

Reunión SVNP - IV Memorial Profesor Juan Rodríguez Soriano. Pamplona-Iruña, 11 de abril de 2014

Juan Rodríguez Soriano
Irakaslearen IV Memoriala.
Iruña, 2014ko aprilaren 11a

ANAFILAXIA RECURRENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO ALÉRGICO A FRUTAS ROSÁCEAS. **E. Soques Vallejo, A. Cerezo Aguirre, C. González Díaz, P. Gamboa Setién, C. Mañanes Negro, L. Ruiz Aranzana.** *Servicio de Pediatría del Hospital de Basurto, Bilbao.*

Antecedentes y objetivos: El objetivo de esta comunicación es realizar el estudio etiológico de un paciente que presenta cuadros de anafilaxia recurrente. Para ello, presentamos un caso poco frecuente de un paciente diagnosticado de AIEDA (anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimentos) donde uno de los alérgenos responsables de la clínica es la LTP (proteína transportadora de lípidos) de la granada. En nuestro paciente se inicia inmunoterapia sublingual que presumiblemente aumentará la tolerancia al ejercicio.

Métodos: Niño con antecedentes de atopía que inicia a la edad de 3 años, 3 episodios recurrentes de anafilaxia, coincidiendo con la realización de ejercicio (estaba jugando), que precisan tratamiento urgente: 1º) 10 minutos después de tomar patatas fritas y mosto de manzana (posteriormente los tolera en reposo); 2º) 4 horas después de haber comido una manzana con piel; 3º) 1 hora después de haber comido yogur de limón, granada y bocadillo de jamón serrano (tolera posteriormente yogur de limón y jamón serrano).

Resultados: Con el objetivo de determinar la causa, se realizaron: pruebas cutáneas: prick con neumalérgenos habituales y alimentos (cacahuete, nuez, maíz, LTP de melocotón, trigo y ternera), y prick-prick con granada, siendo positivos únicamente con cacahuete, granada y LTP de melocotón. Del mismo modo se hizo determinación de IgE total (396 U/L), así como de IgE específica frente a: frutos secos, positiva para nuez de nogal, cacahuete y castaña; frutas: positiva para melocotón, manzana, albaricoque y granada; distintas LTPs: positivas para LTP de cacahuete, nuez, manzana y melocotón; SDS-PAGE Immunoblotting con extracto de granada (pulpa), detectándose una proteína compatible con una LTP. Se le recomendó dieta exenta de frutos secos, frutas rosáceas y granada, y se instauró inmunoterapia sublingual con LTP de melocotón

(SLIT-melocotón) con buena tolerancia, sin episodios posteriores de anafilaxia.

Conclusiones: La LTP es una proteína transportadora de lípidos con capacidad alérgica, presente tanto en frutos secos, frutas rosáceas y otras frutas como la granada. La AIEDA es una anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimentos en la que es necesario, tanto la ingesta del alimento implicado, como la realización de ejercicio en menos de 6 horas tras la ingesta. La mayoría de estos pacientes sensibilizados toleran el alimento en reposo, refiriendo clínica únicamente con el ejercicio, sin embargo, debido a la edad del paciente, la imposibilidad de restringir el ejercicio, hace necesaria la indicación de dieta exenta estricta de dichos alimentos.

CEFALEA POR HIPOTENSIÓN ESPONTÁNEA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO. **H.E. Cabello Pucce, G. Ormazábal Gaztañaga, A. Domínguez Castells, M.I. Martí Carrera, M. Lafuente Hidalgo, V. Cancela Muñiz.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia.*

Introducción: La hipotensión espontánea de líquido cefalorraquídeo es una patología poco frecuente en la edad pediátrica, cuyo diagnóstico como causa de cefalea está en aumento en adultos. La sintomatología cardinal es la cefalea ortostática que puede acompañarse de vómitos, ataxia y diplopía entre otros síntomas.

Objetivo: Mostrar una entidad poco frecuente en la práctica diaria mediante un caso y subrayar la importancia de su inclusión en el diagnóstico diferencial de cefalea.

Caso clínico: Adolescente mujer de 12 años que acude al servicio de Urgencias de Pediatría por un cuadro de cefalea intensa de 72 horas de evolución, de tipo pulsátil, localizada en región frontal, que le incapacita parcialmente para la realización de actividades habituales y se incrementa con la bipedestación, se acompaña de náuseas y vómitos, remitiendo en decúbito. Valorada 3 meses antes por cefalea de características similares, que cedía con tratamiento analgésico habitual.

Exploración física y neurológica normal excepto aspecto leptosomático; analítica nor-

mal. Es hospitalizada por persistencia de la cefalea a pesar del tratamiento analgésico habitual.

La resonancia magnética cerebral mostró descenso de amígdalas cerebelosas de aproximadamente 4-5 mm. La punción lumbar mostró escasa salida de líquido transparente, con hiperproteinorraquia 300 mg/dL, a baja presión, cediendo la salida con el decúbito siendo todo ello sugestivo de hipotensión espontánea de líquido cefalorraquídeo.

Inició tratamiento con cafeína a 200 mg mañana y tarde, consiguiendo mejoría parcial, por lo que se continuó tratamiento con Hidrocortisona, y se realizó resonancia magnética medular sin evidencia de fuga de líquido cefalorraquídeo. Se realizó colocación de parche hemático epidural a nivel de L3-L4. Presentó mejoría clínica marcada, tolerando bipedestación a las 24 horas del procedimiento, con reanudación de las actividades a los pocos días. Permanece asintomática desde entonces.

Comentarios: Aunque la hipotensión espontánea de líquido cefalorraquídeo es una patología poco frecuente, presenta unas características clínicas específicas que permiten reconocerla. Se requiere un alto índice de sospecha clínica para una adecuada orientación diagnóstica y terapéutica.

CRIBADO NEONATAL AMPLIADO. CONSIDERACIONES ANTE UNA DETECCIÓN DE ACIDEMIA ISOVALÉRICA. **A. Vinuesa Jaca, L. Ruiz Aranzana, G. Saitua Iturriaga, T. Iglesias López, A. Aguirre Unce-ta-Barrenechea, G. García Ulazia.** *Servicio de Pediatría del Hospital de Basurto, Bilbao.*

Introducción: El nuevo programa de cribado neonatal de la CAPV incorpora en 2014 la detección de cinco nuevas enfermedades: acidemia glutárica tipo I, deficiencia de acil coenzima deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), enfermedad de jarabe de arce, acidemia isovalérica y homocistinuria.

La acidemia isovalérica (IVA) es una enfermedad poco frecuente. Desconociendo la incidencia real en nuestro medio, estimamos una incidencia máxima de un caso cada año y medio, para un programa de 20.000 nacimientos año en la CAPV. Se trata de un trastorno de

la degradación de las proteínas que afecta a la leucina, por deficiencia de la enzima (isovaleril Co-A deshidrogenasa), causando un incremento de ácido isovalérico y sus derivados.

