre estas dos enfermedades y el papel del gluten en la etiopatogenia de la enfermedad.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS PANCREATITIS AGUDAS INGRESADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Patricia Salazar Oliva, Encarnación Palma Zambrana, M.^a Azahara Prieto Heredia, Cristina Pérez Aragón, José Antonio Blanca García

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir las características clínicas y manejo diagnóstico-terapéutico de los casos de pancreatitis agudas (PA) ingresadas en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de pacientes con diagnóstico al alta de PA entre 2012 y 2016. Se analizaron variables cualitativas (sexo, síntomas al ingreso, antecedentes personales (AP), pruebas complementarias solicitadas y necesidad de nutrición parenteral) y variables cuantitativas (edad, días de ingreso, paráme-

tros analíticos y días de dieta absoluta). Durante este periodo se dieron 26 altas con dicho diagnóstico, de los cuales fueron 17 pacientes (cinco presentaron cuadros recidivantes).

RESULTADOS

La edad media al diagnóstico fue de 7,5 años, predominando el sexo femenino (70 %). El 23% presentaron AP que justificaban el cuadro y uno de ellos además tomaba tratamiento con azatioprina y mesalazina. No antecedentes de traumatismo. Los síntomas más frecuentes al diagnóstico fueron dolor abdominal en un 82% (71% epigastralgia) seguido de vómitos (65%).

Analítica al diagnóstico: niveles medios de amilasa en 900 y lipasa en 1017, con transaminasas y parámetros de colestasis normales, siendo el pico más alto de elevación de enzimas pancreáticas en las primeras 24 horas. En todos los pacientes se realizó ecografía abdominal, siendo normal en el 35%. Otras pruebas realizadas fueron: colangiografía (30%), TAC abdomen (12%) y test del sudor (41%). Un 18 % preciso CPRE diagnóstico-terapéutica. La etiología fue conocida en un 71%: infecciosas (Adenovirus y Salmonella) y litiasis biliar en un 33% cada una. Otras causas: páncreas divisum y fibrosis quística (FQ), hematoma duodenal tras endoscopia alta y reflujo bilio-pancreático.

Los días medios de dieta absoluta fueron 3,7 y en el 23% se precisó nutrición parenteral (10 días de media). La mediana de ingreso fue de 8 días (rango 3-38 días). Ningún paciente cumplió los criterios de gravedad de DeBanto. El 23% tuvo complicaciones (absceso peripancreático, pancreatitis postCPRE y pancreatitis crónica).

CONCLUSIONES

Aproximadamente en un 29% de los casos no conocimos la etiología. Las causas más frecuentes fueron las infecciosas y la litiasis biliar. A diferencia de la literatura, en nuestra serie no hay ningún caso de traumatismo como justificante del cuadro. El síntoma principal al diagnóstico fue el dolor abdominal epigástrico. La ecografía abdominal se realizó en toda la muestra. La elevación de enzimas pancreáticas fue máxima en las primeras 24 horas. Ningún paciente cumplió criterios de gravedad, siendo la mortalidad inexistente. En un 23% aparecieron complicaciones. Las recurrencias fueron, al igual que en la bibliografía, por anomalías estructurales.

EVOLUCIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE LA COLITIS NO CLASIFICABLE EN LA EDAD PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

Marta Cano Cabrera, M.^a Carmen Rivero de la Rosa, Cristina Jiménez Carrasco, Federico Argüelles Martín, Manuel García Martín

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La colitis no clasificable (EInC) se define como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que no puede ser diagnosticada como colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC) según historia clínica, examen físico y hallazgos endoscópicos, radiológicos e histológicos. Nuestro objetivo es conocer la epidemiología de la EInC en nuestro medio, cuantificar el retraso en el diagnóstico y examinar la posible modificación del mismo a lo largo del seguimiento.

MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, transversal (n=50) entre 2003 y 2015. Se revisaron datos epidemiológicos, síntomas intestinales y extraintestinales, tiempo de evolución, derivación a consultas de Gastroenterología, métodos diagnósticos, diagnósticos previos y evolución.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 50 pacientes (31 varones, 19 mujeres). Media de edad al diagnóstico: 7,76 años. Síntomas iniciales más frecuentes: rectorragia (42%) y dolor abdominal (34%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre presencia de vómitos y astenia y mayor edad al diagnóstico. Asociaron síntomas extraintestinales un 32%. Un 74,5% de los pacientes fueron derivados a Gastroenterología por un pediatra hospitalario no especialista, un 19,1% por pediatra de primaria. Un 93,9% recibieron uno o dos diagnósticos previos. En el 72% de los pacientes se realizaron técnicas endoscópicas, en el 28% de los casos sólo se realizó colonoscopia. Se clasificaron a los pacientes en estadio E4 (42%), E2 (22%), y E1 y E3 (18%). No se ha observado relación significativa entre el estadio inicial y la evolución posterior, aunque un 66,7% de los clasificados como E3, presentaron remisión posterior y un 52,4% de los clasificados como E4 mantienen su diagnóstico. Fueron reclasificados el 26,5% (CU 7, EC 4). El 38,8% mantiene el diagnóstico, un 34,7% ha remitido. La mayoría de los pacientes reclasificados presentaron una edad superior al diagnóstico, no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Cuantificamos un retraso de diagnóstico de 73,69 días de media

(mediana 52 días), no existiendo asociación entre el retraso y los síntomas iniciales o el médico que inicialmente valora al paciente.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, la edad al diagnóstico fue de media menor que en la literatura. Predominan el dolor abdominal y la rectorragia como síntomas guía principales. El seguimiento de estos pacientes mostró un porcentaje de reclasificación no despreciable (26,5%) algo menor que la literatura. El retraso en el diagnóstico de 73,69 días de media (menor que en la bibliografía), de lo que se deduce en la actualidad, un mayor conocimiento de la enfermedad y un mejor uso de las herramientas y criterios diagnósticos.

EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS EN NIÑOS CELÍACOS TRAS LA RETIRADA DEL GLUTEN DE LA DIETA

Elena Rodríguez Corrales, Josefa Barrio Torres, Beatriz Martínez Escribano, Cristina Alfaro Iznaola, Nora Mayo Artuch, Cristina Pérez Fernández

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad celíaca es un trastorno gastrointestinal con distintas formas de presentación clínica. La forma clásica cursa con malabsorción intestinal y en muchos casos con malnutrición.

Nuestro objetivo es describir las características epidemiológicas y la evolución de los parámetros antropométricos de los niños menores de 15 años diagnosticados en nuestro centro, al diagnóstico y en los primeros dos años tras la retirada del gluten de la dieta.

MÉTODOS

Estudio descriptivo mediante revisión de historias clínicas con recogida de datos de forma retrospectiva de los pacientes pediátricos diagnosticados de enfermedad celíaca (criterios NASPGHAN 2005) en nuestro centro desde el 2007 hasta el 2016. Análisis de datos mediante SPSS versión 22.

RESULTADOS

Se han diagnosticado 171 niños [63,2% mujeres], con mediana de edad al diagnóstico de 2,60 años (RIC 0,83-15,03). Síntomas al diagnóstico más frecuentes: diarrea (48,5%), distensión abdominal (46,2%) y re-

traso ponderoestatural (45%). Formas asintomáticas: cribado (11,1%) y enfermedades asociadas: diabetes mellitus (1,8%) e hipotiroidismo (2,3%).

Diferencias de parámetros antropométricos al diagnóstico entre los que tenían retraso ponderal frente al resto: IW peso (media de 92,2% [DS 9,4] frente a 97,9% [DS 22,5], $p < 0,05$), IW talla (media de 95,3% [DS 17,4] frente a 95,6% [DS 17,7]), IMC (media de 15,6 [DS 2] frente a 18,0 [DS 3,7], $p < 0,05$).

La media del Z score de peso y de talla tanto al diagnóstico, como a los 6, 12 y 24 meses tras DSG en las formas clásicas es menor respecto a las no clásicas y en los menores de 5 años con respecto a los mayores [$p < 0,05$]. **Ver tabla.**

Se observó una mejoría de Z score para el peso a los 2 años tras DSG en las formas clásicas de 0,69 [DS 1,1], frente a un 0,11 [DS 0,75] en las no clásicas [$p < 0,05$] y una mejoría de Z score para la talla a los dos años tras DSG en las formas clásicas de 0,29 [DS 1,04], frente a 0,4 [DS 0,82] en las no clásicas [$p > 0,05$].

Se observó una mejoría de Z score para el peso a los 2 años tras DSG en los menores de 5 años de 0,76 [DS 1,12], frente a un 0,01 [DS 0,63] en los mayores [$p < 0,05$] y una mejoría de Z score para la talla en los menores de 5 años de 0,38 [DS 1,08], frente a 0,06 [DS 0,59] en los mayores [$p > 0,05$].

Medias de DS de peso y talla al diagnóstico, a los 6 meses, a los 12 meses y a los 24 meses [y sus correspondientes DS]

Enfermedad clásica		Rango de edad						
SÍ	NO	Menores de 5 años	Mayores de 5 años					
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
DS peso diagnóstico	-0,82	1,00	0,12	1,6	-0,99	0,82	0,38	1,24
DS talla diagnóstico	-0,94	1,34	0,41	1,09	-1,13	1,23	-0,02	1,17
DS peso 6 meses	-0,40	0,96	0,18	1,20	-0,52	0,81	0,49	1,29
DS talla 6 meses	-0,78	1,17	-0,23	1,21	-0,95	0,99	0,26	1,37
DS peso 12 meses	-0,32	1,07	0,45	1,04	-0,37	1,02	0,49	1,13
DS talla 12 meses	-0,79	1,05	0,00	1,15	-0,85	1,00	0,08	1,13
DS peso 24 meses	-0,18	1,16	0,28	1,13	-0,24	1,13	0,39	1,14
DS talla 24 meses	-0,69	1,07	-0,09	0,89	-0,74	1,04	0,00	0,95

CONCLUSIONES

La afectación nutricional al diagnóstico y la mejoría de los parámetros antropométricos tras retirar el gluten de la dieta, son significativamente mayores en las formas clásicas y en los menores de 5 años.

FIBROSIS QUÍSTICA NO CLÁSICA Y LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO GENÉTICO

Gloria Mercedes Galán Henríquez, Loida García Cruz, Desiderio Reyes Suárez, Gloria González Azpeitia, Alfredo Rodríguez Santana, Luis Peña Quintana

Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Las mutaciones en genes responsables de trastornos hereditarios causan fenotipos de enfermedad en algunos pacientes, mientras algunos permanecen asintomáticos. La variante 5T del gen del regulador de la conductancia transmembrana de fibrosis quística (CFTR) presenta un problema en la interpretación

de las pruebas genéticas. Portadores de la variante 5T en trans con una mutación severa causante de fibrosis quística pueden tener fibrosis quística no clásica; otros infertilidad masculina; y ~40% pueden ser asintomáticos como consecuencia de una penetrancia incompleta. Por esto, 5T crea un desafío al interpretar los resultados de los estudios genéticos, por el gran número de estudios que se realizan de CFTR, ya que 1 de cada 10 individuos la presenta.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 8 años de edad en seguimiento por insuficiencia pancreática exocrina con ecoendoscopia con signos de pancreatitis crónica. Sin otra sintomatología acompañante (no presenta obesidad, litiasis biliar, ni antecedentes de ingesta de fármacos ni tóxicos) con test del sudor normal, autoanticuerpos típicos de la pancreatitis autoinmune negativos y colangiorresonancia normal. Ante estos hallazgos, se deriva a Genética Clínica. En el estudio inicial en el gen CFTR así como del polimorfismo Tn, se detectó la variante 5T, en heterocigosis, que se asocia a menor nivel de proteína CFTR. Dicha variante se ha identificado en población general (10%) y fenotipos relacionados con fibrosis quística (agenesia bilateral de vas deferens, bronquiectasia diseminada, pancreatitis crónica o rinosinusitis crónica). Ante estos resultados se realiza una secuenciación completa del gen CFTR y se observó en el paciente una variante missense c.3154T>G descrita como patogénica junto con el genotipo 5T/12TG.

Esta variante missense c.3154T>G, está descrita como una mutación que produce un fenotipo variable (ausencia de vasos deferentes, pancreatitis, bronquiectasia). Cuando el alelo 5T se detecta en heterocigosis compuesta con una mutación causante de fibrosis quística puede dar lugar a ausencia congénita bilateral de conductos deferentes, a pancreatitis crónica y en algunos casos excepcionales, a una forma leve de fibrosis quística. Una persona con AF508 y 5T/11TG es menos probable que desarrolle una fibrosis quística no clásica, pero no puede descartarse

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Esta información tendrá relevancia clínica, ya que la variante 5T de fibrosis quística se encuentra en ~10% de los individuos en la población general. Aunque el número de repeticiones de TG resulta ser un predictor confiable de penetrancia para 5T, se requieren más estudios para dilucidar los factores que determinan si un individuo desarrollará una enfermedad multisintomática (no clásica) o monosintomática.

HEPATITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA EN PEDIATRÍA

Lorena Lahílla Cuello, Sara Feo Ortega, Laura Morlán Herrador, Laura Cuadrado Piqueras, Nacho Ros Arnal

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La hepatitis autoinmune (HAI) es una hepatitis crónica de causa desconocida. Su diagnóstico se basa en el hallazgo de hipertransaminasemia, hipergammaglobulinemia y presencia de autoanticuerpos con una biopsia hepática compatible.

Recientemente se ha descrito una nueva entidad en adultos, la HAI seronegativa, de la que apenas existen publicaciones en pediatría. Es una entidad similar a la HAI clásica, pero con ausencia de autoanticuerpos y en la que no es necesaria la presencia de hipergammaglobulinemia. La biopsia hepática debe ser compatible con HAI. Estos pacientes presentan una buena respuesta al tratamiento inmunosupresor al igual que en la HAI clásica.

RESUMEN DEL CASO

Describimos dos casos de HAI seronegativa controlados en nuestra consulta de Gastroenterología Pediátrica. Caso 1: varón de 12 años con hipertransaminasemia de 2 años de evolución, asintomático. Caso 2: mujer de 6 años diagnosticada de enfermedad celiaca tres años antes, con hipertransaminasemia previa al diagnóstico y que persistía a pesar de la normalización de los marcadores de enfermedad celiaca. En ambos casos se realizó el estudio de hipertransaminasemia persistente sin poder establecer una etiología: Bioquímica general con metabolismo del hierro normal. Marcadores de enfermedad celiaca negativos (en el segundo caso normalizados desde el inicio de la dieta sin gluten). Coagulación sin alteraciones. Función tiroidea normal. Inmunoglobulinas normales. No había ingesta de fármacos hepatotóxicos previa. Se descartó etiología infecciosa, déficit de alfa-1-antitripsina, enfermedad de Wilson, hepatitis autoinmune clásica (anticuerpos negativos), enfermedad muscular y metabólica, y deficiencia de lipasa ácida lisosomal. Se realizaron ecografías abdominales seriadas y una colangioRMN en las que no se objetivaron hallazgos patológicos. En ambos casos tras la negatividad de todos estos estudios y ante la persistencia de la hipertransaminasemia, se realizó biopsia hepática encontrando infiltración de células plasmáticas, hepatitis de interfase y cirrosis. Dados estos hallazgos en la anatomía patológica se planteó la posibilidad de HAI seronegativa, por lo que

		Previa realización de la biopsia hepática	Inicio de tratamiento	A los 3 meses de inicio de tratamiento	A los 6 meses de inicio de tratamiento
Caso 1	GOT (U/L)	62-325	89	31	40
	GPT (U/L)	100-430	163	58	35
Caso 2	GOT (U/L)	80-630	82	26	33
	GPT (U/L)	90-820	93	22	18

se inició en ambos casos tratamiento inmunosupresor con corticoides y azatioprina. A los tres meses del inicio del tratamiento se observó normalización de las transaminasas en ambos casos. En la **tabla** se detalla la evolución de las transaminasas.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La HAI seronegativa es una entidad nueva poco descrita en edad pediátrica, pero se debe pensar en ella ante pacientes con hepatitis crónicas de etiología no filiada con biopsia hepática compatible con enfermedad autoinmune.

Realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de la HAI seronegativa es importante para evitar la progresión de la enfermedad hepática.

HEPATITIS POR TÉ VERDE: EL RIESGO DE LOS PRODUCTOS NATURALES

Ana González García, Patricia Barros García, Ana Izquierdo Martín, Natalia Camarena Pavón, Patricia Pascual Moreno, Tania Araujo García

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

INTRODUCCIÓN

El uso de productos naturales ha aumentado en los últimos años en la edad pediátrica. En muchas ocasiones no siguen un control regulado, por lo que su consumo sin una supervisión médica adecuada puede suponer un riesgo para el paciente, incrementándose aún más si se usan de forma combinada. Se ha demostrado que muchos de estos productos pueden provocar afectación a nivel hepático, apareciendo desde altera-

ciones analíticas asintomáticas hasta, incluso, un fallo hepático agudo.

Ante un paciente con sospecha de afectación hepática, es muy importante realizar una historia clínica detallada e investigar la posible administración de medicamentos o productos naturales. En la actualidad no se dispone de marcadores moleculares de toxicidad hepática, por lo que el diagnóstico continúa siendo un desafío en la práctica clínica. En la mayoría de casos será un diagnóstico de exclusión tras descartar otras causas conocidas de afectación hepática, confirmándose al normalizarse los parámetros analíticos tras la retirada del agente tóxico. El papel de la biopsia hepática es controvertido al no existir lesiones histológicas específicas, reservándose para casos muy seleccionados.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 3 años, diagnosticada de Síndrome de Down, remitida a la consulta de Gastroenterología por hipertransaminasemia (niveles máximos: GOT 295 UI/L, GPT 719 UI/L), detectadas en un estudio previo a una intervención ORL, sin otras alteraciones analíticas ni sintomatología asociada. Exploración física normal. Se realiza ecografía abdominal, serología de virus hepatotropos y control analítico completo, incluyendo anticuerpos de hepatitis autoinmune y de enfermedad celíaca, con resultados dentro de la normalidad, salvo la alteración mantenida del nivel de transaminasas. Reinterrogando a los padres informan de que desde hace unos meses están administrándole un producto natural que contiene extractos de té verde. Ante la sospecha de que dicho producto sea el agente causal de la alteración analítica, se indica retirada del mismo y control posterior. Los niveles de transaminasas fueron disminuyendo hasta normalizarse progresivamente, no volviendo a objetivarse alteraciones en los controles posteriores.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Los extractos de té verde son ampliamente utilizados debido a los diversos efectos beneficiosos que poseen. Sin embargo, cada vez se describen más casos en los que se asocia su consumo con afectación hepática, por lo que es imprescindible que exista una regulación y supervisión médica adecuada de su utilización. Casos como éste nos recuerdan la importancia de realizar una historia clínica detallada, investigando el posible consumo de estos productos y su relación causal con la clínica del paciente.

INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Noelia Rubio Puche, María Martínez del Villar, Esther Mazón Ruiz, Irene Cristina Gabarrón Soria, Esther M.ª Pérez Ortega, Carlos Rodríguez Martínez

Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un riesgo aumentado de desarrollar enfermedad por *Clostridium difficile* (CD), especialmente en aquellos con afectación colónica, cursando además de forma más grave que en la población general. En los últimos años se ha comunicado un aumento de la incidencia de la infección, tanto en pacientes adultos como pediátricos. Dentro de los factores de riesgo de contraer infección por CD, destacan los relacionados con los tratamientos, especialmente el uso de antibióticos y los inmunosupresores. El objetivo del estudio es revisar los pacientes diagnosticados de EII en nuestro hospital, establecer la tasa de infección por CD, cual ha sido la gravedad del brote y qué medicación de base tomaban en el momento de la infección.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una serie de casos diagnosticados de EII entre los años 2007 y 2016 en un hospital comarcal. Para el diagnóstico de infección por CD se detectó la presencia de toxinas específicas mediante técnicas de ELISA.

RESULTADOS

Se presenta una serie de 22 casos de EII (10 de enfermedad de Crohn [EC], 9 de colitis ulcerosa [CU] y 3 de colitis indeterminada). De ellos, 3 (13,6%) han tenido

en algún momento infección por CD (1 paciente con CU y 2 con EC). El paciente con CU ha tenido 3 brotes consecutivos por CD en un período de 2 años, dos de ellos severos (índice PUCAI 70). Los dos pacientes con EC sólo tuvieron un brote leve por CD. Los 3 pacientes llevaban como tratamiento de base de su enfermedad azatioprina asociada a anti-TNF en el momento de la infección por CD. Para el tratamiento de la misma se utilizó metronidazol o vancomicina oral.

CONCLUSIONES

El 13,6% de nuestros pacientes ha presentado en algún momento infección por CD. Se recomienda descartar la presencia de CD en todo paciente con un brote de EII. Todos ellos estaban en el momento de la infección por CD en terapia combinada inmunosupresora (azatioprina asociada a anti-TNF). De los 19 pacientes que nunca han tenido infección por CD, ninguno ha recibido dicha terapia. Pese a sus limitaciones (restrospectivo y tamaño muestral pequeño), el estudio contribuye al conocimiento de la asociación entre infección por CD y terapia inmunosupresora en pacientes pediátricos con EII.

INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA FRENTE A AEROALÉRGENOS Y ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Nora Mayo Artuch, Josefa Barrio Torres, Beatriz Martínez Escribano, Elena Rodríguez Corrales, Cristina Elipe Maldonado, Tomás Sebastián Viana

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica esofágica de diagnóstico creciente en los últimos años. En su patogenia está implicada una respuesta anómala del sistema inmune frente a alérgenos. Algunos estudios han relacionado la EoE con inmunoterapia oral frente a alimentos, sin embargo, apenas se ha estudiado su relación con inmunoterapia específica frente a aeroalérgenos (IEA).

Los objetivos de nuestro estudio son:

1. Evaluar la asociación de la IEA y la EoE.
2. Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de EoE en nuestro centro y valorar la evolución en función de si recibieron o no IEA.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de EoE entre 2008-2016.

Revisión bibliográfica a través de Pubmed de los estudios publicados que evaluaran la relación entre administración de IEA y desarrollo de EoE.

El análisis de datos se realizó con SPSS versión 22.0 para Windows.

RESULTADOS

Fueron diagnosticados de EoE 68 pacientes, 76,4% de ellos varones. La edad media al diagnóstico fue de 9,55 años.

Presentaban alergias alimentarias múltiples 64% de pacientes, principalmente frente a legumbres (42%), pescado (36%) y frutos secos (36%). El 59% presentaban sensibilización frente a aeroalérgenos, el 35% de ellos asociando asma intermitente.

Recibían tratamiento con IEA previo al diagnóstico de EoE 14 pacientes (20%); sublingual frente a gramíneas (57%), subcutánea frente a gramíneas (28%), subcutánea frente a alternaria (14%) y subcutánea frente a arizónicas y gramíneas (7%). El tiempo medio transcurrido entre el inicio de la IEA y el desarrollo de síntomas fue 1.83 años.

Dentro de este grupo, se objetivó curación en 28% con IBP a dosis altas y fluticasona deglutida, 28% curaron con IBP y exclusión de alimentos según sensibilización, en 14% se retiró la IEA y se obtuvo curación histológica y 28% se encuentran asintomáticos pero sin curación. 30% de pacientes continúa en tratamiento con IEA.

Curaron 91% de pacientes, suponiendo por grupos una curación del 94% en pacientes que no recibían IEA frente a 71,4 % en los que sí. El porcentaje de niños que no curó y recibía IEA fue 28,6% ($p=0,041$). El riesgo relativo de no curación para este grupo fue 5,28 (IC 95% 1,086-25,7).

CONCLUSIONES

En nuestra serie de casos, el porcentaje de pacientes que recibían IEA fue pequeño, pero hemos observado que presentan peor evolución clínica.

Es necesaria la realización de estudios prospectivos que permitan confirmar estos hallazgos.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL Y VELOCIDAD DE CRECIMIENTO DURANTE LOS PRIMEROS 18 MESES DE VIDA EN NIÑOS SANOS

Ana Nieto Ruiz¹, Natalia Sepúlveda Valbuena², Florian Herrmann¹, M.³ Teresa Miranda León³, Jesús Jiménez López⁴, Cristina Campoy Folgoso⁵

¹Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica Eurístikos, Universidad de Granada, Granada

²Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

³Universidad de Granada, Granada

⁴Laboratorios Ordesa, Sant Boi Llobregat, Barcelona

⁵Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica Eurístikos, Universidad de Granada, Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto Carlos III (nodo de Granada), Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es analizar los efectos de una nueva fórmula infantil enriquecida con nutrientes funcionales sobre la velocidad de crecimiento en lactantes sanos durante los primeros 18 meses de vida.

MÉTODOS

170 lactantes sanos, de entre 0-2 meses de edad, asignados al azar y a doble ciego, recibieron una fórmula estándar (G1: n=85) o una nueva fórmula suplementada con LC-PUFAs, componentes de la membrana del glóbulo graso de la leche y simbióticos (Factor Nutriexpert®) (G2: n=85), y 50 lactantes alimentados al pecho de forma exclusiva (LM) como grupo control. Siguiendo los estándares de crecimiento de la OMS para la edad y sexo, se realizaron mediciones del peso (P), longitud (L) y perímetro cefálico (PC) al nacimiento, a los 6, 12 y 18 meses de vida. La velocidad de crecimiento se estimó mediante el cálculo de los incrementos de P, L y PC en intervalos de 6 meses: i) nacimiento - 6 meses; ii) 6 - 12 meses; y iii) 12 - 18 meses. Los lactantes se clasificaron de crecimiento lento (CL: $< -1SD$), normal (CN: $\geq -1SD$ y $\leq +1SD$) o rápido (CR: $> +1SD$). Análisis estadístico: ANOVA y Chi-Cuadrado; paquete estadístico SPSS 22.0.

RESULTADOS

Los niños del grupo LM experimentaron un mayor incremento del PC entre los 6 y 12 meses y 12 y 18 meses, respecto a los del grupo G1 (6-12 m: $p=0,005$; 12-18 m: $p=0,02$); no hubo diferencias significativas en el incremento del PC de los 6 a los 12 m y de los 12 a los 18 m entre los lactantes del G2 y los que recibieron LM. Los niños del G2 mostraron un mayor incremento en la L entre los 12 y 18 meses respecto a los del G1 ($p=0,005$). No se encontraron diferencias entre los 3 grupos de estudio en la velocidad de la ganancia de P.

CONCLUSIONES

La fórmula G2 determina un incremento del PC entre los 6 y los 12 meses y 12 y 18 meses similar al que experimentan los lactantes que recibieron LM; además, los bebés del grupo G2 mostraron un crecimiento de L más rápido entre los 12 y 18 meses. La velocidad de ganancia de P fue similar entre los 3 grupos, indicando que ambas fórmulas infantiles garantizan un crecimiento adecuado y similar al de los niños lactados al pecho.

LA NUTRICIÓN, UN PILAR EN EL MANEJO DEL NIÑO CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA

María Alós Díez, Álvaro Romera Marín, Luis Escosa García, Marta García Fernández de Villalta, Aroa Rodríguez Alonso, Francisco José Climent Alcalá

Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los niños con patología crónica compleja (NPCC) son pacientes con afectación multisistémica, dependencia de tecnología y/o pautas de tratamiento complejos. La adecuada nutrición de estos niños es una medida de atención básica que se encuentra llena de dificultades.

Valorar el estado nutricional de los NPCC y el soporte tecnificado empleado para la alimentación.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en seguimiento por una unidad especializada en la atención de NPCC de un hospital terciario desde el 01/01/2014 hasta el 31/12/2016. Se valoró la relación peso/talla en menores de 5 años y el IMC en mayores de 5 años.

RESULTADOS

Se atendieron un total de 285 pacientes de los cuales sólo en 211 se obtuvo la valoración nutricional. En los menores de 5 años (60,7%) un 47,5% presentaron un estado nutricional normal, 16,4% desnutrición leve y 16,4% moderada-grave. En los mayores de 5 años, 49,4% presentaron un estado nutricional normal, 27,7% desnutrición leve y 6% moderada-grave. El porcentaje de desnutrición en los pacientes con afectación neurológica fue del 35,1%, con afectación cardiovascular del 38,8% y en pacientes con soporte tecnificado 41,7%. El 55,1% de los niños (157) precisaron SNG y 31,2% (89) gastrostomía. La indicación principal fue el trastorno deglutorio (79,8%), seguido de las necesidades calóri-

cas elevadas (11,2%). Los dos principales grupos que requirieron medidas de soporte nutricional fueron los niños con patología neurológica (64,6%) y cardiovascular (67,3%). La edad media de realización de gastrostomía fue de 11,95 meses (IQ 6,88-24,79), 29,1 meses (IQ 9,22-77,84) en el grupo con afectación neurológica y 12,96 meses (IQ8,3-24,1) en el cardiovascular. Entre los pacientes con soporte nutricional, el 40,2% presentó un estado nutricional normal, desnutrición el 56,1% y sobrepeso 3,7%. En los pacientes sin soporte, estos porcentajes fueron 50,9%, 27,67% y 21,4% respectivamente. El 43,5% precisaron suplementos hipercalóricos, 47,3% de niños con patología neurológica y 44,2% cardiovascular.

CONCLUSIONES

La desnutrición es un problema frecuente en los NPCC, principalmente en aquéllos con patología neurológica y cardiovascular como objetivamos en nuestra serie. Encontramos diferencias en el porcentaje de desnutrición moderada-grave según la edad y uso de soporte tecnificado, con más prevalencia en los menores de 5 años. La mayoría de nuestros pacientes requiere soporte tecnificado, sin claro predominio por categoría crónica. El trastorno deglutorio es la principal indicación de gastrostomía pero su realización suele demorarse en los pacientes neurológicos lo que aumenta el riesgo de desnutrición y neumonías aspirativas.

LESIONES GASTROINTESTINALES EN TRAUMATISMOS ABDOMINALES CERRADOS

Adolfo Bautista Casasnovas, Jorge Cortizo Vázquez, Pablo Rodríguez Barca, Roberto Méndez Gallart, Cristina Marco Martín, Elina Estévez Martínez

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Conocer la epidemiología y la morbimortalidad de las lesiones gastrointestinales (LGI) en los traumatismos abdominales cerrados (TRAAC) en menores de 15 años.

MÉTODOS

Estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo y observacional de pacientes con LGI por TRAAC tratados en los últimos 10 años. Estudiamos datos demográficos, mecanismo, localización, lesiones asociadas, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad y duración hospitalización.

RESULTADOS

Estudiamos 58 casos de TRAAC. 42 varones / 16 mujeres, edad media $7,87 \pm 2,46$ años.

Tipo accidente: Tráfico 36 casos (62%), Caídas-precipitaciones altura 20 casos (34,5%), impacto directo (agresión y coz) 2 casos (3,4%).

Los accidentes de tráfico fueron en bicicleta 16 casos, ocupante de vehículo 12 casos, 7 atropellos y 1 de moto.

El 67,2% (39 casos) presentaron LGI: 21 hepáticas, 9 de vísceras huecas, 9 pancreáticas.

Los politraumatismos asociados fueron: 20 lesiones esplénicas, 18 renales, 18 ortopédicas, 17 torácicas, 16 craneales, 8 pared abdominal, y 1 genital.

Requirieron cirugía 11 pacientes (28,2%): 5 (45,5%) perforaciones de víscera hueca, 3 roturas hepáticas (1 con fuga biliar por sección del colédoco), 1 fractura pancreática con sección del Wirsung, 1 sangrado retroperitoneal-mesenterio y 1 hemoperitoneo masivo por estallido ovárico.

Realizamos: 1 sutura de perforación gástrica, 2 suturas de perforaciones duodenales, 2 suturas-resecciones de perforación yeyuno, 3 hepatectomias con colestectomía y una hepatoyeyunostomía en Y de Roux, 1 pancreatocistectomía corporocaudal, 1 hemostasia retroperitoneal-mesenterio, y 1 sutura estallido ovárico.

En 39 casos de LGI, 14 (36%) tenían más de una lesión intraabdominal, todos los 19 pacientes con TRAAC sin LGI presentaban politraumatismo. El 12,8% de las LGI fueron perforaciones de vísceras huecas. Hubo 2 exitus, no intervenidos, con politrauma hepatoesplénico, craneoencefálico, torácico y ortopédico.

Se relacionó con el cinturón de seguridad el 45,5% de los intervenidos (3 perforaciones viscerales, 1 rotura pancreática, 1 hepática) y el 42,8% de los 28 no intervenidos (6 lesiones hepáticas, 4 pancreáticas, 2 vísceras huecas).

El impacto directo del manillar de bicicleta se asocia a traumatismos hepáticos, duodenales y pancreáticos, incluso tras accidentes aparentemente leves.

Los pacientes con lesiones asociadas presentan mayor mortalidad y tiempo de hospitalización que aquellos con LGI aisladas.

CONCLUSIONES

El TRAAC es una lesión grave, que tiene en los accidentes de tráfico (62%) su primera causa. Se asocia a múltiples LGI (67,2%) y extraabdominales. El 28,2% de las LGI requirieron cirugía, siendo el 45,5%, perforaciones de vísceras huecas. Los impactos por manillar de bicicleta y el cinturón de seguridad, se asocian mayoritariamente con LGI

LITIASIS BILIAR EN LA INFANCIA: NUESTRA EXPERIENCIA

M.^ª Pilar Puerta Pérez, Laura Nathalia Guevara Caviedes, Cristina Menéndez Arias, Cristina Iglesias Blázquez, Elia Zoido Garrote, Cristina García Aparicio

Complejo Asistencial Universitario de León, León

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La presencia de cálculos en la vía biliar se ha convertido en una patología cada vez más prevalente en la edad pediátrica en los últimos años. Para un mayor conocimiento de esta entidad analizamos los aspectos epidemiológicos y clínicos, factores de riesgo, complicaciones y tratamiento de los casos de litiasis biliar seguidos en las consultas de gastroenterología infantil.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes diagnosticados de litiasis biliar controlados en las consultas de gastroenterología infantil en nuestro hospital entre enero 2009 y diciembre de 2015 mediante revisión de historias clínicas. Variables analizadas: edad, sexo, factores de riesgo, motivo de consulta, tamaño y número de cálculos, tratamiento y complicaciones.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 13 pacientes, de los cuales 7 eran mujeres (53,85%). Mediana de edad al diagnóstico de 9 años (3-13 años). El factor de riesgo más frecuente fue la nutrición parenteral (27,3%), seguido de la enfermedad hemolítica (20%), historia familiar de colelitiasis (20%), prematuridad (18%), sepsis (10%) e hipercolesterolemia (9%). El 23% presentó más de un factor predisponente y el 46% ninguno. Se realizó ecografía abdominal en la totalidad de los pacientes, siendo las principales causas que lo motivaron: dolor abdominal (54%), hemólisis y colestasis (8%) y trombopenia (8%). Se solicitó radiografía abdominal al 38,5% de los niños (100% cálculos radioopacos). El 61,5% presentó litiasis múltiples (2-8 cálculos). El tamaño medio de los cálculos fue de 8,3 mm (5-13,5 mm). Ningún paciente presentó dilatación de la vía biliar. Se pautó ácido ursodesoxicólico en el 61,5% de los casos. El 61,5% fue derivado a consulta de cirugía infantil (37,5% por aumento del número de cálculos; 37,5% por aumento del número y tamaño; 25% por aumento del tamaño). Dos terceras partes fueron intervenidos y el resto están pendientes de cirugía. Hasta el momento actual ninguno ha presentado complicaciones propias de la colelitiasis ni de la intervención.

CONCLUSIONES

La colelitiasis es una entidad poco frecuente en nuestro medio. Habitualmente se presenta con una sintomatología inespecífica, siendo casualmente diagnosticada en el estudio de dolor abdominal crónico. En gran parte de los casos existen factores predisponentes para la litogénesis. La ecografía abdominal es la prueba de imagen de elección para valorar los cálculos biliares. Las litiasis biliares que aún no cumplen criterios de intervención quirúrgica pueden beneficiarse del tratamiento médico con ácido ursodesoxicólico durante un periodo variable de tiempo, siendo su tratamiento definitivo la colecistectomía.

LOES ABDOMINALES EN PEDIATRÍA: REVISIÓN RETROSPECTIVA DE UNA SERIE DE CASOS

Miguel Gallardo Padilla, Esther Llorente López, Enrique La Orden Izquierdo, Virginia Martínez Jiménez, Rafael Sánchez-Nebreda Arias, Víctor Manuel Suarez Vega

Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las lesiones ocupantes de espacio (LOEs) abdominales en pediatría suelen ser diagnosticadas mediante ecografía abdominal. Esta permite su caracterización (sólido, quístico, mixto), definir sus relaciones anatómicas y seguimiento. Nuestro objetivo es revisar los casos de nuestro centro en los últimos 3 años.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las LOES abdominales diagnosticadas en consulta de Gastroenterología Infantil en los últimos 3 años en un hospital de nivel 1. Se analizan: edad, sexo, somatometría al diagnóstico, clínica de presentación, técnica de imagen, tipo de lesión y evolución.

RESULTADOS

Se recogen 20 pacientes, 12 varones, de edad media 7 años (0-13,6 años). La situación nutricional al diagnóstico fue: Z-score peso -0.36 ± 1 DS (-1,95; 2,65), Z-score talla $-0,53 \pm 0,7$ DS (-1,68; 0,85), Z-score IMC $0,12 \pm 1.17$ DS (-1,45; 3,84).

En 9 pacientes (45%) el hallazgo fue casual, en 2 de ellos se realizó un diagnóstico prenatal. 10 pacientes (50%) presentaron síntomas inespecíficos no relacionados directamente (lo más frecuente el dolor abdominal aislado, seguido de vómitos, diarrea o distensión abdominal. 1 paciente (5%) presentó dolor abdominal

y masa palpable, correspondiendo a un carcinoma pseudopapilar pancreático.

El 70% (n=14) fueron masas hepáticas: 21,5% (n=3) angiomas, 21,5% (n=3) quistes, 14,3% (n=2) hiperplasia nodular focal, 14,3% (n=2) pólipos vesiculares, 7,15% (n=1) granulomas, 7,15% (n=1) nódulos, 7,15% (n=1) lesión calcificada inespecífica, 7,15% (n=1) válvula de Heister en vesícula biliar.

El 20% (n=4) masas esplénicas: 50% (n=2) quistes, 25% (n=1) hemangioma y 25% (n=1) nódulos.

El 10% (n=2) masas pancreáticas: 50% (n=1) quiste, 50% (n=1) carcinoma pseudopapilar de cabeza de páncreas.

Se llevó a cabo seguimiento ecográfico en todos los casos. Se realizó RMN abdominal en 7 pacientes, sin aportar mayor información diagnóstica en comparación con la ecografía. En el caso sintomático se realizó TAC abdominal urgente.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra las LOES abdominales son un hallazgo casual en la mayoría de los casos. La presentación sintomática suele indicar organicidad. La ecografía abdominal permite el diagnóstico y seguimiento. El uso de técnicas complementarias (TAC/RM) aporta mayor definición anatómica y es necesario en caso de duda o sospecha de organicidad. La situación nutricional al diagnóstico suele ser normal. En la mayoría de los casos y según el tipo de lesión el seguimiento y tratamiento suele ser conservador.

MALABSORCIÓN DE FRUCTOSA, UNA ENTIDAD EN AUMENTO

M.^a Isabel García Ruiz-Santa Quiteria¹, Cristina Sánchez González², Álvaro Cárdeno Morales², José Carlos Salazar Quero¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

²Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El consumo de fructosa en niños está aumentando debido a un mayor uso en los alimentos. La malabsorción de fructosa y su relación con clínica digestiva está mal definida.

Nuestros objetivos son: conocer el número de curvas de fructosa realizadas en los dos últimos años; estudiar síntomas que presentan, valorar si la dieta sin fructosa los mejora, establecer si la malabsorción de fructosa se asocia a otras intolerancias; y determinar qué otros exámenes complementarios se realizan.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes menores de 14 años seguidos en consultas de Digestivo infantil a los que se realiza test de hidrógeno espirado a fructosa entre Junio 2013- Mayo 2015.

RESULTADOS

Realizados 1744 test de hidrógeno espirado a diferentes hidratos de carbono, 227 fueron curvas de fructosa (13% del total). Edad media 7,1 años, 53% hombres-47% mujeres. Clínica más frecuente que presentaban dolor abdominal 21%; dolor abdominal-diarrea 13%; dolor abdominal-diarrea-distensión 8%; diarrea 11%; dolor abdominal-distensión 7%; diarrea-distensión 4%. El 30% fueron diagnosticados de malabsorción de fructosa y 13% de sobrecrecimiento bacteriano. Edad media de pacientes diagnosticados de malabsorción de fructosa 7,1 años (DE 3,6), varones 48%-mujeres 52%. Clínica que presentaban: 29% dolor abdominal; 22% dolor abdominal-diarrea; 15% dolor abdominal-diarrea-distensión abdominal; 19% diarrea; 15% diarrea-distensión abdominal. Siguió dieta baja en fructosa posteriormente el 95% (66 pacientes). En 36% y 44% los síntomas desaparecieron total o parcialmente respectivamente, 11% sin mejoría. Duración de la dieta: 66% superior a 12 meses, 27% entre 6-12 meses. 96% tenían otros exámenes complementarios: 98% analítica; 50% pruebas radiológicas; 39% endoscopia. A 202 de los 227 se le realizó curva de lactosa, que se confirmó en un 30%, presentado conjuntamente malabsorción de fructosa un 48%.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal, asociado o no a diarrea, suele ser causa principal para solicitar una curva de fructosa y la clínica más frecuente entre los que presentan malabsorción. El diagnóstico de malabsorción de fructosa se hace dentro de un estudio más amplio de las causas de la clínica mediante otros exámenes complementarios. Tras su diagnóstico, la realización de dieta baja en fructosa propicia algún grado de mejoría en gran parte de ellos (80%). Hasta la mitad de los pacientes en los que existe malabsorción de fructosa existe conjuntamente intolerancia a la lactosa.

PREVALENCIA Y POSIBLES ASOCIACIONES DE DESÓRDENES GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN 1799 NIÑOS LATINOAMERICANOS ENTRE 8 Y 18 AÑOS DE EDAD

Carlos Alberto Velasco Benítez¹, Ricardo Ariel Chanis Águila², Roberto A. Zablah³, Edgar Játiva Mariño⁴, Milton Mejía Castro⁵, Sofía Aracelli Leyva Jiménez⁶

¹Universidad del Valle, Cali, Colombia

²Hospital del Niño, Ciudad de Panamá, Panamá

³Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, San Salvador, El Salvador

⁴Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

⁵Hospital Nacional de Niños de Nicaragua, Managua, Nicaragua

⁶Hospital del Niño y Adolescente Morelense, Cuernavaca, México

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En Colombia, se ha reportado una prevalencia para presentar algún desorden gastrointestinal funcional (DGFs), del 29,0%, siendo los más frecuentes, el estreñimiento funcional (EF) y el síndrome de intestino irritable (SII). El objetivo del estudio es identificar la prevalencia de DGFs y las posibles asociaciones en niños de 5 países latinoamericanos entre 8 y 18 años de edad.

MÉTODOS

Estudio de prevalencia en 1799 escolares (n=1152) y adolescentes (n=647) de 11,5 ± 2,0 años, 55,8% femeninos y 63,0% colegio privado, en quienes por medio del Cuestionario para Síntomas Gastrointestinales Pediátricos de los Criterios de Roma III (QPGS-RIII) Versión español se determinaron los diversos DGFs (aerofagia, síndrome de vómito cíclico, síndrome de rumiación del adolescente, dispepsia funcional, SII, migraña abdominal, dolor abdominal funcional (DAF), síndrome de DAF, EF e incontinencia fecal no retentiva) y sus posibles asociaciones con variables sociodemográficas, familiares (padres separados/divorciados, hijo único, DGFs intrafamiliar), clínicas (estado nutricional según IMC y talla para la edad, náuseas) y ambientales (antecedente de dengue previo), para lo cual se realizaron análisis uni y multivariados, que incluyeron ORs e IC95%, así como regresión logística múltiple, siendo una p<0,05 significativa.

RESULTADOS

Se encontró una prevalencia del 22,6% para presentar algún DGFs, del 11,9% para EF y del 4,4% para SII. Hubo mayor oportunidad de presentar algún DGFs en los que presentaron náuseas (OR=2,92 IC95%=2,16-3,94 p=0,0000). El único posible factor de riesgo fueron las náuseas (OR=3,32 IC95%=1,87-5,89 p=0,0000).

CONCLUSIONES

Cerca de 1/3 de los niños de 5 países latinoamericanos estudiados, presentó al menos un DGFs, siendo los más frecuentes el EF y el SII y su posible factor de riesgo, las náuseas.

PREVALENCIA Y POSIBLES ASOCIACIONES DE DESÓRDENES GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN 4218 NIÑOS ENTRE 8 Y 18 AÑOS DE EDAD DE UN PAÍS SURAMERICANO

Carlos Alberto Velasco Benítez¹, Jairo Enrique Moreno Gómez², Carmen Rossy Ramírez Hernández³

¹Universidad del Valle, Cali, Colombia

²Clínica Pediátrica Colsanitas, Bogotá, Colombia

³Hospital Regional María Inmaculada, Florencia, Colombia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En niños europeos, asiáticos y americanos, se han reportado prevalencias cercanas al 30,0% para presentar algún desorden gastrointestinal funcional (DGFs), siendo los más frecuentes el estreñimiento funcional (EF) y el síndrome de intestino irritable (SII). El objetivo de este estudio es identificar la prevalencia de DGFs y las posibles asociaciones en niños entre 8 y 18 años de edad de cuatro zonas geográficas de un país suramericano

MÉTODOS

Estudio de prevalencia en 4218 escolares (n=2609) y adolescentes (n=1609) de 11,9 ± 2,3 años, 52,6% masculinos y 80,5% colegio público, en quienes por medio del Cuestionario para Síntomas Gastrointestinales Pediátricos de los Criterios de Roma III (QPGS-RIII) Versión español se determinaron los diversos DGFs (aerofagia, síndrome de vómito cíclico, síndrome de rumiación del adolescente, dispepsia funcional, SII, migraña abdominal, dolor abdominal funcional (DAF), síndrome de DAF, EF e incontinencia fecal no retentiva) y sus posibles asociaciones con variables socio-demográficas, familiares (padres separados/divorciados, hijo único, DGFs intrafamiliar), clínicas (estado nutricional según IMC y talla para la edad, náuseas) y ambientales (antecedente de dengue previo), para lo cual se realizaron análisis uni y multivariados, que incluyeron ORs e IC95%, así como regresión logística múltiple, siendo una p<0,05 significativa.

RESULTADOS

Se encontró una prevalencia del 23,0% para presentar algún DGFs, del 11,9% para EF y del 4,7% para SII.

Hubo mayor oportunidad de presentar algún DGFs en el colegio privado (OR=1,54 IC95%=1,29-1,83 p=0,0000), en las niñas (OR=1,19 IC95%=1,03-1,38 p=0,0155), en los escolares entre 8 y 12 años de edad (OR=1,30 IC95%=1,11-1,51 p=0,0006), en los hijos de padres separados/divorciados (OR=1,19 IC95%=1,02-1,39 p=0,0194), en los niños con antecedente de dengue previo (OR=2,00 IC95%=1,54-2,59 p=0,0000) y en los que presentaron náuseas (OR=3,66 IC95%=2,96-4,53 p=0,0000). Los posibles factores de riesgo fueron la edad, el colegio, las náuseas, el antecedente de dengue previo y los padres separados/divorciados (p<0,05).

CONCLUSIONES

Cerca de 1/3 de los niños estudiados, presentó al menos un DGFs, siendo los más frecuentes el EF y el SII y sus posibles factores de riesgo, edad, colegio, náuseas, antecedente de dengue previo y padres separados/divorciados.

PREVALENCIA Y POSIBLES ASOCIACIONES DE NÁUSEAS EN 4880 NIÑOS ENTRE 8 Y 18 AÑOS DE EDAD DE TRES PAÍSES HISPANOAMERICANOS

Carlos Alberto Velasco Benítez¹, Milton Mejía Castro², Laura Leticia Rodríguez Reynosa³, Sofía Aracelli Leyva Jiménez⁴, Jairo Enrique Moreno Gómez⁵, Carmen Rossy Ramírez Hernández⁶

¹Universidad del Valle, Cali, Colombia

²Hospital Nacional de Niños de Nicaragua, Managua, Nicaragua

³UMAE Hospital Especialidades 25 IMSS Monterrey, Monterrey, México

⁴Hospital del Niño y del Adolescente Morelense en Cuernavaca, Cuernavaca, México

⁵Clínica Pediátrica Colsanitas, Bogotá, Colombia

⁶Hospital Regional María Inmaculada, Florencia, Colombia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La prevalencia de náuseas en niños, ha sido descrita en El Salvador (19,8%), Panamá (11,2%) y Ecuador (15,8%), siendo más prevalente en niños con desórdenes gastrointestinales funcionales (DGFs), con estreñimiento funcional (EF), del género femenino y de colegio privado. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia y posibles asociaciones de náuseas en niños entre 8 y 18 años de edad de 3 países hispanoamericanos.

MÉTODOS

Estudio de prevalencia en 4880 escolares (n=3023) y adolescentes (n=1857) de 11,9 ± 2,3 años, 51,5% masculinos y 71,6% colegio público, en quienes por medio del Cuestionario para Síntomas Gastrointestinales Pe-

diátricos de los Criterios de Roma III (QPGS-RIII) Versión español se determinó la presencia de náuseas y de los diversos DGFs [aerofagia (AE), síndrome de vómito cíclico (SVC), síndrome de rumiación del adolescente (SRA), dispepsia funcional (DF), síndrome de intestino irritable (SII), migraña abdominal (MA), dolor abdominal funcional (DAF), síndrome de DAF (SDAF), EF e incontinencia fecal no retentiva (IFNR)] y sus posibles asociaciones con variables sociodemográficas, familiares (padres separados/divorciados, hijo único, DGFs intrafamiliar), y ambientales (antecedente de dengue previo), para lo cual se realizaron análisis uni y multivariados, que incluyeron ORs e IC95%, así como regresión logística múltiple, siendo una $p < 0,05$ significativa.

RESULTADOS

Se encontró una prevalencia del 9,7% para náuseas y del 22,8% para presentar algún DGFs (11,8% EF, 4,6% SII, 1,6% DAF, 0,7% SDAF, 1,6% MA, 0,9% DF, 0,8% AE, 0,4% SRA, 0,3% SVC y 0,1% IFNR). Hubo mayor oportunidad de presentar náuseas en el colegio privado (OR=1,80 IC95%=1,47-2,20 $p=0,0000$), en las niñas (OR=1,36 IC95%=1,12-1,66 $p=0,0013$), en los escolares entre 8 y 12 años de edad (OR=1,41 IC95%=1,15-1,75 $p=0,0008$) y presentar algún DGFs (OR=3,62 IC95%=2,96-4,42 $p=0,0000$), principalmente en el SDAF (OR=8,42 IC95% 3,84-17,71 $p=0,0000$), el SII (OR=6,70 IC95% 4,84-9,22 $p=0,0000$) y la MA (OR=6,45 IC95% 3,74-10,84 $p=0,0000$). Los posibles factores de riesgo fueron la edad, el sexo, el colegio, los padres separados/divorciados y presentar algún DGFs ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

1/10 parte de los escolares y adolescentes hispanoamericanos estudiados presenta náuseas, siendo sus posibles factores de riesgo edad, sexo, colegio, padres separados/divorciados y la presencia de DGFs, principalmente SDAF.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA LA ENFERMEDAD POR REFLUJO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA

Álvaro Ramón Romera Marín, María Alós Díez, Luis Escosa García, Aroa Rodríguez Alonso, José Luis Encinas Hernández, Marta García Fernández de Villalta

Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los niños con patología crónica compleja (NPCC) son pacientes con afectación multisistémica, dependencia

de tecnología y/o pautas de tratamiento complejos. Los trastornos gastrointestinales son frecuentes en esta población, y pueden originar complicaciones importantes, fundamentalmente respiratorias. La necesidad de cirugía antirreflujo es una medida común.

Objetivo: describir la prevalencia de tratamiento médico y quirúrgico para la enfermedad por reflujo gastroesofágico en los NPCC.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en seguimiento por una unidad especializada en la atención de NPCC de un hospital terciario desde el 01/01/2014 hasta el 31/12/2016. Se valoró la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico y su tratamiento (médico, quirúrgico).

RESULTADOS

Se atendieron un total de 285 pacientes de los cuales 56,5 % presentaron durante su evolución datos de reflujo gastroesofágico patológico. De los pacientes con RGE el 100% precisó tratamiento farmacológico, con inhibidores de la bomba de protones o ranitidina. En un 59% de los casos fue necesario mantener el tratamiento médico tras la cirugía. Precisarons tratamiento quirúrgico para el reflujo el 22,1% de todos los NPCC. La funduplicatura Nissen fue la primera opción en todos los casos salvo en uno, en el que se realizó gastroyeyunostomía como medida paliativa. Entre los pacientes con gastrostomía y funduplicatura (69,2%), en el 44,4% se realizaron ambas técnicas simultáneamente. La mediana de edad a la realización de la funduplicatura fue 32,7 meses (IQ10,3-69,23), en pacientes neurológicos 36,1 meses (IQ 13,38-80,18) y en pacientes con patología cardiovascular 11,2 meses (IQ 7,68-20,13). Un 12,7% de los NPCC con funduplicatura precisaron una nueva técnica antirreflujo por fracaso de la primera. En un 9,52% falló la técnica antirreflujo precisando un 7,94% una nueva funduplicatura, 9% yeyunostomía y 3,17% desconexión esofagogástrica, siendo esta última resolutive en los dos casos realizados. 4 pacientes de los que tenían indicación quirúrgica precisaron 3 o más intervenciones (6,35%).

CONCLUSIONES

El RGE es una patología frecuente en los NPCC. A pesar del tratamiento farmacológico, un alto porcentaje requiere técnicas quirúrgicas. La funduplicatura Nissen es el procedimiento de elección en la mayoría de nuestros pacientes. Casi un 10% precisó un nuevo procedimiento por fracaso, más de la mitad en varias ocasiones. La desconexión esófago-gástrica ha resultado eficaz en el control de síntomas y puede ser una opción válida en casos refractarios.

TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES EN NUESTRA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE REFERENCIA

Elena Rodríguez Corrales¹, Cristina Pérez Fernández¹, Josefa Barrio Torres¹, Beatriz Martínez Escribano¹, Cristina Elipse Maldonado¹, Enriqueta Román Riechmann²

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los trastornos funcionales gastrointestinales (TFGI) son un conjunto de síntomas gastrointestinales recurrentes que no se pueden atribuir a una causa estructural o bioquímica. Los criterios de Roma surgieron en un intento de utilizar un lenguaje común para definir estos trastornos, conocer su prevalencia real y facilitar la realización de estudios epidemiológicos.

El objetivo de nuestro trabajo es estimar la prevalencia y características clínico-epidemiológicas de TFGI en niños de nuestra población pediátrica y evaluar la aplicabilidad, en niños de población general, de la versión española del cuestionario Roma III en formato electrónico.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, con recogida de información prospectiva, en el que se invitó a participar a niños de 4-11 años de 2 colegios del área de influencia de nuestro hospital, a cumplimentar la versión de los cuestionarios Roma III adaptada en formato electrónico por nuestro grupo.

Se realizaron reuniones informativas con la dirección de los colegios y asociación de padres para solicitar su participación en el estudio. Se entregaron hojas informativas y consentimiento informado a los participantes. Análisis estadístico mediante programa informático SPSS versión 22 para Windows. Estudio aprobado para su realización por el Comité de ética de nuestro hospital.

RESULTADOS

Se cumplimentaron 342 formularios. El porcentaje de respuesta fue de 93% en un colegio y 84% en el otro. La edad media 9 años ($\pm 2,2$ DS). El 56,4% son mujeres (n: 193) y el 43,6% varones (n: 149).

Cumplieron criterios Roma III de TFGI 120 niños (35%). Los trastornos más frecuentes fueron la migraña abdominal en 47 niños (13,7%) y el estreñimiento funcional en 46 (13,5%), seguidos del síndrome de intestino irritable en 35 casos (10,3%), la aerofagia en 13 (3,8%), el dolor abdominal funcional en 12 (3,5%) y el síndrome de vómitos cíclicos en 8 pacientes (2,3%). Solo

hubo 3 pacientes que cumplían criterios de rumiación y 2 de incontinencia fecal no retentiva. Ninguno de los pacientes cumplió criterios de síndrome de dolor abdominal funcional. Un 28,3% de los pacientes (n: 34) cumplía criterios para más de uno de los TFGI.

CONCLUSIONES

La prevalencia de TFGI en nuestra muestra es mayor que la descrita en estudios previos. Destacar el alto porcentaje de niños con más de un TFGI como indican algunos estudios recientes.

En nuestra experiencia, los cuestionarios Roma III de tipo autoadministrado facilitan la realización de este tipo de estudios epidemiológicos, especialmente si se realizan en formato electrónico.

UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA EN UN EQUIPO TERRITORIAL DE PEDIATRÍA. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS

Isabel Casas Gallegos, Anna Gatell Carbó, Silvia Sabaté Albornà, Anna Pericas Bosch, Josep Antoni Serrano Marchuet, Vicente Morales Hidalgo

ETAP Pediatría Alt Penedès-Garraf, Institut Català de la Salut, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La patología digestiva, en su más amplio contexto (gastroenterología, hepatología y nutrición) constituye uno de los temas de consulta más frecuente dentro del ámbito de la pediatría de atención primaria (AP). Desde hace 3 años hemos empezado a trabajar con una unidad de gastroenterología propia en nuestro equipo territorial de pediatría.

Objetivos: Determinar la patología más frecuente y las pruebas más solicitadas en una consulta de gastroenterología pediátrica en AP, valorando los tiempos de espera de derivación a un hospital de referencia.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes que consultaron en una Unidad de Gastroenterología pediátrica en AP entre 2014-2016. Se revisaron los diagnósticos más frecuentes, interconsultas, debut de celíacos y pruebas digestivas solicitadas.

RESULTADOS

En el periodo estudiado, con una población de 17.000 niños se realizaron 762 consultas por patología digestiva.

Los motivos de consulta más frecuentes fueron: sospecha de enfermedad celiaca (36%), estreñimiento funcional (30%), dolor abdominal crónico (20%) y diarrea crónica (6%). En el caso de interconsultas de los pediatras del equipo los motivos más frecuentes fueron: estreñimiento refractario (23%), aspectos relacionados a la enfermedad celiaca (21%), dolor abdominal crónico (17%) y elevación de la calprotectina fecal (13%) entre otros.

El tiempo de espera para la biopsia intestinal disminuyó de 5 meses a 1 mes. Se diagnosticaron un total de 12 nuevos celíacos en dicho periodo y un nuevo caso de enfermedad inflamatoria intestinal.

Del total de visitas, el 3,5% requirió pruebas endoscópicas de los cuáles el 74% correspondió a endoscopia digestiva alta. El tiempo de espera fue de 1-3m. Otras pruebas solicitadas fueron: phmetría 24 horas, manometría ano-rectal, enema opaco y tránsito gastro-duodenal. Un paciente con glucogenosis tipo IIIa es portador de gastrostomía percutánea (PEG).

El 3% del total de visitas, requirió test de H2 espirados a carbohidratos.

El programa DAR-web incluyó 20 pacientes de nuestra unidad.

CONCLUSIONES

La incorporación de la Unidad de Gastroenterología en la cartera de servicios del Equipo de Atención Primaria Territorial de Pediatría favorece la comunicación entre niveles asistenciales, disminuye los tiempos de espera y potencia la eficiencia y eficacia en relación al diagnóstico y manejo de patologías digestivas en AP.

UNIFICACIÓN DE LAS HOJAS INFORMATIVAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA: UN PROYECTO HECHO REALIDAD

Pablo Oliver Goicolea¹, Rubén García Pérez², Patricia del Río Martínez¹, Juan Idoeta Kiernan¹, Laura Herrero García¹, Eneritz Lizarralde Atristain¹

¹Hospital de Mendaro, Mendaro, Guipúzcoa

²CS Txurdinaga, Bilbao, Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Elaboración de un único documento informativo de alimentación infantil en la Comunidad Autónoma Vasca, consensado con gastroenterólogos pediátricos y pediatras de atención primaria, con criterios de evidencia científica y actualizado de forma anual.

MÉTODOS

Se realiza actualización bajo la evidencia científica disponible con respecto a diferentes aspectos de alimentación complementaria. Se consensan dichas recomendaciones con gastroenterólogos pediátricos y pediatras de atención primaria. Tras la divulgación de las hojas en centros de la red de Osakidetza y en centros privados, se elabora encuesta a los diferentes sanitarios implicados. Se establece un plan estructurado de revisión anual.

RESULTADOS

Se elaboran dos hojas informativas de alimentación infantil. En la primera se dan recomendaciones para la alimentación en el primer año de vida. Se explica la forma y el momento de introducir los distintos grupos de alimentos, dando pautas abiertas y no estrictas según las recomendaciones revisadas. En la segunda hoja se dan pautas de alimentación recomendables a partir del primer año de vida, incidiendo en que dichas pautas son adecuadas para todos los miembros familiares. Se dan sesiones informativas y de consenso a atención primaria y en hospitales pediátricos. Se realiza una encuesta a los sanitarios implicado: 189 personas toman parte (72% pediatras de atención primaria, 9% pediatras hospitalarios y 14,7% enfermeras pediátricas). El 88% trabajan en centro de salud, el 8% en consulta en Hospital público, 1,8% consulta privada y el 1,8% consulta en Hospital privado. El 100% de los encuestados conoce las nuevas hojas de informativas y el 93% de los que trabajan en centros públicos y el 56% de trabajadores de medicina privada afirma que dichas hojas se reparten en su centro de trabajo. La satisfacción global de las hojas informativas en los encuestados en una escala del 1 al 5 es de 5 en 73% y de 4 en 21%. Según la percepción de los sanitarios, la satisfacción global de las hojas informativas en las familias en una escala del 1 al 5 es de 5 en un 60% y de 4 en un 30%. El 70 % de los encuestados cree que es mejor no dar pautas rígidas. El 85% de los encuestados piensa que es adecuado actualizar las hojas informativas de forma anual.

CONCLUSIONES

Consideramos que las recomendaciones generales de alimentación del lactante se deben unificar de forma generalizada, con la evidencia científica disponible, con el consenso entre los diferentes sanitarios implicados y con una actualización anual.

GENÉTICA CLÍNICA Y DISMORFOLOGÍA

VIERNES 2 DE JUNIO • 16:45-17:15 H • SALA 10

DIAGNÓSTICO CITOGENÉTICO DEL SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS POR HIBRIDACIÓN GENÓMICA COMPARATIVA EN PACIENTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT

Lina Johanna Moreno Giraldo¹, José M.^a Satizábal Soto², Cristian David Herrera Mafla¹

¹Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia

²Universidad del Valle, Cali, Colombia

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Peutz-Jeghers es una enfermedad autosómica dominante, caracterizada por poliposis gastrointestinal de tipo hamartomatosa y pigmentación mucocutánea. Con una prevalencia de 1/50.000 nacidos vivos, se ha asociado en un 70% a deleciones en el gen STK11 (OMIM #602216) (19p13.3) el cual codifica una proteína relacionada con serina-treonina cuya inactivación sugiere que actúe como supresor de tumores; por lo cual, existe un incremento en el riesgo de desarrollar tumores de ovario, testículo, cérvix y páncreas. En el síndrome, los pólipos pueden aparecer en cualquier parte del tracto gastrointestinal; así mismo, las manchas de melanina pueden aparecer en labios, mucosa bucal, mucosa anal y en los dedos. Las características fenotípicas de estos pacientes pueden incluir también la presencia de alteraciones en el aprendizaje, rasgos dismórficos, anomalías congénitas y malformaciones cardíacas.

RESUMEN DEL CASO

Paciente femenina de 26 meses de edad, padres no consanguíneos, provenientes de la zona urbana, sin historia familiar de importancia, con tetralogía de fallot corregida, asociado a retraso leve en el desarrollo psicomotor, antropometría normal para la edad; al examen físico con ptosis palpebral, frente amplia y prominente, pigmentación en labios y cicatrización queloide en tórax, sin masas ni megalias a nivel abdominal. Con resultados de Fish negativo; extendido de sangre periférica normal; cariotipo normal; tamizaje metabólico positivo para Dinitrofenilhidracina, cloruro férrico y prueba de Benedict. Se decide realizar estudio molecular mediante hibridación genómica comparativa en donde se encuentra una deleción intersticial en 19p13.3 de 0.581Mb, asociada al síndrome de Peutz-Jeghers (OMIM #175200).

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El síndrome de Peutz-Jeghers es poco frecuente y en nuestro país se desconoce su prevalencia, aunque las manifestaciones cardiovasculares no hacen parte de los criterios diagnósticos confirmatorios, su presencia junto con dificultades del aprendizaje, rasgos dismórficos y anomalías congénitas, deben hacernos sospechar de esta patología. Esta deleción específica afecta varios genes, entre los cuales se encuentra el gen PTBP1 (OMIM #600693) el cual se ha asociado al desarrollo de anomalías cardíacas. Un diagnóstico precoz de esta patología permite realizar un adecuado abordaje médico preventivo, dada la alta probabilidad de proliferación celular a lo largo del tubo digestivo.

PACIENTE ESPAÑOLA PROCEDENTE DE CHINA CON DISCROMATOSIS SIMÉTRICA HEREDITARIA POR MUTACIÓN EN GEN ADAR1

Cristina Cea García, M.^a José Sánchez Soler, Ana Teresa Serrano Antón, Vanesa López González, Teresa Martínez Menchón, M.^a Juliana Ballesta Martínez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN

La discromatosis simétrica hereditaria (MIM•127400) es una enfermedad genética de herencia autosómica dominante descrita en pacientes de origen asiático. Se caracteriza por hipo e hiperpigmentación macular de predominio en dorso de extremidades y cara generalmente aisladas, aunque se han descrito casos con afectación neurológica (retraso psicomotor, autismo, epilepsia, etc.). El diagnóstico diferencial debe incluir el S. Leopard y otras rasopatías, discromatosis universal hereditaria, acropigmentación reticulada de Kitamura, disqueratosis congénita y formas leves de xerodermapigmentosum. Mutaciones en el gen ADAR1 se han descrito asociadas a esta entidad.

RESUMEN DEL CASO

Preescolar de 4 años procedente de China con antecedentes familiares y personales hasta el primer año de edad desconocidos (adoptada), remitida para valoración por sospecha de lentiginosis cutánea. Refieren aparición de máculas hiperpigmentadas en brazos, piernas y cara desde los 3 años. Pelo fino y escaso.

Sudoración normal. Evolutivamente asocia lesiones hipopigmentadas y léntigos en glúteos y manos. El desarrollo pondoestatural y psicomotor es normal. A la exploración física destaca la presencia de léntigos múltiples de predominio en cara y extremidades, acromías en dorso de pies y manos de aspecto reticulado. No asocia dismorfia facial significativa, ni otras malformaciones. Pruebas complementarias realizadas: hemograma, bioquímica, ecografía abdominal, valoración oftalmológica y cardiológica, normales. Ortopantografía: ausencia de canino inferior derecho. Estudio de secuenciación del gen PTPN11 normal. Biopsia de piel: se detectan melanocitos en la hilera basal de la epidermis demostrables con Melan A y Melanina distribuida de forma irregular con zonas más densas y otras casi imperceptibles. Secuenciación del gen ADAR1: delección c.24_34delAG en heterocigosis en exón 7.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La discromatosis simétrica hereditaria es excepcional en nuestro medio, pero en pacientes de origen asiático debemos sospecharlo y solicitar estudio molecular de gen ADAR1.

Su confirmación diagnóstica precoz permite descartar otras patologías más graves, minimizar la realización de pruebas complementarias al ser la clínica exclusivamente cutánea generalmente, evitar un seguimiento prolongado, y ofrecer un asesoramiento genético específico.

SÍNDROME BANNAYAN-RILEY-RUVALCABA: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Ana M.^a Martínez Álvarez, Ana Teresa Serrano Antón, M.^a José Sánchez Soler, M.^a Juliana Ballesta Martínez, Pablo Carbonell Meseguer, Vanesa López González

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN

El espectro de síndromes tumorales hamartomatosos asociados a PTEN (PHTS) incluye los síndromes de Cowden, Bannayan-Riley-Ruvalcaba (BRRS) y los Proteus-like. El BRRS se considera la forma congénita o precoz de los PHTS. Presenta una herencia autosómica dominante y se caracteriza por pólipos intestinales hamartomatosos, lipomas, macrocefalia y lentiginosis genital. Los pacientes afectados presentan un riesgo aumentado de desarrollo tumoral.

RESUMEN DEL CASO

Escolar de 4 años de origen magrebí remitida a la sección de genética médica por sospecha de enfer-

medad de depósito. Padres sanos no consanguíneos. Gestación conseguida de forma natural sin incidencias. Parto a término con detección al nacimiento de perímetro cefálico en percentil >99 (+4DE). Periodo neonatal y cribado metabólico ampliado normales. Desarrollo psicomotor adecuado. Ante la persistencia de macrocefalia (+4.3DE), tumoración en pared abdominal y niveles alterados de excreción de oligosacáridos en orina de 24 horas se remite para valoración. Estudios complementarios realizados: ecografía abdominal con hallazgos compatibles con lipoma de pared abdominal; valoración cardiológica, oftalmológica, RM cerebral y serie ósea normales. Se repite determinación de oligosacáridos en orina que resulta normal y ante la sospecha de PHTS por la asociación de macrocefalia y lipomas, se solicita estudio molecular de gen PTEN. El análisis detecta la mutación c.723dupT, p.glu242 en heterocigosis en el exón 7 del gen (descrita previamente). El estudio en muestras parentales resultó normal, confirmando que la alteración se había producido de novo.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Ante la asociación de macrocefalia y lipomas en la edad pediátrica debemos sospechar este espectro clínico y solicitar estudio molecular del gen PTEN.

La importancia del diagnóstico precoz en estos casos estriba en el potencial desarrollo de tumores asociado (mama, tiroides y endometrio fundamentalmente), y su confirmación molecular permitirá a los pacientes beneficiarse de un seguimiento multidisciplinar protocolizado, así como recibir un asesoramiento familiar específico.

SÍNDROME DEL NEVUS MELANOCÍTICO CONGÉNITO

Blanca Borrás Mullor¹, Marina Salamanca Campos¹, Felipe Benavente Villegas¹, Gemma Mirón Vila¹, Joaquín Sempere Mata¹, Amparo Sanchis Calvo²

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

²Grupo U724 del CIBERER 4, Valencia

INTRODUCCIÓN

Los nevus melanocíticos congénitos (NMC) son lesiones tumorales presentes al nacer inicialmente benignas constituidas por células pigmentadas originadas durante la ontogénesis. Se consideran hamartomas derivados de la cresta neural, producidos por mutaciones postcigóticas fundamentalmente en NRAS con herencia dominante, determinando defectos en la migración y diferenciación celular. Pueden ser únicos o múltiples. Se clasifican como gigantes (NMCG) a

los de más de 20 cm. Su frecuencia en España es de 0.19/10.000 nacimientos. La localización más frecuente es en tronco posterior, seguida de las extremidades, cabeza y cuello. Un 11% de los NMC múltiples asocian anomalías del Sistema nervioso central (SNC), situación conocida como Melanosis neurocutánea con alta morbi/mortalidad y con clínica precoz. Los pacientes con NMC múltiple tienen aumento de riesgo (2%) de melanoma en SNC y en piel, en clara relación con el tamaño lesional.

La Resonancia magnética (RM) cerebral con gadolinio permite detectar depósitos de melanina intraparenquimatosos sin afectación meníngea, melanoma parenquimatoso o leptomeníngeo, además de otras anomalías (siringomielia, hidrocefalia, tumores, anomalías de Dandy Walker y Arnold Chiari). Los NMCG con sólo melanosis intraparenquimatosas no suelen requerir neurocirugía y aunque pueden desarrollar melanoma, se aconseja repetir RM únicamente ante presentación de signos neurológicos. La realización de una RM del SNC de rutina en niños con NMC múltiple durante los primeros 6 meses de vida (puesto que la mielinización oscurece la señal de la melanina), es el mejor predictor de anomalías del neurodesarrollo, epilepsia o necesidad de neurocirugía.

Opciones terapéuticas: exéresis de las lesiones y expansores tisulares, auto/aloinjertos o sustitutos dérmicos.

El curetaje y el láser tienen buen resultado estético, pero no eliminan todo el riesgo de melanoma.

