

BOLETÍN
DE LA

SOCIEDAD VALENCIANA

**DE
PEDIATRÍA**



Publicación Oficial de la Sociedad Valenciana de Pediatría



BOLETÍN DE LA

SOCIEDAD VALENCIANA

**DE
PEDIATRÍA**



Publicación Oficial de la Sociedad Valenciana de Pediatría

S

UMARIO

MEMORIA DEL CURSO ACADÉMICO

XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA

- 3 **TALLERES**
- 15 **MESA REDONDA**
- 19 **COMUNICACIONES ORALES**
- 79 **COMUNICACIONES PÓSTERS**



Director
Miguel Tortajada Girbés

Secretaria Técnica
M^a Carmen Sánchez

Consejo de Redacción

Ramón Aguilera Olmos
Vicente Albiach Mesado
Mercedes Andrés Celma
José Luis Badía Mayor
Carmen Benlloch Sánchez
Juan Brines Solanes
Eduardo Buesa Ibáñez
Miguel Calabuig Sánchez
Fernando Calvo Rigual
Joaquín Carbonell Nadal
Victoria Castel Sánchez
Julia Colomer Revuelta
Ana Company Llusar
Jaime Damau Serra
M^a Ángeles Dasí Carpio
Javier Díez Domingo
Joaquín Donat Colomer
Amparo Escribano Montaner
Carlos Esquembre Menor
Rafael Fernández-Delgado
Josep Ferris i Tortajada
José Flores Serrano
Jesús Garde Garde
Fernando Goberna Burguera

Francisco Gómez Gosálvez
Teresa Hernández Aguilar
Roberto Hernández Marco
Mercedes Juste Ruiz
Juan López Andreu
Luis López Peña
Pacual Malo Concepción
Antonio Michavila Gómez
Francisco Morcillo Sopena
Manuel Moya Benavent
Fernando Mulas Delgado
Carmen Navarro Navarro
Antonio Nieto García
M^a Carmen Otero Reigada
Carlos Paredes Cencillo
Jose M^a Paricio Talayero
Antonio Pereda Pérez
Antonio Pérez Aytés
Amelia Peris Vidal
Félix Prieto Bouza
Ramón Sanchís Ramada
Fernando Vargas Torcal
Juan José Vila Carbó
Isidro Vitoria Miñana
Joaquín Ybarra Huesa

Secretaria de redacción:
Boletín Soc Val Pediatría
Colegio Oficial de Médicos
Avda. Plata, 20
46013 - Valencia

Volumen N° 34 - 2014
Dep. Legal V-387-1957
ISSN 0489-824



JUNTA DIRECTIVA:

Presidenta: Pilar Codoñer Franch
Vicepresidente por Castellón: Jorge Pantoja Martínez
Vicepresidente por Alicante: Mercedes Juste Ruiz
Secretario: Pablo Ferrer González
Tesorero: Susana Villalonga Campos
Vocal por Valencia: Javier Elorza Arizmendi
Vocal Atención Primaria: Eva Suárez Vicent
Vocal de Formación Continuada: Isabel Izquierdo Macian
Vocal de Cirugía Pediátrica: José Antonio Montalvo
Vocal de Hospitales Comarcales: Elena Gastaldo Simeón
Vocal de Especialidades Pediátricas: Agustín Molina Merino
Vocal por Alicante: M.^a Luisa Lucas Abad
Vocal por Castellón: Ana Isabel Edo
Director de la Página de Internet: Manuel Porcar Almela
Director de la Revista: Miguel Tortajada Girbés

**XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA
DE PEDIATRÍA:**

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:
Pilar Codoñer Franch
Vocales:
Mercedes Juste Ruiz
Jorge Pantoja Martínez
Pablo Ferrer González
Susana Villalonga Campos
Eva Suárez Vicent
Elena Gastaldo Simeón
José Antonio Montalvo García
Isabel Izquierdo Macián
Agustín Molina Merino
Javier Elorza Arizmendi
M.^a Luisa Lucas Abad
Ana Isabel Edo Monfort
Manuel Porcar Almela
Miguel Tortajada Girbés
Esteban Peiró Molina

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:
M.^a Luisa Lucas Abad
Vocales:
M.^a José López García
José Alcón Sáez
Isabel Bofill Moscardó
Ezequiel Pérez Campos
José Contreras Suay
Sara Pons Morales
Gema Ochando Perales
Isidro Vitoria Miñana
Miguel Gracia Antequera
Joaquín Donat Colomer
Julia Colomer Revuelta



Volumen 34
Año 2014

MEMORIA DEL CURSO ACADÉMICO

Curso 2013-2014.....	1
Pablo Ferrer González	

XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA

TALLERES

Anticoncepción y Salud Reproductiva	3
Dr. Ezequiel Pérez Campos y Dra. Ana Adell Sales.	
Trastornos de la Conducta Alimentaria, DITCA	7
Dra. Josefa Mulet Salvador y Dra. María Luisa Lucas	
Trastornos Músculo Esqueléticos	8
Dra. Eva Gil Monzó, Dra. Mónica Jordá Llona y Dra. Sara Pons Morales	

MESA REDONDA

Problemas comunes en el adolescente	15
---	----

COMUNICACIONES ORALES

Efectos secundarios de la Triple Terapia Antiretroviral (TARGA) sobre el recién nacido	19
Posadas Blázquez V, Togo A, Arcos Machancoses JV, Lozano Pérez R, Ortega Sánchez MC, Moreno Florez C, Molina Merino A, Jareño Roglá E. Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universitario Valencia; Servicio de Pediatría Hospital La Fe Valencia; UCI Neonatal Hospital Clínico Universitario; Centro de Salud de Moncada	
Riesgo de parto pretérmino y uso de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) durante el embarazo en nuestro hospital	20
Posadas Blázquez V, Togo A, Arcos Machancoses JV, Lozano Pérez R, Ortega Sánchez MC, Moreno Florez C, Molina Merino A, Jareño Roglá E. Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universitario Valencia; Servicio de Pediatría Hospital La Fe Valencia; UCI Neonatal Hospital Clínico Universitario; Centro de Salud de Moncada	
Síndrome hemofagocítico (SH) primario	21
Noura Taibi, Mónica Ferrández González, Noelia Moreno López, Esther Mazón Ruiz, Manuel Roig Riu Hospital "Vega Baja". Orihuela.	
Atención en las primeras 48 horas del alta de maternidad en la consulta de enfermería y/o pediatría	22
María Teresa Asensi Monzó ¹ , Elena Fabregat Ferrer ² , María Dolores Gutiérrez Sigler ³ , Javier Soriano Faura ⁴ . 1. CS Serrería 1, Valencia, Valencia, Spain. 2. CS Gran Vía, Castellón, Castellón, Spain. 3. CS Nou Moles, Valencia, Valencia, Spain. 4. CS Fuensanta, Valencia, Valencia, Spain	
Pitiriasis rubra pilaris: entidad poco conocida en pediatría	23
Katja Schmitz*, Sandra Rodilla Valenzuela**, María Isabel Febrer Bosch***. *Servicio Pediatría Hospital General Universitario de Valencia. **Servicio Pediatría Hospital General de Castellón. ***Servicio Dermatología Hospital General Universitario de Valencia	

Registro de casos de muerte inesperada del lactante de la Comunidad Valenciana	24
Castro B, Marin P, Monzo A, Molina P, Tapia C, Zorio E, Izquierdo I. Hospital La Fe	
Leishmaniasis visceral, ¿la tenemos presente?	25
Martínez-Barona S*, Molina Cambra A*, Carreras Gil de Santivañes C*, Pemán García J**, Pi- queras Arenas A*. *Servicio de Infectología Pediátrica. **Servicio de Microbiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.	
Infección sintomática por citomegalovirus adquirido a propósito de dos casos	26
López Medina E.Mª, Rosenova Ivanova R, González Callado L, Cabezuelo Huerta G, Ferrer Lorente B. Unidad de pediatría General, Hospital universitario y politécnico La Fe. Valencia	
Alteraciones intragénicas del gen NRXN1 y retardo del desarrollo: a propósi- to de un caso	27
Barato Monzón D.*, Juan Martínez J.*, Requena Benito C.*, Collado Coso B.*, Zúñiga Cabrera A.®, Pi Castañ G.* *Servicio de Pediatría Hospital Universitario de la Ribera. ® Biología Molecular Hospital Universitario de la Ribera.	
Dos años de consulta on-line	28
Ferrández González M, Rubio Díaz I. Hospital Vega Baja (Orihuela)	
Sepsis tardía por Estreptococo grupo B, revisión de casos en el servicio de Pediatría	29
Ballesteros Cogollos V, Cantó Clement M, Saénz González P. Hospital Universitario i Politénic La Fe	
Actitud ante una trombosis venosa craneal secundario a etiología infecciosa	30
Zamora Alberola F, Pagán Martínez A, Cruz Maeso S. Hospital General Universitario de Elche	
Discitis, retraso y errores en el diagnóstico	31
Rosenova R.,López EM.,Torres MB., Cabezuelo G.,Ferrer MB. Servicio de Pediatría, Hospital Uni- versitario La Fe. Valencia	
Cojera y dolor puede ser un tumor	32
Mañes Jiménez Y, Pérez García B, Jiménez Candel MI, Carpena Lucas PJ, Moriano Gutiérrez A. Hospital Lluís Alcanyis, Xativa (Valencia)	
Comportamiento de los pretérmino tardíos de un hospital comarcal	34
Giménez C., Manzanera P., Claver M. H.G.U. Virgen de la Salud de Elda	
Urticaria o angioedema como manifestación de alergia alimentaria. Revisión de casos	35
Canals-Candela FJ, Abad-Linares J, Beneyto-Lluch M, Sánchez-Vicente L, Garde-Garde JM, Sa- la-Sánchez AG. Hospital General Universitari d'Elx	
Oxigenoterapia de Alto Flujo, experiencia en bronquiolitis	36
Cantó Clement M*, Ballesteros Cogollos V*, Ferrer Lorente B**, Cabezuelo Huerta G**. *Resi- dentes Servicio Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. **Adjuntas Servicio Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.	
Pseudo-neutropenia	37
Moreno López N, Ferrández González M, Taibi N, Mazón Ruiz E, Peñalver Sarmiento A. Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante.	
Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactivi- dad: cambio estrategia terapéutica (lisdexanfetamina).....	38
Gandía R, Mulas F., Roca P., Ortiz P. Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (Invanep)	
Análisis del estado nutricional en prescolares hospitalizados: ¿qué ha cam- biado en los últimos 20 años?	39
Aguilera Alonso D, López Ruiz R, García Blanes CP, Ojeda González L, Alcón Sáez JJ. Servicio de Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.	
Quistes de colédoco, una causa inusual de ictericia en pediatría	40
López Ruiz R, Aguilera Alonso D, García Blanes CP, Muñoz Aguilar G, Montesinos Sanchis E, Al- cón Sáez JJ. Servicio de Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.	
Suero salino hipertónico en el tratamiento de la bronquiolitis. ¿La nebuliza- ción ideal o una más?	41
Delgado A*, Álvarez L*, Álvarez M*, Ferrer M*. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario General de Castellón.	

Litiasis biliar múltiple y sintomática secundaria a esferocitosis hereditaria	42
Nebot Martín A*, Tornador Gaya E*, Jovaní Casano C*, Olivares Muñoz, M**, Amat Bou, M*. * Servicio Pediatría Hospital General de Castellón. ** Servicio Cirugía Pediátrica Hospital General de Castellón.	
Mejorar el diagnóstico de mucopolisacaridosis es posible	43
Laura Quinzá Franqueza, Miguel Martí Masanet, Ángela Muñoz Tormo-Figueres, Cristina Salido Capilla, Sara Pons Morales, Pilar Codoñer Franch. Hospital Dr. Peset, Valencia	
Evaluación con una auditoría clínica de la atención a las convulsiones febriles en pediatría	44
Marco Hernández AV*, Jurado Portero JC*, Valiente Armero A*, Núñez Adsuara P, Tomás Vila M*, Campos Andreu A**. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. *Servicio de Pediatría. **Servicio de Alergología.	
Hipoparatiroidismo como causa de epilepsia y discapacidad intelectual	45
Marco Hernández AV*, Juárez Osorto JM*, Parra Llorca A*, Jurado Portero JC*, Smeyers Durá P**. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. *Servicio de Pediatría. **Sección de Neuro-pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València	
Ileo meconial causado por infección congénita por cmv, revisión bibliográfica a propósito de un caso	46
Marco Hernández AV*, Arcos Machancoses JV*, Zanón Ortiz S*, Parra Llorca A*, Solano Galán P*, Gimeno Navarro A**. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. *Servicio de Pediatría. **Sección de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València	
Parotiditis recurrente como criterio de Síndrome de Sjögren primario.....	47
Molina Cambra A*, Valiente Armero A*, Zanón Ortiz S*, Ferrer Lorente B*, Oltra Benavent M*. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia	
Fibrosis quística y celiaquía, una asociación infrecuente. Revisión de 4 casos.....	48
Parra Llorca A, Arcos Machancoses JV, Herrero García A, Marco Hernández A, **Masip Simó E, *Cortell Aznar I. Servicio *Neumología y **Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.	
Síndrome de pandas, a propósito de un caso	49
Requena Benito, C. *, Gonzalez de la Rosa F*. , Ferrando Monleón S. *, Lopez Navarro MC. *, Barato Monzón D. *, Quiles Catalá MD*. *Servicio de Pediatría, Hospital de la Ribera.	
Valor predictivo de la ecografía renal para reflujo vesicoureteral tras la primera infección urinaria febril	50
Portolés Morales M, del Río Marina A, Ferrer Lorente B, Oltra Benavent M, Sangüeso Nebot C, Picó Aliaga S. HUP la Fe, Valencia.	
Enfermedad Hepática Gestacional Aloinmune: Sospecha Diagnóstica en un caso de fallo Hepático Neonatal	51
Maciá Escriche M*, Salas García S*, Pérez-Tarazona S*, Escrig Fernández R*, Alberola Pérez A*. *Servicio Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.	
Diarrea y pérdida de peso, no es todo lo que parece	52
Sánchez Ferrer M, Segrelles Vayá L, García Avilés B, Juste Ruiz M, Sánchez Ferrer F. Servicio de Pediatría Hospital Universitario de San Juan, Alicante	
Síndrome constitucional y distensión abdominal en adolescente	53
Sánchez Ferrer M, Segrelles Vaya L, García Avilés B, Juste Ruiz M, Sánchez Ferrer F. Servicio de Pediatría Hospital Universitario de San Juan, Alicante	
Anorexia nerviosa en escolar varón de 11 años de edad	54
Pagán Martínez A, Zamora Arberola F, Cruz Maeso S. Hospital General Universitario de Elche	
Glucogenosis hepatorenal / síndrome de bickel-fanconi: a propósito de un caso clínico.....	55
Mazón Ruiz E, Moreno López N, Taibi N, Fernández M, Peñalver Sarmiento A, Roig Riu M. Hospital Vega Baja.	
Megacolon tóxico como complicación de salmonella	56
Rico Santacruz I, Lloret Olcina V, Grande Fernandez L, Aleixandre Blanquer F, Claver Durán F. Hospital General de Elda (Alicante)	
Neonato con síndrome qt largo congénito	57
Lloret Olcina V, Grande Fernandez L, Rico Santacruz I, Aleixandre Blanquer F, Claver Durán M. Hospital General de Elda (Alicante)	

Adolescentes con aftas orales recidivantes	58
Rico Santacruz I, Grande Fernandez L, Lloret Olcina V, Aleixandre Blanquer. F, Claver Durán. M. Hospital General de Elda (Alicante)	
Ataxia aguda tras vacunación de varicela	59
Jurado Portero JC*, Molina Cambra A*, Del Rio Marina A*, Juárez Osorto JM*, Marco Hernández AV*, Tomás Vila M*. *Servicio de Neuropediatría. Hospital universitario La Fe. Valencia	
¿Predispone la bronquiolitis por vrs a padecer asma?	60
Segrelles Vayà L., Sánchez Ferrer M., García Avilés B., Juste Ruiz M. Servicio Pediatría.Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant	
Síndrome de grisel tras otitis media supurada	61
Vázquez Pigueiras I, Canals Candela FJ, Mendoza Durán MR, Abad Linares J, Climent Forner E. Servicio de Pediatría, HGU Elche.	
Fiebre botonosa mediterránea: a propósito de un caso.....	62
García Clemente A, Benavent Casanova O, Rocamora Sierras V, Sánchez Zahonero J, Núñez Gómez F. Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia.	
Seguimiento de pacientes no presentados a una consulta de alergia pediátrica	63
Martínez Rovira P, Garde JM. Hospital San Juan de Alicante, Hospital General de Elche	
Análisis descriptivo del sistema de transporte secundario de neonatos críticos en Valencia y Castellón en los años 2011-2013.....	64
Marín P1, Gómez R1, Bermudez L1, Castro B2, Aguar M2, Brugada M2, Cernada M2, Colomer J3, Cubells E2, Boronat N2, Escrig R2, Hortelano V4, Gormaz M2, Gimeno A2, Ledo A5, Nuñez A2, Martínez L4, Haro E4, Pérez Iranzo A6, Sáenz P2, Molina A4, Toledo JD6, Torres E2, Castillo S4, Izquierdo I2. 1. S. de Pediatría CHGU Valencia, 2. S. de Neonatología H UyP La Fe, 3. S. de Pediatría H. La Plana. Castellón 4. S. de Pediatría H Clínico U Valencia, 5. S. de Pediatría Hospital de Sagunto, 6. S.de Pediatría. H.General de Castellón.	
Impacto de la vacuna conjugada frente a neumococo en las neumonías alveolares	65
Salamanca Campos, M; López Lacort, M; Tortajada Girbes, T.; Diez Domingo, J; Sastre, Macrina y Codoñer Franch, P. Área de Investigación en Vacunas. FISABIO-Salud Pública	
Déficits de las funciones ejecutivas en los niños con trastorno del espectro autista	66
Sirera-Conca Mª Ángeles; Abad-Mas Luis. CEDECO Red Cenit, Valencia. mariansirera@redcenit.com	
Efecto de la vacunación frente a Meningococo C y la evolución de la enfermedad Meningocócica Serotipo C.....	67
Fujkova J.1, Perez-Breva L.2, Tortajada-Girbes M.1, Giner Perez L.1, Codoñer Franch, P.1, Diez Domingo, J. 2. 1Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. 2Área de Investigación en Vacunas, FISABIO-SP	
Uso de las nuevas tecnologías por adolescentes.....	68
Salamanca M., Giner L., Belles J., Quinzá L., Ballester E., Codoñer P. Servicio de Pediatría H.Universitario Dr. Peset	
Triángulo de evaluación pediátrica: método de valoración inicial en urgencias por enfermería recientemente formada.	69
Belles J, Giner L, Salamanca M, Martí L, Pons S, Ballester E. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).	
Abucasis para pediatras: necesidades, limitaciones y sugerencias de mejora .	70
Asensi MT1, Álvarez de Laviada T2, Barona P3, Colomer J4, Labordena C5, Martínez M6, Pérez A7. 1 CS Serrería 1 Valencia, 2Consultorio Auxiliar Barrio de la Luz Xirivella Valencia, 3CS Centro de Salud Padre Jofré Valencia, 4 CS Fuente de San Luis Valencia, 5 CS Centro de Salud CS Fernando el Católico de Castellón, Castellón ,6 CS Republica Argentina Valencia, 7 CS de Albal Valencia.	
Mejoría de urgencias pediátricas tras formación y actualización de un equipo exclusivo de enfermeras y auxiliares	71
Giner L, Salamanca M, Belles J, Ballester E. Servicio Pediatría H.Dr. Peset	
Perfil sensorial en niños con Trastorno del Espectro Autista (Tea) y niños con Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad (tdah).....	72
Herrero-LLadró, R ; Martínez-Sanchís, S**; Abad, L*. CEDECO Red cenit*; Universidad de Valencia**, Valencia. Raquel.Herrero@Redcenit.com	

Ingresos por bronquiolitis por virus respiratorio sincitial en un hospital terciario. Influencia de la patología de base y el estado de colonización bacteriana nasofaríngea.....	73
Arcos Machancoses JV*, Parra Llorca A*, Marco Hernández AV*, Posadas Blázquez VJ**, Ferrer Lorente B*, Otero Reigada MC, Cabezuelo Huerta G* *Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. **Servicio de Pediatría. Hospital Clínic Universtari. València.	
Raquitismo: ¿una entidad emergente?	74
Cesín González S.M., Angelats Romero C.M., Rodríguez Pérez C., Díaz Martín S., Kalbouza S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja. Gandía.	
Manejo de infecciones osteoarticulares en un hospital periférico	75
Angelats Romero C.M., Cesín González S, Sequi Canet J.M, Llinares Ramal S, Díaz Martin S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja, Gandía (Valencia).	
Cuando una radiografía desvela el origen de la cojera	76
Llinares Ramal, S, Fernández Calatayud, A, Marabotto Fernández, MJ, Angelats Romero, CM, Cesín González, SM, Segura Serralta, JD, Roselló Añón A. Hospital Francesc de Borja, Servei de Pediatría.	
Tratamiento no quirúrgico de la celulitis orbitaria en lactante de 2 meses de edad	77
Díaz Martín.S, Llinares Ramal S, Miralles Torres A, Kalbouza.S, Marabotto M.J. Servicio de Pediatría. Hospital Francisco de Borja, Gandía	

COMUNICACIONES POSTERS

Abdomen agudo en urgencias como debut de síndrome nefrótico	79
Herrero García A*, Martín Benlloch J*, Parra Llorca A*, Guerrero Martínez A*, Juárez Osorto JM*, Toledo Parreño JD*. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.	
Disostosis cleidocraneal: una displasia osea no tan infrecuente.....	80
Herrero García A*, Fernández Monge L*, Cantó Climent M*, Royo Bolea C*, Sáenz González P*, Pérez Aytés A **. * Servicio de Neonatología. **Sección de Dismorfología y Genética Reproductiva. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia	
Importancia de la sospecha clínica en la enfermedad tardía por estreptococo del grupo B	81
Benavent Casanova O, García Clemente A, Rocamora Sierras V, López García MJ. Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Valencia	
Alteración del estado de conciencia: golpe de calor.....	82
Molina Cambra A*, Jurado Portero JC*, Del Río Marina A*, Martínez-Barona S*, Calero Navarro P*. *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia	
Genitales ambiguos, a propósito de un caso.....	83
Mora Carmona A, Gastaldo Simeón E, García Casa O, Alfonso Diego J, González Muñoz A.	
Necrosis grasa subcutánea tras hipotermia activa	84
Portolés-Morales M, Salas García S, Gormaz Moreno M, Sáenz González P, Alberola Pérez A, Izquierdo Macián I. HUP la Fe, Valencia	
Pustulosis aguda generalizada tras infección por estreptococo del grupo A .	85
Portolés-Morales M, Del Río Marina A, Martínez-Barona S, Molina Cambra A, Évole Busselli M**, Piqueras Arenas A*. *Pediatría Infecciosa, **Dermatología Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia.	
Enfermedad de gaucher como diagnostico diferencial de hepatoesplenomegalia.	86
Rocamora Sierras V, Benavent Casanova O, García Clemente A, López García MJ. Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Valencia	
Encefalitis por virus influenza A	87
Romagosa Sánchez-Monge, B*, Cebrián García, I*, Jovani Casano C*, Esparza Sánchez, MA*, Centelles Sales I*. * Servicio Pediatría Hospital General Castellón	
Enfermedad celíaca y parotiditis recurrente	88
Zanón Ortiz S*, Valiente Armero A*, Molina Cambra A*, Ferrer Lorente B*, Oltra Benavent M*. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia	
Miastenia neonatal transitoria. A proposito de un caso	89
Valiente Armero A*, Zanón Ortiz S*, Marco Hernández A V**, Tomás Vila M** Pérez Tarazona S*. Servicio de Neonatología* y Neuropediatría**. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia	

El síndrome del maullido de gato: un síndrome infrecuente	90
Álvarez Martín M*, Romagosa Sanchez-Monge B*, Reguillo Lacruz A.M*, León García M.S*. *Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Castellón.	
Desviación paroxística de la mirada hacia abajo	91
Jurado Portero JC*, Marco Hernández AV*, Molina Cambra A*, Del Río Marina A*, Juárez Osorto JM*, Tomás Vila M*. *Servicio de Neuropediatría. Hospital universitario La Fe. Valencia	
Anafilaxia sin afectación cutánea. Importancia diagnóstica	92
Segrelles Vayà L., Sánchez Ferrer M., García Avilés B., Juste Ruiz M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant	
Microlitiasis testiculares en pediatría	93
Vázquez Pigueiras I, Cruz Maeso S, Zamora Alberola F, Mendoza Durán MR, Quiles Durá JL. Servicio de pediatría, HGUE Elche	
Síndrome de heterotaxia visceral. A propósito de un caso	94
Mendoza Durán M.R., Abad Linares J., Vázquez Pigueiras I., Rico Moncho L., Vázquez Gomis C., Vázquez Gomis R.M., Quiles Durá J.L. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Elche.	
Dermatitis en lactante de etiología poco habitual	95
del Río Marina A, Portolés Morales M, Molina Cambra A, Jurado Portero JC, Pérez Tamarit MD, Évole Buselli M. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.	
Mucopolisacaridosis tipo I, a propósito de un caso	96
Abad Linares J, Canals Candela FJ, Beneyto Lluch M, Ferrández Berenguer MJ, Sala Sánchez G, Vargas Torcal F. Centro: Hospital General Universitario de Elche	
Ataxia cerebelosa aguda postvaricela	97
Juárez Osorto JM*, Marco Hernández AV*, Jurado Portero JC*, Bartoll Alguacil E*, Tomás Vila M**. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. **Servicio de Pediatría. Sección de Neuropediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe	
¿Es la varicela una entidad de curso benigno?: Complicación post- varicela	98
Llinares Ramal S, Fernández Calatayud A, Díaz Martín S, Cesín González S, Angelats Romero CM. Hospital Francesc de Borja, Servei de Pediatría.	
Revisión accidentes cerebrovasculares en niños y adolescentes	99
Carpena Lucas PJ; Mañes Jimenez Y; Jiménez Candel MI; Pérez García B; Beseler Soto B. Servicio Pediatría Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva, Valencia)	
Estudio de seguimiento de niños recién nacidos hijos de madres con hipotiroidismo en el embarazo	100
Carpena Lucas PJ, Mañes Jiménez Y, Calvo Rigual F, Pons Fernández N, Sanz Gallur J (*), Casañ Fernández R (*). Servicios de Pediatría y Endocrinología (*). Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia	

Memoria de las actividades científicas de la Sociedad Valenciana de Pediatría del Curso Académico 2013-2014

La Sesión Inaugural del Curso Académico, se celebró el 1 de octubre de 2013, en el Colegio Oficial de Médicos de Valencia, con una Conferencia del Dr. D. Antonio Martorell Aragonés que disertó sobre “EL GRAN RETO DE LA ALERGIA ALIMENTARIA EN EL NIÑO”, en dicho acto se le nombró Presidente de Honor de la Sociedad Valenciana de Pediatría.

En dicha sesión se hizo entrega de las acreditaciones de las Becas de Corta Estancia para Residentes de Pediatría del año 2012 a los Dres. D^a M^a Teresa Guixeres Esteve, D. Héctor Daniel Rodríguez Vega, D^a Elena M^a Rincón López, D^a Francisca Pelechano Ribes, D^a M^a Angeles Tormos Muñoz

La Sociedad Valenciana de Pediatría y la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), con el fin de promover y facilitar la Formación Continuada de los Pediatras de la Comunidad Valenciana han organizado el PLAN DE ACTUALIZACIÓN DE PEDIATRÍA. Dicho Plan tiene una duración de 4 años, consta de 18 Cursos, de los que cada Pediatra puede elegir 4 cursos por año. Los Cursos tienen un módulo on line y un módulo presencial en formato de taller práctico de 5 horas a cerca de los contenidos del módulo on line. Estos Cursos están acreditados por la Comisión de Formación Continuada y tienen su valoración correspondiente para el desarrollo de la carrera profesional.

Los Cursos realizados en 2013, son:

- **ACTUALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA.** (Coordinadora: FRANCISCA MORENO)
- **ACTUALIZACIÓN EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA.** (Coordinador: RAFAEL FERNANDEZ DELGADO)
- **ACTUALIZACIÓN EN INFECTOLOGIA Y VACUNAS EN PEDIATRIA.** (Coordinador: JAVIER DIEZ)
- **LA IMAGEN EN PEDIATRIA.** (Coordinador: JESÚS ESTEBAN)
- **ACTUALIZACIÓN EN OBESIDAD Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO.** (Coordinadora: FRANCISCO AGUILAR)
- **ACTUALIZACIÓN EN NEONATOLOGÍA.** (Coordinador: MAXIMO VENTO)
- **ACTUALIZACIÓN EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA.** (Coordinadora: AMPARO ESCRIBANO)
- **ACTUALIZACIÓN EN NEUROLOGIA PEDIATRICA.** (Coordinador: FERNANDO MULAS)
- **ACTUALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICIÓN PEDIATRICA.** (Coordinadores: Nutrición: JAIME DALMAU y Gastroenterología: PILAR CODOÑER)
- **ACTUALIZACIÓN EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA.** (Coordinadores: MIGUEL LAIRÓN Y FRANCISCA MARÍN)
- **ACTUALIZACIÓN EN OFTALMOLOGIA Y PATOLOGIA ORL PEDIATRICA.** (Coordinadores: Oftalmología: PEDRO SANZ y ORL: JOSE DALMAU)
- **ACTUALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD EN PEDIATRIA.** (Coordinador: FRANCISCO JAVIER SORIANO)
- **ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** (Coordinador: JUAN ARAGÓ)
- **ACTUALIZACIÓN EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA.** (Coordinador: JOSE IGNACIO CARRASCO)
- **ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA Y ORTOPEDIA PEDIATRICA** (Coordinadores: Cirugía: ANA LOPEZ y Ortopedia: JOSE RICARDO EBRI)
- **ACTUALIZACIÓN EN ALERGIA PEDIATRICA.** (Coordinador: ANTONIO MARTORELL)
- **ACTUALIZACIÓN EN DERMATOLOGIA PEDIATRICA.** (Coordinadora: ISABEL FEBRER)

• **ACTUALIZACIÓN EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA.**(Coordinadora: INMACULADA CALVO)

Estos Cursos han sido gratuitos para los miembros de la Sociedad Valenciana de Pediatría.

También se han realizado las siguientes actividades en la Comunidad Valenciana:

En el Colegio Oficial de Médicos de Valencia:

30 de octubre de 2013: MESA REDONDA sobre VACUNA DE LA VARICELA. Moderadores: Silvia Pérez y Javier Díez. Ponentes: Héctor S. Izurieta, Ruth Gil y José A. Lluch

28 de noviembre de 2013: MESA REDONDA sobre ENFERMEDAD CELIACA: ASPECTOS PRÁCTICOS. Ponentes: Pilar Codoñer, María Navarro y Beatriz Escorihuela.

28 de enero de 2014: MESA REDONDA sobre DIABETES INFANTIL. Ponentes: Inés Costa, Cristina Castillo, José Juan Alcón y M^a José López.

25 de marzo de 2014: MESA REDONDA sobre FISIOLÓGICA Y PATOLOGÍA DEL SUEÑO EN LAS DIFERENTES FASES DE LA EDAD PEDIATRICA. Ponentes: Isabel Izquierdo, Javier Puertas y Gonzalo Pin.

En Castellón, se han realizado las siguientes actividades:

6 de marzo de 2014 MESA REDONDA sobre ENFERMEDAD CELIACA: ASPECTOS PRÁCTICOS. Ponentes: Pilar Codoñer y Beatriz Escorihuela, el acto fue presentado por D^a Isabel Tegedor (ACECOVA)

29 de mayo de 2014 Taller participativo sobre “La Deliberación aplicada a la resolución de conflictos éticos en Pediatría” Ponentes: Belén Martín, Antonio Pérez Aytés, María Tasso, Fernando Calvo y Cristina Nebot.