Por acumulación de estos productos tóxicos el paciente presenta durante el período neonatal, rechazo del alimento, vómitos, deshidratación, trastorno en el tono, letargia e incluso coma, aunque existen formas tardías intermitentes, menos graves, e incluso individuos asintomáticos.

Caso clínico: Presentamos un neonato de siete días de vida que presenta niveles elevados de isovalerilcarnitina 1,7 n/M (punto de corte 99,95%: 0,79 μ mol/L en la toma muestra de sangre talón realizada tras las primeras 48h. de vida.

Entre los antecedentes prenatales cabe reseñar que con 38 semanas de gestación la madre precisó ingreso hospitalario por complicación de gripe A. Diagnosticada de Neumonía, recibe tratamiento con antibioterapia IV durante 3 días (cefalosporina) y posteriormente ceftidoren (Spectracef 400 mg/12 h) hasta horas previas al parto.

La exploración clínica neonatal fue normal, con buena succión, tono y actividad y reflejos arcaicos. Con una semana de vida, en alimentación materna exclusiva, se encuentra asintomática con ganancia ponderal adecuada y regurgitaciones ocasionales.

Los controles realizados con 8 días de vida muestran descenso de la isovalerilcarnitina C5 a 0,72 n/M, inferior al punto de corte en cribado, confirmándose la sospecha de un falso positivo para IVA.

Discusión: El ácido pivalico es un compuesto presente en numerosos productos, entre ellos se encuentran algunos antibióticos, como el ceftidoren y la pivampicilina, que liberan pivaloilcarnitina, molécula que la MS/MS no es capaz de discriminar y eleva la tasa del marcador para IVA, la isovalerilcarnitina C5.

Por otra parte, otros productos tópicos emolientes usados en la prevención y tratamiento de las grietas de pezón, han generado falsos positivos por contener pivaloilcarnitine. Estos derivados se utilizan actualmente en la industria cosmética como emoliente bajo el término de neopentanoato.

Conclusiones: La presencia de un marcador positivo para IVA debe contemplar la realización de una historia clínica detallada, con especial atención al uso materno y/o neonatal de antibióticos que contengan ácido pivalico, y al uso de cremas emolientes que contengan neopentanoato, causantes de falsos positivos para IVA.

CUADRO CONFUSIONAL AGUDO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE MIGRAÑA. **E. Fernandez Mugaburu, L. Aguirre Pascasio, I. Ocio Ocio, G. Muñoz García, F. Parra Plantagenet-Whyte, J. Cruz Len Aguilera.** *Servicio de Pediatría. HUIA (Hospital de Txagorritxu).*

Introducción: La migraña confusional aguda es una rara forma de presentación de la migraña en la infancia. Se describe como ataques recurrentes de letargia confusional con síntomas de desorientación, somnolencia y agitación, seguidos o no de cefalea. Hay una recuperación completa posterior y los antecedentes familiares suelen ser frecuentes

Resumen del caso: Niño de 13 años que ingresa procedente del Servicio de Urgencias por presentar cefalea y somnolencia progresiva de una hora de evolución. Los padres refieren que ha recibido un traumatismo craneal jugando al fútbol sin presentar sintomatología en ese momento. Desconocen la posibilidad de ingesta de tóxicos. A febril. Sin cuadro infeccioso asociado. AP sin interés. AF: madre y abuela materna migrañas. Exploración física al ingreso Glasgow 12 (no apertura ocular espontánea/confuso). PINR. Responde a las preguntas con lentitud. ROT normales. Signos meníngeos negativos. Dificultad para la deambulación. No colabora. Resto exploración por aparatos normal. Durante su estancia en observación permanece letárgico con Glasgow 12-13. Hemodinámicamente estable, por lo que se realizan las siguientes pruebas complementarias: tóxicos en orina, TAC cerebral, punción lumbar y EEG que son normales y se recoge PCR para virus en LCR. Ante la posibilidad de una encefalitis herpética incompleta se decide iniciar tratamiento con Aciclovir intravenoso. Se ingresa en la planta de pediatría con moni-

tor cardiorrespiratorio y vigilancia estrecha. Mejoría progresiva, encontrándose asintomático durante el resto del ingreso. Tras la llegada de la PCR para virus negativas se suspende el aciclovir y se le da el alta con el diagnóstico de migraña confusional y con seguimiento por neuropediatra.

Conclusiones: Ante un cuadro confusional con disminución del nivel de conciencia hay que realizar las pruebas complementarias necesarias para intentar encontrar la posible etiología. Recalcar la importancia de recoger los antecedentes familiares y personales con una correcta anamnesis nos puede orientar para realizar un correcto diagnóstico. El traumatismo banal previo al inicio del cuadro también se recoge en la bibliografía como posible desencadenante. El tratamiento con flunarizina como profiláctico para los episodios de migraña en los casos de recurrencia esta teniendo muy buenos resultados.

DÉFICIT DE ORNITIN-TRANSCARBAMILASA: A PROPOSITO DE UN CASO. **I. San Martín García, A. Mosquera Gorostidi, R. Urabayen Alberdi, E. Aznal Sáinz, V. Etayo Etayo, F. Sánchez-Valverde Visus.** Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra B.

Introducción: La ornitina transcarbamilasa (OTC) es una enzima del ciclo de la urea, cuyo déficit se transmite de forma ligada al X parcialmente dominante. La clínica se deriva de la hiperamoniemia, al no poder degradarse el amonio a través del ciclo de la urea. En varones se manifiesta habitualmente en los primeros días de vida, pudiendo presentar una evolución fatal; las mujeres presentan generalmente manifestaciones más leves.

Se presenta el caso de una niña de 3 años con déficit de OTC que debutó con fallo hepático agudo.

Caso clínico: Niña de 3 años, sin antecedentes de interés, valorada en urgencias por adormecimiento desde hacía dos días. Las constantes eran normales, presentaba llanto frecuente, y el resto de exploración física era normal. La analítica sanguínea mostró hipertransaminasemia, hiperamoniemia y alteración

de la coagulación. Con el diagnóstico de fallo hepático agudo ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se inició tratamiento para la hiperamoniemia, y se realizó estudio etiológico (serologías virales, tóxicos, estudio de autoinmunidad y metabólico). Mejoró clínica y analíticamente de forma progresiva, y fue dada de alta indicando dieta hipoproteica; estaban pendiente los resultados de enfermedad metabólica, siendo el resto de pruebas complementarias negativas.

Controlada ambulatoriamente se encontraba asintomática; un mes después del alta comenzó nuevamente con irritabilidad; se realizó nueva analítica sanguínea, que mostró importante hiperamoniemia, hipertransaminasemia y coagulopatía. Reingresó para descontaminación hepática, con mejoría clínica y analítica en los siguientes cuatro días. Interrogando a la madre, previamente al reingreso no había cumplido estrictamente la dieta pautada.