RESUMEN DEL CASO

Recién nacida (origen paquistaní, consanguinidad) con NMCG de 18x20 cm, "en camiseta" desde occipital a nalgas, piloso en algunas áreas, con satelismo, sin afectación mucosa. Ecografía transfontanelar, de canal vertebral y abdominal, normales. Cariotipo 46,XX (sangre). Fondo de ojo normal. A los 4 meses se realiza RM detectándose melanosis intraparenquimatosas en cerebelo y descartándose afectación leptomeníngea, EEG normal. Biopsia cutánea sin objetivarse malignización. El estudio genético detecta la variante c.181C>A (p.Gln61Lys) en heterocigosis en el gen NRAS. Asintomática y con neurodesarrollo normal.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Por la variedad clínica que pueden asociar y el riesgo neurológico y de malignidad, hay autores que consideran al NMCG como un síndrome. El tratamiento es controvertido, debe individualizarse según el impacto estético y social que suponen las múltiples intervenciones quirúrgicas y el riesgo de melanoma.

HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA

JUEVES 1 DE JUNIO • 16:45-17:45 H • SALA 10

ANEMIA DE FANCONI. AVANZANDO EN EL TRATAMIENTO

Esther Cambrón Carmona, Encarnación Villar Quesada, Irene Peláez Pleguezuelos, Juan Salvador Vilchez Pérez, Ana Isabel González Espín, María Comino Martínez

Hospital Materno Infantil de Jaén, Jaén

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La anemia de Fanconi (AF) es una aplasia medular congénita de herencia autosómica recesiva de baja incidencia. Se define por la asociación de malformaciones congénitas, aplasia medular y alta predisposición tumoral.

Las malformaciones aparecen en el 70% de los pacientes, las cuales afectan a la piel, el esqueleto y el crecimiento.

En cuanto a las alteraciones hematológicas, la trombopenia suele ser la primera en el 50% de los casos, en torno a los 7 años de edad, evolucionando a pancitopenia en un tiempo variable.

Como consecuencia de la inestabilidad genética, estos pacientes poseen también una elevada predisposición al cáncer.

MÉTODOS

Analizamos 5 casos de AF con sus características clínicas, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se incluyen 5 pacientes diagnosticados de AF, con una relación entre sexos masculino y femenino de 1:4 y una edad media al diagnóstico de 7,1 años. En tres de ellos la forma de presentación fue la pancitopenia, en uno la bicitopenia y en el otro la neutropenia. Existía consanguinidad familiar en 2 pacientes (que eran de la misma familia). Entre las manifestaciones clínicas que presentaban destacan: manchas café con leche (3), hipoplasia de pulgar (1), hipoplasia eminencia tenar (1), talla baja (4), bajo peso al nacimiento (1), dilatación de raíz aórtica (1), hipoacusia (1), microcefalia (1), epicanthus (2), microftalmia (1), efélides (1). En todos se realizó estudio de fragilidad cromosómica con Diepoxibutano, siendo positivo en los 5 (en uno de ellos con un falso negativo en la primera determinación que se repitió años más tarde tras la persistencia de la sospecha clínica). Cuatro de los pacientes pertenecía al grupo de complementación FANC-A y uno está pendiente.

La mayoría precisaron tratamientos sustitutivos con transfusión de concentrados de hematíes y plaquetas. En uno se desconoce la evolución por traslado a su país de origen, otro está recién diagnosticado y en los otros 3 se encontró un familiar histocompatible realizándose trasplante en 2 de ellos con buena evolución posterior, falleciendo el tercero tras desarrollo de AREB.

CONCLUSIONES

1. A veces, el diagnóstico de esta enfermedad es difícil ya que se presenta con gran variabilidad de síntomas y el 30% no presentan malformaciones asociadas.
2. Es fundamental plantear la AF entre los diagnósticos diferenciales de la talla baja ya que cuatro de los pacientes lo presentaban.
3. En los últimos años, se está ofreciendo la posibilidad de terapia génica aún en estudio.

CÁNCER INFANTIL EN PEQUEÑAS ÁREAS GEOGRÁFICAS Y PROXIMIDAD A FOCOS DE EMISIONES CONTAMINANTES

Esther Tobarra Sánchez¹, Juan Antonio Ortega García¹, Fernando Antonio López Hernández², Alberto Cárceles Álvarez¹, José Luis Fuster Soler³, Rebeca Ramis⁴

¹Instituto de Investigación Biosanitaria de la Región de Murcia (IMIB), Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

²Universidad Politécnica de Cartagena, Murcia

³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

⁴Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, CIBER Epidemiología y Salud Pública-CIBERESP, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer pediátrico (CP) se ha asociado a la exposición de algunos carcinógenos medioambientales. El objetivo de este trabajo es estudiar la asociación entre la proximidad de industrias contaminantes y riesgo de CP en la Región de Murcia (España) en el periodo 1998-2015.

MÉTODOS

Estudio de georreferenciación de Medio Ambiente y Cáncer Pediátrico en la Región de Murcia (MACAPE-

MUR) que incluye a todos los niños diagnosticados de CP (<15 años) en la Región de Murcia en el periodo 1998-2015. Estudia la relación entre el domicilio al momento del diagnóstico con la información procedente del Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes del Ministerio de Medioambiente de España, agrupadas por el tipo de actividad industrial: energéticas, químicas (orgánica e inorgánica), fitoquímicos-medicamentos, cementeras e incineración/valorización de residuos peligrosos. Se utiliza la metodología Scan en la versión del test focalizado para la identificación de clústeres espaciales de alta incidencia entorno a los principales focos de contaminación atmosférica.

RESULTADOS

La tasa cruda es de 14,8 casos por cada 100.000 niños (<15 años). La incidencia del CP global, y de neuroblastomas, linfomas y leucemias en particular ha crecido significativamente. Se detectan una mayor incidencia global de cáncer y de los LNH alrededor de algunos focos de contaminación industrial. Y un cluster alrededor de tumores neuroectodérmicos alrededor del foco industrial del plástico.

CONCLUSIONES

El análisis espacial por secciones censales de la incidencia del CP es una herramienta exploratoria para investigar los factores de riesgo medioambiental implicados y contribuir a planificar acciones que permitan controlar las industrias con mayor impacto en la salud. Futuras investigaciones alrededor de los focos de contaminación industrial son requeridas.

DÉFICIT DE GLUCOSA-6-FOSFATO DESHIDROGENASA: EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

Elena Panizo Morgado, Marta Osuna Marco, María Román Gómez, Zara Fuentes Ferrera, Rubén Blanco Pérez, Aurea Cervera Bravo

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PD) es la eritroenzimopatía más frecuente. Presenta una marcada heterogeneidad clínica, abarcando desde pacientes asintomáticos hasta pacientes con hemólisis crónica grave.

El objetivo del estudio es estudiar la expresión clínica y analítica y el curso evolutivo de los niños diagnosticados de déficit de G6PD en un único centro.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de déficit de G6PD. Análisis estadístico de las variables obtenidas por revisión de historias clínicas.

RESULTADOS

Se evaluaron 8 pacientes diagnosticados de déficit de G6PD entre diciembre de 1996 y octubre de 2016. El 100% fueron varones, con una mediana de edad de 2,9 años (rango 0-12,4). País de origen: España (25%), Siria (25%), Guinea Ecuatorial (37,5%) y República Dominicana (12,5%). Todos fueron diagnosticados mediante el estudio cualitativo para el déficit de G6PD. El debut fue sintomático en 6 pacientes: 2 ictericias neonatales y 4 crisis hemolíticas (2 por habas, 1 por antipalúdicos y 1 en el contexto de neumonía). En los 2 pacientes asintomáticos se realizó el estudio dentro del cribado de drepanocitosis. Antecedentes personales: 4 (50%) ictericia neonatal y 3 (37,5%) otras alteraciones hematológicas (2 drepanocitosis homocigotas con alfa+-talasemia heterocigota y 1 alfa+-talasemia homocigota). Antecedentes familiares: 4 (50%) anemia hemolítica (2 conocían la enzimopatía). Mediana de valores al debut (rango): Hb 7,8g/dl (5,9-16,3); reticulocitos 5,86% (1-22,6); reticulocitos totales $143,12 \times 10^3/\mu\text{L}$; BT 1,7 mg/dl (0,2 - 23,6; 5/8 elevada); haptoglobina 96,6 mg/dl (7,3-245, 1/3 baja); LDH 308,5U/L (243-1043, 3/4 elevada); excentrocitos en el frotis 4/6. Sólo 2 pacientes precisaron soporte transfusional al diagnóstico. El 100% de los pacientes recibió educación específica. Evolución: Mediana de seguimiento: 3,19 años (0-19). Un 65% permanece asintomático, uno (12,5%) ha presentado algún episodio autolimitado de hemólisis leve y los dos pacientes con drepanocitosis (25%) han requerido ingresos reiterativos, por diversos motivos. La mediana de ingresos varió entre los pacientes con drepanocitosis (8), frente al resto (1), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, probablemente por el tamaño de la muestra.

CONCLUSIONES

El déficit de G6PD es una entidad generalmente benigna, con una expresión clínica variable. Las manifestaciones más frecuentes son la ictericia en el periodo neonatal y las crisis hemolíticas en el niño mayor. Apoyan su diagnóstico: elevación del recuento reticulocitario, LDH y bilirrubina elevadas y la presencia de excentrocitos. La haptoglobina no parece buen indicador, ya que puede elevarse como reactante de fase aguda. Su asociación con la drepanocitosis puede determinar una evolución clínica más tórpida del paciente.

ESFEROCITOSIS HEREDITARIA EN NIÑOS: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE PEDIÁTRICA

Elena Panizo Morgado, Marta Osuna Marco, María Román Gómez, Zara Fuentes Ferrera, Rubén Blanco Pérez, Aurea Cervera Bravo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La esferocitosis hereditaria (EH) es la anemia hemolítica intracorpuscular más frecuente en nuestro medio. La heterogeneidad de los trastornos de membrana eritrocitaria dificulta la interpretación de pruebas y la predicción de la expresión clínica. Los tests diagnósticos clásicos (hematimetría, frotis, test de fragilidad osmótica: RGO) no siempre permiten el diagnóstico definitivo. Recientemente han aparecido nuevas técnicas más fiables, como la expresión de Eosín-5-maleimida por citometría de flujo (EMA). El objetivo principal de este estudio es describir una muestra de pacientes pediátricos con EH en los que se ha realizado el estudio básico y el test EMA, y clasificarlos según gravedad clínica.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de EH, confirmado o de sospecha, en un hospital terciario entre 2000 y 2016.

RESULTADOS

Se recogieron 34 pacientes (47,1% varones) con sospecha de anemia hemolítica intracorpuscular por defecto de membrana. El 44,1% tenía antecedentes familiares. La edad media al diagnóstico fue de 3,27 años (DE 4,6 años), con una mediana de 10,5 meses [3-45]. 19 pacientes (56%) ingresaron en período neonatal: 84,2% para fototerapia, 16,6% precisó exanguinotransfusión y 31,5% transfusión. Un 8,8% necesitó transfusión entre 1-12 meses, y un 11,8% a partir del año de vida. 3 pacientes (8,8%) precisaron colecistectomía por colicitiasis sintomática, y 4 (11,8%) asociaron esplenectomía, a una edad media de 9,5 años (DE 2,7).

Sobre el total de pacientes estudiados, el frotis fue normal en un 20,6%, y se objetivó RGO disminuida en el 76,5% de los pacientes. Se realizó EMA a 28 pacientes (82,3%) siendo patológico en el 58,8%. Entre los pacientes con EMA normal se encontraban 2 pacientes con eliptocitosis hereditaria, uno con ALPS, 4 con EH en forma silente y 3 sin diagnóstico definitivo.

La hemoglobina basal media fue de 11,9 g/dL (DE 2), con un CHCM de 34,2 g/dL (DE 1,8) y niveles medios de LDH de 257,5 U/L (DE 66,9) y de bilirrubina total de 1,4 mg/dL (DE 1).

El 23,5% se clasificó como portador, el 41,2% como enfermedad leve y un 26,5% como moderada. Una mayor gravedad en la clasificación se correlacionó con mayor frecuencia de exanguinotransfusión en período neonatal ($p 0,016$), sin hallarse asociación estadísticamente significativa con necesidad de fototerapia, transfusión o esplenectomía.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de certeza de EH es complejo, precisando frecuentemente el empleo de nuevos test diagnósticos.
- Las manifestaciones y el riesgo de complicaciones son difíciles de predecir pese a el uso de clasificaciones clínicas.

HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN EL CONTEXTO DE UNA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE

Lourdes Martínez Mesones, M.^a Asunción Pino Gálvez, Álex Francisco Núñez Adán, Beatriz Cófreces Pérez, M.^a Isabel López Reyes

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) se caracteriza por una disminución del recuento de plaquetas, siendo el número de hematíes y leucocitos normal. En la mayoría de los casos, la causa es desconocida, aunque puede aparecer tras una infección viral. A nivel clínico se caracterizan por hemorragias cutáneo-mucosas, pero pueden afectar a cualquier órgano o sistema, condicionando diversa sintomatología.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 7 años trasladada por equipo de emergencias por episodio de desconexión del medio y clonías de los 4 miembros que cede sin medicación. Afebril. Lesiones petequiales y purpúricas de 4 días de evolución, de aparición progresiva. No traumatismos. Sangrado de encías. Gastroenteritis aguda (GEA) la semana anterior. A su llegada, hipotónica, mal estado general, mala perfusión, taquicárdica, abundantes petequias y púrpuras de predominio en miembros inferiores. No signos meníngeos. Por sospecha de sepsis se realiza expansión de volemia, administración de cefotaxima y extracción de hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría y hemocultivo. Presenta crisis generalizada tónico clónica que precisa dos dosis de midazolam intravenoso (i.v). Se realiza TAC craneal donde se evidencia hematoma intraparenquimatoso temporal iz-

quierdo con edema perilesional sin desplazamiento de línea media. En analítica plaquetopenia severa (8000/mm³). Ante la sospecha de PTI (púrpura trombocitopénica inmune) ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Realiza tratamiento con fenitoína (profilaxis crisis epilépticas), metilprednisolona (4 mg/kg/d), inmunoglobulinas (2 dosis de 1 g/kg/dosis), 1 dosis de factor VIIa y 3 transfusiones de plaquetas. A los 4 días, plaquetas 98000/mm³ sin sangrado y evolución neurológica favorable. Angiorresonancia magnética de cráneo descarta malformaciones arteriovenosas. Serologías VHB, VHC y VIH negativas. Medulograma megacariocitos normales en forma y número, resto de series normales.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La forma de presentación más frecuente de la PTI es la aparición de lesiones cutáneo-mucosas. Solo el 3% de los pacientes con PTI tienen hemorragias graves, siendo la hemorragia intracraneal muy infrecuente (0,1-0,5%). A pesar de lo excepcional de los sangrados intracraneales, se deben sospechar siempre que las lesiones cutáneas típicas se acompañen de clínica neurológica.

ICTERICIA, HIPOXEMIA Y METAHEMOGLOBINEMIA AGUDAS: ¿EN QUÉ DEBEMOS PENSAR?

Lisa Bianco Bianco, Xoan González Rioja, M.^a Luz Uria Oficialdegui, Nuria Worner Tomasa, Pablo Velasco Puyó, José Luis Dapena Díaz

Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La deficiencia de la glucosa 6-fosfato deshidrogenasa (G6PD) es la enzimopatía más frecuente, herencia ligada al cromosoma X. La manifestación clínica típica es una crisis hemolítica aguda desencadenada por un agente oxidante (medicamentos, alimentos, infecciones). Presentamos la experiencia en un centro de tercer nivel de un caso típico de debut de esta entidad.

RESUMEN DEL CASO

Dos hermanos suizos de 14 años, gemelos (G1-G2) bicoriales/biamnióticos, sanos, remitidos a nuestro centro por sospecha de hepatitis aguda colestásica. Iniciaron en las 48 horas previas cuadro de vómitos, diarrea, astenia, ictericia y orinas oscuras.

A su llegada presentaban ictericia, taquicardia y orinas oscuras. En G1 destacaba hipoxemia con SatHb 77% (co-oximetría) utilizando mascarilla reservorio (Mona-gan), sin clínica respiratoria.

Exploraciones complementarias: A nivel hematológico, anemia normocítica grave (Hb G1 3,5 gr/dl/G2 5,5 gr/dl), reticulocitosis y Test de Coombs directo negativo. Bioquímica: Hiperbilirrubinemia indirecta (12 mg/dL (G1)/8 mg/dL (G2)), hipertransaminemia (predominio AST), elevación LDH y haptoglobina indetectable. Tira reactiva de orina positiva a hemoglobina. Gasometria venosa: metahemoglobinemia de 17,5% (G1) y 2 % (G2).

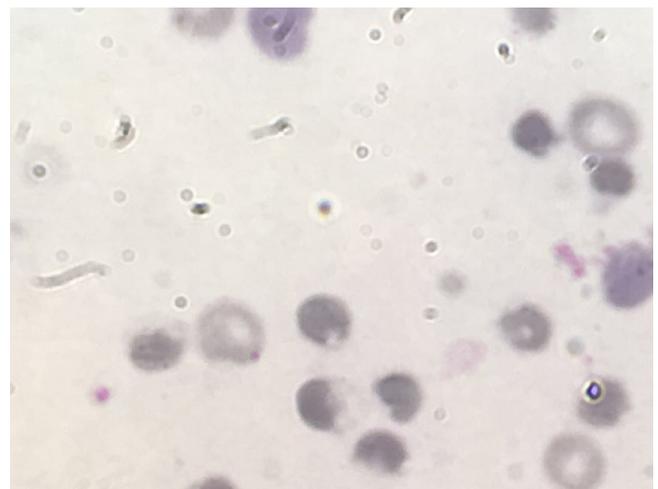
Ante el diagnóstico de anemia hemolítica aguda grave no inmune, se inicia tratamiento con transfusión de concentrados de hematíes (CCHH) e hiperhidratación endovenosa. Gracias a una anamnesis dirigida, utilizando fotografías (barrera idiomática), la madre identifica las habas y refiere su ingesta por primera vez el día previo al inicio de la clínica.

En urgencias se estabiliza a los pacientes luego de transfundir CCHH (4 G1 y 3 G2). G1 presentó mejoría progresiva de la hipoxemia con descenso de los niveles de metahemoglobina con las transfusiones.

Estudio etiológico de anemia hemolítica aguda: electroforesis de Hb, estudio de HPN, actividad de PK normales, demostrándose una actividad enzimática de G6PDH muy disminuída (<1% (G1) y 1,7% (G2)).

Evolución: Estabilización de la crisis hemolítica en 4-5 días, incremento espontáneo de la hemoglobina en respuesta a la reticulocitosis reactiva. G1 presentó IRA secundaria a hemoglobinuria, que resolvió con hiperhidratación. Los niveles de metahemoglobinemia se normalizaron en las 24 horas siguientes.

Extensión de sangre periférica de uno de los pacientes



CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Ante cualquier paciente que acude Urgencias con cuadro de anemia hemolítica aguda no inmune con ictericia y orinas oscuras, es importante realizar una anamnesis dirigida, en busca de factores desencadenantes de una crisis hemolítica bajo la sospecha de un déficit de G6PD.

En estos pacientes, la hipoxemia sin clínica respiratoria, obliga a descartar la presencia de metahemoglobinemia. El manejo difiere del habitual, ya que el uso de azul de metileno está contraindicado por ser un desencadenante de crisis hemolíticas.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LA ANEMIA DE BLACKFAN-DIAMOND

Yolanda Úbeda Sánchez, María Comino Martínez, Juan Salvador Vílchez Pérez, Irene Peláez Pleguezuelos, Ana Isabel González Espín

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La anemia de Blackfan-Diamond es una aplasia pura de células rojas congénita.

Es un síndrome de insuficiencia medular que afecta exclusivamente a la serie eritroide y asocia anomalías clínicas (50%): retraso del crecimiento o malformaciones craneofaciales, palatinas, óseas, urológicas o cardíacas y predisposición a neoplasias (leucemias mieloides y osteosarcomas).

Está causada por mutaciones en los genes que codifican las proteínas ribosomales.

El 90% se manifiesta en el primer año de vida. Presenta herencia autosómica dominante, con penetrancia y expresividad variables.

El diagnóstico se basa en una clínica sugestiva asociada a datos analíticos compatibles.

Tras el diagnóstico de sospecha, debe realizarse el análisis mutacional al paciente y a sus padres. La mutación causante es identificada en un 50% de los casos, siendo la más frecuente la que afecta a RPS19 (25%).

El tratamiento de elección son los corticoides, asociados inicialmente a soporte transfusional.

Presentar un caso de anemia congénita diagnosticada tras el año de vida.

MÉTODOS

Revisión de la historia clínica digitalizada en Diraya.

RESULTADOS

Niña de 21 meses derivada para estudio de anemia severa (hemoglobina 4,6 gr/dl).

Antecedentes personales: CIR y rasgos dismórficos con cariotipo normal.

Exploración física: palidez, esplenomegalia de 2 cm, talla baja, cuello corto y ancho, microrretrognatia e implantación baja de los pulgares.

Se realiza estudio de anemias presentado una anemia normocítica sin datos de hemólisis. Reticulocitos 1%.

Aspirado de médula ósea: eritroblastopenia severa, resto de series normales. Test de fragilidad negativo.

Se solicita genética para RPS19, que es negativa.

Inicialmente se trata con dosis alta de corticoide 2 mg/kg/día, permitiendo progresivo descenso, hasta dosis mínima en la actualidad, sin necesidad de nuevas transfusiones.

Se realiza técnica de secuenciación masiva, proporcionada por la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas, detectándose una variante en heterocigosis del gen RPS29.

CONCLUSIONES

Nuestra paciente presenta una forma "no clásica", debido al diagnóstico tras el primer año de vida, ya que según la bibliografía disponible estos casos no superan el 10%.

La mutación en gen RPS29 ha sido identificada recientemente (Mirabello, 2014), en nuestro caso la variante c.162+3A >C, no estaba descrita previamente y se desconoce su implicación en esta patología.

La detección de las mutaciones permite ampliar el estudio a otros familiares, así como hacer consejo genético y beneficiarse de posibles futuras terapias génicas.

La respuesta a dosis bajas de corticoides está asociada a un mejor pronóstico, aunque es importante continuar el seguimiento debido al mayor riesgo de tumores en estos pacientes.

LESIONES HEPÁTICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN REMISIÓN: ¿RECIDIVA O BENIGNIDAD?

Berta López Berbel, Miriam Pavón Mengual, M.^a Carmen Sánchez Torres, José Ángel Jiménez Lasanta, Francisco Almazán Castro, Margarita Fornés Guzmán

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La detección incidental de nódulos hepáticos (NH) en el seguimiento de los pacientes pediátricos oncológicos ha aumentado en los últimos años. Esto se considera que es debido a la mayor supervivencia de los mismos y al aumento de las pruebas de imagen realizadas. Se

han descrito NH benignos como complicaciones de la terapia antineoplásica recibida en la infancia. No obstante, su aparición puede indicar recurrencia tumoral o metástasis. Por lo tanto el manejo de los NH supone un reto diagnóstico y de tratamiento.

MÉTODOS

Presentación de tres pacientes que presentan NH durante el seguimiento de enfermedad neoplásica una vez finalizado el tratamiento.

RESULTADOS

Pacientes de edades comprendidas entre los 3 y 11 años afectos de leucemia aguda linfoblástica, neuroblastoma y sarcoma de Ewing. El tratamiento recibido fue quimioterapia en los tres pacientes, radioterapia abdominal en uno y trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en dos. Una paciente recibió tratamiento con anticonceptivos orales.

La media de tiempo desde la finalización del tratamiento hasta el hallazgo de NH fue de 5,1 años (3,5-12 años). Se objetivaron uno, tres y siete NH. Los estudios diagnósticos realizados fueron ecografía hepática, análisis bioquímico y RM abdominal. Todos tenían una prueba de imagen previa normal. En todos la anamnesis y exploración física fue normal, y no refirieron sintomatología acompañante. No se detectaron signos de progresión tumoral. La ecografía mostró esteatosis hepática en todos ellos (leve en uno, severa en dos). Un paciente presentó elevación leve de transaminasas. La orientación diagnóstica en dos casos fue de hiperplasia nodular focal (HNF), realizándose conducta expectante y seguimiento radiológico. En el tercer caso no se estableció un diagnóstico radiológico de certeza por lo que se realizó biopsia hepática que descartó malignidad. En uno de los pacientes se objetivó resolución completa a los 2 años, en los otros dos las lesiones se han mantenido estables.

CONCLUSIONES

Los NH benignos incluyen diferentes entidades, siendo la más frecuente la HNF. Estos NH traducen lesiones de regeneración hepática que podrían compartir una patogenia común, probablemente a nivel de lesión vascular hepática asociada a alteraciones de la circulación. Los tratamientos quimio y radioterápicos, especialmente los asociados al TPH, se han asociado con la aparición de NH. Las técnicas de imagen existentes en la actualidad deben permitir realizar un adecuado diagnóstico diferencial de estas imágenes, evitando en un gran número de pacientes la realización de procedimientos invasivos. La conducta recomendada ante un NH benigno será el seguimiento radiológico cercano.

RECAÍDA EN LA LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA: ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ANTES Y TRAS LA PRIMERA RECAÍDA Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

José Luis Fuster Soler, Eduardo Ramos Elbal, María del Pozo Carlavilla, Juan Pablo Muñoz Pérez, Mercedes Plaza Fornieles, Ana M.^a Galera Miñarro

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente pueden alcanzarse tasas de supervivencia global (SG) superiores a 80% en niños con leucemia aguda linfoblástica (LAL). Tras la recaída la tasa de SG se reduce a 50%. Con una incidencia de 15-20% de recaídas, esta enfermedad sigue siendo una de las principales causas de muerte por cáncer en la infancia. Los objetivos son: 1) analizar los resultados del tratamiento de la LAL en nuestro centro en términos de SG, supervivencia libre de evento (SLE) y mortalidad relacionada con el tratamiento (MRT) con la aplicación de los protocolos nacionales "PETHEMA" y "SEHOP-PETHEMA 2013"; 2) investigar el impacto en la SLE de los factores conocidos de riesgo de recaída; 3) analizar la SG tras la recaída y el impacto de los factores de riesgo reconocidos por otros grupos cooperativos tras la recaída.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los datos clínicos de todos los pacientes diagnosticados de LAL en los últimos 18 años. Se generaron curvas de SG y SLE empleando el método de Kaplan-Meier. Para el cálculo de los cocientes de riesgo se aplicó el método de regresión de Cox.

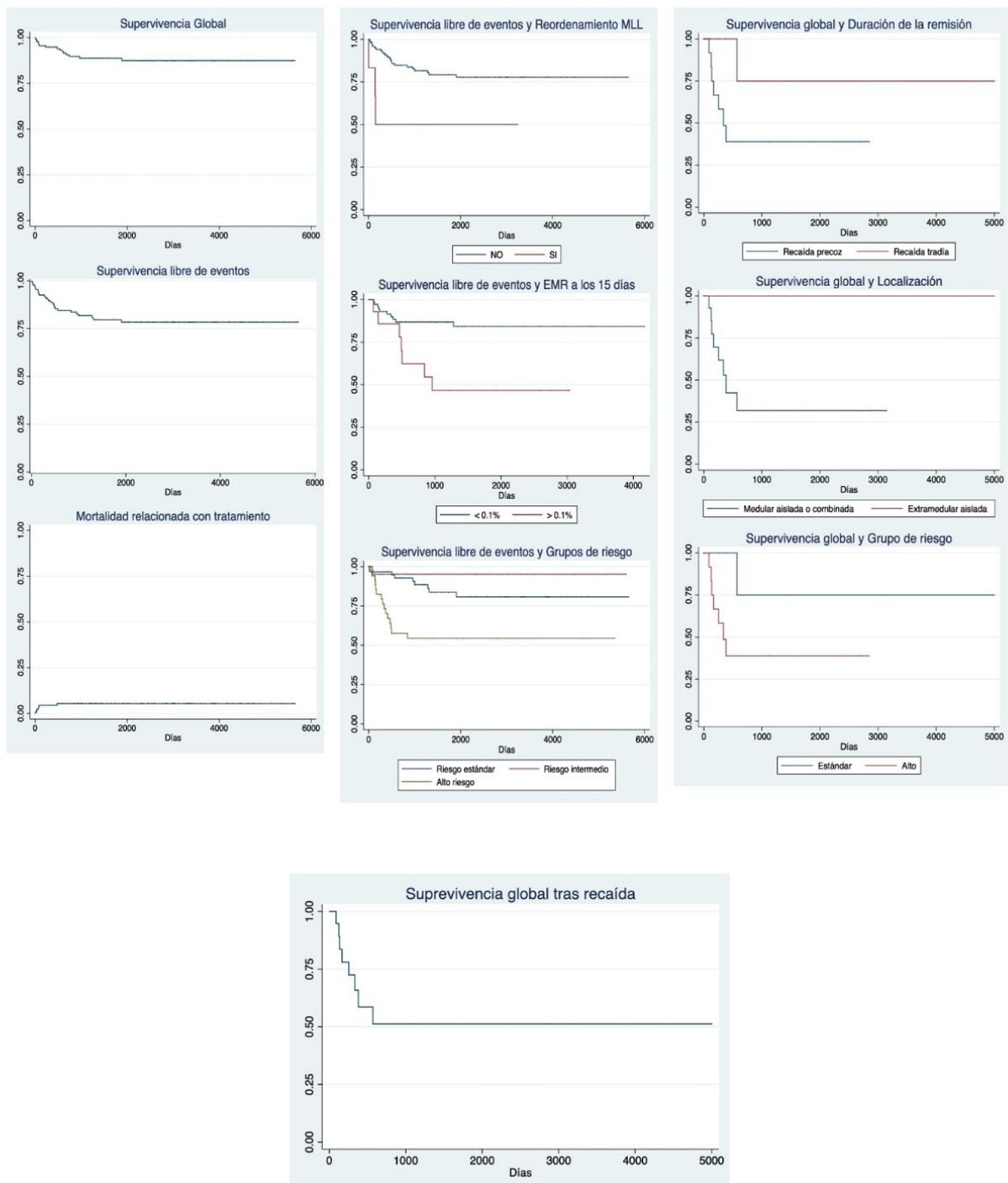
RESULTADOS

Se identificaron 138 pacientes de los que 19 recayeron. Las tasas de SG, SLE y MRT a los 5 años fueron de 87,33% [IC 95%: 79,55-92,29], 77,88% [IC 95%: 69,04-84,47], y 5,56% [IC 95%: 2,69-11,33], respectivamente. Tras la recaída la SG se redujo a 50% [IC 95%: 24,52-71,05]. En el análisis univariante, la presencia del reordenamiento MLL (HR 3,76; IC 95% 1,13-12,55; p = 0,031), la enfermedad residual mínima (ERM) \geq 0,1% en el día 15 de la inducción (HR 3,75; IC 95% 1,42-9,85; p = 0,007) y la clasificación de los pacientes en el grupo de alto riesgo (HR 2,1; IC 95% 1,28-3,42; p = 0,003) tuvieron impacto significativo en la SLE. En el análisis multivariante solo la ERM en el día 15 de la inducción retuvo la significación (HR 3,88; IC 95%: 1,46-10,33; p = 0,007). La duración de la primera remisión completa, la localización y el grupo de riesgo de la recaída no tuvieron impacto significativo en la SG tras la recaída.

CONCLUSIONES

Los protocolos nacionales para el tratamiento de primera línea de la LAL en niños y los tratamientos individualizados tras la recaída aportaron resultados

comparables a los publicados actualmente por otros grupos cooperativos de nuestro entorno. La respuesta precoz al tratamiento tiene impacto significativo en el riesgo de recaída.



Supervivencia global 87,33% [IC 95%: 79,55-92,29], supervivencia libre de evento 77,88% [IC 95%: 69,04-84,47], mortalidad relacionada con el tratamiento 5,56% [IC 95%: 2,69-11,33], a los 5 años tras el diagnóstico inicial de la leucemia (n = 136); supervivencia libre de evento según: 1) presencia frente a ausencia de reordenamiento MLL, HR 3,76 [IC 95%: 1,13-12,55] (p 0,031); 2) ERM en el día +15 (= 0,1% frente a < 0,1%), HR 3,75 [IC 95%: 1,42-9,85], (p 0,007) y 3) grupo de riesgo (alto riesgo frente a riesgo estándar e intermedio), HR 2,1% [IC 95%: 1,28-3,42], (p 0,003); Supervivencia global tras la recaída: 50% [IC 95%: 24,52-71,05] (n = 19); supervivencia global tras la recaída según: 1) Duración de la primera remisión completa (muy precoz o precoz frente a recaída tardía), HR 2,24 [IC 95%: 0,78-6,41] (p 0,132); 2) localización de la recaída (medular aislada o combinada frente a extramedular aislada), HR 6,58 [IC 95%: 0,32-136,48] (p 0,223) y 3) grupo de riesgo de la recaída (alto riesgo frente a riesgo estándar), HR 5,03 [IC 95%: 0,62-41,08] (p 0,132).

TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA PERSISTENTE COMO MANIFESTACIÓN DE AUTOINMUNIDAD EN UN SÍNDROME DE KABUKI

Alicia Hernanz Lobo, Andrea M.^a Leal Barceló, Lidia Jiménez García, Beatriz Ponce Salas, Yurena Aguilar de la Red, Cristina Mata Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kabuki es un síndrome polimalformativo caracterizado por múltiples anomalías congénitas (fenotipo facial peculiar, alteraciones esqueléticas, malformaciones viscerales) y retraso del desarrollo ponderoestatural y cognitivo. Pueden existir además alteraciones de la inmunidad primaria y fenómenos autoinmunes, como se expone a continuación.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 5 años de edad con lesiones petequiales diseminadas de 48 horas de evolución, epistaxis nocturna autolimitada y pequeños hematomas generalizados desde hace meses. Como antecedentes presenta un síndrome de Kabuki (mutación heterocigota KMT2D (MLL2), exón 28), y secundariamente, retraso psicomotor leve, antecedente de comunicación interventricular cerrada espontáneamente con 2 años, displasia de caderas corregida con arnés, obstrucción del conducto lacrimonasal corregida y trigonocefalia intervenida quirúrgicamente.

A la exploración física destaca un fenotipo peculiar, petequias cutáneas diseminadas (piel y mucosa oral) y hematomas de pequeño tamaño en miembros inferiores y pabellón auricular derecho. No visceromegalias ni sangrados externos activos. El resto de la exploración física es anodina.

En el hemograma extraído en ese momento, presenta plaquetopenia severa ($3.000/\text{mm}^3$), sin agregados, sin otras citopenias ni alteraciones en la citomorfología en sangre periférica. Ante el diagnóstico de sospecha de trombocitopenia inmune severa, se inicia tratamiento con gammaglobulina intravenosa inespecífica (0,8 g/kg) con lo que se consigue aumento del recuento plaquetario a las 72 horas del ingreso, hasta $86.000/\text{mm}^3$. No presenta otras manifestaciones clínicas.

Se realiza estudio completo de médula ósea por la trombopenia grave en el contexto sindrómico, siendo compatible con una trombocitopenia de origen periférico (megacariocítica), con biopsia, inmunofenotipo y citogenética sin alteraciones. En el estudio inicial de exclusión de otras causas no se detectan otras alteraciones bioquímicas, hormonales, autoinmunitarias, de la inmunidad celular o humoral, hipocomplementemia

ni infecciones subyacentes. Se observa un déficit leve de ácido fólico y zinc, iniciándose suplementos.

Posteriormente ha presentado dos reagudizaciones con trombopenia grave ($< 10.000/\text{mm}^3$) tratadas con prednisona (respuesta parcial) y 2ª dosis de gammaglobulina (respuesta completa), manteniendo luego una trombocitopenia moderada persistente.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Los pacientes con síndrome de Kabuki pueden presentar desregulación del sistema inmunitario. Aumenta su susceptibilidad por las infecciones y pueden desarrollar hipogammaglobulinemia. Se describen también alteraciones autoinmunes como trombopenia inmune primaria, anemia hemolítica, tiroiditis o vitíligo. En el caso de KMT2D (MLL2) hay riesgo probablemente aumentado de neoplasias hematológicas y neuroblastoma.

Por ello llamamos la atención sobre la importancia del seguimiento estrecho de estos pacientes (hematológico, inmunológico, autoinmunidad) con el fin de detectar precozmente una posible alteración autoinmune o una inmunodeficiencia humoral asociada.

¿CÓMO ES LA RECONSTITUCIÓN INMUNE TRAS EL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS?

Beatriz Martínez Blanco, Alexandra Regueiro García, Sabela Fariña Nogueira, Manuel Vázquez Donsión, José Miguel Couselo Sánchez

Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es una modalidad terapéutica muy eficaz en un amplio número de enfermedades malignas y no malignas. Aproximadamente un 60% de los pacientes que necesitan un TPH tienen un donante HLA idéntico (emparentado o no emparentado). En algunos casos es necesario recurrir a donantes alternativos, como por ejemplo los donantes HLA haploidénticos (identidad parcial con el paciente).

La aparición de complicaciones (infecciones, enfermedad de injerto contra huésped, recaída de la enfermedad de base) y la mortalidad tras el TPH están relacionadas con la recuperación del sistema inmunológico. El conocimiento de la reconstitución inmune tras el TPH puede ayudar al manejo de los pacientes trasplantados y, por lo tanto, a mejorar la supervivencia.

El objetivo de este trabajo fue determinar la reconstitución inmunológica en pacientes pediátricos sometidos a TPH alogénico o haploidéntico.

MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes sometidos a TPH los años 2015 y 2016 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos clínicos, demográficos y analíticos de cada paciente mediante revisión de historia clínica. Se evaluó la cifra total de leucocitos, linfocitos y monocitos, así como las subpoblaciones linfocitarias (B, T y NK) mediante citometría de flujo al mes, 3, 6 y 12 meses postrasplante. Se compararon los resultados según el tipo de TPH (alogénico vs. haploidéntico) mediante test de comparación de medias.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 12 pacientes sometidos a TPH. Los diagnósticos de los pacientes fueron: 7 neoplasias hematológicas, 2 neoplasias no hematológicas, 2 metabolopatías y 1 inmunodeficiencia primaria.

En 6 de ellos se realizó TPH haploidéntico y en 6 TPH alogénico de donante HLA idéntico (5 donante no emparentado, 1 donante familiar). En todos los casos se trasplantaron a partir de células de sangre periférica.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la recuperación de la cifra de leucocitos, monocitos ni subpoblaciones linfocitarias entre los pacientes en los que se realizó TPH alogénico y los que se realizó TPH haploidéntico.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra no se demostraron diferencias en la reconstitución inmunológica en los primeros 12 meses post-TPH, probablemente por el pequeño tamaño de la muestra, su heterogeneidad y el escaso tiempo de seguimiento en algunos pacientes. Es necesario continuar los estudios inmunológicos para establecer un patrón definitivo de reconstitución inmunológica post-trasplante, conocer su papel en la aparición de complicaciones o la posibilidad de influir sobre la misma para prevenir o tratar las complicaciones.

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA

VIERNES 2 DE JUNIO • 15:15-19:00 H • SALA 24

ANÁLISIS DE LAS HOSPITALIZACIONES POR INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO (2013-2016)

Fátima Graña Silva, Eva Rodríguez Pérez, Javier Trastoy Quintela, Irene Rivero Calle, Pablo Obando Pacheco

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las infecciones de piel y tejidos blandos son una de las patologías más frecuentes en pediatría, y aunque la mayoría pueden ser tratados en domicilio, una pequeña proporción acaba precisando ingreso. El tratamiento empírico incluye betalactámicos con capacidad antiestafilocócica, aunque el uso de clindamicina es cada vez más frecuente en infecciones graves o de evolución tórpida. El objetivo de este trabajo es analizar el uso de antibioterapia en este tipo de infecciones en nuestro medio.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes < 15 años ingresados en un hospital terciario por infección de piel y tejidos blandos entre enero de 2013 y Julio de 2016.

RESULTADOS

Se registraron 80 casos, con un 56,25% (45) de varones. La edad media fue 7,23 (DE 4,59). Del total de casos, 47 fueron celulitis, (58,75%), 11 abscesos (13,75%), 9 quistes pilonidales (11,25%), 8 adenitis (10%) y 5 impétigo (6,25%).

Se identificó germen en 27 casos (%), siendo el más frecuente *S. aureus* (n=16), seguido de *S. Pyogenes* (n=4), todos ellos sensibles.

Recibieron antibioterapia sistémica 72 pacientes (90%), de los cuales 45 (62,5%) β -lactámicos, mientras que 18 (25%) fueron tratados con clindamicina. El resto de casos recibió antibioterapia combinada, por gravedad o mala evolución.

En los años 2013 y 2014, el 69,2% y 62,9% de los casos respectivamente recibieron antibioterapia con β -lactámicos, frente a un 11,5% y 18,5% que recibieron an-

tibioterapia con clindamicina. En el año 2015 sin embargo, recibieron β -lactámicos el 38,4% de los casos y clindamicina el 46,15%. De los 14 casos analizados en el año 2016 recibieron antibioterapia con β -lactámicos el 35,7% de los pacientes, siendo los tratados con clindamicina la misma proporción.

La estancia media de los tratados con β -lactámicos fue de 8,25 días (DE 5,16), mientras que la de los tratados con clindamicina fue de 9,61 días (DE 3,94).

Precisaron intervención quirúrgica el 17,5% de los pacientes (n=14).

Reingresaron 5 pacientes (6,25%), de los cuales 2 habían recibido β -lactámicos (4,44%), 2 clindamicina (11,1%) y 1 ambos antibióticos.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, los β -lactámicos continúan siendo los antibióticos más usados, con un incremento en el uso de Clindamicina, pese a no demostrarse un incremento de los gérmenes resistentes. A pesar de ello, observamos estancias medias y recurrencias más frecuentes en los pacientes tratados con clindamicina, probablemente relacionado con su uso en patología más grave o con mala evolución, sin observarse diferencias estadísticamente significativas. Con estos datos, no podemos justificar el incremento en el uso de la clindamicina.

BACTERIEMIA POR NEUMOCOCO. REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Ana Beatriz Soria Moya, Carlos Marcilla Vázquez, Elena Escribano Garaiza, Antonio Javier Cepillo Boluda, Susana Buendía López, Carolina Arroyo Herrera

Hospital General de Albacete, Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección por *S. pneumoniae* (NC) presenta interés creciente por la morbi-mortalidad de infección tanto locales como invasoras, elevado número de resistencias, así como disponibilidad de vacunas para su prevención. Nuestro objetivo es establecer las diferentes características, de las infecciones invasoras por NC en nuestro hospital.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional que incluye niños menores de 14 años con criterios diagnósticos Bacteriemia por NC en los últimos 10 años.

RESULTADOS

Se describen 35 casos. No se observan diferencias en cuanto al sexo. Predominio estacional en los meses de otoño e invierno (hasta el 71%). La edad media de presentación fue 2,4 años (mediana 1,2). En la clínica se observa sd febril (>38°) presente en todos los pacientes (temperatura media 39,1°), duración media 3,5 días. La sintomatología respiratoria esta presente en un 75% de los casos. En la exploración física, se constata alteración del estado general en un 48,5%, con auscultación cardiopulmonar alterada en 34,5%, hallazgos ORL 11% dolor abdominal 11% y celulitis preseptal en un paciente. Se observo además un paciente con rigidez de nuca y exantema petequial marcado en otro. En las pruebas complementarias realizadas se observa leucocitosis 88,5%, superior a 20000 en 43%. En la radiografía de tórax se observan infiltrado/condensación/derrame en 57%. Punción lumbar realizada en un 17% pacientes con cultivo LCR positivo para NC en un paciente. La infección concomitante con VRS se observó en un paciente.

Hemocultivo positivo en todos los casos. Se constata NC con resistencia a penicilina en 11,5 %, macrólidos 23%, y 11% [4 casos] resistentes a todo excepto vancomicina. La duración media del ingreso fue 7,1 días, precisando ingreso en UCI 4 pacientes (11%). El diagnóstico final fue de neumonía 48,5%, otitis 8%, sepsis 11%, bacteriemia silente 28% y meningitis en un paciente. En cuanto a los antecedentes personales se constató prematuridad en 11,5%, un 17% episodios previos de bronquiolitis o broncoespasmo, y un paciente con antecedentes de cardiopatía. De los datos analizados, un 54% no había sido vacunado de NC, frente a un 45% de vacunados, de ellos un 23% con pauta completa.

CONCLUSIONES

Dada la importancia de la enfermedad invasora por NC supone a nivel de morbi-mortalidad, sobre todo en los menor de 2 años así como una resistencia creciente a determinados antibióticos, sugiere la necesidad de un estudio mas amplio para determinar las características de este tipo de infecciones para crear estrategias de tratamiento y prevención más eficaces.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR GRIPE DURANTE LOS AÑOS 2011-2016 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

María Fabregat Farrán, Irene Santacreu Canudas, Valentí Pineda Solas, Josefa Rivera Luján, Silvia Capilla Rubio

Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La gripe, aunque a menudo ocasiona cuadros leves, puede ser una causa importante de hospitalización pediátrica en época epidémica. Los niños presentan la tasa de ataque más alta, siendo los menores de 2 años los que tienen mayor riesgo de hospitalización así como los pacientes con enfermedad de base.

Se pretende describen los casos hospitalizados en nuestro centro con el diagnóstico de gripe durante los años 2011-2016

MÉTODOS

Nuestro centro tiene un área de influencia de 78.000 menores de 18 años. Se realiza la prueba de la gripe (PCR-multiplex hasta temporada 2015-2016 y PCR-isotérmica posteriormente) a los niños que precisan hospitalización y/o tienen patología de base. Analizamos los casos de gripe hospitalizados desde enero de 2011 hasta abril de 2016.

RESULTADOS

Ingresaron 34 niños con diagnóstico de gripe, 19 con gripe A (56%) y 15 con B (44%). Catorce eran niñas (41%) y 20 niños (59%).

El rango de edad comprende desde los 17 días de vida a los 17 años, la media fue de 4,7 años. Siete (20,5%) de los pacientes tenían de 0-1 año, 12 (35,3%) de 2-4 años y 15 (44,2%) de 5-17 años.

La estancia media fueron 7,13 días. El mes con más hospitalizaciones fue febrero, con 18 ingresos (53%).

Veinte pacientes presentaron dificultad respiratoria (59%) y 22 fiebre (65%), y el diagnóstico de ingreso fue de bronquitis aguda, neumonía, laringitis aguda o fiebre sin foco.

Destaca que 13 pacientes (38,2%) tenían patología respiratoria de base, siendo las bronquitis de repetición la más frecuente, 6 pacientes (17,6%) enfermedad neurológica, 5 (14,7%) patología oncológica, 4 (11,7%)

prematuridad, 4 (11,7%) inmunodeficiencias y 3 (8,8%) cardiopatías. El 26,5% (9) no tenía patología de base.

Trece pacientes (38,2%) requirieron ingreso en UCI pediátrica. Ocho niños (61,8%) precisaron de ventilación no invasiva, 3 (23%) ingresaron por estatus convulsivo, 1 (7,7%) por sepsis con requerimientos de drogas vasoactivas y 1 (7,7%) requirió ventilación invasiva. La estancia media en UCI fue de 5,7 días.

En cuanto al tratamiento, 16 (47%) recibieron oseltamivir, 24 (70,6%) antibióticos de amplio espectro y 20 (59%) oxigenoterapia.

Como complicaciones, 13 (38,2%) presentaron sobreinfección respiratoria, 3 (8,8%) derrame pleural, 2 (6%) sepsis y 2 (6%) estatus convulsivo. No hubo ningún exitus.

CONCLUSIONES

La gripe es una patología potencialmente grave cuando precisa ingreso, especialmente en menores de 4 años (55,8%) y en niños con patología respiratoria de base. El motivo de ingreso más frecuente es un cuadro respiratorio con insuficiencia respiratoria. Un 27% de nuestros pacientes precisaron ventilación mecánica en UCIP. Un 47% de los casos recibieron oseltamivir y un 52,9% de los pacientes recibieron antibióticos por sospecha de sobreinfección bacteriana.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MENORES DE TRES MESES INGRESADOS POR FIEBRE EN UN HOSPITAL COMARCAL

Jorge Salvador Sánchez, Leticia Martínez Campos, M.^a Ángeles Carrasco Pardo, Rosario Coromoto Rodríguez Mayato, M.^a José Granados Prieto, Mateo Díaz Torres

Hospital La Inmaculada, Huerca Overa, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La incidencia de infección bacteriana grave (IBG) es mayor en los lactantes menores de tres meses que en cualquier otro momento de la infancia. Esto conlleva numerosos ingresos y tratamientos antibióticos, siendo en ocasiones innecesarios al ser de etiología vírica. Describimos las características de nuestros pacientes.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo con niños de 21 a 90 días ingresados en nuestro hospital con fiebre sin foco (FSF) desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2015.

RESULTADOS

Número total de niños: 68 (73,5% varones). Edad media: 50 días (Rango 21-89). Lactancia materna exclusiva 25 (36,7%). Diez pacientes (14,7%) tenían factores de riesgo, siendo la nefropatía el más frecuente. Ninguno recibió tratamiento antibiótico previo al ingreso. La temperatura media en domicilio fue 38,4°C (rango 37,5-40°C) y en urgencias de 38,1°C. 47 pacientes (70,1%) consultaron antes de las 12 horas del inicio de la fiebre. Presentaron buen estado general al ingreso 62 pacientes (91,3%). De 66 pacientes (97%) a los que se realizaron sistemático y sedimento urinario 22 (33,3%) presentaron leucocituria, 4 (6%) nitrituria y 8 (12%) bacteriuria. Se realizaron urocultivos al 100% siendo positivos en 28 (46,2%). E. coli fue aislado en 21 (75%) de los casos positivos. Se practicó hemocultivo en 62 (91%). 10 casos resultaron positivos (16%) siendo *Staphylococcus coagulans* negativo aislado en 6 (60%), 1 (10%) *Staphylococcus hominis*, 1 (10%) *Streptococcus viridans*, 1 (10%) *Streptococcus agalactiae* y 1 (10%) enterococo. 63 niños (92%) tenían un recuento absoluto de neutrófilos menor de 10.000/mm³. PCR y PCT se realizaron en 68 (100%) y 60 (88%) respectivamente. 53 casos (78%) tenían valores considerados de bajo riesgo (PCR < 20 mg/L y PCT < 0,5 ng/ml). No obstante, en 12 pacientes (22%) con dicho valor de PCR presentaron IBG (11 infecciones del tracto urinario (Itus), 1 bacteriemia), así como en 15 (33%) con PCT < 0,5 ng/ml (15 Itus). Se realizó punción lumbar en 8 (12%) resultando una patológica. Recibieron antibióticos empíricos 45 (66%) siendo ampicilina más cefotaxima usado en 34 (75%). La media de días de antibiótico iv fue de 4 así como una estancia media hospitalaria de 3,4 días (Rango 1-9). El diagnóstico más frecuente fue el de ITU, 28 (41%) seguido de viriasis, 23 (33,8%).

CONCLUSIONES

La FSF es un motivo frecuente de consulta en lactantes menores de 3 meses que genera ingresos, realización de pruebas complementarias y administración de antibióticos empíricos. En nuestro medio la ITU es la IBG más frecuente. Elaborar un protocolo de actuación que identifique a los lactantes de bajo riesgo de IBG ("step by step") puede ser de utilidad para evitar la administración de antibióticos en nuestro medio de forma segura.

CARACTERIZACIÓN DE LOS INGRESOS PEDIÁTRICOS POR VRS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE 2012 A 2016

Pablo Obando Pacheco, Irene Rivero Calle, Beatriz Martínez Blanco, Lara del Pino Rivero Ali, Cristina Laiño González, Antonio José Justicia Grande

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección por virus respiratorio sincitial (VRS) cursa habitualmente como un cuadro catarral asociado a dificultad respiratoria, y ocasionalmente puede cursar de forma grave desembocando en un ingreso en cuidados intensivos pediátricos o neonatales (UCI). El objetivo de esta revisión es analizar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes ingresados en UCI de nuestro centro, así como factores de riesgo de ingreso en UCI.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historia clínica de pacientes < 15 años hospitalizados con infección por VRS desde 2012 hasta 2016 en la UCI. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 20.

RESULTADOS

Del total de 444 niños hospitalizados con infección por VRS, se incluyeron 72 que precisaron ingreso en UCI, siendo la mediana de edad 2 meses (RIQ 1-5,75), con un 59,7% de varones. Proporcionalmente a los niños ingresados en planta, los pacientes evaluados como clínicamente graves ingresaron en UCI hasta en el 91,9% (34 de 37 hospitalizados), seguido de los moderados con un 10% (32 de 320) y los leves en un 1,9% (5 de 267).

El 29,2% (21) de los pacientes habían recibido salbutamol inhalado previo al ingreso hospitalario, un 11,1% (8) antibioterapia oral en el mes previo al ingreso y un 59,7% (43) presentó fiebre. Más de la mitad de los pacientes (61,1%, 44) no había recibido lactancia materna. Clínicamente, el 61,1% (44) de los pacientes presentaron datos de sobreinfección bacteriana, siendo más frecuente el ingreso en UCI si presentas datos de sobreinfección (28,8% vs 12,8%, $p > 0,05$), con un riesgo 1,49 veces mayor de ingresar (IC 95% 1,19-1,85). Radiológicamente, se observó un 37,5% (27) de consolidaciones y un 13,9% (10) de atelectasias. Se administró antibioterapia sistémica en el 63,9% (46) de los pacientes. La aerosolterapia más empleada fue la adrenalina nebulizada 77,8% (56). El 94,4% (68) de

los pacientes precisó oxigenoterapia por hipoxemia, empleándose heliox en el 54,2% (39) de los pacientes. Finalmente, acabaron precisando ventilación mecánica invasiva (VMI) un 6,9% (5) de los pacientes, sin producirse ningún fallecimiento.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, la sobreinfección bacteriana supuso una razón principal para ingreso en UCI. Existe una buena correlación entre la valoración clínica inicial y la gravedad en nuestro centro. A pesar de ingresar en UCI, existe un uso bajo de VMI, probablemente por producirse el ingreso precoz en la unidad, que favorece monitorización más cercana y cuidados más frecuentes, mejorando la morbilidad.

COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA INFRECIENTE DE LA VARICELA

M.^a José Gallego Alcaide, Noelia Remedios Rivera Sánchez, M.^a Carmen Rodríguez Chaves

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la varicela es una patología muy frecuente y normalmente benigna, hay que tener presentes las posibles complicaciones, ya que en ocasiones llegan a ser graves y ponen en riesgo el pronóstico del paciente.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 10 años, que estaba correctamente vacunado (incluyendo una dosis de antivariolosa) que refiere cervicalgia y dorsalgia de 24 horas de evolución en el contexto de cuadro de varicela desde hace 6 días. Se encontraba afebril a pesar de indicar cefalea holocraneal.

A la exploración se encontraba hemodinámicamente estable, aunque muy afectado por el dolor, con el exantema variceloso típico, y neurológicamente con signos meníngeos positivos, inestabilidad en la marcha y la sedestación, apreciándose además pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho (4/5 en miembros superior e inferior derechos), con los reflejos osteotendinosos de dicho hemicuerpo exaltados.

En una primera aproximación analítica, se objetiva normalidad de análisis sanguíneos y de líquido cefalorraquídeo, y en la prueba de imagen (TC craneal) una ligera hipodensidad de sustancia blanca parietal

alta izquierda que podría corresponder a afectación de sustancia blanda en contexto infeccioso.

Se decide por tanto ingreso, siendo valorado por Neurocirugía e iniciando tratamiento con corticoides, presentando una buena evolución y resolución completa de síntomas neurológicos.

Como estudio durante el ingreso, se realizó RM cerebral, donde se evidencia hematoma subagudo epidural posterior-lateral derecho, que se extiende desde vértebra C6 a D2, y que desplaza contralateralmente la médula, con efecto masa y deformidad de la misma, sin datos de edema.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La varicela causa una enorme morbilidad, y aunque es considerada benigna por la mayoría de la población, en ocasiones se dan complicaciones que pueden poner en riesgo la vida.

Dichas complicaciones son más frecuentes en grupos de riesgo (adultos e inmunodeficientes), pero cobran mayor impacto en menores de 10 años puesto que es en esa franja donde se da el 90% de los casos de varicela.

Las complicaciones neurológicas ocupan el segundo lugar en frecuencia (tras sobreinfecciones cutáneas y delante de complicaciones pulmonares), siendo la principal la ataxia cerebelosa. Las complicaciones cerebrovasculares son más infrecuentes, y aunque está establecida la relación entre varicela y vasculitis isquémica, la presentación con hemorragia de estas características no está descrita con claridad en la literatura. Para el tratamiento hay división de opiniones, no existiendo una clara evidencia para el uso de aciclovir, corticoides u otros.

ENDOCARDITIS POR *KINGELLA KINGAE* QUE ASOCIA NÓDULOS DE OSLER

Georgina Ferrer Campo, Marta Feliú Alsina, Laia Solé Amat, Marc Figueras Coll, Pablo J. Sáez Pérez, Lluís Mayol Canals
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Gerona

INTRODUCCIÓN

La endocarditis bacteriana sobre válvula nativa sana es una enfermedad poco frecuente en pediatría causada principalmente por *S. aureus* y *Estreptococos* coagulasa negativos. Aproximadamente el 10% ocurre en pacientes sin cardiopatía.

Kingella kingae es una bacteria gram negativa perteneciente al grupo HACEK que generalmente causa

infecciones de baja virulencia, aunque en ocasiones puede causar infección invasiva en forma de endocarditis o afectación osteoarticular.

Se presenta un caso de endocarditis por *K. kingae* sobre válvula mitral nativa, con la singularidad que su sospecha diagnóstica se estableció a raíz de fenómenos embólicos cutáneos con vasculitis.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 3 años sin antecedentes de interés que consulta por fiebre elevada de 39,5° C y vómitos de dos días de evolución. Destaca el mal estado general y micropetequias generalizadas. El análisis de sangre muestra 8.500 leucocitos (70% neutrófilos), PCR 15 mg/dL y Procalcitonina 27 ng/mL. Se inicia tratamiento endovenoso con ceftriaxona.

Se observan unos nódulos dolorosos violáceos en los pulpejos del primer dedo de ambos pies (Fig 1). Ante la sospecha de posible fenómeno tromboembólico, se solicita ecocardiografía que evidencia una imagen sugestiva de vegetación de 8 x 10 mm en válvula mitral con insuficiencia valvular leve.

Fig 1. Nódulos de Osler en primer dedo del pie



Se aísla *K. kingae* en el hemocultivo y en frotis faríngeo.

Como estudio de extensión la RM cerebral y el fondo de ojo resultan normales.

La paciente presenta una insuficiencia mitral progresiva hasta rango severo, con soplo sistólico III/VI y requiriendo cirugía cardíaca con exéresis de la vegetación y reparación de la válvula.

Posteriormente la evolución clínica resulta favorable, completándose 4 semanas de ceftriaxona, permaneciendo asintomática con una insuficiencia mitral residual ligera.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Los nódulos de Osler podrían pasar desapercibidos en muchas ocasiones, pero son patognomónicos de endocarditis infecciosa.

Estas lesiones hay que diferenciarlas de las lesiones de Janeway. Los nódulos de Osler son palpables, dolorosos y eritematosos que desaparecen a los pocos días; mientras que las lesiones de Janeway son máculas o pápulas indoloras, eritematosas, de menor tamaño y tienen una duración de semanas. Distinguir estas dos entidades es un reto diagnóstico.

En la literatura, es la primera vez que se reportan lesiones cutáneas tipo nódulos de Osler en un paciente pediátrico con endocarditis por *K. kingae*.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Patricia Pascual Moreno, Patricia Barros García, Ofelia Fernández de la Cruz, Tania Araujo García, Cristina Álvarez Mateos, Clara Acosta Hurtado

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las infecciones respiratorias víricas suponen un elevado número de ingresos en el servicio de pediatría. El diagnóstico es eminentemente clínico, aunque la confirmación microbiológica del agente causal es importante para el manejo de los pacientes. El objetivo del estudio es conocer la epidemiología de los ingresos por infección respiratoria vírica, la repercusión clínica inicial y su evolución clínica en nuestro centro.

MÉTODOS

Se analizaron las historias de los pacientes menores de 14 años ingresados durante el primer semestre del año 2016.

RESULTADOS

Fueron diagnosticados de infección respiratoria vírica un total de 99 pacientes. El patógeno más frecuentemente aislado fue el virus respiratorio sincitial (VRS) (39,4%), seguido de la coinfección por múltiples virus (29,3%), Rinovirus (14,1%) e Influenzae H1N1 (7,1%). El VRS provocó mayor compromiso a nivel respiratorio, con una estancia hospitalaria más prolongada (media: 6,6 días) y mayores necesidades de oxígeno (media: 2,8 días). Las coinfecciones por múltiples virus causaron

una afección respiratoria moderada, con estancias hospitalarias medias de 5,8 días y necesidades de oxigenoterapia de 2,7 días. El Rinovirus provocó infecciones respiratorias leve-moderadas, con una estancia media de 5,1 días y necesidades de oxigenoterapia menores (media: 1,9 días). El virus Influenzae se aisló en 7 pacientes ingresados por fiebre elevada y exantema petequial, sin presentar necesidad de oxígeno suplementario y con una estancia hospitalaria media de 4,7 días. Del total de pacientes estudiados, 4 precisaron ingreso en cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria (3 VRS y 1 Bocavirus).

CONCLUSIONES

Destacamos la importancia de conocer la epidemiología local de las infecciones respiratorias para poder instaurar medidas preventivas y terapéuticas. Conocer la incidencia y virulencia de los principales agentes causales de infecciones víricas, permitiría evitar intervenciones innecesarias y anticiparse a las posibles complicaciones.

ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN FRENTE A TOSFERINA DURANTE EL EMBARAZO. CUMPLIMIENTO Y PUNTOS DE MEJORA

Pilar Abollo López¹, Paula Vidal Lana¹, David Moreno Pérez¹, Begoña Carazo Gallego¹, María Jiménez Muñoz², Antonio Urda Cardona¹

¹Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

²Universidad de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La tosferina es una enfermedad reemergente desde la última década en países desarrollados, con especial impacto en la morbimortalidad en primeros meses de vida. Para reducir ese riesgo, se inició en diciembre de 2015 una campaña de vacunación entre las semanas 28-32 del embarazo en nuestro medio.

El objetivo es realizar una aproximación a la cobertura vacunal en embarazadas desde la implementación de la estrategia y analizar los posibles puntos de mejora.

MÉTODOS

Estudio prospectivo hacia atrás mediante la realización de una encuesta sobre antecedentes de vacunación durante el embarazo a mujeres puérperas ingresadas en la maternidad de un hospital terciario entre junio y septiembre 2016.

RESULTADOS

Se entrevistaron 197 mujeres puérperas tras firmar consentimiento. El 37% tenía estudios primarios, 35% bachillerato/formación profesional, 26% titulación universitaria. En el 51% se trataba de su primer hijo. Todas referían seguimiento durante el embarazo, 38% por médico de familia, 28% por ginecólogo del sistema público, 20% por matrona, 2% por ginecólogo privado y 12% por varios profesionales. El 87,3% recibió la vacuna de la tosferina durante el embarazo, a las 30,2 semanas de media (moda y mediana: 28 semanas, rango: 26-38), una media de 8 semanas previas al parto (media y mediana: 9 semanas). La información-recomendación de esta vacunación fue proporcionada en un 40,7% por médico de familia, 29,7% por matrona y 24,4% por ginecólogo. De las 25 mujeres no vacunadas (12,7%), 48% tenían estudios primarios, la mayoría (91,7%) no había recibido información. El 44% referían seguimiento por médico de familia y el 96% tampoco había recibido vacunación contra gripe. De ellas, un 33% se hubiese vacunado en el momento de la entrevista.

Solo un 13% se había vacunado frente a la gripe, siendo el tiempo medio de 12 semanas de gestación (rango: 4-28). Un 85% no había recibido información y en un 9% la no vacunación fue por decisión propia.

Un 68% tenía intención de administrar vacunas no subvencionadas a sus hijos y un 34% las conocían (80% antineumocócica, 45% rotavirus y 31% meningococo B).

CONCLUSIONES

Se aprecia un elevado cumplimiento de la vacunación frente a tosferina en embarazadas en los primeros meses de la campaña en nuestro medio, no siendo así para la gripe. Es importante una adecuada información sobre la vacunación por los profesionales implicados en la atención del embarazo. La vacunación en el puerperio inmediato en mujeres no vacunadas podría ser una estrategia complementaria.

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE 98 CASOS DE INFECCIÓN POR *H. PYLORI* EN LA EDAD PEDIÁTRICA RECOGIDOS EN NUESTRO HOSPITAL

M.^a Concepción Mombiedro Arizmendi, Carmen Gómez Santos, M.^a Carmen Muñoz Egea, Rafael Sánchez-Nebreda Arias, Virginia Martínez Jiménez, Enrique de la Orden Izquierdo

Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Infección por *Helicobacter pylori* (Hp) en la edad pediátrica presenta una prevalencia entorno al 20%. Las manifestaciones clínicas son en la mayoría de casos inespecíficas y muchas de los pacientes responden de manera desigual al tratamiento erradicador.

El objetivo de estudio es conocer las características clínicas de presentación de la infección por Hp en nuestros pacientes, la evolución y erradicación tras tratamiento así como las resistencias antibióticas detectadas.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 98 pacientes con infección por Hp y en seguimiento en la consulta de gastroenterología infantil de nuestro hospital entre los años 2011 y 2016. El diagnóstico microbiológico y estudio de resistencias se demostró mediante cultivo de muestra de biopsia gástrica, obtenida mediante endoscopia. Se estudiaron variables de sexo, edad, sintomatología, anatomía patológica, tratamiento recibido, resistencias antibióticas y estudio de erradicación tras tratamiento mediante test del aliento.

RESULTADOS

De los 98 pacientes estudiados, 61,22% fueron mujeres. La mediana de edad 9,35 años. Los síntomas referidos: epigastralgia (61,22%), abdominalgia difusa (23,46%), vómitos y reflujo gastroesofágico (6,12%), disfagia (4,08%) y otros síntomas (5,10%). En la anatomía patológica: gastritis en un 79,59% de los casos, con actividad leve en el 57,6%, moderada 35,87% y severa en 6,53%. No se encontró ningún paciente con metaplasia, displasia o úlcera. El tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes (80,6%) fue el secuencial (amoxicilina e IBP 5 días y claritromicina, metronidazol 5 días). Se consiguió erradicación tras el primer tratamiento en el 58,1% de los pacientes, de los cuales un 89,47% recibió tratamiento secuencial, y mejoría de síntomas en un 91,2%.

De los pacientes que no erradicaron en un primer tratamiento el 75% presentó mejoría de síntomas mientras que los que presentaban persistencia de clínica recibieron segunda línea de tratamiento antibiótico con pautas de 14 días consiguiendo erradicación en el 57,1%. Erradicación global en el 62% de los casos.

Las resistencias a claritromicina representan 19,3% y metronidazol 11,2%. De Los pacientes que no erradicaron en un primer tratamiento el 40% presentó resistencia a alguno de estos antibióticos.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra encontramos datos de erradicación inferiores a los recomendados pese a ser el tratamiento secuencial el más utilizado. Se encuentra mejoría clínica en la mayoría de los pacientes incluso en los que no se consigue erradicación. La adherencia al tratamiento así como el estudio de resistencias son factores fundamentales para valorar la eficacia del tratamiento erradicador.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN NIÑOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

David Alcudia Muñoz, Lourdes García Rodríguez, Iris Collazo Valduriola, Sara Corral Muñoz, Ingrid Badia Vilaró, Roser Díez Martín

Hospital de Mataró, Mataró, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección osteoarticular aguda (IOA) es una entidad potencialmente grave y relativamente frecuente en la edad pediátrica. El objetivo de nuestro estudio es analizar los datos referentes a la localización, las formas de presentación, el agente etiológico y la evolución de los casos tratados en nuestro centro.

MÉTODOS

Se revisaron retrospectivamente 16 casos de infecciones osteoarticulares en nuestro centro entre enero de 2014 y diciembre de 2016. Las variables analizadas incluyen datos demográficos y clínicos; parámetros analíticos; pruebas de imagen, cultivos y tratamientos administrados.

RESULTADOS

La edad media fue de 5 años y 6 meses. El 75% de afectados eran niños y un 25% niñas. La localización

más frecuentemente afectada fue la tibia (25%), seguida por huesos del pie (18,75%) y el fémur (12,5%). En cuanto a la forma de presentación inicial, el 62,5% de niños presentaban dolor y el 56,2% impotencia funcional. En los hallazgos analíticos destaca una leucocitosis media de 11,802,5x10³/UI y una PCR y VSG de 4,22 mg/dL y 47 mm/h respectivamente. Se identificaron 10 casos de osteomielitis (62,5%) y 5 casos de artritis séptica (31,25%); hallándose un caso de osteomielitis de tibia distal con artritis séptica de tobillo. Tan sólo 5 de los niños referían antecedente traumático (el 31,2%). Hasta un 43,75% de los niños necesitó artrocentesis. Sólo uno de los pacientes requirió derivación a centro de referencia para tratamiento quirúrgico. Los hemocultivos fueron positivos en 6 casos (37,5%) siendo el germen más frecuentemente aislado *S. aureus*. Se obtuvo únicamente 1 resultado positivo en los cultivos de líquido articular en que se aisló también *S. aureus*. PCR a *Kingella kingae* en sangre resultó positiva en 2 casos. Se administró antibioterapia endovenosa durante una media de 10,3 días. Los antibióticos más usados fueron las cefalosporinas y la cloxacilina. Al alta, los pacientes siguieron tratamiento oral con cefuroxima o cefadroxilo durante una media de 10,2 días.

CONCLUSIONES

En los casos de osteomielitis, la tibia fue la localización más frecuente y la rodilla en los de artritis. El germen más frecuente fue *S. aureus* aunque destaca la baja rentabilidad de las pruebas microbiológicas. Tras la publicación del documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP del manejo de las IOA, se disminuyó la duración del tratamiento endovenoso así como la duración total, utilizando la pauta de antibioterapia recomendada sin observarse un aumento de complicaciones.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ENFERMEDAD DE LYME EN NUESTRA COMUNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ¿HACEMOS UN DIAGNÓSTICO CORRECTO?

Carmen Mangas Sánchez, Aida Fidalgo Alonso, Pablo Alonso Rubio, Laura Mantecón Fernández, Juan Mayordomo Colunga, Mercedes Rodríguez Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Enfermedad de Lyme es una zoonosis causada por distintas especies de espiroquetas (principalmente *Borrelia burgdorferi*) con una tasa de incidencia de 0,25/100.000 habitantes/año en España. Existe un amplio espectro de manifestaciones clínicas que evolucionan en fases (localizada precoz, diseminada

precoz y tardía) destacando las dermatológicas, neurológicas y articulares.

El diagnóstico puede ser clínico en caso de lesión dérmica (el eritema migrans es patognomónico) y si existen antecedentes de picadura de garrapata no es necesario hacer más estudios. Si no, se necesitan estudios serológicos para su confirmación. Con tratamiento adecuado el cuadro suele resolverse sin complicaciones.

El objetivo del estudio es determinar la incidencia (y compararla con otras series), epidemiología, clínica, diagnóstico según las recomendaciones actuales y tratamiento de los casos de Enfermedad de Lyme con serología positiva en población pediátrica en los últimos cinco años en un hospital terciario.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes menores de 16 años de nuestro área sanitaria en el periodo entre Enero de 2012 y Diciembre de 2016 con serología positiva para *Borrelia* confirmada por ELISA y Western Blot. Análisis mediante SPSSv18.0.

RESULTADOS

Se analizaron 19 pacientes (53% varones, edad media 9,5 años). La incidencia aproximada fue de 5.3/100.000 habitantes. Los meses predominantes fueron Junio y Julio. Recordaba antecedente de picadura un 42%.

La clínica predominante fue la dermatológica (79%) -Eritema migrans- sobre todo en extremidades (40%) y cabeza y cuello (27%), seguida de síndrome general (20%) y de clínica neurológica (20%, en forma de parálisis facial periférica principalmente, un caso de meningitis y otro de pseudotumor cerebri).

El 58% se diagnosticaron en fase localizada precoz, 7% en diseminada precoz y un caso en fase tardía. La totalidad de la muestra fue diagnosticada con pruebas de laboratorio (serología positiva -IgM y/o IgG- y Western Blot). El 56% de los pacientes presentaban lesión cutánea y antecedente de picadura y a todos ellos se les realizó pruebas serológicas.

