

Reunión Científica Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría Bilbao, 25 de noviembre de 2011

Bilera Zientifikoa Euskal Herriko Pediatri Elkarte Bilbon 2011ko azaroaren 25a

NUESTRA EXPERIENCIA EN BIOPSIA RENAL VIDEOASISTIDA POR RETROPERITONEOSCOPIA. **N. González Temprano, A. Yessenia Molina Caballero, L. Ayuso González, J. Pisón Chacón, A. Pérez Martínez, L. Bento-Bravo.** *Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

Introducción: La biopsia renal suele realizarse de manera percutánea guiada por imagen.

En el niño puede ser difícil obtener una muestra significativa por su tamaño. La cercanía anatómica entre estructuras vasculares y urinarias supone un riesgo de complicaciones.

Realizamos desde hace 1 año una técnica de biopsia renal videoasistida por retroperitoneoscopia que permite precisar el punto de punción, evitar estructuras anatómicas sensibles y confirmar la hemostasia mediante el uso de instrumentación con un solo puerto.

Pacientes y técnica quirúrgica:

Presentamos 5 pacientes cuyos datos se resumen en la tabla I.

La técnica se lleva a cabo mediante anestesia general y colocando el paciente en decúbito lateral. Se realiza una incisión de 2 cm bajo el borde inferior de la 12ª costilla. Se accede bajo visión directa a la celda renal, creando un espacio perirrenal mediante un globo inflado con un volumen de aire variable según la edad del paciente. Una vez realizadas las biopsias, bajo visión directa, confirmamos la hemostasia mediante electrocoagulación del punto san-

grante y/o aumentando la presión del neumoretroperitoneo hasta 15 mmHg.

Resultados: En todos nuestros casos se ha conseguido muestra suficiente para el diagnóstico confirmado anatomopatológicamente, utilizando una única incisión con lo que ello conlleva en términos de recuperación postoperatoria, permitiendo un alta precoz. En nuestra serie sólo hemos tenido una complicación intraoperatoria consistente en apertura inadvertida de la cavidad peritoneal con pérdida del neumoretroperitoneo.

Conclusiones: A pesar de presentar una serie escasa de pacientes, los buenos resultados obtenidos nos animan a seguir realizando esta técnica que además nos permite desarrollar habilidades retroperitoneoscópicas. Consideramos que es una opción válida y segura para la realización de biopsias renales en la edad pediátrica.

COMPONENTE NO DESEADO EN LOS BIBERONES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL. INCIDENTE CRÍTICO Y NUEVO ARGUMENTO PARA PROMOCIONAR LA LACTANCIA MATERNA. **F. Salmon Antón, E. Gonzalo Alonso, N. Salmon Rodríguez, M. Navarro Prado, O. Rotaeché Vacas, A. Monasterio Rodríguez.** *Centro de Salud de Arrigorriaga-Ulgoa.*

Antecedentes: La conclusión de la Autoridad Europea Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), en la evaluación de 23 septiembre de 2010, fue la prohibición de fabricación de Biberones de Policarbonato por

TABLA I

	Edad	Sexo	Indicación	Complicación
Caso 1	2 años 4 meses	M	Nefropatía sin filiar	Ninguna
Caso 2	12 años 8 meses	F	Síndr. hematuria- proteinuria	Ninguna
Caso 3	1 año 5 meses	M	Síndr. nefrótico corticorresistente	Apertura de peritoneo
Caso 4	12 años 2 meses	M	Enf. de Schonlein-Henoch	Ninguna
Caso 5	10 años 7 meses	F	Lupus Eritematoso Sistémico	Ninguna

el riesgo que supone para la salud, el desprendimiento de un producto químico, el Bisphenol A (BPA), que se utiliza para la fabricación de un tipo de plástico rígido transparente, el Policarbonato, utilizado desde hace años en la fabricación de envases que entran en contacto con alimentos, tales como, botellas, recipientes, vasos, tazas, y biberones de alimentación infantil y que por el efecto del calentamiento de estos recipientes fabricados con Policarbonato, hay un riesgo que pequeñas cantidades de Bisphenol A, se desprendan de las paredes del biberón y migren al agua que se utiliza para preparar tomas de leche adaptada.

La EFSA, ha actuado con esta prohibición, aplicando el principio de precaución o cautela que es aplicable en situaciones en las que hay incertidumbre científica y aunque el riesgo, en particular para la salud humana todavía no haya quedado demostrado plenamente con evidencia, y que los posibles efectos toxicológicos, dañinos o indeseables pueden tener un impacto mayor en el organismo en desarrollo, embarazadas y sobre todo en los lactantes hasta los 6 meses alimentados con biberones de policarbonato, ya que son los más expuestos al BPA.

El efecto del BPA sobre los lactantes es el de una hormona estrogénica sintética que puede activar genes dormidos.

Objetivos: Nos interesó conocer: Al día de hoy el grado de desarrollo de la normativa de prohibir la fabricación y por consiguiente la distribución de biberones libres de BPA. El grado de conocimiento de la población y del personal sanitario de la normativa, su aplicación y el conocimiento de los logos identificativos y de alerta en estos recipientes de alimentación. Las posibilidades de compra de todo tipo de biberones y las señas o logotipos que identifican el plástico de los recipientes, o de las indicaciones de la composición del material o del logo "Libre de BPA".

Conclusiones:

- Bajo o muy bajo conocimiento del personal sanitario de la normativa y de los logos identificativos del material de los biberones
- Mínimo, insistente, en el usuario el problema. Hay aprovechamiento de los biberones de los hermanos anteriores.
- En el comercio conviven biberones de marcas Europeas fabricados con plásticos sin BPA, rotulados con logotipos informativos "libres de BPA" y/o logotipos que identifican el "tipo de plástico", junto con biberones de bajo coste sin rotular con los logotipos "Libres BPA", además de biberones con logotipo de indicación de fabricado con policarbonato, o incluso biberones y recipientes de alimentación, con ausencia de cualquier indicación de materiales.
- Un nuevo incidente crítico, en la alimentación infantil a biberón, primero fue la composición del soluto, segundo el tipo de agua y el tiempo de ebullición o no, dependiendo del tipo y composición del agua de preparar los biberones y ahora la propia composición del material del biberón.
- Incidente en la Seguridad de nuestra población infantil, que nos pone alfombra roja, para hacernos MÁS promocionadores, SI CABE de la Lactancia Materna, en los Equipos Pediátricos de Atención Primaria.

BROTE DE SARAMPiÓN EN LA PROVINCIA DE GIPUZKOA. **L. Lucea Martínez, G. Azaldegi Olaiola, M. Delgado Pérez, P. Álvarez García, F.J. Eizaguirre Arocena, J. Artieda Arandia.** Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Donostia. Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa Unidad de Epidemiología. San Sebastián.

Antecedentes y objetivos: El sarampión sigue estando presente en España en

forma de brotes transmitidos por personas no vacunadas procedentes de otros países.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de sarampión detectados en la provincia de Gipuzkoa durante los meses de Marzo a Junio de 2011. Definición de caso confirmado: persona que satisface los criterios clínicos y de laboratorio o criterios clínicos y epidemiológicos. Criterio clínico: persona con fiebre y exantema maculopapuloso con, al menos, uno de estos tres signos: tos, rinitis, conjuntivitis. Criterio de laboratorio: al menos uno de los cuatro siguientes: aislamiento del virus del sarampión en muestra clínica, detección de ácido nucleico del virus del sarampión en una muestra clínica, respuesta de anticuerpos específicos del virus del sarampión (IgM o seroconversión de IgG) en el suero o saliva, detección de antígeno del virus del sarampión en una muestra clínica mediante tinción directa con anticuerpos monoclonales fluorescentes específicos del sarampión. Criterio epidemiológico: vínculo epidemiológico con un caso confirmado. Se analizan las variables: sexo, edad, sintomatología, estado vacunal y genotipo viral.

