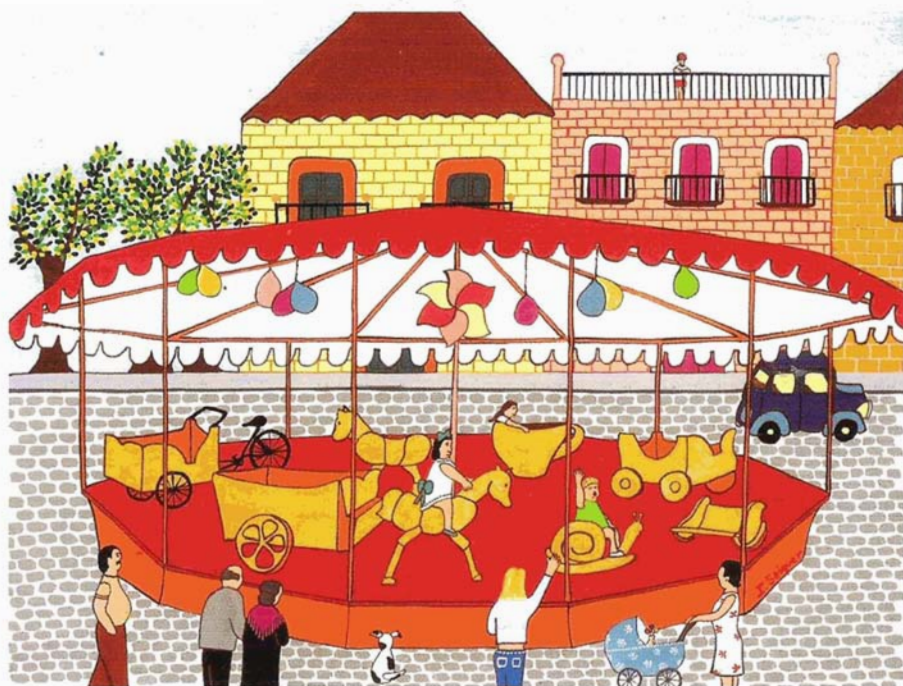


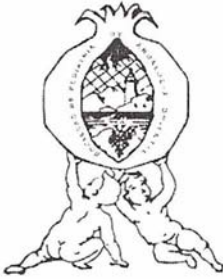


XXXV REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL

Granada, 7-8 octubre 2005



COMUNICACIONES



XXXV Reunión de *la Sociedad de Pediatría*
de *Andalucía Oriental*

COMUNICACIONES

Granada, 7-8 octubre 2005

Sede de la Reunión:
Facultad de Medicina de Granada

INMUNOLOGIA - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

1 HEPATITIS AGUDA EN EL CONTEXTO DE UNA ESCARLATINA.

Salmeron M.J., Valls A., García S., Santos J.L., Hoyos R., Briales C., Abril D., Leante JL y Leonés A.
Dpto. Pediatría. H. Materno-Infantil. Granada.

Introducción

El estreptococo beta hemolítico del grupo A es agente etiológico de faringoamigdalitis, impétigo y más raramente enfermedades invasivas como la meningitis, fascitis necrotizante, neumonía, sepsis, infecciones articulares y óseas; y de enfermedades mediadas por toxinas como la escarlatina y síndrome del shock tóxico. En la bibliografía se han descrito hepatitis en el contexto de la escarlatina.

Caso clínico

Paciente de 11 años que ingresa por cuadro clínico de febrícula y exantema macular la semana previa al ingreso. Al tercer día del inicio desaparece la hipertermia persistiendo exantema cutáneo generalizado, iniciándose descamación palmar y en el pulpejo de los dedos y hepatomegalia. No antecedentes personales de interés. Tratamiento previo con paracetamol.

A su ingreso en el hospital presenta: descamación furfurácea del pulpejo de los dedos de la mano y posteriormente en los pies, xerosis cutánea en abdomen y tórax con exantema micropapuloso de tacto áspero, hiperemia e hipertrofia faringoamigdal con lesiones pultáceas y abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho donde se palpa hígado 3 cm. por debajo del borde costal. El resto de la exploración sin hallazgos patológicos.

Se realiza hemograma y bioquímica objetivándose una hipertransaminemia. Con la sospecha de escarlatina se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico con buena respuesta clínica permaneciendo apirético y disminuyendo progresivamente la hepatomegalia sin presentar nuevas complicaciones.

Exploraciones complementarias

- Hemograma: Sin alteraciones significativas.
- Bioquímica: AST: 38, ALT 98 GGT 136, Bilirrubina total: 0.6, Colinesterasa 5859 LDH: 439 Ferritina 23.9 Fe 78 ASLO 210 PCR 0.5
- Sedimento urinario y electrolitos en orina: Normales
- Fondo de ojo y valoración oftalmológica normal
- Ecografía abdominal: Ecogenicidad hepática homogénea, sin evidencia de lesiones focales.
- Ecocardiografía y ECG normales.
- Serologías VHA, VHB, CMV, VEB, negativas.
- Frotis faríngeo: Desarrollo de abundantes estreptococos pyogenes.
- Antiestreptodornasa B y antihialuronidasa sérica por encima de valores de referencia.
- Anti DNAs, ANA, ENA, LKM, negativos

Conclusiones.

En la literatura se ha descrito una asociación entre escarlatina y hepatitis; como en nuestro caso, la hepatitis precedió a la faringoamigdalitis, fue de carácter leve y autolimitado con resolución de la hepatomegalia y normalización de las enzimas hepáticas.

Dicha asociación obliga descartar etiología estreptocócica en cuadros mononucleósidos caracterizados por megalias, faringoamigdalitis e hipertransaminemia.

2 FIBROELASTOSIS ENDOCÁRDICA E INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS. DOS CASOS EN UNA SEMANA.

Vicente Pintor A, Callejón Fernández E, Hoyos Gurrea R, Briales Casero C, Leonés Valverde A, Maestro Fernández R, Salmerón Fernández MJ, Leante Castellanos JL, Valls A, Cid Galache P.
HMI Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La miocardiopatía dilatada en lactantes es una patología poco frecuente y de una gravedad muy importante, ya que, excepto en algún caso de remisión espontánea aislado, en la mayor parte de los casos requerirá un trasplante cardíaco. Las etiologías son múltiples, entre las que destacan las infecciones virales.

Casos y controles: Ingresan dos pacientes de un mes y medio y 17 días, en el primer caso por un cuadro de dificultad respiratoria, taquipnea y sensación de enfermedad grave que en un primer momento se sospechó un cuadro respiratorio, y en el segundo caso, aumento del cansancio con las tomas, episodios de cianosis y palidez y llanto. En ambos casos el periodo neonatal fue normal. Durante el embarazo una de las madres tuvo una amenaza de aborto en el primer trimestre, con un síndrome gripal en el cuarto mes y

una elevación de la alfafetoproteína. En el segundo caso, no refiere episodios que recuerde, la madre tiene antecedentes de abortos de repetición.

Al ingreso ambos pacientes presentaban un cuadro de insuficiencia cardiaca, con hepatomegalia, ritmo de galope, sudoración profusa, quejido y distrés. En la Radiografía de tórax destacaba una cardiomegalia global, con signos de edema agudo pulmonar. Se realizó ecocardiografía en la que se objetivó dilatación de las cuatro cavidades, con severa disfunción ventricular (Fracción de eyección del 33 y del 25%, y Fracción de acortamiento del 12 y el 10%).

Se inició tratamiento con furosemda y dobutamina, oxigenoterapia, captopril y digital posteriormente, con lo que mejoraron sensiblemente.

Se realizó estudio etiológico, con determinaciones de serologías ampliadas a TORCH, Citomegalovirus, enterovirus, parvovirus, virus de la parotiditis, micoplasma, así como cultivos, estudio metabólico con aminoácidos, carnitina, láctico, pirúvico, ácidos orgánicos, así como anticuerpos antiRo y antiLa.

En ambos casos el cultivo en heces fue positivo a enterovirus y en uno de ellos además presentaba IgM positiva a CMV, determinación en orina y en plasma positiva, por lo que se inició tratamiento con ganciclovir durante 21 días y gammaglobulinas IV.

Conclusión: Dado la infrecuencia y la gravedad de estos casos, es llamativa la asociación en el tiempo y la aparición en ambos casos de un enterovirus en heces. En la literatura los gérmenes hallados con más frecuencia en las necropsias son los citomegalovirus, los enterovirus y el virus de la parotiditis, dos de los cuales estaban presentes en nuestros casos.

3 EVOLUCION DEL SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO EN LACTANTES < 3 MESES.

Aguilera López, P; Ruiz Sánchez, A; Cara Fuentes, G; García González, JM; Ruiz Gómez, C; Vázquez López, MA.

Servicio de pediatría - C.H. Torrecárdenas, Almería

Introducción: La fiebre es un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. En lactantes menores de 3 meses, cuando la focalidad no es evidente, la posibilidad de infección bacteriana grave hay que tenerla en cuenta. La actitud diagnóstico-terapéutica sigue en controversia y estos pacientes se ven sometidos a numerosas exploraciones complementarias y a tratamientos e ingresos no siempre adecuados.

Objetivos: Conocer la evolución y diagnóstico final de los lactantes < 3 m ingresados por síndrome febril sin foco en los últimos 6 meses.

Pacientes y método: Estudio descriptivo basado en la revisión de historias clínicas de los lactantes < 3m ingresados en nuestro servicio por síndrome febril sin foco entre Febrero-05 y Julio-05. Fueron "caso" todos aquellos lactantes < 3 m con fiebre axilar o rectal >38°C en los que la anamnesis y/o exploración física y/o pruebas complementarias realizadas en urgencias no permitieron identificar su origen. Se excluyeron los que habían recibido tratamiento antibiótico o dosis de vacuna en las 48 horas previas. A todos se les realizó en urgencias hemograma, PCR y tira reactiva de orina, y hemocultivo y urocultivo antes de iniciar antibiótico. Se analizaron las características clínicas, analíticas, tratamiento recibido, evolución y diagnóstico final.

Resultados: Se incluyeron 34 lactantes (19 varones y 15 mujeres) con edad media de 47+/-24 días (8 menores de 1 mes). El 50% de los casos presentó fiebre >39°, de menos de 24 horas de evolución en >80%. El síntoma más referido fue el rechazo de alimento (41,2%). La afectación del estado general se registró en 4 casos (11,8%). Trece casos (38,2%) presentaron al ingreso una cifra de leucocitos <5000 ó > 15000 y la PCR fue >3mg/dl en 9 casos (26,5%). El 44% no presentaron criterios de Rochester de riesgo. No se detectó ningún caso de bacteriemia. El urocultivo fue positivo en 5 casos (14,7%). Se inició tratamiento antibiótico intravenoso en 23 casos (67,6%), siendo la cefotaxima el más utilizado. En el 52,9% de los casos la duración de la fiebre tras el ingreso fue < 24 horas. Durante la hospitalización apareció focalidad en 22 casos (5 ITUs, 4 enteritis, 7 catarros de vías altas, 1 bronquiolitis, 2 otitis y 3 exantemas), la mayor parte de probable origen viral. La duración media del ingreso fue de 4,6 +/-1,8 días.

Conclusiones: 1. Un porcentaje elevado de casos consulta por cuadros recortados de fiebre lo que dificulta la decisión diagnóstica y terapéutica. 2. Aunque gran parte de los lactantes no presentaron criterios de riesgo de infección bacteriana, la observación hospitalaria fue la alternativa más segura en nuestro medio, así como la utilización de antibióticos intravenosos hasta recibir los cultivos. 3. Aunque la casuística presentada es escasa, la mayoría de los casos quedan sin diagnóstico o resultan ser procesos víricos banales.

4 FOLICULITIS POR PSEUDOMONA EN PACIENTE CON NEUTROPENIA CRÓNICA BENIGNA.

Aguilera Sánchez, P.; Rodríguez Martínez, M.; López Ruzafa, E.; Peláez Pleguezuelos, I.; Lendínez Molinos, F.; Vázquez López, M.A. Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Torrecárdenas, Almería

Introducción: La Neutropenia crónica benigna o idiopática aparece característicamente en la primera infancia (edad media 8-11 meses), no suele acompañarse de infecciones graves y en la mayoría de los casos remite de forma espontánea en un plazo medio de 20 meses; muchas veces no es fácil el diagnóstico diferencial con la N. de origen autoinmune ya que sólo en el 40% de los pacientes con esta última se encuentran anticuerpos antineutrófilo positivos. El caso que presentamos se trata de una paciente con Neutropenia crónica benigna (NCB) en remisión que desarrolla una Foliculitis diseminada por *Pseudomona aeruginosa* adquirida en la comunidad, cuando esta bacteria típicamente afecta a huéspedes inmunocomprometidos y en ambiente hospitalario.

Caso clínico: Mujer de 16 años controlada en nuestra consulta por NCB que presenta múltiples lesiones dolorosas de contenido pustuloso y serohemorrágico, diseminadas en ambos miembros inferiores, de 2 semanas de evolución, coincidiendo su aparición con la depilación de la zona, y que no han mejorado a pesar del tratamiento con Amoxicilina Clavulánico oral pautado por su médico, que ha tomado en los últimos 6 días, tras tener fiebre durante 48 horas. Posteriormente aparecieron otras lesiones similares en brazos y tronco. Se decide ingreso hospitalario para administración de antibioterapia intravenosa de amplio espectro en espera de resultados de cultivos de sangre y de exudado de las lesiones, siendo este último positivo para *Pseudomona aeruginosa*. En las analíticas realizadas presenta repetidamente recuento de neutrófilos absoluto por encima de 1500/mm³.

Esta paciente fue remitida a nuestra consulta con 9 años por detección de Neutropenia moderada-grave en el contexto de episodios repetidos de gingivostomatitis aftosa en los meses previos, sólo uno de ellos con fiebre. Esto le había ocurrido también durante los primeros años de vida, asociando entonces la mayoría de las ocasiones fiebre y únicamente con ingreso en el primer episodio, a los 18 meses. Tras el estudio realizado en nuestra Unidad se diagnosticó de Neutropenia crónica benigna, no detectando ninguna otra alteración inmunitaria

En ninguna ocasión ha presentado infecciones bacterianas graves ni otros procesos febriles repetidos y en los últimos años el recuento de neutrófilos ha sido repetidamente aceptable, siempre por encima de 1000/mm³.

Comentarios: El caso expuesto destaca porque se trata de una Infección por *Pseudomona aeruginosa* en una paciente con un trastorno hematológico leve y en medio extrahospitalario. 2) A pesar de que la Neutropenia crónica estaba en remisión asumimos que pueda haber una alteración cualitativa de los Neutrófilos que predispusiera a la paciente a sufrir dicha infección.

5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO DE LA ESPONDILODISCITIS PIÓGENA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Santos Ruiz, Blanca; Sánchez Calderón, Alberto; Medina Claros, Antonio; Ruiz-Alba Gómez, Mónica; Fernández Marín, Carmen Elisabeth; Cobo Peralta, Montserrat; Hernández Gómez, M^a Villa. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Introducción: La espondilodiscitis piógena es una enfermedad infecciosa poco frecuente en el lactante. En niños, el germen aislado con más frecuencia es el *S. aureus*, aunque sólo consigue aislarse el microorganismo en el 50%. La localización más frecuente es la lumbar, seguida por la torácica y cervical. Aunque es posible la presentación aguda, en lactantes es más frecuente un cuadro clínico de evolución insidiosa en el que la irritabilidad y la disminución de la movilidad son los signos predominantes.

Caso clínico: Lactante de 11 meses de edad, remitida por su pediatra por cuadro de irritabilidad e impotencia funcional de miembros inferiores de diez días de evolución, en el contexto de un cuadro faringo-amigdalario tratado con antibioterapia por vía oral (amoxicilina-clavulánico).

Exploración a su ingreso: Mediano estado general. Irritabilidad marcada. Apirética. Movilidad espontánea de miembros inferiores reducida, con dolor a la movilización pasiva. Ligera tumefacción dolorosa a nivel de columna lumbar alta. Resto de la exploración: compatible con la normalidad.