Posteriormente se recibieron resultados de ácidos orgánicos en orina, que mostraron elevación de ácido orótico, realizando el diagnóstico de déficit de OTC.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática, con dieta hipoproteica y en tratamiento con citrulina.

Conclusiones:

- En un paciente con fallo hepático agudo es necesario realizar un amplio diagnóstico diferencial.
- Importancia de realizar un diagnóstico precoz para evitar los efectos tóxicos del amonio.
- Insistir en la necesidad de cumplir una dieta hipoproteica en el déficit de OTC para evitar nuevos episodios de hiperamoniemia.

ACCÉSIT MEJOR COMUNICACIÓN

¿CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE SE DIAGNOSTICAN LOS NUEVOS CASOS DE CÁNCER INFANTIL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL? **N. Salmón Rodríguez, M. Lambarri Izaguirre, I. Astigarraga Aguirre, R.M. Adán Pedroso, A. Etxebarria Barona, R. López Almaraz.** Servicio de Pediatría (Sección de Oncología Infantil). HU de Cruces. Bizkaia.

Introducción: El cáncer infantil presenta una incidencia baja en Pediatría, sin embargo constituye la primera causa de muerte en los niños >1 año. La clínica de presentación suele ser inespecífica; lo que dificulta su reconocimiento y diagnóstico por parte de los pediatras u otros especialistas. Su sospecha y diagnóstico precoz es transcendental como factor de mejor pronóstico.

Objetivos: Estudiar la clínica de presentación, tiempo de evolución hasta su diagnóstico y ruta de derivación de nuevos casos de cáncer infantil, diagnosticados y tratados en un Hospital terciario de Euskadi con atención pediátrica especializada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes pediátricos (con edades comprendidas entre 0-16 años) que debutan con una patología oncológica durante un periodo de observación de 2 años (de enero 2012 a diciembre 2013). Se analizaron las siguientes variables al debut: tipo de tumor (hematológicos, tumores del sistema nervioso central -SNC- y otros tumores sólidos), edad, clínica, tiempo de evolución hasta al diagnóstico definitivo, y especialista médico que lo deriva.

Resultados: Durante este periodo, se registraron 73 casos nuevos de cáncer infantil. La edad media al debut fue de 6,2 años. Por subgrupos, los tumores hematológicos fueron los más frecuentes (34,2%), seguidos de los tumores del SNC (28,7%) y otros tumores sólidos (27,4%). De todas las sospechas clínicas iniciales, el 39% era derivado por su Pediatra de Atención Primaria (AP), el 34% se diagnosticó en Urgencias de Pediatría (UP), el 15% durante un ingreso en la planta de hospitalización de Pediatría General, y un 10,9% durante el seguimiento ambulatorio de una subespecialidad pediátrica. El tiempo medio desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico fue cercano a 12 semanas. Por subgrupos, los tumores hematológicos se diagnosticaron en 2,5 semanas de media desde el inicio de la sintomatología, mientras que los tumores del SNC y otros sólidos fueron diagnosticados 14,5 y 9 semanas, respectivamente, tras el inicio de la clínica. Cerca de ¼ de niños presentaba al debut síntomas de alarma neurológicos (24,6%), palpación

de una masa sólida a la exploración (23,2%), alteraciones hematológicas (22%) o síntomas constitucionales (19,1%). El 75% de los casos presentaba una exploración física anormal.

Conclusiones: 1) La mayor parte de los casos nuevos son derivados por pediatras, principalmente de AP y UP. 2) El tiempo desde el inicio de síntomas y de diagnóstico es menor para los tumores hematológicos y mayor para tumores del SNC. 3) A mayor edad (≥ 10 años), se observa mayor tasa de retrasos diagnósticos.

ESTUDIO DE COMORBILIDAD EN HOSPITALIZACIONES POR INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA. **I. García Albizua, L. Arranz Arana, A. Luengo Echeveste, V. Cancela Muñoz, L. Piñeiro Vazquez, I. Urreta Barallobre.** *Unidad de Pediatría del Hospital Universitario. Donostia.*

Objetivos: Describir y evaluar la comorbilidad en los niños ingresados por virus influenza A y B en las cinco últimas temporadas (2009 a 2014).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, por revisión de historias clínicas de los ingresos por infección por virus A (H1N1p, H3N2) y B, en niños de 1 mes a 14 años en las temporadas 2009-2010, 2010-2011, 2011-12, 2012-13 y 2013-14. Se estudian las siguientes variables: demográficas, asistenciales, tratamiento, días de ingreso, días de oxigenoterapia, necesidad de oxigenoterapia

y necesidad de ingreso en UCIP. Análisis estadístico: Kruskal-Wallis y χ^2 .

Resultados: En los periodos 2009-2010, 2010-2011, 2011-12, 2012-13 y 2013-14. Edad media de 60; 33; 37,5; 33 y 29 meses respectivamente. Influenza A (H1N1p: 20; 28; 3; 7; 20 casos y H3N2: 0; 0; 25; 1; 9) y B (0; 6; 4; 8; 0) respectivamente. Número de niños vacunados por influenza: 0; 1; 1; 1; 1. (Tabla I)

Conclusiones: El asma es la patología más prevalente en los niños ingresados por infección debida a influenza, a pesar de ello, la presencia de comorbilidad no se ha podido asociar con una mayor estancia media. Destaca el escaso número de pacientes vacunados por influenza, siendo recomendable la vacunación en la población de riesgo.

HEMORRAGIA PULMONAR IDIOPÁTICA AGUDA DEL LACTANTE; A PROPÓSITO DE 2 CASOS. **G. García Ulazia, M. Villar Alvarez, J. Elorz Lambarri, C. Canduela Fernandez, S. Devesa Mendez, J. Betolaza Asua.** *Servicio de Pediatría. H.U. Basuto, Bilbo, Vizcaya, España.*

Introducción: Se presentan 2 casos (2009 y 2011) de hemorragia pulmonar aguda en lactantes de un mes de vida, sin factores de riesgo previos y sin hallarse ninguna causa tras estudio; cumpliendo criterios para el diagnóstico de Hemorragia pulmonar idiopática aguda del lactante (AIPH). Varias publicaciones de casos similares acontecidos en distintos puntos geográficos mencionan factores ambientales

posiblemente relacionados con dicha entidad. Se trata de un interesante problema de salud pública, especialmente teniendo en cuenta que varios de los posibles factores de riesgo estudiados se solapan con los relacionados con la muerte súbita del lactante.