Resultados: Se detectaron 23 casos de sarampión entre el 23 de marzo y el 29 de junio de 2011 en la provincia de Gipuzkoa. De ellos, 9 en edad pediátrica. La mediana de edad fue de 21 años, con una edad mínima de 8 meses y máxima de 36 años. El 65% eran varones. El primer brote, con 10 pacientes afectados, se desarrolló en una casa de acogida para menores de edad. El caso índice acudía diariamente a estudiar a Hendaya. Este brote afectó a 9 personas más relacionadas. Los demás brotes fueron menores, afectado sobretudo a familias opuestas a la vacunación y quedando limitados principalmente al ámbito familiar. Todos los casos presentaron exantema y fiebre. Además el 69% presentaron tos, el 56% conjuntivitis y el 43% coriza. El 17% de los casos precisaron ingreso hospitalario, sin presentar complicaciones. Se pudo conocer el

estado vacunal del 91,3% de los casos. De ellos el 69,5% no estaba vacunado, el 13% si lo estaba y dos de los casos presentaba vacunación incompleta. Se obtuvo confirmación microbiológica de 22 casos. Las muestras más solicitadas fueron la serología (91,3%) y el frotis faringeo (74%). El genotipo de virus más frecuente fue el D4.

Comentarios: Entre los objetivos para el año 2010 de la Organización Mundial de la Salud, se contemplaba la eliminación del sarampión en Europa. Sin embargo, debido a la movilidad geográfica se han detectado brotes esporádicos de sarampión afectando especialmente a población no inmunizada. Es importante tener presente al sarampión en el diagnóstico diferencial del niño con fiebre y exantema.

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL MEGAPREPUCIO CONGÉNITO. **N. Solaetxe Prieto, J.L. Blanco Bruned, F. Oliver Llinares, E. Ruiz Aja, L. Medrano Méndez, A. Galbarriatu Gutiérrez.** *Sección de Urología Infantil. Hospital de Cruces*

Antecedentes y objetivos: El megaprepucio congénito es una malformación infrecuente que consiste en un reservorio urinario subcutáneo localizado alrededor del glande, constituido por mucosa prepucial redundante, asociada a piel prepucial escasa y no retraíble. Nuestro objetivo es analizar los resultados de los pacientes tratados en nuestro Servicio durante los últimos 10 años.

Método: El estudio retrospectivo de 11 pacientes intervenidos por presentar megaprepucio congénito entre los años 2001-2011 consistió en la realización de una encuesta de satisfacción a los progenitores, interrogando sobre grado de incurvación, tamaño peneano y resultado estético global. El equipo de Urología Pediátrica realizó una valoración paralela, con medición del pene en reposo e iconografía.

Resultados: El tratamiento se realizó mayoritariamente a una edad comprendida entre los 5 y los 23 meses (tan sólo un paciente, aquejado de parálisis cerebral, fue intervenido a los 10 años). Dos pacientes presentaron ITUs previas al tratamiento quirúrgico.

Dado que no existe una técnica quirúrgica estandarizada y eficaz, a lo largo de estos años se han utilizado dos técnicas diferentes, con resultados desiguales. En los dos últimos casos, con la modificación del procedimiento utilizado, se han obtenido excelentes resultados. Se logró contactar con 7 pacientes, que respondieron a la encuesta. Los resultados fueron los siguientes: ningún caso presentó incurvación peneana, siendo el tamaño del pene menor de la media para la edad en 5 de los 7 casos medidos. Se han encontrado defectos estéticos residuales en cuatro de los siete casos (un faldón prepucial y persistencia de enterramiento peneano en tres de ellos). Creemos que todos ellos precisarán cirugía en un futuro.

Conclusiones: Es una patología rara, cuyo diagnóstico es clínico, por lo que hay que mantener un alto grado de sospecha. Es característico el abultamiento prepucial durante la micción, que se alivia con la presión sobre la base del pene. Su tratamiento quirúrgico no puede reducirse a una simple circuncisión, ya que debe corregirse tanto el megaprepucio como el factor de enterramiento peneano subyacente.

Los buenos resultados en los últimos casos, nos llevan a creer en el nuevo procedimiento como una alternativa terapéutica válida.

ESQUISTOSOMIASIS VESICAL, APORTACIÓN DE UN CASO. **I. Rajado Olalde, I. Anguiano San Juan, I. Uriagereka Odriozola, X. Hernández Fernández, N. García Pérez, E. Garrote Llanos, J. Arístegui Fernández.** *Hospital de Basurto. Bilbao.*

Introducción: La esquistosomiasis (o bilharziasis) es una enfermedad parasitaria producida por un trematodo platelminto del género *Schistosoma*. De ellas, tan solo *S. haematobium* origina fibrosis y granulomas vesicales. La infección es endémica en 74 países de África subsahariana y Asia, donde se estima que afecta cada año a 200 millones de personas, de los que 20 millones padecen una enfermedad grave.

Caso clínico: Varón de 11 años de edad, natural de Mali, residente en España desde hace 3 meses, es remitido desde atención primaria a la consulta de Nefrología Infantil por hematuria macroscópica terminal intermitente de un año de evolución. No presenta síndrome miccional asociado, salvo en las 2 infecciones de orina que ha presentado durante su evolución, con buena respuesta al tratamiento antibiótico. A la exploración física no presenta ningún dato significativo salvo lesiones residuales compatibles con picadura en extremidades inferiores. En el hemograma realizado en su centro de salud sólo destaca una eosinofilia de 34.4%, siendo la bioquímica normal. En el sedimento de urinario se aprecian 50-100 hematíes/campo. Ante las sospechas de un esquistosomiasis, se solicitan Eco renal-vesical y estudio de parásitos en 3 muestras de orina de días alternos. La ecografía de abdomen demostró la presencia de engrosamientos nodulares bilaterales a nivel de la pared vesical compatibles con esquistosomiasis vesical y se detectan huevos de esquistosomas en la segunda muestra de orina. Tras la confirmación de la enfermedad se interconsulta con Infectología Infantil y se inicia tratamiento con Praziquantel a 40 mg/kg dosis única y 2º dosis a las 4 semanas. Tras administración de 1º dosis del antiparasitario desaparece la hematuria, permaneciendo asintomático y sin clínica urinaria. Se realiza control a los 3 meses de tratamiento que consiste en examen en fresco de tres mues-

tras seriadas de orina de días no consecutivos, resultando negativas. En el control ecográfico se objetiva una notable disminución de los engrosamientos de la pared vesical.

Conclusiones: La esquistosomiasis es una enfermedad típicamente tropical, pero dada la gran afluencia de inmigrantes a nuestro país y el auge del turismo exótico a este tipo de lugares, debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hematuria.

EMULSIONES LIPÍDICAS RICAS EN $\omega 3$ PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLESTASIS ASOCIADA AL USO DE NUTRICIÓN PARENTERAL PROLONGADA.