Exámenes complementarios: Hemograma: normal. VSG: elevada. Bioquímica con PCR: 0,6 mg/dl. Cultivos centrales: negativos. Mantoux: negativo. Catecolaminas en sangre: normales. Radiografía de columna dorso-lumbar y TAC de columna vertebral, RMN: espondilodiscitis L1-L2 con pequeño absceso posterior con posible drenaje a nivel de agujeros de conjunción, sin compromiso medular.

Evolución clínica: A su ingreso, se plantea el diagnóstico diferencial entre lesión ocupante de espacio (neuroblastoma) y proceso infeccioso (espondilodiscitis). Tras la realización de pruebas complementarias, se inicia antibioterapia intravenosa (Cefotaxima+Cloxacilina). Tras cinco semanas de tratamiento antibiótico, la paciente presenta una buena evolución clínica y radiológica que mantiene en controles posteriores.

Conclusiones: 1. La espondilodiscitis en el lactante suele presentarse con un cuadro inespecífico de irritabilidad e impotencia funcional. 2. Ante estos signos, un alto índice de sospecha y los métodos de imagen, pueden darnos un diagnóstico precoz. 3. En la mayoría de los casos, no se consigue llegar al diagnóstico etiológico, por lo que la clínica y las pruebas de imagen juegan un papel esencial.

NEONATOLOGIA

6 CUTIS MARMORATA TELANGIECTATICA CONGENITA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Leonés Valverde, C.Briales Casero, R.Hoyos Gurrea, P.Cid Galache, M.J.Naranjo Díaz, V.García Mellado, A.Vicente Pintor.

Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El cutis marmorata telangiectatica congenita (CMTC), también llamado síndrome Von Lohuizen, es una malformación vascular congénita caracterizada por un eritema reticulado con patrón livedoide que asemeja un aspecto mármoleo con lesiones planas o deprimidas y telangiectasias en su superficie. Tiene una incidencia de 1/3000 neonatos y un patrón de herencia autosómico recesivo. De pronóstico favorable, con resolución parcial o total durante la adolescencia, no necesita tratamiento específico.

Caso clínico: Recién nacido mujer de 40 semanas de edad gestacional, madre primípara, embarazo controlado, parto espontáneo, amniorraxis intraparto, líquido amniótico claro y Apgar 9/9; que presenta en la exploración física al nacimiento un cutis marmorata, reticulado, sin signos inflamatorios, extendido, en miembros inferiores de forma acentuada y menos significativo en abdomen y dorso. Resto exploración física normal. Analítica: hemograma, bioquímica y estudio de coagulación normales. Anticoagulante lúpico negativo. Anticuerpo anticardiolipina normal para su edad. Es diagnosticado de cutis marmorata telangiectasia congénita y citado en consulta de dermatología para revisión.

Discusión: CMTC es una enfermedad de diagnóstico clínico y, aunque en el examen histopatológico de piel puede verse un incremento en el número y la talla de capilares y venas, no es normalmente necesario para confirmarlo. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el cutis marmorata y el lupus eritematoso neonatal. La principal importancia de este cuadro radica en que en la mitad de los casos se asocia a otras anomalías congénitas tales como alteraciones retinianas, glaucoma neovascular secundario, macrocefalia, retraso mental, persistencia del ductus arterioso, hemangioma o nevus, sindactilia, labio leporino... por lo que cuando la alteración cutánea es difusa o sigue un patrón en mosaico, o existe alteración cefálica es recomendable la realización de pruebas complementarias para descartarlas.

7 EVOLUCIÓN DE LA GEMELARIDAD EN NUESTRO MEDIO Y SU INFLUENCIA EN LA PATOLOGÍA DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO.

Rodríguez Martínez M., Díez-Delgado J., Vázquez López M.A., González-Ripoll M., Jiménez Liria R., Espín Gálvez J. Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería.

Objetivos

Ante el aumento progresivo de la gemelaridad en nuestro medio, nos propusimos:

- Describir los cambios en la incidencia de la gemelaridad en los últimos 5 años y su impacto sobre la prematuridad.
- Valorar si existen diferencias en la morbi-mortalidad de los pretérminos gemelares (RNPTG) y únicos (RNPTU) y entre aquellos gemelares con diferencia de peso >15%.

Material y métodos

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, que incluye a los RNPTG y RNPTU nacidos en nuestro Hospital, desde Abril del 2003 hasta Abril del 2005. Se analizaron la edad gestacional (EG), peso al nacimiento (PN), patologías más importantes en RNPT: enfermedad de membrana hialina (EMH), retinopatía del prematuro (ROP), enterocolitis necrotizante (EN), hemorragia intraventricular (HIV),

hidrocefalia, transfusión feto-fetal (TFF), displasia broncopulmonar (DBP), patología cardiológica y la mortalidad, a partir de las historias clínicas de la Unidad de Neonatología. Se utilizaron los test estadísticos X^2 y T Student para muestras independientes, aceptando $p < 0.05$ como significativa.

Resultados

La incidencia de la prematuridad global subió de un 1.91% en el año 1999 a 3.18% en el 2004. De los 598 prematuros ingresados, 240 (40.1%) correspondieron a partos gemelares. El peso al nacimiento en los RNPTG fue significativamente menor que el de los RNPTU salvo en el grupo de EG de las 28 a las 31 semanas. La EMH fue significativamente más frecuente en el grupo de RNPTU ($p: 0.002$; OR: 1.5; IC 95%: 1.2-2). Para el resto de patologías consideradas, la distribución en frecuencia, fue similar en los dos grupos.

No se obtuvo una diferencia significativa en la morbilidad entre parejas de RNPTG con diferencia de peso entre un gemelo y otro de $< 6 \geq 15\%$.

Los prematuros cuya diferencia de peso fue $\geq 15\%$, tenían 4.5 veces más riesgo de fallecer, que los que tenían una diferencia de peso $< 15\%$ (OR: 4.5; IC 95%: 0.9-22).

Conclusiones

La incidencia de los partos prematuros en nuestro hospital casi se ha duplicado en los últimos 5 años, suponiendo un 40% de los pretérminos ingresados en nuestra Unidad de Neonatología.

El hecho de ser un pretérmino gemelar no implica presentar una mayor morbi-mortalidad con respecto a ser un pretérmino único. Aunque si es mayor la mortalidad de aquellos gemelares entre los que existe una diferencia de peso $\geq 15\%$.

8 SECUENCIA DEFORMATIVA DE OLIGOAMNIOS SECUNDARIO A PÉRDIDA CRÓNICA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.

Medina Claros, AF; Martínez Marín, L; Miras Baldo, MJ; Narbona López, E.
Hospital Universitario "San Cecilio". Granada.

Introducción: En medicina se define secuencia a las morfodisplasias que en forma de cascada se deriva de un suceso inicial malformativo, disruptivo o deformativo. El líquido amniótico (LA) es necesario para que exista un crecimiento y desarrollo fetal adecuado y proporciona al feto: protección contra los traumas físicos, permite el crecimiento pulmonar y sirve de barrera contra las infecciones. El oligoamnios se presenta en el 4% de los embarazos y sus causas más frecuentes son: rotura prematura de membranas y anomalías genito-uritarias. En la Secuencia deformativa de oligoamnios (SDO) el principal factor patogénico es la hipomotilidad fetal extrínseca que va a dar lugar a una serie de deformidades y defectos funcionales.

Caso clínico: Varón de 32 semanas y 1880g de peso al nacimiento. Antecedentes: madre de 7 años, embarazo de curso normal hasta la sem 15 en la que se realiza amniocentesis para determinación de cariotipo fetal (46XY) tras la que presenta pérdida crónica de LA con crecimiento fetal conservado. El parto se produce en la sem 32 mediante cesárea por presentación de nalgas. Apgar 8/10. Reanimación tipo I. Tras su nacimiento presenta dificultad respiratoria (SDR) que precisa ventilación mecánica (VM), produciéndose neumotórax derecho a tensión que precisa drenaje. En la exploración destaca: hendiduras palpebrales antimongoloides, nariz aplastada, microrretrognatia, paladar ojival, glosoptisis, asimetría facial, tumoración en el esternocleidomastoideo derecho con tortícolis, artrogriposis en codos, rodillas y tobillos, desviación de los dedos de las manos en balloneta, Ortolani + bilateral, tórax infundibuliforme e hipotonía generalizada. La evolución del SDR fue buena retirándose la VM a los 8 días, aunque ha precisado oxigenoterapia durante 3 meses. La ecografía de caderas muestra displasia tipo II de Graft. La artrogriposis tiene una buena evolución precisando tratamiento fisioterapéutico y férulas de corrección. La tortícolis ha mejorado y los rasgos faciales se han ido normalizando.

Comentarios: En la SDO la compresión uterina derivada del oligoamnios ocasiona una disminución de los movimientos fetales que originan los distintos hallazgos morfológicos. Como el feto no puede moverse durante la gestación, la presentación más frecuente es la podálica. La hipomotilidad ocasiona una disminución de la masa ósea, muscular y de los movimientos de masticación, produciéndose micrognatia, paladar ojival... lo que se denomina "facies Potter". La hipomotilidad da lugar a contracturas articulares múltiples: artrogriposis. Asimismo es necesario para el buen desarrollo del pulmón que exista una adecuada cantidad de LA y que la caja torácica se mueva correctamente, por lo que el grado de hipoplasia estará relacionado con la severidad y duración del oligoamnios y es la que condicionará el pronóstico, ya que es la causa del fallecimiento en la mayoría de los casos.

9 LESION MUSCULAR DIRECTA Y RABDOMIOLISIS NEONATAL.

Martínez Marín L; Machado Casas I; Medina Claros A; Sevilla Pérez B; Miras Baldó MJ; Narbona López E. Hospital Clínico Universitario. Granada.

Introducción: La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la destrucción muscular estriada y paso de metabolitos intracelulares al sistema circulatorio, con el consiguiente aumento de la CK sérica y mioglobinuria. Suele tener un curso evolutivo benigno pero puede tener complicaciones graves y potencialmente fatales dependiendo de la causa.

Caso clínico: Recién nacido a término que ingresa en el Servicio de Neonatología por pérdida de bienestar fetal. PH de arteria umbilical 7,15, Apgar 6/8, reanimación tipo II. A la exploración presenta hipotonía generalizada, palidez cutáneo-mucosa y destacan lesiones incisivas con scalp en la zona parieto-occipital derecha y vertex de cuero cabelludo. En las 24 primeras horas de vida presenta cifras de CK de 39.000 UI/l y mioglobinuria. Hb/Htc: 10,3/29,5. TAC craneal, EEG, radiografía de tórax, ecografía renal, función renal y pruebas de coagulación compatibles con la normalidad. La evolución clínica y analítica fue favorable, sin complicaciones ni necesidad de transfusión.

Conclusión: La rabdomiólisis se produce por múltiples causas: traumatismos, golpe de calor o fiebre, infecciones, alteraciones metabólicas, actividad muscular excesiva, ingesta de tóxicos, enfermedades musculares y encefalopatía hipóxico-isquémica.

En nuestro caso el cuadro de asfíxia perinatal tuvo buena evolución con normalización de los síntomas neurológicos a los cuatro días de vida. Descartada otra etiología sugerimos como causa de rabdomiólisis dichas lesiones.

10 CASUÍSTICA DE LA ICTERICIA EN UNA UNIDAD NEONATAL.

García Iglesias, F; Pérez Iáñez, R; Escolano Margarit, V; Sánchez Calderón, A.; Medina Claros AF.; Narbona López, E; Miras Baldo, MJ.
Hospital Clínico San Cecilio (Granada)

Objetivos: La hiperbilirrubinemia es una de las causas más frecuentes de ingresos en las unidades neonatales. En los últimos años los controles durante la gestación y los screening neonatales han producido un cambio en la etiología como un descenso en sus complicaciones. En esta revisión pretendemos conocer las distintas etiologías y el peso de cada una de ellas en la hiperbilirrubinemia neonatal ingresados en nuestra unidad neonatal.

Material y método: Se revisaron las Historias clínicas de pacientes ingresados en nuestra unidad, entre noviembre del 2003 y Julio del 2005. Fueron seleccionados 97 pacientes de EG mayor de 35 semanas que durante su ingreso necesitaron tratamiento por hiperbilirrubinemia. Se revisaron los siguientes datos: sexo, EG, Peso al nacimiento, alimentación, Factores de riesgos infecciosos, Grupo sanguíneo (del paciente y madre) TCD, reticulocitos, tratamiento, etiología...

Resultados: 41 (42,2%) de los casos fue causado por infecciones, siendo la I.T.U. la más frecuente con 22 casos (53,6%). En 2º lugar la isoimmunización con 27 casos (27,7%), siendo por anticuerpos anti A la más frecuente (66,6%), en tercer lugar la lactancia materna con 13 casos (13,4%), otras fueron: Sangre extravasada (4%), poliglobulia (3%), anemia hemolítica (2%), deshidratación (1%).

Conclusiones: La causa más frecuente fueron las infecciones (42,2%) y dentro de estas las I.T.U. con 22 casos siendo el E. Colli el germen más frecuente. En segundo lugar encontramos la isoimmunización siendo la más frecuente la isoimmunización ABO (92,4%) lo que demuestra la efectividad de los controles obstétricos en la prevención de la isoimmunización Rh.

11 ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA NEONATAL CON PATRÓN DE BURST-SUPPRESSION: SUS VARIANTES EN DOS CASOS CLÍNICO.

Aguilera López, P., Ramos Lizana, J., Aguirre Rodríguez, J., Díez-Delgado Rubio, J., Cara Fuetes, G., Ruiz Sánchez, A. Unidades de Neuropediatría y Neonatología, CH Torrecárdenas. Almería

La encefalopatía epiléptica infantil precoz (EEIP) o síndrome de Ohtahara y la encefalopatía mioclónica precoz (EMP) son dos entidades con más rasgos clínicos y electroencefalográficos comunes que diferenciales, por lo que algunos autores dudan de su independencia nosológica. No obstante, la ILAE las clasifica independientemente dentro de las epilepsias generalizadas sintomáticas de etiología no específica. Presentamos un caso clínico de cada una de ellas diagnosticadas en nuestro centro en el último año

Caso 1. Recién nacida de 37 semanas de gestación, madre joven, multipara (4-1-3-3-3), sin antecedentes familiares de interés que el 7º día de vida presenta espasmos tónicos de tipo flexor de 4-5 segundos de

duración, agrupados en salvas, tanto en sueño como en vigilia. Se realizan electroencefalograma (EEG) que muestra un patrón de *burst-suppression* y RMI donde aparece hemimegalencefalia derecha con displasia cortical. Ante estos hallazgos, se diagnostica como EEIP. La evolución de la paciente fue desfavorable, con nula adquisición de ítems del desarrollo, así como imposibilidad del control total de las crisis pese a diferentes combinaciones farmacológicas, tanto en bi como triterapia. La paciente fue exitus al tercer mes de vida.

Caso 2. Recién nacida, de 36 semanas de gestación, madre joven, FO: 4-1-2-1-1, padres consanguíneos. En la sala de paritorio presenta mioclonias segmentarias y erráticas de predominio facial y miembros superiores. Se realiza EEG en el que se aprecia sufrimiento cerebral difuso con descargas de puntas y polipuntas de predominio derecho con tendencia a la generalización; en el control realizado 96 horas después, aparece patrón de *burst-suppression*, RMI: atrofia cortical bilateral. Estudio metabólico sin alteraciones. Se establece diagnóstico de EMP. La evolución de la paciente, desde el punto de vista psicomotor, fue desfavorable. Continuó presentando mioclonias masivas, a las que se sumaron crisis parciales, controlándose el proceso con la asociación de Topiramato, Clonazepam y Valproato. La paciente fue exitus a los 5 meses de vida

Conclusión. En los dos casos descritos, se ponen de manifiesto tanto las principales características comunes entre la EMP y la EEIP (inicio durante el período neonatal, EEG con patrón de *burst-suppression*, difícil control de las crisis y pronóstico sombrío) como las diferencias en la presentación de las crisis, a manera de mioclonias erráticas en la EMP y en forma de espasmos tónicos en el caso de la EEIP. En cuanto a la etiología, aun siendo características, no se hallaron alteraciones metabólicas en la EMP, mientras que las malformaciones cerebrales frecuentes en la EEIP, sí se encontraron en nuestra paciente (hemimegalencefalia).

