

Reunión Científica SVNP. 2 de febrero de 2001. San Sebastián

ATRESIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA (ABEH)

**Fernández A, Gastesi M, Azcona I,
Prado C, Labayru M, Sojo A.**

*Unidades de Lactantes y Cirugía Infantil. H. de
Cruces, Barakaldo (Bizkaia)*

La atresia biliar extrahepática se caracteriza por la completa incapacidad para excretar la bilis y por la obstrucción, destrucción o ausencia de los conductos biliares en cualquier punto entre el duodeno y las ramas de 1º y 2º orden de los conductos hepáticos. Esta patología se considera una de las causas más frecuentes de colestasis neonatal.

Caso clínico

Presentamos el caso de un lactante de 1 mes y 18 días de edad que ingresa por ictericia prolongada y heces acólicas, sin antecedentes de interés (nacido a término con peso adecuado), alimentado con fórmula artificial.

Destaca en el examen físico una ictericia verdínica generalizada con hepatomegalia firme de 2-3 cm bajo reborde costal. En el estudio analítico se observa hiperbilirrubinemia de predominio directo y alteración de las enzimas hepáticas, fundamentalmente las de colestasis. Se realiza gammagrafía hepatobiliar que presenta captación hepática homogénea del radiotrazador con nula eliminación por vías biliares. La biopsia hepática muestra colestasis en fase de transformación cirrótica.

Se le practica intervención quirúrgica paliativa (portocolecistoenterostomía) observándose mejoría progresiva clínica y analítica.

Comentarios

La ictericia prolongada es frecuentemente un signo de colestasis en los neonatos y lactantes pequeños, que obliga a su estudio para establecer el diagnóstico etiológico,

ya que en diferentes entidades como la que nos ocupa (ABEH) el restablecimiento precoz del flujo biliar es un factor pronóstico fundamental.

ICTERICIA POR DEFICIT DE GLUCOSA-6-FOSFATO DESHIDROGENASA (G6PDH) DE DIAGNÓSTICO NEONATAL

**Gastesi M., García R., Gortázar P.,
Cotero A.**

Unidad Neonatal Hospital de Cruces, Barakaldo-Bizkaia

El déficit eritrocitario de la enzima G6PDH es un trastorno ligado al cromosoma X que aparece más frecuentemente en determinados grupos étnicos. Clásicamente, se presenta como anemia hemolítica aguda inducida o episódica o como anemia hemolítica crónica no esferocítica. En el recién nacido puede presentarse en forma de ictericia.

Caso clínico 1

RNT varón de peso adecuado para la edad gestacional que ingresa por ictericia a las 54 horas de vida (bilirrubina total (BRT) 25 mg/dl; hematocrito (Hto) 55%). A.F: Madre mulata, ictericia neonatal e ictericia conjuntival ocasional. Se instaura fototerapia continua intensiva. Durante las primeras 48 horas, el nivel de BRT alcanza un máximo de 27,7 mg/dl y el Hto desciende hasta 35%. Al alta BRT 3,5 mg/dl y Hto 38%. El estudio hematológico demostró la existencia de una anemia hemolítica con componente intravascular por déficit parcial de la enzima G6PDH.

Caso clínico 2

RNT varón de peso bajo para la edad gestacional que ingresa por ictericia a las 5 horas de vida (BRT 8,8 mg/dl; Hto 65%). A.F: 2 tíos maternos diagnosticados de déficit

de G6PDH. Es tratado con fototerapia intensiva, alcanzando una cifra máxima de BRT de 9,5 mg/dl a las 6 horas de ingreso y el Hto mínimo de 42%. El estudio hematológico determinó un déficit total de la enzima G6PDH. En seguimiento por Hematología Infantil durante estos 10 últimos años, habiendo precisado varias transfusiones sanguíneas por crisis hemolíticas.

Comentario

El déficit de G6PDH es una causa de ictericia neonatal poco frecuente en nuestro medio.

FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA (FTE)
AISLADA EN EL RECIÉN NACIDO

**García R., Gortázar P., Pérez J.A.,
Román L., Cotero A.**

Unidad Neonatal. Hospital de Cruces, Barakaldo-Bizkaia.

Introducción

La FTE es una comunicación entre el esófago y la tráquea que aparece de forma aislada en un bajo porcentaje (4%) de los RN que presentan anomalías traqueoesofágicas.

Caso clínico

Presentamos el caso de una RNT de 39 semanas de bajo peso (2.530 g) que ingresa en la Unidad Neonatal a las 24 horas de vida por vómitos, distensión abdominal y distrés respiratorio. Al ingreso presenta una PCR de 3,2 mg/dl y en la Rx tórax-abdomen se observa aerofagia y una condensación en el lóbulo superior derecho (LSD), por lo que se instaura dieta absoluta, antibioterapia y sueroterapia iv. En los intentos sucesivos de inicio de alimentación oral y mediante sonda nasogástrica presenta crisis de tos, atragantamiento y cianosis, por lo que se realiza un esofagograma en el que

se objetiva una FTE aislada a nivel de T₃, reflujo gastroesofágico y una neumonía aspirativa (LSD). Se interviene quirúrgicamente, ligando y seccionando la fístula. Es dada de alta al 11º día postoperatorio tras haber reiniciado la alimentación oral con éxito.

Comentario

La FTE aislada es una entidad rara que hay que sospechar en los RN que presentan problemas de tos, cianosis y atragantamiento al iniciar la alimentación oral o en niños mayores que presentan infecciones respiratorias recurrentes.

INFLUYE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL ÍNDICE DE NATALIDAD EN NAVARRA???. DATOS PRELIMINARES DEL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO

Molina J, Aznal E, Rodríguez J, Martínez D, Polo P, Madoz A y Olivera JE

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Es evidente que el tema relacionado con la inmigración es de total actualidad tanto desde el punto de vista social como evidentemente médico asistencial, hecho constatable simplemente al leer un día sí y otro también notas en cualquiera de los medios que están a nuestro alcance. En ellos no se deja de hablar de número de personas censadas, problemas laborales, solicitudes de residencia, etcétera.

El objetivo de esta comunicación es analizar el número de nacimientos habidos en nuestro Hospital en los últimos 3 años y si el aparente incremento de la natalidad que está ocurriendo en la comunidad de Navarra se puede explicar, en parte, por el aumento de la población inmigrante en este espacio de tiempo. Tenemos el propósito de

realizar un seguimiento de dichos niños en el plazo de 6 meses, para evaluar el cumplimiento del calendario vacunal así como patologías que hayan presentado, no olvidando la probable aparición, en determinados casos, de enfermedades no habituales en nuestro entorno hasta el momento actual.

Nuestro propósito es continuar este estudio durante los próximos años para obtener datos más concluyentes que comunicaremos en próximas reuniones.

No disponemos de información sobre recién nacidos hijos de inmigrantes durante los años 1998 y 1999.

Realizamos un estudio prospectivo en el Hospital Virgen del Camino (Centro de referencia Materno-Infantil de Navarra) en los meses de agosto a diciembre del año 2000 donde nacen el 70% aproximadamente de los niños de nuestra comunidad y retrospectivo sobre el número total de RN durante el mismo periodo en los años 1998 y 1999 sin tener en cuenta el origen de los padres, relacionando de alguna manera estos datos con el número total de los RN en cada año. En este estudio analizamos los recién nacidos hijos de padre o madre inmigrantes; estudiamos la edad, procedencia y situación laboral de los mismos.

Hemos encontrado en los meses de agosto a diciembre de 1998 un total de 1.414 RN. En el mismo periodo del año 1999 el número ha sido de 1.502 y de 1.556 en el año 2.000.

El número de RN hijos de padres inmigrantes en el periodo estudiado es de 112 (7,2%). De estas parejas, hay 110 madres y 58 padres inmigrantes, 54 padres y 2 madres no inmigrantes, siendo un total de 52 las parejas en que ambos eran de procedencia extranjera.