I. Irastorza Terradillos, N. Salmón Rodríguez, N. Bárcena Rouse, L. Elorriaga Sanz, J. Martín González, M. Urrutia Adán, JC Vitoria Cormenzana. *Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica. Hospital Universitario Cruces.*

Objetivos: La colestasis intrahepática y su evolución a cirrosis biliar es una de las principales complicaciones de la nutrición parenteral (NP) a largo plazo en los pacientes con síndrome de intestino corto (SIC). Ciclar la NP, optimizar el aporte calórico, minimizar las sepsis de catéter y favorecer la adaptación intestinal con la nutrición enteral y la utilización de glutamina en la fuente de nitrógeno son algunas de las estrategias que se han utilizado para minimizar el riesgo de colestasis. Recientemente se ha descrito que la utilización en la NP de emulsiones lipídicas ricas de ácidos grasos $\omega 3$ pueden no sólo minimizar el riesgo de cirrosis biliar sino incluso revertir una situación de colestasis crónica establecida.

Método: Presentamos el caso de una niña 13 meses con SIC y colestasis de 1 año de evolución cuyos parámetros hepáticos se normalizaron tras sustituir la emulsión

lipídica de soja por una emulsión rica en $\omega 3$ a proveniente de aceite de pescado.

Resultado: La paciente tenía un tinte cutáneo-mucoso icterico y hepatomegalia de 6 cm, llevaba 10 meses con ALT 113 U/L (DS 76), GGT 307 U/L (DS 77), de bilirrubina total de 5,2 mg/ml (DS 1,3) sin tendencia a la normalización. Tras ciclar la NP, añadir glutamina y sustituir la emulsión lipídica habitual por la emulsión rica en ácidos grasos $\omega 3$, desapareció la ictericia, la hepatomegalia y se normalizaron los parámetros hepáticos en 1 mes: ALT 36 U/L (ds 21), GGT 43 U/L (DS 23) bilirrubina total 0,4 mg/dl (DS 0,2). Actualmente la paciente tiene 15 meses, recibe el 85% de sus calorías por vía parenteral y tiene una función hepática normal.

Conclusiones: Las nuevas técnica de administración de NP y en especial la utilización de emulsiones lipídicas ricas en ácidos grasos $\omega 3$ mejoran la colestasis y secundariamente la morbimortalidad asociada al SIC y al uso de NP prolongada

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN POBLACIÓN OBESA INFANTIL.

I. Díez López, A. Perales Antón, V.M. Rodríguez Rivera, G. Aizpuru Amunarriz, M. G. Martínez Castaño, I. Lorente Blázquez, F. Gómez Pérez de Mendiola, M.T. Macarulla Arenaza. *Sección Endocrinología Infantil, Hospital Universitario de Álava. Grupo Nutrición y Obesidad, Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco. Departamento de Salud Pública y Consumo, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.*

Introducción: En los últimos 20 años la prevalencia de la obesidad infantil en Europa ha aumentado de forma alarmante.

Esta tendencia ha provocado que la OMS haya definido a la obesidad como la "mayor pandemia no infecciosa del siglo XXI". La Encuesta de Salud de la CAPV de 2005 señala que, entre 4 y 18 años, el 16% sufre sobrepeso y el 12% obesidad. Hasta la fecha, la ausencia de tratamientos clásicos eficaces para estas edades (fármacos, cirugía bariátrica, reeducación), lleva a la desesperanza del clínico y a un gran consumo de recursos sanitarios.

Objetivo: Mejorar el estado nutricional y los hábitos saludables, y reducir la ansiedad, mediante un programa educativo integral en niños con sobrepeso u obesidad donde un seguimiento seriado clínico habitual ya había fracasado previamente.

Métodos: Se reclutaron 40 pacientes (25 niñas y 15 niños) entre 8 y 13 años, ya en seguimiento en la Consulta de Endocrinología Infantil por sobrepeso u obesidad, siendo el 49% prepúberes y el 51% púberes. Se aplicó un programa de reeducación conductual, el método "Niñ@s en movimiento" del Hospital Vall de Hebrón. Se realizaron dos estudios, previo y tras las 12 sesiones del programa, que incluían evaluación antropométrica del estado nutricional, composición corporal mediante impedanciometría multicanal, cuestionarios de patrón alimentario familiar/calidad (Enkid 2002), actividad física (Godard 2008), horas de ocio de pantalla (TV, consolas, etc.) y grado de ansiedad (test CMAS-R), todos ellos validados. El estudio estadístico comparativo se realizó con SPSS Statistics 19, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Tras el programa, y con sólo un abandono, el 87% (n=34) de los niños disminuyó su IMC, mientras que el 13% (n=5) lo mantuvo. El perímetro de cintura, el índice cintura/cadera y la masa grasa se redujeron significativamente tanto en prepúberes como en púberes, de manera más acusada en los primeros. De acuerdo al

cuestionario Kidmed, los que tenían una dieta de mala calidad pasaron de ser el 5% a ninguno, los que necesitaban mejorar su dieta descendieron del 49% al 13%, y los que tenían una dieta de alta calidad se incrementaron del 46% al 87%. Además, descendió hasta en un 30% el tiempo dedicado al ocio de pantalla, y se triplicó el número de casos que realizaba más de 60 minutos de actividad física diaria. El grado de ansiedad también mejoró notablemente.

Conclusión: En obesidad infantil, un programa de intervención integral conductista grupal es más eficaz que otras estrategias terapéuticas.

SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DISTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. **J.L. Ramos García, A. Villanueva Mateo, L. Arranz Arana, J. Eizaguirre Arocena, J. Arana García, J. Garay Manrique.** *Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Donostia. Servicio de Pediatría. Hospital Donostia.*

Antecedentes y objetivos: El Síndrome de Obstrucción intestinal distal (SOID) comprende una obstrucción intestinal, parcial o completa, por espesamiento del contenido intraluminal que no responde a laxantes habituales; dentro del marco de las complicaciones de la fibrosis quística (FQ) más allá del período neonatal.

El propósito de esta presentación es resaltar la importancia de la sospecha diagnóstica de esta entidad para un adecuado manejo terapéutico.

Método: Presentamos el caso de un paciente varón de 14 años de edad afecto de FQ que ingresa por dolor abdominal y ausencia de deposiciones con diagnóstico de suboclusión intestinal.

Como antecedentes personales de interés fue intervenido en el período neonatal por íleo meconial, practicándosele una

apendicectomía y cecostomía. Refería transgresión dietética e incumplimiento de tratamiento médico recientemente.

A la exploración física: Afebril, buen estado general, abdomen distendido, timpánico y silencio abdominal. Pruebas complementarias: Radiografía de abdomen: Suboclusión intestinal con heces a nivel cecal.

Se plantea diagnóstico diferencial con otros cuadros: bridas postoperatorias, invaginación, vólvulo, estreñimiento. Se instaura tratamiento médico conservador con dieta absoluta, sonda nasogástrica, enemas de N-acetil-cisteína y laxantes orales. Evolución insidiosa con realización de deposiciones y mejoría clínica y radiológica a la semana de ingreso.

Conclusiones:

- Importancia del alto grado de sospecha diagnóstica y de un correcto diagnóstico diferencial.
- Tratamiento conservador con éxito en la mayoría de los casos.
- Tratamiento quirúrgico en caso de complicaciones o fracso del tratamiento médico.
- Importancia de la adhesión al tratamiento: recurrencia del 80%.