Resumen: Caso 1: Varón de 1 mes y 11 días de vida trasladado al hospital tras encontrarle en la cuna con decaimiento general, mala coloración y sin respuesta a estímulos. No antecedentes médicos de interés. Hábitat: tabaco en domicilio, vivienda sometida a inundaciones. Se observa deterioro respiratorio progresivo, por lo que precisa VM y en la maniobra de intubación endotraqueal se objetiva abundante salida de sangre roja a través de TET.

Caso 2: Varón de 1 mes de vida que acude a Urgencias tras encontrarlo en la cuna (decúbito supino) pálido, con signos de dificultad respiratoria y sin respuesta a estímulos, 1 hora tras la toma. No antecedentes médicos de interés. Hábitat: no tabaco en domicilio, vivienda sometida a inundaciones. Ante la necesidad de ventilación mecánica, se realiza intubación endotraqueal no traumática, objetivándose salida de sangre roja a través de TET.

En los dos casos se realizan: HRF, bioquímica completa, coagulación, examen de orina, tóxicos, estudio inmunidad (inmunoglobulinas, ANAs, ANCAs, Ac antimembrana basal glomerular, complemento, Síndrome antifosfolipídico), precipitinas a PLV, cultivos de orina, sangre y heces, radiografía de tórax, ecografías pulmonar, cerebral, abdominal y cardíaca, serie ósea y fondo de ojo. Dados los hallazgos clínicos y resultados negativos del estudio, se inicia Metilprednisolona iv., interpretando ambos casos como una AIPH. Tras no presentar nuevos sangrados, son dados de alta con monitorización cardiorespiratoria domiciliar y corticoide oral.

Conclusiones: Los casos descritos cumplen los criterios del CDC para la Hemorragia pulmonar idiopática aguda del lactante (AIPH). Dado que se trata de una entidad diagnóstica definida en los últimos años, sería interesante publicar casos similares e investigar los posibles factores de riesgo ambientales relacionados como hongos (*Stachybotrys atra*).

TABLA I

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Número de pacientes	20	34	32	16	29
Comorbilidad	55%	58,8%	31%	43,8%	37,9%
Asma	36%	70%	60%	57%	36,6%
Cardiovascular	0%	5%	10%	28%	10%
Neurológica	27%	5%	0%	0%	10%
Días de ingreso	10 días	6 días	7 días	7,7 días	7,4 días
Necesidad oxigenoterapia	45%	52,9%	34%	50%	58,6%
Días oxigenoterapia	5 días	3,9 días	4 días	4,3 días	5,3 días
Ingreso en UCIP	20%	2,9%	15,6%	6,3%	17%

INFARTO CEREBRAL EN EL CONTEXTO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA. **I. San Martín García, M. Rives Ferreiro, A. Herrero Varas, P. Martínez Olorón, S. Aguilera Albasa, N. Clerigué Arrieta.** *Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra B.*

Introducción: La miocardiopatía dilatada se caracteriza por dilatación ventricular y disfunción miocárdica, y es la miocardiopatía pediátrica más frecuente, y la primera causa de trasplante cardíaco en niños. Tiene un pronóstico incierto, pudiendo dar lugar a graves complicaciones.

Se presenta el caso de una niña que desarrolló un infarto cerebral como complicación de una miocardiopatía dilatada.

Caso clínico: Niña de 22 meses, previamente sana, que ingresó en UCI con sospecha de fallo cardíaco. Relataban historia de 15 días de disnea y empeoramiento progresivo del estado general; a la exploración física presentaba mala perfusión periférica, auscultación pulmonar normal, auscultación cardíaca con tonos apagados y hepatomegalia. La analítica sanguínea fue anodina, y la radiografía de tórax mostró cardiomegalia e infiltrados pulmonares bilaterales. La ecocardiografía realizada evidenció dilatación de cavidades izquierdas y disminución de la contractilidad, con fracción de eyección del 30%. A las dos horas del ingreso se apreciaron parálisis facial y hemiparesia izquierdas, y se objetivó trombo intracardíaco atravesando el foramen oval en la nueva ecocardiografía de control realizada. La TC craneal fue normal, y la RM cerebral mostró un extenso infarto isquémico hiperagudo en el territorio de la arteria cerebral media derecha. Se inició tratamiento inotrópico, vasodilatador, diurético, antibiótico, heparina, gammaglobulina y rehabilitación. Se solicitó estudio etiológico, siendo todos los resultados negativos. La clínica mejoró progresivamente; a los 13 días fue dada de alta a planta, y 18 días después recibió el alta a domicilio, siguiendo tratamiento con digoxina, furosemida, enalapril, carvedilol, heparina subcutánea, acenocumarol y levetiracetam.

Posteriormente ha sido controlada de forma ambulatoria en consulta de cardiología

infantil, neuropediatría y rehabilitación. Una RM cerebral realizada a los 7 meses del episodio mostró persistencia de la oclusión vascular, estando la arteria cerebral media derecha repermeabilizada por colaterales. Neurológicamente, a los dos meses del ingreso recuperó marcha autónoma con ortesis; al año, presenta aceptable manejo del brazo izquierdo, sin uso funcional de la mano. A nivel cardiológico la evolución ha sido favorable, mostrando el último control, realizado al año, buena contractilidad miocárdica, sin dilatación de cavidades, con fracción de eyección del 70%, y sin tratamiento.

Comentarios:

- Las manifestaciones clínicas de la miocardiopatía dilatada pueden ser inespecíficas, por lo que se debe prestar especial atención a determinados signos, como disnea progresiva, tonos apagados o hepatomegalia, que pueden ser sugestivos de origen cardíaco.
- Las embolias son una posible complicación de la miocardiopatía dilatada, pudiendo llegar a presentarse hasta en un 23% de los pacientes, debiendo prevenirlas mediante antiagregación desde su diagnóstico.

LLEGANDO AL DIAGNÓSTICO DE LO QUE PARECÍA UNA ADENOPATÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO. **F. Parra Plantagenet-Whyte, J. Cruz Len Aguilera, J.I. Montiano Jorge, C. Salado Marín, C. Gómez González, G. Mestraitua.** *Servicio de pediatría HUA-Txagorritxu.*

Paciente de 4 años, sin antecedentes de interés, que es evaluado en urgencias por tumoración dolorosa cervical lateral izquierdo y fiebre de 24 horas de evolución. En la exploración se observa dicha lesión, compatible con adenopatía cervical izquierda. La analítica inicial muestra leucocitosis de 17.300 leucocitos/mm³ con predominio de Neutrófilos, PCR: de 156,7 mg/l, VSG 60 mm/hora, Paul Bunnell y Test rápido estreptocócico negativo. Ante un diagnóstico probable de Adenoflemón comienza tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico.