La edad media en las madres es de 26,8 años y de 35,2 años en los padres.

Los países de procedencia por orden de frecuencia son Sudamérica y los países del

Este, seguidos de los países Centroafricanos.

En cuanto a la situación laboral de los padres, el 62% de las mujeres inmigrantes trabajan en el servicio doméstico y el 57% de los hombres en la construcción.

Quizás en el momento actual no se puedan extraer conclusiones pero es evidente el aumento de RN hijos de padres de procedencia extranjera. Probablemente al completar un año de seguimiento se puedan concluir ciertas consideraciones.

ENFERMEDAD DE WEIL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martínez A, Uriz J, De Frutos C, López Palma F, Albisu Y

Servicio de Pediatría. Hospital Aranzazu. San Sebastián

Por lo infrecuente del proceso en nuestro medio, presentamos un caso de leptospirosis icterohemorrágica en una niña de raza gitana de 13 años de edad.

La evolución clínica y analítica del cuadro se ajusta al patrón bifásico descrito en la literatura: una fase septicémica inicial que recuerda clínicamente a un proceso gripal, cuyos rasgos más característicos son fiebre en picos, intensas mialgias de miembros inferiores y niveles significativamente elevados de CPK y VSG, seguida de una fase inmune, debida a la aparición de anticuerpos circulantes, en la que la alteración de las funciones hepática (ictericia por hiperbilirrubinemia de predominio directo) y renal (IRA) y la presencia de meningitis aséptica fueron los datos más llamativos.

Recibe antibioterapia empírica con ampicilina intravenosa, presentando una evolución favorable.

Como conclusiones, señalar que la leptospirosis debe entrar en el diagnóstico diferencial de aquel proceso febril agudo de

comienzo brusco que curse con mialgias intensas especialmente cuando existen antecedentes de brote epidémico o de contacto con aguas sucias o potencialmente contaminadas.

Si además el enfermo presenta ictericia, afectación renal, meningismo o hemorragias, el cuadro clínico es altamente sugestivo.

Desde un punto de vista analítico, el hallazgo de una CPK muy elevada acompañada de una velocidad de sedimentación globular igualmente alta, en el contexto de una hiperbilirrubinemia conjugada, sugiere igualmente el diagnóstico.

La sospecha clínica del proceso debe ser suficiente para iniciar la antibioterapia empírica, dado que tanto la serología como los cultivos son métodos de diagnóstico tardíos y únicamente sirven para confirmar, *a posteriori*, el diagnóstico clínico.

ENFERMEDAD DE MARFAN Y MUERTE SÚBITA EN LA INFANCIA

**Aznal E, Romero C, Viguria N,
Gurbindo C, Palacios M, Azanza MJ**

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino de Pamplona

Tno: 948422016. FAX: 948429924.
E-mail: cromeroi@cfnavarra.es

La muerte súbita en la infancia, con exclusión del "síndrome de muerte súbita del lactante", constituye cerca del 5% de todas las defunciones en niños. Su incidencia es de 1,5 a 8 por 100.000 pacientes año, y es debida preferentemente a enfermedad cardíaca.

Las causas de muerte cardíaca súbita en niños, a diferencia de los adultos, son muy diversas. Entre ellas están las que cursan con una enfermedad reconocida previamente, cardiopatías congénitas o cardiopatías adquiridas como la enfermedad

de Kawasaki, cardiopatía dilatada y miocarditis. Por otro lado están los pacientes con cardiopatía no reconocida previamente, como la enfermedad de Marfan, miocardiopatía hipertrófica, hipertensión pulmonar primaria, síndrome del QT largo, síndrome de Wolff-Parkinson-White, etcétera.

La enfermedad de Marfan, de herencia mendeliana autosómica dominante, es una de estas causas. Entre un 30 a un 60% de los casos padecen anomalías cardiovasculares, y las más frecuentes son la dilatación de la raíz aórtica, el prolapso valvular mitral y la insuficiencia mitral. Estas entidades se pueden diagnosticar y vigilar mediante ecocardiografía. El mecanismo de muerte súbita suele ser por disección aórtica con rotura del vaso. El tratamiento con β -bloqueantes hace más lento el progreso de la dilatación aórtica. También debe restringirse el ejercicio físico intensivo en los pacientes que tienen dilatada la raíz aórtica o insuficiencia valvular, y aquellos que progresan rápidamente pueden requerir intervención quirúrgica.