El tratamiento más utilizado fue amoxicilina (63%) seguido de doxiciclina (20%). En el 100% se objetivó curación.

CONCLUSIONES

Existe una alta incidencia de borreliosis en nuestra comunidad. Las manifestaciones cutáneas son las más frecuentes y si existe antecedente de picadura no es precisa la confirmación serológica de la enfermedad. A pesar de ello, se siguen realizando estudios serológi-

cos de confirmación. Es mandatorio realizar una historia clínica exhaustiva y una rigurosa exploración física que evite estudios innecesarios en estos pacientes.

EXPERIENCIA CON EL BROTE DE ROMBENCEFALITIS POR ENTEROVIRUS EN NUESTRO HOSPITAL

Laura Company Ardila, Francesc Arasa Panisello, Núria Molinero González, Lucía Dougherty de Miguel, Laura Tur Claramunt, Ricardo González Amador

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa, Tarragona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los enterovirus no polio son responsables de múltiples cuadros infecciosos en la edad pediátrica; habitualmente leves y autolimitados. Se transmiten por vía fecal-oral y respiratoria. En nuestro entorno, predominan en verano y otoño. Últimamente se han detectado serotipos causantes de infecciones respiratorias y neurológicas graves. En mayo de 2016, en Cataluña, se notificaron los primeros casos de romboencefalitis en los que se detectaba el enterovirus en faringe y heces. Se implementaron protocolos de actuación para detectarlos precozmente, unificar el manejo y hacer seguimiento epidemiológico. El objetivo del estudio es describir los casos detectados en nuestro hospital (IIB).

MÉTODOS

Estudio descriptivo de serie de casos. Se revisaron las historias clínicas de los ingresos pediátricos diagnosticados de encefalitis por enterovirus, entre mayo y septiembre de 2016. Se analizaron: sexo, edad, población, contacto con otros casos, sintomatología, pruebas complementarias, días de ingreso, necesidad de traslado, tratamientos recibidos y evolución.

RESULTADOS

Se ingresaron 12 pacientes (6 niños y 6 niñas) con clínica de encefalitis y PCR a enterovirus positiva. Edad media de 23 meses (rango 2 meses-8 años). Un tercio de los pacientes eran de la misma ciudad, dos de la misma guardería y un 33,3% conocían otro caso. El síntoma más frecuente fue la fiebre (92% de casos, temperatura media de 39.2°C y media de 3 días de evolución), seguida de ataxia (67%) y somnolencia (42%). La mitad asociaban exantema boca-mano-pie coexistente o en días previos. Todos tenían PCR de enterovirus negativas en LCR y positivas en heces y faringe. En todos los casos se realizaron: analítica sanguínea (30% presentaban elevación de transaminasas), punción lumbar (92% alteradas con media de

167 leucocitos/campo, con linfocitosis), cultivos de sangre y LCR (100% negativos), RM cerebro-espinal (25% alteradas) y EEG (75% alterados). Ingresaron de media 7 días, todos tratados con Aciclovir hasta descartar encefalitis herpética. Un caso se trasladó a un hospital de tercer nivel, por afectación del VII par craneal (rombencefalitis), recibió gammaglobulina y metilprednisolona. Se aislaron todos los pacientes durante el ingreso, sin registrar casos de transmisión intrahospitalaria. Remisión neurológica completa en todos los casos.

CONCLUSIONES

Se siguió el protocolo consensuado. Tres de los pacientes se confirmaron por RM. Sólo uno precisó traslado y tratamiento específico por rombencefalitis. Ninguno ingresó en cuidados intensivos. Todos presentaron una evolución favorable, incluido el caso de rombencefalitis, sin secuelas posteriores. Ninguna agregación de casos en poblaciones, ni contagio intrahospitalario con las medidas aplicadas.

HLH E INMUNODEFICIENCIA

María Tallón García, Natalia González Freiría, María Xesús Lemos Bouzas, Fernando Meijide del Río, José Ramón Fernández Lorenzo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

La linfocitosis hemafagocítica (HLH) es un síndrome en el que una excesiva activación del sistema inmune conduce a una activación y proliferación no maligna e incontrolada de macrófagos y linfocitos T. Clásicamente se distinguen una forma primaria o genética y una forma secundaria. En ambas formas puede existir un trigger que condicione la activación de la enfermedad: infecciones, tumores, procesos reumatólogicos, inmunodeficiencias... siendo difícil distinguir en ocasiones cual es el desencadenante.

RESUMEN DEL CASO

Se revisan las historias de dos pacientes atendidos en nuestra unidad recientemente.

Caso 1: paciente de 2 meses con síndrome polimalformativo (fisura palatina, labio leporino, hipotonía mus-

cular..) que ingresa en UCIP por cuadro de bronquiolitis por VRS, enterovirus y adenovirus. Clínicamente progresa hacia un cuadro de SDRA y fallo hepático, cumpliendo criterios analíticos y clínicos de HLH: fiebre, hiperferritinemia, hipofibrinogenemia, bicitopenia, hemofagocitosis en médula ósea e hipertrigliceridemia. En una Rx realizada en el periodo neonatal destaca la ausencia de timo. Posteriormente se comprueba la ausencia total de linfocitos T en sangre periférica estableciéndose el diagnóstico de Sd. DiGeorge. Clínicamente presenta deterioro progresivo de la función pulmonar secundario a una sobreinfección por *Stenotrophomonas maltophilia* multirresistente, pese a tratamiento del HLH (dexametasona, gammaglobulina...) y antimicrobiano se produce un deterioro progresivo falleciendo a los 12 días del ingreso por complicaciones pulmonares.

Caso 2: paciente de 15 meses de vida, previamente sano, que ingresa en UCIP por cuadro de insuficiencia respiratoria con deterioro rápidamente progresivo. En los estudios realizados durante la evolución cumple criterios para HLH: fiebre, hiperferritinemia, hemofagocitosis, hipertrigliceridemia, bicitopenia e hipofibrinogenemia. Ausencia de población B en sangre periférica y en médula ósea. Estudios microbiológicos positivos para Herpes virus. Se establece el diagnóstico de sospecha de Agammaglobulinemia de Bruton (confirmada posteriormente con estudio genético) y HLH desencadenados por la neumonía por herpesvirus y posteriormente complicada por una infección por *C. Albicans*. Pese al tratamiento del HLH (dexametasona, gammaglobulinas a dosis altas, etopósido... que llega a controlar la activación del sistema inmune) y del proceso infeccioso se establece un SDRA y fallece secundariamente a las complicaciones pulmonares.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Pese a un diagnóstico precoz y tratamiento enérgico del HLH en ambos casos se produce un desenlace fatal. Ambas entidades clínicas son extremadamente infrecuentes encontrándose escasos casos publicados en la literatura publicada hasta el momento. En los dos casos el desencadenante del cuadro de HLH es un agente infeccioso que irrumpe en un paciente con una inmunodeficiencia severa desconocida hasta ese momento.

HOSPITALIZACIONES POR GRIPE CONFIRMADA EN NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS DURANTE LA TEMPORADA 2015-16 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Pedro Piñero Domínguez, Jaime Gutiérrez del Álamo López, Paula Vidal Lana, Begoña Carazo Gallego, David Moreno Pérez, Antonio Urda Cardona

Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La gripe produce una alta morbilidad y mortalidad, tanto en personas sanas como con enfermedades de base. A pesar de que su diagnóstico clínico es complicado, la disponibilidad de técnicas microbiológicas como la PCR, permiten conocer mejor la verdadera carga de la enfermedad.

En el presente estudio se describen las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de aquellos pacientes ingresados con gripe confirmada en nuestro hospital.

MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de los niños <14 años ingresados durante la epidemia de 2015-16 con diagnóstico de infección por virus influenza mediante PCR en exudado nasofaríngeo en un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes, con un pico de incidencia en el mes de marzo (18/42). Se observaron más casos en varones (65%). Hubo predominio de cepas A (29/42, 69%), de los cuales, el 79% (23/29) fueron A(H1N1), sobretodo en los primeros meses de la epidemia. El 43% (18/42) fueron pacientes <2 años, con una media de edad global de 2,4 años (16 días-10 años). El 67% (28/42) de los pacientes no tenían patología de base. De aquellos que si presentaban alguna, el 42% (6/14) fueron pacientes con patología respiratoria, seguido por patología neurológica (3/14; 21%). Ninguno de los pacientes había recibido vacunación antigripal en esa temporada. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (97%), tos (88%), mucosidad (73%), decaimiento (57%) y vómitos/diarrea (54%). Las complicaciones más destacables: broncoespasmo (31%), neumonía (29%), trombocitopenia (13%), crisis febriles (6%), encefalitis (4%). El 52% (22/42) precisó soporte respiratorio, incluyendo solo oxigenoterapia en 20 casos. El 52% (22/42) recibió antibioterapia, cuya indicación más frecuente fue por sospecha de sobreinfección bacteriana. El 31% (13/42) recibió corticoterapia y el

17% (7/42) oseltamivir. El 7% (3/42) requirió ingreso en UCIP, con una estancia media de 12,6 días (DE+13,3); un caso precisó ventilación mecánica invasiva y otro no invasiva. No se produjeron fallecimientos ni secuelas.

El grupo de pacientes sanos presentó una edad media menor que aquellos con patología de base (2,2 vs 3,0 años) sin significación estadística ($p=0,3$). Se observaron complicaciones en ambos grupos por igual (75% vs 71%) pero mayor estancia hospitalaria en los pacientes de riesgo (6,2+5,2 vs 14,7+18,3) no siendo estadísticamente significativo ($p=0,11$).

CONCLUSIONES

La gripe produce complicaciones en niños, a veces graves. Dos de cada tres niños ingresados por gripe no tienen ningún factor de riesgo. Ninguno de los pacientes estaba vacunado. Es necesaria la reevaluación de la política vacunal antigripal en nuestro medio, incluyendo la valoración de la vacunación universal.

INCIDENCIA DE CASOS DE INMUNODEFICIENCIAS EN UNA CONSULTA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA DE RECIENTE CREACIÓN

Antonio José Justicia Grande, Lara Rivero Ali, Irene Rivero Calle, Pablo Obando Pacheco, Marisol Porto Silva, Lorenzo Redondo Collazo

Hospital Universitario de Santiago de Compostela, Grupo GEN-VIP, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los niños que padecen inmunodeficiencias son propensos a tener un mayor número de infecciones, un curso más severo de la enfermedad, o infecciones por organismos atípicos y/o de difícil tratamiento. Nuestro objetivo fue evaluar el número de niños con inmunodeficiencia entre aquellos derivados por patología infecciosa en los primeros meses de haberse establecido una consulta de Infectología Pediátrica.

MÉTODOS

Se revisaron de forma sistemática todas las historias clínicas de pacientes que fueron referidos a una Consulta de Infectología Pediátrica de un Hospital Terciario durante sus primeros 18 meses de funcionamiento.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de aquellas que pudiesen ser considerados como síndromes definidos de inmunodeficiencia.

RESULTADOS

Se revisó el historial clínico de 259 pacientes, de los cuales 17 (6,5%) padecían alguna forma de inmunodeficiencia (**imagen 1**). De ellos, 10 (58,8%) eran defectos de la inmunidad humoral, 3 (17,6%) deficiencias de los fagocitos (Enfermedad Granulomatosa Crónica), 3 (17,6%) padecieron sepsis debido a un defecto del complemento, y 1 (5,8%) tuvo una inmunodeficiencia como parte del espectro de una patología sindrómica (Anomalía de DiGeorge). En 8 pacientes el defecto inmune ya era conocido previo a la consulta- 4 de ellos fueron referidos para actualizar su calendario vacunal, 1 para evaluar la respuesta a vacunas, y 3 para valoración y seguimiento. Los otros 9 casos fueron diagnosticados en nuestra consulta. Los 17 pacientes están todavía vivos, seis (35,3%) reciben profilaxis antibiótica con cotrimoxazol, tres toman itraconazol de forma regular, y otra recibe gammaglobulina de forma recurrente. Las complicaciones detectadas incluyen infecciones sinopulmonares con sibilancias (35,3%), bronquiectasias (5,8%) y fallo de medro (23,5%).

CONCLUSIONES

Una importante proporción de nuestros paciente presentan defectos inmunes, aunque la prevalencia verdadera fue probablemente sobreestimada. Los especialistas en infectología pediátrica deben tener presente cualquier signo que les indique que el paciente que tienen delante puede padecer algún tipo de inmunodeficiencia.

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR AGUDA EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE CASOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Sandra Montells Fuster, Zulema Lobato Salinas, Laura Bilbao Gassó, María Gotor Gil, Laia Martí Más, Marta Mínguez Vinardell

Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, FP, Barcelona

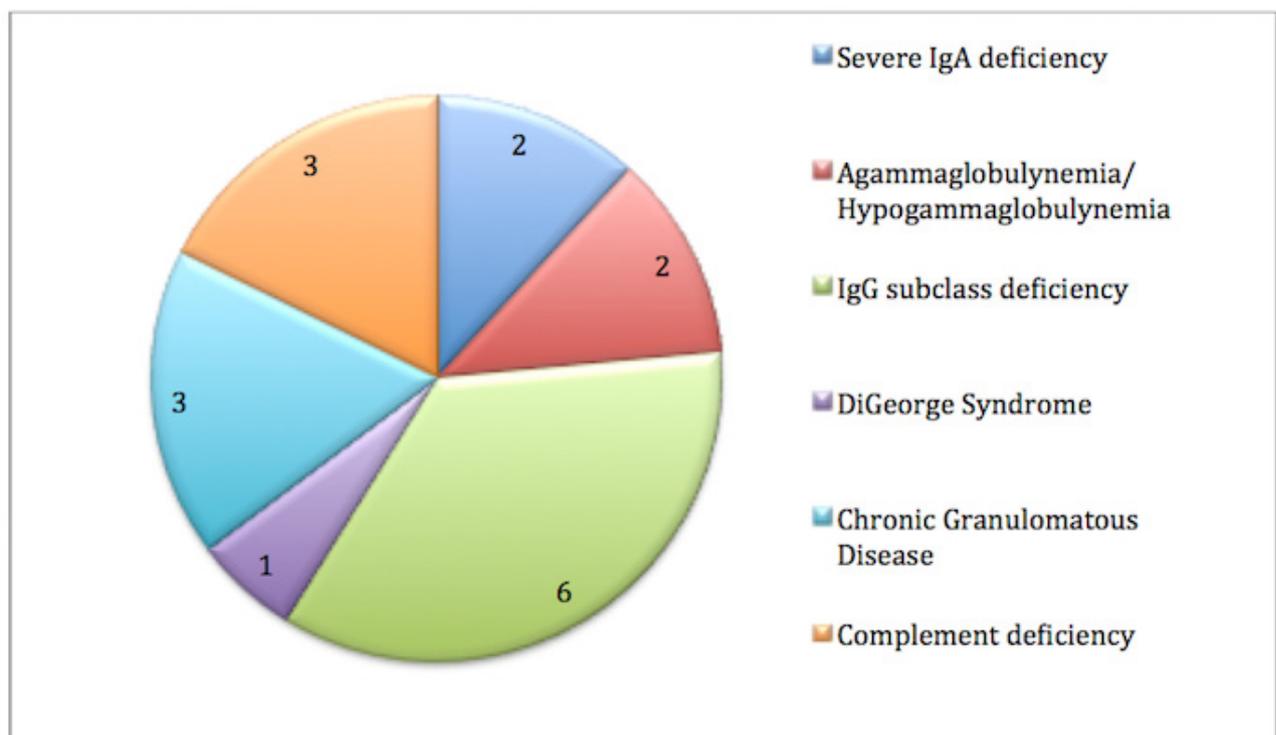
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las infecciones osteoarticulares son más frecuentes durante la infancia, en un período de desarrollo que puede favorecer la lesión del cartílago de crecimiento. Es importante reconocer los signos y síntomas para iniciar el tratamiento de forma precoz y evitar posibles secuelas.

Objetivo: Describir epidemiología, clínica y manejo de la infección osteoarticular aguda en un hospital de segundo nivel.

MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes <15 años ingresados con diagnóstico de osteomielitis aguda (OmA), artritis séptica (AS) y osteoartritis (OA) entre 2010-2016. Variables estudiadas: edad, sexo, mes, año de ingreso, factor predisponente, clínica,



pruebas de laboratorio, hemocultivo, cultivo líquido articular, pruebas de radiodiagnóstico, tratamiento, evolución clínica y complicaciones.

RESULTADOS

Se obtiene un total de 29 casos de infección osteoarticular: 16 AS (53,3%), 12 OmA (43,3%) y 1 OA (3,3%). El 62% son varones; la edad media es de 5 años (DE \pm 4). El 90% se localizan en extremidad inferior: rodilla (47%), tobillo (29%) y cadera (12%) en las AS, tibia (31%), fémur (23%), calcáneo (15%) y falanges (15%) en las OmA. La clínica principal es dolor (86%), impotencia funcional (76%), signos flogóticos (59%) y fiebre (48%). La media de PCR y de VSG es 48,61 mg/L (DE \pm 37) y 41,7 mm/1^a h (DE \pm 20) respectivamente. Se cursa hemocultivo en un 79% de los casos (22% positivos), cultivo de líquido sinovial en un 76% de las AS (46% positivos) y cultivo de material de drenaje quirúrgico en el 21% de los casos (33% positivos). Los principales microorganismos aislados son *S. aureus* (50% de los cultivos) y *K. kingae* (14% de los cultivos). Como pruebas iniciales se realiza radiografía simple en el 100% y ecografía en 21% de los casos. Durante el ingreso en un 52% se solicita gammagrafía y en el 38% RMN. La antibioterapia empírica consiste en cloxacilina \pm cefalosporinas de segunda o tercera generación, con una media de duración del tratamiento endovenoso de 10 días (DE \pm 5) y total de 30 días (DE \pm 9). El promedio de ingreso es de 11 días (DE \pm 4). Precisan desbridamiento quirúrgico 6 pacientes (21%). Evolución clínica favorable en todos los casos.

CONCLUSIONES

La infección osteoarticular predomina en varones <5 años. La etiología más frecuente es *S. aureus* seguido de *K. kingae*. La OmA suele afectar a metáfisis de huesos largos y la AS articulaciones de miembros inferiores. Las complicaciones y secuelas con un tratamiento precoz son poco frecuentes.

INFECCIÓN POR ADENOVIRUS. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE NUESTRA CASUÍSTICA

Cristina Fuertes Latasa, Carlos Sáenz de Juano Petit, María Odile Molini Menchón, Silvia Madrid Camacho, Susana Ferrando Monleón, Elena Crehuá Gaudiza

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El adenovirus es responsable de una gran variedad de síndromes clínicos. Se estima causante de un 5% de

las infecciones respiratorias y digestivas en la edad pediátrica. Origina cuadros con síntomas y signos poco específicos, y en general indistinguibles de otros causados por patógenos diferentes. A menudo motiva gran número de pruebas complementarias y administración de tratamientos antibióticos innecesarios.

Este trabajo pretende estimar la prevalencia de adenovirus en muestras respiratorias y de heces de lactantes atendidos en nuestro hospital y describir las características clínicas y epidemiológicas de la serie.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se analizan los aislamientos de adenovirus en muestras respiratorias y de heces de lactantes atendidos en un hospital terciario durante un período de 23 meses (enero de 2015 - noviembre de 2016). Mediante revisión de historias clínicas se recogen manifestaciones clínicas, exploraciones complementarias, tratamientos y necesidad de ingreso.

RESULTADOS

Se detectaron 49 aislamientos correspondientes a 45 niños (51% varones), lo que supuso un 5,64% de todas las muestras respiratorias y un 6,35% de las de heces. La edad media al diagnóstico fue de 6 meses (DE \pm 3,2) (rango 7 días - 11 meses).

El diagnóstico fue de enfermedad respiratoria aguda en 27 casos (60%), la mayoría (77%) de vías aéreas superiores, gastroenteritis en 15 (33%, 10 de ellas con síntomas respiratorios asociados), un caso de meningitis aséptica, una mononucleosis y una sepsis clínica con coinfección por enterovirus.

La manifestación clínica más constante (93%) fue la fiebre elevada, con una mediana de duración de 3 días (IQR 3), 27% presentaron decaimiento y el 29% asociaron conjuntivitis (5 con gastroenteritis, 7 con clínica respiratoria y un caso con mononucleosis infecciosa).

En un 49% se realizó análisis: leucocitos 16872 x 10⁹ /L (DE \pm 5888), linfocitos 5933 x 10⁹ /L, neutrófilos 7540 x 10⁹ /L (IQR 8220), PCR 24,4 mg/L (DE \pm 16,5), procalcitonina 0,25 ng/ml (DE \pm 0,21).

Doce pacientes (27%) precisaron ingreso hospitalario, 2 en Cuidados Intensivos. El tiempo medio de hospitalización fue de 8 días (DE \pm 2,8). Un 42% recibió antibioterapia.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de nuestra serie es similar a la referida en la bibliografía.

- La fiebre prolongada, el decaimiento, la clínica respiratoria y digestiva, asociando o no afectación ocular, fueron los síntomas predominantes.
- En la mayoría de casos no hubo viraje de reactantes de fase aguda, a pesar de lo cual casi la mitad de los pacientes recibió antibioterapia, probablemente por la afectación del estado general.

INFECCIÓN POR VIRUS CAUSANTES DE GASTROENTERITIS EN EL LACTANTE, ¿SOLO GASTROENTERITIS?

Cristina Salas de Miguel, Ana M.^a Grande Tejada, M.^a Victoria Ledesma Albarrán, María Rivas Medina, M.^a Carmen Prieto Zazo, M.^a Cristina Vicho González

Hospital Materno-Infantil de Badajoz, Badajoz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La gastroenteritis es la segunda causa de morbimortalidad infantil a nivel mundial. En los países desarrollados constituyen el segundo motivo más frecuente de consulta en las urgencias. Los virus ocasionan más del 80% de las GEA, siendo rotavirus el principal agente etiológico. Las técnicas microbiológicas habituales (detección antigénica) permiten su diagnóstico en el 40% de los casos.

Objetivos: conocer la etiología, presentación clínica, evolución e impacto de la vacunación frente a rotavirus en los niños menores de 2 años en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo a partir de las historias clínicas de los pacientes menores de 24 meses hospitalizados en un hospital de tercer nivel, desde enero de 2016 a diciembre de 2016 con el diagnóstico final de gastroenteritis utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22.

El diagnóstico microbiológico de las muestras se realizó mediante detección antigénica.

RESULTADOS

Se incluyen 51 pacientes de los que el 54,90% fueron niñas y el 45,10% niños. Con una edad media de 10,61 meses. De ellos, el 60,78% vivían en medio urbano.

La duración media de los síntomas más frecuentes fue la siguiente: fiebre 1,39 días, diarrea 2,29 días y vómitos 1,98 días.

Otros síntomas menos frecuentes analizados en nuestra muestra fueron la irritabilidad, presentada por el 11,76% de los niños y la somnolencia por el 9,8% de ellos.

En un 37,25% el agente causal fue el rotavirus. En el 7,4% adenovirus, 3,9% astrovirus, 2% salmonella, 2% campylobacter y un 45,10% no se consiguió filiar la causa.

Los días medios de hospitalización fueron 3,49 días. Se pautó fluidoterapia intravenosa durante 2,92 días de media.

Los valores medios de laboratorio analizados PCR, GOT y GPT fueron: 20,80 mg/dl, 55,69 mg/dl y 40,62 mg/dl respectivamente.

El 19,6% de nuestra serie estaba vacunada frente a rotavirus, no detectándose ningún caso de infección por dicho agente en este grupo.

CONCLUSIONES

- El agente etiológico más frecuente en la muestra recogida es el Rotavirus, al igual que en otras series europeas publicadas.
- Con relativa frecuencia la clínica digestiva está asociada a otras manifestaciones.
- La vacunación frente al rotavirus es muy efectiva, ninguno de los niños vacunados presentaba infección por el mismo.

INFECCIONES DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO POR *STREPTOCOCCUS VIRIDANS*: NO SOLO UNA CONTAMINACIÓN

María López Marcos¹, Peter Olbrich¹, José Antonio Lepe Jiménez², Mónica Rivero Garvía¹, M.^a Isabel García Ruiz Santa Quiteria¹, Olaf Neth¹

¹Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío, Sevilla

²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las infecciones del SNC por Streptococcus del grupo viridans (SGV) son poco frecuentes y suelen relacionarse con infecciones de la cavidad oral y condiciones predisponentes, como antecedentes neuroquirúrgicos. Hay escasos datos publicados y no existen protocolos diagnóstico-terapéuticos a seguir. El objetivo de este estudio es presentar datos epidemiológicos y características clínicas de los pacientes con aislamiento de SGV en LCR.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los registros microbiológicos de nuestro hospital con aislamiento de SGV en LCR de menores de 14 años y sus correspondientes historias clínicas desde el año 2007 al 2016.

RESULTADOS

La mediana de edad fue de 2 años (IQR: 4 meses-4 años). En el 100% de los pacientes se objetivó fiebre, generalmente acompañada de una sintomatología muy variable.

Durante los años analizados se realizaron 3546 cultivos de LCR, de los cuales resultaron positivos 456 (12,8%). Se aisló SGV en 27 cultivos (27/45, 65,9%) de 26 pacientes. 14 muestras (52%) fueron obtenidas mediante punción lumbar y las 13 restantes (48%) mediante punción valvular o ventricular (PV). Las especies aisladas con más frecuencia fueron *Streptococcus mitis* (n=14,52%) y *S. oralis* (n=7,26%).

De los 27 cultivos, 11 (40,7%) fueron considerados infección, mientras que 16 (59,3%) fueron interpretados como contaminación. 13 pacientes (48%) presentaban intervencionismo del SNC los 21 días previos, de los cuales 10 fueron diagnosticados como infección (10/13,77%); sin embargo, de los 14 pacientes sin dicho antecedente, únicamente uno fue diagnosticado de infección del SNC (1/14,7%), considerándose el resto contaminación del cultivo (13/14,93%).

En los 11 pacientes con infección, las cifras de marcadores de inflamación local (citoquímica de LCR) y sistémica (PCR, fórmula leucocitaria) fueron similares a las encontradas en los pacientes con contaminación.

Todos los diagnosticados de infección recibieron tratamiento antimicrobiano (4-21 días, media 10), requiriendo intervención quirúrgica 5 de ellos (45%) [externalización de la VDVP (n=3) y extracción completa (n=2)]. No hubo ningún fallecimiento. El 100% de los SGV mostraron sensibilidad a vancomicina (56% a penicilina) y meropenem, observándose en los *S. mitis* aislados en los últimos 4 años un aumento de resistencia a cefotaxima (de 0% a 60%; p=0,01).

CONCLUSIONES

El aislamiento de SGV en LCR de pacientes con intervención del SNC reciente debe considerarse como infección y por ello requiere instaurar antibioterapia precoz. La antibioterapia exclusiva es una opción válida en casos seleccionados. El aumento de resistencia de *S. mitis* a cefotaxima en los últimos años precisa vigilancia epidemiológica y adaptación del manejo antibiótico empírico.

INFECCIONES VIRALES RESPIRATORIAS Y DESARROLLO POSTERIOR DE SIBILANCIAS RECURRENTES EN UNA COHORTE DE NIÑOS AMBULATORIA

Adelaida Fernández Rincón¹, Cristina Calvo Rey², Isabel Aguado Lobo¹, M.ª Luz García García¹, Francisco Pozo Sánchez³, Inmaculada Casas Flecha³

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid

²Hospital Universitario La Paz, Madrid

³Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Leganés, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las infecciones respiratorias (IR), representan el 70% de las consultas por patología infecciosa a nivel extrahospitalario, existiendo relación entre el padecimiento precoz de las mismas y el desarrollo posterior de sibilancias recurrentes (SR). Nuestro objetivo es describir características clínicas y agentes etiológicos virales en IR leves y graves; así como el desarrollo de SR, en una cohorte de niños en los primeros 2 años de vida, analizando el significado de la detección de virus respiratorios en niños asintomáticos.

MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de IR, en 421 recién nacidos entre septiembre 2012 y agosto 2013, con seguimiento ambulatorio (4 centros de salud de dos poblaciones de tamaño medio). Se analizaron los episodios de IR durante los primeros 24 meses de vida, la sintomatología clínica y los agentes etiológicos virales, mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR) en aspirado nasofaríngeo (ANF). Se describen los aislamientos virales de ANF obtenidos en revisiones de niño sano asintomático (15 días vida, 2,4,6,9,12 y 15 meses).

RESULTADOS

El 91,9% de los niños tuvo al menos una identificación viral positiva, encontrándose asintomáticos 68,4%, con infección respiratoria leve (ambulante) 29,7% y grave (hospitalizada) 5,5%. La media de edad del primer aislamiento positivo fue $3,74 \pm 3,72$ meses. Se identificó un virus en el 78,9% de las infecciones leves, 80,6% de las graves y en el 33,6% de las 1597 muestras recogidas en las revisiones de salud.

El diagnóstico clínico más común fue, infección vías respiratorias superiores en infecciones leves ambulatorias (66,7%) y bronquiolitis aguda (BQL) en las graves (85,7%).

El agente etiológico identificado con mayor frecuencia fue rinovirus en niños asintomáticos (79%) e infecciones leves (50,9%), predominando el virus respiratorio sincitial en hospitalizados (42,9%).

Se encontraron diferencias significativas en el desarrollo de SR entre el grupo de infecciones grave (33,3%) y leve (18,4%) respecto al grupo de asintomáticos (9,6%), $p < 0,005$ (OR 2,4 IC 95% 1,3-4,4).

Del mismo modo se detectaron diferencias significativas en el desarrollo de SR en pacientes con BQL en la primera IR (38,3%) respecto al resto de diagnósticos clínicos (11,4%) $p = 0,001$ (OR: 4,8; IC 95% 2-11,7) y al padecimiento de la primera IR antes de los tres meses de vida (16,6%) cuando se comparó con edades superiores a 3 meses (8,5%) $p < 0,005$ (OR: 1,9; IC 95% 1,04-3,7).

CONCLUSIONES

Las IR leves o graves en los primeros 3 meses de vida, y el padecer BQL se asociaron con mayor frecuencia a desarrollo posterior de SR en nuestra cohorte.

LA COHORTE NACIONAL PEDIÁTRICA DE INFECCIÓN POR VIH-CoRISpe: UN MODELO DE INVESTIGACIÓN COLABORATIVA MULTIDISCIPLINAR EN PEDIATRÍA

Talía Sainz Costa¹, M.^a José Mellado Peña¹, José Tomás Ramos Amador², M.^a Isabel González Tomé³, M.^a Luisa Navarro Gómez⁴, Grupo CoRISpe⁵

¹Hospital General Universitario La Paz, Madrid

²Hospital Clínico San Carlos, Madrid

³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

⁵Red de Investigación en SIDA (RIS), <http://www.retic-ris.net/Programa1/WP2.CoRISpe.aspx>

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Cohorte Pediátrica de la Red de Investigación en SIDA-CoRISpe representa un modelo de trabajo colaborativo que ha situado la investigación en VIH-pediátrico en España en niveles de excelencia, constituyendo una referencia para desarrollar otras redes en el ámbito de la Pediatría.

MÉTODOS

CoRISpe, se crea oficialmente en 2008 con financiación pública e incluida en la Red de Investigación en SIDA-RIS; tiene como objetivo conocer la situación epi-

demológica de la infección-VIH pediátrica en España, y diseñar estudios/ensayos estratégicos orientados a mejorar la atención de los niños infectados-VIH. CoRISpe incluye profesionales multidisciplinares (pediatras infectólogos, enfermeras, inmunólogos, psicólogos, biólogos...) de todo el territorio nacional. Ofrece una plataforma de investigación con formación clínica e investigadora, comprometida con el SNS, participando en la elaboración de Guías clínicas asistenciales. Integrada en los estudios de cohortes internacionales EPPICC y COHERE, así como en la plataforma PENTA para desarrollo internacional de estudios y ensayos, en la que además CoRISpe participa en formación en cooperación internacional.

RESULTADOS

A Diciembre de 2016, participaban en CoRISpe más de 70 profesionales de 61 centros, con datos disponibles de 1198 pacientes. En 2009 se instaura la colección de muestras en el Biobanco-VIH-HUGM, lográndose un crecimiento exponencial de muestras depositadas (18/2009-205/2015). En los últimos años la red ha obtenido financiación pública continuada, con 4 proyectos abiertos financiados por Fondo-Investigación-Sanitaria-FIS; cofinanciándose mediante convocatorias privadas. Desde 2013 se incrementa de forma significativa el número de estudios abiertos (17 en la actualidad), las comunicaciones a congresos (2/2011-18/2015) y publicaciones internacionales (4/2013-6/2014-9/2015). Entre 2013-2016 se han desarrollado 7 Tesis Doctorales, con dos Premios Extraordinarios del Doctorado. El proyecto actual más ambicioso es la caracterización de la cohorte vertical de adolescentes-VIH: cohorte-FARO de transición; con 329 pacientes procedentes de 30 hospitales. El principal reto ha sido obtener financiación continuada que asegure el mantenimiento de las bases de datos y la distribución geográfica, que complica la recogida de información, el intercambio de conocimientos y el liderazgo.

CONCLUSIONES

La Red CoRISpe constituye un referente nacional e internacional de trabajo colaborativo multidisciplinar en investigación pediátrica de excelencia; extendiéndose a la formación en investigación, a la cooperación internacional y con elevado impacto asistencial. Las peculiaridades de la población pediátrica-VIH, hacen imprescindible trabajar en red para mejorar los conocimientos y la atención sanitaria a esta población única.

LARINGOTRAQUEÍTIS BACTERIANA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Alba Manso Pérez, Serena Villaverde González
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN

La traqueítis bacteriana es una infección invasiva causada por bacterias que colonizan el tracto respiratorio, siendo *Staphylococcus aureus* la más frecuente. Suele producirse en contexto de una infección respiratoria vírica predisponente, causando inflamación, exudación purulenta, membranas necróticas y obstrucción subglótica, originando dificultad respiratoria alta, fiebre elevada, aspecto séptico y obstrucción de la vía aérea.

El diagnóstico es clínico siendo la fibroscopia rígida un método de confirmación mediante visualización directa de la tráquea, permitiendo toma de muestras.

La base del tratamiento es el mantenimiento de la vía aérea y antibioterapia intravenosa (vancomicina/teicoplanina y cefalosporinas de 3ª generación).

RESUMEN DEL CASO

Niño de 3 años que acude a Urgencias por disminución del nivel de conciencia de una hora de evolución, diagnosticado de laringitis con fiebre elevada 24 horas antes. A su llegada presenta alteración de la apariencia con somnolencia sin signos de dificultad respiratoria ni afectación hemodinámica. Inicialmente se sospecha posible encefalitis y se realizan las siguientes pruebas complementarias: analítica de sangre (gaseometría venosa, iones y glucemia normales, leucocitos 5.150/mcl, linfocitos 570/mcl, proteína C reactiva 10,4 mg/L, procalcitonina 10 ng/dl); orina (normal); test rápido para *S. pyogenes* en orofaringe (positivo); TC craneal, punción lumbar y radiografía de tórax (normales) y se inicia tratamiento con cefotaxima y aciclovir intravenosos. En la evolución, 12 horas después comienza con fiebre elevada, taquicardia, hipotensión y dificultad respiratoria (estridor inspiratorio en reposo, hipoventilación generalizada e hipoxemia), se realiza control analítico con ascenso de procalcitonina (62 ng/dl) y acidosis láctica (7 mmol/L). Ante dicha dificultad respiratoria y signos de sepsis, se inicia oxigenoterapia, adrenalina nebulizada con dexametasona oral, se modifica pauta antibiótica y se realiza expansión de volumen con suero salino fisiológico, con buena respuesta posterior. Con la sospecha de sepsis en contexto de traqueítis bacteriana vs epiglotitis se realiza nasofibroscopia visualizándose epiglotis normal. Se

traslada a UCIP donde recibe oxigenoterapia de alto flujo, Helio y antibioterapia intravenosa. Allí se realiza fibrobroncoscopia evidenciando abundante secreción purulenta en tráquea asilándose *S. aureus*, confirmando el diagnóstico de laringotraqueítis bacteriana. El paciente completa 14 días de antibioterapia intravenosa (cefotaxima, clindamicina y vancomicina) presentando evolución posterior satisfactoria.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La traqueítis bacteriana se presenta como dificultad respiratoria grave que puede evolucionar a sepsis bacteriana, se debe tener presente en contexto de laringitis con mala evolución.

En nuestro paciente se observó inicialmente disminución del nivel de conciencia en ausencia de dificultad respiratoria lo que puede retrasar el diagnóstico y el correcto manejo terapéutico.

LEISHMANIASIS VISCERAL DE DIAGNÓSTICO CUTÁNEO

Enric Alonso Alegre, Daniel de Luis Rosell, Emiliano Mora Muñoz, Carolina Prat Torres, Carme Ferrer Cassado
Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis visceral o kala azar es una enfermedad infrecuente en nuestro medio, pero con importante morbilidad. Presentamos un caso clínico en dónde una lesión cutánea tuvo una importancia extraordinaria.

RESUMEN DEL CASO

Varón de 10 meses de edad que ingresa por fiebre de 16 días de evolución, elevada, en dos picos diarios, sin otra sintomatología asociada. Vive en área semi-rural, tienen tres perros.

Hace unos 5 meses le apareció una lesión en la parte superior del brazo como una lenteja, roja, que permanece igual que desde su aparición.

A la exploración física sólo destaca una discreta palidez mucocutánea, un soplo sistólico II/VI, una discreta esplenomegalia de 3 cm brc y una lesión eritematosa de 0,5 centímetros a nivel de cabeza de húmero, indurada.

Se realiza analítica sanguínea (muestra anemia microcítica con Hb 8,7 g/dL y VCM 67,1 fL, resto hemograma normal), PCR 16 mg/L, PCR en plasma a leishmania negativa.

Pruebas de estudio convencionales de fiebre prolongada negativas incluídas ecografía abdominal y cardíaca. Gammagrafía ósea normal.

Tras una semana de ingreso persiste con fiebre persistente elevada, anemia progresiva (Hb hasta 7,5 g/dL) con descenso de cifras de plaquetas y aumento de la esplenomegalia.

Se realiza aspirado de médula ósea que no demuestra alteraciones en medulograma ni en el análisis anatómopatológico, además de presentar una PCR negativa a leishmania del aspirado.

Tras interconsulta a Dermatología se realiza biopsia cutánea del nódulo descrito, tras lo que el servicio de Anatomía Patológica informa de la visualización de macrófagos con abundantes leishmanias en su interior; se realizó una PCR a leishmania en esa muestra que resultó ser positiva.

Ante dicho hallazgo se instaura tratamiento con anfotericina B liposómica EV a dosis convencionales con desaparición inmediata de la fiebre en las primeras horas y desaparición progresiva del resto de la clínica.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Nos parece un caso ilustrativo debido a la dificultad de encontrar un diagnóstico acertado a pesar de ser sospechado desde el ingreso del paciente y la curiosidad de haber sido diagnosticado a través de la lesión cutánea, por la que había consultado ya a su pediatra antes de iniciar ninguna clínica y estaba esperando ser visitado por el dermatólogo. Refuerza también la observación de cualquier signo asociado a una enfermedad no diagnosticada.

MENINGITIS BACTERIANA, MÁS ALLÁ DEL MENINGOCOCO

M.^a José Lorenzo Montero, Victoria Eugenia Reinaldo Royo, M.^a Luisa Vargas López, Carmen Caballero Rodríguez, Noelia Sancho Montero, Jennifer Roldán Abad
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN

Listeria Monocytogenes produce infecciones del sistema nervioso central en inmunodeprimidos, neonatos, ancianos y gestantes, sin embargo, es una entidad poco frecuente en lactantes y niños inmunocompetentes. Presentamos un caso de meningitis por L. Monocytogenes en un niño con estudio de inmunidad normal.

RESUMEN DEL CASO

Niño de 3 años, con fiebre y vómitos desde hace cinco días. En las últimas 24 horas asocia estrabismo intermitente.

Sin antecedentes de interés. Vacunado correctamente. Hace tres semanas realizó un viaje a una casa rural.

En la exploración destaca rigidez de nuca, Brudzinski positivo y endotropía ocasional del ojo izquierdo.

En el hemograma destaca: leucocitos 14.800/mm³ (neutrófilos 68%); proteína C reactiva (PCR), 126,6 mg/L y glucemia, 89 mg/dL; resto normal. Ante los hallazgos de focalidad neurológica en la exploración física se realiza un TAC craneal sin hallazgos patológicos. En la punción lumbar: Leucocitos, 320 cel/mcL (linfocitos, 94% neutrófilos, 6%); glucosa, 27 mg/dL; proteínas, 65 mg/dL y Adenosina deaminasa (ADA) 12,9 U/L (límite hasta 6 U/L).

Con la sospecha de meningoencefalitis se inicia tratamiento antibiótico empírico intravenoso con Cefotaxima, y antiviral con Aciclovir. A las 48 horas, la Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR) positiva para L. Monocytogenes, suspendemos el tratamiento previo e iniciamos tratamiento con Ampicilina y Gentamicina. En el cultivo del LCR se aísla Listeria Monocytogenes.

Cede la fiebre a las 24 horas y se normaliza la clínica de estrabismo, aunque reaparece durante su estancia hospitalaria, por lo que se sospecha un estrabismo latente que es confirmado por Oftalmología. Continúa ingresado hasta completar dos semanas de tratamiento antibiótico intravenoso con Ampicilina.

Al alta, presenta buen estado general y persiste el estrabismo latente que mejora en consultas posteriores. El estudio de inmunidad es normal.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Ante un LCR con leve pleocitosis de predominio mononuclear e hipoglucoorraquia, debemos incluir Listeria Monocytogenes en el diagnóstico diferencial. Resulta fundamental los antecedentes epidemiológicos para sospechar infección por L. Monocytogenes. Es de gran utilidad para el diagnóstico de esta entidad el cultivo del LCR y las técnicas de biología molecular (PCR). Ante su sospecha debemos iniciar tratamiento antibiótico empírico con Ampicilina y Gentamicina.

MENINGITIS BACTERIANAS EN LACTANTES MENORES DE TRES MESES: EPIDEMIOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICO-ANALÍTICOS Y EVOLUCIÓN

David López Martín, David Moreno Pérez, Begoña Carazo Gallego, Antonio Luís Urda Cardona, Cristina Yun Castilla, Guillermo Milano Manso

Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La meningitis bacteriana (MB) es una enfermedad grave que requiere de actuaciones precoces. Los lactantes menores de 3 meses presentan diferencias respecto a otros grupos de edad que condicionan su manejo. Nuestro objetivo es analizar las características de los casos de MB en estos pacientes para minimizar mortalidad y secuelas.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de casos de MB en <3 meses ingresados entre 2005-2016 en un hospital terciario. Se incluyeron casos con y sin identificación microbiológica. Fueron excluidas infecciones nosocomiales y asociadas a sistemas de derivación de LCR.

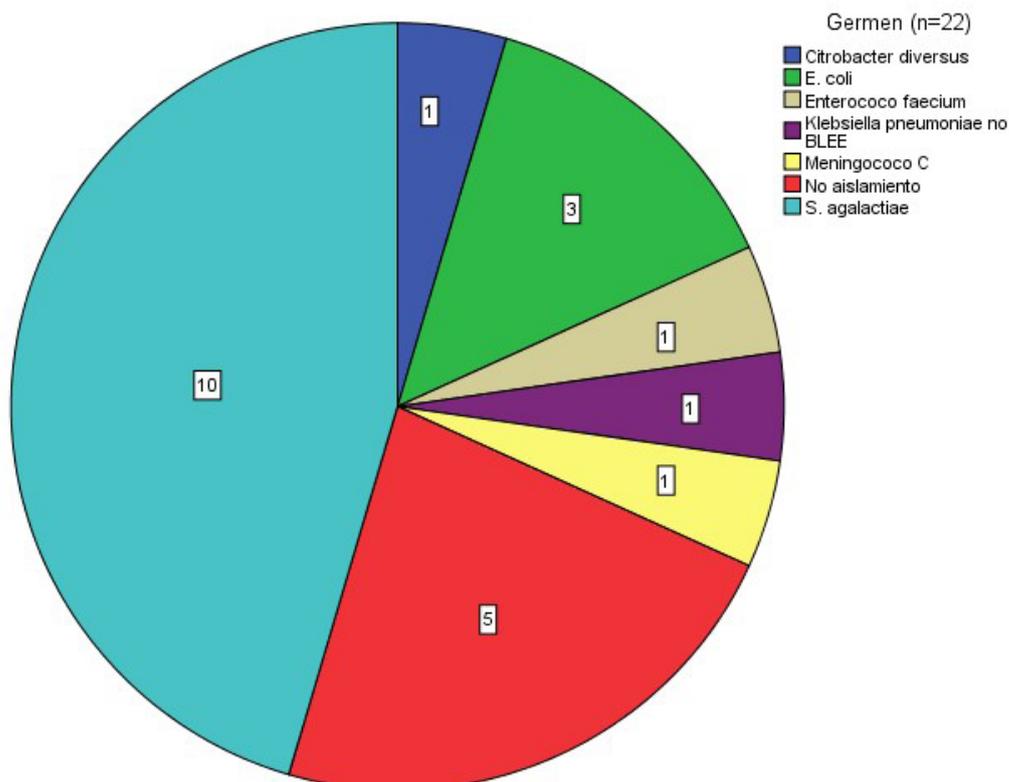
Se realizó análisis descriptivo de variables epidemiológicas, analíticas, terapéuticas y evolutivas. Posteriormente se analizaron las diferencias entre subgrupos para MB neonatal y MB por *S. agalactiae* para valores analíticos y mal pronóstico (complicaciones/secuelas), mediante ANOVA y Chi-cuadrado respectivamente.

RESULTADOS

Cumplieron criterios 22 casos (13 varones), la mediana de edad fue 29 días (RIQ 15,75-47,25). Al ingreso, la mediana de PCR fue de 27,5 mg/L (RIQ 6,23-109,75) y PCT 1,46 ng/mL (RIQ 0,34-65,49). La mediana de los valores máximos fueron 13810 leucocitos/mm³ (RIQ 12212,5-18500), PCR 106,33 mg/L (RIQ 33,5-148) y PCT 55,7 ng/mL (RIQ 0,39-65,49). No se detectaron diferencias entre reactantes de fase aguda en el análisis por subgrupos según germen o edad. Cuatro pacientes (18,2%) desarrollaron leucopenia, dos (9,1 %) trombopenia y seis (27,3%) coagulopatía.

El agente etiológico (gráfico) fue aislado en 17/22 casos (77,3%): en el 59,1% de los pacientes mediante hemocultivo y en el 50% en LCR. El germen más frecuente fue *S. agalactiae* (45,5%), seguido por *E. coli* (13,6%). El tratamiento empírico fue cefotaxima+ampicilina en 12 casos (54,5%), cefotaxima+vancomicina y cefotaxima se empleó en 3 y 3 casos respectivamente (13,6%). Se realizó punción lumbar de control en 13 casos (59,1%).

Gráfico de sectores: etiología (número casos/germen)



La estancia mediana fue 16 días (RIQ 12,5-21,25). Ocho pacientes requirieron cuidados intensivos (36,4%), seis expansión volumétrica (27,3%) y uno soporte con dopamina e intubación. Durante el ingreso, se realizó prueba de imagen en 17/22 (77,3%) para descartar complicaciones intracraneales. No hubo fallecimientos, pero 5 pacientes (22,7%) quedaron con secuelas, principalmente neurológicas -en 4 hidrocefalia, 3 encefalomalacia y 3 epilepsia-. No se encontraron diferencias pronósticas para el subgrupo neonatal ni según el germen.

CONCLUSIONES

Nuestra serie mostró una edad y etiología superponibles a la literatura. No encontramos diferencias entre subgrupos, posiblemente justificado por el tamaño muestral. A pesar de no registrar fallecimientos, encontramos una elevada proporción de secuelas, principalmente neurológicas.

NONTYPHOIDAL SALMONELLA INFECTION: ARE WE STILL ON THE SAME PAGE?

Catarina Godinho Rúbio¹, Mafalda Casinhas Santos¹, Ana Margarida García², Tânia Daniela Carvalho¹, Diogo Gonçalves Rodrigues², Florbela Inácio Cunha¹

¹Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca De Xira, Portugal

²Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Nontyphoidal salmonellae infection remain a significant worldwide public health problem. In Portugal approximately 450 cases are reported annually, 80% in children. Gastroenteritis is the most common clinical presentation associated with nontyphoidal salmonella infection, but it can also cause bacteremia and focal infection. The present study aims to characterize cases of salmonella infection in a paediatric population.

MÉTODOS

We performed a retrospective descriptive study of cases admitted to a level one hospital in southern Portugal between 2012 and 2016.

RESULTADOS

We identified 53 cases, with a male prevalence (52,8%). The median age was 4 years and the hospitalization rate was 85,7%. Almost all of the cases were gastroenteritis, 52 (98,1%), confirmed by stool culture, and one

case of focal infection (osteomyelitis) confirmed by exudate culture. The main complications were dehydration (25/53), mesenteric adenitis (1/53) and sepsis (1/53). On admission the median total leukocyte count was 9750/ml and C-reactive protein was 8,3 mg/dL. All hemoculture, 15 (28%), were sterile. Most of the cases occurred isolated, with a record of a foodborne (icecream) outbreak. Treatment with antibiotic was performed in 18,3%, one third with age under three months and two third because of severe critical condition. The most frequent serotypes were S. Enteritidis (42%), S. Typhimurium (21,3%); S. 4,5:i- (19%) and others (5%) included S. Rissen, S. Arizonae, S. Braenderup, S. Pomona, S. Schleissheim. Antibiotic resistance was reported to ampicillin (34%) and trimethoprim-sulfamethoxazole (2,2% %), but none to ceftriaxone.

CONCLUSIONES

Despite improved sanitary conditions, in the four years under study, the number of cases remain high, with significant morbidity and resistance to first-line antibiotics. The most frequent serotype in our population was S. Enteritidis, although a large spectrum of serotypes identified.

It is important the judicious use of antimicrobial agents in both clinical practice and animal husbandry, as well as the need for ongoing surveillance of antimicrobial resistant patterns.

OSTEOMIELITIS COMPLICADA POR SARM CON ÉMBOSLOS SÉPTICOS PULMONARES

Georgina Ferrer Campo, Marta Feliú Alsina, Francesc Ripoll Oliveras, Susana Uriel Prat, Montserrat Gispert-Saüch Puigdevall, Lluís Mayol Canals

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis aguda presenta complicaciones en un bajo porcentaje de casos. Los microorganismos más frecuentemente hallados son S. aureus, K. kingae y S. pyogenes. La prevalencia de SARM en nuestro ambiente se estima que alcanza el 20%.

Presentamos un caso clínico de una osteomielitis del húmero asociada a complicaciones cardíacas y pulmonares.

RESUMEN DEL CASO

Niño de siete años que consulta por fiebre y dolor humeral de 48 horas de evolución. A la exploración física hombro derecho con gran inflamación e impotencia

funcional. Se realiza análisis de sangre con leucocitosis de 23.500 (91% neutrófilos) y PCR de 10 mg/dL. La radiografía de la articulación es normal.

Se inicia tratamiento antibiótico con cefuroxima, se realiza artrocentesis y se deriva a nuestro centro por ser el de referencia. El cultivo del líquido sinovial y el hemocultivo resultan positivos para *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) con leucocidina de Panton-Valentine positiva, por lo que se ajusta la pauta antibiótica.

Como estudios complementarios se realiza TC de la articulación donde se confirma el diagnóstico de osteomielitis con miositis y se descubren lesiones pulmonares bilaterales correspondientes a émbolos sépticos.

A la auscultación se aprecia un ritmo galope con soplo sistólico, por lo que se realiza ecocardiografía. En ésta, se aprecia una pequeña vegetación junto a la red de Chiari. La endocarditis infecciosa explicaría las lesiones pulmonares.

Se inicia tratamiento para la osteomielitis y la endocarditis por SARM con vancomicina, rifampicina y gentamicina y se completan un total de dos semanas de gentamicina y un mes de biterapia con vancomicina y rifampicina.

El paciente reconsulta a la semana del alta por dolor e impotencia funcional de la articulación de la misma articulación. Se realiza radiografía que demuestra una fractura patológica completa del tercio proximal humeral con cambios óseos secundarios a la osteomielitis previa.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Nos enfrentamos a un caso de enfermedad invasiva por SARM con afectación ósea, cardíaca y pulmonar, siendo un reto el tratamiento adecuado de todos los focos sépticos dada la gravedad del caso.

La fractura patológica es una complicación que se observa hasta en un 5% de las osteomielitis por SARM en huesos largos.

OSTEOMIELITIS METATARSIANA POR *PSEUDOMONAS PUTIDA* EN UN NIÑO DE 9 AÑOS

Paula Cárdenas Jaén, Laura Ureña Hornos, Antonia Sánchez Bautista, Inma Bonilla Díaz, Pedro Alcalá Minagorre, Flavio Paulos Dos Santos

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante

INTRODUCCIÓN

Pseudomonas putida es un bacilo Gram negativo, flagelado, no fermentador, oxidasa positiva, que se en-

cuentra muy extendido en el medio ambiente, sobre todo asociado a hábitats húmedos. Aunque se había considerado una especie no patógena, se ha descrito su implicación en infecciones nosocomiales asociadas a colonización de superficies inanimadas, mucosas y dispositivos médicos en pacientes inmunodeprimidos, así como infecciones secundarias a traumatismos que afectan la integridad mucocutánea.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 9 años que consultó por cojera y dolor en la planta del pie, de 1 mes de evolución, localizado a nivel del tercer metatarsiano del pie izquierdo. No presentaba otra sintomatología asociada. No recordaba ningún antecedente traumático ni punciones en la planta del pie.

La radiografía simple revelaba una lesión lítica que afectaba a la metafisis distal del 3º metatarsiano de pie izquierdo. En la analítica inicial no se objetivaba elevación de los reactantes de fase aguda ni leucocitosis. El diagnóstico diferencial incluyó osteomielitis vs un tumor primario, por lo que se programó la biopsia de la lesión ósea.

El estudio anatómo-patológico describió inflamación polimorfa aguda y suabguda, que asociaba fibrosis fibroblástica (hallazgo concordante con osteomielitis subaguda), sin evidenciar hallazgos sugerentes de malignidad. El cultivo microbiológico aisló una cepa de *Pseudomonas putida* resistente a carbapenem, y sensible a antibióticos β -lactámicos, aminoglucósidos y fluorquinolonas.

Tras curetaje de la lesión ósea, el tratamiento incluyó biterapia con ciprofloxacino y rifampicina durante 6 semanas, con evolución favorable.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La osteomielitis del calcáneo por *Pseudomonas aeruginosa* es una lesión descrita en niños portadores de zapatillas deportivas que han sufrido traumatismos penetrantes en la planta del pie, sin embargo existen escasas referencias sobre las originadas por *Pseudomonas putida*. Aunque por lo general las infecciones producidas por este microorganismo tienen buen pronóstico una vez iniciado el tratamiento antibiótico específico, se han descrito casos graves de bacteriemia con mala evolución en pacientes inmunodeprimidos. En el caso de las infecciones de piel y tejido músculo-esquelético es fundamental el desbridamiento y curetaje de las lesiones, asociado al tratamiento antibiótico.

En los últimos años se ha descrito un incremento de cepas de *Pseudomonas* productoras de β -lactamasas y carbapenemasas, que les confieren un espectro de resistencia amplio, limitando y dificultando el tratamiento antibiótico. La biterapia con ciprofloxacino y

rifampicina actúa de forma sinérgica, mostrándose como una alternativa eficaz con altas tasas de curación en estos pacientes.

OSTEOMIELITIS PÉLVICA EN EDAD PEDIÁTRICA

M.^a José García Monje, Tarek Abadi García, Patricia Pena Gil, Alicia Rendo Álvarez, Carmen María Almuiña Simón, Roberto Pérez Pacín

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La osteomielitis pélvica es una enfermedad muy poco frecuente en niños, donde la mayoría de las osteomielitis afectan a huesos largos. Presenta una incidencia del 6-8% del total de todas las osteomielitis de diseminación hematogena. Su inusual presentación dificulta su diagnóstico, retrasando un adecuado tratamiento con una peor evolución clínica y pronóstico final.

Objetivos: identificar los pacientes con diagnóstico al alta de osteomielitis pélvica (OP) y evaluar el diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismos.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado de Diciembre de 2014 a Diciembre de 2016, en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron los pacientes ingresados en el periodo a estudio con diagnóstico de OP, con recogida y análisis descriptivo de datos demográficos, motivo de ingreso, método diagnóstico, tratamiento recibido y evolución clínica.

RESULTADOS

Se diagnosticaron un total de cinco pacientes, 2 lactantes, 1 preescolar y 2 adolescentes. Un 80% varones y un 20% mujeres.

El motivo de consulta en todos los casos fue cojera y dolor a la deambulación, acompañándose de fiebre en el 80% de ellos.

Todos los pacientes presentaron elevación de reactantes de fase aguda al ingreso; velocidad de sedimentación, proteína C reactiva o ambos.

Se extrajeron hemocultivos en todos los pacientes, siendo positivos tan sólo en dos de ellos, aislándose en ambos *Staphylococcus aureus* meticilin sensible.

Para el diagnóstico definitivo fue necesaria la realización de Resonancia Magnética (RM) en todos los casos,

completándose el estudio con gammagrafía ósea en 4 de los pacientes.

El tiempo de estancia media de hospitalización fue de 16,5 días (Rango 10-27 días).

Todos los pacientes recibieron antibioterapia endovenosa un mínimo de 7 días (Rango 7-18 días), 3 de ellos Cefotaxima y Cloxacilina, 1 Cefuroxima y otro Cloxacilina. Se continuó el tratamiento con antibioterapia oral hasta completar 6 semanas.

Tras el alta se realizó seguimiento de forma ambulatoria presentando todos ellos adecuada evolución, con una resolución completa sin secuelas.

CONCLUSIONES

La osteomielitis pélvica es una entidad poco frecuente en edad pediátrica, debiendo pensar en ella en los pacientes con síntomas de cojera y/o dolor a la deambulación, independientemente de la presencia o no de fiebre. El tratamiento inicial debe ser endovenoso pudiendo completarse por vía oral con un seguimiento ambulatorio estrecho, evitando hospitalizaciones prolongadas innecesarias. Un diagnóstico y tratamiento precoz disminuirá la aparición de secuelas posteriores.

OSTEOMYELITIS DUE TO *STREPTOCOCCUS ANGINOSUS* GROUP

Luís Carlos Costa, José Pedro Vieira, Mário Matos, Catarina Gouveia

Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa, Portugal

INTRODUCCIÓN

Osteomyelitis, a bone infection, is commonly acute haematogenous in children. It may also result from a contiguous focus or direct inoculation, as in trauma. *Staphylococcus aureus* is the most common etiologic organism in children over 3 years. We describe a rare case of *Streptococcus anginosus* group cervical osteomyelitis.

RESUMEN DEL CASO

A 12-year-old boy, presented with a two week story of left temporal headaches irradiating to left cervical area, with progressive worsening. Due to fever and clinical deterioration, he sought for medical attention. Two weeks before, he referred a history of left acute

otitis treated with antibiotics. He was ill appearing, with torticollis and neck stiffness. Mild dysphagia, palate asymmetry and left tongue deviation were also noted. Blood analysis showed neutrophilic leucocytosis and CRP elevation. Intravenous antibiotic treatment was started with clindamycin and ceftriaxone. The cervical MRI revealed a cranial base osteomyelitis up to C6 vertebrae, with epidural abscess and involvement of adjacent muscles. Blood culture was positive for *Streptococcus intermedius*. On aetiological investigation other infections were excluded. After 4 weeks of intravenous antibiotic treatment, with clinical and imagiological improvement, the patient was discharged and completed 4 more weeks of oral antibiotic with amoxicillin/clavulanate.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Streptococcus anginosus group is a subgroup of viridans streptococci constituted by three species (*S. anginosus*, *S. intermedius*, and *S. constellatus*) recognized as normal flora of the human oral cavity and gastrointestinal tract, capable of forming abscesses and cause systemic infections. Osteomyelitis due to the *Streptococcus anginosus* group is uncommonly reported. Due to the virulence of these agents, it is very important an aggressive clinical management for a better outcome.

PATRÓN DE SENSIBILIDADES ANTIBIÓTICAS DE LOS UROPATÓGENOS EN NUESTRA PROVINCIA

Georgina Ferrer Campo, Borja Guarch Ibáñez, Marta Feliú Alsina, Esther Clapés Sánchez, Laia Solé Amat, Lluís Mayol Canals

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Gerona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección urinaria tiene una prevalencia en la población pediátrica de hasta el 5%. El causante más frecuentemente hallado es el *Escherichia coli*, seguido de *Proteus mirabilis* y *Klebsiella* spp. En lactantes menores de 3 meses, cabe destacar *Enterococcus faecalis* como posible patógeno.

El objetivo de este estudio es conocer de nuestra área geográfica los microorganismos implicados y su espectro antibiótico.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo que comprende pacientes de hasta 15 años de edad con urocultivo posi-

vo diagnosticados entre enero y diciembre de 2015 de dos hospitales de la red pública de la provincia (Hospital 1: nivel provincial y Hospital 2: nivel comarcal). Se incluyen sólo los urocultivos unimicrobianos y recogidos de forma estéril. Los puntos de corte de las sensibilidades antibióticas se realizaron siguiendo los "cut-off" indicados según la EUCAST.

RESULTADOS

Incluimos un total de 544 urocultivos positivo, con edades comprendidas entre los 0 y los 14 años con predominio del sexo femenino (67%). Los principales uropatógenos son *E. coli* (65%), *E. faecalis* (9,6%), *P. mirabilis* (6,6%) y *K. pneumoniae* (6,6%). Con respecto a *E. coli*, presenta una sensibilidad del 39% a ampicilina, 75% a amoxicilina-clavulánico, 92% a cefuroxima, 94% a cefotaxima, 94% a gentamicina, 99,7% a fosfomicina y finalmente 75% a cotrimoxazol. Cabe destacar que hemos hallado hasta un 10% de *E. coli* BLEA en el hospital comarcal y hasta el 6% en el hospital provincial. Con respecto a *E. faecalis*, presenta una sensibilidad del 100% a ampicilina, 100% a nitrofurantoína, 100% a gentamicina, pero es resistente a cotrimoxazol.

CONCLUSIONES

Debemos concluir pues, que el microorganismo más habitual es el *E. coli*, aunque en proporción menor de lo esperado. Según la literatura la proporción de *E. coli* llega en nuestro ámbito hasta el 80% de los urocultivos positivos. Queremos destacar que nuestra serie presenta una elevada tasa de infecciones por *E. faecalis*, *P. mirabilis* y *K. pneumoniae*.

Actualmente como tratamiento empírico de infección urinaria y siguiendo nuestros protocolos, utilizamos la cefixima como terapia oral y gentamicina como terapia endovenosa.

Queremos concluir que hemos hallado una sensibilidad muy alta a la fosfomicina para *E. coli*, por lo que podría plantearse en un futuro la posibilidad de aumentar sus indicaciones de prescripción. Es necesario realizar un seguimiento continuado de las resistencias de los uropatógenos para conocer las especificidades de cada centro y poder optimizar así el uso de los antimicrobianos.

Tabla 1. Patrón de sensibilidades de los principales uropatógenos hallados en nuestro estudio

Microorganismo	N	% total	Ampicilina	Amoxi-clav	Cefazolina	Cefuroxima	Cefoxitina	ceftazidima	cefotaxima	Cefepime	Ác Nalid	Ciprofloxacino	Fosfomicina	Gentamicina	Tobramicina	Ertapenem	Imipenem	Cotrimoxazol
Enterobacter cloacae	6	1,1	17	0	0	17	0	100	83	100	100	100	83	100	100	100	100	83
Escherichia coli	356	65,4	39	75	45	92	98	96	94	94	82	90	99,7	94	96	100	100	75
Klebsiella pneumoniae	36	6,6	0	86	75	100	94	86	94	94	86	86	71	83	88	97	100	78
Proteus mirabilis	36	6,6	78	89	93	100	100	97	100	100	86	89	91	100	100	94	42	75
Pseudomonas aeruginosa	16	2,9	-	-	-	-	-	75	-	81	-	100	0	94	100	-	100	-
			Ampicilina	Penicilina	Cefotaxima	Ceftriaxona	Clindamicina	Eritromicina	Levofloxacino	Nitrofurantoina	Vancomicina	Teicoplanina	Linezolid	Tetraciclina	Tigeciclina	Gentamicina	Imipenem	Cotrimoxazol
Enterococcus faecalis	52	9,6	100	100	-	-	0	6	100	100	100	100	100	-	100	100	100	0
Streptococcus agalactiae	6	1,1	100	100	100	100	83	83	100	100	100	100	100	50	100	-	-	100

PIOMIOSITIS EN PEDIATRÍA. SERIE DE CASOS EN UN ENTORNO NO TROPICAL

Beatriz González Gómez¹, Manuel Vargas Pérez², Diana Salas Mera¹, Teresa del Rosal Rabes¹, M.^a José Mellado Peña¹, Fernando Baquero Artigao¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

²Hospital de Poniente, El Ejido, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La piomiositis es una infección bacteriana del músculo esquelético estriado típica de países tropicales pero infrecuente en España. Nuestro objetivo fue describir los casos diagnosticados en nuestro centro y valorar la rentabilidad de las pruebas diagnósticas utilizadas.

MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes menores de 15 años diagnosticados de piomiositis durante un periodo de 12 años (2004-2015).

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes (8 niñas y 7 niños) con una mediana de edad de 4,5 años (rango intercuartílico [RIQ] 1,3-7 años). Todos eran inmunocompetentes y sin enfermedades crónicas. Un 87 % de los casos (13 pacientes) fueron piomiositis primarias, de los cuales el 54% presentaba antecedente traumático en la zona afecta. 2 casos fueron secundarios a sacroileítis y contigüidad de infección cutánea. Los síntomas más frecuentes al diagnóstico fueron dolor (93%), fiebre (80%), tumefacción (60%), calor (33%) y eritema (20%). Los músculos afectados con más frecuencia fueron los de extremidades inferiores (10 pacientes, 67%). Entre ellos, destacaron el cuádriceps femoral (33%) y psoas ilíaco (13%). Hubo un caso de afectación múltiple. La ecografía fue la técnica más empleada (80%), permitiendo el diagnóstico en el 58% (7/12). La RM se utilizó en el 53%, siendo la técnica más sensible (100%, 8/8). El 73% mostró leucocitosis $>15.000/\text{mm}^3$ (1 paciente presentó leucopenia) y el 67% PCR $>40 \text{ mg/L}$. Se aisló *S. aureus* (1 SARM) en 8 pacientes, siendo la rentabilidad del hemocultivo del 33% (3/9) y del 83% (5/6) en cultivo del material de drenaje. En 6 casos (40%) se realizó drenaje quirúrgico de los abscesos. Todos los pacientes recibieron antibioterapia secuencial iv-oral

durante una media de $30,8 \pm 18,6$ días. La mediana de duración del ingreso fue 12 días (RIQ 9-24 días). Todos los casos evolucionaron favorablemente sin presentar secuelas.

CONCLUSIONES

Se debe considerar el diagnóstico de piomiositis en niños que presenten fiebre y dolor en una extremidad, especialmente si existe antecedente traumático. La etiología más frecuente es la estafilocócica, con buena sensibilidad del hemocultivo y excelente en material de drenaje quirúrgico. El diagnóstico puede hacerse mediante ecografía, aunque la RM es la prueba más sensible. Muchos evolucionan favorablemente con tratamiento antibiótico exclusivo, sin requerir drenaje quirúrgico.

PRIMER CASO EN ESPAÑA DE COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA ASOCIADA A MALARIA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

Eva M.^a López Medina¹, David Aguilera Alonso², Sara Pérez Muñoz³, Teresa del Rosal Rabes³, M.^a José Mellado Peña³, Milagros García López Hortelano³

¹Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, Valencia

²Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

³Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda alitiásica (CAA) es una enfermedad poco frecuente en niños, siendo en ocasiones secundaria a infecciones. Hasta la fecha hay publicados sólo cinco casos en población pediátrica asociados a malaria. Presentamos el caso de una CAA en una niña diagnosticada de malaria.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 5 años procedente de Guinea Ecuatorial que acudió al servicio de urgencias pediátricas inmediatamente después de aterrizar en Madrid desde su país. El cuadro clínico comenzó siete días antes del ingreso con fiebre alta. Al segundo día se diagnosticó de otitis media aguda y se inició tratamiento antibiótico. Al día siguiente asoció dolor abdominal y astenia. Tras revaloración médica, se diagnostica de malaria en Guinea Ecuatorial recibiendo tratamiento con dos dosis de artemeter intramuscular. Dos días antes de viajar a Madrid empeoró clínicamente, persistiendo la fiebre y asociando ictericia. Valorada a su llegada, presenta ictericia y dolor en hipocondrio derecho e izquierdo con hepatomegalia de 2 cm por debajo del reborde

costal, sin signos de irritación peritoneal. En analítica sanguínea destaca leucocitosis de $14300/\text{mm}^3$ (neutrófilos 72%), hemoglobina 11,9 g/L, trombocitopenia ($27000/\text{mm}^3$), proteína C-reactiva 128 mg/l, bilirrubina total 22,9 mg/dl (directa de 18,3 mg/dL), AST 201 IU/L, ALT 187 UI/L e insuficiencia renal (creatinina 2,19 mg/dL), con coagulación normal. La ecografía abdominal fue compatible con CAA (engrosamiento de la pared de la vesícula biliar de 4,5 mm con barro biliar en su interior). El frotis periférico mostró *P. falciparum* (parasitemia: 2%). Se trató con quinina intravenosa y clindamicina, además de cefotaxima, metronidazol y fluidoterapia intravenosa, con recuperación completa de la función renal, normalización ecográfica y negatización de la parasitemia. La serología de virus Epstein-Barr (VEB) IgM e IgG fue positiva (PCR <3,5 E3 copias/ml), con hemocultivo y resto de estudios microbiológicos negativos.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Hasta la fecha sólo se han publicado 5 casos pediátricos en menores de 10 años de CAA asociados con malaria. Todos presentaron recuperación completa con tratamiento antimalárico sin precisar cirugía. En nuestro caso no podemos descartar su asociación con VEB, que también se ha relacionado con CAA, aunque dada la baja carga viral e IgG positiva y la buena respuesta al tratamiento antipalúdico, parece más compatible con malaria.

REVISIÓN DE CASOS DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN NUESTRO MEDIO. UTILIDAD DEL Pro-BNP COMO HERRAMIENTA PARA EL DIAGNÓSTICO

Serena Villaverde González, Alba Manso Pérez, Agustín López López, M.^a José Cilleruelo Ortega

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda, considerada la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia en nuestro medio. Por su importancia, al realizar la revisión se fijaron los siguientes objetivos:

- Describir la epidemiología, manifestaciones clínicas y complicaciones de pacientes con EK en nuestro medio buscando factores relacionados con la aparición de alteraciones cardiológicas.
- Valorar la utilidad de los niveles de proBNP como marcador para el diagnóstico precoz.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se analizaron las historias clínicas de los pacientes con EK diagnosticados en nuestro hospital desde enero de 2009 hasta enero de 2016. Se incluyó un total de 19 pacientes y se analizaron variables epidemiológicas, datos clínicos y analíticos, hallazgos ecocardiográficos, tratamiento recibido, respuesta objetivada y desarrollo de complicaciones en el seguimiento posterior. Para la elaboración de la base de datos y el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico IBM SPSS v. 22.

RESULTADOS

Diecinueve pacientes fueron diagnosticados de EK durante el periodo de tiempo estudiado. El 53% ocurrieron en los meses de verano, siendo el 75% menores de 5 años con predominio de varones. Todos los pacientes presentaron fiebre al diagnóstico, observándose hiperemia conjuntival, afectación bucofaríngea y exantema en el 94%. Dieciséis desarrollaron formas completas de la enfermedad. El ecocardiograma inicial mostró algún tipo de anomalía en el 37%, siendo la mayoría hallazgos leves. Se determinó el pro-BNP al diagnóstico en 14 de los 19 pacientes, con una mediana de 344 pg/mL (rango 149 y 12.365 pg/ml) correspondiendo el valor más alto al único paciente que desarrolló aneurismas coronarios.

Todos los pacientes fueron tratados con una dosis de gammaglobulina intravenosa a partir del 5º día de fiebre. En cuatro casos se repitió una segunda dosis por recurrencia de la fiebre.