En Alicante Se realizó una reunión conjunta con APEPA el 29 de marzo de 2014, en la que se trataron los temas de “ENFERMEDAD CELIACA”, por Pilar Codoñer y Beatriz Escuriola. “DIABETES INFANTIL” por Ana Pilar Nso y “EL APRENDIZAJE DE HABITOS EN LA INFANCIA: EL SUEÑO” por Gonzalo Pin

En este curso se han celebrado en Valencia los siguientes cursos organizados por nuestros socios y avalados por la Sociedad Valenciana de Pediatría:

1. VII JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN NUTRICIÓN INFANTIL, dirigida por los Dres. Jaime Dalmau e Isidro Vitoria
2. XIX CURSO DE AVANCES EN PEDIATRÍA, dirigido por el Dr. Ignacio Manrique:
3. XVI CURSO INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN NEUROPEDIATRÍA Y NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL . Dirigido por el Dr. Fernando Mulas
4. I JORNADA SOBRE DISPLASIAS ÓSEAS Y ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS EN LA INFANCIA, dirigida por el Dr. Antonio Pérez Aytés.

Cómo ya es habitual, 24 y 25 de Octubre de 2013, se celebraron en Valencia las XIV Jornadas sobre Vacunas en Atención Primaria, que fueron organizadas por la Sociedad Valenciana de Pediatría y la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, con la colaboración de la Consellería de Sanitat, las cuales contaron con una gran participación de nuestros asociados.

Los días 20 y 21 de junio de 2014 se celebra en Valencia el XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría, cuyo programa científico incluye, en la tarde del día 20, los Talleres Prácticos sobre “Anticoncepción y Salud Reproductiva”, “Trastornos de la conducta alimentaria DITCA” y “Trastornos muculoesqueléticos”. En la jornada del día 21 de junio, por la mañana se desarrolla una MESA REDONDA sobre PROBLEMAS COMUNES EN EL ADOLESCENTE, Sesiones de Comunicaciones Orales y durante la tarde nuevas sesiones de Comunicaciones Orales y la “Reunión con el experto” sobre “Problemas médico-legales en la atención del adolescente a cargo de D^a Teresa Gisbert, Fiscal Jefe de Valencia.

Como en años anteriores se han concedido Becas a los Residentes que presentan comunicaciones y se otorgarán los Premios de la SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA a las mejores Comunicaciones presentadas al Congreso.

Valencia, junio de 2014

Dr. Pablo Ferrer González

SECRETARIO

Anticoncepción y Salud Reproductiva en la Adolescencia

Ana Adell Sales
Ezequiel F. Pérez Campos

Según el informe de la juventud en España (IJE) realizado en 2012, la media de edad de inicio de relaciones sexuales se sitúa en torno a los 17 años, y el 12% de la población las inicia antes de los 15 años. Esta precocidad cada vez mayor se relaciona con un mayor número de parejas sexuales, relaciones sexuales no planificadas y múltiples parejas sexuales ocasionales. Según los datos de esta encuesta la mayoría de los jóvenes sí utiliza métodos anticonceptivos, aunque hasta un 17% refiere no haberlos usado en su última relación. Las prácticas de riesgo son más frecuentes entre los jóvenes con menor nivel educativo y social y entre los jóvenes inmigrantes. El método anticonceptivo más utilizado en las primeras relaciones sexuales es el preservativo, disminuyendo posteriormente con la edad su utilización en favor de los métodos hormonales. En cuanto a embarazos no deseados, el IJE 2012 sitúa en 7,2% el porcentaje de embarazos no deseados, siendo del 25% en adolescentes menores de 17 años. La edad media del primer embarazo no deseado es de 20,3 años. Según el Instituto Nacional de Estadística la tasa de interrupción voluntaria del embarazo en menores de 19 años se sitúa en 13.6 por mil en el año 2011 tasa que es muy inferior a la observada en el grupo de edad entre 20 y 24 años, y que parece haberse estabilizado en los últimos años, aunque no deja de ser una tasa preocupante. Sobre todo, habida cuenta del cambio radical observado en las mujeres que experimentan la maternidad en la adolescencia, recogida en el informe de la demógrafa Margarita Delgado, del CSIC, en su informe sobre la maternidad adolescente en España, realizado con la Fundación Española de Contracepción en 2011.

Las relaciones sexuales en la adolescencia suceden a una edad cada vez menor y con mayor número de parejas sexuales. Esto, unido a las características propias de la adolescencia, como la impulsividad, la presión por los iguales (presión de grupo) y la sensación de falta de riesgo, convierte a los adolescentes en grupo de riesgo para la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS)

y embarazos no deseados (END). La educación sexual es clave para esta etapa de la vida y se ha mostrado protectora frente a las actitudes de riesgo y liberadora para tomar las propias decisiones sin presiones del medio. Por un lado, se debe transmitir una visión positiva de la sexualidad, orientar hacia un comportamiento responsable y reforzar la idea de la normalidad que suponen las diferencias entre los jóvenes con inicio o no de relaciones sexuales y el no sentirse presionado para tenerlas en aquellos que no se sientan preparados. Por otro lado, ofrecer toda la información posible sobre métodos anticonceptivos y de prevención de ITS.

Desde el punto de vista legal, según la Ley reguladora de autonomía del paciente, se fija la mayoría de edad médica en 16 años. A partir de esa edad los adolescentes tendrán derecho a asistencia sanitaria sin necesidad de autorización de representantes legales. La valoración de la madurez del menor queda a cargo del facultativo y deberá anotarse en la historia clínica, entre los trece y los dieciséis años. Los menores en esta situación tienen los mismos derechos a confidencialidad, respeto y secreto profesional que los adultos. Antes de esta edad (12 o menos años), cualquier relación se considera no consentida y se encuadra en el ámbito penal

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para la elección del método anticonceptivo adecuado deberá tenerse en cuenta tanto factores personales como del propio método anticonceptivo. Se debe considerar edad, madurez para mantener un tratamiento, frecuencia de relaciones sexuales, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, estabilidad de pareja y grado de confianza y participación, valores y creencias personales y estado de salud que pueda contraindicar algún tipo de anticoncepción. Por otra parte hay que valorar factores del propio método anticonceptivo como eficacia, seguridad, relación o no con el coito, complejidad de uso y reversibilidad.

Se debe proporcionar la suficiente información sobre los métodos elegidos, manejo y efectos secundarios, y comprobar que se ha entendido para que sea utilizado de forma eficaz.

MÉTODOS DE BARRERA

Preservativo masculino

Es el método más utilizado por los adolescentes, como por el resto de segmentos de edad en España, indicado sobretudo en relaciones esporádicas y al iniciar relaciones con una nueva pareja al ser una medida preventiva para enfermedades de transmisión sexual. Se puede utilizar asociado a anticoncepción hormonal (doble protección). El porcentaje de mujeres con embarazo accidental es del 2% en el primer año de uso en usuarios perfectos, sin embargo aumenta al 12% si el uso es incorrecto. Aunque su utilización es bastante extendida hay algunos inconvenientes que limitan su uso como la dificultad o vergüenza en plantear su uso, el miedo a la disminución del placer, la pérdida de espontaneidad o la no disponibilidad del preservativo.

Hay que recordar siempre las instrucciones correctas de uso y conservación, no dar por hecho que se conoce como utilizarlo. Advertir de la posibilidad de rotura del preservativo (0.5-3%) y como proceder en caso de que esto ocurra. Tengamos en cuenta, que según la encuesta Daphne sobre uso de métodos anticonceptivos en la juventud de 2009, hasta un 30% de los jóvenes entre 15 y 25 años usaban el preservativo de forma inconsistente.

Preservativo femenino

Su uso es casi inexistente por las incomodidades que presenta. También protege frente a ITS y desplaza hacia la mujer el control sobre el uso del preservativo.

Diafragma

Es también un método poco común entre las adolescentes, no ofrece tanta protección frente a las ITS (VIH o VPH). Requiere participación del personal sanitario en la elección, pues el tamaño no es universal, sino que debe ajustarse a las medidas de la paciente, previa exploración por un profesional.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Anticoncepción hormonal combinada oral

Tienen una alta eficacia anticonceptiva, con una tasa inferior a 1 embarazos por 100 mujeres que los utilicen en un año que se incrementa hasta más del 2% en nuestro medio en el uso típico (el habitual en condiciones normales, medido por la efectividad). Su mecanismo de acción se basa en inhibir la ovulación al suprimir el pico de LH, además también interviene a otros niveles modificando el moco cervical, la trompa y el endometrio.

Son un método de elección para aquellas adolescentes con relaciones sexuales frecuentes y que no necesiten protec-

ción frente a ITS (insistir siempre que no ofrecen protección y plantear el doble método – preservativo más otro de mayor eficacia, fundamentalmente hormonal-)

Existen una serie de criterios de elegibilidad que desaconsejan su uso. Aunque no son frecuentes en la adolescencia, deben ser tenidas en cuenta: factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial no controlada, enfermedad tromboembólica venosa, trombofilia hereditaria; migraña con aura; hepatopatía activa o tumores hepáticos; puerperio con lactancia materna hasta 6 meses post-parto; puerperio sin lactancia materna a partir de 3 semanas; toma de fármacos como rifampicina o anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, topiramato, primidona,...), ya que su asociación disminuye el efecto de los AHO; cirugía mayor con periodos prolongados de inmovilización. Se encuentran claramente recogidos por la OMS, y también por la Sociedad Española de Contracepción en las tablas, fácilmente accesibles de criterios de elegibilidad para la anticoncepción hormonal.

Los anticonceptivos hormonales presentan además del efecto anticonceptivo otros beneficios apreciados entre las adolescentes como la regularidad del ciclo, disminución del sangrado menstrual y la dismenorrea y mejora el acné e hirsutismo. Además de prevenir, a futuro, cánceres como el de ovario, endometrio y colon. No incrementan el cáncer de mama, de acuerdo a recientes revisiones.

Antes de prescribir un anticonceptivo hormonal, descartar factores de riesgo que contraindiquen su uso y determinar la tensión arterial, peso e IMC. No es necesario realizar analítica de sangre, citología cervical, salvo cumplimiento de protocolo, ni exploraciones ginecológicas en pacientes sanas. Existen muchos preparados disponibles. Los preparados con dosis menores de 15 mcg de estrógenos se deben evitar porque son fundamentales para la adquisición del pico de masa ósea y por el mal control del ciclo. El levonorgestrel se asocia a menor riesgo de enfermedad tromboembólica (TEV), aunque el riesgo absoluto de esta es muy pequeño en mujeres en edad fértil. Por ello, en caso de necesitar efecto antiandrogénico asociado se pueden utilizar preparados con dienogest, drospirenona o acetato de clormadinona como gestágeno. Si existe síndrome premenstrual moderado o severo, deberemos pensar en la drospirenona, por su acción antimineralcorticoidea. Lo importante, según la Agencia Europea y la Española del Medicamento, es adecuarse al perfil de la mujer.

Para que los ACO sean efectivos desde el primer día del ciclo, debe iniciarse la toma el primer día de sangrado menstrual; si se inicia en otro momento del ciclo se deben tomar medidas de protección (preservativo) durante los primeros 7 días del ciclo. Se toma una píldora diaria durante 21 días, y a continuación se descansa 7 días, momento en el que se produce la hemorragia por privación (algunas presentaciones tienen 7 pastillas placebo para realizar una toma diaria y evitar olvidos)

Anillo vaginal

Las indicaciones, contraindicaciones y mecanismo de acción son las mismas que para los ACO, y tienen una eficacia similar. Es un anillo que libera 15 mcg de etinilestradiol y 0,12 mg de etonorgestrel que se absorben a través de la mucosa vaginal. Se introduce en la vagina entre el 1° y 5° día de sangrado menstrual y se retira tras 3 semanas, provocando la hemorragia por privación. Tras una semana debe colocarse un nuevo anillo.

Debe explicarse cómo colocar el anillo que tiene que quedar completamente dentro de la vagina, no hay que conseguir ninguna posición determinada, solo que esté en contacto con la pared vaginal para liberar las sustancias que contiene. Durante los primeros 7 días del primer ciclo, se debe utilizar protección anticonceptiva adicional, si no se ha insertado el primer día del sangrado menstrual. Si se retira el anillo durante las relaciones (no recomendado), debe reintroducirse en menos de 3 horas para mantener la eficacia.

En caso de olvidar retirar el anillo a las 3 semanas, el anillo continúa suprimiendo la ovulación durante 1 semana más; si permanece más tiempo en la vagina, se deben descartar un embarazo antes de colocar el siguiente anillo y tomar medidas adicionales durante los primeros 7 días del nuevo ciclo.

Parches dérmicos

Son parches anticonceptivos con una superficie de 20,2 cm², que liberan diariamente 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromina. Las contraindicaciones son similares a las de los ACO, así como su eficacia, aunque en este caso disminuye en mujeres con peso superior a 90 kg. El primer parche se coloca el primer día de sangrado menstrual, posteriormente se cambia semanalmente durante 3 semanas, seguidas de una semana de descanso en la que se produce la hemorragia por privación. Si se retrasa la aplicación del primer parche, hay que tomar medidas anticonceptivas durante los primeros 7 días. Si se olvida el cambio del parche durante un periodo inferior a 48 horas, no hay que tomar medidas adicionales, ya que se mantienen concentraciones circulantes efectivas durante ese periodo. Si supera ese plazo, debe cambiarse el parche y añadir medidas adicionales durante una semana. Si el parche se despega o pierde durante menos de 24 horas, se puede colocar otro parche sin perder eficacia. Si supera las 24 horas, hay que comenzar de nuevo el ciclo y tomar medidas adicionales durante 7 días. No se ve alterado por las condiciones de calor o humedad.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL CON SOLO GESTÁGENOS

Píldora con solo gestágeno

El único comercializado en nuestro país contiene 75 mcg de desogestrel, que se administran de forma diaria, sin in-

terrupción. Su eficacia anticonceptiva se debe a la capacidad del desogestrel para inhibir la ovulación y además induce importantes cambios en el moco cervical.

Estos anticonceptivos son de elección para las adolescentes que presenten alguna contraindicación para la AHC con estrógenos y que no precisan protección frente a ITS (considerar siempre el doble método en esos casos). Están contraindicados en mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama, enfermedad hepática, tumores hepáticos o fármacos que alteren su uso. Pueden usarse en antecedente de TEV y en casos de trombofilia, salvo lupus con presencia de anticuerpos de elevado poder trombógeno.

El principal inconveniente es que producen alteraciones en la menstruación, desde amenorreas a sangrados prolongados o recurrentes que provocan la mayor parte de abandonos del método, por lo que requieren un adecuado asesoramiento anticonceptivo para la adhesión al tratamiento. La toma se inicia el primer día de la menstruación y debe continuarse cada día a la misma hora, si se inicia más tarde debe recomendarse protección adicional durante los primeros días, igual que si la toma se retrasa más de 12 horas. AH intramuscular

Se utiliza el acetato de medroxiprogesterona a dosis de 150 mg que se tiene que inyectar cada 3 meses (efecto se mantiene hasta 14 semanas). Tiene una alta eficacia. Es un método adecuado cuando se desee facilitar el cumplimiento y en adolescentes con contraindicación a estrógenos.

Es poco utilizado por la alteración del patrón menstrual y por la lenta reversibilidad, ya que puede producir una prolongada supresión de la ovulación de hasta un año tras su interrupción. Presenta afectación en la adecuada consecución del pico de masa ósea, subsanable con adecuada dieta, ejercicio y suplementación de calcio y vitamina D.

Implante subcutáneo

El implante proporciona eficacia anticonceptiva durante 3 años. Consiste en una varilla flexible que contiene 68 mg de etonorgestrel. Se coloca en la cara interna del antebrazo no dominante en los 5 primeros días del ciclo y presenta la más alta eficacia anticonceptiva de todos los métodos.

Como los anteriores provoca alteraciones importantes en el ciclo menstrual que pueden dificultar su uso.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Es un método poco utilizado en la adolescencia en España, aunque de utilización creciente en Estados Unidos por su eficacia y larga duración, pero puede plantearse en adolescentes con relaciones monógamas (si no lo son, aconsejar preservativo siempre, como doble método), que no necesitan protección frente a ITS, que rechazan la anticoncepción hormonal y que buscan anticoncepción a largo plazo. Tiene una alta eficacia anticonceptiva.

Existen dos tipos de DIU, el de cobre y el DIU hormonal que libera levonorgestrel. El de cobre se puede utilizar también para anticoncepción de urgencia, insertándolo

hasta 120 horas después de la relación no protegida. El DIU de cobre puede producir, en un primer momento, un aumento del sangrado menstrual, su duración y mayor dismenorrea. El DIU de levonorgestrel, provoca sin embargo reducción del sangrado menstrual e incluso amenorrea y disminuye el dolor menstrual.

Anticoncepción de urgencia

Los adolescentes deben saber que pueden solicitar la anticoncepción de urgencia en caso de que sea necesario. Las causas para necesitarlo son fallo del método anticonceptivo, como rotura del preservativo u olvido en la toma de anticonceptivos orales o las relaciones no planeadas y sin protección, que son frecuentes entre los adolescentes. No debe recomendarse su uso de rutina por ser menos eficaz que el resto de anticonceptivos. Si es necesario debe

ofrecerse información sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS.

Se utilizan 1,5 mg de levonorgestrel en dosis única antes de 72 horas tras el coito no protegido, puede utilizarse hasta 96 horas después aunque disminuye su eficacia con el paso de los días. Tiene escasos efectos adversos, como náuseas y vómitos y no tiene contraindicaciones. La siguiente regla puede adelantarse o retrasarse unos días, pero si pasa más de una semana hay que descartar embarazo. Se encuentra en situación de libre dispensación (sin receta) en la Farmacias en España desde 2009, lo que simplifica mucho su uso.

Existe otra píldora de anticoncepción de urgencia con acetato de ulipristal, 30mg, cuya eficacia parece más elevada y actúa durante cinco días tras el coito no protegido. Sus efectos secundarios son similares.

Resumen Taller Trastornos Conducta Alimentaria. DITCA.

Dra. Josefa Mulet Salvador. Psicóloga
Dra. María Luisa Lucas. Pediatra

Los TCA (trastornos de conducta alimentaria) son un importante problema de salud, cada vez más frecuentes, se inicia a edades más precoces, graves en su evolución y que conllevan un tratamiento complejo y multidisciplinar.

La prevención primaria es fundamental y consiste en dar recomendaciones a la población en relación a la alimentación e identificar los grupos de riesgo para modificar conductas precursoras del trastorno.

En la prevención primaria el uso de tests de fácil manejo (SCOFF y EAT 26) para realizar un screening en la consulta de atención primaria nos permitirá identificar a aquellos pacientes con síntomas y signos de alarma de enfermedad.

Será necesario siempre valorar causas orgánicas de la desnutrición si la hay y enfermedades psiquiátricas causantes o concomitantes al trastorno.

Tras la detección se derivará según criterios de gravedad al hospital o a una USM, unidad de salud mental.

El conocimiento acerca de las recomendaciones a realizar a la familia es fundamental para el pediatra o médico de familia que atiende al chico/a, de manera que se inicie un buen manejo hasta que el paciente llega a la USM.

El DITCA (*Detección e Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria*) es un programa instaurado en los centros escolares, en los cursos de ESO, que pretende la prevención primaria y la detección precoz de estos trastornos. De forma anónima se valora a los chicos y si existe un posible caso se deriva a través del gabinete de orientación al pediatra o médico de familia correspondiente, siendo el Centro de Salud Pública el canalizador de la información.

Lesiones Musculoesqueléticas del Adolescente

Dra. Eva Gil Monzó
Cirugía Ortopédica y Traumatológica
HU. Dr. Peset. Valencia

La evaluación conjunta del Pediatra y del Traumatólogo es fundamental para un buen diagnóstico y seguimiento de las lesiones musculo-esqueléticas del adolescente. Estas lesiones pueden ser debidas a una actividad física deportiva intensa (equipos de fútbol, baloncesto, balonmano...) o por accidentes casuales en la actividad diaria de este grupo de edad.

El objetivo de este taller es instruir en cómo realizar el diagnóstico de la lesión, conocer qué pruebas complementarias están a su alcance y con bastante frecuencia, hacer el seguimiento de aquellos pacientes que ya fueron diagnosticados (por urgencias de traumatología o pediátricas) y son remitidos al pediatra de Atención Primaria.

La actividad deportiva, aún siendo la causa más frecuente de estas lesiones, es muy recomendable, pero no está exenta de algunos riesgos. Las lesiones derivadas de ella, son un motivo frecuente de visitas a urgencias pediátricas y de traumatología, afectando sobre todo a miembros superiores e inferiores.

En los adolescentes, las lesiones deportivas difieren de aquellas del adulto, dado que existen factores anatómicos propios relacionados con el crecimiento y desarrollo. Músculos, tendones, ligamentos y cápsulas articulares se desarrollan en respuesta al crecimiento óseo. El hueso crece más rápido que la unidad musculotendínea que lo rodea, produciéndose una disminución de la flexibilidad. Ésto, en combinación con la capacidad de los niños para realizar grandes esfuerzos físicos y sostener niveles extremos de actividad, produce un desbalance que predispone a lesiones. Además la relativa debilidad del cartílago a nivel

de la fisis, apófisis y superficies epifisarias, las hacen más vulnerables, particularmente durante el período de rápido crecimiento.

El mecanismo lesional puede ser provocado por un trauma directo, indirecto o por sobreuso, siendo este último producido por una actividad musculoesquelética repetitiva, con sobrecarga de estructuras normales. Los factores predisponentes de estos últimos pueden estar derivados en algunos casos de un entrenamiento inadecuado, correr en superficies duras y el uso de calzado deportivo inadecuado.

Aproximadamente el 22% de los niños se lesiona cada año mientras toma parte en alguna modalidad deportiva. Mediante la descripción de las lesiones relacionadas con la actividad física y deportiva (que con mayor frecuencia nos encontramos en los periodos de la infancia y adolescencia), estudiando su mecanismo lesional, la exploración funcional del aparato locomotor y los diferentes métodos diagnósticos, abordaremos los tratamientos más adecuados a cada tipo de patología, especialmente en las articulaciones del tobillo, rodilla, mano y muñeca.

Por lo tanto, en este taller, eminentemente práctico, expondremos brevemente las lesiones agudas o por sobreuso más frecuentes de las cuatro articulaciones anteriormente mencionadas, partiendo desde el mecanismo lesional, y a partir de ahí nos detendremos en la exploración física, el manejo de las exploraciones complementarias pertinentes, su tratamiento con ortesis y/o vendajes funcionales y algunas pautas para el seguimiento hasta la curación de estas lesiones.

Alteraciones del raquis en el adolescente. Taller Práctico

Dra. Mónica Jordá Llona
Medicina Física y rehabilitación
HU Dr. Peset. Valencia

La primera afección en la que pensamos cuando hablamos del raquis en pediatría es la escoliosis, probablemente debido a que es la más conocida. Las escoliosis secundarias a síndromes neurológicos, malformaciones vertebrales o enfermedades metabólicas, suponen una pequeña muestra (20%) frente a las escoliosis idiopáticas; un 80% de las cuales van a presentarse en la adolescencia constituyendo la Escoliosis Idiopática del Adolescente (EIA).

Definimos la EIA como una deformidad torsional tridimensional de la columna vertebral, que se presenta entre los 10 y 18 años, con una incurvación lateral superior a 10° de Cobb. Causará una inclinación lateral en el plano frontal, una rotación en el plano axial y una alteración de las curvas naturales en el plano sagital (cifosis y lordosis). La incidencia de la escoliosis se estima en el 2-3% de la población, aunque solo un 10% de ellas llegarán a necesitar tratamiento conservador y se estima en un 0.1-0.3% las que requerirán una corrección quirúrgica de la deformidad. Pese a que estas cifras nos puedan parecer bajas, es importantísimo llegar a un diagnóstico precoz de esta patología, puesto que su progresión derivará en una deformidad estética que se puede acompañar de dolor, alteración social o de la autoestima y consecuencia de todo ello, un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud. Debemos saber distinguir la escoliosis estructurada (o simplemente escoliosis) de las actitudes escolióticas o escoliosis funcional, que consiste en una curva lateral vertebral secundaria a causas extraespinales como una dismetría de miembros inferiores o una contractura muscular paravertebral, que se corregirá al eliminar la causa que la produce.

Las opciones de tratamiento de la escoliosis vendrán determinadas, entre otros factores, por la magnitud de la curva. El tratamiento conservador consiste en Rehabilitación con ejercicios y corsés ortopédicos, quedando la cirugía (fusión vertebral) relegada a los casos más graves en los que fracasan las otras alternativas. Existen publicaciones recientes que avalan la eficacia del corsé para detener la progresión de las curvas hacia la cirugía y evidencias moderadas de que los tratamientos fisioterápicos específicos también pueden ayudar en el tratamiento, sobre todo en la prevención de disfunciones respiratorias o dolorosas y corrección postural estética.

Es importante conocer los factores de mal pronóstico en la escoliosis para actuar tempranamente y evitar la progresión. Estos son: edad temprana de detección de la curva, Risser 0-1, Magnitud de la curva (>30-35°), estado de menarquía en las niñas y patrón de curva torácico o toracolombal.

Tan importante como la detección de la escoliosis, aunque con mucha frecuencia olvidada, es la observación del raquis sagital (perfil), puesto que sus alteraciones en cifosis o lordosis, ya sean funcionales o estructuradas, son también causa de deformidad estética y dolor en los adolescentes. Especial atención merece la detección de la Enfermedad de Schewerman, en la que un diagnóstico precoz condiciona, en muchas ocasiones, la posibilidad de evitar las indeseables consecuencias de esta entidad en la edad adulta.

Para la exploración del raquis del adolescente hay que establecer una sistemática de inspección de frente, espaldas y perfil, en la que buscaremos:

- Asimetrías de cintura escapular (hombros y escápulas)
- Asimetrías en cintura pélvica (talles y crestas iliacas)
- Alteración del eje del raquis con plomada
- Alteración de las flechas laterales
- Aparición de gibas laterales o centrales en Maniobra de Adams y medición de las mismas con escoliómetro, gibómetro y/o inclinómetro.
- Observación del comportamiento de las curvas sagitales en sedestación
- Medición de MMII en busca de dismetrías

En base a esta exploración, se valorará la necesidad de derivación al especialista con unos criterios establecidos o la solicitud de estudios radiográficos pertinentes, en los que se determinará el tipo de curva, grado de inclinación (ángulo de Cobb) y madurez esquelética mediante el signo de Risser.

Por último incidir en la importancia de la educación sanitaria en la prevención de las alteraciones del raquis y el dolor en los escolares, mediante la difusión de medidas ergonómicas, normas posturales y potenciación de hábitos saludables como alimentación adecuada y el ejercicio físico practicado de forma regular.

BIBLIOGRAFÍA

- Negrini et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis* 2012, 7:3-35
- Maruyama T, Grivas TB, Kaspiris A. Effectiveness and outcomes of brace treatment. A systematic review. *Physiotherapy Theory and practice* 2011, 27(1):26-42.
- Weinstein et al. Effects of Bracing in Adolescents with Idiopathic Scoliosis *N Engl J Med* 2013;369:1512-1521
- Kenneth MC et al. Outcome assessment of bracing in adolescent idiopathic scoliosis by the use of the SRS-22 questionnaire. *International Orthopaedics* 2007,31:507-11
- Gonzalez Viejo, MA. Escoliosis y cifosis. Estado de la situación. Ed. Euromedice. 2009

Dolor musculoesquelético en la adolescencia

Dra. Sara Pons Morales
Pediatra. HU Dr. Peset. Valencia

INTRODUCCIÓN

Cualquiera de los componentes del sistema musculoesquelético puede producir dolor. El dolor musculoesquelético (DME) representa, junto al dolor de cabeza y al abdominal, una de las causas más frecuentes de dolor recurrente en pediatría.

Estudios realizados en servicios de urgencias españoles, tanto hospitalarios como de atención primaria, indican que alrededor del 8% de los motivos de consulta en pediatría se hallan asimismo relacionados con patología musculoesquelética (“traumatismos-heridas” y “procesos traumato-lógicos”, respectivamente).

La prevalencia de DME en consultas de pediatría de atención primaria (PAP) en mayores de 3 años en España oscila entre 3,6% y 6,1% y representan la tercera parte de las consultas secundarias.

Existe una clara relación con la edad, de manera que según aumenta ésta, también lo hace el número de niños que refieren DME. Estudios realizados en urgencias hospitalarias también han constatado que la patología del aparato locomotor aumenta con la edad. El DME es algo más frecuente en niñas, aunque las diferencias desaparecen cuando se tiene en cuenta la edad

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR MUSCULOESQUELETICO

Debido a que cualquier componente del sistema musculoesquelético puede originar dolor, el primer objetivo a la hora de evaluar un paciente con DME es determinar de dónde proviene la sintomatología. Para poder diferenciar unos cuadros de otros es útil seguir una sistemática que permita determinar 1) qué pacientes deben derivarse inmediatamente a otros especialistas hospitalarios, 2) a quiénes se debe solicitar exploraciones complementarias, y 3) quiénes precisan un seguimiento clínico sin otro tipo de intervención.

En la anamnesis se preguntará, además de los antecedentes familiares y personales, por el tiempo de evolución y la presencia de antecedentes traumáticos significativos previos (se entienden como tales a aquellos que producen dolor, impotencia funcional, tumefacción o hematoma inmediatamente después o en las primeras 24 horas después del traumatismo). Es importante averiguar si el dolor es constante o intermitente, la duración de los intervalos sin

síntomas y si ha habido evaluaciones previas por el mismo motivo u otro similar. La dinámica familiar puede aportar información extremadamente útil, sobre todo cuando el dolor asocia un componente funcional importante. La exploración comenzará con una inspección cuidadosa, valorando si existe cojera al entrar en la consulta.

Al realizar **anamnesis**, es importante analizar algunos puntos específicos, tales como:

1. características del dolor.
2. presencia de síntomas sistémicos asociados.
3. antecedentes familiares de enfermedad musculoesquelética o de dolor crónico recurrente.
4. factores sociales y emocionales que rodean al niño (nivel socioeconómico, nivel de instrucción de los padres, relación padre-hijo).
5. escolaridad.
6. antecedentes personales: enfermedades o cirugías previas, uso de drogas y desarrollo madurativo.

Con respecto a las **características del dolor**, es importante hacer énfasis en su cronología y cualidades: interrogando: forma de comienzo, calidad, intensidad, distribución, duración, curso y factores que lo modifican.

Variaciones diarias del dolor y factores que lo exacerbaban o precipitan: dolor y rigidez matinal que mejoran con el transcurso del día son típicos de patología inflamatoria; dolores nocturnos referidos a miembros inferiores que despiertan al niño sugieren dolores funcionales o de crecimiento.

Naturaleza y calidad del dolor: los jóvenes refieren al dolor óseo como punzante o profundo, al dolor muscular como calambres y al neuropático como quemante o urente. Localización del dolor: el paciente refiere a la articulación (artralgia) o músculo (mialgia) como sitios de dolor. Reconocer los modelos de dolor referido ayudan a puntualizar su origen, por ejemplo: típico es el dolor de cadera que el paciente refiere a la ingle o cara anterior del muslo.

Para facilitar la localización del dolor podemos utilizar “La figura humana (Body Map)” que permite al niño o adolescente localizar el dolor así como la intensidad del mismo, utilizando diferentes colores.

Para **estimar la severidad del dolor**, útil tanto para el diagnóstico, como para evaluar la respuesta al tratamien-

to, se utilizan escalas, fundamentalmente la escala visual analógica (EVA), la escala numérica con puntuación de 0 a 10 y las escalas faciales (Wong-Baker). Figura 1

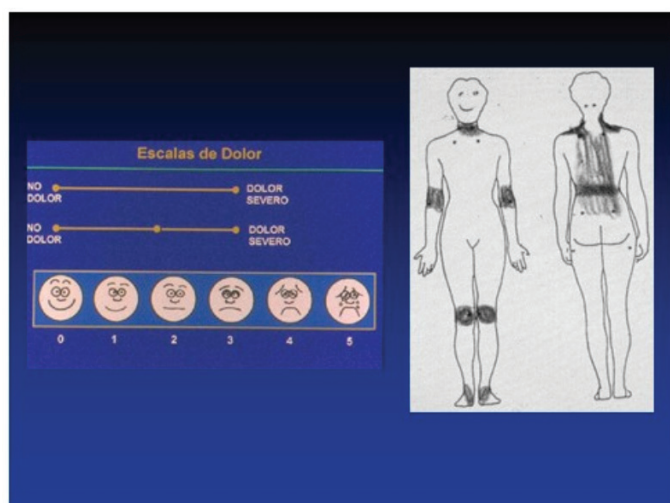


Figura 1. Escalas de medición de dolor: escala visual analógica y facial . Figura Humana (Body Map)

ETIOLOGÍA DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO EN EL ADOLESCENTE

Al analizar las distintas etiologías responsables del DME en pediatría es fundamental tener presente la edad de los pacientes, ya que patologías que pueden ser frecuentes a una edad resultan excepcionales a otra (Tabla 1)

Tabla 1. Etiología del dolor musculoesquelético en pediatría de atención primaria

Edad	Causas frecuentes (<10%)	Otras causas
Prescolares (3-5 años)	Traumatismos Dolores de crecimiento Dolores inespecíficos Sinovitis transitoria Hiper movilidad	Etiología mecánica Artralgias asociadas a viriasis
Escolares (6-9) años	Traumatismos Etiología mecánica/síndrome por sobrecarga Osteocondrosis (Enfermedad de Sever)	Sinovitis transitoria Dolores de crecimiento Dolores inespecíficos Hiper movilidad
Adolescentes (10-14 años)	Traumatismos Etiología mecánica/síndrome por sobrecarga Osteocondrosis (Osgood-Schlatter)	Dolores inespecíficos Artritis reactivas

Si atendemos a las causas más frecuentes en adolescentes, estas son:

Traumatismos

Constituyen la principal causa de DME en pediatría de Atención Primaria (PAP) a todas las edades y es respon-

sable del 40% de las consultas por DME. Habitualmente existe un antecedente traumático obvio que afecta a partes blandas, huesos, o a las propias articulaciones. Su frecuencia aumenta con la edad, de manera que los traumatismos representan alrededor de un tercio de los motivos de consulta por DME en menores de 6 años y el 45% en niños de 6-14 años. La gravedad de las lesiones también aumenta con la edad. Así, la mayoría de los preescolares con traumatismos presentan contusiones (82%), mientras que las fracturas, ausentes en los más pequeños, constituyen el 11% de los motivos de consulta en escolares (6-9 años) y el 17% en adolescentes.