Presentamos siete pacientes diagnosticados de enfermedad de Marfan con alteraciones cardíacas. Todos ellos con prolapso valvular mitral y cuatro con dilatación de la raíz aórtica. En dos hay antecedentes de la enfermedad en la rama materna. Uno de ellos, que se describía como de hábito marfanoide, ingresó en *shock* cardiogénico por aneurisma disecante de aorta con rotura vascular y falleció de modo súbito.

La última paciente diagnosticada es una niña de 14 años que entrena habitualmente en un equipo de baloncesto y que es controlada por prolapso valvular mitral. En la última revisión se aprecia una ligera insuficiencia aórtica y se le ha recomendado la restricción de su actividad física. En éste y otros casos, creemos necesario el seguimiento tanto clínico como ecocardiográfico

de los pacientes, para valorar las anomalías cardíacas asociadas y así prevenir las severas complicaciones derivadas de esta enfermedad.

NUEVOS PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA Y ANALGESIA EN PEDIATRÍA ONCOLÓGICA

**Molina J, Sagaseta de I M, Cia ML,
Busto N, Carrascosa S, Rodríguez J y
Lezaun I**

Unidad de Pediatría Oncológica y Anestesia Infantil. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Desde hace 8 años todos los pacientes atendidos en nuestra Unidad de Pediatría Oncohematológica y que deben ser sometidos a exploraciones cruentas (PL, MO o biopsia ósea) para el diagnóstico y/o tratamiento de su enfermedad, son sometidos a distintos procedimientos de sedación con el fin de mejorar la calidad de vida a la hora de estas exploraciones disminuyendo el dolor y/o ansiedad que éstos provocan. Hasta enero del año 2000, utilizábamos, siempre con la estrecha e inestimable colaboración de los anestelistas pediátricos: atropina, succinilcolina y propofol de la que hemos recogido y publicado más de 400 intervenciones con muy buenos resultados, pero sin evitar el dolor dada la falta de analgesia en el procedimiento hasta entonces utilizado.

En este momento y desde enero del 2000, hemos cambiado la farmacoterapia anestésica, en cuanto a que ahora logramos analgesia y anestesia evitando dolor y a la vez una sedación completa.

Presentamos las 30 primeras intervenciones con la utilización de **atropina a 0,01 mg/kg, propofol a 4 mg/kg y remifentanilo a 3 μ g/kg**. Valoramos distintos parámetros en el estudio, que queremos completar a lo largo de dos años para extraer conclusiones más definitivas. Las interven-

ciones se realizan en todos los casos en el propio Hospital de Día de Pediatría Oncológica.

Se valora la presencia o no de movimientos, el grado de satisfacción por parte del paciente, el grado de dificultad de la técnica, el tiempo de apnea, el tiempo en que tardan en la apertura de ojos, la presencia o no de rigidez, la frecuencia cardíaca basal y bajo anestesia y los efectos secundarios.

Como queda expuesto en la exposición, el grado de satisfacción (1 a 10) es muy alto por parte de los propios niños o sus familiares, la dificultad (1 a 10) es por lo general mínima; se aprecian diferencias significativas en la frecuencia cardíaca bajo anestesia y basal; no fue necesaria la intubación en ningún caso y no tuvimos efectos secundarios exceptuando el prurito en un 45% de los casos y cefalea en un 25% de los casos en que se realizó PL.

Pensamos que siempre y cuando dispongamos de anestesiólogos pediátricos, este procedimiento mejora de forma significativa la calidad de vida de los niños con problemas relacionados con esta patología, evitando la ansiedad, el temor y los efectos secundarios. Aunque figuran en la comunicación, no quiero dejar de expresar mi más sincero agradecimiento a los compañeros anestesiólogos, sin ellos, nada de lo aquí expuesto podría llevarse a cabo.