INCOMPATIBILIDAD ABO, TEST DE COOMBS DIRECTO E ICTERICIA ¿CUÁL ES LA RELACIÓN? **I. Anguiano San Juan, A. Zurutuza Bengoa, L. Rodeño Fernández, C. Madrigal Muñecas, J.D. Egilior Olabarrieta, J. Montero Gato, A. Aguirre Conde.** *Hospital de Basurto.*

Objetivo: La isoinmunización y la enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN) son conceptos relacionados pero no semejantes. Según las recomendaciones internacionales, como medida de prevención y detección precoz de la hiperbilirrubinemia del recién nacido en nuestra sala de partos solicitamos grupo sanguíneo y test de Coombs directo (TCD) en sangre de

cordón a todo recién nacido de madre grupo 0 y/o Rh negativo. Queremos determinar si la necesidad de detectar EHRN clínicamente significativa por incompatibilidad ABO justifica esta intervención en nuestra población.

Métodos: Recogemos el resultado de todos los grupos sanguíneos y test de Coombs realizados en sangre de cordón de enero de 2007 a junio de 2011 y analizamos la presencia de partos con una combinación madre grupo 0 y RN grupo A o grupo B, el resultado del TCD y la existencia o no de EHRN. Además revisamos todos los ingresos por hiperbilirrubinemia en nuestra unidad en este mismo periodo de tiempo y analizamos su etiología.

Resultados: De 12490 partos se ha solicitado grupo y TCD en 5792. Encontramos que existe incompatibilidad de grupo en 1207 y EHRN, definida por la persistencia de positividad de TCD en sangre periférica, en 55. De los 494 ingresos con diagnóstico de hiperbilirrubinemia se ha detectado EHRN en 18, de los cuales 13 son EHRN por Rh o grupos menores y 5 por ABO que únicamente han requerido tratamiento con fototerapia. El resto de los niños con EHRN por incompatibilidad ABO no ha presentado ictericia ni anemia significativa.

Conclusiones: La incompatibilidad ABO entre madre e hijo no implica EHRN. Un pequeño porcentaje de los niños con incompatibilidad ABO tienen anticuerpos anti-A o anti-B (TDC positivo) en sus hematíes aunque sólo un reducido número desarrollará una enfermedad hemolítica ABO con relevancia clínica. La ictericia no es atribuible a la isoinmunización cuando haya incompatibilidad de grupo ABO y el TCD sea negativo. En función de nuestros resultados reflexionamos sobre la necesidad de continuar realizando grupo sanguíneo y TCD en sangre de cordón de forma rutinaria a todo hijo de madre grupo 0.

¿ES EQUILIBRADA LA DIETA SIN GLUTEN EN LOS CELÍACOS DE LARGA EVOLUCIÓN? **I. Irastorza Terradillos, B. Zulueta Zabaleta, L. Delgado Sanzoneti, E. Pérez Estévez E, J.C. Victoria Cormenzana.** *Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas. Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Cruces. Universidad del País vasco/EHU. Barakaldo. Vizcaya.*

Antecedentes y objetivos: El tratamiento de la enfermedad celíaca requiere la exclusión absoluta de gluten de la dieta, pudiendo conllevar un déficit nutricional. El objetivo del presente estudio es determinar el cumplimiento de la dieta sin gluten (DSG) y comparar la ingesta de nutrientes de pacientes celíacos con las recomendaciones establecidas.

Método: Se entregó un diario dietético de 3 días y una encuesta de ingestión de gluten (cuestionario modificado Morisky y cols) a 101 pacientes celíacos diagnosticados hace más de 15 años.

Resultados: 91 pacientes (71% mujeres) completaron el diario dietético. Edad media: 25 años (16-40); tiempo medio con DSG: 23 años (15-32). Cumplían una DSG estricta: 72%; trasgredían ocasionalmente: 20%; no cumplían la DSG: 8%. El consumo de HC representaba 38% del valor calórico total, el de proteínas 18% y el de grasas 44%, siendo AGS 14%, AGM 18% y AGP 4%. Los hombres realizan una ingesta significativamente mayor de energía, grasas totales y AGM, HC, proteínas, hierro, magnesio, potasio, fósforo y vitaminas del grupo B, excepto la vitamina B12. La cifra media de ingesta de fibra, magnesio, ácido fólico, vitamina D y potasio, además del hierro en las mujeres, estaba por debajo de la ingesta recomendada (IR). Si consideramos <75% de la IR como deficitario, los varones en su conjunto presentaban deficiencias para fibra y magnesio, y las mujeres para fibra, magnesio, hierro y potasio.

Conclusiones: El cumplimiento de la DSG es razonablemente adecuado. La dieta es desequilibrada en cuanto a principios inmediatos, con un elevado consumo de grasa saturada, y deficitaria en fibra y minerales, sobretudo en las mujeres. El enriquecimiento de los productos sin gluten y la utilización de cereales alternativos pueden mejorar el perfil nutricional de la dieta de los celíacos.

ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR MEDIANTE TERAPIA GRUPAL DE LA OBESIDAD INFANTIL. **I. Rajado Olalde, A. González Anidoa, Z. Alonso Ganuza, V. Pousa Rodriguez, C. Fernández Ramos, E. Sánchez González, F.J. Núñez Rodríguez.** *Hospital de Basurto. Bilbao.*

Antecedentes y objetivo: El sobrepeso y la obesidad infantil, suponen un problema de salud de primera índole que afecta en nuestro medio al 28% de niños entre 4 y 18 años con importante repercusión clínica y psicoemocional y grave morbilidad en edad adulta. La prevalencia del Síndrome Metabólico en estos niños es de un 18%. En estudios muy recientes se ha demostrado que el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria se asocia directamente con el IMC de los niños de 7 a 13 años y de las niñas de 10 a 13 años. La asociación es lineal para cada edad y el riesgo se incrementa según lo hace el IMC.

Dada la prevalencia y los limitados resultados de los sistemas tradicionales de manejo, hemos puesto en marcha un proyecto multidisciplinar con contenidos de base educativos. Los objetivos de esta herramienta son los siguientes: Corregir los parámetros somatométricos y psicoemocionales alterados, y a la vez que eliminar factores de riesgo metabólico.

Método: El criterio de selección para participar en el programa además de la obe-

sidad, fueron la evidencia de reconocimiento del problema, del deseo de participación además de capacidad de asumir pactos.

Metodología: Distribución en 2 grupos de edad 7-10/11-14 años, de 8-10 individuos. 8 sesiones, duración semanal de 90 minutos. 2 sesiones a padres. Abordaje multidisciplinar por Endocrinólogo infantil y Psicólogo clínico.

Instrumentos: Evaluación somatométrica, clínica y analítica de los pacientes. Utilización del Test de Kidmed para valorar grado de adherencia a la dieta mediterránea. Escalas de evaluación psicológica: BASC (sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes), Escala de Autoestima de Rosenberg, CDI (Inventario de Depresión Infantil), STAIC (cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños).

Por otro lado en las sesiones se trabaja información nutricional a través del desarrollo conceptual del término "higiene dietética" y del de "movimiento" simbolizado en el contexto concepto-herramienta que facilite su identificación y utilización. Psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales como asertividad y solución de conflictos interpersonales. Autoestima: Aprender a valorarse por sus fortalezas.