Al evaluar a estos pacientes puede resultar útil seguir una sistemática que incluya: 1) la localización del dolor (diafisario: hematomas o contusiones musculares, fracturas con deformidad o sin ella; metafisario: epifisiolisis y otras fracturas; periarticular: esguinces, artritis traumáticas), 2) si existe dolor a la palpación (masas musculares en caso de contusiones, óseo a punta de dedo sugerente de fracturas), 3) si se produce dolor a la movilización activa y contra resistencia (músculos: contusiones; articulaciones: esguinces, artritis traumáticas), 4) la estabilidad articular (esguinces) y 5) la presencia de derrame sinovial (artritis traumáticas, roturas ligamentosas). La radiología resulta de gran ayuda a la hora de evaluar a estos pacientes, ya que puede revelar la presencia de lesiones óseas

Dolor musculoesquelético inespecífico Este diagnóstico engloba episodios autolimitados de DME en los que tanto la exploración física como las exploraciones complementarias, en caso de que se soliciten, resultan normales. Representan un 6-7% de las consultas en mayores de 6 años. Posiblemente esta categoría incluya una diversidad de causas, desde traumatismos leves que han pasado desapercibidos o artralgias asociadas a viriasis hasta, en niños más mayores, cuadros leves de DME de etiología no orgánica. En cualquier caso no son limitantes, no interfieren excesivamente con las actividades diarias y ceden espontáneamente en el plazo de días a pocas semanas.

Síndromes por sobrecarga

Representan un conjunto de procesos producidos por microtraumatismos repetidos. Se observan principalmente en deportistas y en adolescentes. Pueden afectar a músculos (sobrecargas musculares), tendones (epitrocleítis, picondilitis), fascias (fascitis plantar), huesos (fracturas de estrés) o cartílagos (condromalacia otuliana). De todos ellos el más frecuente es el síndrome de dolor rotulofemoral.

Fracturas de estrés Se producen por microtraumatismos a repetición en dos grupos de pacientes bien diferenciados: 1) deportistas que, de manera regular, realizan un ejercicio físico moderado o intenso y, con mucha menor frecuencia, 2) adolescentes habitualmente sedentarios que, en un momento determinado (por ejemplo durante las vacacio-

nes) mantienen un nivel de actividad física al que no están acostumbrados (asistencia a un campamento participando en marchas prolongadas, montañismo, etc). Suelen afectar la epífisis proximal de la tibia y la cabeza del segundo metatarsiano. Su diagnóstico es difícil ya que suelen cursar con dolor que empeora claramente con el ejercicio (y mejora con el reposo) durante semanas, sin que aparezcan cambios radiológicos hasta que transcurre alrededor de un mes. Es un diagnóstico a tener presente, ya que la gammagrafía permite realizar un diagnóstico precoz.

Síndrome de dolor rotulofemoral Este síndrome ha recibido múltiples denominaciones en el pasado, incluidas condropatía y condromalacia rotuliana. El término condromalacia rotuliana debe reservarse para cuando se constatan lesiones en la superficie articular de la rótula, las cuales no siempre están presentes. En general se trata de un trastorno del desarrollo aunque, con menor frecuencia, también puede ser secundario a trastornos torsionales o angulares de los miembros inferiores. Los pacientes suelen ser adolescentes con dolor perirrotuliano que empeora con la práctica deportiva o la realización de un ejercicio físico inhabitual en ellos. Actividades como subir o bajar escaleras o ponerse en cuclillas exacerban los síntomas. La exploración debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y con las rodillas extendidas. Es muy característica la sensación de irregularidad o crepitación rotuliana, tanto al movilizar pasivamente la rótula en dirección cefalocaudal mientras se aplica cierta presión como, en menor grado, al flexionar la rodilla. Asimismo, la contracción activa del cuádriceps mientras se mantiene inmovilizada la rótula reproduce el dolor. Es un proceso transitorio que mejora con la madurez del sistema locomotor. En caso de dolor el tratamiento suele limitarse al reposo relativo. Cuando éste no es suficiente se pueden indicar ejercicios de rehabilitación dirigidos a potenciar el cuádriceps. Cuando los pacientes presentan una marcada deformidad torsional o angular, u otras patologías asociadas (subluxaciones rotulianas o rótula alta) deben derivarse al traumatólogo para evaluación.

Osteocondrosis

Constituyen un grupo diverso de enfermedades características de la edad pediátrica, ya que lo se presentan sobre un hueso inmaduro que todavía mantiene las fisis abiertas. El dolor es el síntoma principal de estas enfermedades, cuyo diagnóstico se establece habitualmente mediante estudios de imágenes. Con la posible excepción de la afectación grave de la cabeza femoral, su pronóstico es excelente. La osteocondrosis más frecuentes en el adolescente es el síndrome de Osgood-Schlatter.

Epifisiolisis

Esta entidad consiste en un deslizamiento posterior de la cabeza femoral, de etiología desconocida, que afecta principalmente a adolescentes. Su incidencia oscila entre 2-10/100.000 niños de 10-14 años, es más frecuente en varones (relación V:M 1,5-2:1) y en 15-20% de los casos es bilateral. Los síntomas principales consisten en dolor de tipo mecánico (referido a rodilla en 30%) y alteración de la marcha (en rotación externa). La exploración demuestra disminución de la rotación interna; se puede apreciar incluso acortamiento del miembro. El retraso diagnóstico medio varía entre 2-6 meses, siendo mayor en aquellos casos en los que el dolor está referido a la región distal del muslo o la rodilla en lugar de la ingle o la región proximal del muslo. El diagnóstico se realiza mediante la radiografía de caderas; es más evidente el desplazamiento de la cabeza femoral en la proyección axial que en la antero-posterior. Estos pacientes deben derivarse al traumatólogo inmediatamente.

Dolor de espalda Es frecuente en la adolescencia y afecta a 16-26% de los niños de 11 a 14 años. En alrededor de un tercio de ellos los episodios son recurrentes. A pesar de su frecuencia la mayoría de los casos son leves, de etiología inespecífica y curso autolimitado; de hecho, cada vez se atribuye mayor peso etiológico a factores psicológicos y psicosociales. Es responsable del 10% de las consultas por DME.

CONCLUSIONES

El DME puede tener múltiples orígenes y estar producido por distintas patologías. Generalmente la etiología es benigna, aunque su diagnóstico diferencial incluye enfermedades cuyo pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz (infecciones osteoarticulares, artritis inflamatorias, neoplasias y patología ortopédica).

Una anamnesis minuciosa puede dar las claves necesarias para realizar el diagnóstico o para decidir derivar al paciente al especialista adecuado. El diagnóstico etiológico, sin embargo, depende en gran medida de una exploración física detallada; en este sentido, conviene recordar la existencia de dolores referidos a localizaciones diferentes de donde se origina la sintomatología, como es el caso de coxalgias por patología de columna y gonalgias por patología de cadera.

La utilidad de las exploraciones complementarias en atención primaria se limita al hemograma y reactantes de fase aguda en caso de sospecha de neoplasias o infecciones osteoarticulares y a las radiografías, en casos de fracturas, patología ortopédica y tumores óseos.

Los signos de alarma que deben motivar la derivación del paciente son: 1) edad igual o inferior a 3 años (artritis sépticas, neoplasias, oligoartritis inflamatorias), 2) sintomatología sistémica (neoplasias, infecciones osteoarticulares), 3) patrón doloroso inflamatorio, 4) sintomatología persistente (\geq 2-3 meses de evolución) y 5) impotencia o alteración funcional.

López Robledillo JC. **Síndrome del dolor** musculoesquelético en la edad pediátrica. *Pediatr Integral* 2013; XVII(1): 15-23

De Inocencio J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. *Arch Dis Child* 2004;89:431-434

De Inocencio Arocena J. Dolor musculoesquelético en pediatría de atención primaria. Etiología y orientación diagnóstica. En AEPap ed. *Curso de actualización Pediatría 2005*. Madrid: Exlibris ediciones;2005:89-97

Sherry D, Malleson P. Idiopathic musculoskeletal pain syndromes. En: Cassidy JT, Petty RE ed. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 4a ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001: 381-394.

Conductas adictivas en el adolescente: Detección y manejo

David Bisetto Pons

El consumo de drogas es uno de los problemas más importantes de la sociedad española en los últimos años. El European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2013) advierte una vez más que España es uno de los países de los estados miembros de la Unión Europea, donde los jóvenes consumen más alcohol, tabaco y cannabis.

Sabemos que la edad prematura de inicio al consumo de tabaco y alcohol aumenta el riesgo de consumir otras drogas como el cannabis (Becoña et al., 2011; Prince van Leeuwen et al., 2011), consumo que acarrea además innumerables riesgos en el desarrollo físico, psicológico y social del adolescente/oven (DeBry y Tiffany, 2008; King y Chassin, 2007; Zucker et al., 2006).

La Atención Primaria puede ser la puerta de entrada más importante de estos adolescentes/jóvenes consumidores

de drogas ya que está formada por una red de Centros de Salud, cercanos al ciudadano/a.

Además hay que tener en cuenta que entre los cometidos primordiales de los/as médicos/as está la prevención de la enfermedad en cualquiera de sus manifestaciones, por lo que sin duda tiene un papel relevante en la detección y tratamiento precoz de las conductas adictivas en esta población. Por lo tanto, la presente ponencia tiene como objetivos los siguientes puntos:

Informar sobre los principales factores que predisponen al consumo de drogas en población adolescente.

Detectar a través del cribado el consumo de drogas en población adolescente.

Exponer los principales recursos existentes para la prevención y tratamiento de las adicciones en población adolescente.

Los adolescentes y las redes sociales

D. Sergio Fernández de Córdoba
Sargento Guardia Civil

Las Redes Sociales en la adolescencia



Internet es como salir a la calle; a veces puede ser mucho peor...

- Las redes sociales son herramientas de comunicación y socialización muy amplias e influyentes en un medio virtual que emula o imita la vida real, en la cual se reflejan actos que nos permiten tomar protagonismo en la noticia.
- Su implantación en la telefonía móvil, han impulsado aún más su uso, por las posibilidades de socialización y comunicación que ofrecen a los adolescentes, conscientes del abismo de conocimientos y vigilancia de los padres o tutores de estos medios sociales, y de la independencia social y comunicativa que esto ofrece al adolescente.
- Una ventana virtual para relacionarme con iguales, sin temor al rechazo, a la burla o al fracaso social, que permite diferentes grados de anonimato.
- Un estudio de la Universidad de Oxford titulado “una nueva paradoja de la privacidad” entre jóvenes de 14 a 17 años, muestra que un 95 % revisan su privacidad, disminuyendo drásticamente a partir de esa edad.

Las Redes Sociales en la adolescencia



Internet es como salir a la calle; a veces puede ser mucho peor...

- La edad de inicio a Internet, se produce más temprano entre los 10 y 11 años. Los servicios más usados por los menores son el correo electrónico, la descarga de música y películas, y la búsqueda de información para los estudios.
- Un 65% de los niños dispone de teléfono móvil propio, y el porcentaje alcanza al 90% entre el segmento de edad de 15-16 años. Pronto tendrán acceso a internet desde ellos.
- Hay poca o nula concienciación del uso de este medio y de formas de protegerse ante ataques a la intimidad, integridad psicológica, actos delictivos, etc etc.
- Desconocimiento o desinformación sobre privacidad, utilidades, beneficios o perjuicios, desconocimiento de la Ley de protección de datos de carácter personal, uso adecuado de la cámara web, etc etc.



Sujeto Activo del delito



- CONSCIENTE.- Deliberadamente y premeditadamente.
 - Conoce su acto delictivo, se cree impune y conoce la repercusión.
 - Conoce la maldad de su acto, no conoce que es delictivo ni sus repercusiones.
 - Desconoce su maldad, que sea delictivo y sus repercusiones
- INCONSCIENTE.- Efecto rebote y sin premeditación.
 - Cree que es divertido/juego lo hace de forma automática.
 - Comparte algo que cree gracioso o por automatismo.
 - Refuerza una conducta o una amistad, presiona "Me gusta".

Efectos secundarios de la Triple Terapia Antiretroviral (TARGA) sobre el recién nacido

Posadas Blázquez V, Togo A, Arcos Machancoses JV, Lozano Pérez R, Ortega Sánchez MC, Moreno Florez C, Molina Merino A, Jareño Roglá E
Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universitario Valencia; Servicio de Pediatría Hospital La Fe Valencia; UCI Neonatal Hospital Clínico Universitario; Centro de Salud de Moncada

La gran efectividad de la TARGA durante el embarazo ha llevado a una disminución espectacular de la transmisión vertical del VIH.

Este hecho ha llevado a una pérdida de atención a los posibles efectos adversos de que puede tener esta terapia sobre el neonato.

OBJETIVOS

Valoración de los principales efectos adversos asociados a la exposición de TARGA durante el embarazo: prematuridad (<37 sem), bajo peso nacimiento (>2500 g) y anemia (<10 g/dL) y neutropenia (<5000/mm³) en las primeras 24 h de vida.

MÉTODO

Retrospectivamente se recogen los datos de las historias de los hijos de madre VIH ingresados en nuestra unidad desde 2005.

RESULTADOS

42 niños fueron ingresados por ser hijos de madre VIH, 38 fueron expuestos a TARGA

La mediana de la duración de embarazo es de 267.5 días (RANGOIQ261.5-270). Un 15.7% (6/38) de prematuros 6/38 prematuros. Ningún niño con bajo peso al nacimiento. Peso medio de 3062,71 g [2530 – 4040].

En los hemogramas realizados el primer día de vida no aparece anemia (\bar{x} 15.5 g/dl), aunque se aprecia macrocitosis en el 34% de los niños (\bar{x} 112). Sólo en 7/38 muestran neutropenia al nacimiento.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra no parece relacionarse la exposición a TARGA durante el embarazo con un aumento del riesgo de los efectos adversos estudiados.

A partir del 2000 se utiliza TARGA forma habitual. Desde entonces, el riesgo de transmisión vertical ha disminuido considerablemente, siendo actualmente del 1%.

En conclusión, parece que el beneficio la terapia Creemos que el beneficio de la no transmisión del VIH al feto supera al posible que podría tener los antirretrovirales sobre el neonato.

Riesgo de parto pretérmino y uso de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) durante el embarazo en nuestro hospital

Posadas Blázquez V, Togo A, Arcos Machancoses JV, Lozano Pérez R, Ortega Sánchez MC, Moreno Florez C, Molina Merino A, Jareño Roglá E
Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universitario Valencia; Servicio de Pediatría Hospital La Fe Valencia; UCI Neonatal Hospital Clínico Universitario; Centro de Salud de Moncada

Entre los estudios hay gran disparidad en cuanto a la relación de TARGA durante el embarazo y el riesgo de la prematuridad.

Se llega a plantear la utilización de monoterapia (zidovudina) madres seleccionadas para evitar los efectos adversos de fármacos como los Inhibidores de la Proteasa (IPs).

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es valorar la duración del embarazo de madres tratadas con TARGA en un hospital terciario de Valencia durante los últimos 7 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Retrospectivamente se recogen las historias de los hijos de madre VIH ingresados en nuestra unidad desde 2005.

RESULTADOS

Entre 2005 y 2013 ingresaron 42 niños, según el tipo de parto:

– 15 parto eutócico

– 10 cesárea urgente
– 17 cesárea electiva a las 38 semanas

La media de duración de gestación es de 264.81 días (37.71 semanas), siendo de 255.39 días (36 semanas) en los que no se realizó cesárea programada.

7 nacidos antes de las 37 semanas. (16.6%)

Todas las madres, excepto 3, fueron tratadas con TARGA durante el embarazo. Solo 9 tuvieron CV detectable (>50). No se produjo ninguna transmisión vertical.

CONCLUSIONES

Nuestra media de embarazo es 264.81 días, sobrepasa las 37 semanas a pesar del sesgo de realización de cesárea programada a las 38 semanas por protocolo.

El porcentaje de pretérmino (16%) entre los hijos de madre VIH es mayor respecto al 10% de la población general. No se tiene en cuenta factores como: raza, edad materna, , tóxicos ...

Creemos que el beneficio de la no transmisión del VIH al feto sobrepasa al posible riesgo de prematuridad.

Síndrome hemofagocítico (SH) primario

Noura Taibi, Mónica Ferrández González, Noelia Moreno López,
Esther Mazón Ruiz, Manuel Roig Riu
Hospital "Vega Baja". Orihuela.

Se trata de una proliferación, no maligna, de células histiocíticas que conservan su morfología normal, con intensa actividad para fagocitar células hematopoyéticas.

El SH se clasifica en 2 grandes grupos: linfo-histiocitosis familiar o primaria (Autosómica recesiva), debida a mutaciones en el gen de la perforina, lo que condiciona una alteración del mecanismo de apoptosis celular mediado por las células citotóxicas;

y secundaria o forma reactiva, asociada a infecciones, sobretodo VEB, trastornos inmunológicos, procesos malignos...

Los criterios diagnósticos del SH publicados por el Hemophagocytic Lymphohistiocytosis Study Group incluyen criterios clínicos, de laboratorio, inmunológicos e histopatológicos (al menos 5 de los 7):

- Fiebre
- Esplenomegalia
- Pancitopenia (al menos 2 líneas celulares)
- Hipofibrinogenemia o hipertrigliceridemia
- Aumento de la ferritina
- Disminución de actividad linfocitos natural killer y aumento del CD25 soluble
- Hemofagocitosis (no es constante) en médula ósea, ganglio o bazo.

El tratamiento viene especificado en el protocolo del SH del 2004, e incluye además de las medidas generales de estabilización y la profilaxis antibiótica, inmunoterapia con inmunoglobulina iv, corticoterapia, ciclosporina A y quimioterapia con Etopósido.

La forma primaria del SH puede ser muy agresiva y evolucionar en poco tiempo de forma fulminante con un "fallo multiorgánico letal" antes de que sea posible establecer un diagnóstico. De hecho, sin tratamiento, la supervivencia ronda los 2 meses.

CASO CLÍNICO

lactante de 6 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Presenta fiebre de varios días de evolución. Asocia, inicialmente, mínima hepatoesplenomegalia y leve exantema confluyente, en tronco. En la analítica presenta elevación leve-moderada de reactantes de fase aguda y de transaminasas, y trombopenia de 62.000/ μ L siendo la coagulación normal.

Rápido empeoramiento, con deterioro del estado general, mayor hepatoesplenomegalia, ascitis, irritabilidad, intensificación del exantema, elevación más marcada de transaminasas y pancitopenia. Se administra antibioterapia agresiva y anfotericina B sin notarse mejoría. Necesita múltiples transfusiones de hemoderivados por anemia, trombopenia e hipofibrinogenemia.

Se realiza aspirado de médula ósea sin observarse signos de infiltración, ni parásitos intra ni extracelulares, no signos de hemofagocitosis ni histiocitosis.

Reuniendo suficientes criterios, se diagnostica de síndrome hemofagocítico, cursándose estudio pertinente (serología, actividad de NK, estudio genético) y se inicia tratamiento según protocolo de hemofagocitosis. La niña presenta mejoría progresiva pudiéndose dar de alta del servicio de cuidados intensivos donde había ingresado.

Atención en las primeras 48 horas del alta de maternidad en la consulta de enfermería y/o pediatría

María Teresa Asensi Monzó¹, Elena Fabregat Ferrer², María Dolores Gutiérrez Sigler³, Javier Soriano Faura⁴

1. CS Serrería 1, Valencia, Valencia, Spain

2. CS Gran Vía, Castellón, Castellón, Spain

3. CS Nou Moles, Valencia, Valencia, Spain

4. CS Fuensanta, Valencia, Valencia, Spain

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El tránsito de cuidados desde la maternidad al equipo de Atención Primaria (AP) no está adecuadamente establecido. El acceso a los centros de AP depende de la acreditación del recién nacido (RN) con su tarjeta de asistencia sanitaria (TAS) y de la solicitud de cita al equipo de pediatría de AP.

Programas de control del peso a las 72-96 horas del parto consiguen detectar precozmente la deshidratación hipernatrémica (DHN) por ayuno en lactancias maternas exclusivas e incrementa significativamente el porcentaje de lactancia materna exclusiva a las 2 y 6 semanas y a los 6 meses, así como la duración total de lactancia materna.

OBJETIVO

Conocer la edad en que son atendidos por primera vez los recién nacidos tras el alta de la maternidad y la relación con el tipo de alimentación, hospital de procedencia y si la TAS se obtuvo antes del alta de maternidad.

MÉTODO

Se incluyeron RN sanos, dados de alta de la maternidad antes de las 72 horas de vida. Fueron excluidos los RN por cesárea e ingresados.

Se elaboró una encuesta con las siguientes variables de estudio: edad de la primera visita en el centro de AP, hospital de nacimiento, alimentación al alta y si se entregó la TAS.

Los pediatras de AP cumplimentaron la encuesta a la recepción del RN, entre el 9 de abril al 30 de junio del 2013.

RESULTADOS

Se declararon datos de 248 RN de 46 CS (de un total de 162).

El 42% de los RN fueron vistos por primera vez en su CS a partir del 5º día de vida. El 15 % no habían sido vistos a los 10 días. Los RN en hospital público tienen 2 veces más probabilidad de acudir al CS antes de los 6 días de vida que los nacidos en hospital privado. Un 56,93% de las lactancias maternas y mixtas fueron vistas después del quinto día de vida.

El 24,2% de los casos no tenía TAS (19% de las maternidades públicas y la mayoría de los RN en maternidades privadas).

CONCLUSIONES

Los padres no tienen indicaciones de las maternidades de que deben acudir en las primeras 24-48 horas tras el alta. En algunos CS no se facilita la TAS el día que solicitan cita los RN, ni se considera su atención no demorable.

Pitiriasis rubra pilaris: entidad poco conocida en pediatría

Katja Schmitz*, Sandra Rodilla Valenzuela**, María Isabel Febrer Bosch***

*Servicio Pediatría Hospital General Universitario de Valencia

**Servicio Pediatría Hospital General de Castellón

***Servicio Dermatología Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatitis inflamatoria papuloescamativa rara de etiopatogenia incierta. Existen 5 tipos (Tabla 1) II, IV y V con presentación pediátrica. Su diagnóstico se basa en clínica e histopatología. Los retinoides orales son el tratamiento más utilizado. También se emplean inmunosupresores y se suele asociar tratamientos tópicos incluyendo queratolíticos, corticoides, retinoides y calcipotriol. Presenta evolución variable y recurrencia impredecible.

CASO CLÍNICO 1

Niño de 5 años de edad que acude a urgencias por presentar desde hacía 2 semanas lesiones cutáneas pruriginosas anaranjadas eritemato-descamativas palmo-plantares que posteriormente se habían extendido a rodillas, codos y área peribucal. Asocia erupción micropapular en mejillas y lesiones de queilitis. Se realiza analítica sanguínea y serología destacando IgM positiva para *virus Epstein Barr* y elevación de transaminasas. Se inicia tratamiento con corticoides tópicos a pesar de lo que presenta aumento de descamación pautándose corticoides sistémicos. Se realiza biopsia que es compatible con PRP por lo que se inicia tratamiento con acitretino junto con corticoides tópicos. Presenta mejoría progresiva de las lesiones hasta la práctica la resolución completa. En la actualidad se ha iniciado disminución de la dosis de acitretino hasta intentar suspender.

CASO CLÍNICO 2

Paciente varón que llega a la consulta de dermatología pediátrica con 11 años para continuar control de su dermatopatía. Presenta erupción cutánea pruriginosa eritematosa con descamación fina, psoriasiforme áreas circulares de piel respetada, afectando a tronco y extremidades con respeto palmo-plantar. Referían lesiones cutáneas recurrentes desde los 2 meses de vida tratadas como dermatitis atópica. Hacia 2 años ante la duda diagnóstica se realiza biopsia con diagnóstico PRP. Se inicia tratamiento con acitretino oral con muy buena respuesta. Al año se suspende tratamiento oral y presenta regular control con diversos tratamientos tópicos. Como antecedentes familiares encontramos: madre atópica; psoriasis en rama paterna. Se repite la biopsia que confirma el diagnóstico y se reinicia tratamiento con acitretino asociado a tratamiento tópico y exposición solar.

CONCLUSIONES

El diagnóstico PRP suele retrasarse mucho debido a la baja prevalencia y la dificultad que puede generar el diagnóstico diferencial con otras entidades como psoriasis o eccemas. Sin embargo, su tratamiento suele ser efectivo por lo que es una patología a tener en cuenta.

Tabla 1: CLASIFICACIÓN DE GRIFFITH

Tipo I	Clásica del adulto
Tipo II	Atípica del adulto
Tipo III	Clásica juvenil
Tipo IV	Circunscrita juvenil
Tipo V	Atípica juvenil

Registro de casos de muerte inesperada del lactante de la comunidad valenciana

Castro B, Marin P, Monzo A, Molina P, Tapia C,
Zorio E, Izquierdo I
Hospital La Fe

INTRODUCCIÓN

El síndrome de muerte súbita del lactante (smsl) es la muerte que se produce en menores de un año, ocurre aparentemente durante el sueño y permanece sin explicación después de la realización de una investigación que incluye autopsia, examen del lugar del fallecimiento y revisión de la historia clínica. El grupo de trabajo multidisciplinar para el estudio de la muerte súbita de la Comunidad Valenciana se encarga de estudiar estos pacientes y sus familiares.

OBJETIVO

Estudio y Clasificación "San Diego" de los lactantes fallecidos de manera súbita en la Comunidad Valenciana. Como objetivo secundario se estudian los factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de lactantes fallecidos de forma súbita en la Comunidad Valenciana desde Septiembre de 2006 hasta Diciembre de 2012. Se realiza necropsia y se recogen datos perinatales y epidemiológicos con una entrevista. Los datos se analizan con un modelo de regresión logística.

RESULTADOS

Hubo 86 casos de muerte inesperada (50 niños). La edad más frecuente fue entre el mes y los 4 meses.

La mayoría de los fallecimientos se produjeron de noche en casa con un pico en Enero. En 39 casos (45,3%) se halló causa de la muerte siendo la primera causa cardiopatías seguidas de neumonía y sepsis. Entre las muertes explicadas hubo 4 colechos (10,2%) y 2 prono (5,1%). 41 casos (41,6%) fueron smsl de los cuales 15 (36,5%) fueron colecho y 11 prono (26,8%). 17 casos (19,7%) se produjeron en época neonatal, 6 fueron smsl (3 colechos + 1 prono) y el resto explicadas, siendo la cardiopatía congénita la más frecuente y después sepsis. Nuestros resultados muestran la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el factor de riesgo colecho y la probabilidad de muerte súbita ($p=0.02$), con un riesgo relativo de 1.75 (IC 95% [1.15-2.66]).

CONCLUSIONES

El estudio de cada caso de muerte inesperada es complejo y requiere abordaje multidisciplinar. Sin embargo, es necesario ya que es el método que posibilita la realización de registros y la obtención de datos epidemiológicos, así como asesorar a las familias. En nuestra serie, hemos hallado una relación estadísticamente significativa entre el colecho y el smsl. Si bien son necesario estudios más amplios, éste es un hecho a considerar para promover campañas de prevención.

Leishmaniasis visceral, ¿la tenemos presente?

Martínez-Barona S*, Molina Cambra A*, Carreras Gil de Santivañes C*,
Pemán García J**, Piqueras Arenas A*.

*Servicio de Infectología Pediátrica.

**Servicio de Microbiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una zoonosis originada por un protozoo intracelular, transmitida por el insecto *Phlebotomus*, con principal reservorio en el perro. La cuenca mediterránea es foco endémico para *L. infantum*, responsable de la forma visceral, siendo característica la triada de fiebre, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. En España se declaran unos 200 casos/año, cifra que se mantiene estacionaria por cambios medioambientales, aparición de nuevos reservorios (liebre salvaje) o por desplazamientos de población hacia zonas rurales.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1:

Varón 14 meses, etnia gitana, previamente sano. Consulta por fiebre desde hace 6 días y decaimiento. Vive en zona rural próxima a barrancos y en contacto con perros. A la exploración, hiperemia faríngea, palidez, hepatomegalia de 3cm y esplenomegalia de 4cm. Analítica: hemoglobina 7,4 g/dL, leucocitos 3.920/mm³ (450/mm³ neutrófilos), plaquetas 74.000/mm³, sin blastos. PCR 79 mg/L, LDH 800 UI/L. Ecografía abdominal; hepatoesplenomegalia homogénea. Radiografía de tórax, test cutáneo de tuberculina, hemocultivo y serologías víricas incluida VIH negativas. En aspirado medular, se visualizan leishmanias, y la PCR confirma *L. infantum*. Se administra anfotericina B liposomal 5 días consecutivos, y dosis adicional el día 10. Afebril a las 48h y

normalización de pancitopenia en control analítico 10 días después.

Caso 2:

Mujer, 22 meses, sin antecedentes personales de interés. Consulta por fiebre y masa abdominal. Convive con múltiples animales domésticos. A la exploración, palidez, esplenomegalia de 6 cm y hepatomegalia de 3 cm. Analítica: Hb 7,7g/dL, leucocitos 3.000/mm³ (880/mm³ neutrófilos), plaquetas 97.000/mm³. LDH 1.268 U/L, PCR 39mg/L. Resto de exploraciones complementarias normales. El aspirado de médula con PCR para *L. infantum* confirma el diagnóstico. Recibe tratamiento con anfotericina B liposomal, normalizando la pancitopenia en control analítico un mes después.

COMENTARIOS

En todo paciente con fiebre, pancitopenia y hepatoesplenomegalia el diagnóstico diferencial debe descartar en primer lugar un proceso hemato-oncológico. Entre las causas de origen infeccioso, el primer escalón diagnóstico es el despistaje de la leishmaniasis visceral, por ser una enfermedad reemergente de alta prevalencia en nuestro medio. El tratamiento habitual recomendado es la anfotericina B liposomal en pauta corta, utilizada en nuestros pacientes con buena respuesta y sin presentar efectos adversos. El pronóstico es bueno cuando se actúa con precocidad y el paciente es inmunocompetente.

Infección sintomática por citomegalovirus adquirido a propósito de dos casos

López Medina E.M^a, Rosenova Ivanova R, González Callado L, Cabezuelo Huerta G, Ferrer Lorente B

Unidad de pediatría General, Hospital universitario y politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

La infección adquirida por citomegalovirus (CMV) habitualmente es asintomática salvo en niños prematuros que son más susceptibles por tener un sistema inmunitario inmaduro y menor cantidad de anticuerpos maternos. No obstante, en niños a término el CMV puede dar lugar a cuadros clínicos muy variados y de distinta gravedad.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos los casos clínicos de dos lactantes a término que desarrollaron una infección sintomática por CMV adquirido en nuestro hospital en el último año. El primer caso es un lactante de 2 meses que presentó un cuadro de vómitos coincidente con instauración de lactancia mixta, siendo diagnosticado de posible intolerancia a las proteínas de la leche de vaca. Durante su ingreso desarrolló una meningitis aséptica y una hepatitis aguda que fueron claves para establecer el diagnóstico. Éste se confirmó mediante serología y PCR positiva en orina y negativa en sangre seca de pruebas metabólicas.