12 ESTRES OXIDATIVO EN EL PERÍODO NEONATAL. ANALISIS COMPARATIVO EN FUNCIÓN DEL PESO AL NACIMIENTO.

Contreras Chova, F; Ochoa Herrera, JJ; García Iglesias, F; Narbona López, E; Bonillo Perales, A.
Hospital Clínico Universitario "San Cecilio" Granada

Objetivos: Análisis del nivel de hidroperóxidos y la actividad enzimática eritrocitaria en recién nacidos a término de peso adecuado frente a RN de bajo peso (1500-2500 gramos) y muy bajo peso (<1500 gramos). Material y métodos: 147 recién nacidos, subdivididos en tres grupos: grupo control (GC), 63 recién nacidos a término (RNT) de peso adecuado a edad gestacional; grupo A (GA), 57 recién nacidos pretérmino de peso <1500 gramos; grupo B (GB) 27 pretérminos de peso entre 1500 y 2500 gramos. Se extraen muestras de sangre de cordón umbilical y a las 3h de vida, determinándose el nivel de hidroperóxidos de membrana eritrocitaria (H_2O_2), así como la actividad catalasa, superóxido dismutasa (SOD) y glutatión peroxidasa (GPX).

Resultados: Cifras de H_2O_2 significativamente inferiores ($p<0,005$) en GC frente a GA y GB en cordón y a las 3h, con niveles de H_2O_2 inferiores en el GA (<1500 gramos) frente al GB. La actividad catalasa y SOD fueron superiores en GC frente a GA y GB (diferencias significativas entre GC y GB en cordón). Las cifras medias de actividad catalasa y SOD fueron superiores en GA frente a GB. Las cifras de SOD no ofrecieron datos de relevancia.

Conclusiones: Mayor estrés oxidativo en prematuros frente a RNT, entre otros aspectos por la mayor inmadurez de sus sistemas antioxidantes. En nuestro estudio, sorprendentemente, se evidencia mayor protección enzimática antioxidante y menor nivel de radicales libres en prematuros de muy bajo peso (<1500 gramos). Se hacen necesarios nuevos estudios que profundicen en dichos aspectos.

13 ANALISIS COMPARATIVO DEL NIVEL DE ESTRES OXIDATIVO EN PRETERMINOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTO.

Bonillo Perales, A; Molina Carballo, A; Contreras Chova, F; Ochoa Herrera, JJ; Pérez Iáñez, R; Narbona López, E; Muñoz Hoyos, A.
Hospital Clínico Universitario "San Cecilio" Granada

Objetivos: Valorar las posibles diferencias que sobre el nivel de estrés oxidativo en el período neonatal precoz puedan estar relacionadas con el tipo de parto (eutócico vs cesárea) en recién nacidos prematuros, más vulnerables al daño por exceso de radicales libres.

Material y métodos: 84 recién nacidos prematuros, con edades gestacionales comprendidas entre las semanas 26 y 37 y peso al nacimiento entre 630 gramos y 2500 gramos. Se subdividen en grupo A (56 recién nacidos mediante cesárea) y grupo B (28 recién nacidos mediante parto vaginal). De todos se

determina el nivel de hidroperóxidos de membrana eritrocitaria (ng/ml) en cordón umbilical y a las 3h, 72h y 7 días de vida extrauterina. Se procede a su análisis estadístico mediante el test de la (t) de Student para muestras independientes.

Resultados: Se evidencia un mayor nivel de hidroperoxidación ($p < 0,0005$) en cordón umbilical de recién nacidos mediante cesárea, no existiendo diferencias en las determinaciones posteriores.

Conclusiones: El nacimiento mediante cesárea puede inducir inicialmente el desarrollo inicial de un mayor nivel de estrés oxidativo en neonatos prematuros, que sin embargo no se mantiene con posterioridad, siendo compensado por los mecanismos antioxidantes del recién nacido, por lo que no cabe deducir que el nacimiento mediante cesárea pueda dar lugar a un aumento sostenido en la producción de radicales libres.

NEFROUROLOGIA

14 EVOLUCION DE LOS LACTANTES < 12 MESES INGRESADOS POR SOSPECHA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.

Cara Fuentes, G; López Ruzafa, E; Rodríguez Martínez, M; Campos Aguilera, A; Daza Torres, A; Vázquez López, MA.

Unidad de nefrología infantil. – Servicio de Pediatría - C.H. Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) en lactantes < 12 meses presenta interés especial por la frecuente asociación con anomalías anatómicas en aparato urinario, el riesgo de lesión renal y la dificultad diagnóstica condicionada al grado de sospecha elaborada en función de la clínica, generalmente inespecífica, y de pruebas urinarias de screening inicial con diferente sensibilidad y especificidad, en espera de la confirmación microbiológica. La sospecha de ITU en este grupo de pacientes condiciona en gran medida el ingreso hospitalario y la instauración de tratamiento intravenoso.

Objetivos: Conocer la evolución seguida por los lactantes < 12 meses ingresados por sospecha de ITU, el grado de confirmación microbiológica y las características de los casos no confirmados.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se incluyen 39 lactantes (22 mujeres) < 12 meses ingresados en la Unidad de Nefrología Pediátrica por sospecha de ITU entre Enero y Junio de 2005. Se definió sospecha de ITU a la presencia de alteraciones en la analítica de orina (tira reactiva y/o sedimento urinario), con o sin de signos clínicos compatibles. Se consideraron ITU los casos con confirmación microbiológica. Se recogen datos clínicos, antecedentes de patología del tracto urinario, analítica de orina (tira reactiva, sedimento y urocultivo) y modo de recogida, analítica sanguínea, estudios de imagen, tratamiento realizado y evolución de los pacientes.

Resultados: La edad media fue de 4.1 meses y el 18% tuvieron antecedentes de patología nefrourológica. La clínica que presentaron fue diversa siendo el síntoma más frecuente la fiebre (69,2%). La recogida de orina se realizó por sondaje en el 30.8 %. La tira reactiva mostró leucocituria en el 87 %, nitritos en el 56 %, y en concordancia un sedimento patológico en el 84,6%. El urocultivo fue positivo en el 72 %, siendo el germen predominante el E.coli. En 9 fue negativo negativo y en 2 mixto considerándolos casos no confirmados (28%). La ecografía abdominal mostró patología en 18 casos (46,2%). La CUMS detectó reflujo vesicoureteral en 10 casos. Todos recibieron tratamiento iv inicial, con duración media de 4 días, cediendo la fiebre en el 79,5 % en las primeras 48 horas. Los lactantes con ITU no confirmada presentaron con menor frecuencia leucocituria en la tira reactiva y en sedimento urinario (54,5% frente al 100% en el grupo con ITU, $p < 0,01$), menor frecuencia de nitritos (27,3% frente a 67,9%, $p < 0,03$) y mayor frecuencia de antibioterapia previa (36,4% frente a 7,1%, $p < 0,05$). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el modo de recogida de orina ni en otras variables estudiadas.

Conclusiones: 1. La alteración de la analítica urinaria es altamente sugestiva de infección urinaria en lactantes < 12 meses y la confirmación microbiológica se obtuvo en la mayoría de los casos. 2. Dada la elevada frecuencia de malformaciones del tracto urinario, el diagnóstico y el seguimiento a efectos pronósticos es muy importante. 3. La utilización de antibióticos previos pudo decapitar el cuadro en los no confirmados. 4. Una adecuada recogida de orina por sonda pudo haber contribuido a descartar la sospecha y evitar el ingreso, tratamiento y estudios complementarios de los casos no confirmados.

15 NEFROCALCINOSIS FAMILIAR HIPERCALCIÚRICA HIPOMAGNESEMICA.

Cara Fuentes, G; López Ruzafa, E; Campos Aguilera, A; Daza Torres, A; Vázquez López, MA.

Introducción

- Descrita por Michelis en 1972. Publicados más de 100 casos, con gran aportación nacional.
- Definición: Tubulopatía caracterizada por hipomagnesemia, hipermagnesuria, hipercalciuria y nefrocalcinosis.
- Mecanismo: Defecto de reabsorción de magnesio y calcio en segmento grueso del asa ascendente de Henle, causado por la mutación del gen PCLN1, que codifica proteína anómala.
- Clínica: Poliuria, polidipsia, ITU, insuficiencia renal, con o sin afectación ocular.

Caso clínico

- Motivo de consulta: Varón de 10 años con dolor abdominal inespecífico de 1 mes de evolución. En últimos 4 meses refiere anorexia, astenia y vómitos esporádicos.
- Antecedentes familiares: - Alta incidencia de HTA en la familia, tío 2º con insuficiencia renal detectada a los 20 años, y trasplantado a los 26 años, consanguinidad.
- Antecedentes personales: Embarazo y periodo perinatal sin incidencias. Desde los 2 años de edad controlado por estrabismo divergente y cicatrices maculares bilaterales. Aporta hemograma y bioquímica sanguínea (2003) por proceso febril: normal.
- Exploración: Peso 44 kg (P 75), talla 143 cms. (P 25-50), TA 220/140, Tª axilar 36,3 °C. Aspecto general conservado, palidez cutánea, no de mucosas. Auscultación cardiaca: soplo sistólico II/VI. Resto de la exploración normal.
- Analítica: --Sangre: urea 110 mg%; creatinina 2,15 mg%; Ac Cr 34 ml/min/1,73; osmolaridad basal orina 240 mOsm/L; úrico 11 mg%; proteínas totales 7,56 mg%; sodio 135 mEq/L; potasio 5 mEq/L; calcio 9,4 mg%; fósforo 4,5 mg%; fosfatasa alcalina 226 U/L; magnesio 1,5 mg%; PTH 63,5 pg/ml; colesterol 229 mg%; triglicéridos 152 mg%; EAB normal. Metanefrinas totales normales; renina directa basal elevada 78 uU/ml.
- Orina: Magnesio 0,8 mg/kg/día; EF Mg 8,6%; calciuria 5,3 mg/kg/día, índice Ca/Cr 0,27; ácido cítrico 9mg/24 horas; EF Na 0,46%; EF K 28,9%; RTP 66%; pH 6; beta 2 microglobulina 1050 ng/L; Sedimento normal; cultivo normal.
- Pruebas de imagen: -- Ecografía renal: nefrocalcinosis medular bilateral. Dilatación piélica derecha leve. Eco doppler: descata estenosis severa de arteria renal. Urografía iv: retraso en concentración-eliminación de contraste por ambos riñones, riñón derecho ectópico. RMN-Angio RMN: ectasia renal derecha. Arteria renal nace de iliaca primitiva derecha (calibre disminuido). Dilatación pielocalicial grado 2. Ecocardiografía: hipertrofia concéntrica VI, insuficiencia aórtica leve. Examen ocular: F.O: Cicatrices maculares bilaterales y edema de papilas bilateral. Electroretinograma: respuesta en latencia normal, aunque de menor amplitud a la normalidad.
- Evolución: Tratamiento con hipotensores (nicardipino, propanolol), alopurinol y omeprazol. No repercusión clínica. Normalización de la tensión arterial en la 2ª semana.
- Diagnóstico: Nefrocalcinosis familiar hipomagnésémica hipercalciúrica, insuficiencia renal crónica moderada, HTA (miocardiopatía y retinopatía), maculopatía.

Comentarios:

- Patología muy infrecuente, siendo aún más excepcional la asociación con hipertensión arterial.
- Limitación terapéutica, siendo los tratamientos actuales incapaces de frenar la grave evolución de la enfermedad, que ocurre en 10-15 años; siendo la única opción de tratamiento el trasplante renal, en el que hasta el momento no se ha observado ninguna recidiva. La terapia génica, aún por desarrollarse, parece ser la única medida capaz de evitar el mal pronóstico.

16 PATOLOGÍA RENAL Y VESICAL ASOCIADA AL CÁNCER PEDIÁTRICO Y SU TRATAMIENTO.

Rodríguez Martínez M., Aguilera López P, Sánchez Pérez R, Leyva Carmona M, Vázquez López M.A Lendinez Molinos F, Campos Aguilera A, Daza Torres A, Unidad de Onco-Hematología Infantil, Unidad de nefrología Infantil. Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería.

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico han conseguido aumentar la supervivencia pero este logro supone en ocasiones la lesión transitoria o permanente de ciertos órganos.

Objetivo: Revisar la incidencia de la ptología renal y vesical asociada al cáncer pediátrico y su tratamiento, así como la evolución de los pacientes afectados.

Material y metodos: Estudio descriptivo en el que se han incluido todos los pacientes pediátricos entre 0-14 años diagnosticados de cáncer entre Enero-90 a Diciembre-04, que presentaron patología renal y/o

vesical relacionada con la enfermedad o su tratamiento. Analizamos el tipo de cáncer, tipo de patología renal y/o vesical y causa de la misma y evolución de los pacientes tras un periodo de seguimiento medio de 60 meses.

Resultados: De un total de 184 pacientes diagnosticados de cáncer pediátrico en el periodo de estudio, 18 presentaron algún tipo de patología renal y/o vesical relacionada con la enfermedad o su tratamiento, con la siguiente distribución: 7 casos de nefrectomías (una bilateral y otra bilateral parcial) en pacientes con tumores renales; un caso de atrofia renal unilateral por lesión quirúrgica de vena renal en un neuroblastoma; 1 caso de necrosis tubular renal tras administración de cisplatino en una paciente con carcinoma de cavum; 2 casos de insuficiencia renal aguda en el contexto de un síndrome de lisis tumoral en dos pacientes con linfoma de Burkitt; 3 casos de microalbuminuria secundaria a la administración de ifosfamida y ciclofosfamida en 2 pacientes con rhabdomyosarcoma y un neuroblastoma respectivamente; 3 casos de cistitis hemorrágica, 2 de ellos tras administración de ciclofosfamida (leucemia linfoblástica y sarcoma de Ewing) y uno tras ifosfamida en un caso de rhabdomyosarcoma, y un caso de vejiga neurógena secundaria a síndrome de compresión medular en un paciente con linfoma linfoblástico. De todos, 7 casos presentan secuela permanente (nefrectomía), 3 casos se encuentran en insuficiencia renal y 5 casos presentan proteinuria que precisa medicación.

Conclusiones: 1. La incidencia de patología renal y/o vesical en pacientes oncológicos pediátricos secundaria a la enfermedad o su tratamiento es pequeña pero en la mayoría de los casos la lesión es permanente y progresiva. 2. En muchas ocasiones las lesiones son inevitables: nefrectomía como indicación quirúrgica actual de los tumores malignos renales y las secundarias a citostáticos surgen a pesar de medidas correctas de protección renal (hiperhidratación) y vesical (mesna). 3. Es imprescindible la monitorización y el seguimiento de los enfermos y así contribuir en lo posible a mejorar su calidad de vida.

17 HIDRONEFROSIS AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL OBSTRUCTIVA EN UN ADOLESCENTE SANO.

Olivares Sánchez L, Pareja Grande J

Servicio de Pediatría. Hospital Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real

Introducción: Los adolescentes son un grupo de la población pediátrica en los que la patología funcional y psicosomática juega un papel importante. En ciertos casos, un síntoma aparentemente banal puede ser la manifestación de una patología orgánica importante.

Caso clínico: Varón de 13 años de edad, sin antecedentes personales de interés, consulta por dolor lumbar de 20 días de evolución, sin otros síntomas asociados. Diagnosticado de cistitis 20 días antes, tratado con Cefixima, con urocultivo negativo. No refería dolor abdominal ni síntomas miccionales. Afebril.

Exploración: Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Sobrepeso, con aumento de la cifosis dorsal. Abdomen blando, no se palpan masas. Punopercusión renal negativa. Hemograma normal, con Hb 13.4 g/dl., Urea 28 mg/dl, Creatinina 0.8 mg/dl. La Ecografía renal no muestra alteraciones. Se trató como dolor de características musculares, que mejoró parcialmente con ibuprofeno.