CONCLUSIONES

Todos nuestros pacientes presentaron características clínicas de EK correspondiendo el 84% a formas completas de la enfermedad. Tres de cada 4 niños fueron menores de 5 años con predominio de varones. Un paciente desarrolló aneurismas coronarios a pesar de tratamiento adecuado. No se ha podido asociar de forma significativa los valores de proBNP con la detección precoz de EK, sin embargo el único caso que desarrolló aneurismas coronarios presentó el valor sérico más alto, dejando una puerta abierta en el establecimiento de puntos de corte de afectación coronaria en base a la cuantificación de proBNP.

SÍNDROME DRUG REACTION WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS (DRESS): PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M.^a Valle Viedma Guiard, Estefanía Cremades Sánchez, Ana I. Menasalvas Ruiz, Miguel Lova Navarro, Teresa Martínez Menchón, Santiago Alfayate Miguélez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome DREES es, una rara toxicodermia, potencialmente mortal, caracterizada por una reacción de hipersensibilidad que incluye erupción cutánea, alteraciones hematológicas, linfadenopatías y afectación visceral. Objetivo: recordar una enfermedad infrecuente y potencialmente mortal en la que la sospecha diagnóstica y el tratamiento precoz son de vital importancia.

MÉTODOS

Descripción de 2 pacientes y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Caso 1: paciente de 4 años sin antecedentes personales de interés que fue ingresada por fiebre elevada de 2 días de evolución y aparición de exantema en forma de máculas eritematoedematosas que coalescían formando placas discoides, dolorosas al tacto y de distribución difusa en todo el tegumento. Destacaba la afectación del estado general. Dos semanas antes del ingreso había recibido Amoxicilina-clavulánico por infección respiratoria. En la analítica destacaba hipertransaminemia, eosinofilia, bicitopenia y coagulopatía. PCR 28,7 mg/dl, PCT 7,7 ng/ml. Presentó una mala evolución clínica con progresión de las lesiones cutáneas hasta una afectación eritrodérmica con intensos edemas faciales. PCR de Herpes virus 6 (HV6) en médula ósea positiva.

Caso 2: paciente de 6 años con enfermedad de Chagas, en tratamiento con Benznidazol durante 28 días. Ingresó por fiebre elevada de 8 días de evolución, exantema en forma de maculas eritematoedematosas confluyentes que se acompañaban de edema facial y corporal, hepatomegalia, ascitis y grave afectación del estado general. En analítica destacaba eosinofilia, hipertransaminasemia, coagulopatía e hipoalbuminemia. En ambos casos la biopsia cutánea fue compatible con toxicodermia, y la respuesta a corticoides excelente con normalización analítica y evolución del cuadro cutáneo a la descamación superficial.

El síndrome DREES se caracteriza por una latencia larga entre la exposición al fármaco y el inicio de la enfermedad (entre 2-8 semanas), un curso prolongado y asociación con la infección/reactivación por HV6. La incidencia es desconocida y generalmente afecta a adultos. Se ha asociado a múltiples fármacos principalmente antiepilépticos y alopurinol, pero también a vancomicina, betalactámicos, nevirapina... La afectación cutánea comienza como una erupción morbiliforme que progresa rápidamente a una eritrodermia generalizada con acentuación folicular y posterior edema facial y escaldadura. Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras toxicodermias como síndrome de Stevens-Johnson y otras enfermedades exantemáticas típicas de la infancia. El tratamiento incluye medidas de soporte y corticoides sistémicos.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del síndrome DRESS requiere un alto grado de sospecha y debe considerarse ante un cuadro de erupción cutánea, fiebre, edema facial, adenopatías, eosinofilia sistémica y exposición a un fármaco en las semanas previas.

Varón 6 años, síndrome de DRESS por Benznidazol



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA EN LA ERA DE LAS NUEVAS VACUNAS ANTIMENINGOCÓCICAS

David López Martín, David Moreno Pérez, Begoña Carazo Gallego, Antonio Luís Urda Cardona, Guillermo Milano Manso, Silvia Oliva Rodríguez-Pastor

Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI), cuya frecuencia está sujeta a ondas epidémicas, es una de las causas más frecuentes de morbimortalidad infecciosa infantil en países desarrollados. Gracias en parte a la vacunación, el perfil epidemiológico de esta enfermedad ha cambiado en los últimos años. Nuestro objetivo es describir las características epidemiológicas y microbiológicas en estos pacientes, en un periodo en el que están llegando nuevas vacunas frente a meningococo B y ACWY.

MÉTODOS

Estudio descriptivo ambispectivo de niños de 0-14 años con EMI confirmada y sospechada ingresados en un hospital terciario entre 2005-2016. Se recogieron edad, sexo, estado vacunal, germen por serogrupo (SG) y cultivo. Análisis estadístico realizado con SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron 142 casos (51,4% mujeres) de EMI. Se constata una tendencia a la disminución de casos con los años, con 17 casos (11,9%) en 2005 y 4 (2,8) en 2016. La frecuencia de casos por año desglosadas por germen se enumeran en la **tabla 1**. La mediana de edad fue 24 meses (RIQ 9,75-60). Se recogieron 45 casos (31,7%) en menores de 12 meses, 28 (19,7%) entre 12 y 24 meses, 39 (27,5%) entre 24 y 60 meses y 30 (21,1%) en los mayores de 5 años, sin diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia esperada entre estos grupos. En 78 (54,9%) se aisló *N. meningitidis*: SG B en 61 (43%), no tipable en 11 (7,7%), SG C en 4 (2,8%), y SG W135 en 2 (1,4%). Los cultivos de sangre y LCR fueron positivos en 51 (35,9%) y 41 (28,9%) respectivamente. Ninguno de los pacientes estaba vacunado contra el SG B ni ACWY y 13 (9,2%) tampoco contra el SG C -dos de estos tuvieron MB por SG C-. La mortalidad global fue del 8,5% (12), menor en los casos de meningitis con 17,3% frente al 3,3% ($p > 0,05$). En el subgrupo de fallecidos observamos una mediana de edad de 16 meses (RIQ 11,75-44,75).

Tabla 1. Evolución anual de casos según germen

Fecha ingreso	Germen					Total
	Men. B	Men. C	Men. no tipable	Men. W 135	Cultivos negativos	
2005	7 41,2%	2 11,8%	2 11,8%	0 0,0%	6 35,3%	17 11,9%
2006	8 42,1%	1 5,3%	0 0,0%	0 0,0%	10 52,6%	19 13,3%
2007	9 56,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 43,8%	16 11,3%
2008	4 23,5%	1 5,9%	3 17,6%	0 0,0%	9 52,9%	17 12,0%
2009	9 39,1%	0 0,0%	2 8,7%	1 4,3%	11 47,8%	23 16,2%
2010	5 55,6%	0 0,0%	1 11,1%	0 0,0%	3 33,3%	9 6,3%
2011	2 16,7%	0 0,0%	1 8,3%	0 0,0%	9 75,0%	12 8,4%
2012	5 62,5%	0 0,0%	1 12,5%	0 0,0%	2 25,0%	8 5,6%
2013	3 42,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 57,1%	7 4,9%
2014	5 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	5 3,5%
2015	2 40,0%	0 0,0%	1 20,0%	0 0,0%	2 40,0%	5 3,5%
2016	2 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 25,0%	1 25,0%	4 2,8%
Total	61 43,0%	4 2,8%	11 7,7%	2 1,4%	64 45,1%	142 100,0%

CONCLUSIONES

Observamos un descenso sostenido de los casos a lo largo de los años en nuestra serie. El grupo de edad <24 meses fue el más susceptible, coincidiendo con la literatura. El germen más frecuentemente aislado fue el serogrupo B, a pesar de que el porcentaje de aislamiento microbiológico en nuestra muestra fue bajo. Por todo ello, vemos razonable centrar las medidas en estos grupos de riesgo.

TIBOLA: ZONOSIS FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO TRAS UNA PICADURA DE GARRAPATA

Estefanía Ruiz González, M.^a Isabel Sánchez Códez, Pablo Ruiz Ocaña, Lorena Estepa Pedregosa, Nuria Buero Fernández, Manuel Lubián Gutiérrez

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN

Las picaduras por artrópodos constituyen un motivo de consulta relativamente común en Pediatría, sobre todo en primavera y verano. Las garrapatas constituyen el segundo vector responsable de transmisión de enfermedades infecciosas tras los mosquitos. En los últimos años, gracias a nuevos métodos de identificación por biología molecular y cultivo, destaca el aumento de casos comunicados de TIBOLA (Tick-borne-lymphadenopathy); DEBONEL (Dermacentor-borne-necrosis-

erythema-lymphadenopathy) o SENLAT (Scalp eschar and neck lymphadenopathy after tick bite). Son entidades causadas por bacterias de la familia Rickettsia, sobre todo la especie Slovaca aunque también otras como Rickettsia Raoultii y Rioja, transferidas por garrapatas del género Dermacentor.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 9 años de edad que acude a su Peditra por fiebre hasta 39° C y bultoma laterocervical de 24 horas de evolución, sin odinofagia, síntomas catarrales, cefalea, mialgas ni astenia. Refiere contacto en los días previos con perro de área rural, parasitado por garrapatas. No vacunación ni viajes recientes. Su peditra pauta tratamiento con amoxicilina-clavulánico (40 mg/kg/día) ante la sospecha de linfadenopatía de origen infeccioso.

Al día siguiente, reconsulta en Urgencias por persistencia de la clínica y aparición de mancha negruzca en raíz del pelo. A la exploración clínica presenta escara negruzca con hiperemia perilesional en región frontal derecha, dolorosa y con alopecia acompañante, y linfadenopatías submandibulares ipsilaterales de 1 cm de diámetro, dolorosas, con borramiento del ángulo mandibular.

Se realizó hemograma y bioquímica, sin elevación de RFA. Dada la sospecha de zoonosis por garrapatas, se inició tratamiento con doxiciclina oral durante dos días. Tras finalizar el tratamiento, se mantiene afebril, con disminución del tamaño de las linfadenopatías y desaparición del dolor. La serología frente a Rickettsia Conorii y Borrelia Burgdorferi fueron negativas. No se pudo realizar serología específica frente a otras especies ni reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en biopsia de escara cutánea, al no estar disponibles en nuestro centro.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El principal diagnóstico diferencial del TIBOLA es la fiebre botonosa mediterránea (FBM) causada por R.conorii. Esta última predomina durante los meses de verano en lugar de primavera-otoño, típicos de R.slovaca.

Ambas se diferencian en la distribución de la escara cutánea (en pliegues cutáneos en la FBM), linfadenopatías (rara y no dolorosa en FBM) y exantema (en el 99% de los casos de FBM).

La tipificación por PCR en escara necrótica corroboraría al diagnóstico precoz evitando tratamientos innecesarios. Dado que es una técnica sólo disponible en algunos centros de referencia, sería necesario establecer un protocolo diagnóstico para la confirmación de casos sospechosos.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: REVISIÓN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Raquel Alcaide Jiménez, María Sánchez Castro, Cristina Martínez García, Santiago Alfayate Miguélez, Ana Isabel Menasalvas Ruiz, Pedro Paredes Reyes

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La forma clínica de tuberculosis (TB) más frecuente es la pulmonar. No obstante, hasta un 10-20% de los niños con TB pueden presentar formas extrapulmonares (EPTB). El objetivo es la revisión de los casos diagnosticados de EPTB en nuestro centro.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva en los últimos 10 años (2007-2016) de los casos de EPTB en nuestro centro en menores de 11 años. Recogemos datos epidemiológicos, clínicos, métodos diagnósticos empleados, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

De los 53 casos de tuberculosis, 13 (24,5%) fueron EPTB (5 meningoencefalitis, 4 adenitis, 2 peritonitis, 1 artritis y 1 espondilodiscitis). La edad media al diagnóstico es de 3 años y medio (10- 84 meses) con predominio del sexo femenino (9/4 ratio 2,2/1), 77% de origen inmigrante. El caso índice fue identificado en 5 (38,46%). La prueba de Mantoux, realizada en todos los casos, fue positiva en 6 (46,15%) y el quantiferón se realizó en 4 (positivo en 3). La radiografía de tórax fue patológica en 5 (38,46%). Ocho tuvieron cultivo positivo (66,6%), frente al 46% en las formas de TB pulmonar, la tinción de Ziehl-Neelsen positiva en 2 (16,6%) y PCR positiva en 4/8. No fueron detectadas cepas resistentes a isoniacida, se identificó una cepa resistente a rifampicina en un paciente con meningitis. Diez (77%) recibieron inicialmente 4 fármacos, los pacientes con meningitis y/o peritonitis asociaron corticoides. Duración media de tratamiento de 10 meses (6-18 meses). Tres de los 5 pacientes con meningoencefalitis precisaron colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal y exéresis quirúrgica en 3 casos de adenitis. Dos pacientes presentaron recidivas (con sospecha de mala adherencia al tratamiento). De los pacientes con meningitis uno falleció y dos presentan secuelas neurológicas graves. El paciente con espondilodiscitis se perdió el seguimiento.

CONCLUSIONES

La presentación extrapulmonar en niños en nuestra área es elevada, especialmente en niños de origen inmigrante, con un predominio de formas graves (meningitis/peritonitis). La alta proporción de población de origen inmigrante en nuestra región y el ser nuestro centro de referencia, podría explicar estos hallazgos. La confirmación microbiológica es mayor que en las formas pulmonares y dado que la presentación clínica es diferente, y potencialmente muy graves, es muy importante mantener un elevado índice de sospecha y asegurar un adecuado cumplimiento terapéutico.

TUBERCULOSIS INFANTIL: REVISIÓN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

Sandra Navarro Campo, M.^a Luisa Palacios Loro, Diana Katherine Segura Ramírez, Laura Nonide Mayo, Laura Mantecón Fernández, Julián Rodríguez Suárez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa con gran impacto poblacional. Uno de los retos que plantea es el modo de afrontarla en el ámbito pediátrico dada la sintomatología inespecífica, la severidad

clínica y las dificultades diagnósticas. Los avances de los últimos años en herramientas diagnósticas (Ensayos de Liberación de Interferón Gamma-IGRAS-) la han hecho más visible convirtiéndola en una prioridad emergente en materia de salud pública.

Objetivos: describir las características clínicas de tuberculosis infantil en un hospital terciario, analizar cambios epidemiológicos en relación a avances diagnósticos y determinar si existe un aumento de las formas extrapulmonares.

MÉTODOS

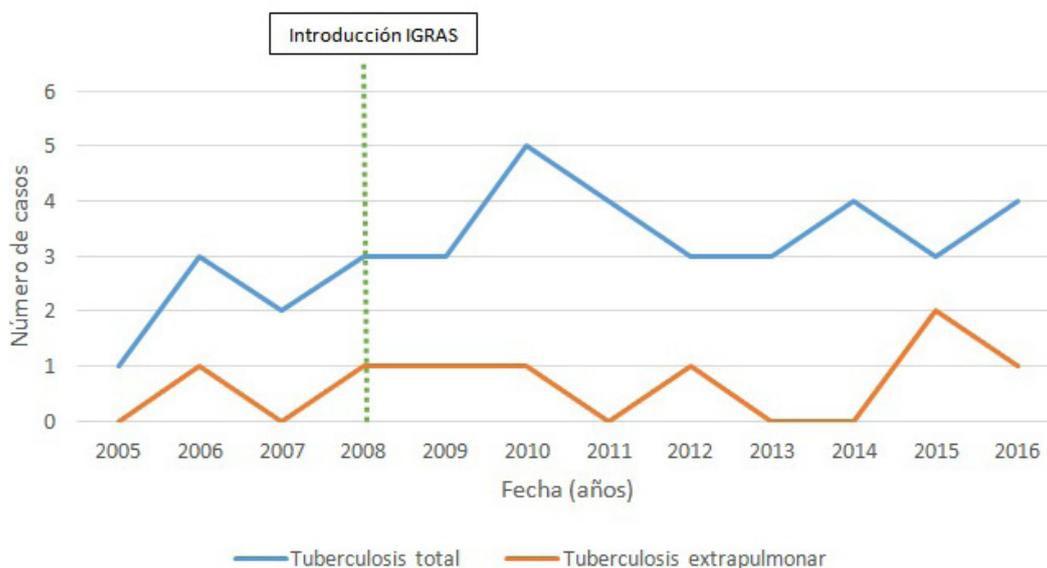
Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes de 0-14 años diagnosticados de tuberculosis desde 2005 a 2016. Se recogieron variables demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y secuelas. Análisis estadístico descriptivo y comparación variables cualitativas por χ^2 . Datos frecuencias, media (DS).

RESULTADOS

De 40 pacientes, se excluyeron 2. Se analizaron 38 casos (55% niñas). La mediana de edad 5 años (rango: 0-14) y tiempo medio al diagnóstico 18.61 (21,52) días. En el 71% de los casos se identificó contacto, el 63% presentó fiebre y el 50% tos. Se realizaron 34 radiografías de tórax (71% alteradas) y 17 TC pulmonares (65% alterados). Se efectuó prueba de tuberculina

Cronología de la tuberculosis durante 12 años en un hospital terciario

CRONOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS



en 27 casos (74% positivo) y QuantiFERON®-TB Gold en 28 (75% positivos); un caso fue detectado sólo por T-SPOT®.TB. El cultivo salió alterado en 33% (33 realizados) y la PCR en 27% (30 efectuados). La bacilosco-
pia en aspirado gástrico fue positiva en 7,5% (28 realizados) siendo la muestra biológica más analizada. El diagnóstico final fue 13% infección latente, 66% tuberculosis pulmonar y 21% tuberculosis extrapulmonar (meningitis en 4 de 8 casos). Todos los niños con meningitis presentaron secuelas. Desde la introducción de IGRAs, el tiempo medio al diagnóstico fue a 20,48 (23,8) días (previamente 12,56 (10,2) días). Se detectaron 100% de los casos de infección latente, 72% de tuberculosis pulmonares y 75% de extrapulmonares. No se observaron diferencias en el número de formas extrapulmonares a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

La forma más frecuente fue la pulmonar. Las extrapulmonares mantuvieron tendencia estable en el tiempo. La introducción de IGRAs permitió una mayor detección de casos. La tríada de fiebre, tos y radiografía torácica alterada fueron los datos más relevantes, lo que tiene que hacernos sospechar siempre esta patología, que lejos de desaparecer, se mantiene presente y con incidencia mantenida en nuestro ámbito geográfico.

TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE INFANTIL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL CON BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS

David González Pérez¹, Rubén Gálvez López², Ana Fuertes Rodríguez², Edy Nacarapa²

¹Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria

²Hospital El Carmelo, Chokwe, Mozambique

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La tuberculosis (TB) es una enfermedad con alta prevalencia en países con bajos recursos y una causa de morbimortalidad infantil importante. Se ha evidenciado un aumento de la incidencia de TB resistente a fármacos (TB-MDR) en adultos y cabe esperar, también en niños. Su diagnóstico, continúa siendo un reto.

Objetivos: analizar datos epidemiológicos y sociodemográficos de los niños menores o iguales a 15 años diagnosticados de TB-MDR en el hospital El Carmelo, en Chowke Mozambique.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los niños menores a 15 años, diagnosticados de TB-MDR entre enero de

2006-2015. Datos extraídos de las fichas de control del Plan Nacional contra la Tuberculosis de Mozambique.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 157 enfermos y 9 (5,8%), eran menores de 15 años, con aumento de los casos diagnosticados entre 2013-2014 (tres y tres respectivamente). Edad media: 9,3 años (rango: 4-15), 5 casos femeninos y 4 masculinos. 5 niños habían realizado un tratamiento previo con drogas de primera categoría, otros 3, eran contacto de padre/madre con TB-MDR. Ningún niño había recibido drogas de 2 categoría. Existía coinfección por VIH en 7 niños (77,7%) : 4, con linfocitos T CD4 < 200 cel/microl; sólo 2 con carga viral < 50 copias/ml). La localización de la TB fue en todos pulmonar y en uno, diseminada. Había alteraciones radiológicas en 3 niños, dos presentaban infiltrados intersticiales y uno, derrame pleural. La bacilosco-
pia de esputo (obtención directa o por aspirado gástrico) fue positiva en tres, el cultivo de la muestra fue positivo en dos, la PCR en tiempo real de TB (Genexpert) en 6 (todos los diagnosticados desde 2013, 5 con bacilosco-
pia negativa). De los casos previos al 2013, 2 habían iniciado tratamiento por mala evolución clínica y otro por contacto con madre con TB-MDR (de ninguno se dispone de antibiograma). Ningún fallecimiento, 5 casos curados y 4 en tratamiento aún.

CONCLUSIONES

La TB-MDR en niños está aumentando en nuestro centro. Técnicas como la PCR en tiempo real son de ayuda para mejorar el diagnóstico en esta subpoblación. La recogida de datos y los resultados de los cultivos son deficitarios a nivel nacional.

Financiación: No ha precisado.

TUBERCULOSIS RESISTENTE A ISONIACIDA

Celia Morales Pérez, David Gómez-Pastrana Durán, Carmen Aragón Fernández, M.ª Dolores López Prieto, Elvira Pérez Escolano, Joaquín Ortiz Tardío

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La tasa de resistencia a isoniacida en España se estima en torno al 9,6% en niños. Su diagnóstico es difícil debido a la baja rentabilidad de las muestras, debiendo utilizar con frecuencia la sensibilidad del caso índice. La identificación de la resistencia es importante para optimizar el tratamiento.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de los casos diagnosticados de tuberculosis entre 2014 y 2016. Se consideró tuberculosis resistente a isoniácida cuando en el paciente o en su fuente de contagio se documentó la resistencia (7 de los 17 pacientes diagnosticados en este periodo). Todos los niños se realizaron tuberculina, radiografía de tórax y recogida de jugo gástrico y esputo inducido. El estudio de sensibilidad se realizó en el laboratorio local y en el de referencia nacional, analizando también la mutación causante de resistencia.

RESULTADOS

Los 7 casos fueron diagnosticados a raíz de estudio de contactos con 4 adultos enfermos. Ninguno estaba vacunado con BCG y todos tenían tuberculina positiva (rango 15-20 mm). Seis pacientes tuvieron radiografía de tórax alterada y en uno fue normal, pero al presentar tos persistente se realizó TC que fue patológico. En todos los adultos fuente de contagio se confirmó la resistencia a isoniácida siendo en 50% por la mutación inhA y 50% por katG. Sólo uno de los niños (14,3%) tuvo aislamiento del M. tuberculosis confirmándose el patrón de la fuente de contagio. El estudio de sensibilidad del caso índice se conoció de media a los 1,7 meses. El tratamiento inicial fue isoniácida, rifampicina, pirazanamida y etambutol hasta el resultado del caso índice, y posteriormente rifampicina, pirazanamida y etambutol hasta completar 7-11 meses. Una niña completó 16 meses por mal cumplimiento. Dos casos tuvieron tuberculosis endobronquial diagnosticada por fibrobroncoscopia y recibieron corticoides. Como efectos secundarios de la medicación, se presentó un caso de fotosensibilidad y 3 de dolor abdominal intermitente. Se realizó seguimiento en consulta durante un año tras finalizar el tratamiento no observándose secuelas en ningún caso.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de tuberculosis resistente a isoniácida se realizó en base al patrón de sensibilidad del caso índice. El diagnóstico de resistencia se demoró más de un mes pero los niños habían recibido inicialmente cuatro fármacos de forma empírica. Sería importante incluir técnicas de diagnóstico rápido a isoniácida para disminuir el retraso diagnóstico. La evolución de los pacientes fue favorable con tratamiento con rifampicina, pirazanamida y etambutol.

UTILIDAD DE LOS MARCADORES INFLAMATORIOS EN DISCRIMINAR INFECCIÓN VÍRICA DE BACTERIANA

Noemí Pazos Diz, Irene Rivero Calle, Pablo Obando Pacheco, Jacobo Pardo Seco, Federico Martín Torres, Red Euclids, Red Gendres

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

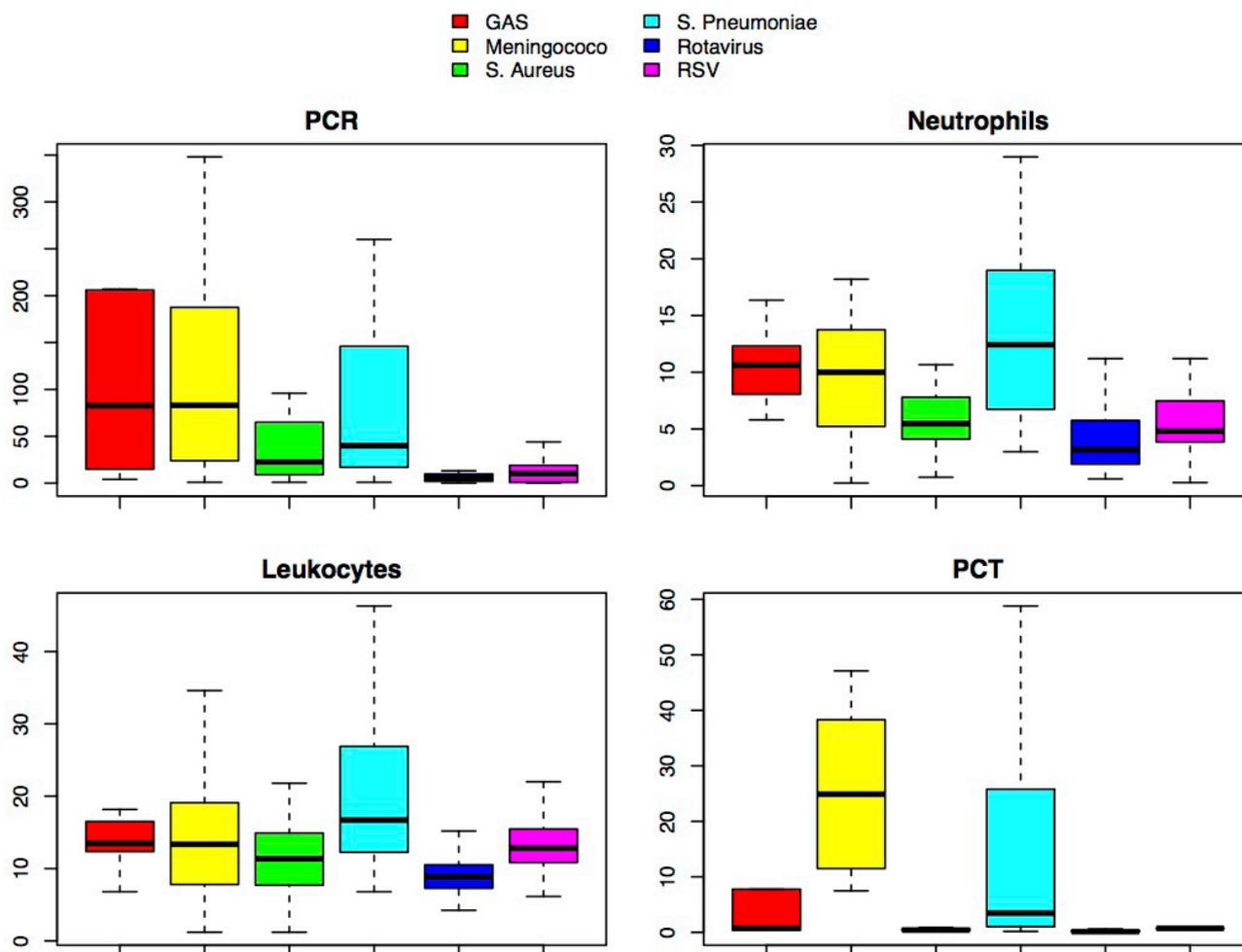
Además de las respuestas individuales del huésped existe evidencia de que distintos microorganismos causales pueden desencadenar respuestas inflamatorias diferentes y de que los niveles de algunos marcadores inflamatorios están asociados con diferentes patrones etiológicos. El objetivo de nuestro estudio es analizar la utilidad de los marcadores inflamatorios en discernir infección bacteriana de viral.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes pediátricos hospitalizados con aislamientos microbiológicos y síndromes clínicos definidos para los que hubiese una analítica con los parámetros siguientes: leucocitosis, neutrofilia, proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina (PCT).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 406 pacientes, clasificados en síndromes clínicos: artritis séptica (14), bronquiolitis (89), gastroenteritis aguda (24), infección de piel y tejidos blandos (42), meningoencefalitis (37), neumonía (64), osteomielitis (24) y sepsis (112); por otro lado se clasificaron los microorganismos aislados: *Staphylococcus aureus* (16), *Streptococcus* del grupo A (11), *Neisseria Meningitidis* (51), *Streptococcus Pneumoniae* (32), Virus respiratorio sincitial (59) y Rotavirus (24). Las mayores elevaciones de PCR y PCT se producen en la sepsis, osteomielitis y en las infecciones de piel y tejidos blandos. Neumococo es el que presenta mayor capacidad para elevar los cuatro parámetros analizados, independientemente del tipo de síndrome, seguido por el meningococo y *S. pyogenes*. De cara al diagnóstico, una leucocitosis $>15.000/\text{mm}^3$ presenta un Valor Predictivo Positivo (VPP) del 69% de infección bacteriana, al igual que una neutrofilia de $>12.000/\text{mm}^3$ y una PCT $>2 \text{ ng/mL}$, que demostraron una probabilidad del 94% y 96% respectivamente.



CONCLUSIONES

Los niveles de PCT y neutrofilia son los marcadores con mayor capacidad de discriminación. Tanto la PCR como la PCT pueden considerarse marcadores útiles en la osteomielitis y en la sepsis. Los gérmenes con mayor correlación con las variables analizadas son meningococo y neumococo. La combinación de parámetros inflamatorios dirigidos en función del síndrome clínico, permiten orientar hacia el germen causal pero no son lo suficientemente eficientes de forma independiente, por lo que se precisan nuevos marcadores con mayor capacidad de predicción.

ZONOSIS: UN RETO DIAGNÓSTICO EN PEDIATRÍA

Lotfi Ahmed Mohamed, María Malumbres Chacón, Javier Nogueira López, Marta Martínez Merino, Abel Justo Ranera
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra

INTRODUCCIÓN

Las zoonosis son entidades poco frecuentes en la práctica pediátrica habitual, lo cual unido a que su presentación clínica suele ser insidiosa, inespecífica y multisistémica, dificulta y retrasa su correcto diagnóstico y tratamiento.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 8 años que acude a urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha (FID) de 36 horas de evolución, náuseas, cefalea, febrícula y artralgias en

cinturas pélvico-escapulares. Vacunaciones completas, hábitat rural (padre pastor de ovejas). Exploración física: constantes normales, regular estado general, palidez cutánea, hiperemia conjuntival, varias lesiones inguinales maculoeritematosas con centro claro y otra facial, dolor intenso a la palpación de FID e hipogastrio, signos meníngeos dudosos. Valorada por dermatología dos semanas antes, por lesión lumbar lenticular plana de 13 x 6 cm, de centro claro y bordes eritematosos, con escasa respuesta a tratamiento antifúngico y corticoideo tópico.

En urgencias se extrae analítica sanguínea, con resultado normal. Se realiza ecografía abdominal, compatible con adenitis mesentérica. Ante la afectación del estado general, ingresa en observación para analgesia intravenosa y completar estudio. Al persistir signos meníngeos dudosos se realiza punción lumbar que revela pleiocitosis monocítica con hiperproteorraquia y glucorraquia normal. PCR de Enterovirus y Herpes Simple en LCR negativas. Se solicitan serologías de Borrelia, Coxiella, Brucella y Leptospira. En pocas horas notifican serología positiva de Borrelia burgdorferi y Western-Blot positivo, confirmándose así el diagnóstico de sospecha de Enfermedad de Lyme con afectación neurológica, precedida de eritema migrans. Recibe tratamiento con ceftriaxona intravenosa con buena respuesta clínica en 24 horas. Es dada de alta tras 10 días de tratamiento intravenoso, seguidos de 28 días de doxiciclina oral con buena evolución.

Lesión lumbar lenticular plana de centro claro y bordes eritematosos característica de Enfermedad de Lyme



CONCLUSIONES / COMENTARIOS

- Borrelia Burgdogferi es aún endémica en garrapatas de áreas rurales de nuestra comunidad. Dado lo variable e inespecífico de su presentación clínica, es fundamental sospecharla, especialmente cuando el cuadro es precedido de lesiones cutáneas características

- Una anamnesis detallada, incluyendo antecedentes, consultas previas, entorno del paciente y contactos de riesgo, es clave para llegar a un correcto diagnóstico mediante la adecuada orientación de las pruebas complementarias y la comunicación fluida con el laboratorio de microbiología.

¿ES TAN INDEFENSO EL PARVOVIRUS B19? DEL EXANTEMA A LA MIOCARDITIS FULMINANTE

Mónica Prados Ruiz de Almirón, José Luis León Falconi, Eduardo Arnaus Martín, Amaia Ochotorena Elicegui, Patricia Sierrasesúmaga Martín, Valentín Alzina De Aguilar
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra

INTRODUCCIÓN

La infección por Parvovirus B19 es común en pediatría y se manifiesta típicamente por el exantema infeccioso. Sin embargo en algunos pacientes puede provocar serias complicaciones como aplasia eritroide o hydrops fetalis y últimamente se han notificado casos fatales de miocarditis fulminante.

RESUMEN DEL CASO

Reportamos el caso de un niño de 16 meses, previamente sano, que acude a nuestro centro por presentar trabajo respiratorio de varios días de evolución que se había agudizado el día de su ingreso. A su llegada a urgencias presentaba taquipnea, tiraje subcostal e intercostal manteniendo saturación en torno al 92%. Hipoventilación en hemitorax derecho, resto de la exploración normal. Se realizó una radiografía de tórax donde se observó un infiltrado en el lóbulo medio derecho y lóbulo inferior izquierdo iniciando tratamiento antibiótico endovenoso. En pocas horas inicia súbitamente un cuadro de insuficiencia respiratoria severa con signos de bajo gasto cardiaco precisando intubación endotraqueal y soporte inotrópico. Se realizó un ecocardiograma que mostró un ventrículo izquierdo dilatado con función sistólica severamente deprimida y un ventrículo derecho con una función sistólica moderadamente deprimida. Durante las horas siguientes el paciente presentó un episodio de bradicardia extrema que requirió reanimación con masaje cardiaco, atropina y adrenalina. Ante la sospecha de una miocarditis fulminante y la grave inestabilidad del paciente se tomó la decisión conjunta con el Departamento de Cirugía Cardíaca de realizar la implantación de un ECMO (Oxigenación por Membrana Extracorpórea) con un estado crítico postquirúrgico que fue controlado en la UCIp. Durante la cirugía se tomó una biopsia miocárdica donde se evidenció la presencia de Parvovirus B19. El paciente fue posteriormente trasladado a un centro

de referencia en patología cardíaca pediátrica para la posibilidad de realizar una cirugía de trasplante cardíaco si fuese necesario. La evolución posterior fue satisfactoria con recuperación prácticamente completa de la función cardíaca.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Es conocido que los virus son la principal causa de miocarditis. El enterovirus Cocksackie B es el principal agente, otros enterovirus como el Cocksackie A, Echo

virus y Polio son causas menos comunes. En torno a este caso y los recientes aportes en la literatura plantean el Parvovirus B19 como una causa no infrecuente de miocarditis fulminante con significativa morbilidad y mortalidad a corto plazo con respecto a otros gérmenes, con altas tasas de muerte y trasplante cardíaco.

INMUNOLOGÍA Y ALERGIA PEDIÁTRICA

VIERNES 2 DE JUNIO • 10:30-11:00 H • SALA 24

ANGIOEDEMA CON INHIBIDOR C1 NORMAL: UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

Estefanía Ruiz González, Manuel Lubián Gutiérrez, María Guitart Martínez, Juan Cervera Cobacho, Lorena Estepa Pedregosa, M.^a Isabel Sánchez Códez

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN

El angioedema hereditario es una enfermedad caracterizada por episodios recurrentes de angioedema sin prurito, que con afectan sobretodo a piel o mucosa gastrointestinal o respiratoria. La causa más frecuente es el déficit cuantitativo (tipo I) o cualitativo (tipo II) de C1-inhibidor, pero también se han descrito formas con C1-inhibidor normal (tipo III).

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de un niño de 11 años trasladado a nuestro centro por angioedema con inflamación de mucosa labial de rápida evolución y lesiones maculares no pruriginosas en abdomen, junto con síntomas gastrointestinales leves, sin clínica respiratoria. Había sido estudiado a los 4 años por episodios similares, descartándose deficiencia cuantitativa y funcional de C1-inhibidor, déficit de otros factores del complemento o angioedema de causa alérgica, con diagnóstico de angioedema idiopático. Había permanecido asintomático, hasta la semana previa en la que había presentado inflamación en dedos de los pies que se había diagnosticado y tratado como celulitis. En hospital de origen se habían administrado corticoides y antihistamínicos intravenosos sin respuesta. A su llegada a nuestro centro se inicia tratamiento con ácido tranexámico, presentando en las siguientes horas disminución del angioedema, manteniéndose el tratamiento con antihistamínicos y corticoides intravenosos. A las 48 horas ya no presenta ninguna clínica y el angioedema ha desaparecido. Se repite estudio inmunológico con C1-inhibidor, C3, C4, CH50 y C1q normales. Es dado de alta con tratamiento con antihistamínicos a dosis altas como profilaxis y se instruye para la administración de icatibant como tratamiento en caso de inicio de síntomas. Un mes más tarde vuelve a presentar episodio similar, administrándose precozmente icatibant, cediendo la clínica sin precisar ingreso.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El AEH con c1-inhibidor normal se distingue por presentar estudios normales del complemento. Se ha descrito principalmente en mujeres asociándose a niveles altos de estrógenos, identificado algún caso en varones. Se ha relacionado con mutaciones del factor de coagulación XII, implicado en la cascada de las bradiquininas. Otro subgrupo no presenta mutaciones este factor, pudiendo deberse a otras causas como deficiencia del PAI-2 o mutaciones no conocidas.

Por tanto, el AEH con C1-inhibidor normal es un diagnóstico de exclusión. Es importante excluir angioedema idiopático, que suele responder a antihistamínicos a dosis altas, por lo que un ensayo con antihistamínicos es importante para el diagnóstico.

En general, el tratamiento del AEH con C1-inhibidor normal es muy similar al AEH tipo I y II, aunque la experiencia en este subtipo es limitada y ningún tratamiento presenta un éxito absoluto.



DE LA ANEMIA HEMOLÍTICA AL SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO, DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO AUTOINMUNE (ALPS)

Yurena Aguilar de la Red, Beatriz Ponce Salas, Marina García Morín, Carmen Garrido Colino, Elena Seoane Reula, Jorge Huerta Aragonés

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN

Las anemias hemolíticas pueden suponer un reto dado el amplio abanico de trastornos que conforman el diagnóstico diferencial. En ocasiones las pruebas complementarias pueden no ser definitivas, siendo preciso realizar un seguimiento estrecho a lo largo del cual se descarten, entre otras causas, inmunodeficiencias y patologías autoinmunes. A continuación presentamos un caso que ilustra el éxito de la perseverancia y de la reevaluación diagnóstica periódica.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 9 años, estudiada desde los 2 años por anemia hemolítica crónica de etiología no filiada, esplenomegalia intermitente y déficit severo de HDL (< 10 mg/dl) y apoproteína A1. Se observaban esferocitos en el frotis sin otras alteraciones en eritromorfología. Test Coombs directo negativo (IgG-C3d). Electroforesis de hemoglobinas normal. Estudio de Resistencia Globular Osmótica incubada/sin incubar no concluyente (resultados variables en muestras repetidas). Citometría de flujo con 5-eosina maleimida (5-EMA) sin alteraciones patológicas. Enzimas (glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, piruvato quinasa) normales. Se descartó un déficit de lecitina-colesterol-acil-transferasa y la enfermedad de Tangier (gen ABCA1).

Clínicamente se mantuvo estable sin precisar tratamiento médico y sin episodios de hemólisis hasta los 9 años de edad, cuando presenta una esplenomegalia masiva (15 cm) y pancitopenia [crisis hemolítica con anemización hasta 6,3 g/dL de hemoglobina (patrón característico de hemólisis intravascular), trombocitopenia leve-moderada y neutropenia leve]. Se replantea entonces el diagnóstico, ampliando el estudio con un aspirado/biopsia de médula ósea (siendo compatible con un mecanismo periférico), microbiología, autoinmunidad, Coombs IgA-IgM y citometría en sangre periférica para hemoglobinuria paroxística nocturna. Destaca la elevación patológica de linfocitos T dobles negativos (CD4-/CD8-) (9%), elevación vitamina B12, niveles bajos de HDL, hipergammaglobulinemia policlonal e hiperplasia eritroide y megacariocítica en médula ósea. Dada la alta sospecha de ALPS se realiza estudio genético que confirma mutación patológica germinal en heterocigosis del dominio extracelular de

la proteína FAS en 10q24.1 [g.89008901A>G; c. 347A>G; p.Glu116Gly], de transmisión materna (la madre está asintomática). Se inicia entonces tratamiento inmunosupresor con rapamicina con mejoría de las citopenias, disminución de la esplenomegalia y progresiva normalización de los marcadores de actividad de la enfermedad (vitamina B12, HDL, inmunoglobulinas) a las pocas semanas.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Las citopenias inmunes suponen un reto diagnóstico ya que requieren una reevaluación periódica ante la posibilidad de que formen parte de patologías más complejas. El hallazgo de anemia hemolítica, esplenomegalia y niveles bajos de HDL nos obliga a descartar un ALPS. El tratamiento con rapamicina es seguro y eficaz, en particular en niños con un componente linfoproliferativo importante.

DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE ASMA A UN NIÑO CON ANAFILAXIA RETARDADA POR CARNE DE MAMÍFERO

Jaime Martínez Díez, Miriam Tames García, Julia Puerto Morlán, Udane Gutiérrez Delgado, Janire Echevarri Mendía, Judit Bruña Vara

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia por sensibilización a alérgenos alimentarios proteicos se desarrolla de forma brusca e inmediata a la ingesta del alimento. Se han descrito casos de anafilaxia retardada de inicio entre las 4 y 6 horas de la ingesta por alergia a un oligosacárido presente en las carnes de mamífero. La sensibilización al oligosacárido, galactosa-alfa-1,3 galactosa (alpha gal) se desencadena tras la picadura de una garrapata. Tras haber tolerado la ingestión de las carnes, una vez sensibilizado al alpha gal, el consumo posterior de carne de mamífero provoca síntomas de urticaria o anafilaxia de forma no inmediata a la ingesta, lo que dificulta la sospecha diagnóstica. Presentamos el caso de un niño erróneamente diagnosticado de asma cuyo diagnóstico definitivo fue de alergia al alpha-gal de carnes de mamífero.

RESUMEN DEL CASO

Niño alérgico a leche de vaca, diagnosticado a los 5 años de asma sin sensibilización a neumoalérgenos. Se inició tratamiento con budesonida sin conseguir un control clínico del asma. Presentaba episodios de broncospasmo bruscos con escasa respuesta al bron-

codilatador. A los 6 años de edad acude a urgencias por un episodio de dificultad respiratoria, asociado a rinorrea, vómitos y exantema urticarial. La madre refiere un cuadro mas leve unos días previos y en ambos casos refiere ingesta de carne de vacuno 6 horas antes. La determinación de Ig E específica a alpha gal (CapTermofisher-Phadia) fue de 9,36 KU/L , ternera 3,93 KU/L, cerdo 2,98 KU/L con prick positivo a ternera, cerdo y cetuximab (anticuerpo monoclonal con la molécula alphagal integrada). Tras el diagnóstico se suspendió la budesonida y se ha mantenido asintomático en los últimos 4 años con dieta de exclusión de carnes de mamífero. Se rehistoria y la picadura por garrapata es referida a los 4 años de edad.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La anafilaxia debe de ser planteada como diagnóstico alternativo del asma no controlado con tratamiento antiinflamatorio.

El antecedente de una picadura de garrapata en un niño atópico con clínica de urticaria o anafilaxia, obliga a descartar una sensibilización al alpha-gal de las carnes de mamífero.

La sensibilización al alphagal se puede realizar con un test cutáneo mediante prick al Cetuximab y con la determinación de Ig E sérica al alpha-gal (Cap Termofisher-Phadia)

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE ANAFILAXIA ENTRE LOS ADOLESCENTES DE NUESTRA ÁREA E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO

Natalia González Freiría, Aida del Campo García, Sara Peireiro Fernández, Nerea Sarmiento Carrera, Fernando Bandrés Sánchez-Cruz, José Ramón Fernández Lorenzo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. El objetivo principal de este trabajo es establecer el conocimiento que existe entre los adolescentes de nuestra región sobre anafilaxia y su tratamiento, así como determinar la utilidad de un taller teórico-práctico sobre anafilaxia y manejo de autoinyectores de adrenalina en adolescentes.

MÉTODOS

Realizamos dos aproximaciones metodológicas: en primer lugar un estudio descriptivo de los conocimientos sobre anafilaxia de una cohorte de alumnos de educación secundaria mediante un cuestionario y en segundo lugar, un estudio analítico cuasi-experimental comparando los resultados previos con los obtenidos tras realizar un taller sobre anafilaxia.

El taller consistió en una formación teórico-práctica de 45 minutos.

RESULTADOS

Incluimos 115 adolescentes con una media de 13,74 años, siendo el 13,9% alérgicos a algún alimento. Antes de la realización del taller, el 82,6% reconocían los síntomas de anafilaxia, elevándose esta cifra al 87,2% posteriormente. Un 41,7% consideraba la adrenalina como primera opción de tratamiento, porcentaje ligeramente superior (56%) entre los alérgicos. Tras el taller, el 100% de los encuestados consideraba la adrenalina como primera opción, lo que supone un cambio estadísticamente significativo. En cuanto al uso correcto de los autoinyectores, fue bien identificado por el 42,6% de los alumnos antes del taller y por el 97,2% después. El motivo más frecuente de error en su uso fue la localización de la inyección, seguido de la sujeción del dispositivo. En las preguntas planteadas como caso clínico antes del taller, un 41,7% de los encuestados administraría adrenalina a un paciente con anafilaxia, aumentando entre los alérgicos hasta el 50%; posteriormente lo harían un 99,1% lo que supone un cambio estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES

Tras realizar el taller observamos un aumento estadísticamente significativo de los adolescentes que identifican una anafilaxia y utilizan correctamente la adrenalina.

Existe un importante desconocimiento sobre anafilaxia entre los adolescentes de nuestra muestra. El desarrollo de un taller teórico-práctico sobre anafilaxia y manejo de adrenalina autoinyectable dentro de su formación educativa eleva de manera significativa sus conocimientos y nos hace que nos planteemos su universalización.

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MASTOCITARIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Jaime Martínez Díez, Miriam Gendive Martín, Leire Dopazo Fernández, Laura Santos Díez-Vázquez, Agurtzane Bilbao Aburto

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

INTRODUCCIÓN

Describimos dos pacientes diagnosticados de Síndrome de Activación Mastocitaria Idiopática (SAMI) con clínica aguda planteándose el diagnóstico diferencial con la anafilaxia de causa alérgica y el dolor abdominal agudo y recurrente.

RESUMEN DEL CASO

Caso 1: niño de 16 años y 4 meses que ingresó a los 12 años por dos episodios de shock anafiláctico en la UCIP donde se constata elevación de la triptasa sérica a las 2 horas con cifras basales normales, además de múltiples episodios de dolor abdominal, diarrea e hipotensión que se resolvían con adrenalina im.

Se descartan mediante provocaciones los potenciales alérgenos consumidos previamente a los cuadros una vez constatada la ausencia de sensibilización a los mismos por determinación de IgE sérica específica. Se realizó el diagnóstico diferencial con feocromocitoma y síndrome/tumor carcinoide. El estudio de médula ósea descarta la mastocitosis sistémica y el síndrome de activación mastocitaria clonal.

Tras el diagnóstico en Enero de 2013 de SAMI se inicia tratamiento con anti-H1, anti-H2, antileucotrieno y estabilizadores de la membrana del mastocito permaneciendo asintomático hasta Mayo del 2015. En el último año ha presentado 2 episodios con clínica exclusivamente cutánea manteniendo actualmente una dosis de cromoglicato de 400 mg.

Caso 2: niña de 9 años y 7 meses que acude remitida por su pediatra por 5 episodios sugestivos de hipersensibilidad inmediata con eritrosis, prurito orofaríngeo o de oídos, cefalea intensa con hiperemia conjuntival y ocasionalmente vómitos y rinorrea de 1-2 horas de evolución que ceden espontáneamente. En los dos casos de mayor severidad, que consultan a su pediatra, ha respondido a adrenalina im.

Se determina la triptasa elevada con respecto a su basal normal.

Se descartan mediante pruebas sanguíneas los alérgenos consumidos previamente a los cuadros. Se des-

cartan el resto de patologías encuadradas en el diagnóstico diferencial.

Ante sospecha de Síndrome de Activación Mastocitaria se contacta con el centro especializado de Toledo que descarta la necesidad de realizar biopsia medular. Se recomienda comenzar tratamiento con Anti H1, Anti H2 y cromoglicato disódico antes de las comidas. Actualmente no ha presentado nuevas reagudizaciones tras el inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

En conclusión, el Síndrome de Activación Mastocitaria es una enfermedad a tener en cuenta ante cuadros de aparente sintomatología alérgica-anafiláctica recurrentes sin factor desencadenante alérgico conocido. Es necesario tener conciencia de dicha enfermedad a fin de instaurar un tratamiento correcto precoz que evite/atenúe los cuadros anafilácticos graves así como mejorar la sintomatología de los brotes leves-moderados.

VARIABILIDAD INTERPROVINCIAL EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES AFECTOS DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS

Antonio José Conejo Fernández¹, Juan Luis Santos Pérez², David Moreno Pérez³, Peter Olbrich⁴, Olaf Neth⁵

¹Hospital Xanit Internacional, Málaga

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

³Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga

⁴Hospital Universitario de Granada, Sevilla

⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las inmunodeficiencias primarias (IDP) constituyen un grupo heterogéneo de patologías. Esta complejidad implica que pueda existir gran variabilidad en la asistencia a estos pacientes entre los distintos centros sanitarios, incluso dentro de la misma región geográfica. El objetivo del presente trabajo es analizar estas diferencias entre los principales hospitales encargados de la atención a este grupo de pacientes dentro de una misma comunidad autónoma española. Supone el primer paso de un estudio más amplio, actualmente en desarrollo, encaminado a realizar un análisis completo de la situación de la atención a estos pacientes en nuestra comunidad autónoma como paso previo a su futura homogeneización.

MÉTODOS

Encuesta de cumplimentación voluntaria dirigida a los servicios de Infectología Pediátrica e Inmunodeficiencias de los hospitales regionales con atención pediátrica de cada provincia de una comunidad autónoma española.

RESULTADOS

Cuatro de los 8 centros hospitalarios de los que recibieron el formulario contestaron (50%), con un total de 238 pacientes diagnosticados de IDP en seguimiento. La población de referencia de esos 4 centros que contestaron supone el 61,78% de la población de toda la comunidad autónoma. En 3 de los 4 centros, el servicio encargado del seguimiento de los pacientes en la edad pediátrica es el de Infectología Pediátrica e Inmunodeficiencias, mientras que en el otro, es el de Hematología. Tras su derivación a adultos, el seguimiento principal pasa a realizarse por Medicina Interna en 2 centros, Inmunología Clínica en un centro y Medicina Interna junto con Hematología en el hospital restante. Todos los centros salvo uno tienen área de hospitalización de día disponible para estos pacientes. Tres de

los 4 centros incluyen a sus pacientes en el Registro Español de Inmunodeficiencias Primarias.

CONCLUSIONES

- A pesar de la proximidad geográfica, se ha encontrado gran variabilidad en la asistencia en los pacientes con IDP dentro de nuestra comunidad autónoma.
- Las mayores variaciones se han descrito en su atención tras ser derivados a adulto. Sería importante disponer de unidades tanto de transición niño-adulto, como de adulto específicas para la atención de las IDP, al igual que existen para otras patologías complejas.
- La inclusión de los casos diagnosticados en el registro nacional no fue homogénea, lo que puede comprometer la validez interna de las estadísticas nacionales.
- Consideramos necesaria la realización y finalización de este tipo de estudios como paso previo a lograr una asistencia adecuada e igualitaria en cualquier región de nuestra comunidad.

NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

VIERNES 2 DE JUNIO • 08:15-09:30 H • SALA 14

ANOMALÍAS NEFROUROLÓGICAS DETECTADAS PRENATALMENTE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA A CORTO PLAZO

Pablo Alonso Rubio, Cristina Julia Blázquez Gómez, Flor Ángel Ordóñez Álvarez, Francisco Moreno Calvo, Alba Megido Armada, Belén Fernández Colomer

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las anomalías congénitas renales y del tracto urinario son habitualmente identificadas en la ecografía prenatal. El abanico de alteraciones detectadas incluye desde fenómenos banales y transitorios a patologías graves que precisan realización de pruebas complementarias adicionales e incluso de procedimientos quirúrgicos.

Se pretende analizar las anomalías nefrourológicas detectadas prenatalmente mediante ecografía, con vistas a determinar sus características epidemiológicas y la evolución clínica a corto plazo.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las ecografías prenatales en la que se constató una anomalía nefrourológica en algún momento de la gestación en un hospital de tercer nivel durante un periodo de 2 años, de junio de 2014 a junio de 2016 incluidos. Estadística descriptiva a través del programa spss 18. Variables cualitativas expresadas en porcentajes y cuantitativas en media y desviación estándar.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 2.039 ecografías prenatales en este periodo. El 4,95% (101 ecografías) correspondían con hallazgos sospechosos de presentar patología de tipo nefrourológico. Estas ecografías pertenecen a 48 mujeres cuya edad media es de 33,33 años (6,41 D.E). Los hallazgos patológicos fueron detectados por primera vez en el segundo trimestre en el 75% (36 casos) y en el tercer trimestre en el 25% restante (12 casos). Todas las ecografías realizadas el primer trimestre de la gestación fueron normales. El sexo

determinado mediante ecografía correspondía en más de dos terceras partes a varones. Todos los embarazos progresaron adecuadamente excepto uno de ellos que fue aborto en el segundo trimestre. La patología más frecuentemente sospechada prenatalmente fue la dilatación de la vía urinaria. Se confirmó el hallazgo patológico tras el nacimiento en 23 casos, habiéndose realizado la ecografía de control en una media de 8,5 días. Las anomalías detectadas incluían desde hallazgos comunes como ectasias piélicas hasta patologías poco frecuentes como dobles sistemas renales, poliquistosis o riñones displásicos. La media de seguimiento hasta el momento ha sido de 1 año y 5 meses. Un 74% de los casos confirmados mantienen seguimiento en Nefrología Infantil y el 52% precisaron pruebas complementarias adicionales. Han presentado infecciones del tracto urinario (ITUs) 6 pacientes.

CONCLUSIONES

La patología nefrourológica detectada más frecuentemente fue la dilatación de la vía urinaria. Más de la mitad de los casos fueron transitorios y no se confirmaron tras el nacimiento. La mayor parte de los casos confirmados se les realizó seguimiento en Nefrología Infantil y pruebas complementarias adicionales. La complicación más frecuente durante el seguimiento fueron las ITUs.

ESTENOSIS PIELOURETERAL DE DIAGNÓSTICO TARDÍO, CUÁNDO SOSPECHARLA

Daniel Ruiz Díaz¹, Luis Fernando Ibáñez Cerrato², Fernando Camacho González²

¹Centro Integral Pediátrico de Córdoba, Córdoba

²Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La estenosis pieloureteral (EPU) es la causa más frecuente de hidronefrosis obstructiva en el recién nacido.

Cuando no se diagnostica en los primeros meses de vida puede aparecer en la etapa infantil con distintas formas de presentación: dolor abdominal, masa abdominal, hematuria o infección urinaria.

MÉTODOS

Se presentan dos casos clínicos diagnosticados de EPU en etapa infantil.

RESULTADOS

Caso 1: niño de 9 años que consulta en urgencias por fiebre de 39° C de 24 h de evolución, acompañado de disuria y polaquiuria. Se confirma el episodio de infección urinaria con sedimento y urocultivo, positivo por *Escherichia coli* y se decide realización de ecografía renal, ante la ausencia de factores de riesgo para presentar una infección de orina. En la ecografía se aprecia dilatación pielocalicial izquierda grado IV, con pelvis renal de 2,5 cm y adelgazamiento cortical, por lo que se solicita renograma diurético MAG-3, que evidencia patrón obstructivo e importante pérdida de función renal izquierda (18%), por lo que se procede a derivar para realización de pieloplastia, que si bien inicialmente cursa con disminución de la dilatación, a los 2 años presenta nuevo aumento progresivo de la dilatación, con reproducción del patrón obstructivo e importante pérdida de función en el renograma, por lo que se procede a realización de nefrectomía.

Caso 2: niña de 7 años que consulta en urgencias por episodio de dolor abdominal en flanco izquierdo, que se irradia desde la zona lumbar hasta la zona infraumbilical. Se realiza sistemático de orina que solo evidencia microhematuria y con la sospecha de un cólico nefrítico se realiza ecografía abdominal, que evidencia dilatación pielocalicial izquierda de 4,5 cm con adelgazamiento cortical, sin evidenciarse causa obstructiva de tipo litiásico. El renograma diurético MAG-3 confirma el patrón obstructivo sin disminución del funcionalismo renal, por lo que se procede a realización de pieloplastia.

CONCLUSIONES

Las dilataciones del tracto urinario de causa obstructiva pueden encontrarse con cierta frecuencia como hallazgo casual al realizar una ecografía abdominal en el contexto de un estudio por dolor abdominal, infección urinaria de presentación atípica o masa abdominal.

La sospecha de EPU debe confirmarse con un renograma diurético MAG-3, que es el gold standar para demostrar la obstrucción.

El tratamiento de elección es la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes, que puede practicarse como cirugía abierta o por laparoscopia.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTSTREPTOCÓCICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Esther Tobarra Sánchez¹, M.ª Dolores Alcaraz Melgarejo¹, Sonia Gómez Soler², Juan Piñero Fernández¹, Carmen Vicente Calderón¹, Ana M.ª Marcos Oltra¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

²Hospital Clínico Rafael Méndez, Lorca, Murcia

INTRODUCCIÓN

La glomerulonefritis aguda postestreptocócica es la causa más frecuente de síndrome nefrítico en la niñez. Tiene un amplio espectro de presentación que va desde una condición asintomática hasta condiciones graves como fallo renal agudo y encefalopatía. En el diagnóstico diferencial se deben tener en cuenta eventos vasculares cerebrales, infecciones del sistema nervioso central, tumores cerebrales y alteraciones tóxico-metabólicas.

RESUMEN DEL CASO

Se describe el caso de una escolar de 10 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés que ingresa en UCI Pediátrica por crisis epiléptica. La familia refiere que 12 horas antes del ingreso la paciente inicia cuadro de cefalea intensa y vómitos, con sensación distérmica no termometrada. Acuden la mañana del ingreso a SUAP donde presenta episodio de revulsión ocular, pérdida de conciencia, hipertonía y clonías de miembros superiores. Precisa intubación previa a su traslado e ingresa en UCI Pediátrica, donde detectan cifras de tensión arterial elevada, microhematuria y proteinuria. Se realiza a su ingreso TAC urgente con resultado normal. En el fondo de ojo objetivan hallazgos compatibles con retinopatía hipertensiva. Durante su ingreso mantiene adecuada diuresis y no presenta en ningún momento insuficiencia renal. Se realiza estudio cardiológico que descarta coartación de aorta, EEG con irritación de áreas occipitales izquierdas y RMN objetivándose hemorragia subaracnoidea. Ante estos hallazgos se solicita arteriografía que no muestra malformaciones vasculares. Rehistoriando a la familia refieren proceso de faringoamigdalitis aguda que precisó tratamiento antibiótico semanas antes del episodio. Presenta elevación del ASLO y disminución de niveles de C3 que se normalizan posteriormente. La paciente tuvo buena evolución clínica manteniendo cifras tensionales normales y normalidad neurológica posterior.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Este caso describe la aparición de una crisis convulsiva secundaria a hemorragia subaracnoidea en el contexto de crisis hipertensiva. Dado el antecedente de infección faringoamigdalárica previa y la elevación del ASLO junto a la presencia de hematuria y proteinuria la paciente es diagnosticada de síndrome nefrítico probablemente secundario a glomerulonefritis aguda post-infecciosa, que se confirma ante la disminución y normalización posterior de C3. Como conclusión, se debe incluir a la glomerulonefritis aguda en el diagnóstico diferencial de la encefalopatía hipertensiva súbita.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN PACIENTE CON DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL: NO TODO ES LO QUE PARECE

Ana Remón Pérez, Jesús Lucas García, Gema Díaz Molina, Inmaculada Cubells Serra, M.^a Lourdes de Oyangueren Aparicio

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana

INTRODUCCIÓN

Niño de 5 años con antecedentes de prematuridad (34 SG), bajo peso (2410 gr) y entre las complicaciones perinatales destaca una meningitis e hidrocefalia obstructiva post-hemorrágica que precisó, a los 12 días de vida, colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal (VDVP). Desarrollo psicomotor normal. Durante su seguimiento en neurocirugía presenta episodios recurrentes de vómitos, irritabilidad y cefalea que ante la sospecha de mal funcionamiento valvular precisa recambio hasta en 4 ocasiones. En el último episodio se evidencia HTA (Task Force >P99).

RESUMEN DEL CASO

El paciente es remitido desde atención primaria a CCEE de Nefrología Infantil por HTA. En la primera visita destacan cifras de HTA en rango de urgencia hipertensiva por lo que ingresa para estudio con monitorización de presión arterial ambulatoria. Tras confirmar la urgencia hipertensiva, aunque el paciente permaneció asintomático, se ingresa en UCIP para perfusión intravenosa de nicardipino. En las analíticas realizadas se observa un patrón de hiperaldosteronismo con incremento de la renina y la aldosterona. Poliuria (hasta 6,3 ml/kg/h) por natriuresis por presión. A las 6 horas del ingreso presenta vómitos proyectivos, cefalea y Glasgow fluctuante entre 12 y 15 por lo que ante sospecha de HTIC se contacta con Neurocirugía para revisar PIC.

Se completa estudio con Eco-Doppler renal y fondo de ojo que resultan normales, una TC craneal con hallazgo de sistema ventricular parcialmente colapsado (ya conocido previamente) y una ecocardiografía con resultado de hipertrofia de ventrículo izquierdo (sin hallazgos de coartación). Ante la ausencia de HTIC y los resultados analíticos se sospecha HTA de origen renovascular por lo que se inicia tratamiento con Captopril oral con buena respuesta y se amplía estudio: en gammagrafía se evidencia riñón izquierdo (RI) con defecto de captación y en AngioTAC renal, ambos riñones con doble arterial renal, siendo las del riñón izquierdo de pequeño calibre con probable estenosis de la a. accesoria superior. Estos hallazgos son finalmente confirmados mediante arteriografía selectiva objetivándose una hipoplasia renal segmentaria, también conocida como Ask-Upmark. El tratamiento posterior fue angioplastia con normalización progresiva de la TA.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El diagnóstico diferencial de la HTA en pacientes con derivación ventrículo-peritoneal es un reto para el clínico. Los hallazgos en este paciente de un hiperaldosteronismo con renina elevado con signo de hipertrofia ventricular izquierda requieren un estudio de imagen específico para descartar hipertensión renovascular, causa frecuente de hipertensión en el niño.

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Margarita Laura Arnés Parra, Juan Cruz Len Aguilera, Hendar Arranz García, Ainara Lecuona Serrano, Arrate Rodríguez Quintana, Maitane Gómez Llanos

Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en la edad pediátrica está creciendo en los últimos años, influida por factores ambientales como el sobrepeso, la ingesta de sal o el sedentarismo. Es necesario identificar a los pacientes con HTA, así como los posibles riesgos o daño de órganos diana con el fin de poner en marcha medidas preventivas y el tratamiento.

Dado que detención de sólo un valor elevado de TA no permite diferenciar a pacientes con HTA de bata blanca de pacientes con HTA severa, se recomienda realizar una monitorización ambulatoria de la tensión arterial (MAPA), asegurando así el diagnóstico correcto de HTA.

MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo, desde 2013 a 2016, mediante el análisis de las historias clínicas de los pacientes valorados en Nefrología Infantil con diagnóstico de HTA. Se ha registrado edad, sexo, peso nacimiento, IMC, TA tomada en la primera consulta con su clasificación según valores TaskForce, valores y clasificación de las mediciones por MAPA, afectación de órgano diana y antecedentes familiares de primer grado.

RESULTADOS

Se estudiaron 25 pacientes, con una distribución por sexo 15/10 con predominio en mujeres y la media de edad fue de 10 años y 4 meses. Del total de la muestra, nueve pacientes (36%) presentaban HTA severa diagnosticados por MAPA.

- Del total de pacientes, 4 (16%) presentaron bajo peso al nacimiento (BPN). De los cuales 2 (50%) desarrollaron HTA severa y 1 (25%) de ellos HTA ambulatoria.
- Del total de la muestra, 5 de los pacientes (20%) presentaba obesidad y 4 (16%) sobrepeso. De estos pacientes, 1 (11%) se relacionaba con HTA severa, 2 (22%) de ellos con HTA ambulatoria y 4 (44%) pacientes con preHTA.
- De todos los pacientes incluidos en el estudio, 7 pacientes (28%) tenían familiares de primer grado afectados de HTA, relacionándose con HTA severa 4 pacientes (57%), con HTA ambulatoria 1 paciente (14%) y con preHTA 2 pacientes (28%).

CONCLUSIONES

- Es de vital trascendencia enfatizar la importancia de la toma de TA en los centros de atención primaria, y el control de los factores de riesgo individuales.
- En aquellos pacientes con TA elevada en medición casual se aconseja realizar una MAPA, ya que nos aporta mayor precisión y una visión más amplia de los diferentes componentes de la TA.

LA RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME NEFRÓTICO Y LA ATOPIA

Hima Suresh Murjani Bharwani¹, Cynthia León Niz², Alejandra Pérez Rodríguez¹, Víctor Ferreiro Díaz-Velis¹, M.^a Isabel Luis Yanes¹, Víctor García Nieto¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

²Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome nefrótico idiopático (SNI) o a cambios mínimos se define por la asociación de proteinuria, hipoalbuminemia y la presencia de líquido en el espacio extracelular (edemas), siendo muy importante su conocimiento en la Pediatría dado que es, en los niños entre los dos y diez años, la manifestación más frecuente de enfermedad renal. Habitualmente presenta buena respuesta a la terapia con corticoides; no obstante, en los cuadros de evolución irregular el manejo constituye todo un desafío terapéutico. La causa es una disfunción de los linfocitos B y T, pero se desconoce su relación con la alergia.

MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo, seleccionado una cohorte de casos (niños con síndrome nefrótico en seguimiento ambulatorio desde el año 1985 hasta la actualidad) y controles (niños ingresados en la Planta de Pediatría) de nuestro Hospital, y se ha realizado una anamnesis completa haciendo hincapié en los antecedentes de atopia tanto personales como en familiares de primer y segundo grado de toda la cohorte. Se recogieron los datos bioquímicos al debut, los niveles de IgE y las alergias a las que eran reactivos.

RESULTADOS

El 78,9% de los casos presentaban síntomas compatibles con alergia y se encontraron antecedentes de atopia en el 88,1% de los familiares de primer y segundo grado ($p < 0,015$, prueba de la Chi cuadrado). En estos casos, los niveles séricos de IgE fueron significativamente más elevados cuando existían antecedentes familiares de alergia (111.4 (311.6) UI/ml, (N=45); $p < 0,016$). Los niveles de IgE eran significativamente más elevados en los niños con SNI corticodependiente en relación con los corticosensibles ($p < 0,04$).

CONCLUSIONES

Existe la hipótesis de que la atopia presenta alguna relación con el síndrome nefrótico idiopático. En este trabajo se ha observado el cumplimiento de dicha premisa en los niños que presentan seguimiento ambulatorio en nuestro Hospital. No obstante son necesarios nuevos estudios para conocer con más detalle esta relación.

NEFRECTOMÍAS EN LA INFANCIA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO ENTRE LOS AÑOS 2009-2016

Cecilia di Tata Francia, José Luis Moreno Carrasco, Rebeca Garrote Molpeceres, Elena Urbaneja Rodríguez, Alberto Sánchez Abuín, Hermenegildo González García
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La práctica de nefrectomías en pediatría tiene unas indicaciones muy concretas. En los últimos años, su abordaje quirúrgico ha sufrido cambios, defendiéndose en la actualidad un manejo laparoscópico, menos invasivo, como tratamiento de elección frente al abordaje clásico mediante cirugía abierta. Nuestro objetivo es estudiar las características de los pacientes nefrectomizados en nuestro centro.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes nefrectomizados en nuestro hospital durante los años 2009-2016. Revisión de las historias clínicas.

RESULTADOS

Se registraron un total de 16 pacientes nefrectomizados en el periodo de estudio. El 75% (12) varones y un 25% (4) mujeres. Mediana etaria: 41 meses (8-168), media etaria: 48,7 meses. Sin antecedentes familiares de patología nefrourológica, salvo 2 (12,5%) pacientes (1 litiasis renales y 1 glomerulonefritis segmentaria y focal). El 68,75% (11) fue diagnosticado prenatalmente de displasia renal multiquistica (27,3%, 3 pacientes) o hidronefrosis (72,7%, 8 pacientes). El 31,25% (5) restante fue diagnosticado de RVU de alto grado en contexto de estudio ecográfico renal por infecciones urinarias de repetición, siendo intervenidos mediante inyección endoscópica de Macroplastique®. Ningún paciente presentaba otros antecedentes de interés.

En un 87,5% (14) la indicación quirúrgica fue la anulación funcional renal, en el 12,5% (2) restante, fue el empeoramiento progresivo de dicha función debido a infecciones urinarias recurrentes por acúmulo urinario en la ectasia renal. En 1 paciente (6,25%) se efectuó cirugía abierta por dificultad anatómica, en el resto de casos (15, 93,75%) se realizó intervención quirúrgica laparoscópica. En 2 casos (12,5%) se efectuó una heminefrectomía, en el resto (87,5%, 14 pacientes) nefrectomía completa; siendo resecaado en 8 (57,1%) el riñón derecho y en el 42,9% (6) el izquierdo. Mediana de estancia en UCIP: 1 día (1-3), mediana de estancia global hospitalaria: 3 días (3-6). A todos se les efectuó cobertura antibiótica con amoxicilina-clavulánico iv, presentando 3 pacientes (18,75%) febrícula puntual con estudio microbiológico negativo. Todos los casos evolucionaron favorablemente, sin presentar complicaciones quirúrgicas y con buena función renal residual.

CONCLUSIONES

En nuestra serie se observan resultados similares a las publicadas, sin presentar complicaciones quirúrgicas. La intervención laparoscópica se ha convertido en la técnica de elección para realizar este tipo de procedimientos por presentar menor estancia hospitalaria y una recuperación precoz frente a la cirugía clásica abierta, aunque inicialmente requiera mayor tiempo quirúrgico y un aprendizaje específico; habiendo demostrado ser un procedimiento seguro y eficaz, debiendo considerarse como la primera opción en el tratamiento de la patología benigna renal infantil.

NEFRITIS INTERSTICIAL POR IBUPROFENO: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

Alberto Sánchez Calderón, Elena de Frutos Moneo, Natalia Cerdeira Barreiro

Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La nefritis tubulointersticial aguda es una entidad responsable de daño renal agudo, con baja incidencia en la población pediátrica. Actualmente la causa más frecuente son los fármacos, pero también puede producirse por infecciones, enfermedades inmunológicas o de origen idiopático. Varios grupos farmacológicos han sido identificados como agentes responsables, encontrándose los antibióticos y los antiinflamatorios

no esteroideos, de uso extendido en la práctica clínica habitual, entre los más frecuentemente implicados.

MÉTODOS

Paciente masculino de 14 años de edad con fiebre y dolor abdominal de seis días de evolución que se intensifica en las veinticuatro horas previas al ingreso, en tratamiento con ibuprofeno a demanda. No vómitos, ni diarrea. Antecedentes personales: Apendicectomizado. No historia previa de enfermedad renal.

RESULTADOS

En la exploración física presentaba dolor a la palpación en ambos flancos, con presencia de puñopercusión renal bilateral positiva, no existían edemas. Sin signos de deshidratación y cifras de tensión arterial en un percentil 90-95. Resto de exploración normal. En el momento del ingreso se suspende el tratamiento con ibuprofeno.