El segundo caso es una lactante de 1mes y 24 días que ingresó por neumonía atípica y reacción leucemoide. Se instauró tratamiento antibiótico de amplio espectro presentando mejoría clínica. No obstante, en analítica de control se evidenció aumento de transa-

minasas (GPT y GGT). En serología se detectó IgM positiva para CMV que se confirmó mediante PCR positiva en sangre, siendo negativa en sangre seca de pruebas metabólicas.

En ambos casos el cuadro se resolvió sin secuelas y de forma espontánea sin necesidad de tratamiento antiviral.

CONCLUSIÓN

A pesar de que la infección adquirida por CMV en el recién nacido a término suele ser asintomática, en ocasiones puede cursar de forma sintomática y grave. En estos casos el pronóstico tiende a ser favorable, ya que a diferencia de la infección congénita por CMV, la infección adquirida no parece asociarse con el desarrollo de secuelas a largo plazo y suele resolverse de forma espontánea sin necesidad de tratamiento antiviral.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón Allen A, Baquero-Artigao F. Grupo de estudio de la infección por citomegalovirus de la sociedad española de infectología pediátrica. Revisión y recomendaciones sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección posnatal por citomegalovirus. *An Pediatr (Barc)* 2011; 74 (1): 54.e1-52.e13.

Alteraciones intragénicas del gen NRXN1 y retardo del desarrollo: a propósito de un caso

Barato Monzón D.*, Juan Martínez J.*, Requena Benito C.*, Collado Coso B.*,
Zúñiga Cabrera A.®, Pi Castañ G.*

*Servicio de Pediatría Hospital Universitario de la Ribera.

® Biología Molecular Hospital Universitario de la Ribera.

INTRODUCCIÓN

El Retardo en el Desarrollo o Retraso Mental puede ser debido a múltiples etiologías o causas congénitas o adquiridas.

La tecnología genómica por microarray ha cambiado significativamente el enfoque diagnóstico en niños con discapacidad intelectual y retraso mental, dada la capacidad cada vez mayor de obtener detalles e información cuantitativa del número de copias. El microarray cromosómico es actualmente considerado como el diagnóstico de primera elección para individuos con discapacidad intelectual y anomalías congénitas.

Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de retardo del desarrollo de origen genético asociado a microdelección en la región cromosómica 2p 16.3 del cromosoma 2 en una región intrónica del gen NRXN1.

CASO CLÍNICO

Mujer de 8 años con retardo del desarrollo con antecedentes en familiares de segundo grado de retraso mental. Gestación controlada sin patología. Parto a término eutócico y adaptación perinatal normal. Al nacimiento Peso: 3420 gr (p75-90) Talla: 49 cm (p 50-75) PC: 31 cm (<p10). Se detecta soplo sistólico y CIV muscular al 2º día de vida sin repercusión clínica. Microcefalia constitucional (p<3). No otros antecedentes patológicos de interés salvo un episodio aislado de bronquiolitis.

En el desarrollo psicomotor destaca sostén cefálico a los 3-4 meses. Sedestación, volteo supino, sonrisa y contacto social a los 7 meses. A los 18 meses se levanta y deambula con ayuda, posteriormente deambulación autónoma a partir de los 26 meses. A los 3 años nomina palabras sin construir frases, con interés por el entorno social.

A la exploración (18 meses) peso y talla en percentil 10 y perímetro craneal en percentil <3. Cráneo

normoconformado de aspecto microcéfalo sin rasgos dismórficos. Hipotonía generalizada con fuerza normal y reflejos osteotendinosos conservados. Pares craneales normales. Resto de exploración por órganos y aparatos sin alteraciones.

Se realizan pruebas complementarias todas con resultados normales (analítica con serología de TORCH, CK, radiografía de cráneo, ecografía y RNM cerebral, estudio metabólico y fondo de ojo). Se completa estudio genético con MLPA reordenamientos subteloméricos, RMLX y microdelecciones con resultado negativo. Ante los resultados de MLPA se realiza Array-CGH en el que se objetiva una pérdida de 59 Kb en la región cromosómica 2p 16.3 del cromosoma 2 que comprende una región intrónica del gen NRXN1. Estudio realizado a los padres normal.

Se inicia programa de Atención Temprana, fisioterapia y logopedia con evolución favorable tanto del lenguaje como de la motricidad, con mayores dificultades de la psicomotricidad fina y para la concentración en el estudio. Requiere valoración por traumatología a los 5 años por dismetría en miembros inferiores y pies planos. En la última valoración en la consulta de Neuropediatría se pauta tratamiento con metilfenidato por déficit de atención.

CONCLUSIONES

Es muy importante el diagnóstico precoz del retardo del desarrollo. Recientemente se han identificado pacientes con pequeñas delecciones intragénicas del gen NRXN1. Sus fenotipos son variables incluyendo alteraciones del espectro autista, retraso mental, alteraciones del lenguaje e hipotonía muscular. En nuestro caso, la delección hallada en el gen NRXN1 explica un retardo del desarrollo de origen genético en esta paciente. Por tanto, el estudio genético es una herramienta diagnóstica útil y permite la prevención de la aparición de posibles nuevos casos de origen genético.

Dos años de consulta on-line

Ferrández González M, Rubio Díaz I.
Hospital Vega Baja (Orihuela)

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías abren un nuevo cauce de relación con las familias que atendemos, siendo una herramienta de comunicación más con padres y adolescentes.

Para conocer el uso de internet entre los padres y madres de los niños adscritos a nuestro cupo del Centro de Salud se realizó una encuesta cerrada, voluntaria y anónima en mayo del 2011. Entre los resultados obtenidos vimos que un 87% de los padres tiene internet en casa y usa habitualmente el correo (nivel de confianza del 90%), cifras similares a otras encuestas de uso de nuevas tecnologías en familias españolas.

Por todo lo anterior, en mayo del 2012 se crea una web con contenidos de educación sanitaria y un correo de contacto para que puedan realizar consultas on-line; información que se empieza a facilitar a los padres, madres y adolescentes mayores de 12 años cuando acuden a consulta. Tras 2 años con este servicio, hemos planteado este estudio para evaluar su funcionamiento.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar el uso de la consulta on-line. Objetivos secundarios: Determinar la prevalencia de uso de la consulta on-line, motivos más frecuentes de consulta, describir los grupos de edad cuyos padres lo usan y el uso que hace el adolescente, valorar la repercusión que la consulta on-line tiene sobre la consulta asistencial y precisar el tiempo de demora de las respuestas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el que se incluyeron todos los e-mails recibidos de padres, madres y adolescentes desde el inicio de la consulta on-line en mayo de 2012 hasta abril de 2014.

Las variables que se estudiaron fueron: epidemiológicas (familias que lo usan, edad del paciente, pertenencia al cupo), clínicas (motivo de consulta) y asistenciales (si evita consulta presencial, tipo de respuesta y la demora en la respuesta).

Para llevar a cabo el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 17.0.

RESULTADOS

Durante estos 2 años se han recibido un total de 257 correos electrónicos de 80 pacientes diferentes, lo cual supo-

ne que sólo un 8% del cupo usa este servicio. La mayoría de consultas son de niños de 0-6 meses (31,1 %) y de 1-3 años (28,8%), de forma que el 76,7% de las consultas son para niños menores de 3 años. El 45,1% de las consultas fueron sobre niño sano, mientras que el 54,9% fueron por enfermedad. En el grupo de 0-6 meses un 65% de las consultas son de niño sano, predominando las cuestiones sobre alimentación (34,6%). En el grupo de edad de 1-3 años las consultas por niño enfermo suponen el 77% predominando las consultas por patología digestiva (29,8%) y patología respiratoria (21%). Sólo hay dos adolescentes que han usado este servicio.

En cuanto a la repercusión sobre la consulta presencial, en un 71,6% de los casos la evitó y un 8,9% de los e-mails se han usado como apoyo a la consulta.

Un 90,4% de los e-mails se respondieron on-line, un 2,5% vía telefónica, y hubo un 7,1% en los que el paciente acudió a la consulta antes de obtener respuesta. Respecto al tiempo de demora en las respuestas, un 62,3% de las respuestas se hicieron en las 24 horas siguientes al e-mail.

CONCLUSIONES

Las nuevas tecnologías son para los padres una vía de comunicación con el pediatra aún poco utilizada. La usan con mayor frecuencia los padres de niños entre 1-3 años de edad probablemente porque es una etapa complicada que genera muchas inseguridades en la crianza.

Los motivos de consulta, como era de esperar, se corresponden con las consultas más prevalentes en la práctica clínica asistencial.

Con el uso de la consulta on-line se evitan un importante número de consultas, aunque no podemos concluir que si se consiguiera un uso mayor de las nuevas tecnologías se evitarían un porcentaje significativo de consultas presenciales.

El grado de satisfacción de los padres que ya han incorporado el e-mail como herramienta de comunicación con el pediatra es alto y lo usan cada vez más. Creemos que es una mejora de la accesibilidad y de la calidad asistencial que hay que seguir potenciando.

Sepsis tardía por Estreptococo grupo B, revisión de casos en el servicio de Pediatría

Ballesteros Cogollos V, Cantó Clement M, Saénz González P.
Hospital Universitario i Politénic La Fe

INTRODUCCIÓN

Definimos sepsis tardía la que ocurre a partir de los 7 hasta los 89 días de vida. La sepsis tardía neonatal por Estreptococo Grupo B (EGB) ha mantenido su incidencia pese a la introducción de la antibioterapia profiláctica intraparto (IAP) y la patogenia de esta entidad aún no está clara.

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes que padecieron sepsis tardía en nuestro servicio de pediatría tras la introducción de la antibioterapia profiláctica intraparto, analizando diferentes variables para comprender mejor la etiopatogenia de esta entidad.

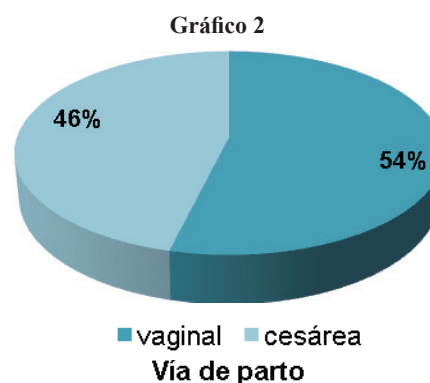
MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de sepsis tardía por EGB desde enero 2007 a diciembre de 2013. Definimos caso confirmado un hemocultivo positivo para *S. agalactiae* entre los 7 y 89 días de vida y criterios de sepsis publicados por Tollner. La introducción de la IAP se introdujo de forma sistemática en nuestro centro a partir del 2006 produciéndose un cambio en el protocolo en 2010 hacia una actitud menos invasiva y expectante.

RESULTADOS

13 casos, 53% de ellos en la primera mitad del periodo, previa modificación del protocolo.

La mediana de edad en la presentación fue 27,31 días (rango: 15-48). Ver forma de presentación en el gráfico 1. La vía de parto se distribuye acorde al gráfico 2.



El estado de portador materno estaba registrado en el 69,23%, distribuyéndose como muestra gráfico 3.



Todas las madres con cultivo rectovaginal positivo y desconocido recibieron IAP.

El 92,3% de los pacientes procedían de su domicilio, con una media de edad gestacional de 37+2 semanas (DS+/- 1-40).

38,46% asociaban cultivo positivo del líquido cefalorraquídeo; 60% de los cuales presentan secuelas neurológicas. 23,07% requirieron ingreso en intensivos y se produjo un exitus.

El régimen de antibioterapia más utilizado fue ampicilina + cefotaxima.

CONCLUSIONES

El número de casos de sepsis tardía por EGB permanece estable y no varía notablemente pese a los cambios en las medidas de de la transmisión vertical. Es necesario desarrollar nuevas estrategias que prevengan otras vías de transmisión de esta entidad como la nosocomial y la horizontal.

Actitud ante una trombosis venosa craneal secundario a etiología infecciosa

Zamora Alberola F, Pagán Martínez A, Cruz Maeso S.
Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCION

La trombosis venosa craneal es una entidad poco frecuente, tiene diversas etiologías pero nos centraremos en procesos infecciosos. El uso de anticoagulación en el tratamiento tal y como recomienda la AACCP es controvertido, tal como refleja la literatura aportada. El objetivo de esta presentación es mostrar dos casos de TVC secundarios a infección orofaríngea y otomastoiditis resueltos sin uso de anticoagulación.

RESUMEN DE LOS CASOS

-Preescolar 2 años consultó por inestabilidad en la marcha, fiebre. En tratamiento con cefuroxima por faringitis.

Exploración: Temperatura 38°C, calor, eritema retroauricular derecho. Otoscopia derecha: importante abombamiento timpánico con secreción no transparente.

Rigidez de nuca. Ampliación de base de sustentación para la marcha.

Exploraciones complementarias: Radiografía tórax: normal. Hemocultivo negativo. PCR: 233,1 mg/L, Leucocitos: 19.540. LCR cultivo, PCR virus neurotrópicos negativos. Iniciamos tratamiento con cefotaxima y aciclovir, suspendiendo éste con la llegada de PCR virus negativa. RMN craneal: "Imágenes compatibles con otomastoiditis bilateral, empiema detrás del peñasco derecho, trombosis del seno transversal derecho". Ante tal hallazgo, trasladamos a Servicio Neurocirugía del hospital de referencia, donde cambian antibioterapia a meropenem más vancomicina, no anticoagulación en ningún momento. A los 13 días regresa nuestro hospital para completar tratamiento. RMN craneal (un mes después): "Persiste captación meníngea adyacente al borde anterolateral del hemis-

ferio cerebeloso derecho sin empiema, recanalización parcial del seno transversal derecho."

-Escolar 7 años con tumoración laterocervical izquierda dolorosa. Odinofagia, sialorrea y fiebre. En tratamiento con amoxicilina/clavulánico por amigdalitis.

Exploración: Temperatura 38°C. Amígdala izquierda contacta con úvula por desplazamiento lateral. Ingresó en Servicio Pediatría, iniciando amoxicilina/clavulánico y metilprednisolona. Hemocultivo negativo. TAC craneal: "Absceso parafaríngeo izquierdo, trombosis yugular interna izquierda, condicionando disminución calibre de seno transversal izquierdo".

Ante buen estado clínico/hemodinámico, añadimos Clindamicina al tratamiento, sin anticoagulación. El paciente permanece afebril, mejoría del cuadro. TAC craneal control: "disminución del engrosamiento retrofaríngeo izquierdo. Asimetría calibre de vena yugular siendo la izquierda menor, trayecto permeable, sin signos de trombosis".

CONCLUSIONES

Se recomienda la anticoagulación en los casos de trombosis venosa pero nuestros casos evolucionaron favorablemente y sin complicaciones sin dicho tratamiento.

El hecho de tratarse de patologías potencialmente quirúrgicas hace controvertido el uso de anticoagulación.

Proponemos que en aquellos casos sin sintomatología de hipertensión endocraneal, sin focalidad neurológica, sin convulsiones y sin clínica respiratoria que haga sospechar un tep sean tratados de forma inicial con tratamiento antibiótico adecuado y vigilancia del trombo.

Discitis, retraso y errores en el diagnóstico

Rosenova R., López EM., Torres MB., Cabezuelo G., Ferrer MB.
Servicio de Pediatría, Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCION

La discitis es una inflamación aguda del disco intervertebral y vértebras adyacentes que suele afectar la zona lumbar. La etiología habitualmente es infecciosa. Suele presentarse de forma insidiosa, y es preciso un alto grado de sospecha clínica para realizar diagnóstico y tratamiento precoz. Esto puede ocasionar retrasos y errores en el diagnóstico.

OBJETIVOS

Revisar una patología de difícil diagnóstico por la clínica inespecífica en el lactante menor de 3 años.

CASO CLÍNICO

Lactante de 19 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por cuadro consistente en rechazo de la bipedestación y de la marcha de 18 días de evolución. Inicialmente unilateral y posteriormente bilateral. Refiere fiebre al inicio del cuadro y posteriormente afebril. Valorado en otro centro al 3º y 8º día del proceso y tras realizar estudio analítico, radiográfico y ecográfico es diagnosticado de sinovitis de cadera, iniciándose tratamiento con Ibuprofeno y reposo que mantiene durante todo el proceso. En la 3ª semana se remite a urgencias de nuestro hospital por persistencia de la clínica. A la exploración destaca buen estado general, rechazo de la bipedestación, y de la marcha, movilización espontánea y pasiva de los miembros

inferiores durante el decúbito, presente, simétrica y sin limitaciones, Gowers positivo, hiporreflexia de miembros inferiores y paso del p90 al p>p97 del Perímetro craneal. En la analítica presenta hemograma y bioquímica normal, VSG 52mm/h, PCR negativa. RX de columna y TAC normal. La RM de raquis evidenció afectación del disco L5-S1 con estrechamiento del mismo e inflamación de partes blandas. Recibió tratamiento antibiótico intravenoso, analgesia e inmovilización con corsé, presentando rápida mejoría e inicio de la marcha en 48 horas. A los 3 meses está asintomático, con persistencia de afectación radiológica del espacio discal.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de discitis se basa en hallazgos clínicos y radiológicos. La RM es el procedimiento de imagen de elección precoz, ya que los cambios radiográficos son tardíos (2-6 semanas). Es frecuente un retraso diagnóstico de varias semanas, durante el cual pueden realizarse pruebas complementarias innecesarias y retraso en el tratamiento.

En el lactante, tanto la clínica como la exploración son inespecíficas. Se debe sospechar en las alteraciones agudas de la deambulación, rechazo de la bipedestación o de la marcha, irritabilidad y sobre todo rechazo a sentarse con estado general conservado en ausencia de fiebre.

Cojera y dolor puede ser un tumor

Mañes Jiménez Y, Pérez García B, Jiménez Candel MI, Carpena Lucas PJ, Moriano Gutiérrez A. Hospital Lluís Alcanyis, Xativa (Valencia)

INTRODUCCIÓN

La cojera en la edad pediátrica puede ser debida a múltiples causas, y supone un motivo de consulta habitual al pediatra.

A pesar de ser una causa poco frecuente de cojera prolongada en niños, los tumores musculoesqueléticos deben de tenerse en cuenta a la hora de valorar a estos pacientes.

A continuación presentamos 3 casos clínicos de tumores musculoesqueléticos, de inicio similar, pero con diferente diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1: Niño de 8 años que acude a Urgencias por dolor y edema en zona inguinal derecha de 12 horas de evolución, a la vez refieren que desde hace 8 semanas, presenta una tumefacción de consistencia blanda en la planta del pie derecho, que de modo progresivo ha aumentado de tamaño y le ocasiona molestias en la deambulación.

No presenta otra sintomatología asociada, ni antecedentes de interés.

A la exploración se aprecia una tumefacción en la planta del pie derecho, de 6x3cm, gomosa, no dolorosa. La zona inguinal derecha tumefacta, con signos inflamatorios externos y edema de todo el miembro inferior derecho. Presenta adenopatías inguinales.

Su pediatra de zona solicitó ecografía de la planta del pie, siendo informada como tumoración de partes blandas. Ante estos hallazgos solicitamos una resonancia magnética nuclear (RNM), con diagnóstico probable de rhabdomyosarcoma (Figura 1 y 2).

Se remite al Hospital de referencia, donde le practican una biopsia de la lesión de la planta del pie, con diagnóstico de rhabdomyosarcoma alveolar.

CASO CLÍNICO 2: Niño de 11 años que acude por dolor y discreta cojera del miembro inferior izquierdo, desde hace 7 semanas, tras recibir varios traumatismos repetidos en la rodilla izquierda mientras

entrenaba a fútbol. No presenta otra sintomatología. A la exploración se observa una tumefacción en tercio superior de la tibia izquierda, dura, caliente, muy dolorosa a la palpación superficial. Movimientos conservados. No adenopatías.

Ante la persistencia del dolor, sin encontrar mejoría con analgesia habitual, su pediatra de atención primaria le solicita una Rx de MI izquierdo (Figura 3), siendo la imagen sugestiva de osteosarcoma, con la imagen del triángulo de Codman. Momento en que se remite a nuestro servicio para ampliar el estudio con RNM (Figura 4 y 5), donde se observan lesiones óseas líticas, agresivas, con destrucción de la cortical y componente de partes blandas, que apoya el diagnóstico de osteosarcoma.

Se confirma con el diagnóstico histológico basado en la presencia de un estroma sarcomatoso maligno, asociado a la producción de osteoide tumoral.

CASO CLÍNICO 3: Niña de 10 años que acude a Urgencias remitida por su pediatra de zona. Refiere que desde hace 18 días, a partir de una caída casual, tiene molestias en la pierna izquierda que le producen una discreta cojera.

A la exploración, lesión en tercio medio de la región tibial izquierda, dolorosa al tacto y consistencia dura, sin signos inflamatorios externos. Movilidad conservada.

Fue remitida al traumatólogo de zona, quién solicita Rx (Figura 6) y posteriormente RNM (Figura 7 y 8) para completar el estudio. Se observa lesión ósea sin participación de partes blandas, sugestiva de diversas etiologías. Se remite para estudio anatomopatológico, confirmando el diagnóstico de displasia fibrosa, ante la presencia de trabéculas óseas de hueso trabecular en un estroma laxo escaso, sin signos inflamatorios ni de displasia ósea.

CONCLUSIONES

- Cualquier dolor óseo o articular que no responda al tratamiento, se debe estudiar en profundidad.
- Si tras un traumatismo, la tumefacción no desaparece o aumenta de tamaño, se debe sospechar malignidad.

– Resaltar la importancia de las pruebas de imagen, sobre todo de la RNM, para ayudarnos a enfocar la sospecha diagnóstica. En cualquier caso, el diag-

nóstico definitivo nos los proporcionará el estudio histológico de la lesión.

RABDOMIOSARCOMA

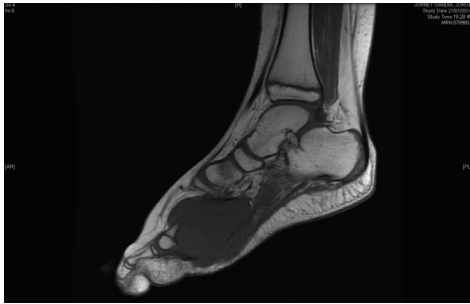


Figura 1

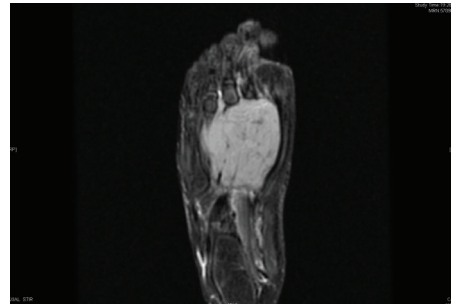


Figura 2

OSTEOSARCOMA

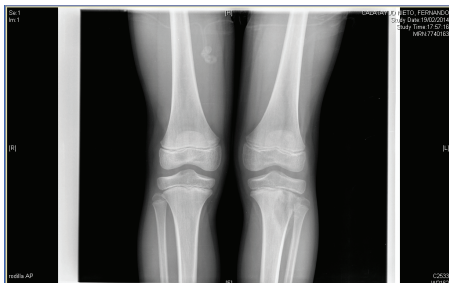


Figura 3

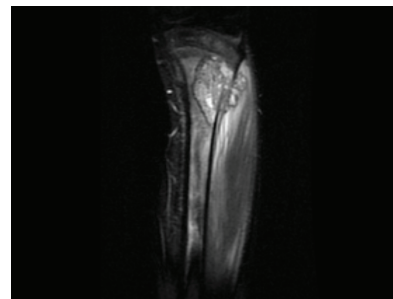


Figura 4



Figura 5

DISPLASIA FIBROSA



Figura 6

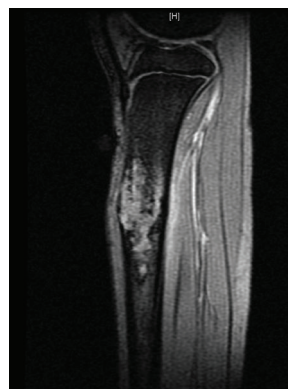


Figura 7

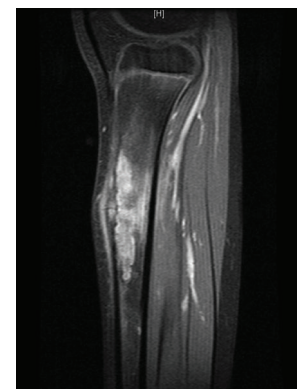


Figura 8

Comportamiento de los pretérmino tardíos de un hospital comarcal

Giménez C., Manzanera P., Claver M.
H.G.U. Virgen de la Salud de Elda

INTRODUCCIÓN

El manejo del recién nacido pretérmino tardío (RNPTT), de entre las 34 y 36+6 semanas de edad gestacional (SEG), ha sido un tema polémico en los últimos años. Dado que por su menor madurez fisiológica, los RNPTT presentan mayor riesgo de presentar no sólo patología respiratoria ligada a la prematuridad, sino además otras complicaciones (hipotermia, hipoglucemia, ictericia,...).

Ante esta circunstancia, se elaboró en nuestro hospital un protocolo de observación, con ingreso en Neonatología de todos los RNPTT, con el fin de detectar dichas complicaciones "menores" derivadas de la prematuridad. En Marzo'13 evaluamos la adecuación de dicho protocolo, mediante un estudio observacional retrospectivo, en el que revisamos las historias de los RNPTT ingresados durante el año 2012 y las complicaciones que presentaron. Y al ver que muchos niños no habían presentado complicación alguna, se decidió modificar dicho protocolo, de modo que todos aquellos RNPTT de más de 35 SEG y 2200g, con apgar adecuado y sin distrés, permanecerían en observación en Maternidad e ingresarían en Neonatología únicamente al presentar alguna complicación. Actualmente se presenta un nuevo estudio observacional retrospectivo para evaluar la adecuación del nuevo protocolo, en comparación con el antiguo. Comparando el número de RNPTT que han precisa-

do ingreso por complicaciones como hipoglucemia, ictericia, hipotermia y problemas alimentarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado las historias de los RNPTT de más de 35 SEG que han ingresado en Neonatología desde Abril'13 hasta Marzo'14. Excluyendo posteriormente a aquellos cuyo ingreso había sido motivado por bajo peso, apgar bajo y distrés respiratorio.

RESULTADOS

En este último año han ingresado un total de 34 niños de entre 35 y 35+6 SEG y 32 niños de entre 36 y 36+6 SEG. De los cuales, han ingresado únicamente por las complicaciones referidas 9 (26%) y 18 (56%) respectivamente. Mientras que en el año 2012 presentaron dichas complicaciones como única incidencia un 50% y un 56% respectivamente.

CONCLUSIONES

Con un número tan limitado de pacientes no se pueden sacar conclusiones estadísticamente significativas, pero sí podemos concluir que el hecho de no observar a los RNPTT en Neonatología, y hacerlo en Maternidad, no ha supuesto un aumento de las complicaciones, y por tanto un perjuicio para estos pacientes, siendo mucho mayores las ventajas de permanecer junto a sus madres.

Urticaria o angioedema como manifestación de alergia alimentaria. Revisión de casos

Canals-Candela FJ, Abad-Linares J, Beneyto-Lluch M, Sánchez-Vicente L,
Garde-Garde JM, Sala-Sánchez AG.
Hospital General Universitari d'Elx

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de alergia alimentaria en pacientes remitidos a la consulta de Alergología Pediátrica con diagnóstico de urticaria o angioedema secundario a probable reacción alérgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recopilado los datos de pacientes atendidos en la consulta de Alergología infantil de un hospital comarcal que habían sido remitidos por sospecha de alergia alimentaria durante un año y medio. Se recopiló información del motivo de consulta, los antecedentes de interés alérgico, las pruebas complementarias realizadas y el diagnóstico.

Al diagnóstico se llegó basándose en la historia clínica y la realización de pruebas complementarias como el prick test, la determinación de IgE específica y pruebas de provocación sin enmascaramiento.

RESULTADOS

Se atendió a 98 pacientes con diagnóstico de sospecha de alergia alimentaria en el periodo de tiempo mencionado, de los cuales 54 (55%) fueron remitidos con diagnóstico de urticaria o angioedema. 37 de estos 54 pacientes fueron diagnosticados de alergia alimentaria (68.5%). En los pacientes remitidos con otra sintomatología (clínica digestiva, dermatitis atópica o dermatitis perioral entre otras), se diagnosticó de alergia alimentaria en 20 casos (20% del total de pacientes).

CONCLUSIÓN

El angioedema y la urticaria son manifestaciones frecuentes en la alergia alimentaria, llegando a ser la manifestación principal en más de la mitad de los casos diagnosticados en nuestra área.

Oxigenoterapia de Alto Flujo, experiencia en bronquiolitis

Cantó Clement M*, Ballesteros Cogollos V*, Ferrer Lorente B**, Cabezuelo Huerta G**

*Residentes Servicio Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

**Adjuntas Servicio Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) consiste en aportar oxígeno o aire más oxígeno, a un flujo que esté por encima del pico máximo inspiratorio del paciente (niños >4lpm, en neonatos >2lpm y en adultos >6lpm). El oxígeno se administra húmedo (95-99%) y caliente (34-37°C) a través de cánulas nasales que no produzcan sellado total de las narinas, de modo que se consigue aumentar la ventilación alveolar, disminuir las resistencias y el trabajo respiratorios y mejorar el movimiento ciliar y aclaramiento de secreciones.

OBJETIVO Y MÉTODOS

Valorar retrospectivamente la evolución clínica, media de días de ingreso y número de ingresos en UCI-P de los pacientes con diagnóstico de bronquiolitis ingresados en planta de hospitalización de un hospital terciario y en tratamiento con OAF (sistema Airvo 2) y comparar estos datos con los del periodo epidemiológico anterior en el que no se disponía de dicho sistema.

RESULTADOS

De los 183 pacientes ingresado, 6 recibieron tratamiento con OAF (Wood-Downes grave (≥ 8 puntos) o

moderado (4-7 puntos) que no mejora con oxígeno en gafas nasales a 3lpm y tratamiento broncodilatador, con $pCO_2 < 60$ mmHg). La media de días de ingreso fue de 8 días con OAF y de 18 sin dicho sistema el año anterior. Solo se requirió ingreso en UCI-P en 2 de estos pacientes, lo que comparando con los 13 ingresos en UCI-P del mismo periodo del año anterior supone una reducción casi del 85%.

CONCLUSIONES

La OAF es un sistema de soporte respiratorio seguro, fácil de usar y bien tolerado que ha demostrado ser tan eficaz como la CPAP en tratamiento de bronquiolitis, aunque no se ha demostrado que sea superior a esta. La OAF consigue una mejoría en frecuencia cardíaca y respiratoria, así como disminución en la escala de gravedad en pacientes con bronquiolitis, sin asociar efectos adversos. Con los datos de los que disponemos se percibe una disminución importante de los ingresos en UCI y del tiempo de hospitalización, lo cual se corresponde con los resultados de otros trabajos similares realizados en otros centros.

Pseudo-neutropenia

Moreno López N, Ferrández González M, Taibi N, Mazón Ruíz E, Peñalver Sarmiento A
Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante.

INTRODUCCIÓN

La neutropenia es una disminución absoluta del número de neutrófilos en sangre.

Ante cualquier neutropenia debemos realizar una historia completa sobre infecciones recientes o recurrentes y exposición a fármacos, aunque la causa más frecuente en niños son las infecciones virales, y es transitoria.

Cuando nos encontremos ante una neutropenia severa en un niño que consulta por una patología banal o en un niño sano al que se le realiza una analítica por otro motivo, hay que sospechar la probabilidad de que estemos ante un déficit de mieloperoxidasa.

El déficit de mieloperoxidasa es una disfunción frecuente (incidencia de 1 entre 4.000, siendo de 1 entre 2.000 para el déficit parcial), por lo que puede ser un hallazgo casual que hay que tener presente a la hora de interpretar un hemograma.

A continuación se presentan dos casos clínicos donde este diagnóstico se encontró de manera casual.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Neonato de 25 días con fiebre con picó máximo de 39°C de unas horas de evolución. Escasa mucosidad. No otra sintomatología.

Antecedentes personales: Parto y perinatal sin incidencias. Lactancia mixta desde la semana previa por escasa ganancia ponderal.

Se extraen muestras de sangre, orina y LCR, presentando como alteración en el hemograma 10.020 leucocitos con 0.7% de neutrófilos (70/mm³), linfocitos 52.5%, células grandes no identificadas 35.6%; bioquímica PCR: 1.31 mg/dl. Cultivos negativos.