Resultados:

- Se ha realizado una experiencia piloto en cada grupo etario.
- Se ha ajustado metodología: criterios de inclusión, secuencia de actividades, nivel de participación de los padres.
- Se han obtenido distintas respuestas según grupo etario. Mejores resultados en grupo de mayor edad.

Conclusiones: Este programa puede ser una herramienta válida para un abordaje global de la obesidad infantil, y la prevención de la morbilidad adulta asociada.

A PROPÓSITO DE 4 CASOS DE TROMBOPENIA REFRACTARIA, EN TRATAMIENTO ACTUAL CON ROMIPLOSTIN O RITUXIMAB. **R. Urabayen Alberdi, A. Saez de Ibarra Pérez, V. Díez Bayona, I. San Martín García, A. Herrero Varas, E. Burguete Archel, J. Molina Garicano, M. Sagaseta de Ilurdoz Uranga.** *Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra.*

Introducción: Revisamos las historias clínicas de 4 pacientes afectados de trombopenia refractaria a tratamiento; y su evolución tras introducción de tratamiento con Romiplostin en dos de los casos, y con Rituximab en los otros dos casos.

Presentamos un breve resumen de cada uno de los casos, recogiendo la evolución tanto de la situación clínica como de los valores de las cifras plaquetarias en los controles analíticos realizados en el seguimiento.

Caso 1: Varón de 8 años de edad de etnia gitana y consanguinidad de primer grado, diagnosticado de PTI a los 16 meses de edad, con estudio genético de Anemia de Fanconi y síndrome WARS negativo. Respuesta escasa y de corta duración a múltiples tratamientos sucesivos: tratamiento corticoideo, gammaglobulinas, Rituximab y Azatioprina. Esplenectomía a los 6 años de edad, persistiendo trombopenia. A los 7 años de edad (Junio 2010), se inicia tratamiento con Romiplostin semanal a 1 µg/kg, aumentando dosis hasta 4 µg/kg (en la actualidad), con una adecuada respuesta.

Caso 2: Niña de 13 años de edad diagnosticada de PTI a los 11 años y 11 meses de edad, tras episodios repetidos de equimosis espontáneas y hematomas con mínimos traumatismos y trombopenia. Respuesta inicial favorable al tratamiento con Prednisona, presentando trombopenia severa de nuevo tras suspensión del mismo. Administración de 3 dosis de gammaglo-

bulinas, sin respuesta. Tratamiento con Romiplostin con dosis inicial de 1 µg/kg, aumentando hasta 6 µg/kg en la actualidad, con adecuada respuesta.

Caso 3: Paciente de 15 años de edad, afecto de trombopenia desde los 13 de años. Respuesta inicial favorable a dos ciclos de tratamiento corticoideo, y una dosis de gammaglobulinas. A los 22 meses tras el diagnóstico, inicia tratamiento con Rituximab, inicialmente semanal (4 dosis), seguido de una dosis mensual durante 5 meses hasta la actualidad; presentado cifras plaquetares normales.

Caso 4: Paciente de 18 años afecta de trombopenia desde los 10 años de edad. Tratamiento inicial con dos ciclos de corticoides, con escasa respuesta. No se objetiva tampoco evolución satisfactoria tras administración de gammaglobulinas. Ante la refractariedad del cuadro, se inicia tratamiento con Rituximab, además de administración profiláctica de gammaglobulinas; tras lo que mantiene cifras de plaquetas superiores a 40.000/mm³ durante 3 años sin tratamiento. Precisa reiniciar tratamiento con Rituximab por trombopenia severa, con evolución satisfactoria hasta el momento actual.

Conclusión: Se observa una adecuada respuesta, al tratamiento con Romiplostin o Rituximab, con corrección progresiva de la cifras plaquetares; en pacientes afectados de trombopenia refractaria a otros tratamientos; sin objetivarse efectos secundarios hasta el momento actual.

TUBERCULOSIS PULMONAR PRIMARIA, COMENTARIO DE UN CASO. **M. Delgado Pérez, L. Benjumea Moreno, L. Borja Andueza, J. Eizaguirre Arocena, L. Arranz Arana. Unidad Escolares. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.**

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una causa importante de morbilidad,

siendo *Mycobacterium tuberculosis* (MT) el microorganismo responsable. El tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITL) con isoniazida disminuye en un 60-90% el riesgo de progresión a enfermedad tuberculosa, cuando MT es sensible a dicho fármaco. Presentamos un caso clínico de una niña con ITL que a pesar de recibir tratamiento con isoniazida realiza un derrame pleural tuberculoso.

Caso clínico: Niña de 11 años y medio de edad remitida con cuadro de tos, dolor costal izquierdo, cefalea y dolor abdominal de 5 días de evolución. Afebril. Antecedentes personales: enfermedades previas sin interés patológico. Antecedentes familiares: madre diagnosticada de TBC hace un mes (esputo positivo a MT, sensible e fármacos tuberculosos de primera línea), en tratamiento desde entonces con isoniazida, pirazinamida y rifampicina. Realizado despistaje familiar: la paciente, no vacunada de BCG, presenta prueba de tuberculina (PT) de 20 mm y radiografía de tórax, normal; hermana de 8 años, vacunada de BCG, PT de 15 mm y radiografía de tórax, normal. Ambas asintomáticas, reciben tratamiento para ITL con isoniazida (5 mg/kg/día). Exploración física: hipoventilación en base pulmonar izquierda, sin signos de dificultad respiratoria. Dolor a la palpación en hipocostrio derecho.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: PCR 67,8 mg/L, VSG 55 mm/h, LDH 308 U/L y lisozima en suero 6,5 mg/L; resto normal. Serología de NAP, negativa. Hemocultivo, negativo. Quantiferon, positivo. Radiografía de tórax: infiltrado en base pulmonar izquierda con derrame pleural izquierdo. Ecografía torácica: moderado derrame pleural izquierdo con ausencia de tabiques en su interior. Líquido pleural: pH 7,35; LDH 430 U/L; glucosa 59 mg/dL; proteínas 5,31 g/dL; ADA 70 U/L; lisozima pleural 10 mg/L; cociente lisozima pleural/lisozima suero 1,54 (patológico

>1,2). Antígeno *Streptococcus pneumoniae* en líquido pleural, negativo. Cultivo y PCR a MT en líquido pleural, positivo (sensibilidad múltiple). Baciloscopia, cultivo y PCR a MT en tres muestras de esputo, negativo.

Evolución clínica: Recibe tratamiento con isoniazida (5 mg/kg/día), rifampicina (12 mg/kg/día), pirazinamida (30 mg/kg/día) y etambutol (25 mg/kg/día) durante 2 meses, e isoniazida (5 mg/kg/día) y rifampicina (15 mg/kg/día) durante otros 4 meses más. La evolución clínica y radiológica es favorable, sin presentar complicaciones intercurrentes, con estudio oftalmológico normal.

Comentarios: Este caso podría tratarse de un incumplimiento terapéutico, aunque no se ha podido demostrar, dado que la tasa de resistencia a la isoniazida es inferior al 3%, situándose entre las más bajas en nuestro medio.