Se realiza hemograma compatible con la normalidad, bioquímica con creatinina máxima hasta 2,7 mg/dl y urea hasta 90 mg/dl, índice de proteína/creatinina al ingreso de 2,4 mg/mg, sin alteraciones en el sedimento urinario con ausencia de eosinófilos. No había datos de uropatía obstructiva, ni existía evidencia de glomerulopatía (estudio de complemento C3 y C4, inmunoglobulinas y ANA normales). Estudio infeccioso negativo. Ecografía renal: aumento de la ecogenicidad de la cortical renal de forma bilateral, con doppler normal. Ante la sospecha clínica de nefritis intersticial y el deterioro de la función renal se inicia tratamiento con prednisona 80 mg/kg/día, con normalización de las cifras de urea y creatinina en la primera semana de tratamiento y desaparición de la proteinuria. Aunque la biopsia renal es la prueba que confirma el diagnóstico, en nuestro paciente no se realizó dada la buena evolución clínica y analítica que experimentó al suprimir de inmediato el agente responsable e instaurar tratamiento corticoideo.

CONCLUSIONES

Es importante investigar el tratamiento farmacológico previo en pacientes con insuficiencia renal aguda que no tengan patología renal previa ni muestren signos de deshidratación, y en los que la ecografía del aparato urinario descarte causa obstructiva

El primer paso para el tratamiento es la suspensión del fármaco implicado y ofrecer un tratamiento de soporte adecuado. La administración precoz de corticoides tras la sospecha se relaciona con la resolución precoz de la insuficiencia renal.

PANCREATITIS AGUDA COMO DEBUT DEL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Mariya Sigatullina Sigatullina¹, Andrea Sarrat Pirla², Lisa Bianco Bianco¹, Marina Álvarez Beltrán¹, Álvaro Madrid Aris¹, Gema Ariceta Iraola¹

¹Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona

²Servicio de Pediatría, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) afecta a 7 de cada un millón de niños en Europa. La mayoría se deben a mutaciones en los genes reguladores del complemento o a producción de autoanticuerpos. Se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, trombopenia y daño renal agudo, desencadenados por una enfermedad y no siendo la infección por E. coli la causa. A continuación, mostramos un caso con una presentación clínica excepcional.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 5 años con antecedente de escarlatina tratada con Amoxicilina hacía 12 días, que acude derivado a nuestro centro por clínica de dolor abdominal, vómitos y oliguria, con elevación de amilasa pancreática (784 U/L) y ecografía abdominal compatible con pancreatitis aguda grave. A las 12 horas del inicio del cuadro presenta empeoramiento de función renal (Creatinina 1 mg/dL, Urea 49 mg/dL, FG 35 mL/min) y trombocitopenia (118 x 10E9/L) por lo que se solicita su traslado. A su llegada presenta regular estado general, abdomen agudo, petequias generalizadas y edema periocular bilateral. Analíticamente: función renal alterada (FG 30 mL/min) con hematuria y proteinuria, trombocitopenia progresiva (84 x 10E9/L), anemia hemolítica severa (Hb 5,4 g/dL) con esquistocitos (9,5%) que precisa de soporte transfusional en dos ocasiones, LDH elevada (4619 U/L), haptoglobina baja y Coombs directo negativo. Ante la sospecha de SHUa y aún la ausencia de diarreas, se descarta infección por E.coli mediante PCR (negativa). Posteriormente se analiza actividad de ADAMTS13 (35%), serologías (VIH, VEB, VHS-1/2, Herpes 6, VHB, VHC, M.pneumoniae), niveles de homocisteína, metil malonato y vitamina B12 que resultan normales, salvo niveles de C3 que son bajos (69,5 mg/dL). Ante la sospecha de SHUa se inicia tratamiento con Eculizumab con buena respuesta. Se realiza estudio de genes reguladores del complemento. La trombopenia remite al cuarto día de tratamiento (nadir de plaquetas: 25 x 10E9/L) con remisión hematológica al séptimo. Recuperación completa de función renal a las 72 horas post Eculizumab (cifras máximas

de Creatinina: 1,5 mg/dL) y de amilasa pancreática al alta de 22 U/L (descenso progresivo a partir de las 12 horas del ingreso) con ecografía abdominal de control normal.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El SHUa tiene una clínica muy variable y en el 8% de pacientes la pancreatitis puede formar parte de este cuadro. La exclusividad de este caso reside además en que la pancreatitis fue la primera manifestación de la enfermedad haciendo más difícil su diagnóstico.

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE ALBÚMINA ENDOVENOSA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO

Alejandro Cruz Gual, Luis Enrique Lara Moctezuma, Álvaro Madrid Aris, Marina Muñoz López, Ramon Vilalta Casas, M.^a Gema Ariceta Iraola

Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El manejo precoz del síndrome nefrótico congénito (SNC) implica la administración de albúmina endovenosa de forma repetida, debido a la proteinuria masiva en etapas tempranas de la vida, hecho que condiciona largas estancias hospitalarias y la inserción de un catéter central de uso prolongado.

MÉTODOS

Reportamos nuestra experiencia en la administración endovenosa de albumina domiciliaria en una serie de 4 pacientes (todos varones) afectados de SNC, todos ellos con mutación en el gen de la nefrina. El programa se basa en la educación a los padres en los cuidados y manejo del acceso venoso central (catéter Broviac tunelizado de una luz) para la administración de albumina 20%, durante el ingreso hospitalario tras el debut de la enfermedad, una vez se ha podido minimizar a 1 infusión diaria de albúmina con tiempo de infusión máximo de 4 horas.

RESULTADOS

Tras completar dicho programa, los cuatro pacientes se dan de alta hospitalaria a una edad media de 3 meses de vida (rango 6-1,5 meses) con una dosis de albúmina entre 1-1,5 g/Kg/día con el objetivo de mantener una albúmina plasmática entorno 2 g/dl. Describimos las características de los pacientes, manejo

terapéutico, evolución clínica y complicaciones que presentaron tras una media de 1 año y 7 meses de seguimiento (rango de 2,5-1,5 años). Precisan una media de 1,5 ingresos hospitalarios relacionados con complicaciones del catéter. 1 paciente recibe trasplante de donante cadáver anticipado a los 28 meses de vida, los otros tres mantienen un FG entre 18-120 ml/min/1,73 m² bajo tratamiento conservador con necesidades de albúmina endovenosa de 4 a 7 días por semana. No se realizó nefrectomía en ningún caso.

CONCLUSIONES

El programa de administración de albúmina domiciliaria es seguro y ha conseguido reducir de forma significativa el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes con el diagnóstico de SNC, mejorando por lo tanto la calidad de vida de nuestros pacientes y de sus familias. El desarrollo de dicho programa necesita de un equipo multidisciplinar formado por nefrólogos pediátricos, enfermeras de crónicos, soporte nutricional y apoyo de farmacia.

REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD A MEMBRANAS DE HEMODIÁLISIS EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

Marc Lluís Clapers Vidal, Alejandro Cruz Gual, Luis Enrique Lara Moctezuma, Cristina Blasco Valero, Marina Muñoz López, Gema Ariceta Iraola

Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las reacciones de hipersensibilidad a los componentes de hemodiálisis se describieron en los años 80 asociados con óxido de etileno y cuprofano. Posteriormente su número se vio reducido gracias al uso de membranas sintéticas de alta biocompatibilidad, pero en los últimos años se han descrito nuevos casos, especialmente relacionados con la polisulfona, aunque pocos de ellos en pacientes pediátricos como el caso que presentamos.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 12 años. Inició terapia de hemodiálisis por enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a rechazo humoral de trasplante renal previo. Desde las primeras sesiones de hemodiálisis presentó episodios leves y autolimitados de tos, cefalea, vómitos dentro de los primeros 30 minutos. Se descartó mala adaptación hemodinámica y descompensación metabólica y no se habían producido cambios en la medicación habitual. Los síntomas persistieron y empeoraron

gradualmente durante las sesiones posteriores, hasta que dos meses después presentó un episodio severo de tos, vómitos, cefalea, hiperemia conjuntival y prurito periorbitario, permaneciendo hemodinámicamente estable. Dicho episodio precisó corticosteroides, difenhidramina e interrumpir la hemodiálisis. Se descartó alergia al látex y a la heparina de bajo peso molecular y se evidenciaron valores altos de triptasa (15,4 ug/L), con un aumento de más del 20% respecto el basal de la paciente (9,97 ug/L), eosinofilia transitoria (máxima 2800/ μ L) e IgE total baja (3,44 KU/L). Ante la sospecha de una reacción de hipersensibilidad no IgE mediada a la membrana de hemodiálisis, la membrana de Helixone (FX50[®]), usada hasta el momento, se cambió por una membrana de polisulfona (F5HPS[®]). La paciente presentó nuevas reacciones que requirieron utilizar diferentes tipos de membranas sintéticas (Filtryzer B3[®], Polyflux[®]) sin éxito. Finalmente se utilizó una membrana de triacetato de celulosa (Sureflux[®]) permaneciendo asintomática durante 5 meses; hasta que recibió un nuevo trasplante renal. En los cambios de membrana de diálisis la paciente recibió tratamiento preventivo para las reacciones de hipersensibilidad con corticosteroides que únicamente se pudieron interrumpir con el uso de la membrana de triacetato de celulosa.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

A pesar de su baja frecuencia, es importante conocer las reacciones de hipersensibilidad a las membranas de hemodiálisis debido al alto riesgo que implican para nuestros pacientes.

REVISIÓN DE CASOS: MALFORMACIONES NEFROUROLÓGICAS NEONATALES

Sonia Vila Díaz, Lucía Rial Hermida, Iria Noela Germil Ares, Gonzalo Urricelqui Laparte, Rosa Romarís Barca, Adriana Torrado Chouciño

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La utilización sistemática de la ecografía prenatal nos permite detectar de manera precoz alteraciones de la vía urinaria, siendo alguna de ellas, procesos que deben ser estudiados. Se estima que entre el 0,18-6,4% de los fetos presentan anomalías del aparato urinario, correspondientes a dilatación de las vías urinarias en más del 80% de los casos. Todo neonato con alteración renal prenatal debería ser sometido a una ecografía posnatal. El momento para realizarla dependerá de la gravedad del diagnóstico previo, y esta determinará la necesidad de estudios ulteriores. Los

objetivos principales del estudio de malformaciones renales congénitas son: confirmar los hallazgos prenatales, diagnosticar precozmente causas subyacentes tratables y evaluar la funcionalidad renal. El objetivo de este estudio es recoger la relación entre los hallazgos prenatales y posnatales de la vía urinaria.

MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo, incluyendo a 22 neonatos de nuestra área sanitaria nacidos en el 2016, con un diagnóstico prenatal de patología de la vía urinaria, y un segundo grupo que incluía a 10 neonatos que lo obtuvieron de manera posnatal al haberse realizado una ecografía por otros motivos (infección de la vía urinaria, pequeño para la edad gestacional, arteria umbilical única).

RESULTADOS

La patología del aparato urinario es una de las patologías neonatales más frecuentes, presentando una incidencia de 1,5% en nuestra área sanitaria.

De los 22 pacientes con diagnóstico prenatal, en 16 se confirmó la patología en la ecografía posnatal. De estos, 13 eran dilataciones de la vía urinaria (11 leves, <10 mm; 2 moderadas, 10-15 mm), 2 agenesias renales y una duplicidad ureteropielocalicial bilateral. En los 6 restantes no se confirmaron los hallazgos.

Existió una total correlación entre las imágenes fetales de agenesia renal, y de un 73,7% del total de las dilataciones.

En cuanto al segundo grupo de pacientes (diagnóstico posnatal) en un caso se encontró un doble sistema y en los otros 9 diferentes grados de dilatación, siendo 7 dilataciones leves, un caso de dilatación moderada a consecuencia de válvulas de uretra posterior que precisó vesicostomía, y un caso de hidronefrosis en el que fue necesario realizar una nefrectomía.

CONCLUSIONES

- Todos los recién nacidos con anomalías renales detectadas antenatalmente deben tener una ecografía posnatal, dada la fuerte correlación entre ambos estudios. Aún así, la presencia de una ecografía prenatal normal no excluye completamente la presencia de alteraciones renales, como ocurre en nuestro caso.
- Destacamos la importancia de la realización de ecografías prenatales por la posible necesidad de tratamiento intrauterino.

UROCULTIVO POSITIVO EN LACTANTES FEBRILES SIN FOCO CON TIRA REACTIVA DE ORINA NEGATIVA

Iratxe Tapia Torrijos, David Montero Vázquez, Ana Vinuesa Jaca, Nélida García Pérez, Mikel Urrutikoetxea Gutiérrez, Cristina Zugazaga Inchausa

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Revisar en lactantes febriles sin foco entre 6 y 24 meses con urocultivo positivo y tira de orina negativa la evolución clínica, diagnóstico final y tratamiento recibido.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los urocultivos positivos en lactantes febriles entre 6 y 24 meses atendidos en el Servicio de Urgencias del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2016, con tira reactiva de sondaje urinario negativa. Las variables estudiadas fueron las siguientes: tira reactiva de bolsa perineal, persistencia de fiebre trascurridas 48 horas, tratamiento antibiótico recibido, germen aislado en urocultivo de sondaje, diagnóstico final y pruebas complementarias realizadas. Fuente de datos: historia electrónica que ha permitido consultar la evolución y seguimiento de estos pacientes en atención primaria. Definiciones: urocultivo positivo aislamiento de > de 50.000 ufc/ml.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se realizaron 1.014 urocultivos, de los cuales 151 fueron positivos y de éstos en 25 (16,5%) la tira de sondaje fue negativa.

La edad media de los pacientes era de 12 meses y la proporción entre géneros 72% mujeres y 28% hombres.

En 14 pacientes (56%) la tira reactiva de bolsa estaba alterada (grupo A) y en 11 pacientes se realizó sondaje urinario directo (grupo B); el 80% de los pacientes se encontraban afebriles trascurridas 48 horas, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos. Los gérmenes aislados fueron, el más frecuente *E. coli* (17 pacientes), seguido de *P. mirabilis* (4), *K. pneumoniae* (2) y *E. faecalis* (2). No hallándose diferencias en el tipo de germen aislado entre ambos grupos (A y B) pero sí en el recuento; en un 70% de los pacientes del grupo A crecieron >100.000 ufc frente a un 35% en el del grupo B ($p=0,08$).

En el 100% de los pacientes que acudieron a su pediatra (20 pacientes) se pautó tratamiento antibiótico según la sensibilidad del germen, independientemente de la sintomatología presente. 5 no acudieron al control indicado.

En un 60% de los pacientes con tira negativa (15) se realizó ecografía renal, sin encontrarse alteraciones. Al 16% de los pacientes se les realizó un urocultivo de control tras tratamiento antibiótico.

CONCLUSIONES

Un porcentaje importante de lactantes febriles presentan tira de orina negativa con urocultivo posterior positivo. Según las guías de la AAP es necesaria la presencia de bacteriuria y leucocituria para el diagnóstico de infección urinaria. Por ello, es preciso concienciar a los pediatras para evitar diagnósticos imprecisos, tratamientos y pruebas innecesarios.

NEONATOLOGÍA

VIERNES 2 DE JUNIO • 08:00-10:00 H • SALA 21

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS DE LOS PREMATUROS MENORES DE 1500 GRAMOS A LOS 3 AÑOS DE EDAD. FACTORES PERINATALES ASOCIADOS

Ana Isabel Armenteros López, Patricia Aguilera López, Marta Tejón Fernández, Alba Rodríguez Gómez, M.^a Isabel Mañas Uxó, Antonio Bonillo Perales

Hospital Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la última década se ha incrementado la supervivencia de los grandes prematuros, los cuales precisan gran consumo de recursos sanitarios y alta cualificación de los profesionales sanitarios, que deben estar integrados en equipos multidisciplinares, tanto hospitalarios como extrahospitalarios (intensivistas pediátricos, neonatólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, oftalmólogos, equipos de atención temprana con psicólogos, apoyo de trabajadores sociales, etc.). El objetivo de nuestro trabajo es evaluar las alteraciones neurológicas que presentan los prematuros menores

de 1500 g a los 3 años de edad y conocer los factores perinatales asociados con alteración neurológica posterior.

MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo de 105 prematuros menores de 1500 g atendidos en nuestra unidad neonatal, en los que evaluamos variables perinatales de dichos prematuros (EG, peso, test de Apgar, tipo de reanimación neonatal, etc.) así como el estado cognitivo, motor y del lenguaje a los 3 años de edad (Test de Denver).

RESULTADOS

Nuestros prematuros tuvieron una edad gestacional de $29,26 \pm 2,7$ semanas, con un peso medio al nacimiento de $1115,94 \pm 258,2$ g. A los 3 años de edad presentaron retraso cognitivo el 11,4% de los prematuros, alteración motora el 12,4% y retraso en el lenguaje el 19,8% de los prematuros. En la **Tabla 1** exponemos las varia-

Tabla 1. Variables Neonatales asociadas con alteración neurológica a los 3 años de edad

	Retraso motor	Retraso del lenguaje	Retraso cognitivo
OR (p)	OR (p)	OR (p)	
Edad gestacional	0,83 (0,10)	0,86 (0,11)	0,8 (0,06)
Peso	0,99 (NS)	0,998 (NS)	0,99 (0,04)
Cesárea	0,57 (NS)	0,77 (NS)	0,42 (NS)
Apgar 1	0,83 (0,13)	0,79 (0,02)	0,72 (0,009)
Apgar 5	0,85 (NS)	0,85 (NS)	0,80 (0,14)
Apgar 10	0,56 (0,13)	1,02 (NS)	0,84 (NS)
Intubación nacimiento	3,9 (NS)	4,01 (0,02)	8,62 (0,03)
HIV	1,01(NS)	1,89 (NS)	2,12 (NS)
Grado HIV	1,24 (NS)	1,18 (NS)	1,35 (NS)
ROP	2,5 (NS)	1,81 (NS)	2,5 (NS)
Días ventilación mecánica	0,96 (NS)	1,3 (NS)	0,96 (NS)
Sepsis	2,85 (0,14)	3,67 (0,02)	3,9 (0,07)
Ductus	0,44 (NS)	4,92 (0,02)	1,5 (NS)

(OR: Odds Ratio, NS: No significativo)

bles perinatales asociadas con alteración neurológica a los 3 años de edad.

El análisis de regresión logística múltiple evidenció los siguientes factores perinatales asociados a alteración neurológica:

- Cursar sepsis durante el período neonatal (OR: 5,3, $p=0,04$) y la necesidad de intubación al nacimiento (OR:3,8, $p=0,05$) están asociados a retraso psíquico a los 3 años de edad.
- Cursar ductus arterioso (OR: 3,5, $p=0,02$) y sepsis durante el período neonatal (OR: 2,03, $p=0,04$) están asociados a alteración del lenguaje a los 3 años.
- No observamos ninguna variable perinatal asociada con retraso motor a los 3 años, siendo el test de Apgar bajo a los 10 minutos el factor más relacionado (OR: 0,32, $p=0,13$)

CONCLUSIONES

- Aproximadamente el 20% de los prematuros menores de 1500 g requieren tratamiento multidisciplinar después de los 3 años de edad.
- Disminuir la incidencia de sepsis neonatal puede mejorar el retraso cognitivo y del lenguaje de los grandes prematuros a los 3 años de edad.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE CUIDADOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO A TRAVÉS DE PLANES DE PARTO

Yolanda Pardellas Carollo, M.^a Fernanda Táboas Ledo, Natalia González Freiría, Ana Concheiro Guisán, Rosa Cogolludo Fernández, José Ramón Fernández Lorenzo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El plan de parto es un documento donde la gestante expresa sus preferencias sobre el parto y nacimiento. Nuestros objetivos son analizar sus demandas y la adecuación con los estándares de la Estrategia de atención al parto del Ministerio de Sanidad y evaluar su ejecución en nuestro centro.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo descriptivo de planes de parto recibidos durante el año 2016 en nuestro centro.

RESULTADOS

Comparamos nuestro plan de asistencia con las recomendaciones del Ministerio obteniendo un 80% de cumplimiento de estándares. Los puntos más discrepantes corresponden al acompañamiento y piel con piel en cesáreas, monitorización discontinua y canalización venosa. Analizamos 34 planes de parto. El 73,5% de las gestantes tenía entre 30-40 años y en el 55,9% de los casos era su primer parto. La mayoría de peticiones recibidas son prácticas que realizamos ya rutinariamente: evitar rasurado y enema (solicitado por 47% y 50%), postura libre (76,5%), material de apoyo y analgesia no farmacológica (67,6% y 77,6%), ingerir líquidos durante la dilatación (82,4%), evitar amniorrhexis artificial (82,4%), evitar episiotomía (35,3%), retraso del camplaje del cordón, posibilidad de cortarlo el acompañante y donación (73,5%, 61,7% y 14,7%), piel con piel en partos vaginales (97%) y diferir cuidados rutinarios neonatales (76,5%), apoyar lactancia materna precoz (97%) y no aspiración rutinaria (32,4%). Entre las demandas recomendadas por el Ministerio no disponibles destacamos: acompañamiento y piel con piel materna en cesáreas (solicitado en la mayoría de los casos) y monitorización fetal discontinua (64,7%), no posible en nuestro centro por personal insuficiente. Un punto de mayor discrepancia es la canalización venosa rutinaria (rechazada por 85,3%) considerada por la Estrategia como no necesaria en todos los casos, sin embargo, realizada rutinariamente en nuestro centro por seguridad. El alumbramiento dirigido con fármacos (rechazado por 45%) está recomendado por la evidencia científica y así lo realizamos en nuestro centro. Por otra parte, encontramos algunas peticiones no avaladas por la Estrategia como rechazo de presencia de estudiantes o asistencia por personal en formación (26,5% y 5,9%), de uso de colirios (26,5%) o de suplementos y sueros (79,4%). Un 14,7% solicitó Vitamina k oral y un 2,9% rechazó su administración.

CONCLUSIONES

La mayoría de las demandas están ya incluidas en nuestro protocolo de atención al parto, salvo aquellas en conflicto con la seguridad. Encontramos puntos a mejorar principalmente en relación a nacimientos mediante cesárea. Es necesario informar a las gestantes para aumentar su confianza y reducir la incertidumbre respecto al parto.

ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA DE NEONATOS CON MIELOMENINGOCELE EN UN HOSPITAL DE PEDIATRÍA DE ALTA COMPLEJIDAD

Jorge Diego Agrimbau Vázquez, Soledad Naccache, M.^a Fernanda de Castro, Carol Burek, Cecilia Rabasa, Liliana Campmany

Hospital Garrahan, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El mielomeningocele (MMC) es la forma más frecuente de espina bífida.

La prevalencia en el país de este estudio es de 6,4 cada 10.000 recién nacidos.

El Hospital Pediátrico de Alta Complejidad incorpora entre 60 a 80 nuevos pacientes por año (de 0 y 15 años) al seguimiento interdisciplinario.

De 10 a 12 pacientes ingresan procedentes de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Los objetivos fueron describir: Características de la población, Evolución neonatal, Evaluación nefro-urológica inicial, Prevalencia de enfermedad renal y Tratamiento urológico implementado.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional.

Se incluyeron 22 pacientes neonatos, nacidos entre el 1/1/2011 al 31/12/2012 derivados al Hospital de referencia nacional para cierre del defecto del tubo neural.

RESULTADOS

Características de la población Neonatal:

- El 68% tuvo diagnóstico prenatal. En el 100% de casos, el cierre del defecto se produjo antes de los 3 días de vida. En el 72%, el cierre del defecto se realizó dentro de las primeras 24 h de vida.
- La edad materna Promedio fue de 26 años. El 64% tenía Estudios Secundarios (liceo) incompletos o nivel inferior.
- El 59% de los pacientes tenía cobertura de la Seguridad Social.

Evolución neonatal: no se registró Mortalidad Neonatal y sólo el 2% presentaron complicaciones neonatales. La media de peso de nacimiento fue de 3 kg. El 60% requirió colocación de Sistema de derivación ventrículo-peritoneal (m 20 días).

Evaluación nefro-urológica inicial: la ecografía de vías urinarias se realizó en el 100% de pacientes con un tiempo promedio de 4 días; la video/urodinamia en el 91% de casos en 5,4 meses; el 45% realizó la cistouretrografía en 3,5 meses y el centellograma renal fue realizado en 6 meses por el 95% de los pacientes.

Tratamiento Urológico: recibieron entrenamiento en Cateterismo.

Intermitente Limpio el 100% (n=22) antes del egreso de la neonatología (media de 3 días). Se indicó tratamiento con Oxibutinina al 80% de los pacientes, como resultado de la evaluación urodinámica.

La prevalencia de Enfermedad Renal Crónica fue del 20 % (n=4) en la evaluación inicial. En los 4 casos fue Estadio 1 y se detectó por Centellograma Renal.

CONCLUSIONES

Las intervenciones quirúrgicas y el cuidado neonatológico permitieron el 100% de supervivencia y baja incidencia de complicaciones.

Una correcta transferencia entre el equipo neonatal y el seguimiento interdisciplinario posibilitó una evaluación y tratamiento oportuno de la vejiga neurogénica.

Este tipo de abordaje permite brindar un cuidado integral y más accesible a los recién nacidos con MMC.

CANALIZACIÓN VENOSA CENTRAL GUIADA POR ECOGRAFÍA EN PREMATUROS DE MUY BAJO PESO: POSIBLE Y SEGURA

Cristina García Aparicio, Elia Zoido Garrote, Ignacio Oulego Erroz, Paula Alonso Quintela, Aquilina Jiménez González, M.^a Pilar Puerta Pérez

Complejo Asistencial Universitario de León, León

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El acceso umbilical es el acceso central de elección pero solo está disponible durante los primeros días de vida. Los epicutáneos se utilizan habitualmente para los cuidados de rutina como la administración de antibióticos o la nutrición parenteral. No obstante, pueden no estar disponibles o resultar insuficientes en los pacientes más inestables que precisen administración rápida de fluidos, múltiples infusiones simultáneas, extracción de muestras o monitorización hemodinámica etc. Estos pacientes pueden beneficiarse de un acceso venoso central, pero éstos raramente se indican en prematuros por la dificultad de la inserción. Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de

la ecografía (ECO) en la canalización venosa central (CVC) en niños. Sin embargo, apenas existe constancia de su uso en prematuros de bajo peso. Comunicamos nuestra experiencia preliminar en la técnica.

MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional. Se recogieron la indicación, datos clínicos y técnicos de los procedimientos de canalización venosa central en niños con peso <1.500 gramos en nuestro centro.

RESULTADOS

Durante 18 meses se incluyeron 14 canalizaciones en 12 pacientes con un rango de peso en el momento del procedimiento entre 780 y 1410 gramos. La indicación del CVC fue la imposibilidad repetida de obtener un acceso venoso central por otra técnica en 7 casos, la canalización para cirugía en 5 pacientes con inestabilidad cardiorrespiratoria (3 cirugía abdominal y 2 cirugía de ductus) y la pérdida de accesos venosos periféricos en 2 casos. El neonato estaba intubado y conectado a ventilación mecánica durante la canalización en 12 de los 14 casos. El procedimiento se realizó bajo sedoanalgesia sistémica en todos los casos. En 12 de los 14 pacientes se canalizó el tronco braquiocefálico y en otros dos casos la vena yugular interna. Se consiguió la canalización en todos los pacientes, en 11 de los 14 casos en una sola punción. Sólo dos pacientes requirieron la punción de más de una vena central para conseguir insertar el CVC. No hubo complicaciones mecánicas. Todos los catéteres se retiraron tras la finalización del tratamiento (mediana de 9 días, rango 6-15 días) No se produjo ningún caso de infección asociada al catéter siendo todos los cultivos negativos a la retirada.

CONCLUSIONES

La CVC guiada por ecografía es posible, eficaz y segura en niños prematuros de muy bajo peso. Debería considerarse la posibilidad de insertar un CVC bajo guía ecográfica en pacientes prematuros de muy bajo peso que precisan un acceso venoso central.

CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN URINARIA NEONATAL INTRA- Y EXTRAHOSPITALARIA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Ana Paola Jiménez Jiménez, Irune Torres Ballester, Olga García Lamata, Rebeca Garrote Molpeceres, Elena Urbaneja Rodríguez, Asunción Pino Vázquez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las causas más frecuentes de fiebre y bacteriemia oculta neonatal, con mayor incidencia en varones. Conocer las características de las ITUs en este periodo y sus peculiaridades según el microorganismo puede ayudarnos a diagnosticarlas y tratarlas precozmente.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las características clínico-epidemiológicas, terapéuticas y evolutivas de pacientes diagnosticados de ITU neonatal en nuestro centro entre los años 2011-2016 según su diagnóstico intrahospitalario (IH) o extrahospitalario (EH). Revisión de historias clínicas.

RESULTADOS

Se registraron 28 pacientes, 5 (17,9%) mujeres y 23 (82,1%) varones, de los cuales 5 (17,9%) fueron prematuros, 4 (80%) varones y 1 (20%) mujer, con EG media de 30 semanas (25-32). La mediana etaria al diagnóstico fue de 13,5 días de vida (1-30). 2 (7,1%) pacientes tenían antecedentes familiares de patología renal (1 RVU-litiasis y 1 ectasia-hipercalcúria). 2 pacientes (7,1%) fueron diagnosticados prenatalmente de patología renal (1 sospecha de agenesia y 1 ectasia renal con oligoamnios). 17 (60,7%) fueron diagnosticados de forma EH ingresando en Neonatología, todos nacidos a término, frente a 11 (39,3%) IH, de los que 5 (45,5%) eran prematuros. Al analizar las ITUs en función de su diagnóstico intra/extrahospitalario existen diferencias respecto al tipo de población neonatal [45,5% (5) de prematuridad IH/0% EH, diagnóstico prenatal de patología renal [11,8% (2) EH/0% IH], mediana de edad al diagnóstico (9,3 días IH/19,1 días EH)], diferencias en la Unidad de ingreso [54,5% (6) de las IH en UCIP/0% EH], el motivo principal de ingreso [18,2% (2) sintomatología grave sugerente de sepsis IH/5,9% (1) EH, 0% sospecha inicial de ITU IH/35,3% (6) EH] y mayor estancia media y mediana en ITUs IH (19,7 vs 10,1 días y 14 vs 9 días, respectivamente). Las EH se produjeron por *E. coli* (64,7%, 11) frente a las IH, donde hallamos flora más diversa y agresiva, con un 27,3% (3) *E. coli*,

Características de nuestro estudio en función de que la ITU fuera intra/extrahospitalaria

CARACTERÍSTICA	ITU INTRAHOSPITALARIA	ITU EXTRAHOSPITALARIA
Nº de pacientes	11 (39,3% del total)	17 (60,7% del total)
Razón de masculinidad	4.5	5.7
Prematuridad	5 (45.5%)	Ningún paciente
Mediana de edad gestacional	38 (25-40) semanas	39 (34-41) semanas
Diagnóstico prenatal patología renal	No	2 (11,8%) pacientes (1 sospecha de agenesia y 1 ectasia renal izquierda)
Mediana de edad al diagnóstico	9,3 (1-30) días	19,1 (7-30) días
Unidad de Ingreso	6 UCIP (54,5%) / 5 Neonatología (45,5%)	17 (100%) Neonatología
Motivo principal de ingreso	<u>En UCIP</u> 5 (45,5%) Prematuridad 1 (9,1%) Sospecha obstrucción intestinal <u>En Neonatología</u> 2 (18,2%) Hiperbilirrubinemia 2 (18,2%) hipoglucemia/sepsis 1 (9,1%) Vómitos	<u>En Neonatología</u> 6 (35,3%) sospechas de ITU 6 (35,3%) síndrome febril sin foco 3 (17,6%) vómitos 1 (5,9%) hiporexia 1 (5,9%) sepsis
Estancia media hospitalaria	19,7 (1-41) días en total 11,6 (0-37) días en UCIP	10,1 (3-30) días No ingresos en UCIP
Mediana de estancia hospitalaria	14 (1-41) días en total 14 (1-37) días en UCIP	9 (3-30) días No ingresos en UCIP
Tipo Gérmenes	3 (27,3%) Escherichia coli 2 (18,2%) Candida parasilopsis 2 (18,2%) Klebsiella pneumoniae 1 (9,1%) Enterobacter cloacae 1 (9,1%) Enterobacter faecalis 1 (9,1%) Staphylococcus aureus	11 (64,7%) Escherichia coli 2 (11,8) Enterococcus faecalis 1 (5,9%) Klebsiella pneumoniae 1 (5,9%) Proteus mirabilis 1 (5,9%) Raoultella Planticola 1 (5,9%) Staphylococcus aureus
Tipo de antibioterapia iv	5 (45,5%) Ampicilina + Gentamicina 4 (36,4%) Cefotaxima 2 (18,1%) Antifúngicos (anfotericina, micafungina, fluconazol)	6 (35,3%) Cefotaxima 5 (29,4%) Ampicilina + Gentamicina 3 (17,6%) Gentamicina 2 (11,8%) Ampicilina 1 (5,9%) Ampicilina + cefotaxima
Diagnóstico ecográfico renal	2 (18,2%) ectasia renal unilateral	6 (35,3%): 3 ectasias unilaterales, 1 ectasia bilateral, 1 megauréter, 1 ectopia renal cruzada
Realización de CUMS	2 (18,2%), ambos sin diagnóstico de RVU	12 (70,6%) de los cuales 3 (25%) fueron diagnosticados de RVU de diversos grados
Ingresos posteriores por ITU	Ninguno	2 (11,8%) de los pacientes diagnosticados de RVU
Función renal a largo plazo	1 (9,1%) Insuficiencia renal crónica en 1 prematuro con pluripatología	Sin secuelas

18,2% (2) C. parasilopsis, 18,2% (2) K. pneumoniae. Un 35,3% (6) de neonatos con ITU EH asoció patología urológica predisponente a ITU vs 18,2% (2) de IH, ingresando posteriormente en alguna ocasión por ITU. La función renal a largo plazo se conservó en el grupo de las EH frente al desarrollo de insuficiencia renal de etiología multifactorial en 1 paciente prematuro con diagnóstico de ITU IH.

CONCLUSIONES

Las ITUs IH asociaron mayor severidad, probablemente debido a las diferentes características poblacionales y de flora responsable de las mismas. Conocer estas diferencias es esencial para optimizar el tratamiento y mejorar su pronóstico vital.

COMPARACIÓN DE RESULTADOS PERINATALES ENTRE MACROSOMAS HIJOS DE MADRE DIABÉTICA Y MACROSOMAS NO HIJOS DE MADRE DIABÉTICA. REVISIÓN DE 6 AÑOS

Sandra Sevilla Denia, José M.^a Lloreda García, Marta Díaz Ruiz, Alba Rodríguez Sánchez, Pablo Muñoz Martínez, Alejandro Barea Bejarano

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los recién nacidos macrosomas se definen de forma arbitraria por unos autores como aquellos con pesos mayores o iguales a 4000g, 4100g o incluso 4500g independientemente de la edad gestacional.

La macrosomía fetal suele asociarse a mayores complicaciones perinatales. La incidencia de la macrosomía varía de unas regiones a otras y está entre el 1-20%, siendo algunas de las causas asociadas, el sexo, la paridad, la edad materna, el peso y talla maternos, la actividad física, el tabaquismo, la diabetes pregestacional y

gestacional, y las causas genéticas. La macrosomía fetal se asocia a mayores riesgos para el feto, especialmente a traumatismos obstétricos, asfixia perinatal, muerte, alteraciones metabólicas como la hipoglucemia o hematológicas como la policitemia e ictericia. Dentro del grupo de recién nacidos macrosomas, existen pocos estudios que distingan los resultados perinatales entre los recién nacidos macrosomas hijos de madre diabética (HMD) y el resto de macrosomas (NHMD).

Nuestro objetivo era conocer la incidencia y las complicaciones neonatales de los recién nacidos con un peso mayor o igual a 4000g HMD pregestacional o gestacional respecto a los macrosomas cuyas madres no eran diabéticas.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 6 años de los macrosomas nacidos en nuestro hospital. Se encontraron 996 macrosomas. Se estudiaron características maternas, tipo de parto y resultados perinatales.

RESULTADOS

De 18005 neonatos, 996 fueron macrosomas (5,53%), siendo 103 hijos de madre diabética (10,3%). Las madres diabéticas tenían mayor paridad (1,89 vs 1,35 $p<0,000$), porcentaje de cesáreas (52,4% vs 31,1%, $p<0,05$), porcentaje de reanimación (5,8% vs 1,8% $p<0,006$; RR 2,9 IC95% 1,42-5,9), mayor necesidad de ingreso hospitalario (19,4% vs 9,6%, $p<0,002$; RR 2 IC95% 1,3-3,2) y en cuidados intensivos (5,8% vs 0,7%, $p<0,000$; RR 5,3 IC95% 2,8-10); mayor cantidad de ingresos por hipoglucemia (7,8% vs 1%, $p<0,000$; RR 5 IC95% 2,8-8,3), ictericia (8,7% vs 2,1%, $p<0,000$; RR 3,1 IC95% 1,9-5,9), distrés respiratorio (4,9% vs 1,3%, $p<0,009$; RR 2,9 IC95% 1,4-6,7) y asfixia (2,9% vs 0,4%, $p<0,005$; RR 4,3 IC95% 1,8-11,1). No existieron diferencias en cuanto a traumatismos obstétricos.

CONCLUSIONES

Los recién nacidos macrosomas hijos de madre diabética tienen mayor riesgo de ingreso en el periodo neonatal, incluidos los ingresos por hipoglucemia, ictericia, asfixia, distrés respiratorio y mayor necesidad de cuidados intensivos. Los traumatismos obstétricos son similares en ambos grupos.

Comparación macrosomas hijo de madre diabética con no hijo de madre diabética

	NO HMD n:836	HMD n:103	p
Edad materna (mediana,DE)	30,63 (5,38)	32,78 (5,22)	0,001
Paridad (media, DE)	1,35 (1,29)	1,89 (1,69)	0,002
Cesáreas (n.%)	278 (31,1)	54 (52,4)	<0,05
Parto eutócico (n.%)	491 (55)	43 (41,7)	<0,05
Edad gestacional (media, DE)	40 ,2 (1,09)	39,2 (1,19)	0,000
Peso en gramos (media , DE)	4253,6 (232,6)	4259,4 (226,5)	NS
Sexo masculino (n.%)	579 (64,8)	67 (65)	NS
Test de Apgar al minuto menor o igual a 5 (n.%)	3 (0,3)	3 (2,9)	0,001 RR 5 (IC95% 2,2-12,5)
Test de Apgar a los 5 minutos menor o igual a 5 (n.%)	0	0	NS
Reanimación: presión positiva, intubación o masaje cardiaco (n.%)	15 (1,8)	6 (5,8)	0,006 RR 2,9 (IC95% 1,42-5,9)
Ingreso hospitalario en los primeros 28 días de vida (n.%)	86 (9,6)	20 (19,4)	0,002 RR 2 (IC95% 1,3-3,2)
Ingreso UCIN (n.%)	6 (0,7)	6 (5,8)	0,000 RR 5,3 (IC95% 2,8-10)
Ingreso por ictericia (n.%)	19 (2,1)	9 (8,7)	0,000 RR 3,1 (IC95% 1,9-5,9)
Ingreso por hipoglucemia (n.%)	9 (1)	8 (7,8)	0,000 RR 5 (IC95% 2,8-8,3)
Ingreso por asfixia (n.%)	4 (0,4)	3 (2,9)	0,005 RR 4,3(IC95%1,8-11,1)
Ingreso por distrés respiratorio (n.%)	12 (1,3)	5 (4,9)	0,009 RR 2,9 (IC95% 1,4-6,7)
Ingreso por deshidratación (n.%)	6 (0,7)	1 (1)	NS
Parálisis braquial (n.%)	12 (1,3)	3 (2,9)	NS
Fractura de clavícula (n.%)	8 (0,9)	1 (1)	NS
Policitemia (n.%)	1 (0,1)	1 (1)	NS
Parálisis diafragmática (n.%)	0	1 (1)	NS
Hemorragia suprarrenal(n.%)	0	1 (1)	NS
Cefalohematoma-hematoma subgaleal (n.%)	6 (0,7)	1 (1)	NS
Muerte (n.%)	1 (0,1)	1 (1)	NS

HMD: hijo de madre diabética; DE: desviación estándar; UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; RR: riesgo relativo

COMPLICACIONES HEPÁTICAS EN PORTADORES DE CATÉTER VENOSO UMBILICAL

Lorena Estepa Pedregosa, Antonio Segado Arenas, Estefanía Ruíz González, Nuria Buero Fernández, M.ª Isabel Sánchez Códex, Simón Lubián López

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cateterización venosa umbilical es una técnica muy usada en Neonatología. Entre las complicaciones que presenta esta técnica, y aunque infrecuentes, de las más temidas son las complicaciones hepáticas (extravasación, formación de abscesos, embolismo hepático e hipertensión portal). La mala posición de la punta del catéter, por debajo de la cava inferior es la principal causa de estas complicaciones, y es importante un diagnóstico precoz para mejorar su pronóstico.

Los objetivos principales son describir la incidencia, la clínica y el pronóstico de las complicaciones hepáticas en los portadores de catéter umbilical ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales de nivel IIIB.

MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de neonatología entre enero 2012 y enero 2017. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que portaban catéter venoso umbilical (CVU) y que presentaron complicaciones hepáticas no explicadas por otra causa. Se registraron las siguientes variables: Edad gestacional (EG), días al debut, clínica, pruebas de imagen y de laboratorio y presencia de factores de riesgo.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 949 pacientes. De ellos 375 (39,5%) portaban CVU y 5 desarrollaron complicaciones hepáticas (1,33%): 3 absceso y 2 embolismo. La EG media fue de $35,2 \pm 5,26$ semanas de gestación. Al 100% se le canalizó la vena umbilical el primer día de vida y estaba por debajo de la posición óptima en la radiografía (nivel T8-T9). La edad media al debut clínico fue de $9,4 \pm 3,8$ días; y los signos clínicos más frecuentes la distensión abdominal y la hepatomegalia, así como SRIS (80%). Analíticamente presentaron hipertransaminasemia (80%) y coagulopatía (60%). Al diagnóstico el 100% seguía con el catéter por debajo del sitio de referencia y se les retiró. La prueba de imagen que confirmó el diagnóstico fue la ecografía abdominal en todos los casos. Los hemocultivos fueron negativos al diagnóstico en los 5 casos. Un paciente falleció (adecuación del esfuerzo terapéutico por EHI

grave con mal pronóstico de calidad de vida). Al alta 4/5 normalizaron las transaminasas. A los dos años de seguimiento, 3 se resolvieron ecográficamente, 1 mantiene calcificaciones y 1 no cumple los dos años de evolución persistiendo la lesión de menor tamaño que en el control ecográfico previo.

CONCLUSIONES

Las complicaciones hepáticas relacionadas con la CVU son infrecuentes pero presentan una morbimortalidad elevada y se deben minimizar los factores de riesgo para su desarrollo.

EFFECTO DE LA GANANCIA PONDERAL EN LA APARICIÓN DE LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO

Carmen Mangas Sánchez, Aida Fidalgo Alonso, Fernando Rafael Aguirregomezorta García, Sergio Álvarez Álvarez, Emilio Arbas Redondo, Gonzalo Solís Sánchez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La retinopatía es un problema importante en la evolución de los neonatos prematuros. Existen muchos factores relacionados con ella y la ganancia ponderal en las primeras semanas de vida es uno de ellos, en parte relacionado con los niveles de IGF-1 séricos.

Objetivos:

1. Estudiar la incidencia y severidad de la retinopatía de la prematuridad (ROP) en una muestra de menores de 1500 g.
2. Analizar qué factores de los estudiados se relacionan con la incidencia de ROP en nuestra muestra.
3. Comprobar si la ganancia de peso en las primeras semanas tras el nacimiento se relaciona con la aparición de ROP.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los neonatos menores de 1500 g nacidos en nuestro centro entre 1/1/2010 y 31/12/2015. Se revisaron un total de 272 casos, analizando variables clínicas y evolutivas.

RESULTADOS

42 neonatos desarrollaron algún grado de ROP (15,4%). De éstos, 15 (35,7%) alcanzaron como máximo el estadio 1, 16 (38,1%) el estadio 2 y 11 (26,2%) el estadio 3

de dicha patología. Por localización: 26 (61,9%) tuvieron afectación máxima en la zona II, mientras que 13 (30,9%) la tuvieron únicamente en la zona III. El 11,9% de los que desarrollaron ROP, alcanzaron el estadio de enfermedad "plus". De los 42 que desarrollaron ROP, 34 (80,9%) se fueron con el diagnóstico al alta, lo que representa tan solo el 12,5% del total de nuestra cohorte. Dos pacientes precisaron tratamiento: uno recibió fotocoagulación con láser y otro inyección intravítrea de bevacizumab con resolución progresiva del cuadro en ambos casos. Tras realizar análisis univariantes y multivariante, el bajo peso al nacimiento y una menor ganancia ponderal en los primeros 30 días de vida han demostrado ser los factores de riesgo más determinantes para el desarrollo de ROP. No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa tras realizar el análisis multivariante con la edad gestacional, la oxigenoterapia suplementaria, la ventilación mecánica, la transfusión de concentrados de hemáties, el uso de EPO, el diagnóstico de EMH, DAP o la sepsis nosocomial.

CONCLUSIONES

El bajo peso al nacimiento y una escasa ganancia ponderal en las primeras semanas de vida tienen un papel importante en el desarrollo de ROP.

EFFECTOS DE LA LIGADURA TARDÍA DEL CORDÓN UMBILICAL EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO UTILIZANDO UNA UNIDAD DE RESUCITACIÓN NEONATAL PORTÁTIL

Uxía Costa Posada, Verónica M.^a Padín Vázquez, Ana Concheiro Guisán, José Ramon Fernández Lorenzo
Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

A pesar de los beneficios de la ligadura tardía del cordón umbilical que se han demostrado en diferentes estudios en los últimos años, la ligadura precoz todavía sigue siendo una práctica habitual en el paritorio de muchos hospitales. Existe evidencia de que los recién nacidos pretérmino se benefician especialmente de la ligadura tardía del cordón umbilical ya que tienen más tendencia a complicaciones perinatales. El principal impedimento para esta práctica es la necesidad de RCP inmediata. El objetivo de este trabajo es diseñar un protocolo para la utilización de una unidad de resucitación neonatal portátil que permita realizar RCP mientras mantenemos el cordón intacto y la comparación de recién nacidos pretérmino con ligadura tardía con un grupo control.

MÉTODOS

Realizamos un estudio experimental prospectivo randomizado dividido en dos fases:

- Fase I: diseño y puesta en marcha del protocolo de utilización de la cuna de resucitación portátil en neonatos pretérmino (entre 31+0 y 35+6 semanas) nacidos en nuestro centro (Marzo - Mayo 2016)
- Fase II: evaluación clínica de resultados (Junio - Agosto 2016).

RESULTADOS

La puesta en marcha del protocolo se desarrolló sin complicaciones. Se aplicó en 4 ocasiones realizándose una comparación de estos recién nacidos con 5 controles con características similares. La demora de 60 segundos en la ligadura del cordón mostró mayor nivel de hemoglobina y hematocrito a las 24 horas (17,50 g/dl y 53,7% vs 15,10 g/dl y 45,14%) con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Estas cifras no se acompañaron de mayor hiperbilirrubinemia ni policitemia. No se detectaron interferencias en la determinación de pH de cordón. No se observaron diferencias en los siguientes parámetros: APGAR, necesidad de RCP, temperatura corporal, estabilidad hemodinámica y necesidad de soporte respiratorio en primeras 72 horas de vida.

CONCLUSIONES

El uso de una unidad de resucitación portátil para la asistencia neonatal es seguro permitiendo la ligadura tardía del cordón, asociada a mayor nivel de hemoglobina y hematocrito a las 24 horas de vida sin afectar la morbimortalidad.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS NOSOCOMIAL EN RECIÉN NACIDOS

María González López, Celia Gómez Robles, M.^a Adela Rodríguez Vives, Salvador Ariza Aranda, Enrique Salguero García
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Objetivo: conocer la incidencia de sepsis nosocomiales (SN) en recién nacidos prematuros de muy bajo peso (<1500 gr) en nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) durante el año 2015, su etiología y mortalidad.

MÉTODOS

Material y método: estudio prospectivo basado en un sistema propio de recogida de información de pacientes ingresados con un peso al nacimiento <1500 gr (RNMBP) y el diagnóstico de sepsis nosocomial durante el año 2015 en UCIN.

RESULTADOS

El número de pacientes bajo vigilancia durante el año 2015 fue de 119. Incidencia Acumulada (número de pacientes con al menos un episodio de sepsis*100/total de pacientes bajo seguimiento en el sistema de vigilancia): 49,58 (IC 95% 40,60-58,56). Densidad de Incidencia de sepsis (número de episodios de sepsis primaria*1000/número días en la unidad): 17,36 (IC 95% 13,70-21,69). Distribución de episodios por tipo de sepsis: sepsis clínicas 19 (24,68%); sepsis confirmadas 11 (14,29%); sepsis confirmadas con SCN 47 (61,04%). Etiología: Tabla 1. La mortalidad observada fue del 9,24% de los pacientes (11/119).

CONCLUSIONES

La densidad de incidencia de sepsis de nuestra UCIN (17,36) es superior a la de los datos de la población global (8,78) y no ha variado en el último año (densidad de incidencia de sepsis durante el año 2014: 16,38). En la etiología predominan los Gram + sobre todo Staphylococcus epidermidis y otros Coagulasa Negativa. Entre los Gram - el patógeno más frecuente es Serratia marcescens, Enterobacter cloacae y Pseudomona aeruginosa.

EVALUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN EN LOS EMBARAZOS Y RECIÉN NACIDOS DE MADRES CONSUMIDORAS DE DROGAS ILEGALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

M.^a Ángeles López Sánchez, Begoña Hernández Sierra, Beatriz García Jerez

Hospital de Poniente, El Ejido, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El consumo de sustancias de abuso es un problema creciente en la sociedad moderna que conlleva complicaciones obstétricas y aumento de la morbimortalidad neonatal. Por ello quisimos evaluar el diagnóstico y seguimiento de los embarazos de madres consumidoras de drogas ilegales durante la gestación, caracterizar la evolución de los recién nacidos y valorar la intervención realizada.

MÉTODOS

estudio retrospectivo observacional descriptivo. Se incluyeron los neonatos hijos de madres adictas a drogas ilegales nacidos entre Enero de 2015 y Diciembre de 2016 en un hospital comarcal. Las variables registradas incluyeron datos del seguimiento obstétrico y del parto, caracterización de las madres consumidoras y tipo de droga, evaluación y manejo perinatal así como de la forma de detección del consumo y la actitud realizada.

RESULTADOS

Doce neonatos hijos de madres adictas a drogas ilegales. La media de edad materna fue de 25,5 años con edad gestacional media de 38 semanas, siendo el 25% de los de los recién nacidos pretérmino. El 83,3% de los embarazos fueron controlados, aunque la mitad de ellos con mal control. En todos los embarazos controlados se realizaron serologías durante la gestación, detectándose tan solo una paciente con hepatitis C positiva. Durante la gestación se detectó consumo de drogas legales en 10 de las embarazadas (tabaco en el 83,3%) y consumo de drogas ilegales en 6 de ellas, detectándose el resto en el momento del parto o tras el nacimiento del recién nacido. En cuanto al tipo de drogas ilegales once eran consumidoras de cannabis y una de benzodiazepinas. De las madres que reconocieron finalmente el consumo cuatro lo confirman solo en primer trimestre, otra hasta el segundo trimestre y otras cinco durante todo el embarazo. Se realizó detección de tóxicos en orina en el 91,7% de los recién nacidos, presentando resultado positivo 6 de ellos y en el 25% de las gestantes, todos ellos con resultado positivo. Precisaron ingreso nueve recién nacidos, dos de los cuales presentaron síndrome de abstinencia neonatal requiriendo tratamiento con fenobarbital uno de ellos. Se realizaron dos interconsultas a la unidad de trabajo social durante el embarazo y en todos los neonatos al nacimiento.

CONCLUSIONES

los embarazos de madres consumidoras de drogas ilegales representan un pequeño grupo, pero de alto riesgo. La intervención durante el embarazo es difícil debido al mal control de los mismos. Debemos mejorar el enfoque multidisciplinar durante el embarazo para el abordaje precoz de las familias y mejora de la morbimortalidad neonatal.

EVOLUCIÓN POSNATAL Y DESARROLLO NEUROLÓGICO DE VENTRICULOMEGALIAS DETECTADAS DURANTE LA GESTACIÓN

M.^a José Gallego Alcaide, M.^a Rosario Torres Aguilar, Noelia Remedios Rivera Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se define ventriculomegalia (VM) como diámetro de las astas posteriores de los ventrículos laterales ≥ 10 mm en el período entre las 15-40 semanas, pudiendo ser uni o bilateral. Su prevalencia es inferior al 2% y es más frecuente en varones.

Las causas más frecuentemente asociadas son: idiopática, desórdenes cromosómicos o síndromes genéticos y estenosis.

Ante su diagnóstico se debe realizar serología completa, amniocentesis y RMN.

El objetivo del estudio es conocer la incidencia de ventriculomegalias en nuestro hospital, causas más frecuentes y la correlación de dichas ventriculomegalias detectadas con el desarrollo neurológico postnatal.

MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo de los todos los casos de ventriculomegalias detectados por ecografía en el periodo comprendido entre enero 2014 hasta diciembre de 2015 en nuestro hospital.

RESULTADOS

Tenemos un total de 21 casos detectados en el periodo anteriormente descrito. De éstos, 5 terminaron en ILE (interrupción legal del embarazo). Así, tenemos una incidencia de 0,003 (3 casos por cada 1000) y una prevalencia de 0,0005 (5 por cada 10.000). Nuestra ratio respecto al sexo femenino es 2:7.

Se detectaron causas asociadas en 5 casos: 1 hemorragia de la lámina germinal con encefalomalacia, 2 ausencias del CSP (cavum septum pellucidum) y 1 mielomeningocele con esquizencefalia.

Prenatalmente regresaron 9 casos, con lo cual sólo fueron 7 casos los que llegaron a término con la ventriculomegalia. De los que regresaron, 7 son en la actualidad niños neurológicamente normales y sin ventriculomegalia, y los otros casos presentan hidrocefalia obstructiva y quiste subependimario respectivamente, ambos con leve alteración del desarrollo postnatal.

De los 7 niños restantes, 5 VM permanecieron estables durante la gestación, y sin incidencias en su desarrollo postnatal, y 2 con mayor afectación neurológica (presentaban VM grave), con sendos diagnósticos de hemorragia laminar y lipomielomeningocele.

CONCLUSIONES

La probabilidad de presentar desarrollo normal es del 87% si se presenta un VM leve-moderada (10-15 mm), disminuyendo al 27% cuando se considera grave (>15 mm), teniendo estas mayor tasa de malformaciones asociadas y peor pronóstico. El pronóstico también empeora si la VM se incrementa durante el embarazo.

En esta serie de casos, el desarrollo ha sido normal en el 84,6% de las leves, no siendo significativo el porcentaje de los casos moderados-graves por escasez de datos.

Es conveniente por parte del servicio de Ginecología informar a los pediatras siempre que se detecte VM en el embarazo, aún cuando haya regresado en vida fetal.

HIPOFOSFATASIA: PRESENTACIÓN ATÍPICA EN EL PERIODO NEONATAL E IDENTIFICACIÓN DE UNA NUEVA MUTACIÓN

Roger Esmel Vilomara¹, Susana Hernández Pérez¹, Ariadna Campos Martorell¹, Eva González Roca², Berta Ferran Ballús¹, Félix Castillo Salinas¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

²Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La hipofosfatasa es una enfermedad genética del metabolismo óseo, que se caracteriza por la actividad disminuida de la isoenzima no específica de tejido de la fosfatasa alcalina. La expresión clínica es muy variable, desde casos de muerte intraútero por alteración grave de la mineralización ósea, hasta formas leves con pérdida dentaria en la edad adulta. La incidencia de las formas graves es de 1 por cada 100.000 recién nacidos.

RESUMEN DEL CASO

Se presenta el caso de un recién nacido prematuro de 34 semanas y 3 días de gestación con diagnóstico prenatal de fisura palatina, en el que se detecta una opacidad corneal al nacimiento. Destacaban antecedentes familiares de fisura palatina. El estudio bioquímico mostró una hiperfosfatemia con normocalcemia, así como niveles de fosfatasa alcalina persistentemente

disminuidos (52 UI/L). A las 2 semanas de vida se observó osteopenia inespecífica en la serie ósea, y a los 3 meses ya se podían apreciar cambios sugestivos de raquitismo. La secuenciación del gen que codifica la fosfatasa alcalina no específica del tejido (ALPL) reveló una variante heterocigótica en el undécimo exón del gen ALPL: p.(Val431Asp), hasta el momento actual no descrita en la literatura.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El diagnóstico de la hipofosfatasa se basa en datos clínicos, radiología compatible y pruebas de laboratorio. El análisis de mutaciones del gen ALPL confirma el diagnóstico. Este gen tiene una gran heterogeneidad alélica que podría explicar los diferentes grados de actividad enzimática, condicionando una gran variabilidad en la expresión clínica, existiendo hasta 6 formas clínicas diferentes de presentación.

La mutación detectada en el análisis del gen ALPL, asociada a la sintomatología y datos bioquímicos del paciente, sugiere el diagnóstico de hipofosfatasa debido a esta nueva variante heterocigota.

Podría tratarse de una forma neonatal atípica, con un fenotipo leve, muy diferente de la forma neonatal clásica, que se presenta con una grave afectación esquelética y puede llegar a condicionar insuficiencia respiratoria grave. Sin embargo también podríamos estar frente al diagnóstico precoz de una forma infantil, de mejor pronóstico vital.

La evaluación clínica de los familiares y el análisis genético de los padres es muy importante para poder realizar un adecuado consejo genético.

Finalmente, nuestro paciente podría beneficiarse de tratamiento sustitutivo con una nueva forma soluble de fosfatasa alcalina recombinante humana, la asfotasa alfa. Este tratamiento ha contribuido a la mejoría del pronóstico de la hipofosfatasa, presentando resultados muy esperanzadores.

ICTUS PERINATAL EN UNA UNIDAD NEONATAL DE TERCER NIVEL: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

José Miguel Pina Molina, Elisabeth Gómez Santos, José Ramón Fernández Fructuoso, Clara Martínez-Tafalla López, José M.^º Lloreda García, Marta Díaz Ruiz

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se define ictus perinatal como un área de tejido cerebral lesionado tras la interrupción del flujo sanguíneo en el territorio de una arteria o una vena cerebral

mayor que se produce entre las 20 semanas de gestación y los primeros 28 días de vida. La confirmación de dicha lesión debe realizarse por neuroimagen o estudio anatomopatológico.

Objetivos: determinar la incidencia de ictus perinatal en nuestra unidad en los cuatro últimos años, factores de riesgo asociados, síntomas de presentación y resultados del neurodesarrollo a medio plazo.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo. Se realizó una búsqueda de todos aquellos neonatos mayores de 34 semanas de edad gestacional desde Enero de 2013 a Diciembre de 2016 mediante programa interno hospitalario (Neosoft) con diagnósticos al alta de: infarto isquémico cerebral, trombosis senos venosos hemorragia parenquimatosa y hemorragia peri-intraventricular.

A posteriori se definen 5 tipos de ictus: infarto arterial isquémico neonatal (IAIN), trombosis de los senos venosos cerebrales neonatal (TSVC), infarto hemorrágico neonatal (IHN), infarto arterial isquémico presumiblemente perinatal (IAIPP), infarto venoso periventricular (IVPV). Se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, desde enero de 2013 a diciembre de 2016 nacieron 11006 niños. De ellos 9 fueron diagnosticados de ictus en el período neonatal, siendo la incidencia en nuestra área de 0,8 casos por cada 1000 recién nacidos vivos. Los factores de riesgo asociados a ictus perinatal que son descritos habitualmente en la literatura no se han asociado de forma estadísticamente significativa a ictus en nuestra muestra. La mayoría de ictus han sido IAIN (77,8%) y la forma de presentación más frecuente ha sido con crisis convulsivas focales antes del tercer día de vida (66,7%). Mantenían tratamiento antiepiléptico al alta el 66,7% de los pacientes. No se han observado alteraciones motoras o cognitivas a medio plazo en la mayoría de los niños (88,9%).

CONCLUSIONES

La incidencia de ictus perinatal en nuestro medio, así como la forma de presentación con crisis convulsivas focales, son similares a los descritos en la literatura revisada. No se han encontrado factores de riesgo gestacionales y perinatales asociados al ictus perinatal en nuestro estudio, probablemente por el escaso tamaño muestral, por lo que consideramos necesario realizar más estudios en este sentido, idealmente de carácter multicéntrico, para conseguir un tamaño muestral suficiente.

INCIDENCIA, MORBILIDAD Y MORTALIDAD ASOCIADA A LA SEPSIS NEONATAL TARDÍA EN GRANDES INMADUROS

Clara Martínez-Tafalla López, José Luis Leante Castellanos, Pablo Muñoz Martínez, Alba Rodríguez Sánchez, Marta Díaz Ruiz, José Miguel Pina Molina

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sepsis neonatal tardía (SNT) es una de las complicaciones más relevantes que pueden desarrollar los prematuros grandes inmaduros durante su estancia en neonatología. Su aparición va asociada a un aumento de la probabilidad de fallecimiento o de secuelas a distintos niveles.

El objetivo de este estudio es revisar los episodios de SNT padecidos por los grandes inmaduros de nuestro centro, describiendo su incidencia, etiología, morbilidad y mortalidad.

MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado en una unidad de neonatología de nivel IIIB. Fueron incluidos los recién nacidos prematuros < 32 semanas y/o < 1.500 g que sobrevivieron las primeras 72 horas de vida en el periodo comprendido entre mayo de 2011 y septiembre de 2015 (53 meses). Fueron considerados como SNT aquellos episodios de cumplieron dos criterios clínicos y dos analíticos de la definición propuesta por la EMA Agency. Los datos se introdujeron en una base de datos y fueron analizados mediante SPSS, versión 21.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 144 grandes inmaduros, entre los cuales se diagnosticaron 37 episodios de SNT. Un 22,2 % de los sujetos presentó al menos un episodio, con una densidad de incidencia de 5,6 episodios por 1.000 días de estancia hospitalaria. En un 86,5 % de los casos se aisló el germen causal en el hemocultivo, siendo las bacterias gram-positivas las más frecuentes (62,5 %), seguidas de las gram-negativas (21,9%) y hongos (9,4%). Los signos clínicos y analíticos constatados durante el episodio se resumen en la **tabla anexa**. La tasa de mortalidad observada fue de 16,2%. En 10 (27,0%) de los episodios fue preciso la intubación del paciente para el inicio de ventilación invasiva. En 6 (16,2%) de los casos se observaron lesiones en la neuroimagen relacionadas con la SNT. Desarrollaron fracaso renal agudo 9 (24,3%) de los sujetos en el trascurso del episodio.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra de estudio la SNT fue una complicación frecuente que asoció una importante mortalidad y morbilidad. La incidencia, gérmenes causales y clínica asociada fueron similares a los descritos en la literatura.

Tabla 1. Signos clínicos y analíticos constatados al debut de la SNT y a las 24 horas de evolución

Criterio clínico o analítico	Al debut, n (%)	A las 24 horas, n (%)
Fiebre o inestabilidad térmica	11 (29,7)	12 (32,4)
Taquicardia o bradicardia	7 (18,9)	11 (29,7)
Oligoanuria (< 1 ml/kg/h)	2 (5,4)	5 (13,5)
Hipotensión	4 (10,8)	12 (32,4)
Cutis reticular o mala perfusión	11 (29,7)	13 (35,1)
Episodios de apnea o taquipnea	17 (46,0)	19 (51,4)
Erupción petequial o esclerema	0 (0)	0 (0)
Mayor necesidad de oxígeno o soporte ventilatorio	9 (24,3)	13 (35,1)
Digestivos	9 (24,3)	9 (24,3)
Irritabilidad, letargia o hipotonía	6 (16,2)	10 (27,0)
Proteína C-reactiva > 1,5 mg/dl	13 (37,1)	31 (88,6)
Procalcitonina ≥ 2 ng/ml	23 (65,7)	32 (91,4)
Leucocitosis o leucopenia	17 (46,0)	26 (70,0)
Trombocitopenia	7 (18,9)	13 (35,1)
Hipoglucemia o hiperglucemia	2 (5,4)	4 (10,8)
Acidosis metabólica o hiperlactacidemia	10 (27,0)	15 (40,5)

LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES, ¿ALGO QUE MEJORAR?

María Urretavizcaya Martínez, Paula Moreno González, Lotfi Ahmed Mohamed, María Malumbres Chacón, Pilar Ollanquindia García, Lourdes Gómez Gómez

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La OMS recomienda lactancia materna exclusiva (LME) los primeros 6 meses. La incorporación laboral puede interferir a partir del 4^o mes.

La LME en adolescentes está condicionada por las características fisiológicas-psicológicas de esta etapa, el entorno familiar y cultural además de la primiparidad.

Objetivos:

- Conocer las características de las madres adolescentes y la alimentación del recién nacido (Rn) en nuestra Maternidad (único hospital terciario de la Comunidad).
- Saber si el seguimiento en Atención Primaria (AP) y la LME se ven influenciadas por la adolescencia.
- Dentro de un mismo grupo intercultural, Sudamérica (SA), conocer si existen diferencias por el hecho de ser adolescente.

MÉTODOS

Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva. Revisión de historia clínica informatizada de Rn de madres adolescentes (<19 a) y grupo control: primíparas, $\geq 19^a$, de igual nacionalidad en proporción 1:1. Se excluyen si el Rn ingresa en Neonatología (NN) o carece de seguimiento en AP.

Método estadístico: χ^2 .

RESULTADOS

Entre Enero 2014-Noviembre 2016 hay 120 adolescentes (14-18 a), edad media 16,95, (42,5% de 18 a), 38,3% españolas, 31,7% SA, 13,3% Europa-Este, 6,7% Magreb, 3,3% África-Subsahariana, 2,5% resto-UE, 0,8% Asia, no consta 3,3%. Perdidos 16 por incumplir criterios.

Comparando Adolescentes/No-adolescentes: Primiparidad 89%/100%. Parto vaginal 93,3% (15,8% instrumentado)/82% (19,7% instrumentado), RNT 93,3%/96,7%, > 2.500 g 91,7%/99,2%, sin dificultad anatómica para lactancia 90,8%/98,4.

Alimentación al alta: LM 94,2% (LME 74,0%)/98,4% (LME 71,3%);

LME-15d 51,9%/69,7%; LME-1m 49,0%/66,4%; LME-3m 35,6%/61,5% ($p=0,002$).

Abandono de LME a los 3m: 45,16%/21,95% ($p=0,004$).

Seguimiento en AP: 15 d: 84,62%/100% ($p<0,001$), 1m: 84,62%/97,54 ($p=0,001$), 2m: 85,58%/99,18% ($p<0,001$), 3m: 80,76%/92,62% ($p=0,009$).

Adolescentes/no-adolescentes SA: LME al alta 72,7%/72,7%. LME-3m: 30,3%/54,5%. Abandono LME 57,9%/29,63% ($p>0,05$).

CONCLUSIONES

- Nuestras madres adolescentes tienen alrededor de 17 años, la mayoría son primíparas, tienen parto vaginal, hijos a término, de peso $\geq 2500g$ y sin dificultades anatómicas para lactar. Destaca en proporción la nacionalidad sudamericana.
- En los 3 primeros meses, por ser adolescente hay más riesgo de no cumplimiento de las visitas establecidas en AP y de abandono de LME (la mayor tasa de abandono se produce en los 15 primeros días) incluso en el grupo de Sudamérica a pesar de que en esta cultura está más integrada la maternidad adolescente.
- Proponemos un control precoz en AP (48-72 h del alta) de los hijos de madres adolescentes para un mayor apoyo a la LME.
- Nos parece necesario la intervención por parte de Trabajo Social para supervisar y garantizar el cumplimiento de las visitas establecidas en AP.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL NEONATO: ANÁLISIS DE NUESTRA SITUACIÓN

Cristina Cea García, Miguel Alcaraz Saura, Cristina Palazón Carpe, Joaquín Susmozas Sánchez, Juan José Agüera Arenas, Manuel Cidrás Pidre

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida del neonato conlleva la toma de decisiones difíciles en cuanto a los cuidados y tratamientos a seguir que suscita un interés creciente en los últimos años entre los profesionales implicados.

El objetivo es profundizar en el manejo del final de la vida del neonato y la naturaleza de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) que realizamos en el cuidado del recién nacido y su familia.

MÉTODOS

Análisis descriptivo retrospectivo. Se incluyen neonatos fallecidos en su estancia hospitalaria entre enero 2015 y diciembre 2016 y se estudia epidemiología, clínica, tipo de LET (no iniciar tratamiento, retirada de soporte vital u otras medidas) y duelo en relación con la mortalidad total de este periodo.

RESULTADOS

30 pacientes fallecidos, realizando LET en 10 (30%). 30% (10) edad gestacional ≤ 26 semanas; 46% (14) Peso ≤ 800 g. Los factores que más han contribuido a la decisión de iniciar LET fueron la inmadurez extrema con mal pronóstico neurológico (40%), las malformaciones congénitas (40%) y la resección total de intestino delgado (20%). Edad media al fallecimiento en grupo LET: 16,5 días (grupo no LET: 7,7 días). El LET consistió en no iniciar o intensificar tratamiento en 80% de los pacientes y en retirada de soporte vital y otras medidas en 50%. La adecuación de ventilación mecánica (asistencia y retirada de tubo), antibioterapia y soporte vasoactivo fueron las medidas que se adoptaron con mayor frecuencia. El criterio que motivó iniciar LET fue el mal pronóstico vital (100%) y mala calidad de vida futura (75%). En el 80% la decisión fue tomada por el médico responsable. Se autorizó necropsia en 25%. La familia siempre recibió información durante el proceso, el 85% se aisló junto al paciente crítico y el 62% recibió asistencia psicológica.

CONCLUSIONES

La atención del neonato al final de la vida precisa máxima formación y dedicación. El estudio aborda cuestiones poco conocidas y de creciente interés en la práctica clínica de nuestras unidades. Los resultados obtenidos están en consonancia con estudios similares de nuestro entorno.

NECESIDAD DE EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO A LOS DOS AÑOS DE VIDA EN PREMATUROS TARDÍOS: ¿CUÁL ES LA MEJOR HERRAMIENTA?

Eduardo García Soblechero¹, Patricia Alos Villanueva², Mari-sa Domínguez Quintero¹, M.^a Mar Román del Río¹, M.^a Teresa Domínguez Coronel¹, Esther Pozo Moreno¹

¹Instituto Hispalense de Pediatría, Hospital Costa de la Luz, Huelva

²Hospital Costa de la Luz, Huelva

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los prematuros tardíos (PT) son aquellos nacidos entre las semanas 34-36+6. Estos niños tienen mayor riesgo de comorbilidades que los nacidos a término, entre ellas, las alteraciones del neurodesarrollo. Ello implica la necesidad de una valoración minuciosa durante la infancia, habiéndose propuesto desde la Sociedad Española de Neonatología un proyecto (ACUNA) para la integración de los datos derivados de la revisión de estos pacientes y la mejoría en su atención. Existen distintos test para la evaluación del neurodesarrollo

en la infancia, cada uno de ellos con sus ventajas e inconvenientes.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de la evaluación del neurodesarrollo a los 2 años de edad de los PT nacidos en nuestro hospital durante el año 2014. Se utilizaron dos pruebas: cuestionario ASQ3 del neurodesarrollo para padres (incluido en la base de datos del proyecto ACUNA) y el test de Brunete-Lezine (TBL), estandarizado para población española. Se programaron consultas de 40 minutos para todos aquellos niños nacidos PT que cumplieran 2 años de edad corregida. A la consulta accedían los profesionales encargados de la evaluación (neonatólogo y psicólogo) y los padres del niño evaluado.

RESULTADOS

Del total de 20 niños nacidos PT en nuestro hospital en el año 2014 se realizó la evaluación del neurodesarrollo a los 2 años a 16 de ellos (80%). 3 de las pérdidas se debieron a cambios de domicilio familiar y una por imposibilidad de contacto para citación. Los resultados se reflejan en **tabla adjunta**.

Según el TBL, de los 16 niños evaluados, 3 (18,75%) presentaron alteraciones al menos en un área del neurodesarrollo, todos ellos con alteraciones leves. Uno de ellos presentaba retraso leve en 3 de las áreas evaluadas y también en el cociente de desarrollo global sin que estuviera siendo valorado por ninguna unidad especializada en neurodesarrollo.