A los 5 días vuelve a consultar por persistir las molestias lumbares. La exploración no difería de la inicial salvo por la palpación de globo vesical. Se repite analítica de orina, que es normal, y en bioquímica sanguínea se detecta aumento de urea (83 mg/dl) y de creatinina (4.2 mg/dl), junto con anemia (11.9 mg/dl). Se realiza ecografía renal urgente que muestra hidronefrosis bilateral moderada-severa, con dilatación pielocalicial de 14 mm, y vejiga enormemente distendida. Se intenta sondaje vesical descompresivo sin éxito, por lo que se precisa realizar circuncisión y cistostomía de descarga. La cistouretrografía miccional retrógrada (CUMS) y Urografía fueron normales.

El postoperatorio fue satisfactorio, con normalización progresiva de la diuresis y de la función renal

Tras varios días con sonda suprapúbica realiza diuresis a través de uretra peneana y se retira la sonda, no volviendo a tener problemas miccionales ni dolor referido.

Conclusiones:

- Una anamnesis detallada y una exhaustiva exploración física deben seguir siendo los pilares básicos del diagnóstico en Pediatría.
- Nunca se debe minimizar la importancia de las dorso-lumbalgias en los niños (especialmente si son recidivantes), ya que, aunque suelen ser debidas a problemas musculares, pueden ser la primera manifestación de patologías graves (nefropatías, conectivopatías, tumoraciones...)
- El adolescente es un paciente proclive a presentar cuadros funcionales, hay que tener en cuenta que detrás de una sintomatología aparentemente banal, pueden encontrarse entidades de gran relevancia clínica, por lo que el diagnóstico de funcionalidad será siempre tras descartar patología orgánica.

HEMATOONCOLOGIA

18 PATOLOGÍA RENAL Y VESICAL ASOCIADA AL CÁNCER PEDIÁTRICO Y SU TRATAMIENTO.

Rodriguez Martinez M., Aguilera López P, Sánchez Pérez R, Leyva Carmona M, Vázquez López M.A Lendinez Molinos F, Campos Aguilera A, Daza Torres A.

Unidad de Onco-Hematología Infantil, Unidad de nefrología Infantil. Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería.

Objetivo: Los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico han conseguido aumentar la supervivencia pero este logro supone en ocasiones la lesión transitoria o permanente de ciertos órganos. Revisar la incidencia de la ptología renal y vesical asociada al cáncer pediátrico y su tratamiento, así como la evolución de los pacientes afectados.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se han incluido todos los pacientes pediátricos entre 0-14 años diagnosticados de cáncer entre Enero-90 a Diciembre-04, que presentaron patología renal y/o vesical relacionada con la enfermedad o su tratamiento. Analizamos el tipo de cáncer, tipo de patología renal y/o vesical y causa de la misma y evolución de los pacientes tras un periodo de seguimiento medio de 60 meses.

Resultados: De un total de 184 pacientes diagnosticados de cáncer pediátrico en el periodo de estudio, 18 presentaron algún tipo de patología renal y/o vesical relacionada con la enfermedad o su tratamiento, con la siguiente distribución: 7 casos de nefrectomías (una bilateral y otra bilateral parcial) en pacientes con tumores renales; un caso de atrofia renal unilateral por lesión quirúrgica de vena renal en un neuroblastoma; 1 caso de necrosis tubular renal tras administración de cisplatino en una paciente con carcinoma de cavum; 2 casos de insuficiencia renal aguda en el contexto de un síndrome de lisis tumoral en dos pacientes con linfoma de Burkitt; 3 casos de microalbuminuria secundaria a la administración de ifosfamida y ciclofosfamida en 2 pacientes con rhabdomyosarcoma y un neuroblastoma respectivamente; 3 casos de cistitis hemorrágica, 2 de ellos tras administración de ciclofosfamida (leucemia linfoblástica y sarcoma de Ewing) y uno tras ifosfamida en un caso de rhabdomyosarcoma, y un caso de vejiga neurógena secundaria a síndrome de compresión medular en un paciente con linfoma linfoblástico. De todos, 7 casos presentan secuela permanente (nefrectomía), 3 casos se encuentran en insuficiencia renal y 5 casos presentan proteinuria que precisa medicación.

Conclusiones: 1. La incidencia de patología renal y/o vesical en pacientes oncológicos pediátricos secundaria a la enfermedad o su tratamiento es pequeña pero en la mayoría de los casos la lesión es permanente y progresiva. 2. En muchas ocasiones las lesiones son inevitables: nefrectomía como indicación quirúrgica actual de los tumores malignos renales y las secundarias a citostáticos surgen a pesar de medidas correctas de protección renal (hiperhidratación) y vesical (mesna). 3. Es imprescindible la monitorización y el seguimiento de los enfermos y así contribuir en lo posible a mejorar su calidad de vida.

19 MANEJO DEL ESTADO DE HIPERCOAGUBILIDAD POR DEFICIT DE PROTEINA C.

García Lara G.; Pérez Iáñez R.; García Iglesias F.; Goicoechea Vera A.; Sánchez Calderón A.; Ocete Hita E.; Vida Fernández C.; Narbona López E.; Ruiz Extremera A.

Hospital Clinico San Cecilio (Granada)

Introducción: Los déficit heredados de factores anticoagulantes producen una alteración en la hemostasia que provoca un “estado de hipercoagulabilidad” en el individuo. Da lugar a manifestaciones clínicas que van desde fenómenos tromboticos recurrentes aislados a formas generalizadas como la púrpura fulminans, que comprometen la vida del paciente. Suelen debutar en la segunda década de la vida, siendo poco habitual su presentación en la época neonatal, como son los casos que nos ocupan, de ahí su peculiaridad.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de déficit de proteína C que debutan en la etapa neonatal precoz con fenómenos tromboticos. Primer caso: Se trata de un recién nacido varón con antecedentes obstétricos sin interés pero antecedentes familiares maternos de déficit de factores anticoagulantes (antitrombina III y proteína C) padeciendo la madre la enfermedad. Cursa con trombosis de la vena renal a las 72 horas de

vida y del seno longitudinal al octavo día de vida. Segundo caso: Recién nacido varón con antecedentes obstétricos y familiares sin interés que cursa con trombosis de la vena renal izquierda con extensión a la vena cava inferior a las 12 horas de vida.

En ambos casos el diagnóstico de confirmación del fenómeno trombótico renal se realizó mediante ecografía doppler, necesitando el segundo de nuestros casos RMN con contraste para confirmación diagnóstica. El estudio biológico de trombosis arrojó los siguientes resultados de interés:

VALORES	PRIMER CASO	SEGUNDO CASO
TPTA	89 SEG.	60-85 SEG.
ACT. PROTROMBINA	100%	100%
PROT. C.	17%	24%
ANTITROMBINA III	33%	69%

El algoritmo terapéutico empleado en ambos casos fue: Para el control de la fase aguda se utilizó plasma fresco, y heparina i.v. en perfusión durante 7-10 días y una vez superada la fase aguda acenocumarol vía oral.

Conclusiones: La infrecuente manifestación de esta patología en la etapa neonatal, no nos debe hacer obviarla, sobre todo ante la existencia de cuadros clínicos muy diversos. Al existir tratamiento sustitutivo, es fundamental el diagnóstico precoz de esta entidad, ya que mejora claramente el pronóstico y puede proporcionarles una calidad de vida equiparable a otros recién nacidos normales.

20 MIOFIBROMATOSIS CONGENITA MULTIPLE

García Iglesias, F; Pérez Iáñez, R;_ García Lara G.; Rodríguez Argente del Castillo F.; Sánchez Calderón, A; Ocete Hita, E; Vida Fernández C.; Ruiz Extremera, A.
Hospital Clínico "San Cecilio" Granada.

Introducción: La miofibromatosis o miofibromas múltiples, esta definida por múltiples tumoraciones que pueden afectar a la práctica totalidad de órganos y tejidos. Su etiología es desconocida sugiriéndose patrón de herencia autosómico dominante, autosómico recesivo, exposición a estrógenos intrauterino, aumento de factores estimulantes de fibroblastos y delección 6q.

Caso clínico: Recién nacido varón de 34 semanas de EG y peso 2800 gr. Antecedentes obstétricos: Embarazo sin incidencias hasta el final del embarazo donde presenta oligoamnios severo y RCTG con variabilidad silente y bradicardia mantenida, nace varón por cesárea urgente en PCR con Apgar 0 al minuto y reanimación tipo V. A su ingreso presenta mal estado general, palidez generalizada, múltiples lesiones cutáneas papuladas perladas, lesiones nodulares en ambos pies, muslos y brazos, hepatoesplenomegalia, ACR hipoventilación generalizada, resto sin hallazgos significativos. Epicrisis: EMH grado IV, fallo renal que precisa diálisis peritoneal, coagulación intravascular diseminada. Presenta fallo multiorgánico, PCR y exitus del paciente a los seis días de vida. Necropsia: miofibromatosis infantil con afectación de piel, timo, m.o., músculo estriado, paraganglios, ganglios linfáticos, suprarrenal, hígado, pulmón, corazón, aorta, páncreas, estómago, intestino delgado y grueso.

Conclusión: La miofibromatosis infantil es el tumor mesenquimal más frecuente en la infancia. Se clasifican en función del número de lesiones: únicas (las más frecuentes) y múltiples divididas en afectación visceral o no. Su pronóstico depende de la presencia o no de afectación visceral variando la mortalidad es del 0% en aquellos casos con lesión única en piel y del 76% en los casos de afectación múltiple visceral.

21 TIMOMA LOCALIZADO EN MEDIASTINO ANTERIOR.

Marañés Galvez C, Valladares Mendías JC, Fdez. Valadés R, Jiménez Álvarez CJ
S. Cirugía Pediátrica. HMI Granada.

Introducción

El Timoma forma parte de los tumores de mediastino anterior. Es un tumor poco prevalente, presentándose más frecuentemente entre 40-50 años, siendo muy raro en niños.

Su importancia clínica radica en la aparición de sintomatología compresiva y la posibilidad de infiltración de estructuras próximas. Se han descrito casos en los que se ha acompañado de cuadros clínicos de miastenia, anemia aplásica, A-globulinemia, síndrome Cushingoide por secreción ectópica de ACTH entre otros,

Caso clínico

Paciente de 7 años de edad, de sexo femenino, que fue remitida a nuestro centro por el hallazgo de una masa mediastínica en una radiografía de tórax, sin ninguna otra sintomatología acompañante.

Las pruebas analíticas fueron normales, incluida hemograma, bioquímica sanguínea, catecolaminas, hormonas tiroideas y enolasa (-).

En estudio efectuado mediante el TAC y la RNM (se aportan imágenes) se aprecia una masa quística en el espacio cardiopélico derecho, de morfología esférica (7x7x8 cm), que no desplazaba mediastino y sin calcificaciones.

Intervención

Por toracotomía lateral derecha se realizó extirpación completa de la masa, la cual se adhería a pericardio, estando cubierta por pleura mediastínica.

El diagnóstico Anatómico-Patológico obtenido fue de Timoma benigno, con proliferación de células epiteliales, abundantes linfocitos no neoplásicos, rodeadas de cápsula fibrosa y con células características tipo EMA (+), CK 19(+) y 20(-). Los linfocitos acompañantes son de estirpe T(CD 3+).

Comentario:

Los tumores de mediastino en niños son descubiertos generalmente como un hallazgo casual. Es necesario realizar estudios exhaustivos para poder llegar a un diagnóstico diferencial con otras tumoraciones malignas con las que puede presentar similitud como son el Timoma Maligno y Linfoma.

22 PILOMATRIXOMA EN EL NIÑO: ESTUDIO SOBRE NUESTRA CASUÍSTICA Y NUEVAS APORTACIONES ETIOPATOGÉNICAS APARECIDAS EN LA LITERATURA MÉDICA.

Valladares Méndiz JC, Marañés Gálvez C, Fdez. Valadés R, Jiménez Álvarez CJ

S. Cirugía Pediátrica. HMI Granada.

Objetivos: describir la presentación clínica de esta patología frecuente y comentar las nuevas aportaciones etiopatogénicas aparecidas en la literatura médica en los últimos años. **Diseño:** Estudio retrospectivo.

Lugar: Hospital Materno-Infantil de 3º nivel.

Pacientes: 23 pacientes seleccionados, con edad media 6,5 años, que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico del pilomatrixoma durante un periodo de 2 años. La manifestación clínica común es la de una tumoración de uno- dos cm, única o múltiple, subcutáneo, dura, de crecimiento lento, más palpable que visible. La localización más frecuente es en cuello y cabeza. A todos los pacientes les fue extirpada quirúrgicamente la lesión, bien mediante anestesia local o general, según la edad y/o localización. Tras un seguimiento de 5 años, no se apreció recidiva, siendo la cicatrización satisfactoria.

Comentarios: El Pilomatrixoma (PM) (Epitelioma calcificado de MALHERBE Y CHENANTAIS. 1880) es un tumor benigno (aunque se han dado casos de malignización: *carcinoma pilomatrix*) con entidad propia, caracterizado desde el punto de vista histológico por la existencia de una proliferación dual de poblaciones de células basófilas y de células “shadows”(evolucionadas a partir de aquellas), y que crecen a partir de las células de la matriz del pelo corporal. Asimismo en el interior del tumor existen células de estirpe transicional y zonas de desechos celulares amorfos, con depósitos de calcio. Se ha demostrado que los PM presentan un exceso de proto-oncogen bcl-2, que provocaría la falta de supresión de la apoptosis y consecuentemente la destrucción celular, lo que contribuiría a su patogénesis. Estudios histológicos sugieren que la proteína osteopontina producida por los macrófagos que se encuentran rodeando nidos de células “shadows”, tienen un papel significativo en los depósitos de Calcio que presentan típicamente los PM, contribuyendo a su aspecto macroscópico “irregular terroso”. Aparecen en cualquier edad, pero con picos de incidencia entre 1ª y 6ª década de la vida. Más frecuente en cuello y cabeza. (Se han descrito localizaciones atípicas como son el testículo y el ovario). Su presentación clínica es la de nódulo duro(único o múltiple), irregular subcutáneo y más palpable que visible. Pueden inflamarse e infectarse. Pueden asimismo erosionar la piel. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con tumores malignos. Hay formas múltiples, familiares, excepcionales, asociadas a la distrofia miotónica. Su diagnóstico es clínico, aunque se pueden utilizar las pruebas de diagnóstico por imagen como son la Ecografía, TAC y RNM, para hacer el diagnóstico diferencial de masas parotídeas. El diagnóstico histológico del PM puede hacerse mediante aspiración con aguja fina. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica. No se han visto casos de resolución espontánea, aunque sí de recurrencia

23 PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO.

Marañés Galvez C, Valladares Méndiz JC, Fdez. Valadés R, Jiménez Álvarez CJ

S. Cirugía Pediátrica. HMI Granada.

Los pseudotumores inflamatorios (IPT/PTI) son también llamados tumores inflamatorios miofibroblásticos o granulomas de células plasmáticas. Son sinónimo de tumor inflamatorio sólido, que contiene multitud de tipos celulares como son células fusiformes, miofibroblastos, células plasmáticas e histiocitos

Se han encontrado localizados en pulmón, mesenterio, hígado y bazo. En esta comunicación presentamos nuestra experiencia clínica y quirúrgica en un niño con IPT/PTI Localizado en mesenterio de colon transverso.

Caso clínico: Niño de 11 años de edad que presenta cuadro clínico de dolor abdominal, con estado general conservado. En el TAC se aprecia colección irregular / quística en mesenterio de colon transverso. Mediante laparotomía se extirpa la citada masa cavitada. No se han observado complicaciones.

Comentarios Los IPT/PTI son lesiones no neoplásicas, considerados desde el punto de vista anatomopatológico como una exuberante respuesta celular mediada por células mesenquimales, plasmáticas, histiocitos xantocrómicos, células mastoides, linfocitos, células fusiformes entre otras, ante estímulos no bien definidos todavía. Se han encontrado antecedentes infecciosos en el 30% de las ocasiones. También se ha sugerido como factor etiopatológico una disregulación local de las citoquinas. Se comportan como masas tumorales que crecen, pudiendo cavitarse. La sintomatología de presentación es variada, según el sitio de presentación, como lesión ocupante de espacio, dolor abdominal agudo o recurrente, fiebre, sangrado, pérdida de peso, neumonía...