SÍNDROME DE ATRESIA PILÓRICA Y EPIDERMOLISIS BULLOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO. **A.Y. Molina Caballero, N. González Temprano, L. Ayuso González, J. Pisón Chacón, A. Pérez Ocón, A. Pérez Martínez.** Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción: La formación de ampollas ante mínimo trauma más atresia pilórica congénita constituye el síndrome atresia pilórica (AP) - epidermolisis bullosa (EB). Heredado de manera autosómica recesiva, tiene una alta tasa de mortalidad en infancia temprana. La incidencia de AP es de 1/100,000 nacidos vivos y para la EB de 0,2/100,000.

Caso Clínico: Neonato de 1 mes de vida que tras parto eutócico en la semana 35, inicia vómitos no biliosos a las 6 horas de vida además de lesiones ampollas en manos, pies e ingles. Como antecedente perinatal

destaca una hidronefrosis derecha, sin polihidramnios.

En la radiología simple de abdomen se aprecia una burbuja gástrica única sin aire distal. En la laparotomía hallamos una atresia pilórica y de primera porción duodenal, realizando una gastroyeyunostomía laterolateral, dejando sonda transanastomótica y descartando malrotación intestinal.

Mediante biopsia cutánea se demuestra mutación de la integrina $\alpha 6 \beta 4$, confirmando EB juntural.

Actualmente presenta un estridor debido a ampollas epiglóticas diagnosticadas mediante nasofibroscopia, una lenta progresión en la tolerancia oral y megaureter derecho con dilatación pielocalicial superior en control ecográfico.

Discusión: Aunque la asociación más frecuente sea la descrita, también se han documentado AP con EB simple y distrófica. Existen casos asociados a malformaciones digestivas, urológicas y laringo-traqueales. Con mortalidad de hasta un 60% durante la lactancia por septicemia y deshidratación, hay casos esporádicos con baja morbimortalidad debido al diagnóstico y tratamiento precoz. La manipulación limitada, unos cuidados de enfermería meticulosos y un aprendizaje de la familia, permite reducir las complicaciones cutáneas de esta enfermedad.

UVEÍTIS EN LA INFANCIA. FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN. **M. Satrustegi Aritzituri, M. Eizmendi Bereciartua, L. Gondra Sangroniz, N. Chaves Caro, L. Benjumea Moreno, V. Cancela Muñiz, L. Arranz Arana.** Servicio Pediatría. Hospital Donosita.

Introducción: La uveítis anterior es la forma de presentación clínica más frecuente en niños. Puede aparecer aislada o asociada a enfermedades sistémicas. Clínica: dolor, fotofobia, ojo rojo y disminución de la vi-

sión, a menudo unilateral. Exploración oftalmológica: células en cámara anterior y proteínas, inyección conjuntival ciliar y precipitaciones corneales endoteliales.

Casos clínicos: **Caso 1:** Niño de 4 años con tumefacción, eritema y calor laterocervical. Exploración: hipertrofia amigdalar con pilar periamigdalino abombado. Al 5º día hiperemia conjuntival bilateral. Leucocitosis con neutrofilia, PCR 264 mg/L, VSG 36 mm/h. Diagnóstico: adenoflemón. Uveítis bilateral. Tratamiento: glucocorticoides (GC) tópicos. **Caso 2:** Niña de 8 años con tumefacción facial bilateral. Exploración: tumefacción dura, eritematosa con calor local que borra ángulo mandibular. Edema palpebral e hiperemia conjuntival bilateral. PCT 3,52 ng/ml, PCR 97 mg/L, VSG 70 mm/h, ECA normal. Coronavirus (+). Rx tórax: normal. No signos de sarcoidosis. Diagnóstico: parotiditis bilateral. Uveítis anterior bilateral. Tratamiento: Ciclopéjico + GC tópico + GC oral. **Caso 3:** Niña de 3 años con artritis de rodilla bilateral de 2 meses de evolución. ANA (-). Diagnóstico: uveítis bilateral. Artritis rodilla bilateral. Tratamiento: GC orales. **Caso 4:** Niño de 3 años con artritis de rodilla derecha, sin traumatismo. Exploración: tumefacción y calor local, dolor a la palpación y limitación a la movilidad. PCR 42 mg/L, ANA (+) título 320. Diagnóstico: artritis idiopática juvenil monoartritis. Uveítis bilateral. Tratamiento: Metotrexato. **Caso 5:** Niño de 9 años con hiperemia conjuntival bilateral indolora de 2 meses de evolución. PCR 58 mg/L, VSG 70 mm/h, HLA-B5 (+). Diagnóstico: uveítis anterior bilateral. Tratamiento: Azatioprina. **Caso 6:** Niño de 2 años con fotofobia izquierda. Exploración: pigmentación en cristalino, queratopatía en banda. ANA (+) título 80; HLA-B27 (+). Diagnóstico: uveítis anterior izquierda. Tratamiento: Adalimumab + Metotrexato.

Comentarios: El diagnóstico y tratamiento agresivo precoz mejora el pronós-

tico visual y disminuye las complicaciones, aunque en ocasiones no se identifique el agente causal. Los nuevos agentes biológicos parecen ser efectivos en aquellos casos de curso clínico refractario al tratamiento convencional.

EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE (EAHL). L. Borja Andueza, J. Mintegui Aramburu, MC. García Pardos, L. Benjumea Moreno, O. Sevilla García, N. Pacho Beristain, J. Korta Murua. *Unidad Lactantes. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.*

Introducción: El edema agudo hemorrágico del lactante es una variedad poco frecuente de vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos, de curso benigno y autolimitado, que afecta sobre todo a niños menores de 2 años.

Caso clínico: Lactante mujer de 13 meses de edad que acude al Servicio de Urgencias por presentar lesiones cutáneas y edema de extremidades, de aparición súbita y progresiva, junto con fiebre máxima 38,5°C de 4 horas de evolución en contexto de cuadro catarral. No antecedentes familiares ni personales de interés. Inmunizaciones correctas para su edad excepto antineumocócica. Exploración: Peso 10,445 kg (P50-75), Talla 76 cm (P75), PA 115/76 mmHg, FC 120 lpm, FR 32 rpm, TA 37,2°C. Buen estado general. Activa y vital. Bien hidratada y profundida. Lesiones cutáneas purpúricas anulares, simétricas, algunas confluentes en placas y otras equimóticas en extremidades superiores e inferiores, respetando tronco y mucosas. Lesiones pápulo-eritematosas en mentón y mejillas. Edema en dorso de pies con dolor a la palpación y movilización articular. Auscultación cardio-pulmonar, abdomen, otoscopia y orofaringe normales; no signos de sangrado. Signos meníngeos negativos. Datos complementarios: Hemograma, bioquímica,

función hepática y coagulación sin hallazgos patológicos. PCT 0,08 ng/mL, PCR 22 mg/L. Orina: no hematuria, proteinuria transitoria y función renal normal. Hece: no hematoquecia, cultivo negativo. Aspirado nasofaríngeo viral: negativo.

Ante importante afectación articular ingresa para tratamiento con ibuprofeno endovenoso y oral. La evolución es favorable, sin modificación del estado general ni de los parámetros analíticos, con remisión del edema articular y con adecuada movilización de todas las articulaciones. Al alta presenta persistencia de lesiones cutáneas residuales.