Caso 2. Niña de 3 años de edad que ingresa por vómitos con rechazo de la ingesta en las últimas horas. Deposiciones diarreicas los días previos.

Antecedentes personales: sin interés.

Se extrae hemograma presentando 10.710 leucocitos con un 0.7% neutrófilos (80/mm³), 17% linfocitos, 75.4% de células grandes no identificadas. Bioquímica: PCR: 0.34 mg/dl.

En ambos casos se realizó morfología de sangre periférica obteniéndose un recuento normal de neutrófilos. El diagnóstico se confirmó mediante análisis histoquímico.

CONCLUSIONES

El déficit de mieloperoxidasa es un trastorno relativamente frecuente que tenemos que tener en cuenta a la hora de interpretar una neutropenia severa en un niño sano o con patología banal. Debemos fijarnos en el incremento asociado de células grandes no identificadas y realizar una extensión de sangre periférica para comprobar si la neutropenia es real.

Clínicamente suele ser silente. El diagnóstico se confirma cuantificando la peroxidasa mediante análisis histoquímico. No requiere habitualmente tratamiento y el pronóstico suele ser excelente.

Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: cambio estrategia terapéutica (lisdexanfetamina)

Gandía R, Mulas F., Roca P., Ortiz P.
Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (InvaneP)

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) lo conforman fármacos estimulantes y no estimulantes. En ocasiones no existe una respuesta adecuada o suficiente al tratamiento. La Lisdexanfetamina dimesilato (LDX) es un profármaco estimulante eficaz en el TDAH comercializado en España en Abril de 2014

OBJETIVOS

Establecer los motivos que promovieron el cambio de tratamiento a LDX, y valorar resultados

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo retrospectivo de historias clínicas de pacientes del Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEPE) que fueron cambiados a LDX a juicio del clínico (uso compasivo conforme lo expresado en RD 1015/2009). Se analizaron datos demográficos, motivo del cambio, medida de la salud percibida (CHIP-AE) y eventos adversos, test comparativos ADHD (test de valoración de síntomas del

TDAH) y CGI (test de valoración subjetiva por parte del clínico), antes y después del cambio

RESULTADOS

27 historias clínicas fueron analizadas. Datos demográficos [media (desviación estándar)]: edad 13,6(3,1) años, peso 53,8(18,1) kg, talla 159(17,3) cm, IMC 20,5(3,4). Medicación previa antes de cambio: MPH OROS (40%), Metilfenidato liberación modificada 50/50 (28%), liberación modificada 30/70 (16%), atomoxetina (8%) y otros (8%). Como principal motivo del cambio se estableció (no excluyentes): falta de intensidad en el efecto 68%, falta de cobertura 76% y eventos adversos 16%, se comprueban valores significativos de descenso del ADHD (-6.9 puntos), y del CGI (-1.7 puntos)

CONCLUSIONES

En nuestro análisis, el cambio a LDX buscando una mejora sintomática, fue por la falta de intensidad en el efecto y la falta de cobertura del tratamiento actual. Se objetiva una mejoría significativa del ADHD y del CGI tras el cambio.

Análisis del estado nutricional en prescolares hospitalizados: ¿qué ha cambiado en los últimos 20 años?

Aguilera Alonso D, López Ruiz R, García Blanes CP, Ojeda González L, Alcón Sáez JJ.
Servicio de Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional en la edad pediátrica ha cambiado en las últimas décadas como consecuencia de las variaciones producidas en el estilo de vida. El objetivo de este trabajo es analizar el estado nutricional de preescolares ingresados en un hospital terciario y compararlo con una muestra de similares características ingresada en el mismo servicio 20 años antes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico en preescolares entre 1 mes y 4 años que ingresaron en sala de hospitalización durante los meses de Enero a Junio de 1993 y 2013, respectivamente. Se recogieron las variables antropométricas peso y talla al ingreso, y a partir de ellas se calcularon varios índices nutricionales. Se utilizó como población de referencia la publicada por la OMS en el año 2006, ajustando los valores por edad y sexo.

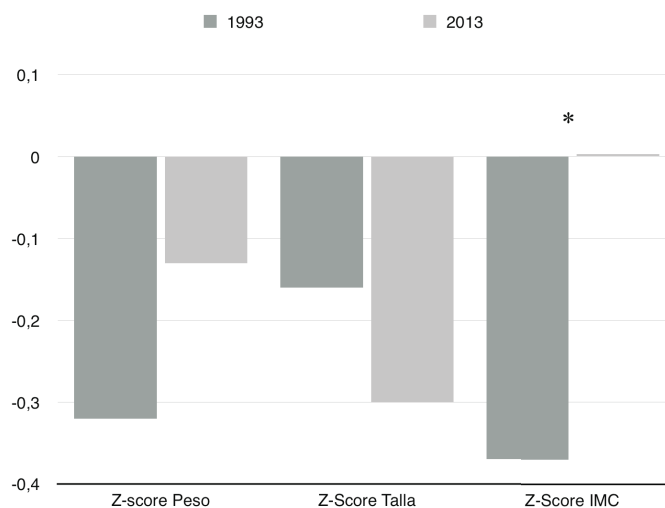
RESULTADOS

Se registraron 212 ingresos de Enero-Junio 1993 y 211 en igual periodo del año 2013. Se analizaron 161 y 200 niños, respectivamente. En 2013, se objetiva un aumento del peso, con una disminución en la talla de los pacientes, aunque sin ser diferencias significativas. Sin embargo, el índice de masa corporal (IMC) sufre un aumento importante, con valores estadísticamente significativos ($p < 0.05$); (Gráfica 1). El estado nutricional varía en función del indicador nutricional escogido. El Índice de Waterlow para el peso tiene valores similares de desnutrición leve en ambos grupos, existiendo, en cambio, una disminución estadísticamente significativa en los casos de desnutrición moderada-grave. El porcentaje de niños clasificados como normopeso se mantiene estable. La obesidad,

considerada como $IMC > p95$ para la edad y sexo, se ha incrementado un 6.3% frente a 1993, diferencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN

Coincidiendo parcialmente con otros trabajos publicados hasta la fecha realizados en población española, estamos viviendo una aceleración secular positiva, ocurriendo en nuestro grupo poblacional únicamente a nivel del peso, presentando de forma paradójica una disminución de la talla. Este hecho posiblemente pueda explicarse por el aumento en el número de ingresos de población inmigrante, con una talla genética menor, dato pendiente de confirmación. Este aumento del IMC en etapas precoces de la vida, considerado como un importante factor de riesgo cardiovascular en etapas posteriores, debe hacernos reflexionar y actuar de forma precoz.



Gráfica 1

Quistes de colédoco, una causa inusual de ictericia en pediatría

López Ruiz R, Aguilera Alonso D, García Blanes CP, Muñoz Aguilar G, Montesinos Sanchis E, Alcón Sáez JJ.
Servicio de Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de la vía biliar o quistes de colédoco (QC) es una patología rara en nuestro medio (1:100.000-150.000), con aumento de incidencia en Asia y predominio del sexo femenino (3:1). La etiología es desconocida siendo la hipótesis más aceptada las anomalías en la unión biliopancreática. La tríada clásica (ictericia, dolor abdominal y masa palpable) sólo se cumple en 5-10%, sin embargo, el 85% presentan dos de los tres síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de población pediátrica ingresada en un hospital terciario en los últimos 20 años. Se recogen todos los casos diagnosticados de QC, registrando sus características clínicas, pruebas complementarias, clasificación, así como evolución y tratamiento.

RESULTADOS

Durante el tiempo revisado se diagnosticaron cuatro casos de QC, dos de ellos en el último año. El rango de edad fue de 16 meses a 4 años, con predominio de sexo femenino (3:1), siendo el único varón de origen oriental. El motivo de consulta más frecuente, tal y como se muestra en la tabla, fue vómitos y dolor abdominal, asociando todos los ca-

sos ictericia, sin embargo, en ninguno se identificó masa palpable. En las analíticas realizadas presentan patrón de colestasis y citolisis y en dos casos, además, aumento de amilasa y lipasa. La ecografía abdominal orientó el diagnóstico en la mayor parte de los casos, siendo confirmado posteriormente con Colangio-RMN, clasificando tres de ellos como QC Tipo I y uno Tipo IVa (según Todani et al). Todos los pacientes fueron remitidos a un hospital de referencia para valoración por cirugía pediátrica. En dos de ellos el tratamiento fue quirúrgico mediante quistectomía y hepatoyeyunostomía en Y de Roux y quisteyeyunostomía laparoscópica. En los dos últimos casos, tras mejorar clínica y analíticamente con ácido ursodesoxicólico (AUDC), se decidió diferir la cirugía.

CONCLUSIONES

A pesar de su baja prevalencia, ante clínica de vómitos, dolor abdominal e ictericia debemos tener en cuenta el diagnóstico de QC, dado que la presentación con la triada clásica es infrecuente, tal y como se muestra en nuestros pacientes. El diagnóstico definitivo fue por Colangio-RMN aunque la ecografía inicial fue orientativa. El tratamiento de elección es quirúrgico, requiriendo un seguimiento periódico estrecho por el riesgo de colangiocarcinoma.

Edad	Sexo	Tipo QC	Clínica	Sangre	Diagnóstico	Tratamiento
4 años	Mujer	Tipo I	Vómitos, ictericia, coluria	Colestasis y citolisis	ECO + Colangio-RMN	Quistectomía + Yeyunostomía laparoscópica
4 años	Mujer	Tipo I	Dolor abdominal, ictericia	Citolisis y colestasis leve	ECO + Colangio-RMN	Quistectomía + hepatoyeyunostomía en Y de Roux
16 meses	Varón	Tipo I	Vómitos, ictericia, fiebre, coluria, acolia	Colestasis, citolisis, pancreatitis, dislipemia	ECO + Colangio-RMN	Piperacilina-Tazobactam+ AUDC
3 años	Mujer	Tipo IVa	Dolor abdominal, vómitos, ictericia, coluria	Colestasis, citolisis, pancreatitis	ECO + Colangio-RMN	AUDC

Suero salino hipertónico en el tratamiento de la bronquiolitis. ¿La nebulización ideal o una más?

Delgado A*, Álvarez L*, Álvarez M*, Ferrer M*.

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario General de Castellón.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la bronquiolitis aguda (BA) es un tema en constante discusión, sin haberse demostrado hasta la fecha una terapia realmente eficaz. La nebulización, con o sin broncodilatador, del suero salino hipertónico 3% (SSH) parecía prometedora, frente a la clásica con suero salino fisiológico 0,9% (SSF) en pacientes hospitalizados, sin embargo ciertos trabajos ponen en duda dicha eficacia. Nos disponemos a analizar la misma en un grupo de pacientes en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio preliminar, observacional y retrospectivo, de pacientes ingresados por BA según criterios de Mc Connochie, desde enero de 2013 a marzo de 2014, en nuestro hospital. Se dividen en dos grupos en función de recibir SSH o SSF, asociados o no a broncodilatadores. Se excluyen los que recibieron antibioterapia, con patología de base o cambiaron de grupo de tratamiento. La variable principal fueron los días de estancia hospitalaria, recogiendo más variables para estudio posterior. Se analizan los datos con los programas Statbas y Epidat.

RESULTADOS

Se obtienen 55 pacientes en el grupo con SSH y 25 con SSF. La edad media del grupo SSH fue de 2,2

meses, VRS positivo en 27 pacientes (49%), corticoterapia 22 (40%), salbutamol 21 (38,1%), adrenalina 26 (47,2%) y el score de Wood-Downs modificado medio al ingreso fue de 3 puntos.

En el grupo de SSF la edad media fue de 5,4 meses, VRS positivo en 11 pacientes (20%), corticoterapia 15 (60%), salbutamol 22 (88%), adrenalina 3 (12%) y el score medio al ingreso fue de 3,3 puntos.

La media de estancia hospitalaria del grupo SSH fue de 5,93 +/- DE 3,21 y rango 1-15. En el grupo SSF la media de estancia fue de 5,96 +/- DE 2,64 y rango 2-13.

La escasa diferencia de medias (0,03) no alcanza significación estadística.

CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de tratamiento en función de nuestra variable principal, aunque se trata de resultados preliminares y los datos retrospectivos pueden estar sesgados, es nuestro punto de partida para el diseño de un estudio prospectivo. No obstante los datos son llamativos y los tratamientos diversos y poco estandarizados, lo que pone en evidencia su controversia, no encontrando claras evidencias actualmente a favor de una u otra terapia.

Litiasis biliar múltiple y sintomática secundaria a esferocitosis hereditaria

Nebot Martín A*, Tornador Gaya E*, Jovaní Casano C*, Olivares Muñoz, M**, Amat Bou, M*

* *Servicio Pediatría Hospital General de Castellón.*

** *Servicio Cirugía Pediátrica Hospital General de Castellón.*

INTRODUCCIÓN

La esferocitosis hereditaria (EH) es la anemia hemolítica congénita más frecuente en nuestro país. Se manifiesta por un síndrome hemolítico crónico con hematíes esféricos, osmóticamente frágiles que de forma selectiva son atrapados y destruidos por el bazo.

La presentación clínica de la EH es muy heterogénea: desde formas leves sin anemia a formas graves con requerimientos transfusionales frecuentes.

Como principales complicaciones, pueden desarrollar crisis de anemia intensa de tres tipos posibles: hemolíticas, aplásicas y megaloblásticas. Entre otras complicaciones figuran los cálculos biliares, siendo poco frecuente que cursen en forma de litiasis múltiples y sintomáticas en menores de 6 años.

La esplenectomía es el tratamiento de elección en EH sintomática. Suele diferirse hasta los 5 años por el riesgo de infecciones potencialmente graves en niños pequeños. En cuanto a los niños con EH y colelitiasis, actualmente no existe consenso acerca de la indicación de colecistectomía.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 3 años que acude a Urgencias por ictericia marcada y dolor abdominal intermitente. Diagnosticada de esferocitosis hereditaria al nacimiento. Madre, abuela y bisabuela con anemia hemolítica por

microesferocitosis que requirieron esplenectomía y colecistectomía a los 6 años. En la analítica se evidencia: bilirrubina total 43 mg/dl, bilirrubina directa 27 mg/dl, GPT 571 UI/l, GGT 195 UI/l y LDH 899 UI/l. Se solicita ecografía abdominal hallándose una vesícula biliar distendida, múltiples litiasis en su interior y esplenomegalia de 14 cm. Se inicia hidratación endovenosa y tratamiento profiláctico con piperacilina + tazobactam. En colangio-RNM se confirma la existencia de colelitiasis, coledocolitiasis y dilatación de vía biliar. Ante los hallazgos, se decide realización de coledocotomía más limpieza de vía biliar y colecistectomía por vía laparoscópica. Posteriormente se evidencia disminución progresiva de las cifras de bilirrubina hasta su normalización.

COMENTARIO

Las litiasis biliares múltiples secundarias a EH son una complicación poco frecuente en niños, sobre todo en menores de 5 años. Existen pocos estudios hasta el momento que determinen qué actitud se debe seguir en estos casos. En nuestra paciente se optó por realizar colecistectomía al observarse colelitiasis múltiple con coledocolitiasis y dilatación biliar por el potencial riesgo de desarrollar pancreatitis o colangitis. Se decidió diferir la esplenectomía por ser menor de 5 años.

Mejorar el diagnóstico de mucopolisacaridosis es posible

Laura Quinzá Franqueza, Miguel Martí Masanet, Ángela Muñoz Tormo-Figueroles, Cristina Salido Capilla, Sara Pons Morales, Pilar Codoñer Franch
Hospital Dr. Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las mucopolisacaridosis (MPS) son errores innatos del metabolismo secundarios a defectos enzimáticos que producen un acúmulo lisosomal progresivo de diversos tipos de glucosaminoglicanos (GAG) provocando consecuentemente síntomas progresivos en todos los órganos y sistemas, que requieren un enfoque multidisciplinar para su tratamiento y manejo adecuado.

Suelen alterar el fenotipo a lo largo de su evolución, por lo que algunas de ellas, pueden ser diagnosticadas *de visu* a edades tempranas. Sin embargo formas atenuadas, pueden llegar a la adolescencia o adulto joven sin diagnóstico y consecuentemente están sujetos a terapias ineficaces y expuestos a la progresión gradual de una enfermedad debilitante y potencialmente mortal. Si además unimos a esto que en los últimos años se han producido avances muy importantes en el tratamiento de estas, llegamos a la necesidad de que el pediatra conozca su sintomatología y las características de los fenotipos para incrementar la sospecha diagnóstica.

La clasificación actual comprende siete tipos de MPS I, II, III, IV, VI, VII y IX.

Pacientes con formas atenuadas de MPS, generalmente se presentan con síntomas musculoesqueléticos como dolor articular, contracturas y deformidades óseas, por lo que en muchas ocasiones son remitidos a unidades de reumatología o traumatología en primera instancia.

Nuestro objetivo es difundir el uso de un sencillo algoritmo para la evaluación de pacientes con dolor articular o contracturas articulares que puede ayudar en el diagnóstico precoz de estas entidades enfatizando la importancia de un diagnóstico precoz de la enfermedad dada la disponibilidad de una terapia enzimática.

MÉTODO

Revisión de la literatura y adaptación de la misma a nuestro medio.

RESULTADOS

El árbol de decisiones presentado, parte de la hipótesis de que una clínica progresiva de dolor en las articulaciones y contracturas articulares, en ausencia de inflamación, siempre debe plantear la sospecha de MPS y por tanto se debe remitir muestra de orina para determinación de GAGs.

La confirmación diagnóstica definitiva radicará en la cuantificación de la actividad metabólica de la enzima implicada en plasma, leucocitos o fibroblastos.

CONCLUSIONES

El algoritmo propuesto es aplicable a todos los trastornos de MPS con manifestaciones musculoesqueléticas, pero no identifica a los pacientes con MPS tipo III, ya que el sistema esquelético no suele estar afectado.

Pensamos que es de fácil aplicación tanto en atención primaria como en especializada y ayudaría al reconocimiento precoz de estas entidades.

Evaluación con una auditoría clínica de la atención a las convulsiones febriles en pediatría

Marco Hernández AV*, Jurado Portero JC*, Valiente Armero A*, Núñez Adsua P, Tomás Vila M*, Campos Andreu A**

Hospital Universitari i Politènic La Fe. València. *Servicio de Pediatría.

**Servicio de Alergología.

INTRODUCCIÓN

Las convulsiones febriles (CF) constituyen un motivo relevante de atención urgente hospitalaria por la elevada frecuencia, ya que afecta a entre un 2 y un 5% de los niños. Además de que conlleva un elevado componente ansiógeno en familiares y porque a pesar de ser una entidad benigna, obliga en la práctica, a un despistaje de patología subyacente de mayor gravedad. Por esto hemos realizado una auditoría clínica (AC) de la atención a las CF en el servicio de urgencias de un hospital de referencia con el objetivo de analizar dicha asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se ha seleccionado una muestra aleatoria de 30 pacientes diagnosticados de CF en urgencias en el periodo de un año. Se han analizado 32 criterios explícitos de buena práctica encuadrados en 4 bloques: anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias y actitud tomada. Utilizando la información registrada en los documentos clínicos realizados por el personal sanitario se ha registrado la cumplimentación de los indicadores preestablecidos. Siguiendo la técnica de PML (planes de muestreo por lotes) se ha establecido que el Nivel de Calidad Aceptable (NCA) redondea-

do al alza a un cumplimiento del 85% y el Nivel de Calidad Rechazable (NCR) se situó en 50%. La recogida de datos se ha realizado por duplicado por dos de los investigadores.

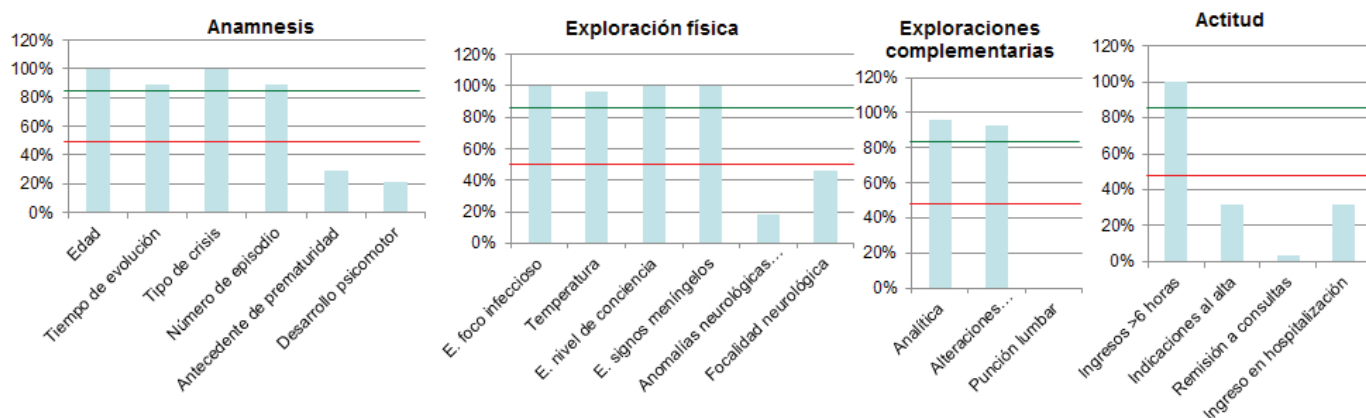
RESULTADOS

En cuanto a los resultados destacar la posibilidad de mejoría en la anamnesis preguntando sobre el desarrollo psicomotor, ampliar la exploración neurológica y sobre todo dar las indicaciones a los padres por escrito previo al alta.

CONCLUSIONES

La AC nos ha permitido evaluar la asistencia de las CF en urgencias pediátricas. Además con el método utilizado nos ha permitido que la AC sea efectiva y menos laboriosa. Tras el análisis conjunto de los datos se llegó a la propuesta de las siguientes acciones de mejora: 1) Divulgación de los resultados a los profesionales que trabajan en urgencias. 2) Simplificación del protocolo de actuación. 3) Confección de una planilla electrónica. 4) Realizar un re-audit dentro de un año para evaluar impacto de nuestro trabajo y reforzar los puntos débiles.

Figura



Hipoparatiroidismo como causa de epilepsia y discapacidad intelectual

Marco Hernández AV*, Juárez Osorto JM*, Parra Llorca A*, Jurado Portero JC*, Smeyers Durá P**
*Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. *Servicio de Pediatría. **Sección de Neuropediatría.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València*

INTRODUCCIÓN

El hipoparatiroidismo se caracteriza por un déficit de PTH que da lugar a hipocalcemia e hiperfosfate-mia. Puede aparecer de forma aislada o en contexto sindrómico asociado a otras malformaciones, siendo lo más frecuente la delección 22q11 o síndrome de DiGeorge. Esta alteración tiene una incidencia de 1 cada 4000-5000 recién nacidos. Se caracteriza por presentar alteración en el desarrollo de estructuras de la línea media, dando lugar a defectos cardíacos, hipoplasia tímica, paladar hendido, facies peculiar e hipoparatiroidismo. Estos pacientes frecuentemente presentan discapacidad intelectual.

La clínica del hipoparatiroidismo es debida a la hipocalcemia y a otros signos y síntomas propios de la causa específica. La disminución del calcio iónico en plasma o hipocalcemia, aumenta la excitabilidad neuromuscular produciendo temblores y tetania de forma aguda. La hipocalcemia crónica da lugar a calcificaciones cerebrales y discapacidad intelectual.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos dos pacientes, un niño de 6 y una niña de 7 años, ambos diagnosticados de epilepsia y retraso del desarrollo psicomotor. El niño además, asocia aumento del tono en miembro superior izquierdo con

temblores ocasionales y dedos en flexión. Durante el seguimiento se detecta en ambos pacientes la presencia de hipocalcemia crónica, con valores menores de 6mg/dl. El primer paciente constatado desde la época neonatal y la segunda de dos años de evolución, sin tener analíticas previas.

Se completa el estudio confirmando que son hipoparatiroidismos. En la TAC craneal ambos presentan calcificaciones en globos pálidos y putámenes. Presentan serie ósea normal. Se ha confirmado la microdelección 22q11 en el niño. En la niña se ha descartado esta alteración y está pendiente completar el estudio.

Se inicia tratamiento sustitutivo con calcio y vitamina D con buena evolución.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con clínica de crisis comiciales y discapacidad intelectual se ha de valorar la calcemia. En caso de existir hipocalcemia se ha de confirmar el hallazgo y completar el estudio con hormona parati-roidea. Es importante dado que se trata de una entidad en la que se puede instaurar tratamiento y mejorar por tanto la evolución de estos pacientes evitando nuevas crisis, medicación innecesaria y el deterioro progresivo.

Ileo meconial causado por infección congénita por CMV, revisión bibliográfica a propósito de un caso

Marco Hernández AV*, Arcos Machancoses JV*, Zanón Ortiz S*, Parra Llorca A*, Solano Galán P*, Gimeno Navarro A**

*Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. *Servicio de Pediatría.*

***Sección de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València*

INTRODUCCIÓN

La infección congénita por CMV es la causa más frecuente de infección congénita en países desarrollados (prevalencia 0.5%). Tiene un amplio espectro clínico, presentando clínica al nacimiento solo en un 5-15% de los casos. Afecta a múltiples órganos, particularmente al sistema reticuloendotelial y el sistema nervioso central. La afectación gastrointestinal se considera rara, habiendo pocos artículos publicados. Hemos realizado una revisión bibliográfica en la que encontramos 10 artículos que describen 16 casos publicados entre el año 1992 y el 2013.

CASO CLÍNICO

Recién nacido varón prematuro de 35 semanas PEG III con microcefalia. En la ecografía de la semana 35 se objetiva ascitis sin cardiopatía con sospecha de obstrucción-perforación intestinal baja. En serología materna 8 días antes del nacimiento presenta IgM CMV positiva. Se confirmó la infección por detección de carga viral mediante PCR al quinto día de vida

Al nacimiento presenta exantema purpúrico, anemia, trombopenia, leucopenia y neutropenia. Realiza molde de meconio tras enema de suero fisiológico en las primeras 24 horas de vida. Se plantea el diagnóstico

diferencial con estenosis ileal distal, microcolon e íleo meconial. A los dos días de vida el paciente presenta empeoramiento clínico con perforación intestinal. Se decide cirugía urgente donde se confirma una perforación ileal e íleo meconial. Se obtiene biopsia intestinal en la que se detecta serositis y pneumatosis intestinal. La inmunohistoquímica es negativa, pero la PCR para CMV es positiva. Screening para fibrosis quística fue negativo. Tras un año de seguimiento el paciente se encuentra asintomático.

CONCLUSIONES

La afectación gastrointestinal en la infección congénita por CMV es infrecuente y solamente han sido publicados unos pocos casos en la bibliografía. En pacientes inmunosuprimidos está bien documentada siendo el espectro clínico muy amplio.

La evolución virulenta de la enfermedad precisa un diagnóstico precoz y un tratamiento a tiempo. El tratamiento incluye la resolución de la inmunosupresión, ganciclovir, foscarnet y la cirugía. Se necesitan más estudios para comprender esta entidad patológica y un diagnóstico más precoz para establecer un tratamiento. Se propone que en todos los pacientes diagnosticados de enterocolitis necrotizante se descarte infección por CMV.

Parotiditis recurrente como criterio de Síndrome de Sjögren primario

Molina Cambra A*, Valiente Armero A*, Zanón Ortiz S*, Ferrer Lorente B*, Oltra Benavent M*.
*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por inflamación de las glándulas exocrinas provocando hiposecreción de las mismas. Tiene escasa incidencia en pediatría. Los criterios diagnósticos clásicos (europeo-americanos 2002) incluyen la presencia de 4 de los siguientes 6: xeroftalmia, xerostomía, test Schirmer +, tinción rosa de bengala, alteración objetiva de la función de glándulas salivales, histopatología de tejido glandular; y Anti-Ro o Anti-La +. El cumplimiento de estos criterios es raro en niños, y algunos autores piensan que su sensibilidad es inaceptablemente baja. Presentamos un caso de sospecha de SS detectado por la recurrencia de parotiditis.

CASO CLÍNICO:

Niña 4 años, con parotiditis recurrente unilateral de 3 años de evolución. Ha presentado 10 episodios. En alguno de ellos ha recibido tratamiento con Amoxicilina. No presenta otra sintomatología y la exploración física es normal. Se solicitan las pruebas complementarias protocolizadas (analítica con inmunoglobulinas, amilasa y complemento; serología; marcadores de celiaquía; test del sudor; Mantoux y radiografía de tórax; ecografía parotídea; y autoanticuerpos).

Se obtiene una ecografía sugestiva de infiltración linfocítica y ectasias, compatibles con proceso inflamatorio autoinmune. Autoinmunidad: Anti-Ro, Anti-La y FR negativos. ANA positivos a títulos altos (1/1280) patrón mixto, homogéneo y moteado. No realizada biopsia de glándula salivar.

COMENTARIOS

Los criterios diagnósticos del adulto para el SS no se cumplen de forma típica en la edad pediátrica en las diversas series publicadas. Además, la aplicabilidad de dichos criterios aún resulta más limitada en edades tempranas, como en nuestro paciente de 4 años. El crecimiento parotídeo es la manifestación clínica más frecuente del SS juvenil. En la mitad de los casos publicados, el primer síntoma ha sido la parotiditis. Por otra parte, los ANA a títulos altos con patrón moteado y homogéneo se detectan en la mayoría de los pacientes, oscilando la positividad de otros anticuerpos como el FR, Anti-Ro y Anti-La entre un 40 y un 80%. Los hallazgos en nuestro paciente de parotiditis recurrente con confirmación ecográfica y títulos altos de ANA creemos que serían suficientes para el diagnóstico de SS o al menos para realizar un seguimiento estricto reumatológico. La inclusión de la parotiditis recurrente en los criterios pediátricos de SS aumentaría la sensibilidad de los mismos.

Fibrosis quística y celiacía, una asociación infrecuente.

Revisión de 4 casos

Parra Llorca A, Arcos Machancoses JV, Herrero García A, Marco Hernández A, **Masip Simó E, *Cortell Aznar I.
*Servicio *Neumología y **Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe . Valencia.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca es una enfermedad gastrointestinal crónica, de etiología autoinmune, producida por una intolerancia al gluten. Se presenta en el 1% de los caucásicos. La clínica incluye síndrome de malabsorción, que conlleva malnutrición y fallo de medro. Estos síntomas son similares a la malabsorción producida en la fibrosis quística retrasándose con ello el diagnóstico. La fibrosis quística es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva en la que se produce una mutación en el gen que codifica la proteína reguladora del paso de cloruro a través de las membranas celulares y su deficiencia afecta a la producción del sudor, jugos gástricos y moco, alterando así los órganos que los contienen (pulmones, páncreas, hígado e intestino). Es una de las enfermedades genéticas más frecuentes en la raza caucásica, con una incidencia en de 1/5000 nacidos vivos.

La asociación de estas dos enfermedades fue descrita por primera vez por Hide y Burman en 1969. Desde entonces han sido descritos algunos casos aislados.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de 4 casos acontecidos en el servicio de Neumología y gastroenterología Infantil de un Hospital Terciario.

CASO CLÍNICO

CASO 1: Paciente de 10 años de edad, con diagnóstico de fibrosis quística tras retraso de la evacuación del meconio, portador de la mutación G542X heterocigota. Por dolor abdominal persistente se solicitan Ac Antitransglutaminasa que resultan positivos (11,0 U/MI), con biopsia que confirma celiacía grado 3B de Marsh-Oberhuber. Se retira el gluten y presenta mejoría

CASO 2: Lactante de 2 años diagnosticada, con test del sudor, a los 4 meses de edad de fibrosis quística por episodio de deshidratación con alcalosis metabólica, cuadro respiratorio y diarrea. A los 2 años de

edad por mal control de los suplementos enzimáticos se evidencia en una analítica de control Ac antitransglutaminasas positivos, confirmándose la enfermedad celíaca grado 3 C de Marsh-Oberhuber en una biopsia intestinal y mejorando tras la retirada del gluten.

-CASO 3: A los 18 meses de vida se diagnostica tras ingreso, de Fibrosis quística por presentar clínica de desmedro, diarrea crónica y bronquitis de repetición. Presenta Test del sudor patológico y estudio genético con mutación Delta-F508 homocigota. En el estudio de su diarrea crónica se indica biopsia intestinal tras encontrar Ac antigliadina y antitransglutaminasa elevados, diagnosticándose de enfermedad celíaca. Mejoría tras inicio de dieta con gluten consiguiendo mejoría de la esteatorrea y manteniendo la suplementación enzimática.