El tratamiento de estas lesiones es la resección quirúrgica, habiéndose dado casos de recurrencia.

24 HEMATURIA SECUNDARIA A CARCINOMA UROTELIAL SUPERFICIAL.

Marañes Gálvez C, Valladares Mendías JC, Fdez. Valadés R, Jiménez Álvarez CJ

S. Cirugía Pediátrica. HMI Granada.

Introducción: La Hematuria en niños puede tener varias causas (ITU, Nefropatías, Traumatismos, nefrolitiasis...) siendo excepcional la debida a cáncer localizado en vías urinarias.

Caso Clínico: Presentamos el caso inusual de un niño en edad escolar, cuyo cuadro clínico debutó con dolor inguinal y hematuria microscópica. Como antecedentes familiares, existía un caso de carcinoma de vejiga urinaria en un bisabuelo. La realización de una ecografía y de una cistoscopia bajo anestesia general permitió hacer el diagnóstico de un carcinoma urotelial papilar, superficial, de Bajo Grado. Estaba situado en trigono vesical, siendo de crecimiento exofítico. El tratamiento realizado en este paciente consistió en la resección endoscópica trasuretral, que permitió su extirpación completa. Tras un seguimiento de 6 meses, el paciente esta asintomático.

Comentarios. La presentación de carcinomas uroteliales papilares es excepcional en niños, siendo más frecuente en estas edades el Rhabdomiosarcoma. Los carcinomas de estirpe epitelal suelen presentarse en adultos de edades avanzadas, aunque se van describiendo casos en edades cada vez más tempranas. Su debut típico en forma de hematuria como manifestación principal, y su facilidad de diagnóstico mediante la ecografía, debe de permitirnos su diagnóstico en fases tempranas. El pronóstico de este tipo de pacientes es bueno, ya su grado de malignidad es bajo, aunque debe de realizarse un adecuado seguimiento por la posibilidad de aparición de recidivas

GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION

25 HÁBITOS DE VIDA Y NUTRICIONALES EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE GRANADA.

Isabel Seiquer¹, Marta Mesías¹, Antonio Muñoz², Beatriz Ruiz¹, Ana Haro¹, Gabriel Galdó² y María Pilar Navarro¹.

¹ Unidad de Nutrición, Estación Experimental del Zaidín, CSIC, Granada. ² Departamento de Pediatría, Hospital Universitario San Cecilio, Granada

Introducción. La adolescencia es una etapa vulnerable de la vida, en la que no sólo se producen cambios fisiológicos, sino también psicológicos y de comportamiento. Además, la adolescencia constituye un

periodo de riesgo desde el punto de vista nutricional, no sólo por los elevados requerimientos necesarios para el crecimiento y desarrollo acelerado en este período, sino también porque en ella se producen alteraciones en los hábitos alimentarios, que podrán alterar su crecimiento y desarrollo y perdurar durante la edad adulta.

Objetivos, material, método. El objetivo de este trabajo fue analizar los hábitos de vida y hábitos alimentarios de un grupo de adolescentes varones de 11-14 años de la provincia de Granada, que fueron seleccionados para formar parte de un estudio de intervención nutricional más amplio. Se realizó una encuesta de hábitos de vida preparada por especialistas del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. El estudio nutricional se llevó a cabo mediante un recordatorio de 24 horas y un registro semipesado de 2 días, uno de ellos festivo. Los datos se procesaron mediante el programa informático "Nutrición y Salud", desarrollado por el Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Granada.

Resultados. Como era de esperar, la mayoría de los sujetos de la muestra ven la televisión todos los días, dedicando unas 2 h a esta actividad. Casi un 10% utilizan videojuegos a diario, mientras que cerca del 70% lo hacen sólo los fines de semana. El 38.1% de los adolescentes encuestados comen algo mientras ven la televisión o juegan a la consola. La actividad extraescolar favorita de los chicos es jugar al fútbol o hacer otros deportes, seguida por oír música. Casi el 70% de los chicos del estudio comen fuera de casa con amigos entre 1-4 veces al mes, y su comida favorita es la pizza. Entre los alimentos que menos les gustan están las vísceras, el pescado y las legumbres. En cuanto a la evaluación nutricional de su dieta habitual, los adolescentes ingieren una cantidad excesiva de proteínas y de grasa, al comparar con las ingestas recomendadas para este grupo de edad. Por el contrario, el consumo de hidratos de carbono y fibra es deficitario. En el reparto energético a lo largo del día, se observa un consumo insuficiente de energía en el desayuno y un ligero exceso en la cena.

Conclusiones. De acuerdo con estudios epidemiológicos realizados entre adolescentes, se observa un cambio en los hábitos de vida hacia unos patrones más sedentarios. Por otra parte, los sujetos a esta edad empiezan a tomar sus propias decisiones sobre qué comer, y gozan de cierta independencia económica, con lo que pueden comer fuera de casa. Se observa un cierto alejamiento de la dieta mediterránea, con lo que es importante promover a esta edad costumbres más saludables, que podrán tener consecuencias en la salud del futuro adulto.

26 IMPORTANCIA DEL EQUILIBRIO DIETÉTICO PARA LA UTILIZACIÓN DEL HIERRO DURANTE LA ADOLESCENCIA.

Antonio Muñoz², Marta Mesias¹, Isabel Seiquer¹, Gabriel Galdó², Magdalena López³, M^a Pilar Navarro¹. ¹ Unidad de Nutrición, Estación Experimental del Zaidín, CSIC, Granada. ² Departamento de Pediatría, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ³ Instituto de Nutrición, Universidad de Granada.

Objeto. Es conocida la importancia del hierro en la alimentación, especialmente en determinadas etapas de la vida como la adolescencia. En este período incrementan las necesidades como consecuencia de un mayor crecimiento y desarrollo, aumentando los requerimientos de hierro principalmente para satisfacer la mayor hematopoyesis. Los cambios en los hábitos alimentarios del colectivo frecuentemente conducen al consumo de alimentos con baja densidad de nutrientes y a dietas desequilibradas que requieren ser ajustadas. Por ello, el objetivo de este trabajo fue estudiar la biodisponibilidad del hierro en una dieta ajustada y equilibrada para los adolescentes, comparándola con su dieta habitual.

Material y métodos. Se realizó un estudio de tipo longitudinal en un grupo de 20 adolescentes de 11-14 años. Se valoró su dieta habitual mediante encuesta alimentaria de 3 días, combinando recordatorio de 24 horas y registro de ingesta de 2 días. En función de dicha dieta, tratando de paliar sus excesos y déficits de nutrientes, de los hábitos alimentarios de los sujetos y de las ingestas recomendadas para este grupo de edad, se diseñó una dieta experimental más equilibrada y mejor ajustada a las necesidades nutricionales de los adolescentes. Los sujetos se sometieron a la intervención nutricional durante un periodo de 28 días. La valoración del hierro de la dieta se llevó a cabo por espectrofotometría de absorción atómica. Al comienzo y finalización del estudio, se tomaron muestras de sangre para la valoración del status férrico. Para el análisis de la utilización del hierro dietético, se recogieron las heces y la orina durante los últimos días del estudio de la dieta habitual y de la intervención nutricional.

Resultados. La intervención nutricional introdujo modificaciones tanto en el consumo de energía y nutrientes como en las fuentes alimentarias que aportaban el hierro de la dieta, tales como el aumento de legumbres y cereales y las disminuciones de las proteínas de origen animal. Tras la intervención se observó un aumento importante en la absorción del hierro de la dieta y en su digestibilidad. El porcentaje de utilización global del nutriente ascendió desde un 7 % con la dieta habitual hasta un valor superior al 20

% El status férrico de los adolescentes no se vio modificado, por lo que el aumento del hierro absorbido contribuyó fundamentalmente al intenso crecimiento propio de esta etapa de la vida.

Conclusiones. El consumo de una dieta saludable y equilibrada favorece la utilización del hierro en un período vulnerable como es la adolescencia

27 EPISODIO APARENTEMENTE LETAL (EAL) COMO DEBUT DE ALERGIA A LA LECHE DE VACA.

Abril Molina, A.; Rivera Cuello, M.; García Iglesias, F.; García Lara, G; González Carretero, A; Villa Hernández, M; Cobos M.

Introducción: Se define como episodio aparentemente letal (EAL) al cuadro agudo consistente en apnea, cambio de coloración y cambios en el tono muscular que requieren intervención urgente para restaurar la respiración normal del paciente. La causa más frecuente es la digestiva y son muy pocos los casos descritos secundarios a patología respiratoria como el caso que nos ocupa.

Caso clínico: lactante de 1 mes y medio que acude a urgencia externas con cuadro broncoespasmo severo, cianosis e hipotonía generalizada, sin pérdida de conciencia que precisó tratamiento con adrenalina nebulizada y que fue desencadenado tras la toma de fórmula de inicio. Tras terapia de rescate recupera coloración, tono y respiración eficaz.

En la anamnesis se recoge lactancia materna desde el nacimiento que se interrumpe una semana antes de su ingreso y que se interrumpió tras producirle un cuadro urticariforme. Ante cuadro EAL desencadenado por una segunda toma de leche artificial y clínica que presentó a su ingreso se plantea el diagnóstico diferencial que incluye aspiración por reflujo gastroesofágico (RGE) y alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) por lo que se solicita IgE sérica, RAST a las proteínas de leche de vaca y tránsito gastrointestinal baritado. Confirmándose el diagnóstico de APLV se prescribe tratamiento y alta domiciliaria

Conclusión:

1. Ante un EAL el paciente debe ser ingresado y estudiado siguiendo un protocolo diagnóstico escalonado que nos permitirá descartar organicidad de los síntomas y así poder aplicar un tratamiento efectivo.

2. En el grupo de pacientes en los que no se encuentra causa atribuible del EAL existe mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) por lo susceptible de monitorización domiciliaria.

La etiología respiratoria del EAL es muy poco frecuente y son muy pocos casos desencadenados por un cuadro de broncoespasmo severo secundario a la alergia a las proteínas de la leche de vaca.

28 CRISIS VASOVAGALES RECURRENTES: EXPRESIÓN CLÍNICA DE TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD GÁSTRICA.

Rivera Cuello M., Abril Molina A., Fernández Marín C.E, Rodríguez Carrasco J, Henández Fernández V, Cobo Peralta M. Servicio de lactantes Hospital Clínico San Cecilio

Introducción: La gastroparesia consiste en un retraso en el vaciamiento gástrico esencialmente de sólidos, sin evidencia de obstrucción mecánica. Es un cuadro frecuente durante el periodo neonatal siendo excepcional en niños mayores en los que se ha descrito asociado, en la mayoría de los casos, a enfermedades sistémicas. Su expresión clínica puede variar desde formas leves con síntomas de dispepsia hasta formas graves con vómitos de repetición que en ocasiones determinan un importante compromiso nutricional.

Caso clínico: lactante de 11 meses varón que acude al servicio de urgencias presentando un cuadro de hipotonía generalizada, palidez y cianosis perinasobucal, con tendencia al sueño después de un vómito.

Exploración: frecuencia cardíaca de 80 lpm, TA de 72/49, saturación 95-100%, no fiebre. **Auscultación cardiopulmonar:** normal. **Abdomen:** normal. **Sistema nervioso:** Glasgow modificado de 8 (apertura ocular al dolor, localización adecuada del dolor, no respuesta verbal) pupilas isocóricas y normoreactivas. Resto normal. **Antecedentes personales:** previamente presentó siete episodios de similares características, que comenzaron a los 4 meses de vida, descartándose en los estudios realizados patología neurológica y alergia alimentaria. **Antecedentes familiares:** sin interés. **Pruebas complementarias:** Screening metabólico: normal, ecografía abdominal: normal, estudio hormonal (hormonas tiroideas y catecolaminas): normal, examen toxicológico: normal, tránsito esófago-gástrico baritado: que presenta un retraso en el vaciamiento gástrico sin evidencia de reflujo gastroesofágico y sin signos de malabsorción intestinal, compatible con una gastroparesia.

Conclusión:

- 1) En el estudio diagnóstico de crisis vaso-vagales de repetición en la edad pediátrica hay que considerar como posible etiología la existencia de trastornos en la motilidad gástrica como la gastroparesia.
- 2) La distensión gástrica producida por la no progresión del bolo alimenticio y el vómito por rebosamiento, produce un estímulo del vago que a su vez desencadena la crisis vasovagal.

ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO

29 HIPERGLUCEMIA SUBCLÍNICA FAMILIAR.

Aguilera Sánchez P, Rodríguez Martínez M., Vissani P*, Oliva P., Galera R., García García E. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. *Centro de Salud de Vélez-Rubio. Almería.

Introducción.

Según los criterios de la Asociación Americana de Diabetes en individuos asintomáticos, el diagnóstico de diabetes se realiza cuando la glucemia basal es mayor de 126 mg/dl o bien si es mayor de 200 mg/dl después de 2 horas de haber realizado una sobrecarga oral de glucosa (SOG). Si la basal está entre 100 y 126 mg/dl, se habla de glucemia basal alterada. No todos los casos de diabetes en la infancia son tipo 1, ni requieren tratamiento insulínico.

Casos presentados

Caso 1: Varón de 7 años, remitido por hiperglucemia límite en analítica realizada por otro motivo. Presenta glucemia basal de 127 mg/dl y 2 horas tras la SOG, 142 mg/dl, sin síntomas. No refiere antecedentes familiares de interés. Se trata con insulina NPH en desayuno a dosis de 0.3 U/kg/día.

Caso 2: Varón de 6 años, remitido por glucemia límite, sin síntomas. Presenta glucemia basal de 113 mg/dl y 2 horas tras la SOG, 219 mg/dl. En sus antecedentes familiares refiere madre con diabetes gestacional y tío materno diabético, así como ser primo de 2º grado del paciente del caso anterior.

Se estudia a la madre y abuela del caso 2, así como a la hermana, padre y abuelo del caso 1, presentando todos una glucemia basal alterada.

Diagnóstico genético

Se realiza la secuenciación de los exones del gen que codifica el enzima glucoquinasa (GCK) hallando una mutación de sentido alterado (missense) relevante en el exón 3, posición 28T>C (Timina por Cistina), que se traduce en un cambio de un L79P (Lisina por Prolina) en la secuencia de aminoácidos del enzima GCK, diagnosticándose de un déficit de GCK o diabetes MODY tipo 2.

Comentarios

En niños con diabetes subclínica, la historia familiar es esencial para el diagnóstico diferencial del tipo de diabetes.

30 TERAPIA INSULÍNICA BOLUS-BASAL EN DIABETES TIPO 1: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE GLARGINA Y BOMBA DE INSULINA.

Emilio García García, María Rodríguez Martínez, Purificación Aguilera Sánchez, Encarnación López Ruzafa, Patricia Oliva Pérez, Rafael Galera Martínez.

Servicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Objetivo

Comparar la eficacia y seguridad de las pautas terapéuticas con glargina y bomba infusora de insulina en niños y adolescentes con diabetes tipo 1 en tratamiento intensivo.

Pacientes y métodos

Se incluyen en el estudio 32 pacientes con diabetes tipo 1 diagnosticados antes de los 14 años, divididos en dos grupos, uno tratado con análogo glargina como insulina basal y otro con bomba de insulina. Los dos grupos no eran diferentes en sexo, edad, situación puberal, índice de masa corporal expresado en Escala de Desviación Estándar (EDE), tiempo de evolución de la diabetes, requerimiento insulínico y grado de control metabólico (tabla 1) y anteriormente tenían tratamiento con múltiples dosis de insulina con NPH. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación típica. Pruebas estadísticas de Fisher y Mann-Whitney.