Según el cuestionario ASQ3, también 3 de los niños presentaron alteraciones al menos en un área del neurodesarrollo, si bien tan sólo el niño con cociente de desarrollo bajo en el TBL coincide con puntuaciones bajas en ambas pruebas.

CONCLUSIONES

Es fundamental un seguimiento especializado del neurodesarrollo en los niños nacidos PT.

Existen algunas discrepancias entre el cribado de niños con alteraciones en el neurodesarrollo mediante el cuestionario ASQ3 para padres con respecto al TBL realizado por profesionales sanitarios.

Son necesarios más estudios para determinar cuál es la prueba de cribado ideal para valorar el neurodesarrollo en estos niños teniendo en cuenta distintas variables (tiempo consumido en consulta, entre otros).

Prematuros tardíos. Resultados a los 2 años del Test de Brunete-Lezine y cuestionario ASQ3 para padres

PACIENTE	EG	(p) Peso nac	INGRESO NEONATOLOGÍA	TEST DE BRUNETE-LEZINE	CUESTIONARIO ASQ3 PARA PADRES	Peso (p)	COMORBILIDADES									
CD MOTOR	CD COGN/COORD	CD LENGUAJE	CD SOCIO-ADAPT	CD GLOBAL	COMUNIC	AMG	AMF	RES. PROBL	SOCIO-INDIV	TOTAL						
1	36	23	NO	110/115*	98/102*	108/113*	92/95*	102/106*	60	60	60	50	55	285	12	NO
2	36	60	NO (hipoglucemia asintomática)	83/86*	88/92*	94/97*	<u>67/70*</u>	83/86*	55	60	50	40	50	255	6	APLV, BRONQUITIS.
3	36	92	NO	106/110*	<u>62/65*</u>	99/103*	<u>72/75*</u>	85/88*	60	60	45	45	60	270	62	APLV
4	35	69	NO	96/100*	80/83*	120/125*	96/100*	98/102*	60	60	50	50	55	275	38	NO
5	36	98	NO (hipoglucemia asintomática, soplo)	108/112*	108/112*	104/108*	108/112*	107/111*	<u>35</u>	50	<u>40</u>	40	50	215	97	NO
6	36	69	NO (hipoglucemia asintomática)	120/125*	108/112*	120/125*	100/104*	112/116*	60	60	55	60	60	295	38	NO
7	35	87	NO	111/115*	111/115*	111/115*	100/104*	108/112*	55	55	45	40	50	245	81	NO
8	34	78	SI (ictericia)	115/125*	115/125*	115/125*	92/100*	109/118*	60	50	45	55	55	265	59	NO
9	35	79	SI (TTRN, gemelar)	92/100*	115/125*	115/125*	80/87*	100/109*	60	60	45	55	45	265	30	NO
10	35	35	SI (descoordinación ingesta-deglución)	104/112*	115/125*	115/125*	80/87*	103/112*	60	60	50	40	60	270	50	NO
11	36	84	SI (anemia neonatal, soplo)	85/88*	<u>77/80*</u>	<u>66/69*</u>	<u>74/77*</u>	<u>76/79*</u>	<u>35</u>	35	50	40	45	195	97	NO
12	34	71	SI	100/108*	115/125*	115/125*	77/83*	102/110*	55	50	45	45	45	240	34	NO
13	34	65	SI (distrés respiratorio de transición)	92/96*	111/116*	115/120*	84/88*	100/105*	45	55	<u>40</u>	<u>35</u>	55	230	63	NO
14	36	53	SI (depresión perinatal leve, TTRN)	120/125*	120/125*	120/125*	120/125*	120/125*	60	55	60	50	60	285	58	BRONQUITIS.
15	36	41	SI (TTRN, hipoglucemia asintomática)	116/121*	100/104*	116/121*	100/104*	108/112*	40	60	45	55	55	255	83	DERMATITIS ATÓPICA
16	36	60	NO	104/108*	102/106*	109/113*	89/93*	101/105*	55	50	50	45	55	255	50	NO
17	36	86	NO													TRASLADO DOMICILIARIO

PACIENTE		EG	(p) Peso nac	INGRESO NEONATOLOGIA	TEST DE BRUNETE-LEZINE	CUESTIONARIO ASQ3 PARA PADRES	Peso (p)	COMORBILIDADES										
CD MOTOR	CD COGN/COORD	CD LENGUAJE	CD SOCIO-ADAPT	CD GLOBAL	COMUNIC	AMG	AMF	RES. PROBL	SOCIO-INDIV	TOTAL								
18	36	62	NO															NO CONTACTADA
19	35	63	NO															TRASLADO DOMICILIARIO
20	35	80	SI (ictericia, hipoglucemia asintomática)															TRASLADO DOMICILIARIO
MEDIA		68		104/109*	102/107*	109/115*	89/94*	101/106*	53	55	48	47	53	256	54			

Subrayado y en negrita los valores por debajo de la normalidad,* Cociente de desarrollo (CD) teniendo en cuenta edad corregida. EG: Edad Gestacional (en semanas). COGN/COORD: Área cognitiva/Coordinación. SOCIO-ADAPT: Área socio adaptativa. COMUNIC: Área de comunicación. AMG: Área motora gruesa. AMF: Área motora fina. RES.PROBL: Resolución de problemas. SOCIO-INDIV: Área socio-individual.

PATOLOGÍA NEONATAL DE DIAGNÓSTICO PRECOZ MEDIANTE PULSIOXIMETRÍA EN LA MATERNIDAD

Rebeca Garrote Molpeceres, Elena Urbaneja Rodríguez, M.^a Asunción Pino Vázquez, Hermenegildo González García, Francisco Javier Álvarez Guisasola, Grupo de Trabajo de la Maternidad

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pulsioximetría constituye una técnica no invasiva de fácil manejo en la monitorización y diagnóstico precoz de patología neonatal. Desde hace unos años, promovido inicialmente por la Academia Americana de Pediatría y posteriormente por la Asociación Mundial de Medicina Perinatal, se defiende su uso como método de screening de cardiopatías congénitas críticas en la Maternidad.

Objetivos: dar a conocer los resultados de la realización del screening de cardiopatías congénitas críticas (CCC) y patología hipoxémica mediante pulsioximetría en la Maternidad de nuestro hospital tras implementarlo en el año 2013.

MÉTODOS

Estudio analítico prospectivo de patología cardíaca e hipoxémica neonatal diagnosticada mediante este screening en neonatos aparentemente sanos, nacidos del 01/06/2013-31/12/2016. Determinación de saturación de O₂ e índice de perfusión (IP) en mano derecha (preductal) y pie derecho (postductal); considerando normales valores $\geq 95\%$, una diferencia entre ellas $< 3\%$ y un $IP \geq 0,7$ en ambas extremidades.

RESULTADOS

Incidencia global de CCC diagnosticadas por cualquier medio (ecografías prenatales, exploración física o screening mediante pulsioximetría): 4 casos/1000 partos/año. De 4.345 nacidos cumplieron criterios para efectuar el screening 3.485 (80,2%). Ratio varón/mujer 1,2/1. Tiempo medio de realización: 5 min. Resultados: 12 (0,34%) positivos, 77 (2,2%) dudosos y 3.396 (97,45%) negativos. Resultados positivos (todos con alteración de saturación de O₂ e IP): 8 casos de hipertensión pulmonar, un caso de sepsis neonatal, un caso de truncus arterioso (TA) y 2 canales AV completos sin sospecha ecocardiográfica fetal; debutando con clínica de cianosis y shock cardiogénico. Todos los casos inicialmente "dudosos" fueron negativos tras una 2ª determinación, sin precisar realizar ecocardiografía [67% alteraciones

en la saturación; 33% alteraciones del IP <0,7 en 1ª determinación]. No se detectaron falsos positivos ni falsos negativos en la serie. 112 neonatos (3,2%) con screening negativo presentaron un soplo cardiaco; ninguno de ellos fue diagnosticado de una cardiopatía compleja tras realizar el estudio ecocardiográfico.

CONCLUSIONES

La realización del screening fue decisiva en el diagnóstico precoz y pronóstico vital de los 3 neonatos no diagnosticados de cardiopatía congénita crítica prenatalmente y del paciente con sepsis neonatal. En nuestra serie hallamos correlación entre la presencia de un IP<0,7 y alteración de la saturación de O₂ en el diagnóstico de patología neonatal, principalmente cardiopatías congénitas críticas. Es una técnica coste-efectiva, indolora, segura, objetiva y fácilmente aceptada por los padres, que complementa al diagnóstico prenatal y a la exploración física, presentando excelentes sensibilidad y especificidad con baja tasa de falsos positivos, por lo que defendemos su implementación dentro del Programa de Cuidados Neonatales.

UTILIDAD DEL MAPEO CEREBRAL (Q-EEG) EN UN CASO DE ENCEFALOPATÍA HIPERAMONÉMICA NEONATAL GRAVE (CPS-1)

Daniel Vila Pérez, Aida del Campo García, Verónica M.ª Padín Vázquez, Ana Concheiro Guisán, Marcelino Pumarada Prieto, José Ramón Fernández Lorenzo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

El electroencefalograma (EEG) es la representación gráfica de la diferencia en voltaje entre regiones cerebrales. Con el desarrollo y avance tecnológico se dio un gran paso con la creación de la cartografía o mapeo cerebral (brain mapping) también llamado qEEG. El qEEG realiza un análisis de la actividad de base electroencefalográfica en cada una de las áreas cerebrales, cuantificando la energía que corresponde a las diferentes bandas de las frecuencias de la señal EEG y realizando una representación gráfica en forma de mapas cromáticos de sencilla interpretación lo cual facilita la neuromonitorización a pie de cama. La medición se realiza mediante Z score según la curva de Gauss. Se considera normal lo que está situado en una desviación estándar (SD). Considerando patológico cuando el Z score se sitúa a más/menos de 2 DS.

Se ha utilizado el qEEG para la evaluación de trastornos mentales y diversas patologías como la encefalopatía hipóxico-isquémica.

RESUMEN DEL CASO

Neonato de 36 h vida que ingresa por estupor y temblor de extremidades seguidos de crisis convulsivas que evolucionan a estatus epiléptico refractario. Se constata hiperamonemia grave (valor inicial 670 micromol/L) que progresa rápidamente a cifras de 1000 micromol/l pese al inicio del tratamiento quelante de urgencia metabólica (N-carbamil glutamato, Fenilacetato, Benzoato, L-arginina y cofactores). Se establece hemodiafiltración veno-venosa continua que mantiene durante 7 días y permiten el descenso progresivo de cifras de amonio hasta su normalización. Se confirma genéticamente trastorno del ciclo de la urea (CPS-1). En la actualidad recibe tratamiento quelante y restricción proteica. Los estudios de neuroimagen no presentan alteraciones, presentando un desarrollo psicomotor adecuado.

Durante el episodio de encefalopatía metabólica aguda se monitoriza la función cerebral con registro continuo de aEEG y qEEG. El análisis qEEG mediante mapas cromáticos, correlacionado con los niveles de amonio durante el tratamiento diálítico, muestra una predominancia de ondas delta en regiones frontales en el pico más alto de la intoxicación con aparición progresiva de ritmos theta y alfa (más tardío) de modo más difuso a medida que se establece el descenso de los niveles de amonio. El qEEG muestra buena correlación con el patrón de EEG convencional.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

- El mapeo cerebral (q-EEG) mediante mapas cromáticos de fácil interpretación permite la neuromonitorización a pie de cama del paciente con encefalopatía grave.
- En el caso del coma metabólico permite estimar la mejoría de la actividad encefálica a medida que se controlan los niveles de los metabólicos tóxicos.

¿ES SUFICIENTE EL CRIBADO TRADICIONAL PARA IDENTIFICAR PRECOZMENTE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CRÍTICAS?

Christian Torres Mariño, María Garrido Barbero, Gema Aja García, Joaquín Suárez Fernández, Fernando Gómez Sáez, Elena Pérez Santaolalla

Hospital Universitario de Burgos, Burgos

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción: definimos cardiopatía congénita crítica (CCC) como aquella que precisa intervención en el primer año de vida; representando el 25% de las car-

diopatías congénitas. Un diagnóstico precoz disminuye el riesgo de morbilidad. Estudios recientes consideran insuficiente el cribado tradicional (ecografía prenatal y examen físico postnatal) para un diagnóstico precoz, considerando necesarios nuevos métodos de cribado como la pulsioximetría.

Objetivos: revisar nuestra casuística y valorar aquellos pacientes no diagnosticados con el cribado tradicional y que pudieron haberse beneficiado del uso de más métodos de cribado para su detección precoz.

MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyen aquellos casos con diagnóstico de CCC que se siguen en consultas externas de un total de 12.916 recién nacidos vivos a término de un Hospital de tercer nivel asistencial entre Mayo 2010 a Mayo 2016.

RESULTADOS

La incidencia de CCC en el periodo analizado fue del 0,16% (n=21), el 57,1% varones. El 95,3% fueron diagnosticados mediante cribado tradicional frente al 4,7%

(n=1) cuyo diagnóstico fue tardío. Dentro del cribado tradicional, el 66,6% (n=14) fue identificado mediante ecografía prenatal en la semana 20 de gestación (realizado por ginecólogos especializados en esta exploración y que incluyen los 5 planos de Yagel) frente al 95,3% que se diagnosticó mediante ecografía prenatal + examen físico en periodo neonatal (realizado por pediatra especializado en neonatología). La intervención de las CCC fue quirúrgica en el 81% de los casos (n=17) con una mediana de edad 0,56 meses (Rango: 0,02-10,1) y el cateterismo en el 19% de los casos (n=4), con una mediana de edad 0,565 meses (Rango: 0,16-3,76).

CONCLUSIONES

En nuestra casuística el cribado tradicional fue eficaz en el 95,3% de los casos, con un único caso sin diagnosticar mediante este cribado. En centros con personal entrenado en el cribado tradicional, probablemente no sea necesario añadir un nuevo test de cribado; serán necesarios estudios multicéntricos de similares características para poder confirmarlo y valorar costo/beneficio de un nuevo test de cribado en la reducción de morbilidad en nuestro medio.

NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

JUEVES 1 DE JUNIO • 18:30-19:30 H • SALA 14

AISLAMIENTO DE *RALSTONIA SPP.* EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA: ¿UN PATÓGENO A TENER EN CUENTA?

Paula Gacimartín Valle, Marianela Marcos Temprano, José Manuel Marugán de Miguelsanz, Cecilia Di Tata Francia, Amelia Pérez España, Carlos Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN

En los últimos años es habitual el aislamiento de patógenos poco frecuentes en exacerbaciones respiratorias de pacientes afectados de fibrosis quística (FQ). Las especies de *Ralstonia* son difíciles de identificar en el laboratorio, siendo muchas veces confundidas con *Burkholderia* o *Pseudomonas* o interpretadas como colonizaciones de baja patogenicidad.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 15 años y 6 meses diagnosticada de FQ en cribado neonatal con estudio genético F508del/V232. Suficiencia pancreática. Colonización crónica en el último año por *Crhyseobacterium* y *Stenotrophomonas* en tratamiento nebulizado con colistina, tobramicina y aztreonam lisina. Antecedente de exacerbaciones respiratorias con aislamiento de *Pseudomona aeruginosa* y *Burkholderia cepacia* precisando hospitalización para antibioterapia intravenosa a los 14 años. Estable clínica y funcionalmente en el último año. Hace 3 meses presentó exacerbación respiratoria leve (aumento de disnea y cantidad de esputo) con función pulmonar preservada (FEV1 2,11L, 62,3%; FVC 2,46L, 64,3%), aislándose en cultivo de esputo *Ralstonia insidiosa* multirresistente, *S. Aureus* meticilin sensible, y *Candida albicans*. En radiografía de tórax se objetivó condensación basal derecha, constatándose mediante tomografía condensación pulmonar en base derecha con pérdida de volumen, múltiples bronquiectasias y adenopatías mediastínicas. Recibió tratamiento endovenoso con piperacilina- tazobactam y ciprofloxacino, permaneciendo estable durante su estancia, sin necesidad de soporte respiratorio. Erradicación microbiológica en controles posteriores. Se realizó fibrobroncoscopia flexible observándose colapso con tapones mucosos en bronquio LSI y basales derechos, con extracción de 500 ml de contenido purulento tras BAL.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La prevalencia de *Ralstonia spp* en pacientes con FQ está aún por determinar, así como sus implicaciones clínicas. Estudios recientes relacionan este patógeno con el uso de dispositivos de terapia respiratoria inhalada, así como con aumento de tasas de morbimortalidad. Su erradicación es difícil dada la poca experiencia previa y las frecuentes resistencias antimicrobianas. Por ello es importante continuar definiendo el impacto clínico de *Ralstonia* y de otros patógenos emergentes en pacientes con FQ para contribuir a su mejor prevención y tratamiento en el futuro.



ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DE FIBROSIS QUÍSTICA EN NUESTRA ÁREA DE REFERENCIA

M.^a Yazmina Martínez García, Estela Pérez Ruiz, Margarita M.^a Sánchez Pérez, Raquel Yahyaoui Macías, Javier Blasco Alonso, Antonio Urda Cardona

Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La progresiva implantación del cribado neonatal de fibrosis quística (CNFQ), siendo obligatorio desde Noviembre de 2015 en España con diferentes programas, está conduciendo al diagnóstico de la enfermedad en fase presintomática, al tratamiento precoz con aumento de la esperanza de vida y a la estimación de su prevalencia.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos tras el inicio del programa de CNFQ desde su implantación en nuestra comunidad.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte histórica (recién nacidos sometidos a CNFQ desde Junio/2011 a Diciembre/2016) en una unidad de referencia de la comunidad. El programa consiste en la determinación de Tripsinógeno inmunorreactivo (TIR) en el tercer día de vida (TIR1). Cuando TIR1 es ≥ 61 ng/ml, se realiza una segunda muestra (TIR2) entre 25^o-28^o día de vida. Si TIR2 es ≥ 40 ng/ml se considera CNFQ positivo y se procede a su remisión a la unidad de FQ para completar el estudio.

RESULTADOS

Se han sometido a CNFQ 213.991 niños siendo 474 TIR2 elevada (0,22%). Se diagnosticaron de FQ 27 pacientes (5,6%). La mediana de edad al diagnóstico fue 36 días de vida. Durante el desarrollo del programa se han diagnosticado, además, 5 falsos negativos (0,002%). La sensibilidad de la estrategia doble TIR ha sido de 84,43% con especificidad de 99,79%, valor predictivo positivo de 5,6% y valor predictivo negativo de 99,99%. De los 27 niños diagnosticados por CNFQ, 12 se encontraban asintomáticos y 15/27 presentaban síntomas: 7/15 fallo de medro, 4/15 íleo meconial, 2/15 tapón meconial, 1/15 atresia ileal y 1/15 acidemia propiónica. Los niveles de cloro fueron superiores a 60 mmol/l en 26/27 pacientes y presentaron valores intermedios (30-60 mmol/l) en 1/27 pacientes. Las mutaciones más frecuentes fueron F508 (48,1%) seguida por G542X (0,05%). Presentaron insuficiencia pancreática 20/27 pacientes. La primocolonización por *P. Aeruginosa* se produjo en 16/27 pacientes (mediana de edad 9,6 meses) y por *S. Aureus* en 19/27 pacientes (mediana de edad 6,5 meses). Los percentiles medio de peso y talla al diagnóstico fueron 22 y 33 respectivamente, presentando actualmente un percentil medio de peso y talla de 43 y 44 respectivamente.

CONCLUSIONES

Aunque el CNFQ ha permitido el diagnóstico precoz de la gran mayoría de los pacientes, siguen existiendo casos de falsos negativos que suponen un retraso en el diagnóstico; además de una elevada tasa de falsos positivos, que generan angustia familiar; limitaciones inherentes a la utilización de TIR como único marcador.

BRONCOESPASMO INDUCIDO POR EJERCICIO, UN RETO DIAGNÓSTICO EN NADADORES

Sandra Sevilla Denia¹, Esther Bragado Alcaraz¹, Carolina Díaz García¹, Pablo Muñoz Martínez¹, Vanessa Sevilla Denia², Francisco López Ruz²

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia

²Clínica Virgen del Pilar, Pilar de la Horadada, Alicante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La broncoconstricción inducida por el ejercicio (BIE) presenta alta prevalencia, sobre todo en población asmática (80%), pero también en población sana (10%) y atletas de élite (22-54,8%). A pesar de ello, es una entidad poco reconocida e infradiagnosticada.

El diagnóstico en pediatría suele realizarse hace con el test de esfuerzo, utilizando la carrera con tapiz rodante como estímulo. Sin embargo, ésta puede tener limitaciones en determinados pacientes como son los nadadores de alto nivel, por no alcanzar la carga de trabajo precisa y no reproducir las condiciones concretas del deporte que practican. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de BIE en nadadores federados a través de dicho test.

MÉTODOS

Estudio prospectivo con 89 nadadores federados en nuestra región con edades comprendidas entre 6 y 19 años a los que se somete a prueba de esfuerzo sobre tapiz rodante. Realizamos espirómetros forzadas antes y después del ejercicio (5, 10, 15, 20 minutos). Criterio de positividad: Porcentaje de caída máxima de FEV1 >13%.

RESULTADOS

Reclutamos 88 sujetos, con predominio femenino (58%), rango de edad entre 6-19 años (media 12,5 años), volumen de entrenamiento medio 11 horas semanales. Un 50% de los pacientes presentaban antecedentes familiares de atopia (asma, alergia, rinitis o dermatitis). Sólo en 4,5% de los pacientes presentaba asma en los últimos 12 meses (el 75% recibía tratamiento de mantenimiento) y 10,23% presentaba síntomas de rinitis crónica. El 12,5% de la muestra refería haber presentado síntomas con el ejercicio previamente al test (tos, sibilantes, fatiga).

Finalizaron la prueba: 83 pacientes, superándola el 91,6%, 34 pacientes (40%) presentaron tos tras la misma. Resultados: Test positivo en 12 pacientes (14,5%), con una caída de FEV1 entre 13 y 43,8%. La gravedad de la BIE fue: 7 leve (13-20%), 2 moderada

CRITERIOS	
INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Federados natación 6-19 años Murcia	Presencia de infección respiratoria las últimas 3 semanas
Volumen de entrenamiento >7 horas semanales	Presencia de sintomatología de broncoespasmo
Capaces de completar 400 metros a alta intensidad a estilo crol	FEV1 basal < 70% del teórico
Se capaz de realizar espirometría correctamente	Recibir broncodilatadores de acción corta las 8 horas previas
Presentar consentimiento informado firmado.	Haber realizado ejercicio las 4 horas previas

(20-30%), 2 grave (30-40%) y 1 muy grave (>40%). 8 sujetos presentaron síntomas (66,7% de los positivos). En todos los casos, se obtuvo recuperación espontánea de la función pulmonar y de los síntomas. Ninguno de los pacientes con asma actual presentó BEI.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio observamos una prevalencia de BIE del 14%, mayor a la establecida para sujetos sanos, por tratarse de una población de riesgo como son los deportistas de alto nivel. El 67% de los niños con BEI presentó síntomas, resultando ser sólo el 24,2% del total con síntomas, ello nos indica la importancia de que el diagnóstico sea basado en pruebas broncodinámica pues el valor predictivo basado exclusivamente en síntomas es muy bajo.

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE ENTRE 6 Y 13 AÑOS AFECTOS DE FIBROSIS QUÍSTICA

Sonsoles Ferrer Rojo, Elena M.^a Godoy Molina, Víctor Manuel Navas López, Javier Pérez Frías, Carlos Sierra Salinas, Antonio Urda Cardona

Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fibrosis quística (FQ) es una patología con gran impacto en la calidad de vida (QOL) de los pacientes, a pesar del avance en los tratamientos disponibles.

Objetivos: conocer la QOL de los pacientes con FQ con edad comprendida entre 6-13 años; identificar factores clínicos relacionados con la misma; y evaluar la concordancia entre la QOL percibida por los niños y sus padres.

MÉTODOS

Se incluyeron todos los niños con seguimiento en un hospital terciario que accedieron a participar en el estudio. Se utilizó el cuestionario CFQ-R y las puntuaciones obtenidas fueron estandarizadas en un rango de 0-100. Se analizaron tanto la puntuación global como la correspondiente a los ocho dominios incluidos en el cuestionario. Para la comparación con los padres, solo se utilizaron los siete dominios comunes.

RESULTADOS

Se incluyeron 14 niños, 50% varones, con una mediana de 9,7 años (RIQ 7,6-11,4). La mediana de la QOL global fue 79,5 puntos (RIQ 71,2-83,8). Los dominios mejor valorados fueron capacidad física, funcionamiento emocional, carga de tratamiento e imagen corporal (mediana: 83,3 y RIQ 76,4-100, 75-91,7, 66,7-100 y 50-100 respectivamente). Los peor valorados fueron síntomas digestivos y problemas con la alimentación (mediana: 66,7 y RIQ 33,3-66,7 y 44,4-91,7 respectivamente). No se encontraron diferencias entre ambos sexos.

Se encontró una relación alta entre el número de ciclos de antibioterapia intravenosa recibidos en los tres últimos años con la QOL global ($r=-0,69$; $p=0,006$) y con los síntomas respiratorios ($r=-0,62$; $p=0,018$); y una relación moderada entre el número de ciclos con los problemas con la alimentación ($r=-0,58$; $p=0,029$), y entre el test de Bhalla con la QOL global ($r=0,57$; $p=0,034$) y con los síntomas respiratorios ($r=0,57$; $p=0,034$). No se encontró relación con el IMC (mediana: -0,09; RIQ -0,63 0,42).

Al comparar niños y padres, solo se observaron diferencias en el dominio carga de tratamiento ($p=0,002$; mediana de diferencia: 22,2; RIQ 8,3-47,2), siendo mayor la puntuación obtenida por los niños.

CONCLUSIONES

Existe relación entre la QOL percibida por los niños y el daño pulmonar que presentan, medido a través del test de Bhalla y el número de ciclos de antibioterapia intravenosa recibidos.

No se ha observado relación entre la calidad de vida y el IMC, probablemente justificado por la normonutrición de todos los niños del estudio.

No se encontraron diferencias entre la QOL percibida por los niños y los padres, salvo en el dominio carga de tratamiento donde los niños perciben una QOL mejor.

DISCINESIA CILIAR PRIMARIA, DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y UTILIDAD DE LA GENÉTICA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

Ana Isabel Maraña Pérez, Ana Valiente Armero, Juan Manuel Rius Peris, David Espadas Macía, Javier Torrecilla Cañas, Elisa Cueto Calvo

Hospital Universitario Virgen de la Luz, Cuenca, España

INTRODUCCIÓN

La discinesia ciliar primaria es la segunda enfermedad congénita más frecuente de las vías respiratorias siendo su prevalencia de 1/20.000-40.000 individuos. Constituye un diagnóstico diferencial a tener en cuenta ante niños con sibilantes recurrentes o asma de difícil control. A continuación, presentamos dos casos de la misma familia con bronquiolitis aguda de evolución tórpida y sibilantes recurrentes de difícil control cuyo diagnóstico final ha sido discinesia ciliar primaria.

RESUMEN DEL CASO

Niño de 2 meses que ingresa por cuadro de bronquiolitis aguda en nuestro centro. Procede de una gestación gemelar biamniótica-bicorial y nacimiento mediante cesárea a término por mal posición de ambos gemelos. En la sala de partos presenta depresión respiratoria al minuto y medio de vida que precisa reanimación durante 2 minutos con Apgar 9/5/8, pero sin necesitar posteriormente asistencia respiratoria. Por mala evolución de la bronquiolitis durante su ingreso se realiza una radiografía de tórax y una ecografía abdominal donde se objetiva un situs inversus total. Como antecedentes familiares: Padres de origen marroquí, no consanguíneos, 4 hermanas sanas y un hermano de 11 años con sibilantes recurrentes sin tratamiento de base en la actualidad y sin seguimiento por parte de espe-

cialista debido a cambio reciente de domicilio. Aportan informes médicos de dicho hermano en los que se objetiva también un situs inversus total de diagnóstico al mes de vida a raíz de ingreso por bronquiolitis aguda; posteriormente durante su seguimiento en otro centro se realiza un estudio ultraestructural de cilios en el que se observan cuatro células ciliadas en la que solo una presenta cilios desordenados. Ante la alta sospecha clínica se solicita estudio genético de discinesia ciliar primaria encontrándose en ambos una variante CCDC39c.2190_2190delA, identificada en homocigosis considerándose una variante patogénica de la discinesia ciliar primaria tipo 14.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La discinesia ciliar primaria es una enfermedad de difícil diagnóstico, ya no solo por su variabilidad sintomatológica, sino por la complejidad de las técnicas diagnósticas. Durante muchos años el gold estándar diagnóstico en esta patología ha sido el análisis ultraestructural ciliar mediante microscopía electrónica; sin embargo, en los últimos tiempos, con el desarrollo en el campo de la genética, se está consiguiendo un mayor conocimiento de los genes que codifican las estructuras proteicas de los cilios cuyas mutaciones son las causantes de dicha enfermedad.

EXPERIENCIA EN DIAGNÓSTICO DE SAHS INFANTIL MEDIANTE POLIGRAFÍA RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Patricia del Río Martínez, Eneritz Lizarralde Atristain, Juan José Idoeta Kiernan, Pablo Oliver Goicolea, Laura Herrero García, Arántzazu Arrospide Elgarresta

Hospital de Mendaro, Mendaro, Guipúzcoa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El SAHS infantil afecta al 4% de la población y se asocia a importante morbilidad, afectando muy negativamente a la calidad de vida de éstos. La prueba gold-standard para el diagnóstico es la polisomnografía, sin embargo, la poligrafía respiratoria (PR) es una alternativa válida. En un hospital comarcal la polisomnografía no está disponible por lo que en la población susceptible de SAHS realizamos preferentemente PR domiciliarias.

El objetivo de este estudio es determinar los factores asociados a la necesidad de repetir la PR y el impacto económico de esta práctica.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las PR realizadas en pacientes pediátricos desde julio 2014 hasta diciembre 2016. Se analizaron las variables: sexo, edad, sintomatología, comorbilidad, IMC, TA, Chervin, IAH, tratamiento médico/quirúrgico y necesidad de repetir PR en domicilio/hospital.

Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente se midió la asociación de las variables con la necesidad de repetir la PR. Para ello se utilizó el test χ^2 o el test exacto de Fisher en función del número de categorías de la variable a analizar.

RESULTADOS

En este periodo se valoraron 141 niños (51,8 % varones) con una media de edad de 5,3 años (DE 2,5). El 65% de las familias habían objetivado apneas del sueño y el 87% otros síntomas asociados. El 20% de nuestros pacientes presentan sobrepeso u obesidad, y el 35% infecciones ORL de repetición. El test de Chervin (93%) es el test diagnóstico más utilizado en nuestra área.

Precisaron repetir PR 18 casos (13%), 4 de ellos en el hospital (2%). El 28% de los pacientes fueron SAHS Moderado/Severo, susceptibles de cirugía adenoamigdalárica. El 61 % fueron roncoadores simples (se descartó SAHS). El 25 % precisó tratamiento médico. En el 82% de los pacientes se resolvió la sintomatología tras la cirugía, en aquellos que persistió la sintomatología las PR de control no han mostrado recidivas ni enfermedad residual hasta el momento actual.

La repetición de las pruebas no resultó asociada significativamente a ninguna de las variables a estudio salvo al IMC en percentiles 75 y 90.

Finalmente, el coste aproximado de la PR hospitalaria supone un coste muy superior al de las PR domiciliarias (177,2 € frente a 93 €).

CONCLUSIONES

Aunque solamente hemos encontrado el IMC como factor predictor asociado a la necesidad de repetir la PR domiciliaria/hospitalaria, nuestra práctica habitual supone un ahorro considerable y nos hace posible hacer frente al infradiagnóstico del SAHS infantil.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Rosario Resola Camacho, Silvia Fernández Peregrina, José Batlles Garrido, Yolanda González Jiménez, Teresa Rubí Ruiz, Antonio Bonillo Perales

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas y terapéuticas de las fístulas broncopleurales (FBP) ingresadas en nuestro hospital en los últimos 15 años.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de las Fístulas broncopleurales ingresadas y diagnosticadas por TAC pulmonar entre 2000-2015

RESULTADOS

Se incluyeron 1150 neumonías, de ellas 26 fueron neumonías necrotizantes (2,2% del total): 8 desarrollaron una FBP (30%) y de éstas, 6 se acompañaron de empiema (75%). Mediana de edad al ingreso: 24 meses. 4 recibieron vacuna antineumocócica 13-valente y 2 heptavalente. 4 padecían una enfermedad de base: 2 sibilancias recurrentes, uno laringitis recurrentes, otro parálisis cerebral infantil. Promedio de días de estancia hasta el diagnóstico: 7 ± 2 . Días hospitalización: 25 de media. En 6 niños, la fiebre duró más de 7 días desde el ingreso. Localización más frecuente de la neumonía: lóbulo inferior izquierdo (40%) y superior derecho (33,3%).

La PCR media al ingreso fue 26 mg/dL. Todos los hemocultivos fueron negativos. El antígeno neumocócico en líquido pleural fue positivo en 62,5%. Antibióticos intravenosos al ingreso: 12,5% Amoxicilina-clavulánico, 12,5% cefotaxima y 75% Ampicilina; en 55% de éstos, se sustituyó por Cefotaxima+Vancomicina y en 30% por Cefotaxima+Clindamicina. Duración media de antibioterapia: 23 días (intravenosa 17 días). Se coloca tubo de drenaje después del ingreso a los 2 días de media y su duración media es de 12 días. Transcurrieron una media de 12 días hasta la resolución de la FBP. Tan sólo un paciente precisó cierre quirúrgico mediante VATS.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra las FBP representan una complicación relativamente frecuente de las neumonías necrotizantes. Un alto porcentaje habían recibido previamente vacunación antineumocócica. Alta rentabilidad diagnóstica del antígeno neumocócico en líquido pleural. La mayoría de las FBP se resolvieron de forma espontánea tan sólo con tratamiento antibiótico y drenaje. Ante una FBP se debe considerar una actitud expectante, y si no se resuelven, realizar el cierre quirúrgico a las 3-4 semanas.

IMPACTO DEL TABAQUISMO PASIVO EN LA FUNCIÓN PULMONAR Y GRAVEDAD DEL ASMA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

María López Blázquez, Sara Vigil Vázquez, Jimena Pérez Moreno, Felipe González Martínez, Juan Luis Rodríguez Cimadevilla, Rosa Rodríguez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El asma supone un importante problema de salud cuya prevalencia en España oscila 5-15%. Aunque es conocido que la exposición al humo del tabaco es un factor de riesgo en el asma, existen estudios limitados que valoren la función pulmonar en niños. Nuestro objetivo es conocer la proporción de pacientes que ingresan por asma que están expuestos al humo del tabaco y analizar la relación del tabaquismo pasivo con la alteración de la función pulmonar y la gravedad del asma.

MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo analítico en niños entre 4 y 16 años de edad que precisaron ingreso por crisis asmática en un hospital terciario durante el periodo de 2011 a 2015. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas de gravedad del proceso y exposición al humo de tabaco en domicilio. Se considera alteración de la función pulmonar si presentaba un cociente FEV1/FVC <80%. Se analizaron los datos mediante el programa estadístico SPSS, realizándose un análisis bivalente y multivalente considerándose estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los 365 pacientes ingresos por crisis asmática, el 41% estaban expuestos al humo de tabaco en domicilio. Estos pacientes presentaban menor saturación de

oxígeno al ingreso ($p 0,03$), mayor score de gravedad y mayor número de visitas a Urgencias en los 3 meses previos ($p 0,04$). Las crisis fueron más graves cuando eran ambos progenitores los que fumaban ($p 0,03$).

De los 200 pacientes con estudio de espirometría, un 25% mostraban alteración de función pulmonar. Cuando fumaban ambos progenitores el FEV1/FVC estaba más alterado (77-92%) que si ninguno fumaba (80-95%) o lo hacía sólo la madre (83-90%), $p 0,03$, OR 3,3.

El análisis multivalente confirma que el tabaquismo pasivo es un factor de riesgo independiente de alteración de función pulmonar ($p 0,029$; OR 3,9). El score de gravedad está relacionado de forma independiente por la exposición al humo del tabaco ($p 0,037$).

CONCLUSIONES

El 41% de los ingresos por asma están expuestos al humo de tabaco en domicilio. En estos pacientes las crisis asmáticas son más graves con mayores puntuaciones de los scores de gravedad al ingreso, mayor número de ingresos y de consultas en urgencias.

El tabaquismo pasivo es un factor de riesgo independiente de alteración de la función pulmonar de nuestros pacientes. Se considera fundamental insistir en la prevención del tabaquismo pasivo en el medio familiar.

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA: REVISIÓN DE CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Paula Gacimartín Valle, Marianela Marcos Temprano, José Manuel Marugán de Miguelsanz, Isabel Bermúdez Hormigo, Amelia Pérez España, Sandra Rodríguez Boderó

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La calidad de vida y pronóstico de los pacientes con fibrosis quística (FQ) mantiene relación con el número de exacerbaciones respiratorias y los microorganismos implicados. Esta revisión pretende analizar el perfil microbiológico de los procesos respiratorios, su impacto sobre la función pulmonar y su relación con la edad y el estado nutricional.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los procesos infecciosos respiratorios en pacientes con FQ basado en

la revisión de historias clínicas de 17 pacientes desde 2014 hasta la actualidad. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, funcionales y microbiológicos.

RESULTADOS

La edad media actual de nuestros pacientes es de 7,7 años (rango 4 meses-18 años). 5 son homocigotos F508d, 10 heterocigotos y el 58,8% tienen insuficiencia pancreática. La media de FEV1 Z-score es -1,078 y de IMC -0,57 DS. Un 52,9% presentan colonización crónica (44,4% por *S. Aureus* meticilin sensible, 22,2% por *S. Aureus* meticilin resistente, 22,2% *Pseudomona Aeruginosa*, 5,8% *Stenotrophomonas maltophilia*) recibiendo antibioterapia nebulizada continua cinco. En el último año el 70,5% presentaron exacerbaciones respiratorias (media 2,79 por paciente). En menores de 3 años (6) sólo el 33% presentó exacerbaciones (vs 90,9% en mayores de 3 años), con aislamiento de SAMS (33%), *E. coli* (33%), *Moraxella catharralis* (22%), virus respiratorios (22%) y *Pseudomona* (11%). En mayores de 3 años los patógenos más frecuentemente aislados en relación con exacerbación clínica fueron SAMS (56%), *Pseudomona* (20,5%), SAMR (15,4%) y *Stenotrophomonas* (7,6%). La caída media del FEV1 por exacerbación fue 8,8%. Sólo precisaron hospitalización y tratamiento endovenoso 3 de las exacerbaciones (SAMS en lactante de 1 mes, *Burkholderia cepacia* y *Ralstonia insidiosa* en adolescente). Los pacientes que presentaron exacerbaciones tenían una mediana de edad de 10,6 años y FEV1 Z-score -1,52 frente a 1,43 años y Z-score -0,64 en los asintomáticos. Los homocigotos presentaron más de 4 exacerbaciones al año (60 %) frente a los no homocigotos (33,3 %) (p 0,044). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nº exacerbaciones en portadores crónicos, insuficiencia pancreática ni en relación con la edad o el IMC.

CONCLUSIONES

La colonización por microorganismos patógenos ocurre a edades tempranas, y constituye una de las principales causas morbi-mortalidad. *Staphylococcus Aureus* y *Pseudomona* continúan siendo los patógenos más prevalentes, con participación de gérmenes multirresistentes en edades más tardías. La calidad de vida y las expectativas de supervivencia dependen del número anual de exacerbaciones y de la carga de microorganismos en las secreciones respiratorias.

TAQUIPNEA PERSISTENTE Y ESTANCAMIENTO PONDERAL COMO MANIFESTACIÓN DE UNA HIPERPLASIA DE CÉLULAS NEUROENDOCRINAS

Isabel Álvarez Ferrín¹, Amalia Uribe Posada², Joaquín Villagómez Hidalgo², Catarina Sevivas Fontoura¹, M.^a Isabel González Álvarez², José Ramón Villa Asensi²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia de células neuroendocrinas de la infancia (HCNI) es una enfermedad pulmonar intersticial poco común, de etiología desconocida, que se presenta en los primeros meses de vida. El diagnóstico se establece en un lactante con clínica sugestiva (hipoxemia, taquipnea, crepitantes y estancamiento ponderal) y con los hallazgos característicos de la tomografía de tórax de opacidades en vidrio deslustrado en el lóbulo medio y en la llingula. Esto permite diferenciarla de otras enfermedades intersticiales pulmonares que exigen una biopsia diagnóstica. A nivel histológico se caracteriza por un aumento de células de estirpe neuroendocrina en los bronquiolos y en los conductos alveolares. No existe una terapia específica siendo el tratamiento fundamental de soporte con oxigenoterapia. En general presentan un pronóstico favorable con una mejoría gradual de los síntomas.

RESUMEN DEL CASO

Se presentan 4 lactantes, dos niños y dos niñas, que debutaron entre los 4-5 meses de edad con taquipnea, hipoxemia, y estancamiento ponderal. Todos ellos fueron recién nacidos a término, excepto un paciente que nació a las 36 semanas, sin complicaciones en el embarazo ni en el período neonatal. Ninguno tenía antecedente familiar de enfermedad pulmonar. Tres de los 4 pacientes fueron ingresados por bronquiolitis con evolución tórpida previo al diagnóstico. En todos se descartó otras causas de enfermedad pulmonar crónica. Los cuatro presentaron los hallazgos característicos en la TC torácica con afectación predominante en LM y llingula. En los pacientes con edad suficiente para realizar una espirometría, se objetivó un patrón obstructivo en la función pulmonar. Los cuatro fueron tratados con oxigenoterapia y, en dos de ellos, se asoció tratamiento con corticoides durante las exacerbaciones respiratorias sin clara mejoría. presentaron una evolución favorable, con mejoría de la taquipnea, recuperación ponderal y menores requerimientos de oxígeno con el tiempo.

Características clínicas de los pacientes diagnosticados de Hiperplasia de células Neuroendocrinas en nuestra unidad

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo	V	V	M	M
Edad gestacional	36 semanas	38 semanas	40 semanas	40 + 6 semanas
Peso al nacimiento	2480	3420	3220 gramos	3300
Edad al debut	5 meses	5 meses	4 meses	4 meses
Taquipnea	Si	Si	Si	Si
Hipoxia	Si	Si	Si	Si
Sibilancias	No	No	No	No
Crepitantes	Si	Si	Si	Si
Tos	No	Escasa	Escasa	No
Fallo de crecimiento	Si (peso <p3)	Si (peso p6)	Si (peso p<3)	Si (peso p4)
TAC: opacidades en vidrio deslustrado	Si	Si	Si	Si
Biopsia pulmonar	Si, 12 meses	No	No	No
Pronóstico	Asma no atópica	Asma no atópica	Favorable	Favorable

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

- La HCNI se debe sospechar ante un lactante con taquipnea persistente, crepitantes y estancamiento ponderal en ausencia de infección respiratoria.
- La clínica, junto con el patrón radiológico en la TAC, permite el diagnóstico evitando la biopsia que se reservará para casos severos o dudas diagnósticas.
- El tratamiento es de soporte con oxigenoterapia y tratamiento de las comorbilidades
- Los pacientes tienden a mejorar con el tiempo, pero en algunos pueden persistir síntomas leves o cierta intolerancia al ejercicio.

TAC torácico de paciente con HCNI: opacidades en vidrio deslustrado en lóbulo medio y língula. Imágenes características en "alas de murciélago"



¿QUÉ HALLAMOS EN NIÑOS CON NEUMONÍAS RECURRENTE A LOS QUE SE INDICA UNA BRONCOSCOPÍA?

Ana Belén González Martínez, Mikel Santiago Burruchaga, M.^a Dolores Pastor Vivero, Alba M.^a Carro Falagán, Miriam Gendive Martín

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las neumonías recurrentes (NR), principalmente cuando presentan la misma localización, constituyen una indicación frecuente de broncoscopia flexible (BF) para descartar anomalías anatómicas y obtener muestras biológicas mediante lavado broncoalveolar (LBA).

El objetivo de este trabajo es valorar la rentabilidad de la BF y describir los hallazgos obtenidos.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de variables demográficas, anomalías de la VA y LBA en niños sin patología de base conocida en los que se indicó BF por NR entre 2006 y 2016.

RESULTADOS

Se reclutaron 58 niños (8% de las exploraciones realizadas). 28 fueron niñas y la mediana de edad fue de

5 años (1-11). En 48 (83%) las neumonías fueron en la misma localización, y en 5 (8,6%) coexistieron con historia de tos crónica. La BF se realizó fuera del episodio agudo. 34 (58,6%) presentaron uno o varios hallazgos: malacia vía aérea inferior 29 (50%), estenosis bronquial 3 (8,8%), granuloma bronquial no tuberculoso 1 (3%) y bronquio traqueal 1 (3%). 30 (51,7%) tuvieron presencia anormal de secreciones. En 41 (71%) se obtuvo LBA siendo positivo el cultivo bacteriano en 18 niños (44% de los realizados): H. Influenzae no encapsulado (13), M. Catharralis (3), S. pneumoniae (2) y S. pyogenes (1).

CONCLUSIONES

La BF es una prueba complementaria con un buen rendimiento en los pacientes pediátricos con neumonías recurrentes, con una elevada frecuencia de hallazgos anatómicos patológicos de la vía aérea inferior y de signos inflamatorios. La malacia fue con diferencia la anomalía más frecuente.

Además estos pacientes presentan una elevada prevalencia de cultivos positivos en el LBA para gérmenes responsables habituales de infección endobronquial persistente, siendo el H. Influenzae no encapsulado el más frecuente.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA Y PSIQUIATRÍA INFANTIL

VIERNES 2 DE JUNIO • 15:00-16:45 H • SALA 11

COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y GENOTÍPICA DE NUESTROS PACIENTES

Diana Ghandour Fabre¹, Carmen Martínez Ferrández², Salvador Ibáñez Micó¹, Helena Alarcón Martínez¹, Eduardo Martínez Salcedo¹, Rosario Domingo Jiménez¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

²Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El complejo esclerosis tuberosa (CET) es una enfermedad autosómica dominante que afecta a 1/10000 recién nacidos. Se caracteriza por presentar anomalías en la piel (máculas hipomelanóticas y angiofibromas faciales), el cerebro (túber, nódulos subependimarios, astrocitomas de células gigantes, ACG), angiomiolipomas renales y rabiomiomas cardíacos. Se asocia con epilepsia, trastornos de conducta y déficit cognitivo. El pronóstico depende de los tumores del sistema nervioso central y de la afectación renal. Se identifican mutaciones en los genes TSC2 (70%) y TSC1 (30%).

Objetivos: descripción clínica, evolutiva y molecular de los pacientes diagnosticados de CET.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo mediante revisión sistemática de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de CET en un Servicio de Neuropediatría.

RESULTADOS

Identificamos 18 pacientes, 9 (50%) eran niñas. Edad media al diagnóstico de 9 meses, 3 diagnósticos neonatales (1 por crisis, 2 por rabiomiomas cardíacos). Síntomas iniciales más frecuentes: epilepsia (60%) y rabiomiomas cardíacos (3). Epilepsia presente en 14 (80%), debutando 9 como espasmos infantiles. El fármaco más empleado fue vigabatrina.

Presentaron déficit cognitivo y trastorno de conducta el 60%, (5 hiperactividad, 2 autismo, 1 psicosis). Manifestaciones cutáneas: 18 máculas hipomelanóticas, 16 angiofibromas y 5 placa chagrín. Rabiomiomas cardíacos, angiomiolipomas y polisquitosis renal: 15, 9 y 5 pacientes respectivamente.

RM cerebral: 10 nódulos subependimarios, 12 tuberósidades corticales y 5 ACG.

Estudio genético realizado en 12 pacientes: 11 mutaciones en TSC2 y 1 en TSC1.

CONCLUSIONES

El fenotipo de los individuos de nuestra serie es congruente con los datos publicados en series previas. La mayoría de los pacientes (60%) presentaron epilepsia, fácil de controlar en la mayoría de los casos, aunque la mitad de ellos presentaron espasmos infantiles en algún momento. El diagnóstico genético tiene interés para vigilar las eventuales complicaciones y para orientar el tratamiento (vigabatrina para los espasmos, everolimus para el astrocitoma subependimario de células gigantes).

DISTONÍA SENSIBLE A LEVODOPA: PRESENTACIÓN DE UNA FAMILIA

Sonia Martínez González¹, Ainhoa García Ribes², M.ª Jesús Martínez González²

¹CS de Leioa, Leioa, Vizcaya

²Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

INTRODUCCIÓN

La distonía sensible a levodopa o enfermedad de Segawa es una entidad autosómica dominante por alteración del gen GCH1 que codifica la enzima guanina-trifosfato-ciclohidrosilasa. El defecto metabólico origina una deficiencia de la dopamina estriatal. Se caracteriza por un espectro clínico amplio (distonía focal, diplejía con signos piramidales, distonía generalizada grave), de aparición precoz en la infancia, con fluctuación diurna y respuesta marcada y sostenida a la levodopa. El empeoramiento de la sintomatología a lo largo del día es característico de esta entidad. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Presentamos un caso clínico que contribuyó al diagnóstico familiar y su evolución a largo plazo.

RESUMEN DEL CASO

Segunda hija de padres no consanguíneos. Desarrollo psicomotor normal con marcha autónoma a los 18 meses con tendencia a la marcha en puntas (tip-toe walking). Valorada en Neuropediatría a los 6 años por

torpeza de la marcha de un año de evolución, que se va acentuando a lo largo del día y que remite parcialmente tras la siesta. A la exploración: imposibilidad para el salto sobre un solo pie y para la marcha en tandem, disdiadococinesia. Reflejos osteotendinosos vivos con reflejo cutáneo plantar extensor. Aportan video familiar donde se observan posturas distónicas leves a lo largo del día, empeoramiento de la marcha y tendencia a caer hacia atrás. Se realiza estudio incluyendo neurotransmisores en LCR observando un defecto de pterinas y homovanílico que sugiere una deficiencia de GTP-ciclohidrolasa dominante. Desde el inicio del tratamiento con levodopa, la respuesta objetivada es espectacular, con desaparición completa de la sintomatología descrita. El estudio genético detecta la mutación G203R en heterocigosis en el exón 5 del gen GCH1. Se completa estudio familiar siendo el padre portador asintomático y en la rama paterna: tío con diagnóstico de paraparesia espástica hereditaria a los 8 años en otro centro, tía con distonía de etiología no filiada y abuela con clínica de arrastre de piernas de inicio a los 70 años, todos ellos con estudio genético positivo y con respuesta a la levodopa. Evolutivamente permanece asintomática desde el inicio del tratamiento hasta su última valoración a los 16 años, con buena tolerancia al mismo y exploración neurológica normal.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Consideramos importante reconocer esta entidad dada la respuesta clínica a la administración de levodopa. Se recomienda descartarla en todos los niños con distonía, parkinsonismo, parálisis cerebral infantil

disquinética y espástica y paraparesia espástica en los que no se haya podido determinar su etiología.

ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA DE INICIO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Galán Bueno, Vianor Pablo Silvero Enríquez, Valentín Moreno Carbonell, M.^ª Carmen Prieto Zazo, M.^ª Ángeles Expósito Expósito, Cristina Cáceres Marzal

Hospital Materno-Infantil de Badajoz, Badajoz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

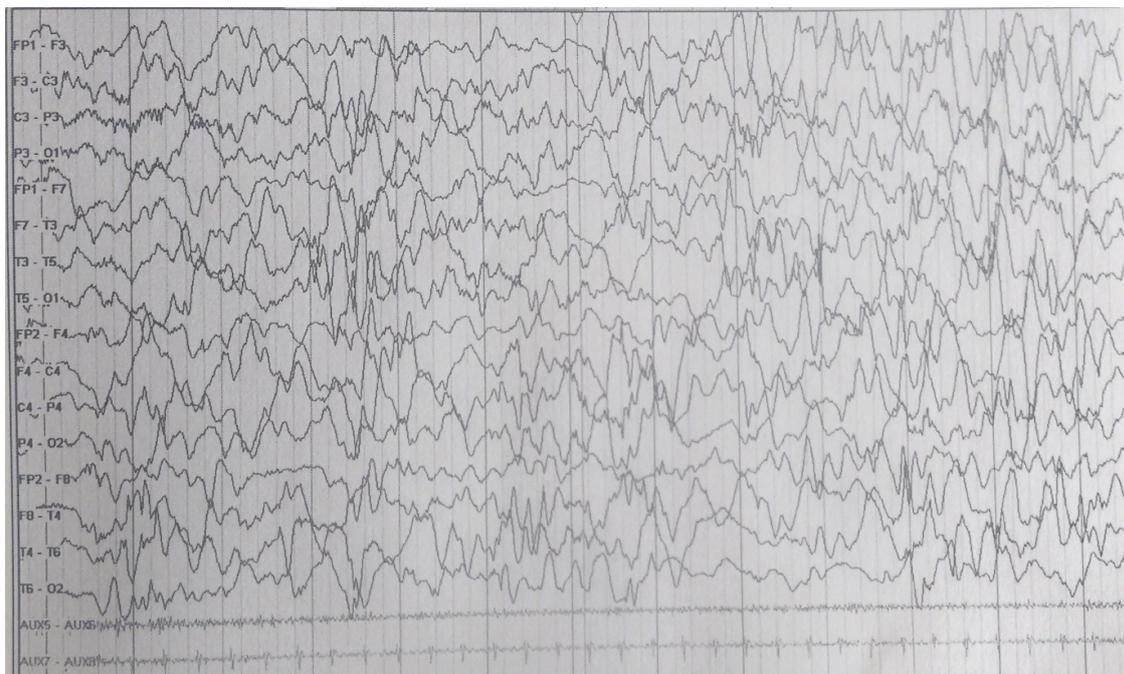
Presentamos el caso de un lactante de 20 meses con epilepsia farmacorresistente de inicio en los primeros días de vida.

MÉTODOS

Gestación y parto sin incidencias (salvo movimientos fetales anómalos, descritos como "sacudidas" por la madre).

Con dos días de vida, inicia crisis de morfología focal con predominio del hemisferio derecho, breves, con frecuencia variable, con exploración neurológica inter-crisis normal.

El estudio inicial de convulsiones neonatales es normal: analítica; ecografías y resonancia magnética cerebral; electroencefalogramas (EEGs) y estudio neurometabólico.



Al segundo mes de vida se obtiene el primer EEG ictal, donde se aprecian paroxismos multifocales en regiones centrales; con trazado interictal normal.

Evolutivamente reaparecen las crisis con distinta morfología. Se pautan diferentes fármacos antiepilépticos (FAEs) con distintas combinaciones, así como piridoxina, otros cofactores dieta cetogénica, sin respuesta o con respuesta parcial.

Clínicamente muestra ya hacia el tercer mes un déficit a nivel neurosensorial, con falta de fijación de la mirada, respuestas anómalas a estímulos y una irritabilidad marcada. Los EEGs empiezan a mostrar alteraciones interictales.

Desde el quinto mes, los EEGs empeoran, con actividad de base desestructurada, (trazado hipsarrítmico, paroxismo-supresión) y paroxismos focales en ambos hemisferios; con empeoramiento tanto del nivel neurosensorial como del tono muscular.

Ante la sospecha de evolución a encefalopatía epiléptica infantil precoz se solicita estudio genético de epilepsia, mostrando una variante patogénica en heterocigosis del gen KCNT1.

A los 6 meses de vida se decide iniciar tratamiento con Quinidina, modificador de los canales de k⁺ (como medicamento de uso compasivo), previa valoración cardiológica normal. Desde el inicio del tratamiento se aprecia buena respuesta, con mejoría de los EEGs, disminución de las crisis y discreta mejoría del nivel de alerta y relación con el medio.

Actualmente se encuentra en tratamiento con Quinidina, Ácido Valproico, Perampanel y Clonacepam.

RESULTADOS

Diagnóstico: encefalopatía epiléptica. Epilepsia parcial maligna migratoria del lactante.

CONCLUSIONES

En los últimos años se ha puesto mucho énfasis en el estudio genético de encefalopatías epilépticas de aparición en los primeros años de vida, entre las que se encuentra la epilepsia parcial maligna migratoria del lactante, producida por la mutación del gen KCNT1.

Es una entidad infrecuente que asocia crisis convulsivas de comienzo precoz, multifocales, asociadas a deterioro neurológico progresivo con detención del desarrollo psicomotor y refractarias a FAEs.

Durante los años 2015-2016 se han reportado casos con respuesta a la Quinidina, fármaco utilizado como antiarrítmico y antimalárico, antagonista débil del canal KCNT1. Precisa controles estrechos durante su uso, siendo la principal complicación alteraciones cardiológicas.

ENCEFALOPATÍA EN UN LACTANTE SECUNDARIA A INFECCIÓN RESPIRATORIA

Sara Vigil Vázquez, Alejandro Parreño Marchante, Concepción Miranda Herrero, Elena Rincón López, Rosa Rodríguez Fernández, Blanca Toledo del Castillo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un lactante varón de 5 meses de edad con alteración neurológica brusca en contexto de proceso infeccioso catarral con febrícula de 3 días de evolución.

RESUMEN DEL CASO

Lactante varón de 5 meses, sin antecedentes personales de interés, ingresado por alteración neurológica brusca, en contexto de cuadro catarral afebril.

Se objetiva desconexión intermitente del medio con tendencia al sueño, hipotonía axial, hiperreflexia sin asociar clonus, nistagmus horizontal y sedestación inestable con tremor cervical.

Inicialmente se realiza estudio analítico en sangre, orina y LCR, con extracción de muestras microbiológicas, tóxicos en orina y ecografía transfontanelar y TAC, que resultan normales. Ante la sospecha inicial de meningoencefalitis se inicia tratamiento empírico con aciclovir y cefotaxima intravenosos. La PCR para VHS y enterovirus en LCR, exudado nasal y rectal fueron negativas. El vídeoEEG no muestra alteraciones pero en la RMN cerebral se objetiva extensa afectación de la sustancia blanca subcortical y central multifocal, ganglios de la base izquierdos. Dado los hallazgos en neuroimagen se decide mantener tratamiento con aciclovir intravenoso hasta completar 14 días, iniciándose metilprednisolona intravenosa a 30 mg/kg/día, durante 5 días.

El paciente presenta mejoría clínicamente significativa a las 48 horas de ingreso hospitalario, presentando progresivamente neuroconducta normal y exploración neurológica completa normal por lo que se decide alta domiciliaria. El resultado de virus respiratorios es positivo para adenovirus y los anticuerpos IgG-MOG son positivos en LCR por lo que se llega al diagnóstico de encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM) con anticuerpos anti-MOG positivos secundario a infección respiratoria por adenovirus.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM) es una enfermedad generalmente monofásica, de predominio en niños prepúberes tras una enfermedad febril previa

o una inmunización. Se considera una entidad inmunomediada con desmielinización aguda del SNC, pero con afectación de ganglios de la base y sustancia gris cortical. Suele producir síntomas neurológicos de inicio abrupto y encefalopatía con afectación cortical. Su diagnóstico se basa en la clínica y en la neuroimagen.

Su diagnóstico diferencial plantea dificultades con la esclerosis múltiple (EM), que puede debutar de forma parecida pero con un curso recidivante polifásico. En la mayoría de los casos no puede diagnosticarse la etiología vírica, aunque existen casos publicados de virus herpes y mycoplasma.

Ante un paciente con clínica neurológica brusca y cuadro infeccioso asociado, aunque leve, se debe realizar un despistaje microbiológico dada la asociación de las infecciones víricas con esta patología neurológica (ADEM).

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Diana Ghandour Fabre, Sonia Valero Portero, Salvador Ibáñez Micó, Helena Alarcón Martínez, Eduardo Martínez Salcedo, Rosario Domingo Jiménez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es un trastorno neurocutáneo genético de herencia autosómica dominante presente en 1/3000 recién nacidos, caracterizado por múltiples manchas café con leche, efélides axilares e inguinales, neurofibromas cutáneos y plexiformes, nódulos de Lisch, gliomas ópticos, hamartomas del sistema nervioso central (SNC) y tumores malignos de la vaina de los nervios periféricos (MPNST). El 50% asocian dificultades en el aprendizaje. En el 95% se identifican mutaciones en el gen NF1, penetrancia del 100% y expresividad variable.

Objetivos: descripción epidemiológica, fenotípica y molecular de nuestros pacientes diagnosticados de NF1.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los pacientes menores de 14 años diagnosticados de NF1 en el Servicio de Neuro-pediatría de un Hospital Universitario.

RESULTADOS

Se han identificado 53 pacientes, 4 pertenecientes al subtipo NF1-Síndrome de Noonan y 1 segmentaria. El 43% (23) eran niñas. Media de edad al diagnóstico: 25 meses. Antecedentes familiares presentes en el 50%. Al inicio del seguimiento el 100% presentaban manchas café con leche. En su evolución se ha identificado efélides axilares y/o inguinales (n:21), neurofibromas cutáneos (n:10), neurofibromas plexiformes (n:5), nódulos de Lisch (n:4), escoliosis (n:16) y vasculopatía (n:2). Problemas en el aprendizaje presentes en 20 y 5 TDAH.

En RM cerebral se identificó: gliomas ópticos (n:9), hamartomas encefálicos (n:15) y otros tumores de SNC (n:6). En todos los casos con mutación identificada se halló esta en el gen NF1 (n:26).

CONCLUSIONES

Tras analizar nuestra muestra encontramos datos similares a los descritos en la otras series: distribución por género, antecedentes familiares, presencia de estigmas cutáneos y aparición temporal, asociación a tumores del SNC, presencia de dificultades en el aprendizaje, escoliosis e identificación de mutaciones en el gen NF1.

Resaltar la importancia de un diagnóstico precoz, manejo interdisciplinar y tratamiento de las complicaciones asociadas (malignización de tumoraciones y vasculopatía), que determinan su pronóstico.

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE EPILEPSIA EN NIÑOS CON CRISIS FEBRILES

Nora Mayo Artuch¹, Cristina Elípe Maldonado¹, Elena Rodríguez Corrales¹, Carmen M.^a Hinojosa Mateo¹, Daniel Natera de Benito², Cristina Juberías Alzueta¹

¹Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

²Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las crisis febriles son la patología convulsiva más frecuente en la edad pediátrica, 2-5% de la población infantil. El riesgo de desarrollar epilepsia en niños con crisis febriles es del 2 al 5%, mientras que el riesgo de epilepsia en la población general es de 5/1000 niños.

El objetivo de este estudio es identificar los factores pronósticos que conducen a los niños con crisis febriles a desarrollar epilepsia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico observacional retrospectivo de cohortes histórico que comprendió el periodo entre enero de 2004 y diciembre de 2011 con seguimiento posterior hasta diciembre de 2015. Se recogieron los datos de las historias clínicas electrónicas y se realizó una comprobación de los datos mediante contacto telefónico. Se realizó el análisis estadístico con el programa informático SPSS, versión 22.

RESULTADOS

Los pacientes incluidos en nuestro estudio fueron 320, de estos no se pudo contactar para comprobación de los datos en 68 de ellos.

De los 320 pacientes incluidos, 46,1% eran mujeres y 56,9% hombres. La edad media de la primera crisis febril fue de 23,52 meses (DE 13,18).

Un 25,7% tenían antecedentes familiares de crisis febriles y un 6,1% de epilepsia. La causa de la fiebre en el primer episodio fue infección respiratoria de vías altas en un 45%, gastroenteritis aguda en un 8,5%, fiebre sin foco en un 23,6%. El tipo de crisis fue considerada simple en un 84,2% y compleja en un 15,8%.

En el seguimiento un 5,4% fueron diagnosticados finalmente de epilepsia y un 8,8% fueron diagnosticados de algún déficit neurológico. Un 66% no tuvo recurrencias posteriores.

De los pacientes incluidos en el estudio, 29 fueron tratados con algún fármaco antiepiléptico en algún momento del seguimiento.

El análisis univariante mostró como factores pronósticos significativos: duración de la fiebre superior a 12 horas, número de recurrencias 3-4 episodios y número de recurrencia de la crisis superior o igual a 5 episodios. El resto de variables estudiadas no fueron estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Las crisis febriles son la patología convulsiva más frecuente en la edad pediátrica y de ahí la importancia de conocer qué factores podrían predisponer al desarrollo de epilepsia.

En nuestro estudio el número de crisis febriles y la duración de la fiebre parecen estar relacionadas con el riesgo de desarrollar epilepsia posteriormente.

Otros estudios indican otros factores asociados al desarrollo de epilepsia, pudiendo llegar a tener un efecto acumulativo entre ellos.

GUILLAIN-BARRÉ, UN SÍNDROME QUE NOS DEJA PISTAS FALSAS

María Gotor Gil, Zulema Lobato Salinas, Marta Mínguez Vinardell, Judit Dorca Vila, Sandra Montells Fuster, Laia Martí Más

Althaia, Xarxa Assistencial Universitaria, Manresa, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Guillain Barré (SGB) se define como una polirradiculoneuritis aguda de origen autoinmune, en ocasiones desencadenado por una infección bacteriana o viral. Se considera a menudo como sinónimo de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, ascendente, simétrica y arrefléxica, pero en las últimas décadas se han reconocido nuevas variantes incluyendo formas axonales o el síndrome de Miller Fisher (SMF). Pretendemos reflejar el aumento de incidencia de las formas atípicas del SGB.

MÉTODOS

Se realiza estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de SGB en niños menores de 15 años visitados en nuestro hospital, en un período de 10 años, desde 2007 hasta enero 2017.

RESULTADOS

Se incluyen 7 pacientes, con predominio de varones (72%), con una media de edad de 6,5 años (rango 2-10 años). En 72% se encontraron antecedentes de infección (entre 72 horas y 15 días antes): 40% infección respiratoria, 40% gastroenteritis aguda y 20% infección por virus Epstein-Barr. El tiempo medio de desarrollo de la sintomatología fue 4,6 días (rango 1 hora-10 días). 85,7% presentó debilidad y dolor en extremidades inferiores, 14,3% dificultad respiratoria y 14,3% afectación de pares craneales oculomotores. Cursaron con arreflexia 57,1%, hiperreflexia 28,6% y un caso sin alteraciones de los reflejos. El electromiograma mostró patrón axonal en 4 pacientes, desmielinizante en 2 y normal en un caso (SMF). En el 28,6% el SGB fue la primera opción diagnóstica, en el resto se incluyeron sinovitis transitoria de cadera, distrofia muscular, miositis y encefalitis entre los diagnósticos diferenciales. No se objetivó disociación albúmino-citológica en ninguno de los pacientes, y se positivizaron los anticuerpos antigangliósido en el 28,6% de los casos. 85% requirieron tratamiento con gammaglobulina durante 5 días, un caso requirió intubación orotraqueal por insuficiencia respiratoria aguda y plasmaféresis. La evolución fue favorable en 5 de los casos, con una media de recuperación de 5.4

meses (rango 1-10 meses), de un paciente no consta seguimiento post-ingreso y otro permanece ingresado en unidad de cuidados intensivos.

CONCLUSIONES

La heterogeneidad clínica del SGB hace que su diagnóstico suponga un reto para los profesionales. En todo paciente pediátrico que presente déficit neurológico agudo, aunque algunos de los síntomas no sean concordantes (como hiperreflexia) a las formas clásicas, debe incluirse el SGB en el diagnóstico diferencial, dada la importancia que tiene realizar un diagnóstico y tratamiento precoz con el objetivo de disminuir su morbimortalidad.

ICTUS POSNATAL. PATOLOGÍA POCO SOSPECHADA EN URGENCIAS

Mariana Moreno Prieto, Marta Castro Correia De Oliveira, Andrea Camo Barasoain, Irene Alonso Pérez, Andrés Rodríguez Sacristán, Inmaculada Ramos Sánchez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se define como déficit neurológico focal, de más de 24 horas y confirmado en neuroimagen. Tiene baja incidencia pero elevada morbimortalidad. Frecuentemente existe retraso tanto diagnóstico como de inicio de medidas neuroprotectoras y tratamiento específico.

MÉTODOS

Revisión de los casos de ictus postnatal en los últimos 4 años en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

Presentamos 3 casos de ictus postnatal. Caso 1: niña 5 años, con parálisis facial central y hemiparesia derechas y disartria de inicio súbito. TAC normal. RMN (a las 15 horas): infarto isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda. TOF-Angiografía y doppler troncos supraaórticos: normales. Secuelas: dificultades ejecutivas, mnésicas y pies valgus neurológicos. Caso 2: niño 10 años que 24h después de traumatismo craneoencefálico, presenta somnolencia, parálisis facial central izquierda y hemiplejía derecha. TAC normal. RMN (48 h tras TCE): lesiones isquémicas en protuberancia hasta pedúnculo cerebral izquierdo sin componente hemorrágico. AngioRMN y doppler

de troncos supraaórticos: normales. EEG: paroxismos temporo-parieto-occipitales derechos. Secuelas: epilepsia, agresividad y bajo rendimiento escolar. Caso 3: niña 15 meses con impotencia funcional brazo derecho e irritabilidad con sospecha de pronación dolorosa. Evoluciona en sala de espera a hemiparesia derecha. TAC a las 12 horas: ictus isquémico frontoparietal izquierdo. RMN (48h), TOF-angiografía: enfermedad de Moya-Moya.

Tratamiento quirúrgico (arteriosubdurosinangiosis). Secuelas: hemiparesia derecha y epilepsia.

CONCLUSIONES

En los 3 casos hubo un retraso diagnóstico (12-48 horas) que habría mejorado si se dispusiera de RMN urgente. Se aplicaron en todos medidas de neuroprotección y se descartaron alteraciones hematológicas, trombofilia, cardioembolismo, autoinmunidad e infección del SNC. En ningún caso estuvo indicado realizar trombolisis ni anticoagulación. Es preciso establecer protocolos para su reconocimiento precoz, traslado a centros especializados e instauración de tratamiento específico.

INFLUENCES OF MATERNAL METABOLIC STATUS IN OFFSPRING'S BEHAVIOUR AT 3.5 YEARS

Ana Nieto Ruiz¹, Francisco José Torres Espínola¹, Miriam Arias González¹, Ricardo Rueda³, Francisca López Torrecillas⁴, Cristina Campoy Folgoso⁵

¹Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica Eurístikos, Universidad de Granada, Granada

³Laboratorios Abbott, Granada

⁴Universidad de Granada, Granada

⁵Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica Eurístikos, Universidad de Granada, Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto Carlos III (nodo de Granada), Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

The intrauterine environment associated with overweight/obesity and gestational diabetes is characterized by a number of prenatal factors that have been linked to problems with neurodevelopment and later mental health outcomes. We investigated the influence of mother overweight or obesity on the offspring behaviour at 3.5 years of age.

MÉTODOS

From a total of 331 pregnant women participating in the PREOBE study, 156 mother-offspring pairs were included in the present analysis; they were divided

into 3 groups according to their pre-gestational body mass index: overweight (OV) (n:45), obese (n:40) (OB) and healthy normal weight, as control group (C) (n:71). Mothers rated their children's behavioural problems using the Child Behavior Checklist (CBCL) at 3.5 years of age. Differences in CBCL scores were analysed using ANOVA, ANCOVA, Chi-Square test and Logistic Regression Model using SPSS version 23.0.

RESULTADOS

Children born to OV/OB mothers showed higher scores in anxious/depressed, externalizing and total problems, anxiety and oppositional defiant problems compared to those born to C mothers. Additionally, the offspring born to OB mothers who developed gestational diabetes (GD) presented higher scores in aggressive behaviour, oppositional defiant, externalizing attention/deficit hyperactivity and externalizing problems compared to those born to OV/C mothers with GD. Higher maternal IQ was associated with lower somatic complaints, aggressive behaviour, internalizing and externalizing problems. Higher maternal educational level was associated with lower withdrawn, externalizing, anxiety and total problems.

CONCLUSIONES

In conclusion, OV, OB and GD during pregnancy are associated to high scores of behaviour problems. Also, maternal psychosocial variables are more commonly influencing child behaviour development.

INTENTOS AUTOLÍTICOS EN MENORES DE 15 AÑOS. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Alicia Villar del Saz Sánchez, Priscila Llena Isla, Anna Baró Serrano, Andrea Bueno Gómez, Eduard Solé Mir
Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El suicidio se ha situado, desde las últimas décadas, entre las primeras causas de muerte en el grupo de edad entre 10 y 15 años.

En este estudio pretendemos estimar la incidencia de intentos autolíticos en nuestro medio, y las características de los mismos.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal. Entre el total de niños ingresado en nues-

tro centro en el periodo comprendido entre Septiembre de 2010 y Noviembre de 2016, 27 lo fueron por intento de autolisis.