Acude 6 días más tarde por persistencia de los signos y síntomas sin respuesta al tratamiento antibiótico. En la exploración destaca tumoración submandibular izquierda de 6 x 3 cm compatible con adenopatía submandibular con signos clínicos de periadenitis. Ingresa para optimizar el tratamiento y vigilar evolución clínica. La ecografía informa dicha lesión sugiriendo como diagnóstico una adenopatía de carácter inflamatorio/reactivo, con múltiples adenopatías regionales. Nueva analítica con PCR 114 mg/l y leucocitos de 11.300/mm³. Se realiza radiografía de tórax y ecografía abdominal que resultan normales. Serologías de Ebstein-Barr, CMV, toxoplasmosis, herpes y *Mycoplasma* negativo. Se pauta tratamiento antiinflamatorio y antibiótico intravenoso (amoxicilina-ácido clavulánico), con buena respuesta referida a los signos inflamatorios e infecciosos pero persistiendo una lesión de aspecto menos indurada, no dolorosa y móvil. Debido a la evolución clínica descrita se realiza PAAF de la tumoración para optimizar su estudio, la cual se informa como material necrótico-inflamatorio, con test de auramina negativo y cultivo bacteriano sin desarrollo. Cumple 13 días de tratamiento antibiótico sistémico.

Reingresa en nuestro servicio, 13 días más tarde para ampliación de estudio y valoración terapéutica debido a la ausencia de modificación de las características de la lesión. Se inicia nuevo esquema antibiótico con cefotaxima y metronidazol para ampliar la cobertura antibacteriana. En las pruebas complementarias destaca nueva PCR: 1,5 mg/l, R. de Mantoux negativa, marcadores linfocitarios y morfología de serie blanca normales. El resultado de serología para *Bartonella* y PCR en material de adenopatía, realizados en el ingreso anterior resultaron negativos. El control ecográfico muestra la adenopatía de 3 x 2 cm con contenido purulento y aumento de vascularización periférica. Ante la falta de resolución se decide realizar una intervención quirúrgica por parte del servicio de ORL. Se efectúa un vaciamiento ganglionar selectivo izquierdo, con posterior estudio de la pieza, la cual es informada como Linfadenitis necrotizante de tipo KIKUCHI-FUJIMOTO.

REVISIÓN DE INGRESOS POR MASTOIDITIS AGUDAS EN EL LACTANTE, ¿ESTÁ AUMENTANDO SU INCIDENCIA? **A. González Benavides, A. Amezcua Tiraplegui, A. Mosquera Gorostidi, A. Justo Ranera, M. García Ayerra, A. Iceta Lizarraga.** *Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Introducción y objetivos: La mastoiditis aguda es la complicación más frecuente de la otitis media aguda. Numerosos estudios recientes muestran un incremento importante de su incidencia, sobre todo en menores de dos años. El objetivo de este estudio es revisar los casos diagnosticados en lactantes en nuestro hospital terciario en los últimos trece años.

Métodos: Revisión retrospectiva de niños menores de 18 meses ingresados por mastoiditis durante el periodo 2000-2013. Se analizan variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, analíticas y terapéuticas mediante el programa estadístico SPSS 20.0.

Resultados: Se ha obtenido una muestra de 33 casos con una mediana de edad de 14 meses (media 12,7 meses), 67% varones y 33% mujeres. Todos correctamente vacunados según calendario, el 90,6% había recibido 2 o más dosis antineumocócicas. La frecuencia anual de mastoiditis aguda presentó importantes variaciones a lo largo del estudio. Desde el 2000 hasta 2005 incluido no hemos encontrado ningún caso, siendo en 2009 cuando se registraron el mayor número de pacientes, con 8 en total. La media anual fue de 2,5 casos/año.

El 82% de los niños presentaba fiebre al diagnóstico, con una media de 38,8°C y una mediana de 39°C; el 28% tenía otorrea asociada. Un 33,3% recibió antibioterapia previa, principalmente Blactámicos. El 60,6% de las mastoiditis fueron derechas. En el 21,2% de los casos se realizó cultivo de exudado ótico, aislándose en uno de ellos *Streptococcus pneumoniae* y en otro *Streptococcus pyogenes* tipo A, resto estériles.

El valor medio de PCR al ingreso fue de 10,7 mg/dl (mediana 10,38). En el 100% se solicitó hemocultivo resultando positivo solamente en dos pacientes, en ambos casos la PCT era mayor de 10 ng/ml.

Todos los pacientes recibieron antibioterapia intravenosa con una mediana de duración de ingreso de 6 días. Al 51,5% se administró cefotaxima, al 24,2% ceftriaxona y el 24,2% llevó tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Tratamiento con drenaje quirúrgico solo fue necesario en una ocasión, ya que presentó un absceso mastoideo.

Únicamente un niño presentó recurrencia que requirió reingreso y realización de TAC, la evolución fue satisfactoria sin complicaciones.

Conclusiones:

- La mastoiditis aguda presenta un aumento de incidencia en los últimos años, con variabilidad interanual, tal y como describen otros estudios
- La enfermedad afecta más a varones y es más frecuente en el lado derecho.
- La mayoría de los casos evoluciona favorablemente con tratamiento antibiótico intravenoso sin requerir drenaje quirúrgico ni pruebas diagnósticas agresivas.
- Las recaídas o complicaciones son poco frecuentes.

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: LARINGITIS AGUDA, CUANDO LAS COSAS NO SON LO QUE PARECEN. **M. García Ayerra, J. Álvarez García, R. Urabayen Alberdi, M. Osoz Lizarbe, P. Caballero, J. Molina Garicano.** *Oncopediatría. Complejo Hospitalario de Navarra B.*

Caso clínico: Lactante de 4 meses de edad que acude a su pediatra por tos de características metálicas de 3 días de evolución, sin afonía, ni estridor, acompañado de mucosidad nasal abundante, sin fiebre ni otra sintomatología de interés

No presenta antecedentes personales relevantes a excepción de ureterohidronefrosis grado 2 en seguimiento por Nefrología Pediátrica.

Se pauta tratamiento esteroideo oral y se reevalúa a las 48 horas donde se objetiva clara mejoría del cuadro. Cuatro días después consulta de nuevo por tos metálica, estridor y sensación de trabajo respiratorio. A la exploración destaca el estridor y la aparición de crepitantes bilaterales por lo que se indica tratamiento con

Salbutamol y Azitromicina y se solicita radiografía simple de tórax. Al día siguiente el servicio de Radiología se pone en contacto con el pediatra del Centro de Salud para informar que en la radiografía se aprecia una masa en mediastino posterior que desplaza tráquea y bronquio derecho. Es derivado a Urgencias e ingresa para estudio.

Se solicita analítica y diferentes pruebas de imagen (ecocardiografía, ecografía abdominal y torácica y posteriormente TC, RMN y gammagrafía con MIBG). A las 24 horas de ingreso se realiza biopsia por tru cut y aspirado medular. Se diagnostica de neuroblastoma y comienza tratamiento con quimioterapia (carboplatino y etopósido).