SINDROME DE ALLAGILE.
A PROPÓSITO DE UN CASO.

Campos S, Diego P, Rementería J, Rodríguez A, Martín E.

Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

Causa de colestasis neonatal intrahepática.

Caso clínico

Lactante de dos meses que presenta vómitos de repetición desde el nacimiento, ictericia de piel y mucosas con desviación de la curva ponderoestatural en la última semana. Heces acólicas y orina colúrica.

AF: sin interés.

AP: Ictericia fisiológica que posteriormente no desaparece.

EF: Peso < P3, talla (P3-P10), escaso pániculo adiposo. Mentón y nariz prominentes, abombamiento frontal e hipertelorismo, ictericia de piel y escleras. Hepatomegalia. AC: soplo sistólico rítmico.

EC: hiperbilirrubinemia de predominio directo, aumento de enzimas de colestasis e hipertransaminasemia. Ecocardiografía: dilatación de la arteria pulmonar sin gradiente sistólico y un ductus arterioso permeable. Ecografía abdominal: inversión del cociente corticomedular renal y ausencia de dilatación de vías biliares extrahepáticas. Gammagrafía y biopsia hepática compatible con hepatitis neonatal de células gigantes.

Evolución

Recibe el tratamiento correspondiente al síndrome colestásico, aunque evoluciona a una insuficiencia hepática subsidiaria de trasplante.

Conclusiones

Ante la ausencia de signos clínicos e histológicos característicos, ¿estamos ante un síndrome de Allagile en un primer estadio evolutivo?

Discusión

Sí de Allagile, causa de colestasis neonatal intrahepática, que asocia cardiopatía, defectos óseos, nefropatía, anomalías oculares y faciales con pronóstico favorable en la mayoría de los casos.

ESTENOSIS TRAQUEAL CONGENITA

Goikoetxea I, Elorz J, Pilar J, Vazquez C, Galdeano JM, Cabrera A.

Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo (Bizkaia)

La estenosis traqueal congénita es una rara anomalía que causa estrechamiento de la luz traqueal. La zona estenosada puede ser un solo segmento (tipo I), toda la tráquea desde la laringe (tipo II) o segmentaria, con anomalías bronquiales asociadas. Esta última variedad se asocia a *slings* de arteria pulmonar. Esta clase de malformaciones traqueales puede asociarse a hipoplasia o agenesia pulmonar, anomalías esqueléticas, cardíacas o gastrointestinales. Presentamos tres casos de estenosis traqueal congénita que debutaron como bronquiolitis de mala evolución en la época de lactante.

Paciente nº1. Lactante de 5 meses. S. de Down. Canal atrioventricular común. Referían los padres "respiración ruidosa" desde el nacimiento. Coincidiendo con un proceso de reagudización respiratoria desarrolla un cuadro de insuficiencia respiratoria que requiere ventilación asistida. La intubación es dificultosa. Precisa ventilación asistida con altas presiones y durante largo tiempo, a pesar de no tener anomalías parenquimatosas en la Rx de tórax. Se realiza fibrobroncoscopia a través de tubo endotraqueal visualizándose una zonaestenótica, a 2 cm de la carina, de 1,5x0,5 cm (tipo I). Fallece pendiente de intervención.

Paciente nº2. Lactante de 7 meses. Los padres refieren estridor desde el nacimiento que aumenta con las reagudizaciones respiratorias. Coincidiendo con un episodio precisa ventilación asistida, siendo la intubación difícil. En la Rx de tórax presenta una agenesia pulmonar derecha. Se realiza una broncografía en la que se aprecia una hipoplasia de toda la tráquea (tipo II). Fallece.

Paciente nº 3. Lactante de 5 meses. A los 3 meses y coincidiendo con un proceso viral inicia estridor que aumenta de intensidad con el crecimiento. El esofagograma, que se realiza como parte del estudio por estridor, tiene una muesca en el tercio medio. Se realiza resonancia magnética, viéndose una arteria pulmonar izquierda aberrante que pasa al lado izquierdo, comprimiendo la tráquea, la cual está estenosada hasta carina. Existe un bronquio epitraqueal del LSD (tipo III). Fallece.