-CASO 4: lactante de 2 meses y medio que inicia cuadro de deposiciones líquidas, que asocia desmedro. Se realiza test del sudor resultando positivo.

Al año de vida por dolor abdominal persistente junto con deposiciones blandas se solicita anticuerpos diagnósticos de celiacía que resultan positivos. El diagnóstico se confirma con biopsia (grado Marsh-Oberhuber 3B).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

- En pacientes con FQ que presentan diarreas persistentes con pérdida ponderal, hay que incluir en el diagnóstico diferencial, no sólo el fallo pancreático sino otras enfermedades gastrointestinales como la celiacía.
- En los pacientes en que ambas enfermedades coexisten, cada una de ellas sigue su curso natural, pero en nuestra experiencia, tras el tratamiento de la enfermedad celíaca mejora la fibrosis quística.
- Se evidencia un retraso diagnóstico de la enfermedad celíaca por la atribución de los síntomas de malabsorción a un mal control de la fibrosis quística.

Síndrome de pandas, a propósito de un caso

Requena Benito, C.*, Gonzalez de la Rosa F*., Ferrando Monleón S.*, Lopez Navarro MC*.,
Barato Monzón D.*, Quiles Catalá MD*.
*Servicio de Pediatría, Hospital de la Ribera.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de infección por *Streptococo Pyogenes* está aumentando en los últimos años, hasta el 10% en otitis medias y el 40% en faringoamigdalitis. Junto a este aumento de infecciones supurativas se objetiva un aumento de las complicaciones no supurativas: la glomerulonefritis postestreptocócica (causa más frecuente de síndrome nefrítico en niños en la actualidad), y la fiebre reumática. Esta última presenta una incidencia de 2-14 casos/100.000 habitantes, ascendiendo a 470.000 nuevos casos y 233.000 muertes al año, estando la corea de Sydenham presente hasta en el 36% de éstos. El síndrome de PANDAS, es una rara complicación no supurativa neuropsiquiátrica de la infección por estreptococo, siendo, en el 10% de casos, debut de un cuadro de tics crónicos o un TOC. El diagnóstico de Síndrome de PANDAS constituye un diagnóstico de exclusión.

CASO CLÍNICO:

Niña de 7 años traída por fiebre de 36 horas de evolución con odinofagia, cefalea y dolor abdominal. Refieren desde hace 24 horas, temblor en hombro y brazo izquierdo de intensidad variable, con mal descanso nocturno e irritabilidad. No antecedentes personales ni familiares de interés, no epilepsia ni trastornos del movimiento. En la exploración clínica destaca exudado amigdalal, mostrando movimientos clónicos de

brazo izquierdo, así como sacudidas finas de dedos de mano izquierda, que parecen ceder al distraerla. No alteración en piel ni articulaciones. Auscultación cardiaca normal. Resto de exploración normal. Test rápido de *Streptococo* grupo A (EGA) positivo. En análisis sangre destaca ASLO elevado con VSG normal. Urinoanálisis normal. A pesar de la cronología, no acorde, ante la posibilidad de una corea (de Sydenham, en el contexto de una posible fiebre reumática) se realiza ecocardiograma que es normal. Seguimiento ambulatorio con desaparición gradual de la clínica tras 4 días de antibioterapia, lo que apoya la posibilidad de un síndrome de PANDAS.

COMENTARIO:

La incidencia de complicaciones no supurativas por *Streptococo pyogenes* están aumentando, por tanto ante un trastorno del movimiento coincidente con infección actual o pasada por éste, hemos de descartar una posible corea de Sydenham (englobada en el contexto de una fiebre reumática), diagnóstico a tener siempre presente pues las repercusiones a nivel de morbilidad y mortalidad a largo plazo son nefastas y evitables.

Es conveniente tener presente el Síndrome de Pandas como otro cuadro neurológico asociado a la infección estreptocócica, ya que se trata de una entidad poco conocida e infradiagnosticada, y que puede llevar a confusión con la corea de Sydenham.

Valor predictivo de la ecografía renal para reflujo vesicoureteral tras la primera infección urinaria febril

Portolés Morales M, del Río Marina A, Ferrer Lorente B, Oltra Benavent M, Sangüeso Nebot C, Picó Aliaga S.
HUP la Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las pruebas de imagen para despistaje de reflujo vesicoureteral (RVU) tras el primer episodio de infección urinaria (ITU) febril están en continua revisión. Nuestro objetivo es a optimización del diagnóstico para aumentar la sensibilidad y especificidad de las pruebas de despistaje no invasivas, evitando exploraciones dañinas e innecesarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos en un estudio retrospectivo 139 casos de ITU febril en niños entre 1 mes y 3 años desde Enero 2013 a Marzo 2014. Excluimos 41 pacientes con episodio previo o diagnóstico prenatal de hidronefrosis. Contamos con un total de 98 casos a los que se realizó una ecografía a las 24-48 horas del diagnóstico, y ecocistografía a las 4-6 semanas sólo en caso de hallazgos patológicos en la primera ecografía. Calculamos el VPP y la sensibilidad de las pruebas.

RESULTADOS

De 98 pacientes identificamos 46 sin alteraciones en la ecografía del episodio agudo y 52 en los que se observó algún hallazgo patológico. A 39 de estos 52 pacientes (13 pérdidas) se les realizó una ecocistografía a las 4-6 semanas del diagnóstico.

De estos 39, en 32 pacientes la ecografía previa a la administración de contraste fue normal, confirmándose posteriormente con el contraste que o bien no presentaban RVU o bien era $RVU \leq II$ (5 casos). Al contrario, en 7 pacientes la ecografía previa a la administración de contraste sugirió signos ecográficos indirectos de RVU que posteriormente se confirmaron en 3 de ellos tras la administración del contraste como $RVU > II$.

El VPP de la ecografía a las 24-48 horas para $RVU > II$ es de un 7,7% (IC95%=2,7%-20,3%) ascendiendo hasta un 42% (IC95%=15,8%-75%) si se realiza a las 4-6 semanas de la infección. La sensibilidad de la ecografía a las 4-6 semanas previa a la administración del contraste es del 100% (IC95%=43,8%-100%) para $RVU > II$.

CONCLUSIÓN

La ecografía diferida a las 4-6 semanas tras una primera ITU febril en niños previamente sanos tiene una elevada sensibilidad y aceptable VPP para despistaje de $RVU > II$.

El escaso VPP de la ecografía en la fase aguda de la primera ITU febril para RVU grado $> II$ pondría en duda la indicación de ecocistografía en base a sus hallazgos.

Enfermedad Hepática Gestacional Aloinmune: Sospecha Diagnóstica en un caso de fallo Hepático Neonatal

Maciá Escriche M*, Salas García S*, Pérez-Tarazona S*, Escrig Fernández R*, Alberola Pérez A*
*Servicio Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hepática gestacional aloinmune (GALD), antes hemocromatosis neonatal (NH), es la causa más común de fallo hepático en el recién nacido. Se caracteriza por la sobrecarga extrahepática de hierro por alteración de su homeostasis, y se asocia a una elevada mortalidad. Recientemente se ha demostrado su patogenia inmune, lo que ha motivado un cambio terminológico. El tratamiento clásico con quelantes y antioxidantes, ha sido sustituido con éxito por el uso de inmunoglobulinas iv, asociadas ocasionalmente a exanguinotransfusión.

CASO CLÍNICO

RN varón, a término, adecuado a la edad gestacional. Madre de 34 años, primigesta. Padres sanos, no consanguíneos, sin antecedentes destacables. Embarazo controlado, normal. Serologías negativas. Cesárea por distocia mecánica. Apgar 9/10.

El segundo día de vida inicia clínica de sudoración, petequias y hepatomegalia. Hallazgos analíticos: Plaquetas: $55 \times 10^3 \mu\text{L}$, Tiempo de Protrombina. 27,7s, TTPA: 39,6s, INR: 2,04, Glucosa: 10mg/dL, GOT: 196U/L, GPT: 165U/L, Bilirrubina total: 12mg/dL, Bilirrubina directa: 3,17mg/dL, Ferritina: 2769ng/mL, Alfetoproteína: $>80.000\text{ng/mL}$. Gasometría: pH 7,19, pCO₂: 50,9 mmHg, HCO₃: 18,5 mmol/L, EB: -10mmol/L, AG: 18 mmol/L, Lactato: 6,6 mmol/L

Se descartan causas de fallo hepático: metabolopatías, infecciones, linfocitosis, fibrosis quística y atresia de vías biliares. Estudio de ácidos biliares normal. Biopsia hepática inespecífica. La elevación manifiesta de ferritina hace sospechar GALD y se solicita biopsia de glándula salivar y RM cardiaca, abdominal e hipofisiaria. No se confirma depósito de hierro, por lo que se realiza estudio de inmunohistoquímica (C5b-9) en biopsia hepática que resulta negativo. Pese a la mejoría clínica con medidas de soporte, recibió empíricamente tratamiento con inmunoglobulinas iv por persistencia de hipertransaminasemia y colestasis. El cuadro de colestasis y los parámetros de función hepática han evolucionado favorablemente, sin poder atribuir la mejoría al tratamiento, dado el antecedente de casos esporádicos de curación espontánea.

COMENTARIOS

El diagnóstico de GALD consiste en demostrar depósitos de hierro por biopsia o RM en tejidos extrahepáticos. En su ausencia, la enfermedad puede confirmarse con la fijación del complejo C5b-9 en biopsia hepática, mediante inmunohistoquímica. Aunque el diagnóstico no ha quedado establecido en nuestro paciente, deberá valorarse la indicación de tratamiento materno con inmunoglobulinas en futuros embarazos, lo que previene en muchos casos el desarrollo de la enfermedad.

Diarrea y pérdida de peso, no es todo lo que parece

Sánchez Ferrer M, Segrelles Vayá L, García Avilés B, Juste Ruiz M, Sánchez Ferrer F
Servicio de Pediatría Hospital Universitario de San Juan, Alicante

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es muy frecuente, sólo un 2% responden a patología orgánica. Puede llegar a condicionar situaciones clínicas importantes por lo que el diagnóstico y tratamiento deben ser adecuados.

CASO

Niño de 12 años remitido a consultas por diarrea y pérdida de peso de dos meses de evolución. Dolor abdominal y perianal intenso que le despierta.

Antecedentes familiares: Padre Dislipemia. Abuelo paterno y tío con cardiopatía isquémica. Madre Obesidad e Hipotiroidismo. Hermana de 9 años obesa.

Antecedentes personales: Nace a término con peso adecuado. Lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses. Alimentación actual variada y sin intolerancias.

Rinitis alérgica y TDHA en tratamiento. Remitido a Digestivo, por estreñimiento con hematoquecia, no acude a citas.

Exploración física: peso=35 kg IMC 17

Afectación del estado general, impresiona de gravedad. Palidez de piel y mucosas. Signos de desnutrición moderada. Prominencias óseas evidentes a nivel clavicular, esternal y costal. Abdomen distendido, pétreo a la palpación de forma generalizada. Muy doloroso a la palpación. Resto de exploración sin hallazgos.

Se decide ingreso hospitalario para estudio.

Pruebas complementarias:

Hemograma: Anemia hipocrómica microcítica, ferropenia, VSG 40.

Bioquímica : función hepática normal. Perfil lipídico normal. Vitamina B12 147, Ac anti gliadina 3.4 U/ml, Ac antitransglutaminasa 1.4 U/ml.

Estudio de heces: Parásitos negativos, H.Pylori positivo. Calprotectina 100 gr/gr heces.

Radiografía abdominal: colon distendido.

Ecografía abdominal: Líquido libre periesplénico y en flanco izquierdo compatible con ascitis discreta.

TAC Abdominal: Impactación fecal masiva en recto-sigma, colon izquierdo y transversal con marcada dilatación y compresión de intestino delgado y vejiga.

Dados los hallazgos se inicia terapia de desimpactación vía oral con PEG sin electrolitos a 1.5 gr/kg /d y rectal con enemas de suero salino. Tras desimpactación al 4º día, alta en 7 º día con PEG a 1.2 gr/kg /d.

En revisiones posteriores no se consiguen disminuir dosis de PEG. Recaída a los 2 meses añadiéndose al tratamiento aceites minerales orales. El paciente no acude a revisiones posteriores.

CONCLUSIÓN

El estreñimiento aunque funcional puede llevar a situaciones clínicas que requieren un diagnóstico y un tratamiento enérgico para su resolución.

En este caso aunque el motivo de consulta fuera la diarrea y la pérdida de peso queda patente el diagnóstico de estreñimiento funcional.

Síndrome constitucional y distensión abdominal en adolescente

Sánchez Ferrer M, Segrelles Vaya L, García Avilés B, Juste Ruiz M, Sánchez Ferrer F
Servicio de Pediatría Hospital Universitario de San Juan, Alicante

INTRODUCCIÓN

La enfermedad gastrointestinal en el niño y adolescente es una patología de creciente diagnóstico en los últimos años. La esofagitis eosinofílica es la más conocida, todo el tracto digestivo puede verse afectado por lo que hay que tenerlo presente ante síntomas gastrointestinales no aclarados. Para confirmar el diagnóstico es necesario excluir otras causas de eosinofilia.

CASO

Adolescente de 13 años remitido a consultas por dolor abdominal, astenia, anorexia y pérdida de peso de 12 kg en los últimos meses. Iniciada tratamiento para TDAH los 2 meses previos. Asocia vómitos, aumento del dolor y diarrea por lo que se decide ingreso para estudio.

Antecedentes Personales: Nacido a término, embarazo gemelar normo-evolutivo. Lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses, inicia entonces cuadro diarreico que mejora al introducir fórmulas hidrolizadas, se mantienen hasta los 3 años.

Diagnosticado de TDAH, tratado con metilfenidato, atomoxetina.

Antecedentes familiares: Padres sanos. Hermana taquicardia supraventricular y alergias múltiples.

Exploración Física: IMCr 89%. Mal aspecto. Decaído. Palidez. Impresiona de pérdida de peso reciente. Postura antiálgica con miembros inferiores flexionados sobre abdomen. Abdomen: No permite la palpación por el dolor, impresiona de signo de oleada positivo. Resto de exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

-Hemograma normal. Leucocitos 6500/mm. Eosinófilos 7% (900 /mm³). VSG 8 mm

PT 6.5 gr/dl (Albúmina 4 gr/dl), Perfil férrico normal, Perfil lipídico normal. Ig Sericas normales (Ig E 89 IU/L), Marcadores serológicos de celiaca negativos.

- Estudio de heces: coprocultivo negativo, Estudio de digestión normal, alfa-1-antitripsina normal, calprotectina normal.

- Orina: normal

- Ecografía: Distensión y dilatación de colon e intestino delgado. Esteatosis hepática difusa. Líquido libre.

- Gammagrafía con leucocitos marcados: negativa.

- Endoscopia alta: Leve inflamación difusa en estómago y duodeno. Biopsia: Gastroenteropatía eosinofílica.

- Estudio alérgico: Positivo para Dermatophagoides pteronyssinus y farinae. No se detectan alergias alimentarias.

En espera de los resultados, se suspende tratamiento de TDAH. Recuperación evidente. Al mes ha recuperado el peso, el apetito y desaparecido el dolor abdominal.

CONCLUSIÓN

La gastroenteropatía eosinofílica es una entidad poco frecuente que requiere una alta sospecha clínica y el diagnóstico anatómico-patológico para su diagnóstico. Los síntomas serán variables según infiltración y extensión. La evolución de este caso permite considerar que ciertos fármacos utilizados con frecuencia en pediatría podrían ser responsables.

Anorexia nerviosa en escolar varón de 11 años de edad

Pagán Martínez A, Zamora Arberola F, Cruz Maeso S
Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, difíciles de tratar y que asocian una baja calidad de vida. Debido al aumento de su prevalencia, la tendencia a la cronicación, las altas tasas de hospitalización así como a la comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura que llevan consigo, precisan un tratamiento multidisciplinar en el que participan psiquiatras infantiles, pediatras, psicólogos y nutricionistas.

Caso clínico:

Escolar varón de 11 años de edad que acude a Urgencias traído por sus padres por negación completa de la ingesta. Asocia episodio de mareo sin caída y estreñimiento de una semana de evolución.

► Exploración física:

Peso: 24'2 kg (-1'8 kg en 72 horas) <p3

Talla: 140 cm (p25)

IMC: 12'3 kg/m² (-1 kg/m² en 72 horas)

Glucemia: 52 mg/dl TA: 86 (p3)/60 (p10) FC: 53 lat/min

Regular estado general. Palidez cutánea. Escaso panículo adiposo. Aspecto caquéctico. Sequedad de piel. Palpación de heces en abdomen.

Índices de desnutrición

– **Índice de Waterlow** para el peso: 60 % (Grave < 70 %)

– **Índice de Waterlow** para la talla: 97 % (Normal ≥ 95 %)

– **Índice nutricional de Shukla**: 63 % (Grave <75 %)

► Antecedentes personales:

Evolución del percentil de peso desde el inicio del proceso hasta el momento del ingreso.

Interconsulta a Gastroenterología Infantil: exploraciones complementarias normales

Interconsulta a Salud Mental:

– Perfil perfeccionista

– Interesado en deportes individuales

– “No quiero que me salgan mofletes como a mi hermana”

– “No me gusta comer”

– “La comida me da asco”

► Exploraciones complementarias durante el ingreso:

– RMN craneal: normal

– Analítica sanguínea: hipovitaminosis D, ferropenia

– Interconsulta Cardiopediatría: bradicardia sinusual 2º a anorexia nerviosa

– Valoración por Psiquiatría Infantil:

• Distorsión imagen corporal

• Ánimo bajo

• Irritable

• Negativa a comer

► Ante anorexia nerviosa con empeoramiento progresivo y persistencia de la negación de la ingesta se decide traslado a otro hospital con Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA), donde realizan una reintroducción de la nutrición de forma progresiva para evitar el síndrome de realimentación y donde el paciente permanece con una lenta y difícil recuperación.

CONCLUSIONES

► Importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de la anorexia nerviosa.

► Trabajo multidisciplinar.

► Realimentación progresiva en estados de desnutrición grave.

Glucogenosis hepatorenal / síndrome de bickel-fanconi: a propósito de un caso clínico

Mazón Ruiz E, Moreno López N, Taibi N, Fernández M, Peñalver Sarmiento A, Roig Riu M. *Hospital Vega Baja*.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bickel-Fanconi (antigua denominación: Glucogenosis tipo XI) es una metabolopatía autosómica recesiva producida por una mutación del gen GLUT2, que codifica un transportador específico de glucosa. Este gen se expresa en hepatocitos, células pancreáticas β , enterocitos y túbulo renales.

En este síndrome, estados posprandiales se caracterizan por hiperglucemia e hipergalactosemia acompañadas de hipoinsulinismo. Durante el ayuno, se inhibe la glucogenólisis y aumenta la acumulación de glucógeno y hepatomegalia secundaria. Además a nivel renal, asocia Tubulopatía tipo Fanconi

Por tanto, la clínica se caracteriza por: Hepatomegalia, Tubulopatía proximal tipo Fanconi, intolerancia a la administración de glucosa/galactosa y acidosis tubular renal.

CASO CLÍNICO

Escolar de 14 meses remitido de su Centro de Salud por fallo de medro, distensión abdominal y hepatomegalia. Se realizó un control analítico donde se objetivó: aumento leve de transaminasas, dislipemia e hiperglucemia.

- Antecedentes personales: Peso y talla en P3 hasta los 12 meses en los que se produce el estancamiento
- Antecedentes familiares: Consanguinidad de abuelos (Primos segundos)

Exploraciones complementarias previas (hallazgos más significativos):

1. Química hemática (Ácido úrico disminuido, Fosfatasa alcalina alta, Fósforo bajo, Calcio Normal, Vitamina D normal, Triglicéridos elevados, Enzimas hepáticas elevadas)
2. Ecografía abdominal: Hepatomegalia con parénquima de consistencia ecográfica normal
3. Rx de Huesos largos: imagen en copa de metáfisis a nivel de muñeca
4. Mala respuesta al test de glucagón

Ante la sospecha de un raquitismo secundario a Sdr de Fanconi se solicitó un estudio de orina encontrando los hallazgos típicos (aminoaciduria, glucosuria, fosfaturia, hipofosfatemia...)

Con todo esto se llega a la sospecha de Síndrome de Bickel-Fanconi, por lo que se solicita una biopsia hepática y/o renal, confirmándose el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Bickel- Fanconi es una metabolopatía muy rara, cuyo tratamiento es sintomático. La Vitamina D y los suplementos de fosfato son esenciales para prevenir el raquitismo hipofosfatémico al igual que es recomendable seguir una dieta para diabéticos limitada en galactosa y con fructosa como principal carbohidrato. A pesar de todo ello no se consigue en estos pacientes mejorar el retraso en el crecimiento.

Megacolon tóxico como complicación de salmonella

Rico Santacruz I, Lloret Olcina V, Grande Fernandez L, Aleixandre Blanquer F, Claver Durán F.
Hospital General de Elda (Alicante)

Niña de 6 años que acude a urgencias por decaimiento y distensión abdominal. Asocia vomitos de contenido alimentario y deposiciones de consistencia líquida, sin productos patológicos, escasas de 3 días de evolución y fiebre de hasta 39°C de 12 horas de evolución. A la exploración física presenta regular estado general, abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación, con peristaltismo disminuido.

Ante la sospecha de abdomen agudo, se solicita HG, BQ, coagulación, gases venosos y ecografía abdominal. En esta última se objetiva dilatación del marco cólico, con escaso líquido libre, descartando invaginación intestinal. Se ingresa para observación y estudio, dejándose a dieta absoluta. Se cursa coprocultivo (*Salmonella* sp) A las 24 h del ingreso, ante persistencia de la clínica se solicita ecografía de control y TAC, confirmándose el diagnóstico de megacolon tóxico. Ante la afectación del estado general y diagnóstico iniciamos tratamiento con metronidazol y cefotaxima iv. Se inicia nutrición parenteral que se mantiene durante 8 días.

Al 4º día de ingreso ante leve mejoría se inicia nutrición enteral trófica con éxito.

Precisó ingreso durante 16 días hasta la resolución casi total del cuadro, siguiendo posteriormente controles en consulta externa de digestivo infantil, con buena evolución.

El megacolon tóxico se considera una complicación grave, potencialmente mortal, apareciendo en la mayor parte de los casos como complicación de EII, siendo excepcional su asociación con colitis infecciosa. Se caracteriza por dilatación colónica, no obstructiva de al menos 6 cm de diámetro, asociada a signos de toxicidad sistémica.

En caso de sospecharla se debe iniciar tratamiento antibiótico empírico y dieta absoluta.

En caso de presentar complicaciones tales como hemorragia, perforación, requerimientos transfusionales altos, toxicidad progresiva refractaria o dilatación de colon progresiva se debe plantear tratamiento quirúrgico urgente.

Neonato con síndrome QT largo congénito

Lloret Olcina V, Grande Fernandez L, Rico Santacruz I,
Aleixandre Blanquer F, Claver Durán M.
Hospital General de Elda (Alicante)

Neonato en el que en la exploración del recién nacido en maternidad se aprecia retumbo sistólico y bradicardia de 85 lpm, por lo que se decide ingreso en neonatos para estudio.

Antecedentes personales: Embarazo controlado de curso normal. Parto: 39 sem, vaginal, eutócico. Presentación cefálica. PN 2.900 gr. SGB negativo Apgar 9/10

Antecedentes familiares: Madre 27 años, G3, A1, P2. Grupo sanguíneo 0+. Padre 25 años sano. Hermano de 6 años sano. Resto sin interés

Exploración física: Buen estado general. No distres. FR:40 rpm. AC: 90 lpm, tonos puros, centrados y rítmicos. Retumbo sistólico. TA normal en los cuatro miembros.

Pruebas complementarias:

- BQ, HM, gasometría, Ecografía cerebral, ecocardiografía sin alteraciones. ECG RS a 83 lpm, eje QRS +140°. PR 0.11 seg. QTc 0.67 seg (Patológico >0,44 seg). Primeras y segundas otoemisiones : alteración bilateral

Resultados

- Con la sospecha de síndrome de QT largo congénito asociado a sordera se remitió al hospital de referen-

cia en el que se confirmó el diagnóstico y se instauró tratamiento oral con mexiletina 8mg/kg/día y propranolol 2.3 mg/kg/día.

- A los dos meses de vida, se realizan los potenciales evocados auditivos, detectándose una sordera neurosensorial bilateral con diagnóstico final de síndrome de QT largo congénito asociado a sordera o Síndrome de Jervell y Lange – Nielson.

Conclusiones

- El SQTLC es una canalopatía arritmogénica clínica y genéticamente heterogénea que predispone a arritmias ventriculares y muerte súbita. En el Sdme. De Jervell Lange Nielsen la sordera es heredada de un modelo autosómico recesivo, y la prolongación marcada QTc refleja la herencia doble-dominante, con mutación en los dos alelos. La mutación en el gen KCNQ1, localizado en el cromosoma 11, es el principal responsable de esta enfermedad.
- El diagnóstico es clínico y electrocardiográfico en base al índice de puntuación de Schwartz. Cabe destacar que el estudio genético es positivo en el 50-70% de los casos por lo que un análisis negativo no excluye el diagnóstico.

Adolescentes con aftas orales recidivantes

Rico Santacruz I, Grande Fernandez L, Lloret Olcina V,
Aleixandre Blanquer. F, Claver Durán. M
Hospital General de Elda (Alicante)

Caso 1: Varón 14 años. Fiebre elevada cinco días, aftas orales y erupción cutánea pruriginosa (pápulo-vesículas aisladas de 2 cm, algunas umbilicadas) en antebrazo izquierdo, manos y pies sugestivas de vasculitis leucocitoclástica. Varias lesiones ulcerosas en mucosa yugal, paladar, amígdalas y lengua. Lesión escrotal de 5 cm, inicialmente puntiforme, con costras melicéricas. Glande enrojecido con erosión superficial. Al volver a preguntar refiere varios episodios semejantes que fueron silenciados. Exámenes analíticos anodinos.

Caso 2: Mujer 14 años. Prurito y dolor vulvar de 9 días de evolución, acompañado de úlceras en labios menores. Aftas en mucosa oral. Varios episodios previos de úlceras bucales. Analítica anodina, excepto ANA +. En ambos casos se sospechó Enfermedad de Beçhet (EB) y se trató con colchicina y prednisona orales con remisión de todas las lesiones. Actualmente asintomáticos.

La EB es más común en Asia y en los países de la cuenca mediterránea oriental .

Se trata de una vasculitis de causa desconocida que afecta a adultos jóvenes de 20 a 40 años. Tiene base autoinmune con predisposición genética (HLA B51/B5). Aparecen autoanticuerpos contra la mucosa oral, retina, endotelio, etc. El diagnóstico es puramente clínico y los criterios actuales tienen una alta especificidad y sensibilidad¹. Se requiere la coexistencia de aftas orales recurrentes y otras dos manifestaciones: aftas genitales recurrentes, lesiones oculares, lesiones cutáneas o test de patergia positivo². Puede existir afectación ocular, vascular, del sistema nervioso central y menos frecuentemente renal, pulmonar y cardiaca. En la piel se presenta acné, foliculitis y eritema nudoso³. La artritis es intermitente, inflamatoria y asimétrica, no erosiva ni deformante.

Existen numerosas entidades con las que realizar el diagnóstico diferencial.¹

Ataxia aguda tras vacunación de varicela

Jurado Portero JC*, Molina Cambra A*, Del Rio Marina A*, Juárez Osorto JM*,
Marco Hernández AV*, Tomás Vila M*.

**Servicio de Neuropediatría. Hospital universitario La Fe. Valencia*

INTRODUCCIÓN

La ataxia aguda se define como la inestabilidad-inseguridad de la marcha de brusca aparición. El cuadro más frecuente en la infancia es la cerebelitis aguda postinfecciosa o ataxia cerebelosa aguda, cuyo mecanismo patogénico posiblemente sea autoinmune. Entre las causas que pueden provocar dicho cuadro, se han descrito en 5% de frecuencia la vacunación reciente por varicela y hepatitis B.

CASO CLÍNICO

Paciente de 17 meses de edad que acude a urgencias por presentar primer episodio de convulsión febril. Antecedentes: embarazo, parto, perinatal y desarrollo psicomotor normal. Vacunado de varicela hacia 2 días. Pasa a observación para vigilancia. A las pocas horas avisan por presentar nueva convulsión tónico clónico, asociado a fiebre de 38,8°C. Se administran 3 bolos de Midazolam y posteriormente Levetiracetam, cediendo la convulsión.

Se decide completar estudio tras presentar convulsión febril atípica. Inicialmente se realiza TAC craneal para descartar HTIC, con resultado normal. Posteriormente se realiza punción lumbar que también resulta normal. Dado de tratarse de una primera convul-

sión febril atípica, se decide inicio de tratamiento con aciclovir iv a la espera de PCR de virus neurotropos en LCR.

Tras 48 horas de ingreso queda afebril y comienza con clínica de ataxia aguda. Al principio la ataxia es atribuida al Levetiracetam intravenoso, por el estado de sedación en el que se encontraba el paciente. Pero tras pasarlo a forma oral y desaparecer el efecto sedante, persiste la ataxia. Por este motivo, reconsideramos que la causa de la ataxia era en realidad efecto de la vacunación de la varicela que se había administrado los días previos.

Se suspende aciclovir por presentar en LCR, la PCR de virus herpes simple y varicela negativos. Al alta, mejoría progresiva de la ataxia.

COMENTARIOS

Tal y como describe el comité de vacunas de la AEP, con la vacuna de la varicela se han descrito casos de ataxia después de la misma. Se trata de un cuadro con buena evolución, benigno y que no contraindica una 2.ª dosis de la vacuna a los 3 años de edad. Por tanto, en el diagnóstico diferencial de la ataxia aguda, hay que recordar como etiología la vacunación reciente de varicela.

¿Predispone la bronquiolitis por vrs a padecer asma?

Segrelles Vayà L., Sánchez Ferrer M., García Avilés B., Juste Ruiz M.
Servicio Pediatría.Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant

INTRODUCCIÓN

El virus sincitial respiratorio (VRS) es una de las causas más comunes de infección viral en las vías aéreas bajas en los 2 primeros años de vida, y puede cursar con dificultad respiratoria. Se discute la importancia de ésta patología en el desarrollo posterior de asma. Según el Consenso sobre Tratamiento del Asma en Pediatría, de Junio del 2007, la prevalencia en España se estima entre un 9-10%.

OBJETIVO

Determinar la presencia de asma, después de un período de seguimiento de 3 a 5 años, en niños que precisaron ingreso por bronquiolitis y su relación con la presencia del VRS.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio retrospectivo 140 de lactantes, entre los 1 y 20 meses de vida, ingresados por Bronquiolitis en nuestro Centro, desde Noviembre de 2009 a Marzo de 2012. Se analizan las características del ingreso, con un seguimiento de 3-5 años a través de la historia clínica, acerca de la aparición de asma.

RESULTADOS

La muestra se distribuye en 41% mujeres y 59% hombres, con una edad media de 2,9 meses. (0,3-

20). La media de ingreso fue de 4.2 días (1-16). El 53% (76) se trató con suero salino hipertónico, el 15% (21) con salbutamol y el 29% (41) con adrenalina. No hubo diferencias entre los grupos respecto al valor de saturación de oxígeno al ingreso, ni con el antecedente de lactancia materna previa. Del total de la muestra, desarrollaron asma el 48% (68), con una positividad de VRS del 35% (50). El 14% (20) de la muestra tuvo al menos un ingreso posterior por crisis de asma

No hemos encontrado asociación entre el desarrollo de asma con la presencia del VRS en el lavado nasofaríngeo en nuestra muestra. Del total de niños con asma posterior sólo en un 32% tuvieron el VRS como causante de la bronquiolitis, y de los que no tuvieron asma lo tenían positivo en el 46%

CONCLUSIONES

En nuestra serie, el porcentaje de niños que desarrollan asma es superior a la prevalencia encontrada en la población general, no influenciada por la presencia del VRS. Deducimos que existen otros virus como el rinovirus principalmente, así como el coronavirus, influenza y adenovirus, que también se asocian con estas exacerbaciones, que están cobrando cada vez más importancia.

Síndrome de grisel tras otitis media supurada

Vázquez Pigueiras I, Canals Candela FJ, Mendoza Durán MR,
Abad Linares J, Climent Forner E.
Servicio de Pediatría, HGU Elche.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Grisel (SG) se trata de una subluxación atlo-axoidea no traumática que se presenta como complicación infrecuente de un proceso infeccioso otorrinolaringológico. Presentamos el caso de un paciente que desarrolló un SG tras otitis media.