Una vez recibidos todos los resultados se sabe que se trata de un neuroblastoma, se estadía como Ms, con metástasis hepática, sin amplificación de N-myc y sin delección del cromosoma 11q. Ya que no se pudo realizar perfil genómico, sigue tratamiento según el grupo 5 del protocolo actual vigente de la SIOP.

Actualmente el niño está en tratamiento con quimioterapia, que está tolerando muy bien y presenta buena evolución.

Conclusiones:

- Ante síntomas comunes que orientan hacia diagnósticos comunes, pero que no presentan una evolución corriente ampliar el diagnóstico diferencial y pensar en otras causas.
- Es fundamental una buena colaboración entre atención primaria y especializada, así como entre los diferentes servicios hospitalarios que permitan un diagnóstico rápido y un inicio de tratamiento precoz, como ha ocurrido con este niño.

CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS Y SOCIOECONÓMICOS EN LOS NIÑOS NACIDOS PEG EN LA ÚLTIMA DÉCADA. **I. Díez López¹, M. del Hoyo Moracho¹, A. Sarasua Miranda¹, I. Lorente Blázquez¹, R. Gómez de Segura Lorente¹, D. Pérez Campos¹, M. T. Macarulla Arenaza^{2,3}, V. M. Rodríguez Rivera^{2,3}.** ¹Sección Endocrinología Infantil, Hospital Universitario de Álava. Grupo de Investigación sobre el niño PEG del HUA. Vitoria. ²Grupo Nutrición y Obesidad, Facultad de Farmacia,

Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Vitoria.
³CIBER de Fisiopatología de la Obesidad (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III.

Introducción: Aunque la incidencia teórica del niño nacido pequeño en peso y/o talla para su edad gestacional (PEG) es del 3-5% (en el País Vasco el 3.5%, según el Departamento de Salud), la realidad socioeconómica de nuestro país ha condicionado una modificación de su prevalencia y posible predominio de alguna de las causas ya descritas, tanto maternas (peso, talla, DM gestacional, genéticas, ambientales, fármacos, drogas), como fetales (genéticas, malformaciones, infecciones) o placentarias (alteraciones del cordón, trombosis, etc.). Dado que el 50% de estos niños a los 2 años no han realizado un correcto *catch up* (por exceso o por defecto), con posibles repercusiones en talla futura, alteraciones metabólicas y cardiovasculares, DM, etc., se requiere un estudio de estos cambios.

Objetivo: Valorar cambios socio-epidemiológicos de los recién nacidos en nuestro medio en los últimos 10 años y su influencia en la patología PEG.

Material y métodos: Se estudiaron, clasificaron y compararon los 4.934 recién nacidos (RN) vivos de embarazos únicos de nuestro Hospital durante los años 2004-2005 con los 5.942 RN vivos durante los años 2011-2012, se identificaron los RN como PEG (peso y/o talla <2 DS para EG) con las Tablas Españolas de 2008, y se consideraron las variables maternas edad, primiparidad y nacionalidad. Los datos se analizaron mediante la *t* de Student bilateral.

PSEUDOTUMOR CEREBRAL PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE 3 CASOS. **A. Sierra Picón, S. Devesa Mendez, X. Hernandez Fernandez, A. Partidas Perich, C. Ruiz Espinosa, M.A. Fernandez Cuesta.** Servicio de Pediatría. U. Basuto, Bilbo, Vizcaya.

Introducción: La hipertensión intracraneal idiopática (HII), también llamado pseudotumor cerebral pediátrico (PCP) es un síndrome que se caracteriza por una elevación de la pre-

sión intracraneal (> 20 cmH₂O) en un cerebro normal en neuroimagen, ventrículos cerebrales normales o reducidos, y un líquido cefalorraquídeo (LCR) normal. Se trata de una entidad infrecuente en la infancia pero la presencia de cefaleas invalidantes de difícil manejo y el riesgo de pérdida de la visión permanente hacen de esta entidad un cuadro cuyo pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento oportunos. Afecta a niños de cualquier edad sin predominio de ningún sexo y con una incidencia anual de 0.9/100.000 niños.

Caso clínico 1: Niña de 12 años con sobrepeso presenta desde hace 4 meses sensación vertiginosa en relación con la actividad física, asociando los últimos días cefalea frontal, dolor ocular izquierdo, lagrimeo y fotofobia. A la exploración se evidencia edema de papila bilateral sin otros hallazgos. En el TAC se objetiva dudoso aumento del espacio subaracnoideo que rodea a los nervios ópticos y en el examen general de LCR 210 células (L98%); manometría: 28 cmH₂O. Tras evacuación de LCR y tratamiento con Acetazolamida mejora la clínica y presenta fondo de ojo normal.

Caso clínico 2: Niño de 5 años con sobrepeso en tratamiento con prednisona a días alternos por S. nefrótico y corticoides inhalados por asma. Consulta por cuadro de cefalea frontoparietal, vómitos, cervicalgia y diplopía de 6 días de evolución. En la exploración física destaca paresia del VI par izquierdo y papiledema bilateral. Se realiza angioRMN y estudio de LCR sin hallazgos. Ante sospecha de PCP, confirmada posteriormente con manometría (31 cmH₂O) se inicia tratamiento con acetazolamida apreciándose disminución de la cefalea, mejoría de la motilidad ocular y progresiva normalización del fondo de ojo.

Caso clínico 3: Niño de 7 años sin antecedentes de interés salvo asmático con tratamiento de fondo con fluticasona y salmeterol inhalado de mantenimiento. Cuadro de 3 meses de evolución consistente en cefalea frontal, pulsátil, más acusada con actividad física y maniobras de valsalva, y visión borrosa al despertar. El inicio del cuadro coincidió con un traumatismo facial leve, tras el cual presenta exploración física y neurológica normal. Dada la persistencia de la cefalea es valorado por oftalmología donde

evidencian edema de papila bilateral. Se realiza TAC y angio-RMN descartando cualquier afectación estructural y examen general de LCR siendo de características normales. Se realiza Manometría de LCR: 21,5 cmH₂O, aumentando a 35 cmH₂O con maniobra de valsalva. Se completa estudio hormonal e inmunológico sin alteraciones. Tras PL la clínica fue mejorando paulatinamente evidenciándose normalidad en los bordes papilares a los 2 meses. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, salvo cefalea leve muy ocasional.