Tabla 1	Glargina (n=24)	Bomba (n=8)	p
Sexo (mujeres / varones)	14 / 10	5 / 3	0,8
Edad (años)	12,8 \pm 2,4	11,6 \pm 2,2	0,5

Prepúberes / púberes / postpúberes	6 / 13 / 5	2 / 4 / 2	0,8
Índice de masa corporal (EDE)	0,44 ± 1,03	0,73 ± 1,09	0,6
Evolución diabetes (años)	5,7 ± 3,0	5,7 ± 4,0	0,9
Dosis insulina (U/kg/día)	1,06 ± 0,21	0,98 ± 0,14	0,4
Hemoglobina A1c (%)	7,82 ± 0,71	7,57 ± 0,57	0,4

Resultados

Tras 18 meses de tratamiento, los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2	Glargina	Bomba	p
Hemoglobina A1c (%)	7,50 ± 0,61	7,40 ± 0,82	0,9
Dosis insulina (U/kg/día)	1,03 ± 0,19	0,94 ± 0,15	0,2
% de insulina basal	45,6 ± 5,2	47,3 ± 5,3	0,5
Índice de masa corporal (EDE)	0,38 ± 1,02	0,37 ± 0,79	0,8
Nº cetosis / 100 pacientes / año	5,56	16,66	0,17
Nº hipoglucemias graves / 100 pac / año	0	0	1

Conclusiones

La pauta con análogo glargina y la bomba infusora de insulina consiguen un control metabólico similar en niños y adolescentes con diabetes tipo 1 con el mismo riesgo de complicaciones agudas.

31 ALTA INCIDENCIA DE DIABETES TIPO 1 EN MENORES DE 14 AÑOS EN NUESTRA PROVINCIA.

Emilio García García, Purificación Aguilera Sánchez, Encarnación López Ruzafa, María Rodríguez Martínez, Rafael Galera Martínez, Patricia Oliva Pérez.

Servicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción

La incidencia de diabetes mellitus tipo 1 es muy diferente en las distintas etnias, países y regiones. En todas las poblaciones se está constatando un aumento de incidencia en los niños menores de 14 años.

Objetivo

Determinar la incidencia de diabetes tipo 1 en menores de 14 años en nuestra provincia.

Pacientes y métodos

Estudio prospectivo de los niños menores de 14 años diagnosticados de diabetes tipo 1 durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2004. Se excluyeron los no residentes en nuestra provincia.

Los casos se recogieron de dos fuentes independientes entre sí: la fuente primaria fueron los Centros hospitalarios públicos y privados de la provincia y la fuente secundaria las unidades de visado de recetas de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria.

Los datos poblacionales se obtuvieron del Padrón del 1 de enero de 2003 del Instituto Nacional de Estadística.

Resultados

En este periodo cuatrienal se diagnosticaron en nuestra provincia 95 casos de diabetes tipo 1 en menores de 14 años. Siendo la población menor de 14 años de 91.182 niños, obtenemos una incidencia de 26,0 casos nuevos por 100.000 individuos susceptibles y año.

De los nuevos diagnósticos 9 correspondieron a niños nacidos fuera de España, que en una población de 7.314 niños extranjeros menores de 14 años supone una incidencia en este subgrupo de 30,7 por 100.000 y año, frente a 25,6 casos por 100.000 y año en los nacidos en España.

La incidencia en menores de 5 años fue de 18,0, entre 5 y 10 años de 29,9 y entre 10 y 14 de 30,3 casos por 100.000 individuos y año.

Conclusión

La incidencia de diabetes tipo 1 en niños menores de 14 años en nuestra provincia es de las más altas publicadas en España, tanto en niños nacidos en nuestro país como en extranjeros. Al comparar con otras provincias, la incidencia es especialmente alta en el grupo de menores de 5 años.

32 PATRÓN ESTACIONAL DEL NACIMIENTO Y DEL DEBUT DE NIÑOS DIABÉTICOS TIPO 1.

Patricia Oliva Pérez, Rafael Galera Martínez, María Rodríguez Martínez, Purificación Aguilera Sánchez, Encarnación López Ruzafa, Emilio García García.

Servicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Objetivos

Comprobar si los niños diabéticos tipo 1 de nuestra provincia presentan un patrón en la estacionalidad de su fecha de nacimiento y de debut.

Analizar si la estación de nacimiento o de debut se asocia con alguna variable en la historia clínica de la diabetes tipo 1.

Pacientes y métodos

Revisión de las historias clínicas de los niños diagnosticados de diabetes tipo 1 con menos de 14 años de edad y seguidos en nuestro Servicio, recogiendo las siguientes variables: sexo, estación de nacimiento, antecedentes de diabetes y de enfermedades autoinmunes, estación de debut, edad al debut, tiempo previo al diagnóstico de síntomas de hiperglucemia, glucemia y bicarbonato al diagnóstico, presencia y duración de la fase de luna de miel, requerimiento insulínico y niveles de hemoglobina glicada en los 5 primeros años de evolución. Pruebas estadísticas chi-cuadrado, Fisher y t de Student.

Resultados

Se incluyen en el estudio 204 niños y adolescentes (108 varones). 110 niños (54%) nacieron en los meses cálidos (primavera y verano) frente a 94 (46%) en los meses fríos (otoño e invierno). Por el contrario, 110 niños (54%) se diagnosticaron en los meses fríos frente a 94 (46%) en los meses cálidos.

En el sexo masculino no se observó ninguna diferencia estacional, mientras en el femenino hubo una mayor proporción de nacimientos en meses cálidos, que no fue estadísticamente significativa ($p=0,2$) y una mayor proporción de debuts en meses fríos que sí fue significativa ($p=0,016$).

No hubo diferencias en los patrones estacionales en los tres grupos de edad al debut (antes de 5 años, entre 5 y 10 y entre 10 y 14 años).

Ni la estación de nacimiento ni la de debut se asociaron con ninguna de las variables recogidas.

Conclusiones

Los niños con diabetes tipo 1 diagnosticados antes de los 14 años en nuestra provincia muestran el patrón de estacionalidad típico con predominio de nacimientos en primavera y verano y predominio de debuts en meses fríos, si bien estos hallazgos se restringen al sexo femenino.

Ni la estacionalidad en el nacimiento ni en el debut condicionan otras variables de la historia clínica del niño diabético tipo 1.

33 PECULIARIDADES DE LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE DIABETES TIPO 1.

Rafael Galera Martínez, Patricia Oliva Pérez, Purificación Aguilera Sánchez, María Rodríguez Martínez, Encarnación López Ruzafa, Emilio García García.

Servicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Objetivo

Describir las características de la diabetes tipo 1 en niños con antecedentes familiares de primer grado de diabetes tipo 1.

Pacientes y métodos

Revisión de las historias clínicas de los niños con diabetes tipo 1 diagnosticados antes de los 14 años en seguimiento en nuestro Servicio, recogiendo las siguientes variables: sexo, estación de nacimiento, antecedentes de diabetes y de enfermedades autoinmunes, estación de debut, edad de debut, tiempo previo al diagnóstico de síntomas de hiperglucemia, glucemia y bicarbonato al diagnóstico, presencia y duración de la fase de luna de miel, requerimiento insulínico y niveles de hemoglobina glicada en los 5 primeros años de evolución. Pruebas estadísticas chi-cuadrado, Fisher y análisis de la varianza.

Resultados

Se incluyen 204 niños con diabetes tipo 1, de los cuales 17 tenían antecedentes de primer grado de diabetes (10 en padres y 7 en hermanos).

	No Antec Fam	DM1padres	DM1 hermano	p
Edad debut (años)	7,1 ± 3,7	5,7 ± 4,6	7,4 ± 4,0	0,44
Glucemia debut mg/dl	432 ± 182	414 ± 209	353 ± 120	0,54
CO ₂ H debut mEq/l	16,4 ± 6,9	18,6 ± 8,1	22,7 ± 2,0	0,02
Semanas hiperglucemia	3,6 ± 4,3	1,9 ± 2,6	1,6 ± 2,9	0,02
Meses luna de miel	6,6 ± 7,1	6,7 ± 9,5	8,7 ± 7,5	0,64
Insulina debut U/kg/día	0,69 ± 0,33	0,59 ± 0,36	0,49 ± 0,23	0,11
Insulina 5º año evolución	0,97 ± 0,22	0,95 ± 0,06	0,92 ± 0,21	0,93
HbA1c 5º año evolución	7,9 ± 1,2	7,8 ± 0,3	7,1 ± 0,4	0,32

Conclusión

Los niños diabéticos tipo 1 con antecedente familiar de primer grado de diabetes tipo 1 se diagnostican más precozmente y en mejor situación clínica, sin que esto repercuta de forma significativa en un mejor control metabólico ni en un menor requerimiento insulínico en la evolución de la diabetes.

34 ERRORES CONGENITOS DEL METABOLISMO. DIAGNOSTICO NEONATAL DEL DEFICIT DE PROPIONIL COA CARBOXILASA.

Pérez Iáñez, R.; García Iglesias, F.; Parrilla Roure M.; Sánchez Calderón A.; Martínez Marín L.; Narbona López E.; Miras Baldo M.
Hospital Clínico “San Cecilio”. Granada.

Introducción: Los errores congénitos del metabolismo (ECM) son enfermedades de baja incidencia (1/1000 RN). Entre todas ellas, de presentación clínica inespecífica y analítica diversa, se presenta un caso de acidemia propiónica diagnosticado en nuestra unidad. La acidemia propiónica es una enfermedad autosómica recesiva producida por el déficit de propionil COA carboxilasa.

Caso Clínico: Ingresa neonato de 19 días de vida por rechazo de la toma, vómitos y fallo de medro. Antecedentes familiares: acidemia propiónica en familiar de 2º grado, Antecedente obstétricos: Embarazo controlado sin incidencias, EG 37 semanas. Nace mujer con Apgar 9/10 y peso de 2690 gr. Exploración al ingreso: Mediano estado general, peso: 2500 gr., escaso panículo adiposo, palidez muco-cutánea con signo del pliegue evidente, fontanela normotensa, hipotonía generalizada con reflejo arcaicos disminuidos, resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Hemograma y pruebas de coagulación: normal; Bioquímica: Hiperamonemia, PCR elevada, creatinina elevada y lactato normal; Gasometría: acidosis metabólica con anión GAP elevado. Ante la sospecha diagnóstica se solicita estudio metabólico en sangre, plasma, orina y LCR, orientando al diagnóstico de acidemia propiónica por lo que se solicita estudio genético con muestra de biopsia de piel y sangre del paciente y sus progenitores. Se demostró la mutación homocigota G631R del gen PCCA en el paciente y heterocigoto en sus progenitores.

Discusión: Ante un neonato enfermo, inicialmente se deben plantear muchas opciones diagnósticas y, como es lógico, las más comunes. Sin embargo, es importante que el neonatólogo sea sensible hacia los ECM, incluyéndolas dentro del abanico de hipótesis diagnósticas.

DISMORFOLOGIA – DERMATOLOGIA

35 APLASIA CUTIS CONGENITA Y CUTIS MARMORATA TELANGIECTASICA CONGENITA. SÍNDROME DE ADAMS-OLIVER ?.

Pareja Grande J, Olivares Sánchez L, Sánchez Romero I
Servicio de Pediatría. Hospital Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real

Introducción: La aplasia cutis es una ausencia congénita de piel, habitualmente del cuero cabelludo (80%), pudiendo faltar hueso subyacente y en grado máximo meninges. Puede aparecer aislada ó asociada a otras anomalías físicas (cardiovasculares, meningocele, gastrosquisis), síndromes malformativos, ...La cutis marmorata telangiectásica congénita es una distrofia vascular benigna, que se caracteriza por eritrocianosis y dilatación de capilares y venas superficiales. El Síndrome de Adams-Oliver es una enfermedad congénita hereditaria, muy poco frecuente (0.5/100.000) que se caracteriza por defectos del cuero cabelludo y malformaciones de extremidades en distintos grados (hipoplasia ungueal, de falanges, amelia,...), y que en 20% de los casos se acompañan de cutis marmorata telangiectásica.

Caso clínico: Recién nacido varón, a término, fruto de primer embarazo controlado sin patología ni ingesta de fármacos. Parto vaginal eutócico. Presentación cefálica. Apgar 7/8. Exploración: Peso: 2.890 kg (p25); Talla: 51 cm (p90); Perímetro cefálico: 35 cm (p97). Normoconformado. Lesión cefálica de 10 x 4 cm. cubierta de piel atrófica, sin folículos pilosos. Diástasis de sutura sagital y fontanela amplia. No rasgos dismórficos. Presenta además una cutis marmorata muy pronunciada en extremidades inferiores. Resto normal. Hemograma, hemocultivo, serología TORCH y cariotipo normales. Radiografía simple de cráneo mostró defecto de osificación de ambos parietales en línea media sin otros defectos óseos asociados. La Ecografía, TAC craneal simple y TAC tridimensional no mostraron otros hallazgos, salvo el defecto de osificación observado clínicamente. Ecografías abdominal y renal normales. Otoemisiones

acústicas presentes en ambos oídos. Fondo de ojo sin alteraciones. El paciente se derivó a Hospital de referencia para seguimiento especializado.

En este caso, y a pesar de la gran extensión del defecto óseo se optó por un tratamiento conservador, con protección de la zona y medidas de hidratación de la piel atrófica con vaselina, habiéndose logrado hasta el momento la disminución de la extensión de defecto óseo subyacente y el engrosamiento de la piel superficial. La cutis marmorata telangiectásica tras 6 meses ha regresado casi en su totalidad.

Conclusiones: Es necesaria una exploración física exhaustiva para descartar malformaciones asociadas, y seguimiento posterior multidisciplinar: Dermatología, Neurocirugía,... Si no hay alteración ósea el pronóstico es bueno; si existe defecto óseo pueden haber complicaciones como infección focal, meningitis ó sangrado del seno longitudinal superior.

No existe tratamiento curativo; si el defecto cutáneo es pequeño se produce una epitelización gradual formándose en varias semanas una cicatriz atrófica, y el tratamiento es hidratación con vaselina para prevenir la desecación. Los defectos óseos pequeños suelen cerrarse espontáneamente durante el primer año de vida, y los grandes ó múltiples deben tratarse quirúrgicamente para cubrir el defecto y prevenir la hemorragia e infección. La cutis telangiectásica regresa espontáneamente en primeros años de vida.

36 SÍNDROME DE PROTEO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Raúl Hoyos Gurrea, Antonio Vicente Pintor, Carlos Briales Casero, Ana María Leonés Valverde, Antonia Valls Ordinas, José Luis Leante Castellanos, Pablo Cid Galache, José Domingo Abril Rodríguez, Javier Pacheco Sánchez-Lafuente

Dpto. Pediatría. H. Materno-Infantil. Granada.

Introducción: El Síndrome de Proteo es una entidad clínica de extremada rareza (desde 1/200.000 a 1/1.000.000) caracterizado por malformaciones hamartoneoplásicas de etiología desconocida. Ello conlleva un gigantismo parcial de manos o pies, asimetría de las extremidades, hiperplasia plantar, hemangiomas, lipomas, linfangiomas, nevus epidérmicos, macrocefalia e hiperostosis craneal con crecimiento excesivo de los huesos largos. Como curiosidad histórica resaltar que Joseph Merrick, conocido como “El Hombre Elefante” padeció este síndrome, y no una neurofibromatosis, entidad de características parecidas y que, de hecho, plantea el diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Paciente mujer de 18 meses de edad, de origen magrebí, que ingresa en nuestro servicio por proceso febril intercurrente con el cuadro que nos ocupa. Antecedentes personales y familiares: a los 8 meses desde el nacimiento comienza con crecimiento asimétrico de miembros inferiores por lo que ha sido intervenida en diversas ocasiones por Ortopedia en su país de origen; ningún miembro de su familia parece presentar malformaciones similares. A la exploración destaca de un primer vistazo hipertrofia gigante de ambos miembros inferiores con hiperplasia cerebriforme a nivel plantar, además de atrofia de miembros superiores y deformidades óseas torácicas y craneales distinguibles. Se observan además hemangiomas planos en flanco abdominal izquierdo y diferentes nevus epidérmicos distribuidos por dorso y ambas axilas. Presenta igualmente macrocefalia. El abdomen destaca como globuloso y blando con hepatomegalia de 3 traveses, sin esplenomegalia. La exploración neurológica realizada es completamente normal, y el desarrollo psicomotor hasta la fecha parece haber sido el adecuado. Los parámetros analíticos tanto hematológicos como bioquímicos estuvieron dentro del rango de la normalidad, resaltando leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada, datos compatibles con la etiología del proceso febril intercurrente (celulitis en muslo izquierdo). Ante el reto diagnóstico que se nos planteó y tras revisar la bibliografía existente hasta la fecha el cuadro fue filiado como Síndrome de Proteo, tras aplicarle el Score de Hotamisligil, siendo superior este a 13 puntos (diagnóstico calificado como seguro con esta puntuación). Dicho diagnóstico fue posteriormente ratificado con los criterios usados por el Instituto Nacional de Salud de EEUU, que vienen a revisar a los anteriores.