CASO CLÍNICO

Niño de 6 años que acude a urgencias por dolor e incapacidad para la movilización cervical. Se encuentra en tratamiento con Amoxicilina- Ácido clavulánico desde hace 4 días por otitis media izquierda, presentando otorrea supurativa y quedando afebril el día previo a su consulta. A la exploración presenta postura antiálgica con flexión cervical y lateralización hacia la derecha, limitación para la rotación y extensión, y trismus. Contenido purulento en conducto auditivo externo izquierdo con leve inflamación de pabellón auricular, sin dolor a la palpación mastoidea. Adenopatías láterocervicales izquierdas pequeñas.

Se realiza analítica, con reactantes de fase aguda moderadamente elevados, y radiografía cervical anteroposterior y lateral en las que se observa rectificación de la columna cervical con discreto aumento de la distancia entre apófisis odontoides y cuerpo anterior del atlas (2- 3 mm aprox.). Es diagnosticado de síndrome de Grisel secundario a otitis media, clasificándose en tipo I de Fielding.

Se administra cefotaxima y antiinflamatorios vía iv, presentando a las pocas horas importante mejoría clínica, con apertura bucal completa y menor impotencia funcional. Dada la buena evolución y la discreta separación atloodontoidea se decide no realizar TAC ni tracción cervical. Afebril durante su ingreso, con buena evolución, se realizan controles radiográficos que son normales, siendo dado de alta a los dos días sin limitación funcional. Controles posteriores normales.

CONCLUSIONES

El SG, cuya etiopatogenia no es aún bien conocida, se presenta normalmente como complicación postinfecciosa o tras cirugía otorrinolaringológica. Los niños y los pacientes con Síndrome de Down, con mayor laxitud de los ligamentos atlo-axoideos y mayor longitud atloodontoidea, son más frecuentemente afectados. Suele ser unilateral y su síntoma característico es la tortícolis, dolorosa y persistente pese a la resolución de la infección previa. Se clasifican, en función del grado de rotación y de desplazamiento, en 4 tipos de Fielding, siendo los dos últimos más graves, con casos descritos de compresión medular severa. Esta clasificación sirve de guía para el pronóstico y tratamiento, que va desde reposo con antibióticos y antiinflamatorios, hasta la cirugía con artrodesis.

Fiebre botonosa mediterránea: a propósito de un caso

García Clemente A, Benavent Casanova O, Rocamora Sierras V, Sánchez Zahonero J, Núñez Gómez F.
Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La Fiebre Botonosa Mediterránea es una enfermedad infecciosa causada por *Rickettsia Conorii*. El germen es inoculado a través de la picadura de una garrapata que actúa como vector. Es endémica en áreas mediterráneas, especialmente en época estival, coincidiendo con el ciclo vital del insecto.

CASO

Se presenta el caso de una niña de 4 años con una lesión vesiculosa, localizada en región axilar, que evoluciona a costra negruzca con halo eritematoso (mancha negra), indolora y no pruriginosa. Se confunde en un primer momento con una picadura de insecto sobreinfectada, que no mejora con mupirocina tópica. A las 24 horas inicia fiebre que llega a máximos de 39-40 °C, por lo que se asocia tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico, sin mejoría posterior. El 5º

día aparece un discreto exantema máculo-papuloso en tronco, lo que junto con la fiebre y la mancha negra, nos hace sospechar que estamos frente a una Fiebre Botonosa Mediterránea. Tras realización de análisis (hemograma, bioquímica y serología plasmática) se inicia tratamiento con Claritromicina. En 24 horas desaparece la fiebre y se produce una mejoría clínica evidente, con disminución progresiva del tamaño de la tache noir. Se obtienen los resultados de la serología inicial, siendo negativa (< 1/80) para *R. Conorii*.

CONCLUSIONES

- Aunque no es un diagnóstico frecuente, es importante considerarlo ante una lesión cutánea sugestiva.
- Es importante realizar un diagnóstico precoz basado en la clínica, puesto que la serología puede ser negativa hasta pasados 15 días del inicio de la clínica.

Seguimiento de pacientes no presentados a una consulta de alergia pediátrica

Martinez Rovira P, Garde JM

Hospital San Juan de Alicante, Hospital General de Elche

OBJETIVO

El incumplimiento de citas en las consultas de pediatría es un hecho relativamente frecuente en nuestro medio, por lo que nos planteamos documentar el grado de absentismo en nuestra consulta de alergia, así como describir características demográficas y otras variables que pudieran estar relacionadas.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo donde se revisan datos sobre el seguimiento de 915 pacientes (57% varones/43% mujeres) en una consulta de alergia infantil durante los años 2011-2012

Se incluyeron diversas variables (Sexo, inmigrante(S/N), motivos de consulta, edad, alta en primera visita, diagnósticos finales, sensibilización a inhalantes, inmunoterapia, pruebas de provocación y estado actual de seguimiento)

Se realizó la revisión de pacientes mediante Abucasis y un programa hospitalario de citaciones, contactando vía telefónica con los pacientes no presentados, para conocer el motivo del incumplimiento.

RESULTADOS

Los pacientes no presentados suponen un 14% de la muestra (128 pacientes), con una distribución si-

milar por sexos (52% niños varones/48% niñas). El 65 % se diagnosticó de rinitis alérgica, un 38 % de asma y un 26% aproximadamente padecían de asma y rinitis. Se prescribió inmunoterapia al 31% de los no presentados.

Por otra parte, el 18 % no presentaba alergia respiratoria, un 8% diagnosticados de alergia alimentaria, 8% dermatitis atópica y un único paciente con alergia confirmada a fármacos.

Los motivos del incumplimiento en esta serie han sido en primer lugar causa no conocida (36.7%), por imposibilidad para contactar, seguido de mejoría espontánea (26%), cambios de domicilio (14%), pendiente de completar estudio (10%), y otros (8.5%, correspondiendo a olvidos la mayoría. En un caso refieren no saber que estaban citados). Fueron menos frecuentes los motivos económicos y problemas con la vacuna (4 pacientes en cada grupo), 3 se negaron a tratarse y 2 renunciaron a estudio.

A pesar de no ser el objetivo principal del estudio, se observa discordancia entre motivos de consulta y los diagnósticos finales, estando infradiagnosticada la rinitis alérgica y sobrediagnosticado el asma.

Análisis descriptivo del sistema de transporte secundario de neonatos críticos en Valencia y Castellón en los años 2011-2013

Marín P¹, Gómez R¹, Bermudez L¹, Castro B², Aguar M², Brugada M², Cernada M², Colomer J³, Cubells E², Boronat N², Escrig R², Hortelano V⁴, Gormaz M², Gimeno A², Ledo A⁵, Nuñez A², Martínez L⁴, Haro E⁴, Pérez Iranzo A⁶, Sáenz P², Molina A⁴, Toledo JD⁶, Torres E², Castillo S⁴, Izquierdo I²

1. S. de Pediatría CHGU Valencia, 2. S. de Neonatología H UyP La Fe, 3. S. de Pediatría H. La Plana. Castellón 4. S. de Pediatría H Clínico U Valencia, 5. S. de Pediatría Hospital de Sagunto, 6. S. de Pediatría. H. General de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos críticos forman un grupo de pacientes con características muy específicas y susceptibles de sufrir empeoramiento clínico durante los traslados interhospitalarios. Con el objetivo de minimizar estos riesgos, se estableció el sistema de transporte neonatal de Valencia y Castellón (STNVC).

OBJETIVO

Valorar las características y evolución de los traslados realizados por el STNVC.

MATERIAL Y METODOS

Análisis descriptivo y retrospectivo de los traslados llevados a cabo por el STNVC entre los años 2011 y 2013. Los datos se obtuvieron a partir de los formularios de transporte rellenados en cada asistencia.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 225 traslados (media 6,5±3,6 transportes/mes). Un 74,2% de las activaciones se

produjeron durante la guardia y un 25,8% durante la jornada laboral ordinaria. La mediana de tiempo de duración desde la activación hasta la llegada al hospital receptor fue de 210 min (IQR 112-307,8), con tendencia a la disminución. El 89,6 % de los niños requirieron soporte ventilatorio. El estado general de los pacientes desde la llegada del neonatólogo al hospital emisor hasta la salida mejoró en un 19% de los casos. Un 97,7% de los neonatos se mantuvieron estables durante el traslado.

CONCLUSIONES:

- A pesar de la tendencia a la reducción de la duración de los transportes, es necesario continuar los esfuerzos en este sentido.
- La participación de un equipo de transporte neonatal específico puede colaborar con la estabilización de los neonatos tanto en el hospital emisor como durante el traslado.

LA RIBERA	19,9%	LA PLANA	4,2%
MANISES	12,7%	GRAL CASTELLÓN	4,2%
PRIVADOS	19,7%	VINAROS	2,3%
FRANCESC DE BORJA	9,8%	REQUENA	2,9%
SAGUNTO	7,5%	ONTINYENT	0,7%
CHGU VALENCIA	6,2%	OTROS	2%
DR PESET	4,9%	CLINICO	2%
		LA FE	1%

Tabla 1: Traslados según hospital emisor

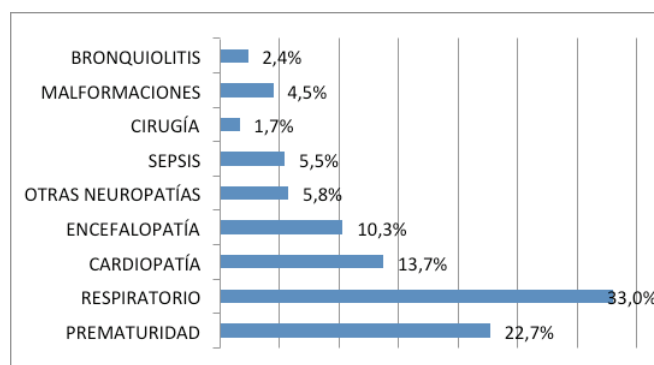


Tabla 2: Traslados según motivo de traslado

Impacto de la vacuna conjugada frente a neumococo en las neumonías alveolares

Salamanca Campos, M; López Lacort, M; Tortajada Girbes, T.;
Diez Domingo, J; Sastre, Macrina y Codoñer Franch, P.
Área de Investigación en Vacunas. FISABIO-Salud Pública

BACKGROUND

La radiografía se utiliza ante una sospecha de neumonía con intención de orientar el tratamiento. Clásicamente se consideran las neumonías alveolares (NA) como de origen bacteriano, fundamentalmente neumocócicas y las no alveolares (NNA) de origen incierto o viral. La vacuna conjugada frente a *S. Pneumoniae* está indicada para la prevención de neumonía neumocócica, si bien en España hubo polémica por el incremento a neumonías, debido a serotipo 1, coincidiendo con el uso de la vacuna de 7 serotipos.

El objetivo del estudio es analizar el impacto de la vacunación conjugada antineumocócica en el tipo de neumonía.

MATERIAL

Durante las temporadas epidemiológicas 2010-2011 y 2011-2012 se recogieron datos clínico epidemiológicos de niños menores de 60 meses que acudían al servicio de urgencias del hospital con sospecha de neumonía. Se les solicitó entre otras el estado vacunal frente a neumococo, considerándose correctamente vacunado cuando cumplía las recomendaciones de la ficha técnica para cada edad.

Las radiografías las valoró de forma ciega (sin conocimiento de la clínica) un pediatra (Prof. D.Greenberg, Israel) especialista en neumonías y las clasificó como NA o NNA.

Análisis estadístico: Se utilizó una regresión logística en el que se forzó la incorporación de la edad y el estado vacunal, dando la Odds ratio ajustada y sus intervalos de confianza 95%.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 228 neumonías, de las cuales 153 (67%) se consideraron NA. De ellas ingresaron 115.

169 niños estaban correctamente vacunados con la vacuna conjugada frente a neumococo.

Las neumonías alveolares ocurren en niños más mayores y en no completamente vacunados (tabla)

CONCLUSIONES:

Los niños correctamente vacunados con vacuna conjugada neumocócica presentan la mitad de riesgo de padecer neumonías alveolares, cuando se controla por edad.

		OR	IC(95%)	P-valor
ESTADO VACUNAL				0,037
	NO	1		
	COMPLETAMENTE VACUNADO	0,47	(0,23,0,95)	
EDAD	0-11 meses	1		
	12-23 meses	2,38	(1,01,5,59)	0,047
	24-59 meses	1,74	(0,853,58)	0,1297

Déficits de las funciones ejecutivas en los niños con trastorno del espectro autista.

Sirera-Conca M^a Ángeles; Abad-Mas Luis.
CEDECO Red Cenit, Valencia. mariansirera@redcenit.com

INTRODUCCIÓN

El déficit en Función Ejecutiva (FE) en Trastorno del Espectro Autista (TEA) alcanza mayor relevancia, formando parte de ese conjunto de síntomas característicos: Teoría de la Mente, Coherencia Central y FE. Son teorías psicológicas, que intentan comprender el nexo entre actividad cerebral y la conducta. Es evidente la disfunción ejecutiva, aunque no están todas afectadas y no es un rasgo único del trastorno, puesto que está presente en otros trastornos. Nuestro estudio nace de la necesidad de investigar, cuáles son los déficits más comunes en FE en los niños con TEA en la edad infantil.

MÉTODOS

Es un estudio descriptivo con una metodología cuantitativa y cualitativa, de una muestra de 40 niños/as del centro se escogen 16 de forma intencional con diagnóstico de TEA de edad comprendida entre los 5-7 años. Se aplicaron varias subpruebas de test estandarizados que miden algunos de los componentes de las operaciones cognitivas consideradas parte de las FE.

RESULTADOS

Se encuentran problemas en la organización y planificación, más destacables en las tareas de la vida diaria. Además, hay dificultades en la memoria de corto

plazo y alteraciones a nivel semántico, lentitud para evocar las palabras. Por otro lado, hay problemas de atención, por una parte la atención selectiva auditiva y por otra la atención sostenida; alteraciones en la flexibilidad cognitiva; hay dificultades a la hora de crear diseños únicos y déficits de imaginación; dificultades en los tiempos de reacción; hay incapacidad para inhibir impulsos motores; problemas de comprensión de instrucciones orales complejas y problemas de perseveración.

CONCLUSIONES

Tras la evaluación queda demostrado que los niños con TEA presentan disfunciones ejecutivas. Existe un vínculo entre los recursos cognitivos y las FE, por lo que una disfunción ejecutiva afecta a la capacidad del niño para aprender en clase. Hay una relación entre FE y aprendizaje dependiendo de la edad, pues se mejora el funcionamiento ejecutivo según se va adquiriendo mayor grado de maduración, en este caso se puede observar que no siguen el mismo proceso de adquisición si se compara con su grupo de edad. Hoy hay varios métodos usados para el tratamiento de los niños con TEA, pero no se atiende a las FE, por eso la necesidad de incluir el entrenamiento específico, por las implicaciones que tienen en los procesos de aprendizaje.

Efecto de la vacunación frente a Meningococo C y la evolución de la enfermedad Meningocócica Serotipo C

Fujkova J.¹, Perez-Breva L.², Tortajada-Girbes M.¹, Giner Perez L.¹, Codoñer Franch, P.¹, Díez Domingo, J.²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

²Área de Investigación en Vacunas, FISABIO-SP

INTRODUCCIÓN

La vacuna conjugada frente meningococo C (MenC) fue incluida en el calendario vacunal de Comunidad Valenciana (CV) en enero 2001, con una pauta de dosis a los 2, 4, y 6 meses de edad, añadiendo posteriormente una dosis de refuerzo en el segundo año de vida. Además se realizó campaña vacunación complementaria con una única dosis a todos los sujetos entre 1 y 6 años de edad, que fue ampliada en 2002 incluyendo sujetos < 20 años de edad. En diversos países europeos con campañas de vacunación que incluían adultos jóvenes y donde se alcanzaron elevadas coberturas vacunales, se observó un efecto comunitario y disminución de enfermedad por MenC incluso en los no vacunados. Recientemente se ha estimado que la cobertura con vacuna conjugada frente a MenC en CV alcanzó cifras superiores al 80% en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de sujetos vacunados con más de 13 años de edad (68%).

OBJETIVOS Y MÉTODOS

Analizar la incidencia de la enfermedad por MenC en sujetos mayores de 24 años de edad, grupo no incluido en ninguna de las campañas de vacunación frente

a MenC, para estimar el efecto comunitario de la vacuna en la CV, obteniendo los casos del sistema de vigilancia epidemiológica de la CV.

RESULTADOS

Durante el periodo 2000-2012 se declararon un total de 61 casos de enfermedad meningocócica por serogrupo C en el grupo de interés. En la época prevacunacional (1999-2000) se declararon 12 casos, que supone una incidencia de 0.22 casos/100,000 sujetos >24 años/año en el periodo prevacunacional (1999-2000) manteniendo las cifras similares hasta el año 2009 donde se aprecia una caída hasta 0,035 casos/100,000 sujetos.

CONCLUSIONES:

A pesar de la elevada cobertura vacunal estimada, la vacunación con vacuna conjugada frente a MenC no ha mostrado un efecto comunitario en la CV, hasta 9 años después de la campaña de vacunación universal, al contrario que en otros países donde se describió desde el primer año tras la vacunación. Posible causa podría ser uso de vacuna de polisacárido simple en campaña de vacunación universal en España en el año 1997, que tenía demostrada una tolerancia inmunológica.

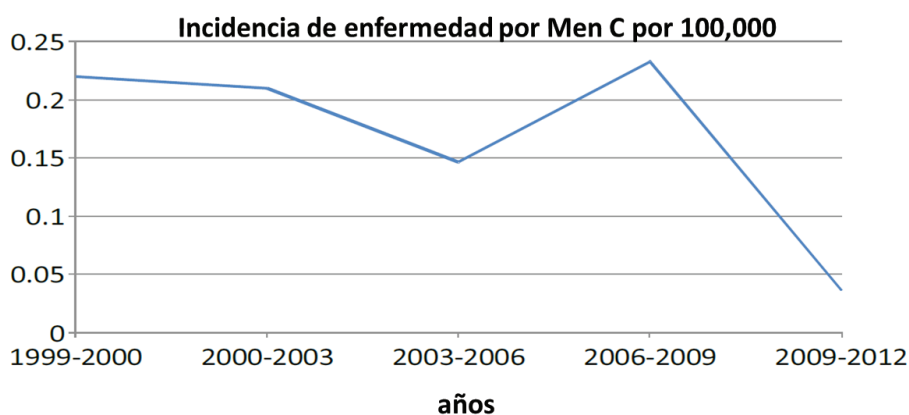


Fig 1

Uso de las nuevas tecnologías por adolescentes

Salamanca M., Giner L., Belles J., Quinzá L., Ballester E., Codoñer P.
Servicio de Pediatría H.Universitario Dr. Peset

INTRODUCCIÓN

El rápido avance de las nuevas tecnologías y el fácil acceso a los medios de comunicación actuales, invita a las nuevas generaciones a descubrir el mundo que les rodea y desarrollarse cognitivamente y conductualmente pero: ¿hacen un uso adecuado? ¿qué nivel de control ejercen los progenitores? ¿qué preocupaciones les generan sus adolescentes?

MATERIAL Y MÉTODOS

Se repartió una encuesta anónima durante el mes de Abril constituida por 30 preguntas a padres de niños entre 12 y 16 años de edad de un instituto de secundaria relacionadas con televisión, internet, videojuegos, películas y video, música y lectura; además se incluyeron tres preguntas sobre las preocupaciones de los progenitores en cuanto a hábitos tóxicos, imagen corporal-sexual de sus hijos, agresividad y lenguaje inadecuado.

RESULTADOS

Se recogieron 98 encuestas correspondientes a 98 niños. La mayoría de los adolescentes 25% frecuentemente y un 64% a menudo pasan más de 2 horas viendo la televisión al día, siendo supervisados a diario y estableciendo un control horario en un 61%. Más de dos tercios ven la televisión mientras comen. El 76% no dispone de este dispositivo en su habitación. Un 53% de los padres lee frecuentemente las sinop-

sis de cine y permite frecuentemente o algunas veces que sus hijos vean películas no aptas para su edad en aproximadamente un 50%. En relación a la música, un 93% de los progenitores conoce el tipo de música que escuchan los púberes siendo pocos los que ponen límites al tipo o letra de la canción (14 %). Del total de 98 estudiantes sólo 12 no disponen de videoconsola (12%); del resto, el 60% tiene restringido su uso en cuanto al horario o el contenido. Un 32% de los encuestados posee ordenador en su habitación, encontrando la instalación de un filtro parental para el acceso a internet en un 40%. El 61% afirma que lee al menos una vez al día, siendo del total solo el 35% los que comentan el texto con sus tutores. Alrededor de un 90% de los padres están especialmente preocupados por los posibles hábitos tóxicos de sus hijos, así como de un comportamiento agresivo o uso de un lenguaje soez. Un 68% manifiestan preocupación por la percepción que los jóvenes tengan a cerca de su sexualidad o imagen corporal.

CONCLUSIONES

Existe un uso importante de los medios de comunicación por parte de la población adolescente a pesar de la supervisión parenteral. Por ello, es importante establecer recomendaciones específicas y horarios que limiten su tiempo de uso, siendo útil en cualquier caso una relación de confianza entre padres e hijos para fomentar el consumo adecuado.

Triángulo de evaluación pediátrica: método de valoración inicial en urgencias por enfermería recientemente formada.

Belles J, Giner L, Salamanca M, Martí L, Pons S, Ballester E.
Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

OBJETIVOS

Nuestro hospital no dispone de un sistema de triaje por lo que se ha instaurado un método de primera valoración de los pacientes por parte de enfermería pediátrica. Para ello, se ha utilizado como herramienta principal el triángulo de evaluación pediátrica (TEP) junto con los signos vitales. Previamente a su implantación, se han impartido talleres formativos por parte del personal médico para el mejor conocimiento y utilización del mismo.

El objetivo principal de este trabajo es establecer la concordancia del TEP entre enfermería y médicos pediatras.

MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional, comparando el TEP realizado por el personal de enfermería y el realizado por el personal médico. Incluye a niños elegidos de forma aleatoria a partir de los que consultan en urgencias de pediatría de nuestro hospital entre Diciembre de 2013 a Enero de 2014.

RESULTADOS

Se estudia un total de 95 pacientes, 35 varones, con una mediana de edad de 3 años.

Según la evaluación del pediatra, se obtuvieron cuatro diagnósticos fisiopatológicos, 71 casos (74,7%) fueron clasificados como estables, 9 disfunciones del

sistema nervioso central (9,4%), 11 dificultades respiratorias (11,5%) y 4 fallos respiratorios (4,2%)

Mediante el programa SPSS se compararon los resultados. Se aplicó el coeficiente kappa para establecer la concordancia entre el diagnóstico fisiopatológico otorgado por enfermería y el pediatra.

En 58 casos (61%) se registró concordancia en el diagnóstico dado por el pediatra y la enfermera, (Índice Kappa: 0,33). Si consideramos aquellos casos en los que se produjo una sobrevaloración por parte de enfermería, obtenemos concordancia para 90 pacientes (94,7% total) con índice Kappa de 0,81.

CONCLUSIONES

El nivel de concordancia observado al comparar los resultados del TEP entre enfermería y el personal médico es débil. Sin embargo, se observa un nivel de concordancia bueno añadiendo aquellos casos en los que se produce una sobrevaloración por parte de enfermería.

Respecto a la sobrevaloración encontrada por parte del personal de enfermería, cabe destacar, que aumentaría el número de pacientes graves, suponiendo un retraso en la atención. Por ello, establecer servicios de urgencias pediátricas con personal dedicado en exclusiva a ellas y su formación continuada, mejoraría la sobrevaloración observada en el estudio.

Abucasis para pediatras: necesidades, limitaciones y sugerencias de mejora

Asensi MT¹, Álvarez de Laviada T², Barona P³, Colomer J⁴, Labordena C⁵, Martínez M⁶, Pérez A⁷.

¹ CS Serrería I Valencia, ² Consultorio Auxiliar Barrio de la Luz Xirivella Valencia, ³ CS Centro de Salud Padre Jofré Valencia, ⁴ CS Fuente de San Luis Valencia, ⁵ CS Centro de Salud CS Fernando el Católico de Castellón, Castellón, ⁶ CS Republica Argentina Valencia, ⁷ CS de Albal Valencia.

INTRODUCCIÓN

El “Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria” elabora esta propuesta para la mejora de Abucasis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta (7 enero- 7 febrero 2014), dirigida a pediatras de nuestra comunidad, a través de la lista de distribución de AValPap (296 pediatras de la C. Valenciana) contestando 74 profesionales de Valencia y Castellón.

RESULTADOS

Análisis de las sugerencias planteadas por los encuestados para mejorar:

Exploración Pediátrica/ Hojas Seguimiento

- Rediseñar la hoja de seguimiento.
- Incluir la Exploración neonatal.
- Monitorizar lactancia materna y alimentación complementaria.
- Adecuar pruebas metabólicas y despistaje auditivo.
- Gráfica de Tensión Arterial.
- Acceso a informes escolares desde hoja seguimiento

Escala Desarrollo Puberal

- Acceso rápido y sencillo desde hoja seguimiento.
- Incluir rangos normalidad en Escala Tanner.

Escala de desarrollo psicomotor:

- Señalar rango normalidad para cada ítem.
- Simplificar acceso hoja seguimiento
- Ítems hasta los 5 años al menos.
- Incluir habilidades sociales y lingüísticas

Diagnóstico:

- Ampliar diagnósticos “favoritos”

- Falta opción “sospecha”

- Faltan diagnósticos psicosociales
- Términos frecuentes en pediatría no tienen correspondencia en CIE.
- Faltan diagnósticos de patologías pediátricas.
- Disponer de listado informativo diagnósticos/procedimientos

Historia perinatal / Antecedentes personales-familiares

- Más facilidad de acceso
- Rellenar hoja perinatal con mínimo texto posible: desplegable con maternidades Comunidad Valenciana, incluyendo opción domicilio, apartado “otros” para nacidos en otros países y/o comunidades
- Apartado enfermedades de la madre: Poder codificar la patología materna para que quede recogida, automáticamente, en los antecedentes familiares.

Prescripción:

- Visualizar peso actual y fecha en el apartado de prescripción.
- Dejar prescribir “dosis pediátricas”, no exigir determinados diagnósticos para poder prescribir ciertos fármacos.
- Las guías de tratamiento se refieren sólo a adultos y hay muchas carencias.

CONCLUSIONES

- Abucasis está orientado al adulto y se han olvidado de los niños y de los pediatras.
- Necesidad de representatividad de la pediatría en grupos que deciden cambios e inclusiones en Abucasis.

Mejoría de urgencias pediátricas tras formación y actualización de un equipo exclusivo de enfermeras y auxiliares

Giner L, Salamanca M, Belles J, Ballester E
Servicio Pediatría H.Dr. Peset

OBJETIVOS

Analizar mejoría en conocimientos teóricos y prácticos tras la formación de un equipo específico de enfermería y auxiliares de Urgencias en hospital de segundo nivel.

Conocer satisfacción de pediatras y compararla con la de enfermeras y auxiliares tras la puesta en marcha del nuevo equipo.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de Octubre 2013 a Enero 2014. Se impartió un curso teórico-práctico centrado en: valoración inicial del paciente, manejo por prioridades y conocimientos de las patologías más prevalentes. Los asistentes cumplieron examen previo y posterior al curso. Tres meses después pediatras, enfermeras y auxiliares rellenaron una encuesta valorando la mejoría en la asistencia.

RESULTADOS

Se incluyeron 5 enfermeros y 6 auxiliares, un varón. Media de edad de 43,5 años. Media de respuestas correctas del primer examen 10,4/20 y tras curso 15,9/20. Comprobada la normalidad de la variable “diferencia de puntuación tras el curso” y aplicada t de Student para datos relacionados, la mejoría media fue de 5,1 puntos con $p = 0,0003$ (IC (3-7)). No se encontraron diferencias significativas comparando enfermeras y auxiliares ($p=0,77$).

La mejoría práctica con el nuevo equipo fue valorada por 24 pediatras: tiempo hasta primera asistencia

(91%), valoración del triángulo de evaluación pediátrica (87%), manejo por prioridades (70%), toma de constantes según patología (92%), agilización de pruebas complementarias en triaje (96%), priorización adecuada de pacientes (96%), agilización de la atención del pediatra en consulta (100%), seguimiento en Unidad de Observación (54%), trabajo en equipo (79%) y satisfacción del nuevo personal (59%). Enfermeras y auxiliares respondieron mismos ítems encontrándose discrepancias significativas en agilización de pruebas complementarias en triaje ($p = 0,03$), agilización de la atención del pediatra en consulta ($p = 0,005$), seguimiento en Observación ($p = 0,004$) y trabajo en equipo ($p = 0,002$). Comprobada la normalidad de la variable “medias de las puntuaciones” y aplicada t de student para muestras independientes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la valoración en general de la mejoría por los pediatras y enfermeras/auxiliares ($p = 0,07$, IC ((-1,1) – (+0,06))). Un 100% de las enfermeras refirieron sobrecarga de trabajo.

CONCLUSIONES

La formación de un equipo exclusivo de enfermeras y auxiliares y la realización de cursos de actualización mejora los conocimientos y la asistencia práctica a los pacientes. La satisfacción y sensación de mejora con el nuevo equipo y métodos de trabajo deben ser evaluados y controlados por riesgo de sobrecarga de trabajo en las enfermeras y auxiliares.

Perfil sensorial en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y niños con Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Herrero-LLadró, R ; Martínez-Sanchís, S**; Abad, L*.
CEDECO Red cenit*; Universidad de Valencia**,
Valencia. Raquel.Herrero@Redcenit.com

INTRODUCCIÓN

TEA y TDAH son los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes y en ocasiones han sido asociados. Esta frecuente asociación ha generado preguntas sobre comportamientos distintivos entre los niños que presentan ambos diagnósticos y los que tienen un único diagnóstico de TDAH o TEA. Los estudios han comparado la comunicación y las habilidades cognitivas (función ejecutiva y teoría de la mente), pero las anomalías en el procesamiento sensorial siguen siendo en gran parte inexploradas. El procesamiento sensorial es definido como el modo en que la información visual, auditiva, gustativa, táctil, olfativa, vestibular y propioceptiva son percibidas y organizadas por el sistema nervioso central con el fin de permitir un funcionamiento óptimo en las actividades de la vida diaria (Dunn, 2001). El objetivo de este estudio es explorar similitudes y diferencias en el perfil sensorial de niños con TEA Y TDAH.

MÉTODO

Un total de 48 niños fueron incluidos en este estudio, de edades comprendidas entre los 6 y 9 años. 24 niños diagnosticados de TEA y 24 niños diagnosticados de TDAH. Como instrumento para la medida del procesamiento sensorial utilizamos la información aportada por los padres mediante el cuestionario Short Sen-

sory Profile (SSP) (McInstosh, Miller, Shyn & Dunn, 1999). El cual consta de 38 preguntas que se dividen en 7 subpruebas: (1) sensibilidad táctil, (2) sensibilidad al sabor/olor, (3) sensibilidad del movimiento, (4) baja sensibilidad/búsqueda de sensaciones (5) filtro auditivo, (6) energía débil/baja, (7) sensibilidad visual/auditiva. Se contó con el consentimiento informado por escrito de los padres.

RESULTADOS

En el grupo con TEA se hallan anomalías confirmadas en la sensibilidad olfativa/gustativa, en la búsqueda de sensaciones y el filtro auditivo así como baja energía. En el grupo con TDAH, en cambio sólo se hallaron en la búsqueda de sensaciones y el filtro auditivo.

CONCLUSIONES

Estos datos confirman lo hallado en estudios anteriores sobre procesamiento sensorial en población con TEA, en los que se encuentran trastornos de la modulación sensorial en varios canales y dificultades en la discriminación auditiva. Las similitudes en ambos grupos en cuanto a la búsqueda de sensaciones sugerirían intentos de autorregular los posibles déficits de atención.

Ingresos por bronquiolitis por virus respiratorio sincitial en un hospital terciario. Influencia de la patología de base y el estado de colonización bacteriana nasofaríngea

Arcos Machancoses JV*, Parra Llorca A*, Marco Hernández AV*, Posadas Blázquez VJ**, Ferrer Lorente B*, Otero Reigada MC, Cabezuelo Huerta G*

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València.

**Servicio de Pediatría. Hospital Clínic Universtari. València.

INTRODUCCIÓN

El virus respiratorio sincitial (VRS) es un patógeno importante en las infecciones de vías respiratorias bajas en lactantes y niños pequeños, que a su vez son una causa importante de morbilidad potencialmente prevenible. Es la etiología principal de la bronquiolitis aguda, que en periodos epidémicos presenta una incidencia de entre 10 y 20 casos nuevos por cada 100 niños menores de 12 meses. Un 15% de los mismos precisan atención hospitalaria.