Conclusiones: Es un síndrome complejo, una causa de cefalea intensa en niños, con pérdida visual aguda y, eventualmente, atrofia óptica. Su tratamiento debe ser individualizado, multidisciplinario, requiriendo la colaboración del neuropediatra y el oftalmólogo para monitorizar la función visual y la efectividad del tratamiento médico. El objetivo es reducir la presión endocraneal para evitar la lesión visual irreversible requiriendo incluso tratamiento quirúrgico precoz. En general, la mayoría de los pacientes, presenta recuperación satisfactoria, en ocasiones espontánea; sin embargo hasta 25% de los pacientes presenta algún tipo de alteración residual según algunos autores. Es importante remarcar que no se trata de una entidad benigna, sino que produce morbilidad importante y, eventualmente, lesiones graves y permanentes.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN

REAGUDIZACIÓN DE ASMA. RESULTADOS PRELIMINARES. **N. Echeverría Hernando, G. Aguirresarobe Gil de San Vicente, L. Arranz Arana, P. Corcuera Elósegui, U. Hernández-Dorransoro, J. Korta Murua.** Hospital Universitario San Sebastian.

Introducción y objetivos. La reagudización asmática sigue siendo un motivo frecuente de hospitalización a pesar de los esfuerzos para mantener su óptimo control. El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes que han precisado ingreso por reagudización asmática y su control.

Métodos. Estudio prospectivo, observacional y descriptivo de los casos ingresados con diagnóstico de asma en la planta de hospitalización (PH) y Unidad de Observación de Urgencias de Pediatría (OUP) entre 1/09/13 y 31/01/14 con una edad entre 3 y 14 años (datos preliminares del estudio que finaliza en septiembre 2014). Se analizan las variables epidemiológicas, clínico-analíticas, de tratamiento y evolutivas. Análisis estadístico IBM SPSS 21.0.

Resultados. Cohorte constituida de 99 pacientes, el 58,6% varones (n:58), media de edad de 5,5 años (3-13 años). El 69,7% (n:69) eran niños $\geq$ a 37 semanas de gestación; y el 7,1% (n:7) pretérmino. El 56,6% (n:56) tenía antecedentes personales de dermatitis atópica y el 37,4% (n:37) presentaba sensibilización a ácaros o gramíneas. La media de edad al diagnóstico fue de 4,2 años (1-12 años). El 72,7% (n:72) no tenía tratamiento de base, el 14,1% (n:14) tratamiento combinado y el 11,1% (n:11) glucocorticoides inhalados. El 43,4% (n:43) tomaron broncodilatadores a demanda en los últimos tres meses y el 42,4% (n:42) había tomado uno o más ciclos de corticoides orales en el último año. El 60,6% (n:60) ingresó en OUP (media de horas de ingreso $17,2 \pm 7,5$) y el 39,4% (n:39) precisó ingreso en PH; el 20,5% (n:8) de los ingresados requirió ingreso en UCIP. La estancia media hospitalaria fue de $4,8 \pm 1,4$ días y la media de días de oxigenoterapia $4,7 \pm 8,7$ días. En el 85,8% (n:85) de la muestra se realizó intervención educativa previa al alta. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre los niños con tratamiento de base y los días de hospitalización y de oxigenoterapia. Los niños pretérmino no han precisado más días de oxigenoterapia ni de hospitalización ($p > 0,05$).

Comentarios. La mayoría de los pacientes que requirieron ingreso no tenían criterios de control de asma. Un porcentaje elevado pudo ser dado de alta tras unas horas de tratamiento en OUP. Teniendo en cuenta la prevalencia de esta enfermedad, es importante insistir en la intervención educativa. Es preciso identificar precozmente a los pacientes no adecuadamente controlados para iniciar tratamiento preventivo.

REVISIÓN DE SARCOMAS DE EWING-PNET: 19 AÑOS DE EXPERIENCIA. **M. García Ayerra, R. Urabayen Alberdi, M. Sagaseta de Irurdoz Uranga, J. Molina Garicano, J.J. Sánchez Villares, B. Elduayen Aldaz.** *Oncopediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.*

Se revisan las historias de pacientes afectados de sarcoma de Ewing-PNET desde abril de 1995 hasta marzo de 2014 en un hospital terciario que atiende a una población de 100.000 menores de 15 años, cuya incidencia de tumores es 15 casos anuales. Se recopilan un total de 13 casos de Sarcoma de Ewing-PNET, lo que equivale a una incidencia de 0.72 casos/año (3 casos/4 años). Media de edad: 11,6 años (mínimo 3 máximo 16), distribución por sexos: 7 mujeres y 6 varones.

La clínica característica es variable según la localización, aunque con frecuencia consultan meses antes del diagnóstico por dolor inespecífico, impotencia funcional o aparición de masa. Presentan la siguiente localización: 8 axiales (vértebras o pelvis), 2 en fémur, 2 en parrilla costal y uno en calcáneo. Se tratan según el protocolo de la SEHOP vigente, con quimioterapia, radioterapia, cirugía y TPH en función de las características individuales de cada caso. 9 de los pacientes (70%) fueron sometidos a TPH.

Han fallecido cuatro pacientes, tres con tumor de localización axial y uno en parrilla costal. El 75% de los fallecidos presentaba metástasis al diagnóstico. El resto (70%) están vivos con un tiempo de supervivencia libre de enfermedad variable. En la actualidad hay 2 pacientes en tratamiento activo: uno recién realizada la infusión de progenitores hematopoyéticos y el segundo en el último ciclo de tratamiento con quimioterapia previo a TPH.

SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO EN LACTANTES, UN RETO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO. **N. Portillo Nájera, E. De La Calle, J. Valle Ortiz, M. Labayru, A. Sojo.** *Hospital Universitario de Cruces, Lactantes.*

Caso clínico: Niña de 3 meses de vida, sin antecedentes de interés, que ingresa des-

de urgencias por fiebre de hasta 39,5°C de 72 horas de evolución, síntomas catarrales leves y exantema fugaz que desapareció en 24 horas. Durante el ingreso permaneció febril (38-39°C) durante 26 días, varios picos diarios, sin afectación del estado general. Ante informe radiológico de posible infección broncoalveolar recibió ciclo de Amoxicilina oral, sin resolución del proceso. Se realizaron múltiples estudios complementarios en sangre, líquido cefalorraquídeo, orina, médula ósea, según las fases evolutivas de la fiebre de origen desconocido; en los cuales solo cabe destacar trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Fue valorada por cardiología Infantil en varias ocasiones, descartando endocarditis infecciosa. Se realizaron estudios genéticos de procesos febriles recurrentes y enfermedades inflamatorias crónicas de inicio precoz, todos ellos con resultado negativo. Gammagrafía ósea negativa. En TAC corporal total se objetivó condensación pulmonar pequeña redondeada como posible diagnóstico Neumonía organizada vrs Tumor pseudoinflamatorio, por lo que recibió ciclo con Cefotaxima IV, cediendo la fiebre al 5º día del inicio del tto. TAC control objetivó ligero cambio hacia la mejoría. Dada de alta afebril. Controles progresivos demuestran que la imagen permanece de un tamaño similar por lo que la hipótesis del tumor pseudoinflamatorio adquiere mayor relevancia. Se indicó exéresis de la masa, cuya anatomía patológica confirmó la etiología sospechada, siendo todo el proceso un reto diagnóstico.