Conclusión: Dada la rareza de este síndrome merece la pena que se le preste la debida atención más allá de la mera curiosidad científica, ya que no en vano presenta características comunes a enfermedades más conocidas, tales como la Neurofibromatosis tipo 1, principalmente, o el Síndrome de Klippel Trenaunay.

37 ANGIOMAS INFANTILES: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS TRATADOS CON VINCRISTINA.

MA. Tejero Hernández, A. Herrero Hernández, O. Escobosa Sánchez, T. Acha.
Unidad de Oncología Pediátrica, Hospital materno Infantil Carlos Haya, Málaga

Introducción

Los hemangiomas son lesiones benignas que desaparecen espontáneamente en los primeros años de vida. No obstante en algunos casos pueden provocar graves problemas estéticos e incluso con riesgo vital (obstrucción de la vía aérea, insuficiencia cardíaca etc.), siendo los corticoides el tratamiento (tto.) inicial de elección. Sin embargo no están exentos de efectos secundarios, y en algunos casos no se obtienen respuestas favorables. Entre las alternativas terapéuticas está la vincristina (VCR), capaz de limitar la angiogénesis de forma eficaz y de provocar una respuesta rápida, estando indicada como tratamiento de rescate en casos graves y complicados, o en los corticorresistentes. Presentamos dos casos de hemangiomas graves complicados tratados con VCR a dosis de 0.05 mg/kg/semana en < de 10 Kg. o 1 mg./M²/semana en > de 10 Kg.

Resultados

Caso 1: Recién nacida, trasladada desde el Hospital de Melilla en Enero del 2005, con 19 días de vida para estudio de insuficiencia cardíaca y hepatomegalia en tto. con digital y diuréticos. Presentaba masa única hepática, ocupando ambos lóbulos, de 6.3 x 5.4 x 2.6 cm., compatible con hemangioma. Función hepática normal. El resto del estudio sistémico no mostró angiomas en otras localizaciones. Recibió tto. con corticoides hasta 5 mg/kg/día, con respuesta estable en tumor hepático. Tras 5 semanas de tto. presentó hemorragia digestiva baja que precisó transfusión de hematíes, presentando en ecografía y TC de abdomen imagen de angiomas intestinal. Dada la progresión de los angiomas se inicia tto. con VCR a dosis de 0.05 mg/Kg/semanal, con un total de 18 dosis. Tras la 4ª dosis de VCR mejora la curva ponderal y la insuficiencia cardíaca, la respuesta es evidente en pruebas de imagen a la 8ª dosis con disminución de vascularización y tamaño del angioma hepático y desaparición de los intestinales. Al final del tto. presentaba resolución completa del angioma hepático.

Caso 2: Niña de 2^{2/12} a. de edad, enviada desde el Hospital de Antequera en Agosto 2003 para estudio de masa facial derecha de 3 meses de evolución sugestiva de hemangioma en RMN. Presentaba una masa polilobulada en hemicara derecha que afectaba a la órbita, musculatura masticatoria, conducto auditivo y región parotídea con un tamaño de 7 x 6 x 4.5 cm. No angiomas viscerales. Recibió tto. corticoideo hasta 2, 6 mg/kg/día con buena respuesta, pero con por efecto rebote, por lo que recibió 3 ciclos. Se inicia después tto. con VCR a dosis de 1 mg /m² /semanal, un total de 17 dosis. Se produce disminución clínica del tamaño a partir de la 4 dosis de VCR con mejoría discreta en control de imagen evidente tras la 8ª dosis. Actualmente persiste imagen residual parotídea de 3 x 2 cm.

Conclusiones

La VCR ha sido efectiva en el tratamiento de nuestros pacientes. Constituye un tratamiento eficaz para los hemangiomas en la edad pediátrica y por tanto una alternativa efectiva en casos de presencia de efectos secundarios importantes (Cushing, osteoporosis, SAOS, detección del crecimiento, insomnio, irritabilidad, molestias digestivas) y/o resistencia al tratamiento corticoideo.

APARATO RESPIRATORIO

38 ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN POR CHLAMYDIA PNEUMONIAE Y ASMA DE DIFÍCIL CONTROL.

Patricia Oliva Pérez, Teresa Rubí Ruiz, Yolanda González Jiménez, José Batlles Garrido, Manuel González-Ripoll Garzón, Rafael Galera Martínez, Rubén Moreno Sánchez.
Dpto. Pediatría. H. Torrecardenas. Almería.

Introducción: Se presenta el caso clínico de un niño de catorce años, seguido desde los cinco en la Unidad de Neumología Infantil por asma atópico persistente moderado; polisensibilizado a pólenes, hongos, ácaros, epitelio de gato y frutos secos; y dependiente desde el comienzo de dosis medias-altas de corticoides inhalados, β -agonistas adrenérgicos de larga duración y antileucotrienos.

Caso clínico: A lo largo de su evolución, el paciente ha presentado reagudizaciones frecuentes y síntomas con el ejercicio moderado-intenso, precisando ingreso hospitalario en dos ocasiones por la falta de control de los síntomas

Debido al empeoramiento de la clínica en los dos últimos años, requiriendo añadir al tratamiento teofilina retardada y corticoides orales durante varios periodos, se completa protocolo de estudio de asma de difícil control, realizando: subpoblaciones linfocitarias, subclases de IgG, niveles de α -1-antitripsina, anticuerpos antinucleares, serologías a Mycoplasma y Chlamydia pneumoniae, precipitinas a Aspergillus, Mantoux, cultivo de esputo, test del sudor, pletismografía, TAC torácico y ecocardiograma.

El estudio reveló una serología positiva a Chlamydia pneumoniae y se descartaron otros posibles factores responsables de la desfavorable evolución del paciente, motivo por el cual se inició tratamiento antibiótico con macrólidos; mejorando progresivamente la clínica y permitiendo disminuir la dosis de corticoides inhalados y retirar la teofilina retardada para el control de los síntomas

Conclusión: A propósito de este caso, destacamos la importancia de tener en cuenta la infección por Chlamydia pneumoniae como factor asociado a asma de difícil control.

39 HIPERTROFIA DE ADENOIDES, ¿CAUSA DE SEUDOTUMOR CEREBRAL?.

Martínez Marín L.; Rivera Cuello M.; García Iglesias F.;
Dpto. Pediatría. Hospital Clínico “San Cecilio” Granada.

Introducción: El seudotumor cerebri es un síndrome caracterizado por el aumento de la presión intracerebral en ausencia de proceso expansivo. Generalmente autolimitado aunque con frecuencia recidiva. Mas frecuente en adolescentes y mujeres obesas. Tiene diferentes causas siendo la forma idiopática la más común. La hipertrofia de adenoides reduce el tamaño de la vía aérea conduciendo a la respiración bucal. Entre las complicaciones se incluyen: otitis, malformación maxilar, maloclusión dental, trastornos en la concentración y rendimiento escolar, síndrome apnea-sueño...

Caso clínico: Paciente de 7 años de edad ,con antecedentes personales de hipertensión intracraneal benigna y antecedente materno del mismo proceso, que presenta un segundo episodio de cefalea y diplopía. Tras su ingreso se solicita: Fondo de ojo: borramiento de los bordes papilares; RNM: no se evidencian alteraciones intracraneales, apreciándose un discreto engrosamiento mucoso a nivel de las celdillas etmoidales y moderado-importante aumento de las adenoides. Tras valoración por el Servicio de ORL se aconseja adenoidectomía por clínica obstructiva.

Discusión: Vías aéreas estrechas aumentan la negatividad de la presión hipofaríngea durante la inspiración contribuyendo al colapso de orofaringe y nasofaringe, y en consecuencia hipoxia, hipercapnia y acidosis. El incremento de la PaCO₂ en el músculo liso vascular, reduce el pH del fluido extracelular y produce vasodilatación. El nivel crítico de pH cerebral a partir del cual el riesgo de desarrollar edema cerebral es considerable se sitúa por debajo de 7.19. En ausencia de otras etiologías pensamos que la hipertrofia adenoidea, principal causa del síndrome apnea-sueño, podría ser responsable del aumento de volumen encefálico, causa de la hipertensión intracraneal

40 SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD TRAQUEAL. MANEJO TERAPÉUTICO: ACTITUD CONSERVADORA VERSUS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Pérez Iáñez R.; García Iglesias F.; Sánchez Calderón A.; Goicochea Vera A.; Ocete Hita E.; Vida Fernández C.; Rodríguez Argente Del Castillo F.; Muñoz Sánchez S.; Ruiz Extremera A.
Dpto. Pediatría. Hospital Clínico “San Cecilio” Granada.

Introducción: La solución de continuidad traqueal es una patología de presentación infrecuente en la edad pediátrica. Si bien la inmensa mayoría de los casos se engloban dentro de los traumatismos de cuello (caso nº 1), se describen presentaciones espontáneas en defectos traqueales congénitos (caso nº 2). Se pretende exponer distintas actitudes terapéuticas en dos casos acontecidos en nuestro servicio en el año 2004.

Casos clínicos: a) Caso nº 1: Lactante de 14 meses que ingresa en la unidad de cuidados intensivos procedente del servicio de urgencias externas por herida inciso contusa en región cervical anterior producida por vidrio acompañada de distres respiratorio severo, por lo que se procede a la exploración quirúrgica de la herida objetivándose sección traqueal completa sin lesión de grandes vasos y esófago, se realiza anastomosis termino terminal y traqueostomía no permanente retirada al quinto día de la intervención. A los 7 días se realiza fibroscopia donde se observa adecuada cicatrización, evolucionando favorablemente se procede a su alta hospitalaria a los 16 días de su ingreso. b) Caso nº 2: Lactante de 6 meses que ingresa en la unidad de cuidados intensivos derivado de hospital comarcal por enfisema subcutáneo y distres respiratorio severo. Antecedentes personales: estridor congénito desde el nacimiento y crisis broncoespástica de varios días de evolución. A su ingreso se procede a su intubación no consiguiendo ventilación efectiva por lo que se realiza traqueostomía de urgencia ante la sospecha de perforación traqueal alta. Estabilizado se realiza TAC cervico torácico siendo informado como alta sospecha de perforación traqueal en tercio medio por lo que se realiza fibroscopia donde se comprueba extremo proximal de la traquea normal, apreciándose en tercio medio una solución de continuidad traqueal longitudinal a la luz de aproximadamente 2 cm con apertura de los bordes de la herida en inspiración y cierre en la espiración. Se decide actitud conservadora con recolocación del tubo

endotraqueal en carina y sellado del circuito de ventilación con balón neumático. A los 8 días de su ingreso se repite la exploración observándose el comienzo de la cicatrización continuando la actitud conservadora inicial. A las dos semanas se completa dicha cicatrización retirándose a los 14 días de su ingreso la asistencia ventilatoria. Evolucionando favorablemente se procede a su alta hospitalaria a los 17 días de su ingreso

Conclusiones: El compromiso vital que supone esta patología no nos debe llevar a iniciar una actitud agresiva en un primer momento, como refiere la literatura científica, ya que como exponemos en nuestro 2º caso la actitud conservadora (cicatrización espontánea) se puede adoptar en aquellas situaciones donde el sellado del circuito ventilatorio con balón neumático deje en reposo la herida traqueal favoreciendo su cicatrización espontánea, si bien somos conscientes que la situación de cada paciente nos debe hacer adoptar una actitud individual en cada momento.

NEUROLOGIA - PSIQUIATRIA

41 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN LA INFANCIA: CASO CLINICO.

Puerta Vílchez, M*; Domínguez Aguilera, A**; Cepero Rosa, J**; Martín Sánchez, L.F.***

Centro de Salud de Órgiva. Equipo de Salud Mental de las Alpujarras.

*Pediatra **Psicólogo Clínico ***Psiquiatra

Introducción: El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) consiste en la presencia de obsesiones y compulsiones que afectan la vida diaria del paciente. Las obsesiones consisten en pensamientos, ideas, imágenes ó impulsos mentales que irrumpen en la actividad mental del individuo de forma estereotipada, involuntarios y repulsivos y cuya aparición genera ansiedad. Las compulsiones son actos o rituales estereotipados con la función de prevenir que ocurra algún hecho improbable. Son reconocidos por el enfermo como carentes de sentido o eficacia. Su propósito es aliviar la ansiedad creada por las obsesiones. En los niños las obsesiones más frecuentes son el temor a la contaminación y contagio de enfermedades, temor a potenciales peligros sobre uno mismo o seres queridos, preocupación obsesiva por el orden, exactitud y simetría y escrúpulos de orden religioso y moral. Los actos compulsivos más frecuentes en niños son los rituales de lavado y limpieza, rituales de comprobación y repetición de actos, medidas destinadas a evitar contacto con posibles contaminantes, tocar objetos, contarlos y ordenarlos. El diagnóstico es clínico, aplicando los criterios diagnósticos del DSM-IV. El TOC se asocia frecuentemente con cuadros de ansiedad, depresión, fobia simple, abuso de alcohol o drogas, alteraciones de conducta, déficit de atención, trastorno negativista, enuresis y encopresis, tics y síndrome de Gilles-La Tourette, anorexia nerviosa.

Es un trastorno raro en la infancia. Su prevalencia oscila según los distintos autores entre el 0.3 y el 3-6 %. Presentamos un caso de TOC en un varón de 8 años.

Caso clínico: Niño de 8 años que consulta porque desde hace unos meses se encuentra muy cansado, muy triste, no quiere ir al colegio porque sus compañeros se meten con él y presenta anorexia y ahogo. También refiere que ve a todas las personas obesas aunque no lo estén realmente. La madre comenta que presenta algunas “manías”: se tiene que colocar bien la ropa para sentarse, antes de dormir pone la almohada y el edredón de manera que no queden huecos, alinea las zapatillas donde se las quite y no se pueden mover del sitio donde las dejó, si le besan o le salpica saliva tiene que lavarse la cara, en clase tiene que tener cogida la goma de borrar con la mano izquierda. AP: Embarazo controlado, no buscado. Parto distócico. PRN: 3.600. Lactancia materna tres meses. Alimentación complementaria adecuada. Mal comedor desde época de lactancia. Enuresis primaria monosintomática. Sueño normal hasta los dos años y despertares nocturnos frecuentes desde entonces. Asma intrínseco (Test de broncodilatación positivo y RAST negativo). AF: hermano con colon irritable.

Juicio clínico: TOC. Tratamiento: se inicia tratamiento farmacológico con sertralina y terapia cognitivo-conductual. Evolución a los cinco meses de tratamiento: se aprecia disminución de la duración de las compulsiones y realización más esporádica. La clínica enurética ha desaparecido y la sintomatología asmática prácticamente también.

Comentario: El TOC es un trastorno de primera magnitud dentro del mundo de la psiquiatría infantil a la vez que un trastorno muy grave. Sin embargo, existen muy pocos estudios acerca del TOC en la infancia. Su importancia radica en que aproximadamente un tercio de los TOC del adulto se inician en la infancia y en la adolescencia. El diagnóstico en los niños es difícil debido a que las obsesiones y compulsiones son con frecuencia egosintónicas (no producen displacer) y tienden a ser ocultados por el niño. La utilización

de técnicas de modificación conductual específicas asociadas a fármacos, terapia familiar ó psicoterapia individual mejoran sustancialmente la clínica en los pacientes severos, mejorando su pronóstico. De ahí la importancia del diagnóstico precoz en la infancia.

El pediatra debe estar familiarizado con este trastorno para así poder diagnosticarlo en una fase temprana de su aparición.

También queremos destacar la mejoría de la clínica del asma con el tratamiento del TOC, posiblemente debida a la disminución de la ansiedad del paciente.