Comentarios:

- En lactantes con buen estado general y aparición brusca de cuadro hemorrágico cutáneo se debe considerar el diagnóstico de EAHL.
- La etiología es desconocida, aunque con frecuencia es precedido por un cuadro respiratorio, toma de fármacos o administración de vacunas. Probable mecanismo de hipersensibilidad tipo III mediado por inmunocomplejos.
- En la actualidad existe controversia entre el EAHL y la Púrpura de Schönlein-Henoch como entidades diferentes o manifestaciones extremas de un mismo proceso.
- El diagnóstico es clínico, siendo necesario descartar siempre una meningococemia. La biopsia cutánea se realiza de forma aislada.
- Su tratamiento es sintomático al tratarse de una enfermedad de resolución espontánea, con escasas recidivas y rara afectación visceral. La administración de corticoides y antihistamínicos no altera el curso de la enfermedad.

BRONQUITIS PLÁSTICA. CASO CLÍNICO. E. Lizarralde Atristain, O. Martínez-Múgica Barbosa, M. Pinedo Gago, I. Pocheville

Gurutzeta, N. Salmón Rodríguez, M. Santiago Burruchaga, MA. Vazquez Ronco. *Neumología Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces.*

La bronquitis plástica es una entidad infrecuente caracterizada por la formación de tapones mucosos bronquiales que provocan la obstrucción de la vía aérea. Existen 2 tipos dependiendo de la histología: I inflamatorio asociado a patología pulmonar (asma, aspergilosis broncopulmonar...) y II acelular asociado a patología cardíaca y casos idiopáticos.

Objetivo: Presentación de un caso de bronquitis plástica tipo II

Caso clínico: Niña de 5 años con neumonías de repetición en lóbulo inferior izquierdo (LII) desde hace 4 meses. Ingresada en el último episodio por mala evolución clínica, presenta acceso de tos con expectoración de tapón de moco voluminoso, compacto y duro. Dado el empeoramiento radiológico se realiza broncoscopia con extracción de un tapón que ocluye el bronquio principal izquierdo. El estudio anatómopatológico describe material mucoide de escasa celularidad. La paciente evoluciona favorablemente aunque persistiendo la expectoración de tapones mucosos de mismas características. En controles ambulatorios posteriores, la auscultación sigue siendo patológica en LII. El TAC torácico presenta una atelectasia segmentaria basal izquierda con bronquiectasias y tapones mucosos en la luz bronquial. En las pruebas complementarias destaca la eosinofilia (18,6%), el aumento de IgE total (348 KU/L) y una IgG elevada específica a *Aspergillus fumigatus* (23,9 mg/L). El tratamiento de base ha consistido en administración de azitromizina y fluticasona inhalada y está pendiente de nueva valoración.

Comentarios:

- La bronquitis plástica es una enfermedad rara de pronóstico incierto.

- Aunque nuestro caso puede ser etiquetado como idiopático en la actualidad está por ver el papel que desempeña su base alérgica.
- La broncoscopia es de gran utilidad diagnóstico-terapéutica.

ACCESIT A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL

ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA NEONATAL: RECONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO. **I. Serna Guerediaga, A. Aguirre Unceta-Barrerechea, A. Aguirre Conde, A. Gutiérrez Amorós, A. Arbeloa Miranda.** *Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto.*

Antecedentes: La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es uno de los principales motivos de daño neurológico agudo en el recién nacidos (RN) a término siendo una causa importante de morbilidad y discapacidad, con graves implicaciones sociolegales. Hasta hace poco, el manejo de los neonatos asfícticos se basaba en los cuidados de soporte y tratamiento de las complicaciones (convulsiones). Hoy en día se sabe, que la reducción de la temperatura corporal en 3-4° (hipotermia moderada) mediante enfriamiento corporal total o selectivo de la cabeza, iniciado precozmente (antes de las 6-12 horas de vida) y mantenido durante al menos 72 horas es una intervención eficaz y segura, que disminuye la mortalidad y discapacidad del RN que sobrevive al insulto hipóxico-isquémico. Como complemento al diagnóstico de este grupo de pacientes, en los últimos años, se ha extendido el manejo de la electroencefalografía integrada por amplitud, consistente en la monitorización continua de la función cerebral basado en el análisis de la amplitud pico a pico de la señal eléctrica

cerebral, empleada para analizar de manera continua cambios en la actividad eléctrica cortical cerebral facilitando el manejo y la emisión de un pronóstico precoz.

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia en el manejo de la hipotermia como tratamiento en la EHI neonatal, resaltando el papel del EEGa, cómo herramienta útil para el establecimiento del grado de encefalopatía, evaluación precoz del pronóstico neurológico y la ayuda en la toma de decisiones terapéuticas de estos pacientes.

Metodología: Revisión de historias clínicas de niños tratados con hipotermia en nuestra unidad desde Febrero de 2010: criterios de inclusión y exclusión, datos perinatales de riesgo, grados de encefalopatía, EEGa, características de la hipotermia y calentamiento, complicaciones, etc.

Resultados: De los niños diagnosticados de EHI moderada-grave tratados con hipotermia, 3/9 (33%) fallecieron, 2 de ellos (22%) tras limitación de esfuerzo terapéutico por mala evolución neurológica y fallo multisistémico y otro (11%) tras diagnóstico de muerte cerebral, siendo incluido posteriormente en el programa de donación de órganos. El resto, 6/9 (66%), sobrevivieron, presentando uno de ellos (11%) una hemorragia intraventricular bilateral con evolución posterior a hidrocefalia susceptible de derivación ventriculoperitoneal y otro (11%) un infarto cerebral parietal izquierdo. En los demás supervivientes, 4/9 (44%), no se evidenciaron lesiones estructurales.

FIEBRE TIFOIDEA. A PROPÓSITO DE UNA OBSERVACIÓN. **A. Plazaola Cortazar, I. Muñoz-Seca Nardiz, A. Laka Iñurrategi, J. Eizaguirre Arocena.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.*

Introducción: La fiebre tifoidea es una causa importante de morbilidad

El principal mecanismo de transmisión es a través de aguas contaminadas. El agente bacteriano más frecuente es *Salmonella typhi*.

Caso clínico: Niña saharaui de 11 años de edad que ingresa procedente de Urgencias por fiebre diaria de 20 días de evolución y vómitos. Últimas 48 horas no vómitos. Estreñimiento de 72 horas. Hiporexia y astenia. Antecedentes vacunales desconocidos. Exploración física: peso 23,2 kg (p<3). Aspecto caquéctico. Abdomen: distendido, hepatomegalia, 1-2 cm. Dolor a la palpación en FID.

Exámenes complementarios: Análítica al ingreso: Hb 11 g/dL; Hto 33,4%; PCT 1,23 ng/mL; PCR 35,7 mg/L; FA 280 U/L; GGT 159 U/L; GOT 238 U/L; GPT 120 U/L; hierro 20 µg/dL; sat. transferrina 11,2%; transferrina 125 mg/dL; ferritina 846,9 ng/mL. Hemocultivo: positivo a *S. typhi*. Coprocultivo: positivo a *S. typhi*. Urocultivo, cultivo LCR, parásitos en heces y serología: negativos. RM abdominal y pélvica: hepatomegalia sin lesiones focales.

Evolución clínica: Permanece ingresada 17 días, presentado picos febriles durante los 9 primeros días. Al segundo día del ingreso, dado su aspecto tóxico, se inicia tratamiento empírico con cefotaxima. Posteriormente, se recibe un hemocultivo positivo a *S. typhi* sensible a cefotaxima. Dada la persistencia de la fiebre, se asocia azitromicina. Sin embargo, al no ceder la fiebre, se añade ciprofloxacino al tratamiento y a las 48 horas permanece afebril hasta su alta. Un coprocultivo recogido el día 4, positivo a *S. typhi*, sensible a amoxicilina, ampicilina, cefotaxima, ceftriaxona, trimetopim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y resistente a azitromicina. Al alta, se recogen 3 coprocultivos seriados negativos y la paciente permanece asintomática con adecuada ganancia ponderal.