TRASTORNOS SECUNDARIOS ASOCIADOS A INFECCIÓN POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN LA EDAD PEDIÁTRICA. **N. Salmon Rodríguez, M. Navarro de Prado, E. Gonzalo Alonso, A. Rodríguez Cerezo, F. Salmon Antón.** *Hospital Universitario de Cruces. Centro de Salud Arrigorriaga, OSI Barrualde-Galdakao.*

Introducción: En el primer trimestre del año 2014, se han diagnosticado dos episodios de Infección sistémica por *Streptococo Pyogenes*, en dos adultos sanos (D y E), en una zona de salud que abarca 1500 niños menores de 14 años y unos 6000 adultos.

En el primer episodio, el padre (D) falleció a consecuencia de la infección). Coincidiendo en el tiempo, destacamos, dos procesos de amigdalitis, con DSBHGA Positivo. Uno en una niña de 8 años (A) y el otro en un niño de 5 años (B), a los que prescribió amoxicilina.

En el segundo episodio de de infección generalizada, (E) se diagnostica a los 35 días del primero y tiene como antecedente que 7 días antes la hija (C) había tenido un episodio de odinofagia y fiebre que duró 7 días.

En ambos procesos sistémicos, se procedió a realizar profilaxis antibiótica con Cefuroxima según protocolo a los contactos íntimos del entorno familiar (esposa e hijos)

Evolución: La niña (A), a los 3 días de inicio del tratamiento con Amoxicilina, consulta en el SUPH, con un estado de Ansiedad de aparición brusca y dramática para el entorno familiar, que hace necesario la interconsulta de urgencia al módulo de Psiquiatría Infantil. Se descarta intoxicación por amoxicilina y metales pesados, se diagnostica de Trastorno neuropsiquiátrico autoinmune asociado a infección estreptocócica en la edad pediátrica: PANDAS. Se complementa tto de amoxicilina y un preparado de Pasiflora. Evolucionando favorablemente hasta la desaparición de toda de sintomatología a los 35 días.

El niño (B), consulta a los 10 días del diagnóstico de amigdalitis, por movimientos anómalos de cabeza, con pestaño, y acompañado de algún ruido gutural. Se diagnostica de Tic por afectación autoinmune secundaria a infección estreptocócica. Se tranquiliza a la familia y evoluciona favorablemente.

La niña (C), a los 10 días del proceso febril con odinofagia, consulta en el SUPH, por Tortícolis no Traumática. Se indica tratamiento conservador. El padre (e) de la niña, ingresa por infección sistémica. Tras 15 días, persiste la Tortícolis, con dolor e impotencia funcional, por lo que se remite de nuevo al SUPH, donde se realiza RX de cuello y TAC, diagnosticando como Subluxación rotacional, 33º, Atlanto-axoidea, (síndrome de Grisel). Tres días se

practica RM, informada como Mielopatía a la altura de C2 (adelgazamiento del cordón medular y aumento de señal). No está cerrado el episodio a los 35 días.

Conclusiones: La infección estreptocócica es una de las más frecuentes en la atención pediátrica, el diagnóstico suele ser clínico, y la evolución, en la mayoría de los episodios, se representa como una típica y esperada marcha infecciosa que evoluciona favorablemente a la curación en un tiempo determinado, y sin secuelas.

Sin embargo, hay ocasiones en que se presentan complicaciones como los expuestos que nos obliga en la práctica clínica a pensar en estos diagnósticos, para no retardar la atención multidisciplinar en la mayoría de las ocasiones, y evitar exponerlos a riesgos innecesarios.

COORDINACIÓN SANITARIO-EDUCATIVA PARA EL TDAH EN EUSKADI. J.M. García Cruz. *Centro de salud Zabalgana. Vitoria.*

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) es uno de los procesos crónicos más prevalentes en edad pediátrica escolar. Su diagnóstico se realiza por criterios clínicos según el DSM-V/CIE-10. Siempre es necesaria una evaluación exhaustiva del ambiente familiar, escolar y social del paciente. El planteamiento terapéutico debe ser interdisciplinar y multimodal. No hay en Euskadi un protocolo que coordine eficientemente el diagnóstico y seguimiento del TDAH entre los profesionales de los servicios escolares y sanitarios. Se describe un proyecto de protocolo interdisciplinar sanidad-educación, que asegure en nuestra comunidad el abordaje, tratamiento y seguimiento del TDAH de manera eficaz y óptima.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS LACTANTES HOSPITALIZADOS POR TOS FERINA. ANÁLISIS DE 2 AÑOS. G. Ormazabal Gaztaña-

ga, L. Arranz Arana, A. Luengo Echeveste, C. Zugazaga Inchaurrea, C. García Pardos, O. Muga Zuriarrain. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia.*

Objetivos: Descripción de las características clínicas, comorbilidad asociada y estado vacunal en niños (1-30 meses) hospitalizados por infección por *Bordetella pertussis* desde 1-1-2012 a 31-12-2013.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, por revisión de historias clínicas con el diagnóstico de tos ferina confirmada mediante RT-PCR en muestra nasofaríngea. Variables registradas: demográficas, comorbilidad, manejo hospitalario.

Resultados: Cohorte constituida por 27 casos (51% varones). Edad media 3,8 meses (IC 95%: 2,3-5,3) y 56% menores de 2 meses. Motivo de ingreso: tos accesual (59%), cianosis facial (18%), vómitos (11%) y otros (11%). En uno de los casos la infección fue nosocomial. Presentaban comorbilidad previa un caso (3,7%), que corresponde a enfermedad neurológica. Vacunación de DTPa no iniciada en el 33% e incompleta en el 66% (1 dosis 41%; 2 dosis 11%). El 19% era población inmigrante. El 67% presenta sintomatología compatible con tos ferina de uno o más familiares. Estacionalidad: enero-marzo 22%, abril-junio 26%, julio-septiembre 30%, octubre-diciembre 22%. El 52% presentaron linfocitosis al ingreso, media 9.880/ μ L (rango 2610-26.620). Se detectó coinfección por virus respiratorios en un 56% (rinovirus 73%, VRS 20% y adenovirus 7%). Todos los casos fueron tratados con azitromicina (media, 7 días). El 22% precisó oxigenoterapia. Dos de los casos requirieron ingreso en UCIP (estancia media de tres días) debido a apneas, recibiendo oxigenoterapia mediante cánulas nasales de alto flujo. La estancia media global fue de 7 días. En todos los casos se realizó profilaxis en contactos familiares.

Comentarios: La tos ferina sigue siendo una enfermedad infecciosa de gran morbilidad en lactantes.