42 UTILIDAD DE LA ACTIMETRÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA.

Ruiz-Alba Gómez M, Ribera Cuello M, Medina Claro A, Gonzalez Carretero A, Abril Molina A, Uberos Fernández J, Molina Carballo A y Muñoz Hoyos A.

Departamento de Pediatría de la Universidad de Granada. Hospital Clínico Universitario.

Introducción y objetivos: A pesar de la advertencia que en los últimos años se viene haciendo acerca de la importancia que tienen los trastornos del sueño en la infancia, las unidades pediátricas de referencia, salvo sitios puntuales, no parecen dedicarle la atención necesaria. Consideración que se deriva entre otras razones por las dificultades que entrañan su estudio y tipificación. Tras la reciente publicación de la CITS en la que se recogen con criterios objetivos todas las formas reconocidas y los requisitos necesarios para establecer el diagnóstico, se ha progresado de una forma sustancial. Con la aparición de un nuevo procedimiento para realizar el diagnóstico (actigrafía), se ha facilitado aún más la interpretación clónica de esta problemática infantil. En la presente aportación nos proponemos valorar la actigrafía como método de utilidad para reaalizar estudios del sueño en la infancia.

Material y métodos: Se estudian 258 pacientes en edad pediátrica atendidos en la Unidad de Neuropediatría del Hospital Clínico Universitario de Granada. Los cuales se clasificaron en dos grupos: A) Un grupo control (GC) formado por 124 niños sanos. B) Un grupo problema (GP) constituido por otros 124 niños con problemas de sueño según la CITS. C) Un grupo de pacientes epilépticos graves formado por 10 niños con trastornos del sueño asociados. Con independencia de su etiología y tipo concreto se les aplica el protocolo reomendado por la CITS sustituyendo la polisomnografía por la actigrafía. Procedimiento que ha sido validado e incluso comercializado (Actiwatch Slepp Analysis), que permite recoger durante periodos prolongados las fases de descanso-actividad del niño. El ASA consta de un actígrafo que es capaz de recoger hasta 10 movimiento por segundo e integrarlos en función de su duración e intensidad. Finalmente mediante un Software específico se interpretarán hasta 24 datos que informan sobre: Sueño, actividad, sueño real, latencia del sueño, despertares<nocturnos, etc.

Resultados:

Valores de la Actigrafía	Grupo Control	Grupo Problema	Grupo Epiléptico
Momento acostarse	22:15+/-45'	22:33+/-42'	20:40+/-38'
Momento levantarse	08:12+/-22'	08:8+/-24'	09:5+/-32'
Tiempo en cama	09:52+/-38'	09:35+/-36'	11:58+/-36'
Inicio del sueño	22:19*+/-42'	22:40+/-42'	20:50+/-35'
Termina el sueño	08:9+/-21'	07:52+/-22'	08:35+/-34'
Sueño teórico	09:30+/-30'	09:18+/-29'	11:34+/-30'
Tiempo real de sueño	09:20+/-27'	08:40+/-25'	10:45+/-25'
T.R.S En porcentaje	98.24+/-0.7	93.1+/-0.8	92.9+/-1.1
Tiempo despierto	00:08+/-6'	00:35+/-20'	00:48+/-23'
T.D. En porcentaje	1.40+/-0.11	6.8+/-0.15	7.1+/-0.23
Eficiencia del sueño	94.5+/-0.85	90.4+/-0.9	89.8+/-1.2
Tiempo de latencia	00:03+/-1	00:10+/-2.5	00:12+/-3.1
Despertares	1.3+/-1.7	3.4+/-2.3	3.9+/-1.8

Conclusión: La actigrafía constituye un procedimiento de gran eficacia y utilidad para el estudio de los TS en el niño (Correlación > 85 % con la Polisomnografía).

43 TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN UN GRUPO DE 124 NIÑOS.

Gonzalez Carretero A, Ruiz-Alba Gómez M, Ribera Cuello M, Medina Claro A, Uberos Fernández J, Molina Carballo A y Muñoz Hoyos A.

Departamento de Pediatría de la Universidad de Granada. Hospital Clínico Universitario.

Introducción y objetivos: Ha sido suficientemente descrito el importante papel que en la actualidad se le atribuye a los trastornos del sueño en la infancia, sobretodo si atendemos a la elevada frecuencia con la que se presentan algunos de ellos. Por otra parte hay que destacar el espectacular avance que ha experimentado el conocimiento y atención de esta importante problemática clínica y por supuesto la incorporación de la polisomnografía, la clasificación de los trastornos y las propuestas concretas de tipo terapéutica que en algunas de sus formas se prescriben. Con estas premisas nos proponemos en la presente aportación realizar un análisis descriptivo de una muestra de niños con problemas de sueño.

Material y métodos: Se estudian 124 pacientes en edad pediátrica atendidos en la Unidad de Neuropediatría del Hospital Clínico Universitario de Granada. Todos ellos con problemas de sueño según la CITS. Con independencia de su etiología y tipo concreto se les aplica el protocolo reomendado por la CITS sustituyendo la polisomnografía por la actigrafía. Catalogándose finalmente cada caso en función de sus características en una de las formas reconocidas aceptadas por la mencionada clasificación (última versión que incluye los trastornos infantiles).

Resultados: Disomnias: 54.8% (n = 68). Destacando entre las mismas 8 casos con síndrome de apneas obstructivas del sueño (7.35%) y una higiene inadecuada del sueño en 14 casos ((6.20%).

Parasomnias: 39.5% (n = 49)

Trastornos del sueño relacionados con otros problemas médicos: 5.64% (n= 7)

Conclusión: Los trastornos del sueño en la infancia continúan siendo un importante problema clínico con las siguientes características: 1) Elevada frecuencia. 2) Mal conocidos. 3) Insuficientemente tratados.

MISCELANEA

44 QUISTE POPLITEO (BAKER): HALLAZGO FRECUENTE, POCO ALARMANTE.

R. Amo, N. Palomino, A. Peñalver. Unidad de Pediatría.

Centro de Salud Almanjáyar-Cartuja. Granada

Introducción:

Algunos niños presentan una prominencia o tumefacción en la fosa poplítea. A menudo se trata de un saco cerrado con un contenido líquido que está formado por la distensión de una bolsa proveniente de la vaina de los tendones de la parte posterior de la rodilla, en especial de los músculos semimembranoso o del gemelo interno. La mayoría cursan asintomáticos y por ello la conducta terapéutica es expectante.

Objetivo: Enfatizar en la frecuencia de esta patología en la infancia aunque en menor medida que en los adultos y señalar el carácter benigno de la misma

Material y método: Exponer caso clínico, mediante la revisión de historia clínica.

Niño de 4 años que acude a nuestra consulta por presentar bulto en zona poplítea izda, que los padres detectaron de forma casual hace 4 días, no doloroso, no le impide la deambulación.

No presenta otros síntomas, no refiere traumatismo previo, no signos infecciosos.

A la exploración física, se palpa bulto de 2*3cm de tamaño en zona poplítea izda, más o menos indurado sin signos externos de rubor, ni calor, no dificultad a la movilización de la rodilla y aumento del tamaño del éste con la extensión de la rodilla.

Se solicita ecografía de la zona poplieta izda que confirma zona hipoecogénica de 2*3 cm compatible con quiste popliteo

Se realiza seguimiento por ortopedia de referencia que decide actitud expectante, dado que el paciente está asintomático.

Conclusiones:

1. La ecografía es la técnica de diagnóstico por la imagen más recomendada, que nos confirmará nuestra impresión diagnóstica y nos permitirá medirlo, lo que es útil para el seguimiento.
2. La mayoría de estos quistes desaparecen espontáneamente en uno o dos años y son asintomáticos.
3. El manejo es ACTITUD EXPECTANTE, cuando el quiste crece de una forma exagerada o provoca dolor, deberá ser evaluado para un posible tratamiento quirúrgico
4. Tras la exéresis quirúrgica, el quiste puede volver a aparecer.

45 INTOXICACIÓN POR INGESTA ACCIDENTAL DE CANNABIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Caro Aguilera P, García Ramírez M, Martín De La Rosa L, Durán I, Jurado Ortiz A.

Unidad de Urgencias y Cuidados Intensivos Pediátricos. Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil (C.H. Carlos Haya). Málaga.

Introducción: El cannabis es una droga ampliamente consumida en nuestro país. Es un psicoestimulante cuyo principal componente es el delta-9-tetrahidrocannabinol que se encuentra en una concentración entre el 3 y el 43% según la preparación. Sus efectos adversos están adecuadamente descritos en adultos, si bien no son muchos los casos documentados en la población infantil.

Caso clínico: Niño de 1.6/12 años que acude al servicio de Urgencias por presentar un cuadro clínico de 1 hora de evolución caracterizado por obnubilación y decaimiento intenso con hipotonía, encontrándose previamente asintomático. Exploración: Afebril. Frecuencia cardíaca 120-130 lpm. Disminución del nivel de conciencia con pupilas en midriasis media poco reactivas (Glasgow 9), sin focalidad neurológica, hipotonía marcada en tronco y extremidades. Resto sin alteraciones. Ingresa en el área de Observación. P. Complementarias: Hemograma, equilibrio ácido-base y bioquímica con glucemia normales. TC cráneo: sin alteraciones. Drogas de abuso en orina: cannabis positivo. Se administró 1 dosis de Naloxona y 2 de Flumazenilo sin respuesta. Comienza a mejorar el estado general y a recuperar el nivel de conciencia a las 6 horas de su ingreso. Fue dado de alta a las 12 horas. Rehistoriando a los padres y tras gran insistencia por nuestra parte refieren haber ingerido de forma accidental un trozo (“china”) de cannabis (el padre era consumidor).

Conclusión: Las intoxicaciones por drogas de abuso, entre ellas por la frecuencia de su consumo, el cannabis, constituyen una causa a tener en cuenta de depresión brusca del nivel de conciencia incluso en niños de corta edad. Debe sospecharse ante un cuadro similar al descrito (comienzo súbito) en un niño previamente sano y con un ambiente familiar o social que lo favorezca. La intoxicación oral por cannabis tiene un efecto duradero y variable desde síntomas digestivos variables, sed a alteraciones neuroconductuales e incluso coma con necesidad de ventilación mecánica. Se han descrito casos de reversión con flumazenilo pero suele resolverse en unas 5-6 horas tras la ingesta de forma espontánea al ceder la acción de la droga.

46 ASPECTOS CLINICOS Y EPIDEMIOLOGICOS DE LAS INTOXICACIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICO.

Rubén Moreno Sánchez, Patricia Oliva Pérez, Rafael Galera Martínez, Jose Luis Gómez Llorente, Eduardo García Llopis, Adelina Plaza Salmerón, MA Vázquez López.
Servicio de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Las intoxicaciones accidentales en la infancia aunque no suponen un motivo frecuente de consulta (0,7-0,8%), representan un grave problema en los Servicios de Urgencias Pediátricos. Ocasionan angustia en el niño y la familia y el personal sanitario debe estar entrenado para ofrecer las medidas terapéuticas adecuadas. La accesibilidad al Servicio de Información Toxicológica facilita en gran medida la asistencia hospitalaria.

Objetivo: Conocer la incidencia actual de intoxicaciones asistidas en nuestro servicio de urgencias así como las características clínicas y epidemiológicas de las mismas.

Material y metodos: Estudio descriptivo que incluye a todos los pacientes < 14 años que acudieron a nuestro servicio de urgencias entre Agosto-04 y Julio-05, con motivo de haber sufrido una intoxicación accidental. Se recogen datos epidemiológicos en relación al tóxico y al niño, así como las características clínicas, el tratamiento realizado y la evolución seguida por los pacientes.

Resultados: De un total de 40.612 urgencias atendidas en el periodo analizado, 104 correspondieron a intoxicaciones, lo que supone una incidencia anual del 0,26% y la distribución de la frecuencia a lo largo del año fue similar. La edad media de los pacientes correspondió a 3,3 +/- 3,1 años (73% entre 1-3 años), y el 62,5% de los casos fueron varones. Más del 50% consultaron entre las 10-16 horas del día y el 71,2% (74 casos) el hospital fue el primer centro consultado. La vía de contacto con el tóxico fue la digestiva en un 98,1% de los casos. El tóxico fue un medicamento en el 58,7% y un producto del hogar en el 35,6%. El resto (5,8%) fueron productos de uso industrial, cosméticos y gases. Los fármacos psicotropos y antitérmicos-antiinflamatorios fueron los medicamentos más frecuentemente consumidos (53,2%). Los síntomas más frecuentes fueron los neurológicos, digestivos y cutáneo-mucosos. Preciso observación el 66,3% de los casos. Cuarenta y tres pacientes no precisaron tratamiento, el lavado gástrico se realizó en 34, se administró carbón activado en 26 y neutralizantes en. Precisaron ingreso hospitalario 18 casos (17,3%) siendo la evolución favorable en todos los casos.

Conclusiones: La incidencia de intoxicaciones accidentales registrada en nuestro servicio es más baja que la esperada. Los varones entre 1-3 años parecen ser los de más riesgo de ingerir medicamentos o productos del hogar. Aunque un porcentaje elevado no precisó tratamiento y la evolución fue favorable en

todos los casos, deberían promoverse medidas preventivas dirigidas sobre todo a los cuidadores que contribuyeran a erradicar esta patología que debe considerarse absolutamente evitable.

47 MALTRATO INFANTIL COMO CAUSA DE INGRESO HOSPITALARIO.

Rafael Galera Martínez; Manuel Martín González; Ana María Ruiz Sánchez; Rubén Moreno Sánchez; Patricia Oliva Pérez; Gabriel Cara Fuentes
Servicio de pediatría del Hospital Torrecárdenas.

Introducción: Se define maltrato físico (MF) como “cualquier acción no accidental, por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedades en el niño”. El sector salud tiene especial protagonismo en la fase de DETECCIÓN y PREVENCIÓN, sobre todo en edades tempranas. Nuestra intervención más importante, por básica e imprescindible, será la **detección e información del caso**

Objetivos: Analizar la incidencia de MF en menores ingresados en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas (CHT) durante los últimos 3 años

Material y métodos: Se revisan los expedientes abiertos por los Servicios Sociales del CHT por MF en menores ingresados, durante el periodo comprendido entre Septiembre de 2002 y Agosto de 2005, y sus Historias clínicas. Se analizan antecedentes, síntomas, signos y evolución.

Resultados: Se recogen 9 casos de MF en menores ingresados en el periodo estudiado, de los cuales 7 (77%) son varones. La edad se encuentra comprendida entre los 40 días y los 4 años, siendo el 66% menores de 2 años. En un 44% de los casos existía un ingreso anterior en que ya se detectaron los malos tratos físicos, dos de estos casos acabaron en exitus

Clínica: Lesiones externas sugerentes de maltrato físico en 6 pacientes (66%). En un 33% de los casos existía desnutrición y/o deshidratación moderada-severa al ingreso. Tres casos de TCE, todos en lactantes, con hemorragias cerebrales adquiridas en 2 ellos. Dos casos de hemorragias prerretinianas profundas en ambos ojos, también en lactantes. Un caso de fracturas costales posteriores múltiples en lactante. Un caso de quemaduras repetidas por agua hirviendo. Un caso de intoxicación por cocaína. Un ingreso por coma de origen no aclarado, en que se constatan lesiones en cara y cuello.

Evolución: Todos los casos fueron puestos en conocimiento de la autoridad judicial. En 3 (33%) casos se declaró desamparo provisional. En el resto de casos se procedió al alta y seguimiento por Servicios Sociales Comunitarios. En 4 (44%) de los casos en que existían signos externos de maltrato, se procedió al alta sin medidas de protección especiales a los menores. Dos (50%) de estos casos reingresaron en parada cardio-respiratoria, 3 meses después del último ingreso, con resultado final de exitus.

Conclusiones: **1)** La detección de MF grave en nuestra serie es más frecuente en menores de 2 años, varones, siendo el principal motivo de consulta el traumatismo craneoencefálico **2)** En la mayoría de los casos detectados existen signos externos evidentes de MF. **3)** A pesar de la existencia de protocolos de actuación entre las distintas administraciones, siguen existiendo casos centinela, que ponen de manifiesto la necesidad de revisar la actuación ante estas situaciones, que consideramos verdadera punta del iceberg de esta problemática.