Conclusiones

La estenosis traqueal debe formar parte del diagnóstico diferencial en un lactante con estridor o de las bronquiolititis de mala evolución sin alteraciones pulmonares en la Rx de tórax.

BRONQUIOLITIS OBLITERANTE. NEUMONIA ORGANIZADA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO.

**Goikoetxea I, Elorz J, Astigarraga I,
Trebolazabala N, Vázquez C, Navajas A.**

Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo (Bizkaia)

Los infiltrados pulmonares son frecuentes en los pacientes neutropénicos, especialmente en los que van a ser sometidos a trasplante de médula ósea. En estos pacientes la resolución de los infiltrados suele ser lenta. Dada la baja sensibilidad del lavado broncoalveolar en estos pacientes, muchas veces es necesario recurrir a la biopsia pulmonar a cielo abierto, para llegar a un diagnóstico y tratamiento etiológico de los infiltrados persistentes que no mejoran con antibióticos de amplio espectro y antifúngicos. En las series antiguas el agente causal era de índole infeccioso. Últimamente, las alteraciones más frecuentemente encontradas son de naturaleza inflamatoria. La bron-

quiolititis obliterante neumonía organizada (BOOP) se caracteriza por infiltrados parcheados de tejido de granulación que ocupa los espacios alveolares y bronquiólos terminales. Su patrón radiológico es difícil de distinguir de otras entidades infecciosas, especialmente la aspergilosis invasiva. Su diagnóstico es importante, pues tanto la clínica como la radiología mejoran rápidamente con corticoides sistémicos. Presentamos un lactante en tratamiento inmunosupresor por leucemia que desarrolla una bronquiolititis obliterante neumonía organizada.

Caso clínico: Lactante de 19 meses en tratamiento inmunosupresor por leucemia aguda no linfoblástica. En el contexto de una neutropenia intensa y de larga evolución, presenta un infiltrado neumónico en el LSD que posteriormente se cavita. En la TAC son visibles también infiltrados parcheados en ambos lóbulos inferiores. Persisten fiebre e infiltrados a pesar del tratamiento con antibióticos de amplio espectro y anfotericina. El lavado broncoalveolar es positivo para *Pseudomonas*. Por la no mejoría se realiza biopsia por punción y posteriormente lobectomía del LSD. Ambas biopsias son compatibles con BOOP. La fiebre cede espontáneamente. Dos meses más tarde se reinicia fiebre y dificultad respiratoria. En la Rx y TAC se ven imágenes de infiltrados parcheados en ambos lóbulos inferiores. La fiebre persiste a pesar del tratamiento antibiótico y antifúngico. El lavado broncoalveolar es negativo. Se inicia tratamiento con prednisona a 2 mg/kg con rápida desaparición de la fiebre y de la dificultad respiratoria.

Conclusión

- La bronquiolititis obliterante neumonía organizada puede ser la causa de la persistencia de un infiltrado en un paciente neutropénico.
- Es importante su diagnóstico por mejorar con corticoides sistémicos, evitando el gasto farmacéutico y posibles

efectos tóxicos de un tratamiento prolongado con antibióticos de amplio espectro y antifúngicos.

UTILIDAD DE LOS TESTS DE DETECCIÓN RÁPIDA DE ESTREPTOCOCCO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

**Hernández T, Azanza MJ, Herranz M,
Clerigué N, Viguria N, Bernaola E,
Torroba L***

*Servicios de Pediatría y * Microbiología Hospital Virgen del Camino de Pamplona*

Objetivo primario

Valorar la utilidad práctica de pruebas de detección rápida de estreptococo en servicios de urgencias, teniendo en cuenta su facilidad, rapidez y la posibilidad de pausar menos antibioterapia innecesaria.