Comentarios: En países desarrollados la fiebre entérica es una enfermedad erra-

dicada, sin embargo, en los últimos años, debido a la inmigración y viajes, están emergiendo casos nuevos, la mayoría importados de países endémicos. En España, en 2010 se registraron 70 casos. Tras la introducción de los antibióticos en su tratamiento, la mortalidad ha descendido a 0,2%.

EPISTAXIS REFRACTARIA EN NIÑO DE 5 AÑOS: ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA. **O. López Macías, M. Pinedo Gago, G. Iruin Irulegui, A. Moretó Quintana, I. Pocheville Guruceta, A. Navajas Gutiérrez.** *Hospital Universitario de Cruces.*

Introducción: En Pediatría el sangrado nasal recurrente acompaña con mayor frecuencia a las trombopenias de origen infeccioso o inmune. Cuando las cifras de plaquetas son normales, el diagnóstico se debe enfocar por los antecedentes familiares de procesos hemorrágicos o por alteraciones plaquetarias de otro tipo.

Objetivo: Exponer las dificultades diagnósticas de los trastornos de la hemostasia, a propósito de un caso de epistaxis refractaria en un niño sin datos consistentes en la historia previa.

Caso clínico: Niño de 5 años, de origen chino, que ingresa por epistaxis espontánea y refractaria a tratamiento cauterizador y taponamiento nasal con antifibrinolíticos tópicos. Como antecedente personal destaca episodio de epistaxis de difícil control a los 7 meses de edad en contexto infeccioso. En dicho episodio se sospechó un defecto de la agregabilidad plaquetar, pendiente de completar estudio y seguimiento por regreso a su país de origen hasta hace 4 meses. En China repitió epistaxis importantes que han requerido ingresos y transfusiones de hemoderivados, sin poder obtener información precisa sobre los episodios. No datos de sangrado a otros niveles.

No historia familiar de procesos hemorrágicos.

A la exploración física se objetiva sangrado profuso de ambas fosas nasales y restos hemáticos en orofaringe. Hematomas de pequeño tamaño en extremidades. No megalias.

El hemograma y coagulación basal son normales. Se amplía el estudio de coagulación y de función plaquetar observando únicamente hipoagregabilidad. Agregación al ADP, adrenalina y colágeno disminuida; ácido araquidónico y ristocetina normal.

Durante el ingreso precisa dos transfusiones de plaquetas, un concentrado de hemáties y antifibrinolíticos intravenosos, cesando el sangrado en 48 horas. Alta domiciliaria y control ambulatorio pendiente de resultados que confirmen la trombopatía.

Conclusiones:

- Los sangrados de repetición suponen un reto diagnóstico que se basa en datos clínicos (antecedentes personales y familiares, localización del sangrado) y analíticos básicos (recuento plaquetar, APTT, IP, fibrinógeno).
- En aquellos pacientes con recuento de plaquetas normales, es necesario ampliar el estudio de factores de coagulación, función plaquetar y alteraciones vasculares.
- Dentro del diagnóstico diferencial de hemorragias de repetición sin trombopenia, debemos considerar como más frecuentes la Enfermedad de Von Willebrand y la Tromboastenia de Glanzmann entre otras.

INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA EN NUESTRO HOSPITAL DURANTE EL PERIODO 1992-2011. **T. IntxaustiApraiz, M. Rivera Peña, H. Lorenzo Garrido, I. Anguiano San Juan, A. Zurutuza Bengoa, M. Pavia Lafuente.**

Sección de Gastroenterología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto.

Objetivos: Determinar la incidencia y características epidemiológicas de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) diagnosticada en nuestro hospital desde 1992 hasta 2011.

Material y Métodos: Se han revisado de forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal mediante colonoscopia y biopsias intestinales desde enero de 1992 hasta octubre de 2011.

Resultados: En los 20 años de análisis 53 niños fueron diagnosticados de EII, 28 de los cuales presentaban enfermedad de Crohn (52,8%), 14 Colitis Ulcerosa (26,4%) y 11 Colitis Indeterminada (20,7%).

En cuanto a la distribución por sexos, 32 pacientes afectos de EII fueron varones (60,4%) y 21 mujeres (39,6%).

La edad media al diagnóstico de EII fue de 14 años y 9 meses, siendo para la enfermedad de Crohn de 15 años y 7 meses y para la Colitis 14 años.

La incidencia de la EII en nuestro hospital en los 4 periodos analizados va aumentando progresivamente desde 2,4 casos/100.000 en el periodo 92-96 hasta 4,8 en el periodo 2002-2006 y 6,6 casos para el periodo 2007-2011. La incidencia de la enfermedad de Crohn tiende a estabilizarse en los últimos 10 años, siendo de 3 casos/100.000 para los periodos 2002-2011 mientras que la Colitis Ulcerosa y la Colitis indeterminada presentan un aumento progresivo en su incidencia.

Conclusiones:

- La incidencia de la EII se ha triplicado en los últimos 20 años con un aumento progresivo de la colitis ulcerosa y estabilización de la enfermedad de Crohn.
- En nuestra serie, al igual que en otros estudios publicados, la enfermedad de Crohn es más frecuente en niños y la colitis ulcerosa en niñas.

ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR POR VACUNA BCG. **E. Onís González, M.A. Ibáñez Estévez, I. Blanco Salazar, F.J. Martínez Aldecoa.** *CS San Adrián (Bilbao).*

La vacuna BCG fue obtenida en 1921 por Clametye y Guerin a partir de un extracto de *M. Boris*. Se administra por vía intradérmica en la cara externa del brazo, sobre la inserción distal del músculo deltoideo. Ha sido ampliamente utilizada a nivel mundial para la profilaxis de la tuberculosis (TBC). En nuestro país la vacunación sistemática con BCG en los recién nacidos se abandonó en 1980 (1974 en Cataluña), manteniéndose sólo en el País Vasco.

Del 1% al 2% de los niños vacunados pueden presentar reacciones adversas, generalmente locales y benignas, que se atribuyen a una inyección profunda o a una dosis excesiva. La úlcera en el punto de inoculación es la reacción adversa más frecuente de la vacunación con BCG. La linfadenitis regional es un efecto adverso infrecuente (<1% de los niños vacunados). Habitualmente se trata de una adenopatía axilar única, que en ocasiones da lugar a supuración y fistulización secundaria, resolviéndose de manera espontánea en varias semanas. La linfadenitis supraclavicular aislada, o asociada a otras localizaciones, ha sido descrita en la literatura como

un efecto adverso raro (<0,5%). Plantea un diagnóstico diferencial en el que se incluyen procesos oncológicos y que genera desasosiego en el pediatra y los familiares del paciente.

Presentamos 6 casos de adenopatía supraclavicular en lactantes menores de 1 año a consecuencia de la vacunación por BCG. Dos de ellos se acompañaron de fistulizaciones de la adenopatía y 3 casos asociaron adenopatías en otras localizaciones. Todos ellos presentaron una evolución benigna y se resolvieron de manera espontánea sin necesidad de medidas terapéuticas adicionales.