RESULTADOS

Las edades comprendidas oscilaron entre los 10 y 15 años. El 57% de los pacientes habían cumplido los 14 años. Se ingresaron 30 adolescentes en total, 26 de sexo femenino (87%). Hasta en el 67% de los casos (20), constaba un seguimiento psicológico/psiquiátrico previo; y hasta en el 90% de casos se detectaron factores claros de distocia social. En 21 de los pacientes se identificó un evento o detonante previo al intento autolítico. El método elegido fue en todos los casos, salvo uno, ingesta de fármacos en el domicilio.

CONCLUSIONES

El intento autolítico es una causa importante de consulta psiquiátrica en las urgencias de pediatría. El perfil predominante es el de adolescente de 13-14 años, en contexto de distocia social y antecedentes de seguimiento psicológico/psiquiátrico. Los pediatras de atención primaria deben ser conscientes de la importancia de la detección de los adolescentes de riesgo para poder planificar una prevención y seguimiento adecuados.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON PRESENTACIÓN NEUROLÓGICA

Mariya Sigatullina¹, Mireia Alari Albacete¹, Ana Felipe Rucían², Anna Fàbregas Martori¹, Alfons Macaya Ruiz², Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria¹

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones neurológicas están presentes en el 11% de los casos de lupus eritematoso sistémico (LES). Pueden ser la primera manifestación o producirse en cualquier momento durante la evolución de la enfermedad. Presentamos dos chicas adolescentes con clínica neurológica inicial como forma de presentación de LES.

RESUMEN DEL CASO

Caso 1: paciente de 14 años, previamente sana, que acude a Urgencias por cefalea brusca y crisis convulsiva generalizada seguida de hemiparesia facio-

braquio-cubital izquierda. La neuroimagen muestra borramiento de surcos fronto-parieto-temporales derechos; EEG y punción lumbar sin alteraciones. Con la orientación diagnóstica de ADEM atípico recibe tratamiento con dexametasona con recuperación completa en 72 horas. A las 48h del alta reingresa con clínica de mielitis transversa; la RM pone de manifiesto lesiones parcheadas hiperintensas medulares. El estudio inmunológico resulta positivo (ANA, anti-RNP, anti-Sm y anti-Ro) con anticuerpos anti-NMO negativos. A los 7 meses, coincidiendo con descenso de pauta de corticoides reingresa por neuritis óptica unilateral. Recibió tratamiento con bolus de metilprednisolona con correcta respuesta. El estudio anti-NMO resultó nuevamente negativo. Los datos clave para el diagnóstico fueron los hallazgos de la neuroimagen junto con la positividad del perfil autoanticuerpos, ya que las manifestaciones neurológicas que ha presentado la paciente son de baja frecuencia (1%). No ha presentado otras manifestaciones neurológicas ni sistémicas asociadas a LES durante su evolución.

Caso 2: paciente de 12 años, previamente sana, derivada para estudio de plaquetopenia. En la anamnesis destacaba aparición progresiva de movimientos anómalos y estado de ánimo depresivo. En la exploración presentaba eritema malar bilateral y lesiones sugestivas de vasculitis en extremidades inferiores. En el examen neurológico destacaba bradipsiquia, movimientos coreoatetósicos y discinesias orolinguales. Se comprobó plaquetopenia, hipocomplementemia, positividad de ANA, anti-DNA doble cadena, Coombs directo y anti-cardiolipina IgG/IgM. La RM cerebral mostró múltiples lesiones focales isquémicas agudas y crónicas. Se inició anticoagulación y tratamiento con metilprednisolona, hidroxiquina y micofenolato al cumplir criterios diagnósticos de LES con afectación neurológica y síndrome antifosfolípido. En estudio de extensión destacó glomerulonefritis lúpica tipo IV por lo que se inició tratamiento con ciclofosfamida.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Los síntomas neurológicos más frecuentes del LES son la cefalea, los trastornos psiquiátricos y la disfunción cognitiva. El síndrome desmielinizante (mielitis, neuritis óptica) y la corea son menos habituales, lo que dificulta el diagnóstico confundiéndose con otros trastornos desmielinizantes del SNC. Ante clínica neurológica aguda en una adolescente hemos de incluir en diagnóstico diferencial el LES. El pronóstico depende en gran medida de la rapidez de instauración del tratamiento adecuado.

MACROPSIAS EN LA INFANCIA. NO SIEMPRE ES MIGRAÑA

Virginia Fernández Provencio, Sandra Rodríguez Boderó, Amelia Pérez España, Sara Siguero de la Infanta, Alejandra Melero González, Selma Vázquez Martín

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN

La epilepsia occipital tardía tipo Gastaut supone el 2-7% de las epilepsias benignas focales de la infancia. Afecta a pacientes fundamentalmente entre 8-11 años. El 21-37% presentan antecedentes familiares de epilepsia y el 9-16% de migraña, siendo los casos de Epilepsia Benigna Occipital familiar extremadamente raros. Las alucinaciones visuales elementales son el síntoma más frecuente y en muchas ocasiones el único, mientras que las alucinaciones visuales complejas e ilusiones se producen en menos del 10% de pacientes. Por lo general presentan crisis de corta duración, aunque pueden ser prolongadas, diarias y con una misma semiología.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 11 años que acude a urgencias por presentar episodios bruscos en los que el paciente refiere "ver los objetos más grandes" de en torno a 5-10 minutos de duración, diariamente, hasta 5-7 veces al día, sin aparente interrupción de la actividad, ni motilidad anómala, movimientos oculares u otro tipo de alteración sensorial. Asocia sensación de "mareo" o "malestar" y se muestra ansioso e irritable durante los mismos. No refiere somnolencia residual. Entre los episodios permanece asintomático, salvo que perciben cierto cambio conductual. No refiere cefalea ni vómitos. La exploración neurológica es totalmente normal. Como antecedentes familiares destaca un tío materno con antecedente de Epilepsia Mioclónica Juvenil. No refieren antecedentes de cefaleas o migraña en la familia. Tampoco consumo de fármacos ni clínica infecciosa reciente. Se realiza estudio microbiológico que es normal. En EEG actividad bioeléctrica cerebral de fondo normal para la edad del paciente. Signos persistentes de disfunción Occipital derecha de claro carácter irritativo y tendencia a la difusión, abundantes en primeras fases del sueño. Se solicita también Resonancia magnética cerebral que resulta normal. Posteriormente buen control clínico con Levetiracetam con desaparición de las crisis.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La epilepsia benigna occipital tardía es una entidad poco frecuente como causa de alucinaciones visuales complejas. Se trata de un diagnóstico de exclusión en

ocasiones difícil ya que la clínica puede asemejarse a la de una migraña basilar.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Zuriñe Ortiz de Zarate Caballero, Aitziber Luengo Echeveste, Itxaso Martí Carrera, Miriam García Abós, Nagore García de Andoín Barandiarán

Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las manifestaciones neurológicas (MN) asociadas a procesos oncológicos son frecuentes e incrementan significativamente la morbilidad y mortalidad. El objetivo es describir la frecuencia y características de las MN en niños afectos de cáncer e identificar factores asociados, tasa de morbilidad neurológica y supervivencia.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, mediante revisión de historias clínicas en menores de 18 años, de las MN durante el tratamiento y evolución de pacientes afectos de cáncer, entre enero 2004 y enero 2017. Se analizan datos epidemiológicos, diagnóstico, MN, tratamiento y secuelas. Se considera MN la derivada de efecto directo (secundarias a localización tumoral y metástasis) e indirecto del cáncer (alteraciones vasculares, metabólicas, infecciones, efectos adversos del tratamiento y síndromes paraneoplásicos).

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado (13 años), 240 pacientes han sido diagnosticados de cáncer, presentando alguna MN 73 casos (30%), 73% directas y 27% indirectas.

MN directas (n=53): el 72% se correspondieron con neoplasias cerebrales y 28% con tumores sólidos no cerebrales y hematológicos. Las más frecuentes han sido hipertensión intracraneal y focalidad neurológica.

MN indirectas (n=20): las más frecuentes han sido en neoplasias extracraneales (85%), sobre todo en leucemia linfoblástica aguda: convulsión (35%), neuropatía sensitivo-motora (25%), PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) (10%), opso-clonus-mioclonus (10%), hemorragia cerebral (5%), cuadro confusional (5%), ventriculitis (5%) y mutismo cerebeloso (5%). La etiología de las MN indirectas ha sido heterogénea: convulsión, por alteraciones vasculares (trombosis de seno longitudinal y hemorragia

y PRES; neuropatías sensitivo-motoras, por efectos secundarios del tratamiento; opsoclonus-mioclonus, por síndromes paraneoplásicos; mutismo cerebeloso, secundario a intervención quirúrgica de meduloblastoma; ventriculitis, a infección por *Pseudomona aeruginosa*; y dos casos, yatrogenia (administración de vincristina intratecal e ictus isquémico en relación con acceso vascular).

De los casos con MN directas, 30% presentaron secuelas (epilepsia y déficit cognitivo-motor) y 32% fallecieron (origen tumoral, metastásico y diseminación leptomeníngea).

De los casos con MN indirectas, 35% presentaron secuelas (epilepsia, mutismo cerebeloso, retraso psicomotor y neuropatías) y 5% fallecieron (un caso de leucemia mieloide aguda que debutó con hemorragia cerebral).

CONCLUSIONES

En nuestra serie, uno de cada tres niños con cáncer tienen MN, la mayoría MN directas. En las MN indirectas destacamos la heterogeneidad etiopatogénica y su evolución favorable.

MICROCEFALIA CON PATRÓN GIRAL SIMPLIFICADO ASOCIADA A UNA NUEVA MUTACIÓN DEL GEN *PNKP* C.968 C>T (PThr323Met)

Ana Beatriz Soria Moya, Carlos Marcilla Vázquez, M.^a Carmen Carrascosa Romero, Blanca Alfaro Ponce, María Baquero Cano, Esther Gil Pons

Hospital General de Albacete, Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La proteína PNKP (polinucleótido kinasa 3'fosfatasa) codifica una enzima clave en la reparación de roturas en el ADN, un proceso indispensable para la proliferación y diferenciación cerebral. La mutación del gen PNKP es muy poco frecuente, con menos de 30 casos descritos. Referimos un paciente con microcefalia con patrón giral simplificado y convulsiones de inicio precoz con mutación en homocigosis del gen PNKP c.968 C>T (pThr323Met), no descrita previamente en la literatura.

MÉTODOS

Caso clínico: RN varón, parto inducido a las 38+3 semanas por anamnios y diagnóstico prenatal de microcefalia. Serologías negativas, incluido virus Zika. Sin ingesta de alcohol o tóxicos durante el embarazo.

Presenta microcefalia extrema con PC 30 cm (<<p3) movimientos globalmente deprimidos, hipotonía cervicoaxial y, desde las 3 horas de vida, crisis clónicas, parpadeo y chupeteo, acompañados de desaturación. Crisis neonatales refractarias que no ceden con Fenobarbital, Levetiracetam y Fenitoína. Patrón electroencefalográfico multifocal. Finalmente se controlan parcialmente tras asociación de Clobazam. RM Cerebral: microcefalia con disminución de proporciones cráneo-faciales, circunvoluciones simplificadas (lisencefalia), retraso de mielinización y megacisterna magna.

RESULTADOS

Estudio genético mediante secuenciación de exoma para genes relacionados con microcefalia: mutación en homocigosis del gen PNKP c.968 C>T (pThr323Met). Padres heterocigotos para dicha mutación. Cariotipo: varón cromosómicamente normal, 46 XY. Evolución: en la actualidad tiene nueve meses, microcefalia con PC 33 cm (p<3); varios ingresos por status epiléptico, adecuada ingesta oral, sin atragantamientos, 1-2 crisis autolimitadas semanales, consistentes en hipertensión y clonías de miembros, retraso grave del desarrollo con ausencia de seguimiento visual, e importante hipotonía axial sin sostén cefálico con ausencia de movimientos propositivos, sin hipertensión ni reflejos patológicos.

CONCLUSIONES

Las mutaciones homocigotas o heterocigotas compuestas del gen PNKP (OMIM 605610) con locus 19q13.33, se incluyen en el tipo 10 de Encefalopatía epiléptica infantil precoz [Early infantile epileptic encephalopathy, EIEE10 (OMIM 613402), "Microcephaly, seizures, and developmental delay (MCSZ)]. La proteína PNKP se ha relacionado con el adecuado desarrollo del sistema nervioso. Aunque hay pocos casos descritos, todos ellos cursan con manifestaciones neurológicas precoces, siendo la forma clínica de presentación más característica la microcefalia al nacimiento y las crisis convulsivas refractarias a tratamiento fundamentalmente de tipo parcial complejo y también síndromes de Ohtahara y Encefalopatía Mioclónica Precoz. Se trata de una enfermedad autosómica recesiva que se manifiesta en periodo neonatal, sin tratamiento efectivo y con un pronóstico infausto, por lo que resulta fundamental su diagnóstico para un adecuado consejo genético y la posibilidad de evitar más casos familiares.

NEUROMIELITIS ÓPTICA Y AFECTACIÓN AXONAL MOTORA PERIFÉRICA POR ENTEROVIRUS D68

M.^a Pilar Puerta Pérez, Ana Muñoz Lozón, Cristina Rodríguez Fernández, Laura Nathalia Guevara Caviedes, Cristina García Aparicio, Elia Zoido Garrote

Complejo Asistencial Universitario de León, León

INTRODUCCIÓN

Los enterovirus (EV) son importantes patógenos para el hombre, que actualmente cuentan con más de 300 genotipos. En los últimos años han emergido serotipos con especial neurotropismo como el A71 o el D68 responsables de meningitis, rombencefalitis y, de forma alarmante, parálisis flácida aguda (PFA).

RESUMEN DEL CASO

Varón de 22 meses, previamente sano, que en contexto de infección respiratoria febril, consulta por debilidad progresiva cervical y de cintura escapular de 2 días de evolución, hasta imposibilitarle el sostén cefálico y la elevación de extremidades superiores (EESS). Adecuado nivel de conciencia y reflejos osteotendinosos normales al inicio. A las 24 horas comienza con disfagia, sufriendo broncoaspiración que precisa intubación y conexión a ventilación mecánica durante 13 días. En los días siguientes se objetiva arreflexia en ambas EEES e hiperreflexia en las inferiores con clonus izquierdo. Pruebas complementarias: punción lumbar al ingreso: normal; al cuarto día: proteínas: 372 mg/dl, leucocitos: 68/mm³ y glucosa: 86 mg/dl. Cultivo, virus neurotrópicos, anticuerpos antigangliósido, antiacuoparina, antiMOG y bandas oligoclonales LCR: negativos. RM cráneo-medular: hiperintensidad medular en secuencias T2 desde C1-C7, compatible con mielitis transversa; cerebral: normal. A los 20 días, la electromiografía revela afectación axonal motora grave predominante en EEES y los Potenciales evocados visuales: neuropatía óptica desmielinizante bilateral. En el frotis nasofaríngeo se aísla EV-D68. Dada la gravedad y evolución, precisa tratamiento con megadosis de metilprednisolona, plasmaféresis (5 ciclos) e inmunoglobulinas intravenosas, además de alimentación enteral por sonda transpilórica, nutrición parenteral y finalmente gastrostomía a los 30 días del ingreso. Evolución clínica: inicia control del sostén cefálico a partir de los 2-3 meses y marcha independiente a los 3-4 meses del evento agudo. A los 11 meses persiste gran debilidad de la musculatura extensora cervical con limitación en el enderezamiento cervical y de tronco, así como debilidad de cintura escapular con limitación para la abducción y elevación del brazo derecho hasta los 45°. Mejoría progresiva de la disfagia con reintroducción de la alimentación oral completa a los 3 meses.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El EV-D68 se consideraba de baja circulación asociado a infecciones respiratorias; sin embargo, desde 2015 se ha convertido en una alerta sanitaria en nuestro país asociada a PFA. Su mecanismo etiopatogénico es aún desconocido ya que es frecuente su aislamiento en muestras respiratorias y fecales, pero no en LCR. En la literatura aparece relacionado con mielitis transversa longitudinalmente extensa; sin embargo su asociación con neuromielitis óptica y afectación periférica, como nuestro caso, son excepcionales, pero potencialmente graves.

PERFIL DE CITOQUINAS Y MOLÉCULAS DE ADHESIÓN PLASMÁTICAS EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Antonio Gómez Fernández, Katherine Flores Rojas, María José de la Torre Aguilar, Pilar Martín Borreguero, Mercedes Gil Campos, Juan Luis Pérez Navero

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la etiopatogenia del trastorno del espectro autista (TEA) se han descrito varias hipótesis que incluyen entre otras la teoría de que una situación pro-inflamatoria, así como una alteración en las moléculas de adhesión en las primeras fases del neurodesarrollo, podrían influir en la fisiopatología de los TEA.

Objetivo: evaluar los niveles plasmáticos de citoquinas inflamatorias y moléculas de adhesión en una muestra de pacientes con TEA infantil y compararlas con un grupo control de niños sanos

MÉTODOS

Material y métodos: se seleccionaron 54 niños (45 varones y 9 niñas) de 2 a 6 años diagnosticados de TEA, sin otra patología asociada. Se incluyó un grupo control sano de edad similar de 59 niños. El diagnóstico de TEA se realizó siguiendo los criterios del DSM- V y según los datos obtenidos de la entrevista clínica (protocolo ADI-R) y el test ADOS. Los pacientes con TEA se subdividieron en 2 subgrupos en base a parámetros clínicos evolutivos: con regresión y sin regresión del neurodesarrollo. El análisis de las citoquinas (mieloperoxidasa (MPO), PAI; RANTES; IL1B, IL6; IL8 y proteína quimioatrayente de monocitos (MCP)); Catepsina, Factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), molécula de adhesión celular neuronal (NCAM), SICAM, SVCAM, factor de crecimiento nervioso (NGF) se realizó mediante Tecnología Luminex® xMAP™ utilizando Labscan™.

RESULTADOS

Se observan niveles más elevados únicamente en el NGF en los TEA respecto al grupo control. Sin embargo cuando analizamos los TEA por subgrupos, se observa que los TEA con regresión presentan una elevación significativa de las citoquinas MPO, PAI, RANTES Y MCP frente al Grupo Control ($p < 0.05$). En cambio, en los TEA sin regresión se detecta una disminución de los niveles de NCAM y elevación del NGF frente al control.

CONCLUSIONES

Estos resultados parecen indicar diferencias que estarían relacionadas con distintos mecanismos fisiopatológicos y de expresión clínica. Los niños con TEA regresivo parecen presentar un patrón más proinflamatorio mientras que los no regresivos tienen alteraciones en parámetros más relacionados con la sinaptogénesis. Esta alteraciones pueden influir negativamente en los circuitos corticales neuronales de los procesos cognitivos y de la conducta.

REVISIÓN DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN NUESTRA UNIDAD DE PEDIATRÍA: LA IMPORTANCIA DE UN CORRECTO DIAGNÓSTICO, MANEJO Y SEGUIMIENTO

Eduardo Fernández Sánchez, Neus Roig Abraham, Aina Valls Llussà, Laura Monlleó Neila, Agustín Rodríguez-Palmero Seuma, Montserrat Montraveta Querol

Hospital Universitari Germans Trias y Pujol, Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una entidad poco frecuente en Pediatría (1/100.000 personas-año). Presenta distribución estacional, predomina en el sexo masculino (3:2) y existen asociaciones descritas con procesos infecciosos o vacunación previa. Es una enfermedad potencialmente grave pero el pronóstico en pediatría suele ser favorable.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de casos con diagnóstico de SGB pediátricos ingresados en hospital de tercer nivel en los últimos 26 años (1990-2016), revisión de sus características epidemiológicas y su evolución.

RESULTADOS

Presentamos un total de 11 casos. La edad media de los pacientes fue de 8 años sin diferencias entre sexos. Se observó predominio estacional en invierno.

En todos los casos se realizó electromiograma en la primera semana de sintomatología, siendo diagnóstico en 10/11 (90,9%). 5/11 (45,4%) fueron compatibles con la forma desmielinizante (AIDP) y 6/11 (54,6%) con la forma axonal (AMAN). 3/11 (27,2%) presentaron anticuerpos antigangliósidos en LCR o plasma.

Se halló un agente infeccioso previo en 7/11 (63,6%). En la forma AIDP predomina la infección por *Mycoplasma pneumoniae*, 3/5 (60%), mientras que en la forma AMAN es frecuente la infección por *C. jejuni*, 3/6 (50%). Ningún caso presentó vacunación reciente.

El inicio del tratamiento con gammaglobulina se instauró entre el tercer y el quinto día de sintomatología. El grupo con AIDP presentó signos clínicos de mejoría más precoces respecto al grupo AMAN (5 y 8 días tras el inicio de tratamiento respectivamente). 7/11 (63,6%) presentaron dolor durante 13 días como promedio, que se controló con analgesia convencional. Un caso (9%) requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos por afectación bulbar con rápida progresión de la sintomatología, sin precisar ventilación mecánica. Todos los casos presentaron evolución favorable, estando asintomáticos a los 3 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES

En nuestra serie se identificó un agente infeccioso en un 63,6% frente al 50% descrito en la literatura, siendo el *Mycoplasma pneumoniae* igual de frecuente que el *C. jejuni*, y predominó el subtipo AMAN frente a lo descrito en otras series europeas. A pesar de ser una entidad potencialmente grave ninguno de los casos requirió ventilación asistida, ni presentaron recaídas y a los 3 meses presentaron una exploración compatible con la normalidad, siendo más precoz la recuperación en el subtipo AIDP. El uso precoz de gammaglobulina (independientemente de la pauta utilizada) y la rehabilitación, prestando especial atención al manejo del dolor, fueron la base del tratamiento.

SÍNDROME DE WEST: REVISIÓN DE CASOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

María Mantecón Barranco, María Yasmina Martínez García, Alicia Calvo Cillán, Rocío Calvo Medina, Jacinto Martínez Antón, Antonio Urda Cardona

Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de West (SW) es un síndrome epiléptico edad-dependiente que aparece en el período de lactante y se caracteriza por la tríada: espasmos

infantiles, hipsarritmia en EEG y retraso/detención del desarrollo psicomotor, aunque este último no es imprescindible.

El SW representa el 25-45% de las epilepsias infantiles en menores de un año, siendo el síndrome más frecuente tras las convulsiones febriles y neonatales.

Conocer el perfil del SW en nuestro medio atendiendo a las características epidemiológicas, etiología, semiología, opciones terapéuticas utilizadas y evolución posterior.

MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo analizando todos los pacientes que se encuentran actualmente en seguimiento en consulta de Neurología Infantil de un Hospital de tercer nivel.

Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, pruebas complementarias, terapéuticos y evolutivos.

Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las variables cuantitativas en media, mediana y desviación estándar.

RESULTADOS

El estudio abarca 32 pacientes. La edad media de los pacientes al diagnóstico fue de 5 meses (DE 1.81), el 70% fueron varones. En el 40% existían antecedentes perinatales, siendo el más frecuente la encefalopatía hipóxico isquémica (15%). El 9% de los pacientes había presentado crisis epilépticas previas. Un paciente afecto de Esclerosis Tuberosa (ET).

En el 94% se confirma la presencia de espasmos en salvas típicos, con patrón característico de hipsarritmia o hipsarritmia fraccionada durante el sueño en un 74% los pacientes. El 60% presentaba algún grado de afectación del neurodesarrollo en el momento del diagnóstico. En cuanto a etiología, el SW Sintomático fue predominante (70%): 56% presentaba neuroimagen patológica, 2 presentan estudio metabólico alterado, uno afecto de ET y 3 pacientes con causa genética conocida, más uno con alteración genética aún no descrita.

El 44% fue tratado con Vigabatrina (VGB) exclusivamente, un 25% asocia hormona adrenocorticotropa (ACTH), en el 40% se asociaron otros. En un único caso no se utilizó VGB/ACTH. Los espasmos se controlaron en 32 días de media (4-120), exceptuando 3 casos que no lograron control. El 72% desarrolló epilepsia posterior, en la mitad de los casos refractaria a tratamiento. Desarrolló encefalopatía epiléptica el 9%, quedaron afectados de Parálisis Cerebral Infantil el 25%, con retraso del desarrollo el 28%. Tan sólo el 21% no presentó secuelas.

CONCLUSIONES

La etiología sintomática fue predominante, con neuroimagen patológica en el 56% de los casos. Respondió a VGB el 44% de los pacientes. En un 25% se asoció ACTH. El 72% de los pacientes evolucionó a otras epilepsias (68% refractaria). El 21% evolucionó sin secuelas.

SÍNDROME FIRES: ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA REFRACTARIA INDUCIDA POR FIEBRE

Sonia Carriquí Arenas, Romy Yui Hifume, Patricia Aguilera López, Purificación Aguilera Sánchez, Javier Aguirre Rodríguez, Julio Ramos Lizana

Complejo Universitario Torrecárdenas, Almería

INTRODUCCIÓN

El síndrome FIRES (fever-induced refractory epileptic encephalopathy syndrome) es un cuadro clínico muy raro de difícil diagnóstico, caracterizado por status epiléptico refractario tras un proceso febril inespecífico en preescolares o escolares previamente sanos, que posteriormente desarrollan una encefalopatía epiléptica grave.

RESUMEN DEL CASO

Caso clínico: escolar de 11 años seguido en neuropediatría por trastorno generalizado del desarrollo. Presenta fiebre de hasta 38° C de 6 días de evolución en el contexto de una infección respiratoria de vías altas, trasladado a urgencias de nuestro hospital por episodio de desconexión y rigidez generalizada durante 15-20 minutos, presenta episodios repetidos precisando diazepam iv, siendo trasladado a la unidad de cuidados intensivos por estatus epiléptico. Exploración física: Tª: 36,7° C. Estado general conservado. Orofaringe hiperémica. Neurológico: Glasgow: 9 puntos. Desconexión del medio. Pupilas isocóricas y normoreactivas a la luz. Reflejos osteotendinosos normales. No signos meníngeos. Resto: Normal. Hemograma y bioquímica: Normales. TAC craneal: Normal. LCR compatible con meningoencefalitis probablemente de etiología viral.

Durante su ingreso presenta crisis generalizadas refractarias a anticonvulsivantes (diazepam, fenitoína y ácido valproico), se inicia perfusión con midazolam, tras 24 horas se retira por cese de convulsiones, posteriormente reanuda crisis, se realiza primer electroencefalograma que es compatible con meningoencefalitis y estatus convulsivo, decidiéndose inducción de coma barbitúrico con tiopental y asociándose progresivamente a otros fármacos (levetiracetam, lacosamida, clonazepam, midazolam y ácido valproico). Se amplía estudio: serología infecciosa: negativa.

Resonancia magnética cerebral: encefalopatía inflamatoria. Anticuerpos anti-NDMA, anti-VGKC, anti-GAD y anti-GluR-3 en LCR: negativos. Tras la sospecha de síndrome FIRES se administran inmunoglobulinas y metilprednisolona iv.

Presenta evolución desfavorable asociándose a hipertermia severa resistente a antitérmicos y fallo multiorgánico, falleciendo a los 43 días del ingreso.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Discusión: las crisis febriles son la causa más frecuente de crisis comiciales en pediatría. Existen síndromes poco frecuentes, como el síndrome FIRES, que presenta estatus epilépticos refractarios relacionados a procesos febriles (55% crisis concomitantes con fiebre), requiriendo coma barbitúrico hasta un 75-97% y con un 9-30% de mortalidad. Los anticuerpos del panel de estudio de encefalitis límbicas suelen ser negativos, aunque están descritas positividad para anti-GAD y/o anti-GluR3 en un 20%. Un 20-25% de los tratados con inmunoglobulinas y/o corticoides tienen respuesta positiva.

TEST NEUROPSICOLÓGICOS Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Teresa Moreno Cantero, Sara Chinchilla Langeber, Adrián Niembro Méndez, Mónica Gómez de Pablos Romero, María Román Gómez, Julián Torres Mohedas

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las patologías que más se ven en las consultas de Neuropediatría, pero en pocos hospitales se realizan para su valoración test neuropsicológicos (TNPS). El objetivo del estudio es analizar la relación entre ellos y qué pueden aportar.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TDAH por los criterios del DSM-V entre Junio de 2014 y Octubre de 2015. Se analizó si había diferencias significativas entre el test CPT-II y la edad, el tipo de parto, el peso del recién nacido (PRN), y la prematuridad, así como la relación con el resto de TNPS empleados (test de caras (TC), Test de Stroop (TS) y Test D2 (TD2)), y la necesidad de tratamiento.

RESULTADOS

Se revisaron las historias de 256 pacientes (9 años [7,34-11,76], 68,8% hombres). Precisarón tratamiento un 53,9%. No se encontraron diferencias significativas con la prematuridad (p 0,07) o el PRN (p 0,503). A menor edad, los resultados del CPT-II eran más patológicos ($r=-0,254$, p 0,00). Relacionando los resultados de los test entre sí, CPT-II presentó correlación negativa con los parámetros del TD2 de rendimiento (TR $r=-0,312$ p 0,00; TOT $r=-0,355$ p 0,000; TA $r=-0,381$ p 0,00), debido a que a mayor gravedad menor rendimiento, y con el TC de rendimiento (p 0,017). Con respecto a los parámetros de impulsividad, el CPT-II no se relacionó con el TS (p 0,673), ni con C del TD2 (p 0,096). El parámetro CON del TD2, que mide la velocidad y la precisión, fue el que más se correlacionaba con el resto de parámetros del TD2 (TR $r=0,798$ p 0,000; TOT $r=0,920$ p 0,000; TA $r=0,920$ p 0,000) y con el CPT-II, con el cual existe correlación negativa ($r=-0,408$, p 0,000) debido a

que con resultados más patológicos del CPT-II, existe menor velocidad y precisión. Las diferencias en el tratamiento dependiendo de la edad eran significativas (p 0,000).

CONCLUSIONES

El diagnóstico del TDAH es clínico, pero apoyarse en los TNPS, especialmente en el CPT-II y en los parámetros CON y TA del TD2 puede ayudar al valorar la gravedad y la necesidad de tratamiento, por lo que su uso es recomendable. Para evaluar el rendimiento recomendamos el TA del D2 y para la valoración general el CPT-II y el valor CON del TD2. Debido a que el test de Stroop y el test de caras tienen menor validez, nos planteamos dejar de realizarlos, y sustituirlos por el test AULA NESPLORA (S95,2%, E91,9%).

PEDIATRÍA HOSPITALARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

JUEVES 1 DE JUNIO • 16:30-19:00 H • SALA 21

ANÁLISIS CRONBIOLÓGICO DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA

Sara Corral Hospital¹, Irene Andrés Alberola², Susana Alberola López³, María Cabanillas Boto⁴, José Ramón Garmendia Leiza¹, Jesús M.^a Andrés de Llano¹

¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia

²Estudiante de Medicina, Universidad de Valladolid, Palencia

³CS Jardinillos, Palencia

⁴CS Guardo, Palencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hospitalización pediátrica no es homogénea a lo largo de los periodos estacionales y presenta variabilidad.

Objetivo: analizar el comportamiento de los ritmos de presentación en las hospitalizaciones pediátricas en nuestro Área Sanitaria durante el periodo 2001-2015.

MÉTODOS

A través de la información registrada en el CMBD, se realizaron análisis con el conjunto de las altas y posteriormente se realizó una estratificación por edad analizando los tramos de recién nacidos, lactantes, preescolares y escolares.

Con el objetivo de verificar la existencia de ritmo, se ha utilizado inicialmente una exploración de los ritmos dominantes mediante la transformada rápida de Fourier. Posteriormente se aplicó el método cosinor de múltiples armónicos.

RESULTADOS

La población de estudio la componen 26.712 niños hospitalizados en nuestro centro entre el 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre de 2015.

La síntesis de los análisis realizados puede apreciarse en la **tabla**:

En estos análisis se puede apreciar la existencia de ritmos circanuales para todos los grupos excepto los recién nacidos. Destacamos los ritmos de lactantes y preescolares. Las batifases en dichos casos son muy precisas con máximos a finales del verano. Sin embargo, las acrofases son muy imprecisas con amplios intervalos de confianza.

CONCLUSIONES

Existe un ritmo circanual para el conjunto de la población con batifase a finales de agosto. Al estratificar por grupos de edad, el grupo de neonatos es el único sin ritmo circanual.

GRUPO	Ritmo circanual	Nivel sig.	Porcentaje de ritmo	Acrofase (IC 95%)	Batifase (IC 95%)
GLOBAL	SI	<0.001	13,4	12 Mar (13 Sep - 26 Jun)	28 Ago (12 Ago - 13 Sep)
RN	NO	0,98	-	-	-
LACTANTE	SI	<0.001	34,4	16 Ene (9 Ene - 24 Ene)	29 Ago (21 Ago - 6 Sep)
PREESCOLAR	SI	<0.001	27,6	12 Jun (8 Sep - 24 Jun)	1 Sep (24 Ago - 8 Sep)
ESCOLAR	SI	0.009	9,2	1 Jun (13 Sep - 24 Jun)	23 Sep (5 Ago - 13 Sep)

ANÁLISIS DE LA REGULACIÓN DE LAS DERIVACIONES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PARA CUIDADOS INTENSIVOS EN LA COORDINACIÓN MÉDICA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DE UNA CIUDAD DE GRAN TAMAÑO

Jorge Diego Agrimbau Vázquez¹, Elizabeth Yamila Sapia¹, Pablo Federico Agrimbau Vázquez², Inés Rodríguez Jurado¹, Silvana Cascardo¹, Viviana Lüthy¹

¹Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME), Buenos Aires, Argentina

²Hospital Zubizarreta, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Coordinación Médica (CM) de un Sistema Atención Médica de Emergencias (SAME) de una ciudad de gran tamaño gestiona las camas de internación de pacientes pediátricos que requieren atención de urgencia y cuidados intensivos. En este trabajo se realiza un análisis crítico del problema de sobredemanda en los Departamentos de Urgencia y la consecuente saturación de los servicios hospitalarios de la Ciudad. En época invernal una gran cantidad de pacientes requieren asistencia respiratoria mecánica con ocupación y saturación de camas en Unidad Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Objetivo principal: Realizar diagnóstico de situación del Sistema de Urgencia público y municipal de la ciudad en relación al funcionamiento del SAME y la red Pediátrica. Objetivos secundarios: Determinar el perfil de demanda de las solicitudes de los hospitales públicos al SAME en las derivaciones pediátricas que requieren UTIP. Evaluar la respuesta brindada por el sistema a través del SAME a esa demanda. Establecer medidas para mejorar la respuesta del SAME a los pacientes pediátricos críticos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La muestra se compone de los datos extraídos de la base informatizada de la CM del SAME. Se evaluaron los datos de pacientes pediátricos mayores de un mes y menores de 16 años solicitadas para derivación a UTIP durante el año 2013 (período 1/1/2013 a 31/12/2013). Se analizaron las siguientes variables: estado de la derivación, hospital solicitante y efector, edad y diagnóstico del paciente, obra social, mortalidad e intervención judicial.

RESULTADOS

Total de solicitudes de derivación: 272 y concedidas 196. El 60% son pacientes menores de 2 años. El diagnóstico de urgencia respiratoria conforma casi el 50% de las solicitudes. Entre 2 hospitales generales reali-

zaron el 34% del total de pedidos de derivación a UTIP. En relación a los hospitales que concedieron cama a la derivación solicitada, se destacan 2 hospitales pediátricos.

CONCLUSIONES

La gestión del SAME en las derivaciones de UTIP resultó exitosa en un 85% de los casos. Tiene un alto porcentaje de efectividad en comparación con el global de solicitudes (adultos, etc). No se registraron casos judicializados. Se destaca la capacidad resolutoria del Regulador Pediátrico con la supervisión de la CM; así como el del terapeuta itinerante. Logrando un porcentaje muy bajo de mortalidad en función del grado de criticidad y gravedad de los pacientes que requieren UTIP.

APLICACIÓN DEL PROGRAMA “NIÑOS EN MOVIMIENTO” A NIVEL DE UNA COMARCA: ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS EN HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD

Laura Herrero García¹, Eneritz Lizarralde Atristain¹, Ainhoa Iburguren Bastarrika¹, Elena Martínez Peña², Jone Arrate Losa², Leyre Gravina Alfonso²

¹Hospital de Mendara, Mendara, Guipúzcoa

²Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa, Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad infantil constituye un problema de salud pública no sólo por su elevada y creciente prevalencia, sino también por la repercusión orgánica y psicosocial que produce. Así, un tratamiento novedoso que integre diversos factores para lograr un cambio de vida parece necesario para disminuir esta tasa de obesidad infantil.

El objetivo fue analizar el cambio en los hábitos dietéticos de los niños con sobrepeso u obesidad de edades comprendidas entre 7 y 12 años de una comarca tras la aplicación del programa “Niños en movimiento”.

MÉTODOS

Aplicación del programa “Niños en Movimiento” en pacientes de 7 a 12 años de edad con sobrepeso u obesidad y sus familias pertenecientes a nuestra comarca. La novedad del programa es que ofrece un abordaje integral de los problemas relacionados con la obesidad infantil: hábitos alimentarios, factores emocionales y estilos de vida. Se lleva a cabo en formato grupal (6-7 niños/grupo) a lo largo de 12 sesiones semanales de 90 minutos cada una. Los hábitos alimenticios (test

Kidmed) y sus conocimientos nutricionales (test ¿qué sabes de?) fueron valorados pre-post intervención. La prueba McNemar se utilizó para valorar el cambio de distribución pre-post para cada variable analizada. El cambio de conocimiento pre-post intervención se analizó mediante la prueba T-student para muestras relacionadas y el de la puntuación en el test kidmed pre-post intervención mediante la prueba de Wilcoxon. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron un total de 30 niños. Tras la intervención, aumentaron significativamente el resultado en los test "Qué sabes de" y "Kidmed" ($p < 0,05$). Aumentó un 28,1% el consumo de una fruta al día ($p < 0,01$) y un 53,1% el consumo de dos ($p < 0,001$). También aumentó un 34,3% el consumo de más de una verdura diaria ($p < 0,01$) y un 37,5% el consumo de cereales en el desayuno ($p < 0,001$). A su vez, la proporción de niños que consumían bollería industrial disminuyó un 31,3% ($p < 0,01$)

CONCLUSIONES

Esta intervención realizó cambios significativos en los hábitos alimentarios de los niños/as con sobrepeso u obesidad a nivel de nuestra comarca y ayudó a aumentar sus conocimientos nutricionales. Aún así, es necesario un aumento del tamaño muestral además de un seguimiento a largo plazo para obtener resultados concluyentes sobre la efectividad del programa.

BRIEF RESOLVED UNEXPLAINED EVENTS: NUEVA DEFINICIÓN Y MANEJO DEL EPISODIO APARENTEMENTE LETAL

Ignacio Ávila Mateos, Ana M.^a Pérez Benito, Dunia Carrera García, Montserrat Ruiz García, Josefa Rivera Luján
Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Recientemente la American Academy of Pediatrics ha propuesto un cambio de nomenclatura substituyendo el término ALTE (suceso brusco, inesperado, que produce miedo en el observador) por BRUE (episodio breve < 1 minuto, de inicio súbito y resolución espontánea, que elimina el concepto "amenazante para la vida" e incide en la causa subyacente). Divide en BAJO/ALTO riesgo y propone una pauta de manejo para los primeros, eliminando ingresos y exploraciones innecesarias. El objetivo es describir ingresos por ALTE y recursos evitables a partir de esta nueva definición.

MÉTODOS

Estudio descriptivo con recogida retrospectiva de datos, incluyendo pacientes ingresados en nuestro centro con la orientación diagnóstica de ALTE desde enero de 2010 hasta diciembre de 2016. Se analizan datos epidemiológicos, criterios BRUE (clasificación BAJO/ALTO riesgo), exploraciones realizadas, diagnóstico al alta y alteraciones en monitorización.

RESULTADOS

Se han registrado 95 casos, 62% < 60 días y 36% ≥ 60 días. 45% (43 casos) NO cumplirían criterios BRUE, 25 por causa explicada en anamnesis o exploración física (RGE/atragantamiento, convulsión e infección respiratoria), 6 por duración > 1 minuto y 12 por ambas, con una media de 5,26 días de ingreso. El 54% restante (52 casos) SÍ cumplirían criterios BRUE (19 BAJO riesgo y 33 ALTO riesgo). En los BAJO riesgo se realizaron todas las exploraciones complementarias según protocolo, diagnosticando RGE/atragantamiento en 6, sospecha de convulsión en 1, apnea secundaria a hernia inguinal en 1 (único caso de BAJO riesgo que presenta apnea en monitorización) y causa idiopática en 11. De ALTO riesgo (30 por edad > 60 días y 3 por recurrencia) 4 presentaron al alta diagnóstico de RGE/atragantamiento, 3 convulsión, 1 bronquiolitis y 25 causa idiopática. La monitorización hospitalaria detectó apnea patológica en 7 casos (6 recibiendo monitorización domiciliaria).

CONCLUSIONES

1. Aplicando criterios BRUE, evitaríamos un 20% de ingresos (BAJO RIESGO), con una media de 5,2 días de ingreso y las exploraciones complementarias asociadas, ninguna de las cuales aportó datos adicionales al diagnóstico final (excepto persistencia de apnea en el caso de hernia inguinal).
2. Un total de 58 pacientes (61%) (BRUE de ALTO riesgo y no BRUE por causa explicada) continúa suponiendo un reto diagnóstico difícil de protocolizar.
3. El ingreso de 25 casos (26%) NO BRUE por aparente causa explicada en anamnesis, traduce dificultad diagnóstica y de manejo. Con la nueva definición se perfilará en mayor medida un diagnóstico inicial, evitando un porcentaje no despreciable de ingresos y reduciendo angustia familiar.

BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 6 SEMANAS, ¿ES ADECUADO EL INGRESO POR CRITERIO DE EDAD?

Alexandra Espinosa Pousa, Mercedes Rodríguez Legarreta, Lexuri Zugadi Zarate, Joseba Iñaki Rementeria Radigales, Iratxe Tapia Torrijos, Amaia Urretabizkaia Zubizarreta

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar las características clínico-epidemiológicas de los menores de 6 semanas que ingresan por bronquiolitis y valorar si la edad como único criterio de ingreso es adecuado para pacientes entre 4-6 semanas.

MÉTODOS

Estudio transversal, retrospectivo, piloto, incluyendo a los pacientes menores de 6 semanas hospitalizados con diagnóstico de bronquiolitis entre octubre de 2014 y diciembre de 2016 en nuestro hospital. Datos obtenidos mediante revisión de historias clínicas: factores de riesgo socio-demográficos, antecedentes, Score Wood-Downes modificado (SWDm), resultados microbiológicos para Virus Respiratorio Sincitial (VRS) y necesidad de soporte respiratorio y/o enteral. Análisis estadístico: SPSS versión 23.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 361 pacientes ingresaron por bronquiolitis; de ellos, 124 (34%) tenían menos de 6 semanas de vida (mediana de edad 27 días, varones 51%). El 76% de los pacientes presentó infección por VRS. La estancia media hospitalaria fue de 6.39 días. Un 18% precisó soporte con ventilación no invasiva y 1 paciente requirió ventilación mecánica.

Un total de 61 pacientes tenían entre 4-6 semanas de vida al ingreso. Un 41% (24/61) ingresaron exclusivamente por edad menor de 6 semanas, sin asociar otros criterios de ingreso. En este grupo, en 18 pacientes se confirmó infección por VRS, 7 resultaron negativos. Un tercio de los pacientes en este grupo de edad requirieron soporte respiratorio y enteral, todos ellos presentaban infección por VRS y asociaban algún otro factor de riesgo (prematuridad, bajo peso).

CONCLUSIONES

Este estudio piloto plantea la posibilidad de que ciertos pacientes con bronquiolitis con edad comprendida entre 4-6 semanas y no infectados por VRS, pueden presentar una evolución favorable, sin requerir medidas de soporte. Debido a que este grupo de pacientes

representa un porcentaje importante de ingresos hospitalarios, son necesarios estudios con mayor tamaño muestral cuyos resultados sirvan para reconsiderar los criterios de ingreso de los pacientes en este grupo de edad.

CARACTERÍSTICAS DE LAS HOSPITALIZACIONES POR FRACTURAS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN UN PERIODO DE 15 AÑOS

Sara Corral Hospital, María Cabanillas Boto, Gracia Javaloyes Soler, Alberto Arnanz Remis, José Elviro Fernández Alonso, Jesús M.ª Andrés de Llano

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las fracturas en la edad pediátrica suponen una de las consultas más habituales en un Servicio de Urgencias en un Hospital general, siendo necesaria su hospitalización en muchos casos.

Analizar las características de las fracturas y las tendencias temporales de las mismas en nuestro Área Sanitaria durante el periodo 2001-2016.

MÉTODOS

La población está compuesta un grupo de 10.614 pacientes, de los que 625 (5,88%) son niños menores de 14 años, dados de alta entre los años 2001 a 2016. Se seleccionaron todas las altas codificadas que presentaran en el código diagnóstico alguno de los correspondientes a fracturas recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se realiza análisis de tendencias de Joinpoint, cronobiológico, epidemiológico y se diferencia el tipo de fractura

RESULTADOS

Las fracturas más frecuentes en la edad pediátrica son las que se producen en alguna extremidad (94,40%), siendo más habitual en la extremidad superior (64,80%). El ingreso fue urgente (93,80%) y el alta a su domicilio (97%) en la práctica totalidad de casos. El procedimiento durante la hospitalización: quirúrgico (77,40%). Existen diferencias en el ámbito de residencia (urbano 66,20%/rural 33,8%) y en la población pediátrica predominan en el género masculino (62,70%).

El GRD fue quirúrgico en la población general (71,20% niños/ 62,80% adultos), siendo el GRD "Procedimientos en extremidad inferior y humero excepto: cadera,

pie, fémur” el más frecuente en ambos grupos (31,7% niños/13,7% adultos). La edad en años de los niños es de $8 \pm 3,5$ años. Existe una gran diferencia en las estancias siendo para los adultos $10,3 \pm 10,5$ días y para los niños $3,1 \pm 3,2$ días ($p < 0,001$).

Existe una tendencia temporal ascendente a lo largo de los 15 años estudiados, con un porcentaje anual de cambio (PAC) del 1,13% en niños y en adultos aparece un punto de ruptura en el año 2006 y PAC del 10,63% y 0,46% en los periodos anteriores y posteriores a ese año.

CONCLUSIONES

La hospitalización por fracturas presenta una tendencia creciente más acusada en los adultos. En niños existe un ritmo circanual de fracturas que no se aprecia en los adultos. En niños son más frecuentes entre la población masculina y en el ámbito rural, siendo la extremidad superior la más afectada.

CARACTERIZACIÓN DE LOS INGRESOS POR DOLOR ABDOMINAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE EL AÑO 2015

Marta Lendoiro Fuentes, Pablo Obando Pacheco, Ana Isabel Dacosta Urbieta, Juan Manuel Cutrín Prieto, Antonio José Justicia Grande, Irene Rivero Calle

Hospital Clínico de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El dolor abdominal es una patología prevalente en niños de todas las edades. Es un motivo de ingreso frecuente en pacientes en edad pediátrica, y genera una importante carga asistencial. En muchas ocasiones, el origen de esta afección es funcional, y numerosas pruebas se han de realizar para llegar a su diagnóstico. El objetivo de este estudio es describir el número de pruebas complementarias y días de estancia media de aquellos pacientes que han ingresado en un año en nuestro hospital, por este motivo.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes < 17 años ingresados durante el año 2015 en un hospital terciario como motivo de ingreso de dolor abdominal. Se han consultado las historias clínicas de estos pacientes, excluyendo aquellos, en los que el dolor abdominal no fuese el síntoma principal. Los datos fueron analizados con Statistix 9.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 157 pacientes, siendo un 59,3% varones. La mediana de edad al ingreso fue de 10 años (RIQ 7-12). Al ingreso, un 52,2% de los pacientes presentaban vómitos como sintomatología concomitante al dolor abdominal, un 23,6% fiebre, y un 30% no presentaba ningún otro síntoma. La prueba complementaria más frecuentemente realizada es la ecografía abdominal (90,5% de los ingresos). El diagnóstico al alta más frecuente fue la Apendicitis aguda (60,1%). El segundo diagnóstico más frecuente difiere en función del sexo, siendo en las niñas ingresadas el Dolor abdominal inespecífico (9,4%), y en varones el estreñimiento (6,5%). Un 25,5% de los pacientes presentaron un diagnóstico final que no precisó de tratamiento hospitalario urgente. Destaca que en un 5,1% de los pacientes, fue necesaria la realización de TAC. La clínica previa incluyó vómitos en el 66,7%, fiebre en el 33% y datos de abdomen agudo en el 33%, con una duración máxima de los síntomas de 7 días. Presentaron todos ellos patología quirúrgica, excepto una leucemia y una apendangitis. La estancia media de los pacientes fue de 6,5 días (DE 2,12).

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es un síntoma que motiva un importante número de ingresos, siendo la causa más frecuente apendicitis aguda. En nuestro medio, se presenta más en edades cercanas a la adolescencia. En esta serie, empleo de pruebas complementarias de alta radiación es limitado, siendo justificado su uso en la mayoría de los casos. La patología no urgente sigue constituyendo un gran porcentaje de los ingresos, lo que invita a mejorar el abordaje diagnóstico inicial de estos pacientes.

CONTAMINACIÓN MEDIOAMBIENTAL Y DEMANDA ASISTENCIAL POR PROCESOS RESPIRATORIOS EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Enrique Villalobos Pinto¹, Raquel Martín Martín², Marciano Sánchez Bayle¹

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

²CS Reina Victoria, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Es bien conocida la relación de la contaminación medioambiental con los problemas de salud, especialmente los relacionados con la patología respiratoria y la mayor susceptibilidad que tienen los niños a sufrirla. El objetivo del estudio es evaluar la posible relación

entre los niveles de contaminación y el número de consultas por patología respiratoria (de vías altas y bajas) en un centro de salud urbano situado en el centro de una gran ciudad.

MÉTODOS

Se ha recogido el número total de consultas pediátricas y de las relacionadas con patología respiratoria durante un periodo de 2 años en un centro de salud y de los niveles de contaminantes medioambientales y la temperatura durante el mismo periodo. Se han analizado los coeficientes de correlación de Spearman y análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple.

RESULTADOS

Los coeficientes de correlación encontrados entre el número de consultas por procesos respiratorios con los contaminantes analizados y la temperatura se recogen en la **tabla 1**.

En el análisis multivariante ($r^2 = 0,608$, $p < 0,0001$) solo permaneció significación estadística positiva con los niveles de NO_2 ($B = 1,65$, IC 95% de 0,34 a 3,34) y negativa con la temperatura ($B = - 8,48$, IC 95% de - 8,42 a - 3,09).

CONCLUSIONES

Existe una relación directa entre los niveles de NO_2 y los niños que acuden con patología respiratoria a las consultas de atención primaria y negativa con los de temperatura (probablemente relacionado con la mayor prevalencia de virus respiratorios: VRS, influenza, etc). Unos menores niveles de contaminantes podrían favorecer una menor incidencia de procesos respiratorios en las consultas de AP.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: ¿QUIÉN DEBE REALIZAR ESTA ATENCIÓN? OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL 061

Álvaro Navarro Mingorance, M.^a Ángeles Bernal Galera, Francisca Valera Parraga, Ginés Mateo Perea, Silvia García Martínez, Juan José Tomás Gimeno

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las recomendaciones internacionales y nacionales en cuidados paliativos Pediátricos (CPP) indican que la atención debe extenderse 24 horas al día 365 días al año, sin embargo, sólo 3 Unidades en España ofrecen esta asistencia. En el resto la ofrecen los servicios de emergencias.

Objetivo: evaluar la opinión de los profesionales de emergencias sobre la pertinencia de la atención 24/7 en CPP como responsabilidad de dichos servicios.

MÉTODOS

Material y Métodos: Encuesta tipo Likert (5 opciones) enviada vía google forms® a profesionales de 061.

RESULTADOS

Se recibieron 47 respuestas, 19% había realizado formación en CPP. El 18% creía que la unidad de CPP ofrecía atención 24 horas. El 95,4% creen necesario la atención 24 h en CPP. El 74,4 No está de acuerdo en asumir esta asistencia. El 71,8% de los profesionales NO se sentiría seguro al tratar a un niño de CPP en su domicilio. El 85,1% opina que no dispone del tiempo

Tabla 1. Número de consultas respiratorias con los contaminantes analizados y la temperatura

partículas	so2	co	O3	NO2	NOx	Ben	Temp
-0,409(*)	0,372(*)	0,709(**)	-0,750(**)	0,674(**)	0,722(**)	0,752(**)	-0,748(**)
0,013	0,025	P< 0,0001	P< 0,0001	P< 0,0001	P< 0,0001	P< 0,0001	P< 0,0001

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

necesario para atenderlos. 100% opina que los responsables de esta atención debería ser las unidades de CPP. Solamente el 38% firmaría el certificado de defunción. El 71,7% trasladaría al hospital a un paciente en agonía. El 78% no conoce mecanismos de comunicación entre UCPP y O61. El 34% había atendido a pacientes en CPP. Sólo el 13% recibieron información correcta previa a la atención por parte del centro coordinador. Se agruparon las preguntas en 2 grupos: Factibilidad de atención continuada por O61 y Actitud favorable. El 56% de los encuestados mostraron una actitud favorable. El 95% lo consideró No factible. El 100% de los que habían recibido formación lo consideraban No factible.

CONCLUSIONES

Los profesionales del O61 opinan que la atención 24/7 deber ser realizada por pediatras especializados en CPP. Opinan que no disponen de la formación suficiente, ni del tiempo necesario para atender a estos pacientes y sus familias. A pesar de recibir formación específica opinan que no es factible. Se deberían establecer los mecanismos necesarios para asegurar atención 24/7 en CPP de forma universal.

EFICACIA Y UTILIDAD DEL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN LAS CRISIS ASMÁTICAS EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL TERCIARIO

María Medina Muñoz, Cristina Rodríguez Jiménez, Felipe González Martínez, Jimena Pérez Moreno, M.^a Isabel González Sánchez, Rosa Rodríguez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es un tratamiento seguro y eficaz de la bronquiolitis en las Plantas de Hospitalización Pediátrica (PHP). La crisis asmática (CA) es una de las causas más frecuentes de hospitalización en niños mayores y no existen estudios que demuestren la utilidad de la OAF en su tratamiento en las PHP. Nuestro objetivo es analizar los factores de riesgo, así como la eficacia y seguridad de esta terapia en pacientes ingresados por CA en una PHP.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de niños mayores de 4 años con CA moderada/grave, ingresados en planta de pediatría de un hospital terciario, que fueron tratados con OAF, modelo Fisher & Paykel (MR850

humidification system) durante los años 2012-2016. Se utilizó un flujo máximo de 15 lpm y una FiO₂ para conseguir una saturación $\geq 92\%$. Se recogieron datos clínico-epidemiológicos. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21, realizándose un análisis bivalente y multivalente, considerándose estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 536 pacientes diagnosticados de CA moderada-grave, de los que precisaron OAF 40 (7,5%). Los pacientes que precisaron OAF presentaban: mayor puntuación en el Pulmonary Score al ingreso ($p < 0,01$), mayor estancia media ($p < 0,05$), tratamiento con oxígeno y corticoides más prolongado ($p < 0,05$), y mayor necesidad de sulfato de magnesio ($p < 0,01$). Los pacientes diagnosticados previamente de asma, con tratamiento de base en domicilio, previamente ingresados por CA, y con mayor número de reingresos por este motivo, necesitaron más frecuentemente OAF ($p < 0,05$). En el análisis multivalente, se objetivó que una mayor puntuación en el Pulmonary Score al ingreso ($p < 0,01$, IC 1,108-1,747) y el número de ingresos previos ($p < 0,01$, IC 1,052-1,271) son factores de riesgo independiente de la necesidad de OAF en un paciente con CA.

Respecto al flujo de inicio de la OAF (15lpm versus <15lpm), la necesidad de ingreso en UCIP fue menor en el grupo de inicio de 15 lpm ($p = 0,05$). Sin embargo, las complicaciones (sobreinfección y atelectasia) fueron mayores en el grupo de 15 lpm ($p = 0,03$), sin objetivarse ningún caso de barotrauma en ningún grupo.

CONCLUSIONES

El 7,5% de las crisis asmáticas ingresadas precisaron tratamiento con OAF. El score de gravedad y el número de ingresos previos son factores de riesgo de necesidad de OAF. Cuando se utiliza OAF con flujos mayores al inicio (15lpm), el ingreso en UCIP es menor. La utilización de oxigenoterapia de alto flujo es un método seguro para su utilización en las PHP.

ENCEFALITIS AGUDAS EN 2016

Ainara Lecuona Serrano, Arrate Rodríguez Quintana, Jone Amasorrain Urrutia, Concepción Salado Marín, Soledad Torrús Carmona, Saioa Jiménez Echevarría

Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La encefalitis implica una inflamación del parénquima cerebral, que conduce a una alteración neurológica

asociada o no a afectación de las meninges (meningoencefalitis) o de la médula espinal (encefalomielitis). En la infancia la incidencia de encefalitis es de unos 5-10 casos/100.000 niños, alcanzando en el primer año de vida hasta 17/100.000. Entre mayo, junio y julio de 2016 tuvimos un incremento considerable de este tipo de cuadros, además de meningitis linfocitarias, muchos de ellos por enterovirus, como ocurrió en otros sitios del Estado. Describimos nuestros casos para aportar nuestra experiencia.

MÉTODOS

Hemos realizado un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, revisando las historias clínicas de nuestros pacientes de 2016 (entre mayo y julio) y hemos revisado los diagnósticos de encefalitis en los 5

años anteriores. Se han recogido datos de edad, sexo, mes de ingreso, estancia, tratamiento y pruebas complementarias, necesidad de traslado a UCIP, así como su seguimiento posterior. Para el estudio estadístico se ha utilizado la comparación de medias.

RESULTADOS

Entre mayo y junio de 2016 ingresaron un total de 9 pacientes con el diagnóstico de encefalitis que para una población de 43.000 menores de 14 años supone una incidencia de 20,9/100.000. Los ingresos por meningitis linfocitarias agudas fueron de 11 casos en el mismo periodo.

Los resultados en cuanto a edad, sexo, estancia, microbiología, pruebas realizadas, clínica, tratamiento y evolución, se recogen en la **tabla adjunta**.

Mayo-junio-julio de 2016	
ENCEFALITIS	MENINGITIS LINFOCITARIAS
9 CASOS	11 CASOS
EDAD: m 2,3 AÑOS (MEDIANA 2,4, DS 0,87)	EDAD: m 3,7 AÑOS (MEDIANA 4, DS 1,49)
SEXO: 5 NIÑOS Y 4 NIÑAS.	SEXO: 6 NIÑAS Y 5 NIÑOS
ESTANCIA MEDIA: 20,3 (MEDIANA 23, DS 6,34)	ESTANCIA MEDIA: 4,2 (MEDIANA 4, DS 1,9)
MICROBIOLOGÍA.	
- 3 CASOS DE ENTEROVIRUS (AISLAMIENTOS: 2 NASO-FARINGE, 1 EN HECES)	9 CASOS POR ENTEROVIRUS (AISLAMIENTOS: 55% EN NASOFARINGE Y EL 45% EN LCR).
- 1 CASO HERPES I, 1 CASO HERPES VI, 1 CASO EPSTEIN-BARR (TODOS AISLADO EN LCR)	-1 PARAECHEVIRUS (LCR)
- 3 NEGATIVOS.	-1 NEGATIVO.
PRUEBAS.	
RESONANCIA MAGNÉTICA (REALIZADA EN TODOS): - PATOLÓGICA EN 4 (2 POR ENTEROVIRUS, 1 POR HERPES I Y OTRO NEGATIVO)	NO
EEG (REALIZADO EN TODOS) - ALTERACIONES EN 3 (1 POR ENTEROVIRUS)	EEG REALIZADO EN UN PACIENTE CON CRISIS Y ANTECEDENTES DE CRISIS FEBRILES. (NORMAL)
CLÍNICA.	
- PRESENTARON ATAXIA 4 (1 POR ENTEROVIRUS, 1 POR EPSTEIN BARR, 2 NEGATIVOS)	-1 PACIENTE PRESENTÓ CRISIS PARAINFECCIOSAS (ENTEROVIRUS) -1 PRESENTÓ UNA CLÍNICA INICIAL DUDOSA DE MENINGOENCEFALITIS (PARAECHEVIRUS).
- PRESENTARON TEMBLOR 2 (1 POR ENTEROVIRUS, 1 POR EPSTEIN BARR)	-1 PACIENTE PRESENTÓ SÍNDROME POSTPUNCIÓN.

- PRESENTARON ALTERACIONES DEL SUEÑO 3 (1 POR ENTEROVIRUS Y 2 NEGATIVOS)	-1 PACIENTE PRESENTABA PATOLOGÍA CON COM- PLEJIDAD MÉDICA (TRASPLANTADO HEPÁTICO).
- PRESENTÓ CONSULSIONES 1(HERPES I)	
- PRESENTÓ GLOBO VESICAL 1 (ENTEROVIRUS)	
TRATAMIENTO.	
ACICLOVIR INICIAL EN TODOS.	ACICLOVIR INICIAL (1)
ACICLOVIR.(HERPES 1 y EPSTEIN-BARR)	
GANCICLOVIR. (HERPES 6)	
ANTIBIÓTICO (7 DÍAS)	
EVOLUCIÓN.	
NO HUBO TRASLADOS A UCIP (SE ATENDIERON COMO CUIDADOS INTERMEDIOS)	
A LARGO PLAZO FAVORABLE EN TODOS LOS CASOS (DOS PERDIDOS)	
COMPARATIVA DE EDAD EN LOS CASOS DE ENTEROVIRUS.	
MENINGITIS LINFOCITARIA (MEDIA 4 AÑOS, DS 0,49, VARIANZA 1,71) FRENTE A ENCEFALITIS (MEDIA 2,65 AÑOS, DS 0,49, VARIANZA 0,24) VEMOS QUE HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA (P=0,028)	

Destacar que el 33% de las encefalitis y el 82% de las meningitis fueron por enterovirus. También reseñar que el 33% de la encefalitis fueron por virus del grupo Herpesviridae.

Hemos visto que, en los casos donde se ha aislado el enterovirus, la edad ha sido menor en el grupo que ha presentado clínica de encefalitis ($p=0,028$).

La incidencia en los cinco años anteriores fue mucho menor. Encontrando en este periodo sólo dos casos de encefalitis por Herpes tipo 1 y un tercer caso de meningoencefalitis tuberculosa.

CONCLUSIONES

Destacar la importancia de iniciar tratamiento empírico con antiviral ante clínica sugestiva de encefalitis. Ya que como vemos en nuestra revisión, en pleno brote epidémico por enterovirus ya conocido, tuvimos tres pacientes con infección por virus del grupo Herpesviridae. No tuvimos casos de encefalitis moderada o grave por enterovirus que nos indicara el uso de otras opciones terapéuticas. Resaltar, al compararlo con los años anteriores (2011-2015), el importante aumento de casos habidos en 2016.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEGUIMIENTO DE 89 CASOS DURANTE EL PERIODO 1995-2016

Víctor Pérez Beltrán, Alba Bach Faig, Jorgina Vila Soler, Marc Tobeña Rue, Gemma Giralt García, Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda con una incidencia anual en nuestro medio de 15 casos por 100.000 menores de 5 años. Sus principales complicaciones son las alteraciones cardiológicas a corto o medio plazo, más frecuentes en casos con retraso diagnóstico y terapéutico. Analizamos los casos observados en nuestro centro en los últimos 20 años.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de pacientes pediátricos diagnosticados de EK en nuestro centro desde diciembre de 1995 hasta noviembre de 2016. Se analizó la sin-

tomatología, edad, sexo, parámetros analíticos, tratamiento realizado, complicaciones cardiovasculares y seguimiento cardiológico posterior.

RESULTADOS

Se revisan 89 casos diagnosticados de EK, de los cuales un 71,9% se catalogaron de enfermedad completa. 4 casos presentaron signos compatibles con EK atípica. Un 76% de los casos eran menores de 5 años (rango edad 2-15 años). El 73% fueron varones. Un 85% de los casos fueron orientados de otra etiología al inicio, siendo el diagnóstico alternativo más frecuente amigdalitis. Todos los pacientes recibieron tratamiento con inmunoglobulina y ácido acetilsalicílico (82 casos) o Ibuprofeno (7 casos). La tasa de no respondedores que requirieron una segunda dosis de inmunoglobulina fue del 14%. De ellos, 3 pacientes requirieron corticoides a dosis altas y uno de ellos una tercera dosis de inmunoglobulina y una dosis de Infliximab. Un 25,6% de los casos presentaron alteraciones cardiológicas, 75% de ellas detectadas en la ecocardiografía al diagnóstico. En 3 pacientes éstas se objetivaron en la fase de convalecencia (más de 12 meses tras el diagnóstico). Sólo 6 pacientes presentaron secuelas permanentes en forma de dilataciones coronarias. Los únicos 2 pacientes con dilataciones consideradas graves fueron EK de diagnóstico tardío que no recibieron tratamiento. Los días de fiebre al inicio del tratamiento, temperatura alcanzada, sexo, edad, valor de VSG y número de dosis de inmunoglobulina no mostraron diferencias significativas entre los grupos con y sin cardiopatía. Sólo los valores medios de PCR y de Hemoglobina (Hb) mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con cardiopatía (PCR 13,3 mg/dl y Hb 9,78 g/dl) y sin ella (PCR 9,64 mg/dl y Hb 10,89 g/dl). 2 pacientes presentaron un nuevo episodio considerado recurrencia de EK recibiendo nueva tanda de tratamiento.

CONCLUSIONES

Las características epidemiológicas de los pacientes en nuestro centro coinciden con las revisadas en la bibliografía. Dada la posibilidad de aparición de complicaciones cardiológicas más allá del año del cuadro agudo, es necesario estandarizar un seguimiento cardiológico prolongado de estos pacientes.

INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS DIETÉTICOS SOBRE EL RIESGO DE FERROPENIA EN UNA COHORTE DE NIÑOS INGRESADOS

Beatriz Martínez Blanco, Marta Lendoiro Fuentes, Silvia Dosil Gallardo, Verónica Varela Rey, Manuel López Rivas

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La ferropenia es la disminución del hierro corporal total y la carencia nutricional más extendida en el mundo. Prevalencia en nuestro medio 9,5%. Los niños constituyen el principal grupo de riesgo por sus elevadas necesidades de hierro y la baja disponibilidad del mismo en su alimentación, con un consumo creciente de productos lácteos sustituyendo comidas principales o como suplemento de estas. El déficit de hierro tiene repercusiones a nivel neurológico, digestivo, dermatológico e inmunitario. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y hábitos dietéticos de niños ingresados en nuestro centro con ferropenia.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de cohorte de pacientes entre 2-7 años ingresados desde Enero 2011 a Diciembre 2015, diagnosticados de ferropenia durante el ingreso. Se recogieron datos clínicos y analíticos y se realizó encuesta dietética telefónica. Procesamiento de datos: R Versión 3.3.1.

RESULTADOS

Se incluyeron 74 niños entre 2 y 7 años, siendo 2 de cada 3 varones. El principal motivo de ingreso fue una causa infecciosa. El 26,4% refería reflujo gastroesofágico y 1 de cada 7 recibió inhibidores de la bomba de protones. En cuanto a la clínica, un 25% presentaba astenia y el 20% anorexia e irritabilidad. Hematológicamente, un 59% presenta anemia (hemoglobina mínima 4,8 g/dL). El 86,5% presentaba microcitosis (VCM < 80 fl) y 1 de cada 3 un índice de saturación de transferrina < 5%. En relación a la dieta, el 39,1% de los niños consumía > 500 ml de leche al día y 2 de cada 3 sustituían una comida principal por leche. Un 70% consumía como postre diariamente un lácteo, siendo este un factor de riesgo para desarrollar ferropenia ($p=0.01$). El 87% se recuperó clínica y analíticamente tras 2-3 meses de tratamiento, precisando el 13% nueva pauta de hierro oral.

CONCLUSIONES

El estilo de vida actual tiene repercusiones en el tipo de alimentación que reciben los niños, conduciendo en ocasiones a un excesivo consumo de determinados alimentos por su rápida preparación y buena aceptación como son los lácteos, que pueden relacionarse con la ferropenia.

En nuestra serie existe relación entre el consumo de lácteos como postre y la ferropenia, siendo la clínica predominantemente neurológica y digestiva.

Actualmente sólo se realiza cribado de ferropenia a grupos de riesgo, pero parece razonable realizarlo a toda la población infantil mientras el aporte lácteo forme un pilar fundamental en su alimentación.

Estudio con limitaciones (escaso tamaño muestral, carácter retrospectivo, ausencia de grupo control).

INSUFICIENCIA CARDIACA COMO DEBUT DE TRES ENFERMEDADES REUMÁTICAS DIFERENTES. LA NECESIDAD DE UN ABORDAJE PRECOZ E INTENSIVO

Lourdes Artacho González, Zaira Cubiles Arillo, Ana Extraviz Moreno, Esmeralda Núñez Cuadros, José Manuel González Gómez, Antonio Urda Cardona

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La insuficiencia cardiaca es una manifestación grave, aunque poco frecuente, de las enfermedades reumáticas que afectan a los niños. Su etiología puede ser diversa, no existiendo consenso para su abordaje terapéutico.

MÉTODOS

Presentamos 3 casos clínicos que debutaron en el último año con insuficiencia cardiaca y cuyo diagnóstico final son enfermedades reumáticas poco frecuentes.

RESULTADOS

Caso 1: niña de 11 años con cuadro de 10 días de evolución de dolor abdominal, vómitos y astenia. Exploración: mal estado general, ritmo de galope, hepatomegalia y tensión arterial (TA) diferencial entre miembros superiores de 50mmHg. Se objetivan cardiomegalia,

signos de edema agudo de pulmón, fracción de eyección ventricular (FEV) 20% y estenosis de troncos supraaórticos, aorta torácica y abdominal y arteria renal. Se realiza angioTC/RM y PET-TC diagnosticándose de Arteritis de Takayasu. Tras iniciar soporte hemodinámico y tratamiento inmunosupresor (**ver tabla**) no presenta buen control de TA, practicándose angioplastia renal y cambio a tocilizumab iv por elevación de reactivantes de fase aguda (RFA) de forma mantenida.

Caso 2: niña de 13 años con edemas palpebrales de un mes de evolución que se generalizan posteriormente, junto con disnea y fiebre en la última semana. Exploración: hipoventilación basal izquierda, tonos cardiacos apagados y eritema malar. En radiografía de tórax y ecocardiografía muestra cardiomegalia, derrame pleural izquierdo y derrame pericárdico masivo. Tras drenaje pleural y pericárdico inicia bolos de metilprednisolona, confirmándose mediante estudios analíticos (**ver tabla**) el diagnóstico de LES. Posteriormente inicia hidroxicloroquina y micofenolato, encontrándose asintomática desde entonces.

Caso 3: niño de 10 años con cuadro de dos meses de debilidad proximal y simétrica de miembros, hipotonía axial, xerosis cutánea e hiperpigmentación en tórax y pérdida de 3 kg de peso. En la analítica destacaba elevación de CK, aldolasa, LDH y transaminasas (**ver tabla**), comprobándose patrón miopático en el EMG, edema muscular en RM y datos de miopatía necrotizante autoinmune en la biopsia muscular. A las 48 horas de finalizar tratamiento con IGIV y bolos de corticoides inicia clínica de insuficiencia cardiaca comprobándose disfunción ventricular y elevación de enzimas cardiacas. Tras pauta de levosimendán e inicio de tacrolimus se consigue normalización de la función ventricular.

CONCLUSIONES

A pesar de la infrecuencia, dada la gravedad que entraña la afectación cardiaca, siempre debemos realizar un estudio cardiológico basal en cualquier enfermedad reumática sistémica.