Secundario: Determinar la sensibilidad y especificidad del test en nuestro Servicio de Urgencias

Material y métodos

Estudio prospectivo realizándose test rápido y frotis faríngeo a los pacientes de entre 18 meses y 15 años con características clínicas de infección faríngea bacteriana, es decir, cuando el paciente presenta exudado amigdalal y/o hiperemia faríngea con petequias en el paladar blando junto con dos o más de los siguientes criterios:

- fiebre de más de 38,5 axilar
- adenopatía cervical dolorosa
- dolor abdominal
- inicio brusco del cuadro con ausencia de conjuntivitis, tos o cuadro catarral concomitante
- disfagia
- escarlatina

Las variables que se han recogido son: edad, sexo, criterios por los que se realizó la prueba, resultados del cultivo y del test rápido.

Resultados

Se realiza el estudio durante el periodo comprendido entre el 23 de julio del 2000 al 31 de diciembre del 2000. Sobre un total de 104 niños, hubo 36 pacientes con estreptococo y frotis faríngeo positivo y 61 con ambas técnicas negativas. Cuatro pacientes presentaron test rápido positivo que no se confirmó con frotis, y 3 fueron falsos negativos.

La técnica resultó rápida, cómoda y fácil, sin interferir en el curso normal de las consultas del servicio de urgencias.

Conclusiones

- Hemos encontrado en nuestro servicio valores de sensibilidad y especificidad similares a lo descrito en la literatura.
- Creemos recomendable la utilización del test en los servicios de urgencia de características similares al nuestro.

EMPIEMA SUBDURAL SECUNDARIO A PANSINUSITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Ortiz A., Río Bartolomé A., Latorre García J., López Bayón J., López Fernández Y., Pilar Orive J., Hermana Tezanos T.

U.C.I.P. Departamento de Pediatría. H. Cruces.

Introducción

Aunque en la infancia la sinusitis es frecuente y por la anatomía de los senos paranasales podría constituir una vía de acceso fácil a la cavidad intracraneal, las complicaciones resultan hoy en día muy raras.

Caso clínico

Se trata de una niña de 8 años, con historia de 7 días de evolución de fiebre, cefalea, tos y mucosidad nasal. Ingresada en CIP, durante 24 horas con el diagnóstico de meningitis bacteriana, recibiendo tratamiento antibiótico con ceftriaxona y vancomicina iv, reingresa de nuevo por deterioro del nivel de conciencia, tras permanecer 2 días afebril en planta de hospitalización.

Exploración física. Se encuentra afebril, TA 136/80, FC 62 l/min., Sat. O₂ 98%, E. Glasgow 10 (M5V3O₂). Pupilas isocóricas y normorreactivas. No focalidad neurológica. Pequeña tumoración dura sin signos inflamatorios en área de seno frontal.

Exámenes complementarios. HRF: Leucocitos 24200 (S-93, L-4). BQ: PCR 11,2 T.A.C. craneal: Pansinusitis. Empiomas subdurales múltiples.

Evolución. Se realiza cirugía evacuadora de los empiemas y de los senos afectados, en los

que se aísla un estreptococo *Milleri* sensible a penicilina. Presenta una evolución desfavorable con hemorragia y gran edema cerebral, falleciendo al realizar la 3ª cirugía evacuadora del empiema.

Discusión

Las complicaciones de la sinusitis son muy raras hoy en día aunque en el 50% de los empiemas subdurales aparece como foco primario. Fiebre elevada, cefalea, con deterioro del nivel de conciencia o focalidad, son los síntomas predominantes. A veces el inicio insidioso con sintomatología poco específica hace que el diagnóstico se retrase. Es importante realizar drenaje precoz de los senos afectados y del empiema intracraneal.

Conclusiones

La sinusitis es una enfermedad frecuente en la infancia.

Se ha de sospechar empiema subdural secundario ante todo paciente diagnosticado de proceso sinusal que sigue una tórpidamente evolución.

El tratamiento debe ser precoz con antibiótico i.v. y cirugía de drenaje de los senos y del empiema.

La mortalidad en estos procesos es elevada.