Es preciso un alto índice de sospecha para iniciar un tratamiento precoz e intensivo multidisciplinario, que dependerá de la gravedad y de la etiología.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
MOTIVO DE CONSULTA	- Dolor abdominal - Vómitos - Astenia	- Edemas - Disnea - Fiebre	- Debilidad proximal y simétrica - Hipotonía axial - Pérdida de peso
EXPLORACIÓN CARDIOLÓGICA	Ritmo de galope	Tonos apagados	Tonos cardíaco rítmicos
FC	150 lpm	62 lpm	83 lpm
TA	TA 120/80 (TA diferencial 50mmHg)	TA: 135/85	TA: 95/40
Alter ECG	Ritmo sinusal	Ritmo sinusal Voltaje disminuido	Ritmo sinusal
FEV%	15-20%	70%	72%--->25%
DATOS ANALÍTICOS	PCR: 20 mg/L VSG: 10 mm/h	Leucocitos 3600/mm ³ ; Hb:11,2g/dl;Plaquetas: 48000/mm ³ PCR/VSG: <2.9/16 C3/C4: 19/2 ANA: 1/320; AntiDNA+	PCR/VSG: <2,9/ 6mm CK total: 13798 CK-MB: 540 ng/ml Aldolasa:319 U/L Troponina: 5,94 ng/ml GOT/GPT: 509/664
SOPORTE HEMODINÁMICO	CPAP Furosemida	Pericardiocentesis Toracocentesis Furosemida	Dopamina Captopril Levosimendán
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BASE	- Bolos de metilprednisolona - Ciclofosfamida iv	- Bolos de metilprednisolona - Hidroxicloroquina - Micofenolato vo	- Bolos de metilprednisolona - Metotrexato sc - Inmunoglobulina iv - Tacrolimus iv->oral
DURACIÓN ESTANCIA EN UCIP (días)	12 días	4 días	14 días
DIAGNÓSTICO FINAL	Arteritis de Takayasu	LES	Miopatía necrotizante autoinmune
EVOLUCIÓN	- Mal control TA: Angioplastia renal - Hipercolesterolemia: Rosuvastatina	- Estabilización renal y cardíaca - Ac. Antifosfolipido +: AAS	- Hipertransaminasemia transitoria
SITUACIÓN ACTUAL	Asintomática Ciclofosfamida-> Tocilizumab Retirada de Enalapril y Amlodipino FEV 50%	Asintomática Controles orina normales FEV 65 %	Asintomático CMAS 52/52 Retirada IGIV FEV 70%
Tiempo de seguimiento	6 meses	7 meses	11 meses

MÁS ALLÁ DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL: ADECUACIÓN DE LOS ESPACIOS HOSPITALARIOS A LOS NIÑOS

María Román Gómez, Zara Fuentes Ferrera, Elena Panizo Morgado, Sara Chinchilla Langeber, Adrián Niembro Méndez, Ana Vidal Esteban

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La resolución A2-25/86 del Parlamento Europeo sobre los derechos de los Niños Hospitalizados, reconoce su derecho a ser hospitalizados en plantas de pediatría, contar con espacios adaptados, proseguir su formación escolar, disponer de juguetes, libros y medios audiovisuales... Nuestro trabajo tiene como objetivo evaluar la importancia que los padres y el personal sanitario dan a la adaptación del espacio hospitalario a los niños.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, en el que realizamos una encuesta durante los meses de diciembre de 2016 y enero de 2017 a los padres de 134 pacientes que visitaron la urgencia pediátrica de nuestro centro y 30 profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y auxiliares) que trabajan en el servicio de pediatría.

RESULTADOS

En cuanto a la decoración de los espacios pediátricos el 54% de los padres y el 60% de los profesionales la considera muy importante, el 53% y el 60% creen que disminuye mucho la ansiedad del niño frente a la consulta y el 41% y el 50% respectivamente que facilita mucho el establecimiento de una relación entre el personal y el niño.

Menos importancia parecen tener los uniformes decorados (muy importantes para el 25% de los padres y el 13% de los profesionales) y consideran que contribuye menos en la reducción de la ansiedad y el establecimiento de una relación entre el profesional y el niño.

Respecto a las actividades recreativas en la sala de espera el 42% de los padres y el 47% de los profesionales las consideran muy importantes, frente al 56% y el 67% respectivamente que consideran muy importante la existencia de actividades lúdicas y formativas durante la hospitalización.

El 13% de los padres acudiría a un centro distinto del habitual si este estuviera mejor decorado o contara con las actividades citadas anteriormente. Los padres de los niños con edades comprendidas entre 0-3 años son los que más importancia dan a estos aspectos.

CONCLUSIONES

Varios estudios previos han demostrado el impacto del entorno hospitalario (juego, medios audiovisuales, aulas hospitalarias, adaptación arquitectónica y decoración) en los niños, reduciendo la ansiedad ante el ingreso y mejorando el afrontamiento de su enfermedad. Nuestro estudio apoya los datos reflejados en trabajos anteriores, mostrando la importancia que tanto padres como profesionales consideran que tiene la adaptación del entorno hospitalario a los niños. En el futuro se debería lograr una mejora en estos aspectos para ofrecer una atención integral a los niños.

NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS CON ENFERMEDAD DE KAWASAKI: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Diana Salas Mera, Beatriz Gómez González, Cayetana Verástegui Martínez, María Sánchez Martín, Fernando Baquero Artigao, Francisco Javier Aracil Santos

Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad de Kawasaki afecta típicamente a menores de 5 años. A partir de esa edad el diagnóstico diferencial con otras entidades es complejo. Nuestro objetivo es describir las características de niños a partir de 5 años con sospecha de enfermedad de Kawasaki.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de niños a partir de 5 años con sospecha clínica de enfermedad de Kawasaki atendidos en un hospital terciario entre 2002-2015.

RESULTADOS

De los 196 casos de sospecha de enfermedad de Kawasaki en el periodo 2002-2015, 25 (12%) se produjeron en pacientes ≥ 5 años, con una mediana de edad de 72,7 meses (rango: 62,3-162,2 meses). 17 eran varones y 8 mujeres.

Antes de iniciar tratamiento, 14 (56%) cumplían criterios de enfermedad de Kawasaki completa, 5 (20%) de enfermedad incompleta y 6 (24%) no cumplían criterios, pero la sospecha clínica fue lo suficientemente importante como para indicarse tratamiento con gammaglobulina. Tras la fase aguda, 20 (85%) cumplieron criterios de Kawasaki completo y 2 (8%) de incompleto; 3 (12%) no cumplieron criterios en ningún momento.

Se planteó diagnóstico diferencial en 14/25 pacientes (56%), valorándose el síndrome hemofagocítico (2/25;

8%), enfermedades reumatológicas (3/25; 12%), síndrome del shock tóxico (4/25; 16%) y otras infecciones bacterianas (11/25; 44%).

Un 92% (23/25) de los pacientes recibió tratamiento con gammaglobulina. 3/23 (13%) se consideraron refractarios y recibieron una segunda dosis. 6/25 (24%) recibieron tratamiento con corticoides. Un paciente fue refractario a la segunda dosis de gammaglobulina y recibió infliximab. Ninguno recibió una tercera dosis.

Un 17% (4/23) de los pacientes tratados presentaron alteraciones coronarias: 3/23 (13%) ectasia transitoria y 1 (4%) un aneurisma y ectasia permanente. Ninguno de los no tratados desarrolló patología coronaria.

CONCLUSIONES

En los niños a partir de 5 años con sospecha de enfermedad de Kawasaki es frecuente que se valoren otras posibilidades diagnósticas y se instaure tratamiento para las mismas. En nuestro estudio, un porcentaje considerable de pacientes presentó alteraciones coronarias a pesar del tratamiento con gammaglobulina.

NISTAGMO VERTICAL EN UN LACTANTE ASOCIADO AL USO DE RANITIDINA

Cristina Rodríguez Jiménez, Laura Butragueño Laiseca, María Medina Muñoz, Lucía Carrascón González-Pinto, M.^ª Isabel González Sánchez, Blanca Toledo del Castillo
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples fármacos asociados a la aparición de alteraciones en los movimientos oculares como nistagmo, opsoclono y crisis oculogiratorias.

La ranitidina, un antagonista selectivo del receptor H₂ de histamina, no era considerada como una posible causa de estas alteraciones hasta la fecha. Únicamente y de forma infrecuente se ha asociado a visión borrosa, y síntomas vestibulares como mareo y vértigo.

Presentamos el primer caso de aparición de nistagmo vertical en un lactante relacionado con la administración de ranitidina.

RESUMEN DEL CASO

Lactante de 3 meses, sin antecedentes de interés, que ingresa por presentar movimientos oculares anormales consistentes en batidas hacia abajo, que habían ido en aumento en los últimos 8 días (hasta 50 episodios/día).

Referían haber comenzado 10 días antes tratamiento con ranitidina (4 mg/kg/día, dos veces al día) por reflujo gastroesofágico leve. La paciente no presentaba otra sintomatología.

En la exploración física, destacaban episodios frecuentes de nistagmo vertical intermitente. Fuera de los episodios, no presentaba anomalías en la motilidad ocular y el resto de la exploración oftalmológica y neurológica no mostraba alteraciones.

La analítica sanguínea fue normal y los tóxicos en orina negativos. Se realizó una ecografía transfontanelar, electroencefalograma y resonancia magnética cerebral, con resultados normales. Las serologías para virus, PCR para virus en sangre (enterovirus, herpes virus, adenovirus, sarampión, paperas, rubéola) y PCR para virus respiratorios fueron negativas. No se detectó déficit de vitamina B₁₂. Para descartar un posible síndrome opsoclono-mioclono por neuroblastoma, se realizó una ecografía abdominal y catecolaminas en orina con resultados normales.

Durante su ingreso en el hospital, se suspendió el tratamiento con ranitidina, disminuyendo los movimientos anómalos hasta desaparecer 24 horas después de que el fármaco fuera retirado. La paciente fue dada de alta tras 72 horas de ingreso, con exploración neurológica y oftalmológica normal, permaneciendo asintomática posteriormente.

Episodio de nistagmo vertical en lactante



CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La ranitidina podría ser causa de alteraciones en los movimientos oculares. El complejo del núcleo vestibular, que tiene un papel clave en el control de la mirada y los reflejos vestibulo-oculares, recibe inervaciones hipotalámicas histaminérgicas. Algunos estudios han demostrado la capacidad de la ranitidina para bloquear las respuestas excitatorias de las neuronas de los núcleos vestibulares a la histamina.

Dado que la ranitidina es un medicamento de uso común en la edad pediátrica, los médicos deben ser conscientes de su potencial capacidad para causar trastornos de los movimientos oculares para evitar pruebas complementarias invasivas y posibles errores diagnósticos.

RESPUESTA LINFOCITARIA EN LA BRONQUIOLITIS GRAVE POR EL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL

Cristina Antúnez Fernández, Zaira Cubiles Arillo, Belén Jiménez Bravo, José Miguel Ramos Fernández, Ana M.^a Corcón Martínez, Antonio Urda Cardona

Hospital Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La bronquiolitis aguda (BA) tiene una evolución grave entre el 6-16% de los ingresados. Su patogenia está relacionada con la respuesta de los linfocitos T y se ha asociado la respuesta cuantitativa linfocitaria con la evolución. El objetivo del presente estudio es valorar si la respuesta linfocitaria sistémica está relacionada con la evolución en lactantes ingresados por BA por VRS.

MÉTODOS

Estudio observacional-analítico retrospectivo de ingresados por BA-VRS menores de 6 meses entre el periodo del 1/01/2010-31/03/2015 que en los primeros 3 días de evolución precisaron hemograma. Se excluyeron los lactantes con patología de base, sobreinfección bacteriana sospechada o confirmada y los prematuros <32 semanas de gestación. La variable principal fue "ingreso en UCIP" como reflejo de evolución grave. Se recogieron también las variables: sexo, edad, edad postmenstrual, exposición gestacional y postnatal al tabaco, tipo de lactancia, mes de nacimiento, días de evolución del distrés respiratorio y las cifras de del hemograma. La comparación de las variables cuantitativas se realizó mediante T-Student respecto de la variable principal. Las variables cuantitativas con diferencia significativa se categorizaron. Se realizó un análisis bivalente mediante Chi-cuadrado para de-

terminar la relación de las variables cualitativas con la variable principal. Con las asociaciones hasta una significación de $p < 0,25$ se realizó un análisis multivariante por regresión logística para calcular el OR de ingreso en UCIP de los factores estudiados con su IC al 95%.

RESULTADOS

Se incluyeron 252 casos en el estudio. Los ingresos en UCIP fueron 17 (incidencia de 6,5% por temporada). Alcanzaron significación en la T-Student, la cifra de linfocitos y la edad corregida para una $p=0,028$ y $0,003$ respectivamente. La cifra media \pm SD de linfocitos en ingresados y no ingresados en UCIP fue 4.044 ± 1.760 y 5.035 ± 1780 respectivamente. El primer cuartil de linfocitos se situó en 3.700/ml. En el análisis bivalente resultaron significativas las variables: linfocitos <3700/ml, nacimiento en mes de riesgo, fiebre, edad corregida <44 semanas y apneas al ingreso. No hubo diferencia significativa con sexo, lactancia, tabaquismo, edad gestacional y peso al nacimiento. Tampoco entre la cifra de linfocitos y el día de extracción. En el estudio multivariante los linfocitos <3700/ml presentaron mayor riesgo de ingreso en UCIP con una OR 4,17 ($P=0,017$; IC 95% 1,29-13,47) con independencia del resto de factores estudiados.

CONCLUSIONES

La menor respuesta cuantitativa linfocitaria se relacionó con evolución más grave en pacientes con BA por el VRS como factor independiente de riesgo.

REVISIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS DE DEFICIENCIA DE ORNITINA TRANSCARBAMILASA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Paula Vidal Lana, Pilar Abollo López, M.^a Carmen López Castillo, Javier Blasco Alonso, Juliana Serrano Nieto, Antonio Urda Cardona

Hospital Materno-Infantil de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El trastorno más común del ciclo de la urea es la deficiencia de ornitina transcarbamilasa (OTC). Sus síntomas son heterogéneos, pero todos inducidos por la hiperamonemia causada por la acumulación de precursores de urea. La presentación varía con la edad del paciente, pudiendo debutar desde la infancia hasta la edad adulta. Pueden requerir trasplante hepático para mejorar su calidad de vida. El cribado neonatal actual sólo detecta casos de arginemia, citrulinemia y acidu-

ria arginosuccínica no siendo adecuado para el diagnóstico de déficit de OTC ni carbamil fosfato sintetasa.

Nuestro objetivo es revisar nuestra experiencia y la evolución clínica de nuestros pacientes antes y después de la aparición del cribado neonatal.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes diagnosticados de OTC entre los años 2002 a 2016 en un hospital de tercer nivel, describiendo sus características clínicas y analíticas principales, así como su evolución general y algunos aspectos concretos.

RESULTADOS

Nuestra muestra se compone de 5 pacientes: 4 varones y 1 mujer, con una mediana de edad al inicio de los síntomas de 5 días de vida. Los cuatro varones debutaron en el periodo neonatal, con niveles de amonio en torno a 1000 micromol/L, requirieron ingreso en UCI e inicio de terapia de depuración extrarrenal, además de uso de quelantes y terapia dietética.

La paciente mujer debutó a los 2 años de edad y con niveles de amonio mucho menores.

De nuestra muestra, dos pacientes fueron sometidos a trasplante hepático, con una mediana de edad de 30 meses. Ambos continúan con vida en la actualidad. Las causas de no realización del trasplante en los otros casos fueron: éxitus, rechazo familiar, rechazo por encefalopatía hepática.

CONCLUSIONES

Una crisis hiperamonémica puede ser precipitada por diversos factores estresantes y convertirse en un evento potencialmente mortal a cualquier edad, independientemente de la gravedad de la deficiencia.

A pesar de las numerosas complicaciones del trasplante hepático y la inmunodeficiencia asociada, parece una buena opción terapéutica dado que prácticamente desaparece el riesgo de hiperamoniemia y la necesidad de una dieta restrictiva en estos pacientes, mejorando mucho su supervivencia. Retrasar el trasplante puede conllevar secuelas neurológicas irreversibles.

	Edad debut	Sexo	Origen	Forma de debut	Clínica	Niveles amonio máximos (μmol/l)	Días en coma	Evolución clínica	Trasplante
1	24 h	Varón	Europeo	Hiperamoniemia	Hiporreactividad, convulsiones, distrés	993	4	Diálisis peritoneal NTX bilateral, depresión CR. Grave afectación neurológica EXITUS 8 días	NO opción
2	5 días	Varón	Europeo	Hiperamoniemia	Hiporreactividad, convulsiones	1050	3	Diálisis peritoneal R. psicomotor global	NO aceptación por razones médicas
3	3 días	Varón	Europeo	Hiperamoniemia	Hiporreactividad, convulsiones	1450	3	Diálisis peritoneal Retraso simple del lenguaje	Sí (3 años)
4	7 días	Varón	Europeo	Hiperamoniemia	Distrés respiratorio, coma	1009	2	Hemodiálisis Ingreso breve No daños neurológicos	Sí (2 años)
5	2 años	Mujer	Magrebí	Hiperamonemia	Obnubilación, vómitos	425	1	No diálisis Retraso mental leve	Rechazo familiar

SÍNDROME DEL CABELLO ANÁGENO SUELTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marina Pertusa Guillén, M.^a Ángeles Ruiz Pacheco, María Jaén Moreno, Ana M.^a Martínez Álvarez, María Aiguabella Font, Teresa Martínez Menchón

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN

El síndrome del cabello anágeno suelto (SCAS) es una displasia pilosa caracterizada por pérdida difusa de cabello, en la cual los pelos en fase anágena se pueden desprender del cuero cabelludo con mínima tracción y sin dolor.

Descrito en su mayoría en pacientes pediátricos de sexo femenino, estos presentan un cabello muy fino y áspero, principalmente en la parte trasera de la cabeza y que además no avanza en su crecimiento.

El estudio con microscopio óptico muestra predominio de cabellos en fase anágena, sin vainas epiteliales, y con deformación del bulbo.

El estudio con microscopio electrónico de barrido muestra cutículas con aspecto desflecado.

RESUMEN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 3 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Remitida a consulta de Dermatología Infantil desde centro de salud, por caída de cabello de predominio en área occipital, desde hace 1 año. Evolución progresiva afectando actualmente también a zona interparietal. Control analítico realizado por su pediatra, incluyendo hormonas tiroideas y anticuerpos antitransglutaminasa, normal. En la exploración física se observa disminución de densidad capilar global, con áreas más hipotricóticas a nivel occipital. Presenta pilotracción positiva, de hasta 4-5 pelos, no dolorosa.

Se observan al dermatoscopio los pelos traccionados, encontrándolos en fase anágena.

El estudio con microscopio óptico muestra cabellos en fase anágena, con bulbos deformados y pigmentados, sin vaina epitelial, encontrando en algunos de estos pelos una depresión canalicular en el tallo piloso.

Con el microscopio electrónico se observan las escamas de la cutícula proximal enrolladas hacia atrás, con aspecto desflecado; en la parte distal aparecen con bordes suaves y planos.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El Síndrome del cabello anágeno suelto es una patología principalmente de la edad pediátrica. Su diagnóstico se basa en una adecuada historia clínica y la comprobación de cabellos en fase anágena con bulbos deformados y cutícula desflecada, lo que permitirá descartar otras causas de alopecia en la infancia. No existe tratamiento curativo para esta enfermedad. Sin embargo, el pronóstico es bueno, en la mayoría de los casos tiende a mejorar de forma espontánea con los años, aumentando la longitud y densidad del cabello.



SÍNDROME TINU, ¿INFRADIAGNOSTICADO?

María Tejado Castillo, Carmen Vázquez Ordoñez, Enrique Otheo de Tejada Barasoain, Esther Valles Laplaza, M.^a Clara Jijón Andrade, Enrique Blitz Castro

Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome TINU (nefritis tubulointerstitial con uveítis) es una entidad rara e infrecuente, con una triada característica: síndrome inflamatorio sistémico, uveítis anterior bilateral y nefritis intersticial (tubulopatía proximal con glucosuria y proteinuria, piuria estéril, microhematuria...). El objetivo de este trabajo es revisar los casos de síndrome TINU en nuestra área de salud en el último año. Estratificar según edad, sexo o clínica presente al diagnóstico. Evaluar el estudio analítico realizado y el tratamiento en cada caso concreto, así como su evolución posterior.

MÉTODOS

Análisis de datos de los pacientes de entre 0-16 años diagnosticados de síndrome TINU, en un hospital terciario, entre Enero-Diciembre 2016. Se evalúan edad, sexo, motivo de consulta y clínica asociada, necesidad de ingreso, pruebas complementarias (filtrado glomerular estimado, características de la orina, elevación de reactantes de fase aguda...), tratamiento recibido y evolución posterior.

RESULTADOS

N= 3 pacientes. Pacientes mujeres de 8, 13 y 15 años. Acudieron al SU por ojo rojo (66,6%) o alteraciones en analítica (33%). Todas referían clínica constitucional (fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal...). Dos de los casos debutaron como NTI (con filtrado glomerular estimado <90 ml/min/1,73 m², hematuria microscópica, piuria estéril, glucosuria, proteinuria tubular y microalbuminuria), con diagnóstico posterior de uveítis; mientras la tercera fue derivada desde Oftalmología por hallazgo de microalbuminuria en estudio de uveítis (en ese momento filtrado glomerular, función tubular y sedimento normales). Se realizó a todas ellas estudio analítico completo, sin alteraciones (salvo anemia y elevación de VSG en las pacientes que debutaron con la NTI y en una de ellas, Ac Anticardiolipina débilmente positivos). Ambas evolucionaron favorablemente con disminución espontánea de la creatinina en 1-2 semanas. No se precisó biopsia renal. El tratamiento recibido fue corticoide tópico oftálmico para la uveítis. Se realizó seguimiento posterior en consulta de Nefrología y de Oftalmología en todos los casos, con resolución de la afectación tubular y de la microalbuminuria, pero con persistencia de uveítis recurrente en dos de los casos al año del diagnóstico.

CONCLUSIONES

El síndrome TINU es una patología infrecuente, quizás infradiagnosticada. En nuestra casuística la evolución renal fue favorable, sin precisar tratamiento con corticoide oral. Deberíamos sospecharla en pacientes con síndrome constitucional y uveítis o alteraciones analíticas compatibles con NTI. Es fundamental contar con el apoyo del Servicio de Oftalmología para que reconozcan esta patología. El diagnóstico precoz y el seguimiento son vitales para prevenir la aparición de daño renal permanente y las secuelas oculares.

SUERO SALINO HIPERTÓNICO AL 3%, ¿EFECTIVO EN BRONQUIOLITIS?

M.^a Mar Rovira Remisa, Aina Valls Lussà, Berta López Berbel, M.^a Montserrat Montraveta Querol, M.^a Jesús Méndez Hernández, M.^a Mar Martínez Colls

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La bronquiolitis es una infección de las vías respiratorias inferiores que afecta al 15-30% de pacientes < 2 años. Requiere hospitalización en un 2-3% de los casos siendo la causa más frecuente de hospitalización en < 1 año.

Las guías terapéuticas actuales no recomiendan tratamiento con broncodilatadores ni corticoterapia por la ausencia de eficacia demostrada, recomendándose aplicar medidas de soporte generales. Los estudios con suero salino hipertónico al 3% nebulizado (SSH3%) muestran resultados dispares, la mayoría comparándose con suero salino fisiológico (SSF) (que no puede considerarse placebo), y en muchos se administra broncodilatador después del SSH3%. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad del SSH3% puro en bronquiolitis.

MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado prospectivo de pacientes ingresados por bronquiolitis desde marzo 2015 hasta enero 2017, donde se compara un grupo que recibe tratamiento de soporte habitual con un grupo que recibe además SSH3%. Se comparan datos clínicos (edad, sexo, clínica, exploración, Score, estancia hospitalaria...), radiológicos y microbiológicos. Se excluyen pacientes <1mes, prematuros y bronquiolitis graves al ingreso. En este trabajo se muestra el análisis descriptivo inicial de dicho estudio.

RESULTADOS

Se revisan 29 pacientes, 12 con medidas de soporte (MS) y 17 añadiendo nebulizaciones con SSH3%. En los grupos resultantes hay diferencias destacables en cuanto al tamaño, edad media y sexo femenino, siendo similares en sexo masculino, VRS y score (Tabla 1). En los resultados destacan diferencias en cuanto al tiempo hasta presentar score leve (2,08 grupoMS vs 2,63 grupoSSH3%), los días de sueroterapia requeridos (0,71 grupoMS vs 1.54 grupoSSH3%) y la estancia hospitalaria media (3,12 grupoMS vs 3,4 grupoSSH3%), siendo desfavorables en el grupo SSH3%.

		Global	Grupo NADA	GRUPO SSH			
Tamaño muestra	29	12	41%	17	59%		
Según sexo	Mujeres	15	52%	5	10		
Hombres	14	48%	7	7			
Edad media	4,14	meses	3,58	meses	6,42	meses	
Virus	VRS	20	69%	8	67%	12	71%
no VRS	9	31%	4	33%	5	29%	
Score medio*	Al ingreso	5,31	5,5	5,18			
Máximo	5,55	5,5	5,59				
Días hasta SCORE* leve (≤ 3)	2,41	días	2,08	días	2,63	días	
Estancia hospitalaria media	3,28	días	3,12	días	3,40	días	
Oxigenoterapia	Duración	1,75	días	1,81	días	1,71	días
Aporte máximo	0,72	Lx'	0,71	Lx'	0,74	Lx'	
Necesidades de suero terapia medio	1,19	días	0,71	días	1,54	días	

* Score según Escala de Wood-Downes modificada por Ferrés

En un caso se objetiva empeoramiento clínico después de iniciar SSH3%, probablemente atribuible al propio proceso. Ningún paciente presenta efectos adversos relacionados. En todos los casos la evolución posterior es correcta sin precisar reingreso ni traslado a UCI.

CONCLUSIONES

Hay discrepancias sobre la efectividad del SSH3% en bronquiolitis. Algunos estudios ven una reducción de estancia hospitalaria, otros no e incluso algunos muestran empeoramiento clínico. Todos comparan la administración de SSH3% con nebulización de SSF o broncodilatador, ninguno con medidas de soporte habituales sin nebulizar ninguna sustancia.

En nuestro trabajo no observamos mejoría en cuanto a estancia hospitalaria ni mejoría clínica relevante, incluso observamos resultados contrarios, pero son resultados preliminares. Destacar que los criterios de exclusión limitan el tamaño muestral, siendo necesario incluir más pacientes para obtener potencia estadística y poder sacar conclusiones.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA TROMBOSIS VENOSA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Clara Udaondo Gascón, Andrea Vega Benito Sánchez, Cristina Barcia Aguilar, Luis Escosa García, M.^a Jesús Blanco Bañares, Francisco José Climent Alcalá

Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La incidencia de tromboembolismo venoso (TEV) en pediatría está aumentando en los últimos años. Aún así, muchos de los datos sobre la evolución de TEV infantil han sido extrapolados de los adultos. El objetivo de este estudio es analizar el tratamiento y la evolución de TEV en pacientes pediátricos hospitalizados.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, aprobado por el CEIC del hospital. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes hospitalizados diagnosticados de TEV en un hospital terciario entre 01/01/2014 y 31/12/2016.

RESULTADOS

Fueron diagnosticados 59 casos de TEV en 48 pacientes. La distribución por edades fue: <2 meses (15/59), 2 meses a 12 años (41/59) y mayores de 12 años (3/59). La localización más frecuente fue: yugular (22%), femoral (15%), vena cava inferior (10%) e ilíacas (6%). En un 18,6% se objetivaron trombosis en varias localizaciones. En <2 meses las principales localizaciones fueron yugular y porta (ambas 20%), y de 2 meses a 12 años fueron yugular y femoral (ambas 19,5%).

17 pacientes iniciaron el tratamiento con heparina no fraccionada, y continuaron con HBPM, y el resto directamente con HBPM. Sólo 1 paciente recibió fibrinólisis. La HBPM de elección fue bemiparina (52 casos). El tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue 6 días. El tiempo medio hasta alcanzar un antiXa correcto fue 13 días (DS 31 días), 11 días en <2 meses (DS 16 días) y 14 días en el resto de edades. Durante el tratamiento 2 pacientes sufrieron hemorragias y 1 presentó trombopenia.

Se logró resolución completa en el 49% de los pacientes (28,8% a las semanas, 11,8% a los 3 meses y 8,4% a los 6 meses de tratamiento), y resolución parcial en el 32%. Dos pacientes tuvieron un empeoramiento en la evolución. Cuatro pacientes fallecieron durante el tiempo de tratamiento por otras causas. 1 paciente desarrolló síndrome posttrombótico a los 13 meses de evolución.

CONCLUSIONES

La localización más frecuente de trombosis fue la vena yugular en todos los grupos de edad. La HBPM es el tratamiento de elección más frecuente. La resolución completa o parcial de la trombosis se alcanza en la mayoría de los pacientes. Es importante el seguimiento estrecho durante el tratamiento para detectar complicaciones y a largo plazo para vigilar la posible aparición de síndrome posttrombótico.

TROMBOFLEBITIS SUPURADA SECUNDARIA A DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

Mireia Alari Albacete¹, Irene Pérez García¹, Marcos Tobeña Rue², Susana Melendo Pérez², Pere Soler Palacín², Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria²

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La tromboflebitis supurada es una posible complicación del uso de dispositivos intravasculares. Se define

como la trombosis venosa asociada a inflamación en contexto de bacteriemia. Debemos sospecharla en pacientes con bacteriemia persistente tras 48 horas de antibioterapia apropiada. Se presenta con fiebre, eritema, inflamación y/o exudación del punto de inserción, y puede complicarse con embolismos a distancia. El germen más frecuentemente implicado es *Staphylococcus aureus*; seguido de estreptococos y enterobacterias. Para su diagnóstico son necesarios datos microbiológicos (cultivo positivo en sangre o exudado) y radiológicos. El tratamiento debe incluir antibioterapia prolongada, retirada del foco infeccioso y en algunos casos, tratamiento quirúrgico y/o anticoagulación.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos dos casos de pacientes con tromboflebitis supuradas asociadas a dispositivos intravasculares.

Caso 1: varón de 2 años, con síndrome febril y afectación del estado general tras infección por Gripe A, por el que había sido portador de vía periférica. A las 48 horas del ingreso se obtiene hemocultivo positivo para *Klebsiella oxytoca*. Al cuarto día se objetiva cordón flebítico con supuración en antiguo punto de inserción de vía, con cultivo de exudado positivo para *K. oxytoca*. Se realiza ecografía Doppler que evidencia tromboflebitis supurada de vena basílica izquierda, y estudio de extensión normal. Recibe tratamiento antibiótico y anticoagulante. Presenta correcta evolución posterior, siendo dado de alta a las 2 semanas. Siete días más tarde, se objetiva rechazo a la deambulación, diagnosticándose de osteomielitis de astrágalo derecho relacionada con bacteriemia por *K. oxytoca*.

Caso 2: lactante de 7 meses con malformación anorrectal, ingresada para cierre de colostomía. Se canaliza vía central en yugular derecha para administración de nutrición parenteral. Al quinto día de ingreso presenta exudación por punto de inserción de vía y se inicia antibioterapia. Se aísla *Enterococcus faecalis* en exudado y hemocultivo. A las 48 horas presenta pico febril y se extrae nuevo hemocultivo, positivo para el mismo microorganismo. Se realiza ecografía Doppler de troncos supraaórticos que evidencia tromboflebitis de vena yugular derecha y estudio de extensión normal. Recibe antibioterapia prolongada y tratamiento anticoagulante.

Ambos pacientes presentan evolución favorable. Se realiza estudio de inmunidad y coagulación que resultan normales.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El uso de dispositivos intravasculares puede asociarse a infecciones. Por ello es de vital importancia su prevención, asegurando una correcta higiene y mínima manipulación. Ante una bacteriemia persistente debemos realizar siempre estudio de extensión.

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS PEDIÁTRICOS: PERFIL DE PACIENTES

Silvia Ricart Campos, Andrea Aldemira Liz, Joaquín Gascón Romero, Verónica Vélez Delgado, Gloria Rius Moreso, Juan José García García

Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El aumento de la supervivencia de niños con enfermedades graves ha comportado un incremento de niños con patologías crónicas complejas (NPCC). Para atender a sus necesidades, en el año 2012 en un hospital de tercer nivel se creó una unidad multidisciplinar (pediatría, enfermería, trabajo social y atención espiritual) para la atención integral y centrada en la familia de los NPCC. El objetivo de este estudio es describir el perfil clínico y social de pacientes de la unidad, y las principales causas de alta.

MÉTODOS

Análisis estadístico descriptivo mediante software SPSS v17.2 de los datos registrados prospectivamente en base de datos Access creada específicamente para este fin. Se analizan los pacientes activos durante el año 2016.

RESULTADOS

Al final de 2016 hay 95 pacientes activos. La tabla muestra su clasificación según Clinical Risk Group (CRG) y los principales grupos de enfermedades, destacando que el 58,9% de pacientes se clasifican como "condiciones catastróficas". Un 62.1% son portadores de tecnología (ver tabla). El 55% de familias presentan indicadores de riesgo o alta vulnerabilidad social, que requiere un seguimiento moderado-intensivo por trabajo social. El 40% de familias son de origen inmigrante. Durante el 2016 ha habido 32 altas: 15 (46,9%) por mejoría; 3 (9,3%) transiciones a adulto; 14 éxitos o derivados a paliativos (43,7%). Los fallecidos o derivados a paliativos suponen un 14,7% de los pacientes en

Tabla. Características clínicas de los pacientes de la unidad de NPCC

Clasificación según categoría de Clinical Risk Groups (CRG)	n	% del total
6: enfermedades crónicas significativa en diferentes órganos o sistemas	10	10,5
7: enfermedad crónica dominante en 3 o más órganos o sistemas	29	30,5
9: condiciones catastróficas (dependencia a largo plazo de tecnología)	6	58,9
Clasificación según grupo clínico	n	% del total
Enfermedades neurológicas graves	26	27,4
Secuelas graves de enfermedades	5	5,3
Cromosomopatías o enfermedades raras	50	52,6
Epidermólisis bullosas graves	14	14,7
Uso de tecnología	n	% del total*
NO dispositivos tecnológicos	36	37,9
Gastrostomía	45	47,4
Respirador	14	14,7
Traqueostomía	11	11,6
Catéter venoso central permanente	2	2,1
Otros	4	4,2

*10 niños (10,5%) utilizan más de un dispositivo tecnológico.

seguimiento durante el 2016. Durante el 2016 hay 104 ingresos (media 1,1 ingresos/paciente; estancia media 5,7 días/ingreso).

CONCLUSIONES

Un 14,7% de los pacientes en seguimiento durante el 2016 fallece o es derivado a paliativos, dato que refleja la fragilidad de los NPCC. Un 60,4% precisa de soporte tecnológico para optimizar sus funciones, lo que conlleva una elevada dependencia hospitalaria. Un 58,9% se clasifica dentro de la categoría CRG 9 (crónico catastrófico), pacientes con alto consumo de recursos sanitarios como demuestra la carga e ingresos. La complejidad médica conduce con frecuencia a alteraciones de índole familiar y social (como se observa en nuestros datos) y que aumentan la complejidad del caso, cosa que se debe tener en cuenta al tratar con NPCC. La creación de unidades de atención integral a NPCC permite un manejo específico, multidisciplinar y coordinado de estos pacientes.

VALORACIÓN Y CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE CAUTIVERIO

Rosa Gil Aparicio, Lucía Ortiz San Román, Mónica García Torralba, Rebeca M.^a Gracia Rodríguez, Cristina Llorens Rovira, Silvia López Iniesta

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Cautiverio (SC) se produce en pacientes con lesiones de la región ventral de la protuberancia y en neuropatías motoras graves, con integridad del haz reticular, lo que supone una conservación de la conciencia, con incapacidad para realizar actos motores con la cara o las extremidades. Solo se conservan movimientos oculares verticales y parpadeo.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 6 años, 23 kg, con tumor de troncoencéfalo de 1 año de evolución. Las posibilidades de tratamiento curativo eran inexistentes. Fue derivada a la Unidad de Hospitalización a Domicilio y Cuidados Paliativos Pediátricos. Se proporcionó una atención paliativa específica centrada en la atención integral de la Unidad Familiar. La intervención permitió trasladar los cuidados al domicilio hasta el final de su vida, y esto fue compatible con un buen control de sus síntomas.

SC y valoración de síntomas: La niña mantuvo su capacidad para comunicarse varias semanas mediante algunas vocalizaciones y movimiento de los dedos de

la mano. La parálisis fue completa y podía controlar los movimientos oculares, sin embargo no fue posible establecer un código de comunicación. Realizamos monitorización de la frecuencia cardíaca (FC) con pulsioximetría intermitente. Se detectaron rachas de taquicardia de 130-140 lpm. Se sospecharon los siguientes síntomas: cefalea, disnea y sufrimiento existencial. Se realizó ensayo terapéutico con fentanilo sublingual a dosis de tratamiento de disnea (insuficiente para tratamiento del dolor e ineficaz para tratar el sufrimiento existencial, que precisaría sedación paliativa). La FC se normalizó, por lo que pensamos que padecía disnea. Según dosis necesitada, se ajustó el tratamiento y se cambió la pauta a fentanilo transdérmico, y mantuvo una frecuencia cardíaca normal. No se objetivaron cambios en la exploración neurológica asociados al inicio del tratamiento con opioide ni signos de toxicidad. Finalmente la paciente presentó signos de retención de anhídrido carbónico y entró, de forma natural, en un estado de estupor y coma. La muerte de la niña sucedió en su casa acompañada por su familia.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

Planteamos la dificultad del manejo de síntomas en aquellos pacientes con dificultades para la comunicación. Este caso planteó muchas dudas sobre la identificación de síntomas. En nuestro caso, la monitorización de la FC intermitente fue de gran utilidad, aunque debemos sopesar su indicación ya que puede interferir en la experiencia vivida por los cuidadores. Destacamos la importancia de diagnosticar bien los síntomas para establecer un terapéutico. Se necesitan más estudios sobre el control de la disnea en niños con fentanilo sublingual.

VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE LOS EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Silvia Escalada Pellitero, Marciano Sánchez Bayle, Álvaro Martín Rivada, Carmen Sánchez Fernández-Bravo, Asela Ruiz Zamora

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los Episodios aparentemente letales (EAL) son una causa frecuente de atención sanitaria e ingreso hospitalario en lactantes, condicionando preocupación en familiares y personal sanitario, y cuyo manejo es controvertido.

El objetivo es describir las características de los pacientes ingresados en nuestro centro con este diagnóstico y evaluar la variabilidad en su manejo.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se recogieron todos los pacientes ingresados desde el 01/01/2007 al 31/12/2016 con diagnóstico al alta de EAL. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, pruebas empleadas como estudio complementario y tratamiento instaurado.

RESULTADOS

Se registraron 166 pacientes. La edad media fue 5 meses (56,6% mujeres). La edad gestacional media, 38 semanas (15% prematuros). 13,5% había presentado algún episodio previo similar. Los signos más frecuentes fueron: cambio de coloración (72,8%), predominando la cianosis (47% del total), y alteraciones del tono muscular (37,4%), predominando la hipertonia (25,8%). La duración del episodio fue inferior a 30 segundos en 65,7%. En 4,9% se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar, 10,2% requirieron ingreso en UCI. La estancia media hospitalaria fue 5 días.

Se realizaron pruebas complementarias en 96,3%, orientadas según la clínica e historia. En 26,5% del total se solicitaron pruebas diagnósticas de reflujo gastroesofágico (RGE), 19,8% pH-metría, 17,4% impedanciometría, 3,6% tránsito gastroduodenal. Estudio de patógenos respiratorios en 57,2% (53,6% virus respiratorio sincitial, 25% adenovirus, 24% B. pertussis, 22,9% influenzavirus), orientado según la época epidémica. Pruebas de detección de patología cardíaca en 40% (38,5% electrocardiograma, 37,3% ecocardiografía, 1,2% holter), de patología neurológica en 62% (38,5% electroencefalograma, 46,3% ecocardiografía craneal). Se hallaron alteraciones que justifiquen el episodio en el 66% de las pruebas de reflujo, 14% de las respiratorias, 2,8% neurológicas y ninguna de las cardiológicas.

Al alta, 37,3% fueron diagnosticados de RGE, en 18% se detectó patología obstructiva de vía aérea superior (atragantamiento, laringomalacia y apnea obstructiva), en 9% patología respiratoria infecciosa, en 23,5% no se identificaron causas secundarias.

Se indicó monitor de apneas domiciliario en 10%. En 49,4% se pautó tratamiento etiológico (fundamentalmente antirreflujo) al alta y en 44,6% ninguna medida.

La mediana de tiempo posterior de seguimiento en consultas hospitalarias fue un mes. No se observaron secuelas neurológicas en ningún paciente.

CONCLUSIONES

Hasta en un 79,5% de los casos no se encontró ningún hallazgo relevante en las pruebas complementarias. Existe en el momento actual una gran variabilidad en

el manejo de los EAL en nuestro Centro, que coincide con revisiones publicadas previamente.

¿QUÉ TRASLADAMOS DESDE UN HOSPITAL SECUNDARIO?

Ignacio Callejas Caballero, Ana Castel-Ruiz Molinelli, Silke Bianca Kirchschräger Nieto, Beatriz Soto Sánchez, Luis Grande Herrero, Andrés José Alcaraz Romero

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El traslado del paciente pediátrico implica disponer de conocimientos tanto en traslado como en patología y manejo del paciente pediátrico.

Revisamos las características epidemiológicas y motivos de traslado más frecuentes desde nuestro Hospital por requerir Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) o Reanimación Pediátrica (REAp).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron los pacientes trasladados desde un Hospital secundario por requerir ingreso en UCIP o REAp durante los últimos 5 años (2012-2016). Se excluyeron los traslados a unidades neonatales y aquellos por patología quirúrgica no complicada (no requiere UCIP/REAp).

Los datos analizados fueron: epidemiológicos (edad, sexo, fecha del traslado), diagnóstico, motivo del traslado y servicio al que se deriva. Se presentan como medianas (p25-p75) y frecuencias (%).

RESULTADOS

Se encontraron 435 pacientes trasladados. Se excluyeron 33 traslados neonatales y 245 por patología quirúrgica no complicada. Finalmente se incluyeron 157 pacientes (57,3% varones): 111 trasladados desde urgencias y 46 desde planta, por año: 29 en 2012, 23 en 2013, 37 en 2014, 35 en 2015 y 33 en 2016. En diciembre se realizaron el mayor porcentaje de traslados (21,6%), seguido de junio (12,1%) y noviembre (10,8%), siendo agosto el que menos (3,1%).

La mediana de edad fue 28 (6-63) meses, siendo el 31,2% menores de 1 año y el 9,5% mayores de 12 años.

En los pacientes hospitalizados el traslado se realizó a los 2 (2-4) días de ingreso.

Los motivos de traslado fueron (ver tabla)

Requerimientos del paciente trasladado	Categoría diagnóstica	Patología
UCIP 118 (75,2%)	Respiratorio 56 (35,6%)	Bronquiolitis 33 (21%)
Asma/Broncoespasmo 23 (14,6%)		
Neurología 20 (12,7%)	Estatus convulsivo 6 (3,8%)	
Encefalitis 5 (3,1%)		
Tumor, hidrocefalia, hemorragia 7 (4,4%)		
Otros 2 (1,2%)		
Infeccioso 23 (14,6%)	Neumonía 13 (8,2%)	
Sepsis 4 (2,5%)		
Shock tóxico 1 (0,6%)		
Otros 5 (3,1%)		
Otros motivos	19 (12,1%)	
REAp 39 (24,8%)	Traumatología	17 (10,8%)
Cirugía plástica	11 (7%)	
ORL	4 (2,5%)	
Cirugía maxilofacial	4 (2,5%)	
Otros	3 (1,9%)	
Total	157 (100%)	

CONCLUSIONES

La insuficiencia respiratoria aguda es el motivo más frecuente de traslado a UCIP, seguido de patología infecciosa y neurológica.

La patología quirúrgica que más ingresó en REAp fue relacionada con Traumatología y Cirugía Plástica.

El número de pacientes trasladados por requerimiento de UCIP o REAp se mantiene similar en los últimos años.

Alrededor de un tercio de los pacientes trasladados a UCIP o REAp fueron lactantes, lo que apoya la necesidad de transporte pediátrico especializado.

PEDIATRÍA SOCIAL Y MEDICINA DEL ADOLESCENTE

JUEVES 1 DE JUNIO • 10:15-10:45 H • SALA 22

ADOLESCENTES, CONTACTO CON LA NATURALEZA Y EXPOSICIÓN A DROGAS

Esther Tobarra Sánchez¹, Lara Cabrera Jiménez¹, Emilio Macanás Pérez², Jesús Meca Garrido², Juan Antonio Ortega García¹

¹Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

²CS Profesor Antonio García, Molina de Segura, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Cada vez con más frecuencia los pediatras observamos como los jóvenes pasan más tiempo en espacios cerrados y alejados de experiencias en la naturaleza. Las cifras de consumo de alcohol y otras drogas entre adolescentes producen una alarma sanitaria y social importante. Según cifras estatales, en el último mes un 38% han consumido tabaco, un 7% cannabis y el 64% alcohol, la mayoría en atracón (ESTUDES, Plan Nacional de Drogas, 2013). Tan sólo un 15% de los encuestados realizaba actividades físicas el contacto con la naturaleza (Ministerio de Educación, 2010). Con este trabajo se pretende analizar el contacto con la naturaleza, la exposición a drogas y su posible interacción en un grupo de adolescentes.

MÉTODOS

Se seleccionaron 2 aulas de 4º de la ESO (15 años) de un Instituto de Secundaria de un municipio español. Se entregó un cuestionario autocumplimentado sobre las actividades de ocio incluyendo contacto con la naturaleza, grado de exposición y percepción del consumo de alcohol y otras drogas. Se realizó estadística descriptiva usando el programa SPSS V19.

RESULTADOS

Se encuestaron 47 adolescentes, 32 chicas y 15 chicos. A un 21,3% les han ofrecido alguna vez droga ilegal en la calle y el 100% conocen locales donde venden alcohol a menores. Un 17% toma alguna vez alcohol los fines de semana y un 57% ha estado expuesto al humo del cannabis en los últimos 2 meses. La percepción sobre el consumo de la pandilla o compañeros de instituto (del 0-nadie- al 10-todos-) de tabaco, cannabis y alcohol es del 26%, 16% y 60% respectivamente. A un 87% les gusta ir al campo, pero un 58,4% tiene contacto con la naturaleza menos de una vez por semana. El

78,7% refiere que no hay actualmente alternativas de ocio saludable en la comunidad. El % de fumadores de cannabis es menor en los jóvenes con mayor número de experiencias en la naturaleza (72% frente al 40%, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Las cifras de exposición a drogas en adolescentes son alarmantes. El abordaje integrativo de las drogas en pediatría debe contemplar el abordaje de los factores de riesgo y el estímulo de los factores de protección. Programas de estímulo de actividades en contacto con la naturaleza desde la consulta de pediatría podrían ayudar a prevenir y disminuir el consumo de drogas.

EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL CON BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS: ¿VARÍAN LOS MOTIVOS DE INGRESO?

David González Pérez¹, Ruben Gálvez López², Edy Nacarapa², Ana Fuertes Rodríguez²

¹Hospital Marqués de Valdecilla, Santander

²Hospital El Carmelo, Chowke, Mozambique

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los motivos de ingreso en la edad pediátrica difieren según los recursos sanitarios disponibles. A pesar de los esfuerzos, la mortalidad infantil en Mozambique aún se sitúa en un 10%.

Valorar las características y los motivos de ingreso en menores de 15 años en el hospital El Carmelo, centro especializado en VIH-tuberculosis.

MÉTODOS

Análisis de los pacientes ingresados entre julio de 2014 y diciembre del mismo año con edad igual o menor a 15 años.

RESULTADOS

Ingresaron 632 pacientes siendo 103 niños. Se trata de 57 varones y 46 femenino. Edad media: 4,3 años; 45 niños, menores de 24 meses de los cuales: 7 seronegativos, 10 en seguimiento (hijos de madres VIH

positivas), 28 VIH confirmado (15 nuevos diagnósticos durante el ingreso). Días de estancia media: 16. Motivos de ingreso: fiebre sin foco, 24; síntomas digestivos: 18; síntomas cardio-respiratorios: 17; malnutrición, 14; alteraciones dermatológicas, 11; otros: 19. El 34,9% de los niños ingresaban con fiebre; todos ellos presentaban anemia, con hemoglobina media de 9,4 g/dl (2,7-10,9). 30 ingresaron con malaria confirmada (test de diagnóstico rápido y/o gota gruesa) y 8 la desarrollaron durante el ingreso. Se realizaron 47 radiografías de tórax y 33 (70%), eran patológicas (16 presentaban infiltrados, 11 condensaciones y 6 aumento hiliar). Se obtuvieron 28 baciloscopias de esputo (muestra directa o aspirado gástrico), de las cuales 5 fueron positivas; ninguna de las muestras negativas dio positivo para PCR en tiempo real de M.tuberculosis. Todos los niños experimentaron ganancia ponderal (media: +500 gramos). Diagnósticos principales: 30 malarías, 22 tuberculosis (21 pulmonares, 1 diseminada), 10 neumonías bacterianas, 6 gastroenteritis con deshidratación. Diagnóstico secundario de malnutrición, en 14 casos. Se registraron 12 fallecimientos (11,65%), 8 eran menores de 2 años, 7 de ellos, nuevos diagnósticos de VIH (casos: 3 TBC, 3 malaria, 2 gastroenteritis, 2 malnutrición).

CONCLUSIONES

La mayoría de los niños que ingresan son nuevos diagnósticos VIH menores de 2 años. La mortalidad en este subgrupo, ya sea por el propio VIH, enfermedades asociadas o malaria, es elevada. Un adecuado seguimiento gestacional y de los primeros meses de vida ayudaría a disminuir estas cifras.

INFRAESTIMACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE CANNABIS DURANTE LA GESTACIÓN Y ALTERACIÓN EN EL APEGO

M.^a Ángeles López Sánchez, Begoña Hernández Sierra
Hospital de Poniente, El Ejido, Almería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Existe un aumento del consumo de cannabis durante la gestación en los últimos tiempos infraestimando la gravedad de dicha patología en el neurodesarrollo del neonato, así como en la interferencia con la lactancia materna y con ello en el apego dado que contraindica el amamantamiento dado que presenta índice leche/plasma del 0,8 (dado que se une a la grasa) con alta excreción en leche materna y semivida prolongada (57 horas) que contraindica lactancia materna.

Objetivos:

- Evaluar el seguimiento de dichas familias por unidad de trabajo social (UTS) así como el seguimiento del neurodesarrollo por parte de Pediatría.
- Valorar posibles alteraciones en el desarrollo del apego, tanto a nivel neonatal inmediato como a largo plazo.

MÉTODOS

1. Estudio observacional y descriptivo de carácter retrospectivo de 11 recién nacidos hijos de MCCG en hospital comarcal a lo largo de 2 años (2015-2016).
2. Revisión del seguimiento e intervención por parte de UTS de nuestro centro.

RESULTADOS

Se detectaron 11 casos de MCCG; 4 en el 1^{er} trimestre, 2 en el 2^o y 5 a lo largo de toda la gestación; 10 casos (90%) de consumo ocasional, 1 caso crónico. Presentaban consumo asociado de otras sustancias tóxicas de carácter legal (tabaco) 83,3% de los casos (media 5-10 cig/día); un único caso alcohol (ocasional). Precisarón ingreso en unidad neonatal 9 casos (75%) para valoración de síndrome de abstinencia (score de Finnegan) que se desarrolló en 2 casos (1 preciso Fenobarbital). Se realizó interconsulta y seguimiento por UTS en todos los casos; previamente durante el embarazo solo en los dos casos más graves. Seguimiento posterior por Pediatría en el 25% (n:3) y por prematuridad.

Se retiró la lactancia materna al nacimiento al 50% de las de las madres, del 50% restante un 25% la rechazo y otro 25% si amamantaron (consumo únicamente 1^{er} trimestre). Se procedió a la retirada de la custodia por los padres en un único caso. El resto de las familias (90%) mostraron buen apego.

CONCLUSIONES

1. Es importante la detección precoz del consumo de cannabis durante el embarazo para poder realizar una intervención temprana; no desestimando la importancia del consumo ocasional.
2. El seguimiento posterior de estos niños es esencial, tanto por parte del pediatra para valorar el neurodesarrollo como por la unidad de trabajo social.
3. El consumo de cannabis durante la gestación puede afectar al correcto desarrollo del apego dado que interfiere en la interacción piel-con-piel dado que en muchos casos deben separarse de

los padres para valorar morbilidad, y por otro lado porque contraindica la lactancia materna, elemento clave para el desarrollo del apego.

4. Debe informarse por parte del obtetra de su riesgo al igual que otras drogas permitidas.
5. El consumo de cannabis a nivel personal es ilegal y presenta repercusiones legales encruceadas desde la ley organica del 30 de mayo del 2015 "ley mordaza" que considera el uso privado de cannabis un delito y evita que se subestime la gravedad de su consumo.

MALTRATO INFANTIL: CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS MALTRATADOS Y DE NUESTRA ACTUACIÓN

Rocío Díaz Córcoles, Carlos del Toro Saravia, Sonia Valero Portero, Carmen Solano Navarro, Carlos Pérez Cánovas, Sara Moralo García

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El maltrato infantil es un problema de salud y una necesidad asistencial que preocupa a todos los pediatras. Del mismo, se derivan consecuencias físicas, psicológicas y emocionales para el paciente y las familias a corto y largo plazo. Conocer sus manifestaciones es importante para establecer un diagnóstico temprano y actuar precozmente. El papel del pediatra es fundamental por ser en muchos casos el primer profesional en detectarlo.

Nos proponemos estudiar los casos de sospecha de maltrato para describir las características de los pacientes y si la actuación llevada a cabo tras la detección ha sido correcta.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo donde analizamos las interconsultas realizadas a Trabajo Social de un hospital de tercer nivel entre Octubre de 2015 y Octubre de 2016. Analizaremos las caracterís-

ticas de los pacientes (sexo, edad, tipo de maltrato, factores de riesgo), de la detección (servicio en el que se detecta, indicadores) y de la intervención (urgente o diferida, quién interviene y el destino del menor).

RESULTADOS

Se detectaron 69 sospechas de maltrato, (85,5% detectados en el servicio de urgencias). El 55% son mujeres con una edad media de 4,75 años. Los indicadores más frecuentes se encontraron en la anamnesis de manera aislada (43,3%) o asociada a exploración física (33%). Los tipos de maltrato más frecuentes fueron por negligencia o abandono y físico (33% cada uno), seguido de cerca por el sexual (30%) y en menor frecuencia psicológico (3%). Los factores de riesgo más frecuentemente encontrados fueron los asociados a la familia o entorno social (72,5%). Llama la atención que en el 42% de los pacientes no se recogieran datos relacionados con factores de riesgo. En el 58% de los casos se realizó una intervención diferida dando parte a los servicios sociales y sólo en el 36% de los casos la intervención fue urgente debiendo intervenir juez, forense o policía. La mayoría de los pacientes fueron dados de alta a domicilio (75%). 11 niños necesitaron ingreso hospitalario y 7 de ellos destinados a centros de protección del menores.

CONCLUSIONES

El número de consultas en el que se sospecha maltrato no es nada desdeñable. El servicio de Urgencias es casi siempre la puerta de entrada realizándose desde el mismo la mayor parte de las detecciones. Un punto de mejorae lo encontramos en la realización de anamnesis, donde se debería indagar más en factores de riesgo asociados a maltrato.

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

VIERNES 2 DE JUNIO • 08:30-08:45 H • SALA 24

ERITEMA NODOSO EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE CASOS DERIVADOS A UN HOSPITAL TERCIARIO

Amelia Pérez España, Paula Gacimartín Valle, Elena Urbaneja Rodríguez, Rebeca Garrote Molpeceres, Sandra Rodríguez Boderó, Hermenegildo González García

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Eritema Nodoso (EN) es una reacción inflamatoria caracterizada por las típicas lesiones nodulares infiltrativas que afectan a piel y tejido subcutáneo. Suele ser secundario a múltiples causas en Pediatría, aunque en hasta un 50% de casos no se llega a identificar su etiología. El objetivo de nuestro estudio fue conocer las principales características así como el diagnóstico principal de los pacientes con EN que fueron derivados a una consulta especializada.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes derivados desde Atención Primaria para estudio de EN entre los años 2014-2016. Se analizaron datos clínico-epidemiológicos, microbiológicos, diagnósticos y terapéuticos, así como comorbilidad asociada.

RESULTADOS

Se registraron un total de 24 casos de EN. Un 50% (12) ocurrieron en sexo femenino, con una mediana de edad de 8 años (rango 3-14). Antecedentes familiares reumáticos o autoinmunes en 21% (5). Antecedente infeccioso en 42% (10). Manifestaciones clínicas asociadas: dolor en todos los casos, sintomatología respiratoria alta 54% (13), fiebre 29% (7), artralgias/artritis 17% (4), sintomatología digestiva 17% (4) y ningún síntoma asociado 21% (5). Se realizaron analíticas de sangre y orina más estudio microbiológico (Mantoux, frotis faríngeo, coprocultivo y serologías) a todos los pacientes y solo se completó estudio con biopsia cutánea en un 17% (4). Fueron EN secundarios un 67% (16) y EN primarios/idiopáticos un 33% (8). Entre las causas secundarias destacaron: infección faríngea por *S. Pyogenes* (9), infección faríngea por *M. Pneumoniae* (2), infección vírica por CMV (1), infección gastrointestinal por *Salmonella* (2) y *Campylobacter* (1), un paciente fue diagnosticado de Lupus. El tratamiento inicial en

todos los casos fueron AINES y reposo. En un 33% (8) se utilizaron además corticoides orales. Aparecieron brotes repetidos de EN en un 21% (5). En el seguimiento posterior todos los pacientes se recuperaron de las lesiones de forma completa y un paciente diagnosticado de EN idiopático desarrolló 6 meses después una enfermedad de Crohn.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes con EN se describió un mayor número de casos secundarios que en otras series publicadas, sobre todo de etiología infecciosa faríngea o gastrointestinal. Los casos de EN afectaron por igual a ambos sexos y sobre todo a niños en edad escolar. Consideramos importante destacar que el EN puede ser la primera manifestación de enfermedades sistémicas, como ocurrió en dos de nuestros pacientes.

FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA

Lorena Lahílla Cuello, Gloria Miguel Llordés, Beatriz Floriano Ramos, Isabel Mirallas Ramonillos, Marta Medrano Sanidelfonso

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La fibrodisplasia osificante progresiva (FOP) es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo, caracterizada por una osificación heterotópica progresiva. Asocia malformaciones congénitas en los dedos gordos de los pies en el nacimiento. La osificación heterotópica aparece usualmente en la primera década de vida y se desarrolla en brotes. Este desarrollo anormal del hueso origina una rigidez extrema de las áreas afectadas, que llega a limitar el movimiento en las articulaciones afectadas.

RESUMEN DEL CASO

Paciente mujer que al nacimiento presenta exostosis metatarsiana en el primer dedo de ambos pies, clinodactilia en el quinto dedo de ambas manos y fractura en la clavícula izquierda con posterior exostosis. A los 9 meses presenta un traumatismo craneal con hematoma frontal y calcificación posterior residual. A los 10 meses ingresa por tumefacción cervical y de cintura

escapular. Se realiza hemograma, bioquímica general, coagulación, estudio de inmunidad, inmunoglobulinas, complemento, alfa-1-antitripsina y marcadores de metabolismo óseo que son normales. En las pruebas de imagen se objetiva osificación heterotópica a nivel de la cintura escapular, diagnosticándose de FOP. En los años posteriores presenta brotes en diferentes localizaciones. Se realiza estudio genético con mutación en el gen ACVR que confirma el diagnóstico. A los 5 años se inicia tratamiento con pamidronato durante un año sin presentar mejoría. Actualmente la paciente tiene 16 años, se encuentra en tratamiento con pamidronato, presenta patrón pulmonar restrictivo grave, desnutrición, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, no se mantiene en bipedestación y no presenta marcha autónoma. A la exploración física destaca micrognatia con disminución de la apertura oral, osificaciones heterotópicas en región cervical y paravertebral dorsal y lumbar con rigidez cervical y escoliosis, movilidad abolida de ambos hombros, osificación en ambos muslos, hallux valgus y clinodactilia del quinto dedo de ambas manos.



CONCLUSIONES / COMENTARIOS

El diagnóstico de FOP se basa en la clínica y en las pruebas de imagen en las que se objetiva osificación heterotópica. El estudio genético confirma el diagnóstico.

No existe ningún tratamiento que modifique el curso de la enfermedad. Sólo tratamiento sintomático y para control de los brotes (corticoides, AINES, pamidronato, relajantes musculares).

Son importantes las medidas preventivas tales como la restricción de actividad y la seguridad en el hogar para evitar la aparición de nuevos brotes.

La esperanza de vida media de estos pacientes es de 40 años. La mayoría utilizan silla de ruedas al final de la segunda década de vida y fallecen por complicaciones del síndrome de insuficiencia torácica.

REVISIÓN DE UVEÍTIS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Elena Urbaneja Rodríguez, Rebeca Garrote Molpeceres, M.^a Asunción Pino Vázquez, Hermenegildo González García, Francisco Javier Álvarez Guisasaola

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las uveítis pediátricas (UP) engloban a un conjunto de enfermedades que cursan con inflamación del tracto uveal y que pueden asociar múltiples manifestaciones clínicas. Aunque en la mayoría de ocasiones son de causa idiopática, pueden deberse a patología sistémica o infecciosa, constituyendo todo un reto diagnóstico para el pediatra. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínico-epidemiológicas, así como el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con UP que fueron seguidos en una consulta especializada.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes ≤ 14 años con UP entre años 2015-2016. Para la clasificación de las UP se utilizó la nomenclatura del Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Se aplicó estadística descriptiva con mediana y rango por $n < 30$.

RESULTADOS

Se registraron 24 casos de UP. Un 75% (18) fueron mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 10 años (rango 3-14). Antecedentes familiares reumáticos o autoinmunes en 29% (7). Síntomas iniciales: Asintomáticos 46% (11), visión borrosa 33% (8), síntomas músculo-esqueléticos 13% (3) y ojo rojo 8% (2). Afectación bilateral 83% (20), ojo derecho 13% (3) y ojo izquierdo 4% (1). Fueron uveítis anteriores un 59% (14),

intermedias 29% (7), posteriores 8% (2) y panuveítis 4% (1). Manifestaciones clínicas asociadas posteriormente: Artritis 50% (12), úlceras orales recurrentes 4% (1), vasculitis 4% (1), exantema 4% (1), no otros síntomas asociados 38% (9). Respecto a pruebas de laboratorio, se encontró ANA + en 59% (14). Los diagnósticos fueron: Uveítis asociada a Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) en 50% (12) de los cuales 10 fueron formas oligoarticulares y 2 poliarticulares, uveítis idiopática en 25% (6), uveítis infecciosa en 13% (3) por Herpes, Epstein-Barr y Bartonella, TRAPS 4% (1), Behçet 4% (1) y uveítis con alteraciones vasculíticas en capilaroscopia 4% (1). Se realizó tratamiento tópico inicial con corticoides en todos los casos, que fue eficaz como única terapia en 13% (3). Un 8% (2) recibió tratamiento antimicrobiano

dirigido, un 38% (9) respondió a metotrexato, un 8% (2) respondió a azatioprina y un 33% (8) precisó terapia biológica (7 Adalimumab, 1 Tocilizumab).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, a diferencia de otras series publicadas, la principal causa de UP fue la AIJ, seguida de la idiopática. Se encontró una mayor afectación en mujeres, ANA +, predominando las formas anteriores y las escasas manifestaciones extraoculares en la mayoría de pacientes. Solo un pequeño porcentaje del total respondió a tratamiento tópico ocular, precisando la mayoría de casos inicio de terapia sistémica precoz.

URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y RADIOLOGÍA

JUEVES 1 DE JUNIO • 19:15-19:45 H • SALA 10

EVALUACIÓN BIDIRECCIONAL ADJUNTO-MÉDICO INTERNO RESIDENTE: FACTIBILIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO

Maite Ortega del Río, Idoia Rius Bilbao, Paula González Urdiales, Borja Gómez Cortés, Javier Benito Fernández, Santiago Mintegi Raso

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La docencia a pie de cama es un pilar fundamental de la formación de los médicos internos residentes (MIR). El objetivo es analizar la factibilidad de un sistema de evaluación bidireccional a pie de cama adjunto-MIR en un servicio de urgencias pediátrico (SUP).

MÉTODOS

Análisis de la implantación de dos cuestionarios de evaluación de la docencia a pie de cama a rellenar on-line al finalizar cada turno de trabajo. En el primero, iniciado en noviembre 2014, los adjuntos evalúan la labor asistencial de los MIR, valorando aspectos relacionados con diferentes dominios competenciales (Salud pública y sistemas sanitarios, fundamentos de la medicina, habilidades clínicas y de comunicación y valores profesionales). En el segundo, iniciado en octubre 2016, los MIR evalúan la docencia recibida. Se presentan los resultados obtenidos hasta Enero 2017.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado los MIR realizaron 273 evaluaciones de los adjuntos (realizando un MIR, de media, 1 evaluación/2-3 turnos de trabajo) y éstos 624 de los MIR (media=1 evaluación/8 turnos: 1/10-11 turnos en 2014-2015, 1/7-8 los primeros 9 meses de 2016 y ½, 8 turnos el último trimestre). No hubo variaciones importantes en la tasa de realización en función del turno si bien los MIR hicieron menos evaluaciones los festivos (3,3 evaluaciones/día laborable y 2/festivo). De los MIR, los MIR-1 fueron el colectivo que más evaluaciones completó (117, 42,9%) y los que más habitualmente se identificaban. Los valores más bajos los proporcionaron MIR que prefirieron no identificarse. La evaluación de las encuestas fue mayoritariamente satisfactoria, encontrándose los MIR menos cómodos que los adjuntos al rellenarla (3,2 ± 1,3 vs 4,3 ± 0,6, p<0,005).

CONCLUSIONES

La evaluación bidireccional on-line sistemática a pie de cama adjunto-residente es factible en un servicio de urgencias pediátrico y proporciona información de la situación del servicio las 24 horas del día, 7 días a la semana.

EXPERIENCIA CON LA EVALUACIÓN BIDIRECCIONAL A PIE DE CAMA ADJUNTO-MÉDICO INTERNO RESIDENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO

Maite Ortega del Río, María Rollán Martínez-Herrera, Silvia García González, Borja Gómez Cortés, Javier Benito Fernández, Santiago Mintegi Raso

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La docencia a pie de cama es esencial en la formación de los médicos internos residentes (MIR). El objetivo de este estudio es analizar la evaluación bidireccional sistemática a pie de cama adjunto-MIR en un servicio de urgencias pediátrico (SUP).

MÉTODOS

Análisis de los resultados de dos cuestionarios de evaluación con ítems relacionados con la docencia a pie de cama a completar on-line al finalizar el turno asistencial. En el primero, iniciado en noviembre 2014, los adjuntos del SUP evalúan la labor asistencial de los MIR, valorando aspectos relacionados con diferentes dominios competenciales (Salud pública y sistemas sanitarios, fundamentos de la medicina, habilidades clínicas y de comunicación y valores profesionales). En el segundo, iniciado en octubre 2016, los MIR evalúan distintos aspectos de la docencia recibida. Se presentan los resultados obtenidos hasta Enero 2017.

RESULTADOS

Se registraron 273 evaluaciones de MIR a adjuntos y 624 de adjuntos a MIR. En el 93,8% de los ítems el MIR alcanzó al menos el nivel satisfactorio, siendo menor en "organización, eficiencia y trabajo en equipo" (89,3% vs 94,6% el resto, p<0,01). La evaluación de los MIR mostró diferencias significativas inter-personales

y entre años de residencia. Todos los dominios competenciales mejoraron significativamente entre MIR1 y MIR2, ninguno entre MIR2 y MIR3 y todos excepto "profesionalidad" entre MIR3 y MIR4. En el 97,4% de los ítems, el adjunto alcanzó un valor igual o superior al medio. La evaluación de los adjuntos mostró diferencias interpersonales significativas, especialmente al tomar en consideración la opinión del MIR al tomar decisiones.

CONCLUSIONES

La evaluación bidireccional on-line sistemática adjunto-MIR de la docencia a pie de cama identifica aspectos generales y personales de mejora tanto en los adjuntos como en los MIR y objetiva la evolución de estos últimos a lo largo de la residencia en los diferentes dominios competenciales.

PROCEDIMIENTOS MAYORES DE SEDONALGESIA: IMPLEMENTACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO

Maite Ortega del Río, Marta Garrido Barbero, Mikel Olabarrí García, Javier Benito Fernández, Santiago Mintegi Raso, Silvia García González

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Existen dificultades para implantar procedimientos mayores de sedoanalgesia (PSA) en los servicios de urgencias pediátricos (SUP). El objetivo principal del estudio es describir el proceso de implantación de los PSA en un servicio de urgencias pediátrico.

MÉTODOS

Estudio observacional de cohortes sobre un registro prospectivo de PSA realizados en menores de 14 años en un SUP entre 2003 y 2015. En el registro se recogen datos del paciente, procedimiento diagnóstico-terapéutico por el que se realiza el PSA y satisfacción del profesional.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron en Urgencias 759.265 episodios y se realizaron 1450 PSA (0,2%; 0,03% en 2003 hasta 0,46% en 2015, $p < 0,01$). Los procedimientos diagnóstico-terapéuticos más habituales fueron reducción de fracturas (864, 59,5%), reparación de heridas (264, 18,2%) y realización de pruebas de

imagen (99, 6,8%). Los fármacos más utilizados fueron ketamina (1108, 76,4%; 833, 75,1% para reducción de fracturas), midazolam (197, 13,6%; 107, 54,3% para reparación de heridas), propofol (82, 5,7%; cerca del 100% para pruebas de imagen) y combinaciones de fármacos (63, 4,3%, sobre todo los primeros años). Se registraron efectos adversos en 227 (15,6%), siendo los más frecuentes vómitos (96, 6,6%), exantema (79, 5,4%), desaturación (32, 2,2%), clonias (26, 1,7%) y apnea (12, 0,8%). Cuarenta y cuatro pacientes requirieron apertura de la vía aérea, 29 oxígeno suplementario y 2 ventilación con bolsa, y ninguno intubación u otras maniobras de reanimación. Todos se recuperaron bien. La mediana de tiempo de duración de los procedimientos, tiempo de recuperación y estancia en Urgencias fue de 9, 20 y 165 minutos respectivamente, recibiendo el alta a domicilio 1241 (86,2%). La efectividad de la sedación fue calificada como buena en 92,3% por el médico que la realizó.

CONCLUSIONES

Los PSA pueden ser implantados de manera satisfactoria y segura en un SUP con una preparación y equipación adecuadas.

REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN UN PERIODO DE 15 AÑOS

Gema M.^a Serena Gómez, María Cabanillas Boto, Marta del Olmo Fernández, Susana Bahamonde Cabria, M.^a Teresa Cantero Tejedor, Jesús M.^a Andrés de Llano

Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción: la tomografía computarizada es una prueba diagnóstica valiosa disponible en nuestro medio. El inconveniente de esta prueba es el uso de rayos X, por la exposición a la radiación, y el aumento del riesgo de cáncer.

Analizar las características de los pacientes pediátricos a los que se les realizó una tomografía computarizada durante su ingreso en nuestra Área Sanitaria durante el periodo 2001-2015 y comparar los datos obtenidos con la población adulta.

MÉTODOS

A través de la información registrada en el Conjunto Mínimo Básico de Datos, se obtuvieron las altas clasificadas mediante el sistema GRD (Grupo Relaciona-

do con el Diagnóstico) que permite agrupar las altas de todos los pacientes. Se realizó análisis descriptivos y bivariantes y análisis de regresión loglineal de Joinpoint.

RESULTADOS

La población de estudio la componen 24.838 pacientes hospitalizados en nuestro centro entre el 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre de 2015. Se les realizó una TC en 804 pacientes (3,2%), siendo la más frecuente la TC de cráneo (83,3%). Respecto al sexo, el 57% correspondieron a varones. La edad media fue de 6,6 años. El tipo de ingreso fue urgente en el 94% de los casos, con una estancia media de 3 días. Los GRD más frecuentes

corresponden a las altas codificadas con los códigos 762 "Conmoción, lesión intracraneal con coma <1 H o sin coma edad <18 años", 769 "Convulsiones y cefalea edad < 18 sin cc". La realización de TC durante el intervalo de tiempo estudiado ha disminuido, con un ACP (porcentaje anual de cambio) de -6,19.

CONCLUSIONES

A lo largo del tiempo estudiado cada vez se solicita menos la tomografía computarizada en nuestro servicio. Al comparar los datos obtenidos con la población adulta, las características de los mismos son muy diferentes respecto a la mayoría de las variables estudiadas.