Nos proponemos caracterizar los ingresos por esta causa y analizar la influencia de la patología de base y el estado de colonización bacteriana nasofaríngea sobre diversas variables clínicas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Información recogida localmente sobre los ingresos por bronquiolitis por VRS llevada a cabo de forma prospectiva en el periodo diciembre 2011 – marzo 2012 en el contexto de un estudio multicéntrico a nivel estatal.

Las variables estudiadas incluían datos sociodemográficos de cada caso, determinantes clínicos de gravedad, condiciones de base, estado vacunal, necesidad de soporte respiratorio o nutricional, tratamiento farmacológico y complicaciones. Al ingreso, además, se recogieron secreciones nasofaríngeas por frotis para cultivo.

RESULTADOS

Un total de 62 casos menores de 2 años fueron ingresados por bronquiolitis VRS+ durante el periodo de estudio. Sólo 6 niños (9,7%) presentaban enfermedades de base (4 malformaciones cardiovasculares congénitas, 1 síndrome de West y un traqueostomizado por un linfangioma quístico cervical), con una edad media de 5,7 meses (frente a 2,9 meses en los niños sanos). Los ingresos se prolongaron una me-

diana de 4 días (RIC 3 – 6 días). Sólo 5 casos precisaron cuidados intensivos (mediana de 2 días de ingreso), 1 de ellos requirió intubación orotraqueal y el resto ventilación no invasiva. Ningún caso se complicó con fuga aérea. Habían recibido al menos una dosis de palivizumab 3 niños previamente al ingreso y ninguno de ellos presentó una forma grave. Del 48,4% que precisaron oxigenoterapia, la mediana de días con requerimientos a bajo flujo fue de 3 días, y 2 casos precisaron alto flujo. Un 35,5% necesitaron fluidoterapia iv durante más de 24 horas y 1 caso alimentación a través de sonda nasogástrica. En 33 niños (53,2%) se identificó una población bacteriana nasofaríngea anormal, por tipo de microorganismo o sobrecrecimiento. Los más frecuentes fueron *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*. La colonización bacteriana anómala, controlando el efecto de la edad y la presencia de enfermedad de base, sólo influyó en la necesidad de oxigenoterapia (OR 4,2; IC95% 1,4 – 12,3) pero no en la duración de la misma, los días de ingreso, en la aparición de complicaciones ni en ninguna otra variable clínica de gravedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de bronquiolitis no requieren ingreso hospitalario pero en los casos más graves puede ser necesario tratamiento de soporte. No se puede predecir una evolución desfavorable de la bronquiolitis aguda ni la aparición de complicaciones pero sí que se sabe que los niños con patología de base están más predispuestos. Dado que algunas infecciones víricas favorecen la colonización de bacterias patógenas en mucosa respiratoria se ha planteado si ello puede constituir un factor modificador de la gravedad. A la luz de nuestros resultados, no estaría indicado ni el estudio sistemático de presencia de bacterias anormales en mucosa respiratoria ni su tratamiento.

Raquitismo: ¿una entidad emergente?

Cesín González S.M., Angelats Romero C.M., Rodríguez Pérez C.,
Díaz Martín S., Kalbouza S.
Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja. Gandía.

INTRODUCCIÓN

Los déficits nutricionales como el raquitismo constituyen entidades cuya incidencia está en aumento. La causa más frecuente es el déficit de vitamina D, originando una mineralización defectuosa del hueso, alterando la placa de crecimiento. Describimos 3 casos de interés clínico por sus distintas formas de presentación, desde aquellas inespecíficas hasta formas graves.

CASOS CLÍNICOS

Paciente 1: Varón 12 meses, madre camerunesa. Valorado por anemia ferropénica. Alimentación: lactancia materna exclusiva. Piel oscura, varo de miembros inferiores y ensanchamiento metáfisis de miembros superiores. Analítica: Ca 10mg/dL, 25(OH)D 5,6ng/mL, FA 2316U/L, Hb 8,4g/dL, Fe⁺⁺ 18mcg/dL.

Paciente 2: Niña 19 meses, madre pakistaní. Remitida por fallo de medro. Alimentación sin lácteos. Escaso panículo, rosario costal y ensanchamiento de metáfisis. Analítica: Ca 8,2mg/dL, 25(OH)D 5,6ng/mL, FA 2166U/L, fósforo 2,5mg/dL.

Paciente 3: Niña 8 meses, madre marroquí. Ingreso por convulsión. Alimentación: leche entera y papillas de pollo. Leve ensanchamiento de metáfisis. Analítica: Ca 6,7mg/dL, Ca_i 0,76mmol/L, 25(OH)D <4ng/mL, fósforo 3mg/dL, PTHi 723pg/mL, Hb 8,8g/dL.

En los tres pacientes se realizan radiografías con

hallazgos de osteopenia, ampliación de la metáfisis, acopamiento y engrosamiento de la unión costocondral. Ante los hallazgos compatibles con raquitismo, reciben tratamiento con calcio y vitamina D vía oral. En el tercer caso, dada la gravedad, fue necesario reponer inicialmente con gluconato cálcico intravenoso y calcitriol. En todos los casos, tras pocos meses de tratamiento se comprueba mejoría clínica, radiológica y analítica, con normalización de niveles plasmáticos de vitamina D.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del raquitismo es clínico, radiológico y analítico. En las etnias con pigmentación oscura de la piel o exclusión solar por motivos religiosos o culturales, no se garantiza síntesis de los niveles necesarios de la prohormona. El aumento de la inmigración y las consecuencias de las dificultades socio-económicas en las familias de la actualidad, hacen de estos pacientes un grupo de riesgo emergente en nuestra región. Por ello, el primer paso diagnóstico es la sospecha clínica, tanto en formas graves como en aquellos donde puede pasar desapercibido. Una adecuada suplementación con vitamina D, además de una exposición solar regulada e ingesta de alimentos fortificados y acorde a la edad, constituyen las medidas preventivas para evitar que esta enfermedad continúe en aumento.

Manejo de infecciones osteoarticulares en un hospital periférico

Angelats Romero C.M., Cesín González S, Sequi Canet J.M, Llinares Ramal S, Díaz Martín S.
Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja, Gandía (Valencia).

INTRODUCCIÓN

Las infecciones osteoarticulares son consideradas infecciones poco frecuentes con una incidencia en la infancia de 1 caso por cada 10 000 niños, sobre todo en menores de 5 años. Además muchas presentan, hallazgos radiológicos o analíticos inespecíficos, al inicio del cuadro. Esto, supone un reto diagnóstico para el médico, lo cual conlleva un retraso en su adecuado manejo y tratamiento, aumentando así el riesgo de complicaciones y secuelas a largo plazo.

CASO

Se exponen 7 pacientes diagnosticados de infecciones osteoarticulares manejadas en nuestro centro, durante los últimos 16 meses. Se comparan, los diferentes tratamientos, evolución y factores de riesgo asociados, así como los inconvenientes propios de un hospital periférico en cada caso. Además se exponen estrategias para implementar el diagnóstico y el tratamiento según las últimas recomendaciones en la bibliografía actual.

CONCLUSIONES

Las infecciones osteoarticulares son poco frecuentes, aunque en los últimos meses hemos experimentado un aumento en su incidencia.

Debido a que el tratamiento antibiótico precoz es la mejor alternativa para prevenir complicaciones y secuelas, consideramos fundamental que el diagnóstico y tratamiento inicial se base en la sospecha clínica temprana, a partir de una buena anamnesis y la exploración física, para posteriormente confirmarlo con pruebas más específicas. Para lo cual proponemos un algoritmo diagnóstico.

Las técnicas de apoyo diagnóstico fueron fundamentalmente, la ecografía, la resonancia magnética y la artrocentesis. La rentabilidad de los cultivos, tanto de líquido articular como de sangre periférica fue escasa. Las pautas de antibiótico se deben de individualizar, manteniendo el tratamiento intravenoso el menor tiempo posible, valiéndonos de la clínica y los reactantes de fase aguda, para luego pasar a la vía oral.

Las indicaciones de cirugía se reservan para pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento médico y en algunos casos concretos como primera opción terapéutica.

Cuando una radiografía desvela el origen de la cojera

Llinares Ramal, S, Fernández Calatayud, A, Marabotto Fernández, MJ, Angelats Romero, CM, Cesín González, SM, Segura Serralta, JD, Roselló Añón A.
Hospital Francesc de Borja, Servei de Pediatria.

A pesar de no ser una enfermedad muy frecuente, la coxa vara sigue siendo una de las afecciones de la cadera del adolescente que más contribuye al desencadenamiento de la degeneración artrósica. Su diagnóstico clínico, en su etapa inicial, sigue siendo la pieza clave, y es por ello que se insiste en la aparición de signos radiológicos precoces que deben confirmarse mediante una adecuada técnica radiográfica.

CASO CLÍNICO

Niña de 10 años con sobrepeso que acude remitida por su pediatra por dolor selectivo a la palpación en hueso inguinal y hueso poplíteo izquierdo, que dificulta la deambulación, de 3 semanas de evolución. Niega traumatismo previo ni otros síntomas acompañantes. Ha recibido tratamiento con reposo relativo y analgesia oral, a pesar de lo cual persisten los síntomas.

A la exploración marcha inestable y dolor al apoyar el MII, con postura en rotación externa. Dolor a la rotación interna, flexión y abducción del miembro afecto, así como a la palpación de articulación coxofemoral. No signos inflamatorios ni infecciosos en articulaciones periféricas o en cadera.

Con esta clínica se solicita ecografía y radiografía de caderas, que se informa como ensanchamiento de la fisis en fémur izquierdo con deslizamiento epifisario (< 33%), sugestivo de epifisiolisis proximal del fémur. Discreto derrame articular en cadera izquierda. Mínima irregularidad cortical del cóndilo femoral interno, inespecífica.

Tras valoración por traumatología, que confirma sospecha inicial, se interviene mediante fijación con tornillos canulados. Presenta adecuada recuperación y evolución clínica, siendo dada de alta a las 72 horas del ingreso, con controles posteriores en CCEE de traumatología.

CONCLUSIÓN

Ante una cojera prolongada en un preadolescente, esta entidad poco frecuente debe formar parte de nuestros diagnósticos diferenciales.

Una radiografía, que es una prueba de fácil realización y muy accesible, puede filiar la cojera, permitiendo una intervención quirúrgica temprana que evitará complicaciones como necrosis avascular, condrolisis o enfermedad degenerativa articular.

Tratamiento no quirúrgico de la celulitis orbitaria en lactante de 2 meses de edad

Díaz Martín.S, Llinares Ramal S, Miralles Torres A, Kalbouza.S, Marabotto M.J.
Servicio de Pediatría. Hospital Francisco de Borja, Gandía

INTRODUCCIÓN

La celulitis orbitaria es una infección que engloba el contenido de la órbita (grasa y musculatura ocular). Es una patología relativamente frecuente en la edad infantil. Los patógenos más comúnmente implicados son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus sp.*

Debe distinguirse de la celulitis preseptal, la cual afecta a la porción anterior al globo ocular y cuya repercusión clínica suele ser mucho más leve en la mayoría de los casos.

Las complicaciones más graves están relacionadas con la extensión del proceso séptico a las estructuras vasculares (tromboflebitis del seno cavernoso) y al cerebro (absceso extradural, subdural, meningitis), que causan daños neurológicos que pueden eventualmente ser fatales.

CASO

Acude a urgencias un lactante varón de 2 meses de edad por edema, lagrimeo, hiperemia conjuntival izquierda y fiebre (máximo 38,3°C) de unas horas de evolución.

Exploración física

Signos inflamatorios en ojo izquierdo. Ausencia de proptosis. Motilidad y afectación ocular no valorable, por imposibilidad para la apertura ocular. Rinorrea anterior transparente. Resto normal.

Ante paciente con sospecha de celulitis preseptal, se decide ingreso hospitalario. Se solicita hemograma (17.800 leucocitos; 13.000 neutrófilos absolutos), bioquímica (proteína C reactiva 30,60mg/L; Procalcitonina 0,18ng/mL) y hemocultivo. Se inicia trata-

miento con ampicilina y cefotaxima intravenosos. A las 12 horas se objetiva una disminución del edema palpebral con apertura ocular conservada, dificultad para la movilidad y proptosis evidente.

Ante la sospecha clínica de celulitis orbitaria se suspende la ampicilina y se inicia vancomicina. Solicitamos una tomografía computarizada donde se objetiva un absceso retroorbitario. Se recibe resultado de hemocultivo: *Staphylococcus aureus*. Se valora por el servicio de Otorrinolaringología, quien descarta la posibilidad de intervención quirúrgica y se añade corticoterapia al tratamiento, con buena evolución clínica, completando 14 días de tratamiento intravenoso y 7 días más de tratamiento antibiótico vía oral.

CONCLUSIONES

La celulitis representa la causa más frecuente de exoftalmos unilateral en la infancia, aumentado su prevalencia por debajo de los 2 años de edad. A partir de la incorporación de nuevas inmunizaciones, la microbiología de esta infección se ha ido modificando con el tiempo. Resulta importante la identificación del patógeno causal, a fin de adecuar el tratamiento antibiótico. No siempre es posible realizar un cultivo orbitario, puesto que la vía de abordaje es complicada, sobre todo cuanto más pequeño sea el paciente. Por tanto, deberemos apoyarnos en la anamnesis y las pruebas complementarias, sobre todo en el hemocultivo, para poder identificar el patógeno responsable, y adoptar una actitud terapéutica lo más adecuada posible.

Abdomen agudo en urgencias como debut de síndrome nefrótico

Herrero García A*, Martín Benlloch J*, Parra Llorca A*, Guerrero Martínez A*, Juárez Osorto JM*, Toledo Parreño JD*.

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es una situación frecuente en pediatría, y representa una importante causa de morbilidad. La peritonitis primaria es una forma poco frecuente, responsable del 1-3 % de las emergencias pediátricas abdominales. Su aparición como complicación del síndrome nefrótico es conocida, pero no es común diagnosticarlo como debut en puertas de urgencias. Se expone a continuación un caso de peritonitis primaria en el contexto de un síndrome nefrótico.

RESUMEN DEL CASO

Paciente varón de 2 años, sin antecedentes de interés, correctamente vacunado incluyendo vacuna neumocócica 13 valente, que acude desde Atención Primaria por fiebre de 2 días de evolución. Asocia dolor abdominal generalizado junto a cuadro de vómitos y diarrea. En las últimas 24 horas sólo realiza una micción, de características normales. No asocia otra sintomatología ni existe ambiente epidémico familiar. El paciente había sido remitido por su pediatra a Endocrinología por hipercolesterolemia de 310 mg/dL en analítica ordinaria hace una semana. Constantes: T^a 38,8°C, SatO₂ 96%, FC 168 lpm, TA 116/74 mmHg. A la exploración presenta regular estado general con reticulación de piel en miembros inferiores y edema bilateral con fovea en piernas y pies que no había sido detectado anteriormente. Frialdad acra con pulsos pedios presentes. Buena ventilación pulmonar bilateral. Abdomen con defensa generalizada a la palpación, que impresiona de dolor difuso. Peristaltismo reducido.

Preguntando a la madre por la aparición de edemas, refirió que desde hacía una semana presentaba los párpados hinchados por las mañanas, pero no le había dado importancia.

El paciente fue valorado por Cirugía Pediátrica, que también sugirió la presencia de peritonitis. Se solicitó

gasometría capilar, analítica completa, hemocultivo, sedimento urinario, urocultivo y ecografía abdominal. Analítica: hemoglobina 12,5 g/dL, hematocrito 37.3%, leucocitos 16270/μL (neutrófilos 76,1%, linfocitos 17,2%), plaquetas 401000/μL, fibrinógeno 1144 mg/dL, urea 42 mg/dL, creatinina 0.33 mg/dL, proteínas totales 4.8 g/dL, albúmina 1.2 g/dL, PCR 163.8 mg/L, PCT 53 ng/mL, calcio 8.1 mg/dL, sodio 132 mEq/L, potasio 3.7 mEq/L, cloro 106 mEq/L, pH 7,48, HCO₃⁻ 21.3mmol/L.

Orina: proteinuria 500 mg/dL, sedimento: cilindros hialinos y céreos.

Ecografía: derrame pleural bilateral. Abundante líquido libre ecogénico intraabdominal. Riñones con buena diferenciación córtico-medular.

Dado el contexto clínico los hallazgos sugieren peritonitis primaria debida a síndrome nefrótico.

El paciente ingresó, instaurando fluidoterapia intravenosa con restricción de volumen, manteniéndose estable hemodinámicamente en todo momento. Recibió 14 días de antibioterapia con cefotaxima intravenosa y profilaxis trombótica con heparina. Los cultivos recogidos y el Test de Mantoux fueron negativos. Una vez controlada la infección aguda, con descenso de parámetros infecciosos a partir del 4º día de antibiótico, recibió corticoterapia para el síndrome nefrótico con buena respuesta.

CONCLUSIONES/COMENTARIOS

El abdomen agudo supone un elevado número de consultas en Urgencias y aunque la mayoría de veces su tratamiento es quirúrgico, se debe pensar en las causas sistémicas, como el síndrome nefrótico.

El diagnóstico de la peritonitis primaria en niños previamente sanos suele ser intraoperatorio, por lo que la sospecha clínica es fundamental para evitar la cirugía innecesaria, como en el caso de nuestro paciente.

Disostosis cleidocraneal: una displasia osea no tan infrecuente

Herrero García A*, Fernández Monge L*, Cantó Climent M*,
Royo Bolea C*, Sáenz González P*, Pérez Aytés A **.

* Servicio de Neonatología. **Sección de Dismorfología y Genética Reproductiva.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

La Disostosis Cleidocraneal es una displasia esquelética caracterizada por retraso en el cierre de las suturas craneales, clavículas ausentes ó hipoplásicas, y anomalías dentarias. El diagnóstico de este tipo de displasia se basa en los hallazgos clínicos y radiológicos que posteriormente puede ser confirmado por estudio de mutaciones en gen *RUNX2*. Presentamos el caso de una recién nacida con este síndrome en la que se identificó una mutación en gen *RUNX2* no descrita hasta ahora en las bases de datos.

RESUMEN DEL CASO

Recién nacida a término, de sexo femenino que a los 2 días de vida ingresa procedente de Urgencias por sospecha de Disostosis Cleidocraneal. Fruto de la tercera gestación espontánea de una madre de 39 años y padre de 40 años. No enfermedades hereditarias, ni displasias óseas en familiares. Ecografías prenatales normales. Peso al nacimiento: 3220 gramos (P75-P90), longitud: 49,5 cm (P75-P90), perímetro craneal: 35 cm (P75-P90). En la exploración destaca fontanela anterior normotensa y muy amplia (4 x 4 cm) con dehiscencia de sutura sagital y fontanela posterior también muy amplia, ligera retrognatia. Al palpar ambos hombros no se aprecia relieve clavicular. Examen neurológico normal, con reflejos arcaicos presentes y simétricos. Resto de exploración por aparatos normal. Se realiza una serie ósea, con los siguientes hallazgos: cráneo con fontanela anterior y metópica amplia, discreta retrognatia con maxilar y mandíbula de difícil evaluación, ausencia de clavículas, once pares de costillas, acetábulos pélvicos planos con ausencia de osificación de huesos del pubis. Ecografía cerebral normal. Otoemisiones acústicas superadas. El estudio mediante secuenciación directa del gen *RUNX2* identificó una variante en heterocigosis en el intrón 5 (anteriormente intrón 3) del gen, c.668G>A (p.Gly223Glu) la cual no ha sido descrita con anterioridad ni como mutación ni en las bases de datos de polimorfismos. Los padres están pendientes de estudio para verificar que la mutación en la paciente se ha producido "de novo".

CONCLUSIONES/COMENTARIOS

La Disostosis Cleidocraneal sigue un patrón de herencia autosómico dominante con expresividad muy variable por lo que miembros afectos de una misma familia pueden presentar desde anomalías dentales como única manifestación hasta otros con el cuadro clínico completo. Hasta la fecha se ha identificado un único gen causante de la enfermedad, *RUNX2* (CBFA1). Se estima que el 60% de los casos presentan mutaciones puntuales en dicho gen, mientras que el 10% es causado por deleciones. Nuestra paciente es portadora en heterocigosis del cambio c.668G>A en el gen *RUNX2*, el cual no ha sido descrito con anterioridad, no obstante la búsqueda en los programas informáticos y una mutación patológica descrita en el mismo codón parecen indicar que la mutación identificada tiene naturaleza patológica.

Esta entidad asocia malformaciones dentales, retraso o ausencia en la osificación de las ramas del pubis e hipoplasia de las alas ilíacas lo que puede condicionar que las mujeres afectadas precisen cesárea en sus embarazos para evitar complicaciones obstétricas. El desarrollo neurológico de los pacientes es normal lo cual permite tranquilizar a los padres tras el diagnóstico. Uno de los signos más característicos, presente en 100% casos, es la fontanela muy amplia, a veces autentico defecto de calota craneal. Este signo en un recién nacido siempre nos debe hacer sospechar esta entidad, incluso con clavículas palpables pues agenesia clavículas no siempre está presente. A medio plazo las anomalías dentales constituyen el mayor problema a controlar (fallo erupción dentadura permanente, dientes supernumerarios, y otros).

En los últimos 5 años se han diagnosticado 7 casos nuevos de Disostosis Cleidocraneal en nuestro Hospital lo que en un cálculo grosero supondría una frecuencia de 1/18.000 nacidos vivos, una frecuencia nada despreciable para una displasia ósea.

Noura Taibi, Mónica Ferrández González, Noelia Moreno López, Esther Mazón Ruiz, Manuel Roig Riu. Hospital "Vega Baja". Orihuela.

Importancia de la sospecha clínica en la enfermedad tardía por estreptococo del grupo B

Benavent Casanova O, García Clemente A, Rocamora Sierras V, López García MJ
Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Valencia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de inicio tardío por estreptococo del grupo B (EGB) se suele presentar entre los 7 y 89 días de vida. La incidencia es muy escasa (0.10-0.24‰ recién nacidos vivos) y ha permanecido estable con los años a pesar de las medidas profilácticas actuales. Es un proceso de evolución tórpida en ausencia de antibioterapia adecuada. Se comunica un nuevo caso de esta enfermedad haciendo hincapié en su sospecha clínica que permitirá la instauración de un tratamiento precoz.

CASO CLÍNICO

Lactante niño de 44 días de vida con fiebre de 38.7°C, irritabilidad y rechazo alimentario de 3 horas de evolución.

Antecedentes perinatales: pretérmino de 35 semanas, peso de 2440 gramos. Parto eutócico tras 15 horas de bolsa rota.

Exploración clínica: regular aspecto general, llanto quejumbroso, irritabilidad, coloración cutánea pálido-grisácea y enlentecimiento del relleno capilar. Escala YIOS (Young Infant Observation Scale): 13 puntos. Ante el aspecto de gravedad del niño se re-

visan detalladamente los antecedentes perinatales, encontrando madre portadora del EGB en cultivo rectovaginal, desconociéndose profilaxis antibiótica intraparto. Se sospecha sepsis tardía por EGB con posible meningitis. Se realizan análisis sanguíneos que muestran discreta leucocitosis (11.170), proteína C reactiva 1.9 mg/L, procalcitonina 0.42 ng/mL y coagulación normal. Se extraen cultivos de orina, sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR).

Se decide ingreso con antibioterapia empírica (Ampicilina y Cefotaxima). A los 3 días se recibe el resultado positivo del EGB en sangre y LCR. A las 10 horas de ingreso mejora el aspecto general, y a las 36 horas queda afebril, evoluciona favorablemente completándose antibioterapia durante 14 días.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de inicio tardío por EGB puede presentarse con sintomatología muy inespecífica, por esta razón es importante sospecharla especialmente en un prematuro tardío, e investigar los antecedentes maternos. Insistir en que el tratamiento instaurado en las primeras horas del proceso es capaz de proteger de una mala evolución.

Alteración del estado de conciencia: golpe de calor

Molina Cambra A*, Jurado Portero JC*, Del Río Marina A*,
Martínez-Barona S*, Calero Navarro P*.

*Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades que se relacionan con el calor abarcan desde síndromes menores hasta enfermedades que amenazan la vida. Éstas son el resultado de un estrés excesivo producido por el calor, causado por un aumento de la carga ambiental de éste, la incapacidad del cuerpo para disipar el calor endógeno o una combinación de ambos. El golpe de calor es el cuadro más grave, y puede ser potencialmente mortal sin el tratamiento oportuno.

Se define golpe de calor como una temperatura central ≥ 40 °C, acompañado de alteración del estado de conciencia en pacientes con exposición al calor ambiental.

Presentamos aquí el caso de una paciente en que la sospecha diagnóstica de golpe de calor se realizó por un cuadro de alteración del estado de conciencia.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 4 años de edad sin antecedentes familiares ni personales de interés. Acude en mayo del 2013 a urgencias traída por sus padres, por alteración del estado de conciencia, vómitos y sensación de hipertermia tras encontrarla encerrada en el coche particular de éstos. A su llegada presenta: temperatura axilar 37°C, frecuencia cardíaca 140 pulsaciones, regular estado general, relleno capilar enlentecido,

Glasgow 13, mucosas secas y ojos hundidos. El resto de la exploración física es normal. La analítica de sangre muestra: sodio 147mEq/l, urea 60mg/dl, creatinina 0,6mg/dl y ascenso de parámetros inflamatorios (30000 leucocitos, procalcitonina 4,22ng/ml). Resto de exploraciones complementarias dentro de la normalidad. Rehistoriando a los padres refieren que el vehículo se encontraba en el exterior del domicilio y que previo al traslado al centro hospitalario han realizado baño frío durante 30 minutos a la paciente. Al ingreso se administra bolo de volumen y posteriormente se inicia tratamiento con fluidoterapia intravenosa presentado progresivamente mejoría clínico-analítica. La paciente es dada de alta tras 24 horas de ingreso.

CONCLUSIONES

Una correcta anamnesis, junto con los hallazgos clínico-analíticos son la base para la distinción entre diferentes procesos que provocan alteración del estado de conciencia: sepsis, golpe de calor, epilepsia, intoxicación...

Si bien la distinción entre las diferentes entidades producidas por el calor es en ocasiones poco clara, los niños con temperatura corporal elevada y alteraciones del SNC deben ser tratados como víctimas de un golpe de calor.

Genitales ambiguos, a propósito de un caso

Mora Carmona A, Gastaldo Simeón E, García Casa O, Alfonso Diego J, González Muñoz A.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) engloba un grupo de enfermedades congénitas autosómicas recesivas que tienen en común un déficit enzimático en la síntesis del cortisol. Como mecanismo compensador se produce un aumento de la ACTH, hiperplasia de la corteza suprarrenal y acumulación de metabolitos y esteroides de las vías metabólicas no afectadas, previos al bloqueo enzimático. El espectro de la enfermedad es muy amplio, dependiendo del grado de déficit enzimático.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un recién nacido con fenotipo de varón, que al nacimiento presenta genitales ambiguos. Padres sanos no consanguíneos. Hermano mayor sin patología. Perinatal sin incidencias.

A la exploración en maternidad se objetivan micropene con hipospadias y criptorquidia bilateral con bolsas escrotales hipoplásicas por lo que se inicia estudio de trastorno de la diferenciación sexual. El cariotipo confirma sexo cromosómico XX y la exploración ecográfica genitales internos femeninos. Los electrolitos en sangre son normales y no hay acidosis metabólica.

Ante sospecha de una posible HSC se solicitan 17-OHP y androstendiona, ambos con cifras por encima del límite alto de la normalidad (18,36 ng/ml y 7,4 ng/ml respectivamente) por lo que se inicia tratamiento con hidrocortisona a 25mg/m²/día a las 48 horas de vida.

El estudio de genética molecular confirma mutación en el gen de la 21 hidroxilasa en la paciente, y en la madre.

A los dos años de edad se realiza genitoplastia feminizante. Controles en consultas externas con buen ritmo de crecimiento con edad ósea y edad cronológica acordes. Controles hormonales dentro de la normalidad, ajustando la medicación.

A la edad de 5 años, coincidente con enfermedad intercurrente de etiología bacteriana sufre episodio de insuficiencia suprarrenal aguda grave que precisa hospitalización.

Se inicia tratamiento sustitutivo intravenoso con hidrocortisona con resolución progresiva del cuadro.

Seguimiento en consulta de especialidad para monitorización clínica y del tratamiento se comprueba adecuada velocidad de crecimiento.

Actualmente la paciente tiene 8 años. Peso y talla en percentiles acordes a la edad y no hay adelanto de la edad ósea.

DISCUSIÓN

1. La HSC es una enfermedad autosómica recesiva que cursa con déficit enzimático necesario para la síntesis de cortisol y aldosterona.

2. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad incluyen un amplio espectro de síntomas. Las formas clínicas más graves comienzan en el periodo neonatal y se caracterizan por virilización y ambigüedad de los genitales externos en las niñas, asociado o no a un déficit de aldosterona, potencialmente mortal por pérdida salina si no se instaura un tratamiento adecuado. Las formas más leves comienzan de forma más tardía y se caracterizan por pubarquia prematura, hirsutismo y oligomenorrea.

3. El tratamiento de esta entidad dependerá del grado de afectación enzimática y de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

4. El objetivo terapéutico es reemplazar la secreción fisiológica de los glucocorticoides y mineralcorticoides, la corrección quirúrgica de los genitales externos en las niñas afectas, controlar los signos de hiperandrogenismo y mejorar la talla final adulta.

5. Ello requiere un seguimiento individualizado y un abordaje multidisciplinar, en el que es necesaria la implantación de un programa bien estructurado de intervención y seguimiento.

Necrosis grasa subcutánea tras hipotermia activa

Portolés-Morales M, Salas García S, Gormaz Moreno M, Sáenz González P,
Alberola Pérez A, Izquierdo Macián I.
HUP la Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La necrosis grasa subcutánea (NGS) neonatal es una entidad rara que afecta al tejido adiposo de recién nacidos con historia de situaciones de estrés en el periodo neonatal.

CASO CLÍNICO

Recién nacida a término que ingresa procedente de otro centro para protocolo de hipotermia activa. Madre de 43 años sin antecedentes de interés. Hipertensión arterial gestacional tratada desde la semana 34 con Metildopa y Diazepam que en la 37 alcanza criterios de preeclampsia grave por lo que se induce el parto. Ante alteraciones del registro cardiotocográfico se realiza cesárea urgente y nace tras extracción dificultosa en parada cardiorrespiratoria. Se inician maniobras de reanimación avanzada e inicia respiración espontánea a los 12 minutos. Apgar1/2/7.

Se induce hipotermia activa por encefalopatía hipóxico-isquémica moderada, manteniéndose durante 72 horas sin incidencias. Precisa ventilación mecánica durante 66 horas. No presenta convulsiones, EEG normal. La exploración neurológica evoluciona correctamente, sin observarse alteraciones en la RMN a la semana de vida.

A los 8 días de vida se observa la aparición de placas eritematovioláceas induradas (4x2cm) en ambos brazos compatibles con NGS. Se inicia monitorización de niveles de calcio con nivel máximo de 11,2mg/dl y descenso progresivo previo al alta. Se contacta con hospital de origen para continuar seguimiento estrecho de la adiponecrosis por riesgo de hipercalcemia secundaria.



COMENTARIOS

La NGS se relaciona con diversos factores predisponentes: de origen materno, complicaciones del parto y factores neonatales. En este caso la hipertensión arterial, la preeclampsia grave, la asfisia al nacimiento y la hipotermia serían las condiciones de estrés que darían como resultado hipoperfusión periférica e hipoxemia del tejido celular subcutáneo desencadenando la necrosis de adipocitos, que generaría una reacción inflamatoria granulomatosa a cuerpo extraño.

Las lesiones cutáneas aparecen entre la primera y sexta semana de vida en zonas de apoyo, en primer lugar con edema y eritema, evolucionando a placas eritematovioláceas, bien delimitadas y no adheridas a planos profundos. Su curso suele ser benigno, con completa regresión en pocas semanas. Sin embargo, pueden aparecer complicaciones graves como trombocitopenia, hipoglucemia, hipertrigliceridemia e hipercalcemia. La hipercalcemia es la complicación más grave, se puede presentar después del inicio de las lesiones, por lo que se recomienda control de la calcemia al menos durante los primeros 2-3 meses tras la aparición de las lesiones.

Pustulosis aguda generalizada tras infección por estreptococo del grupo A

Portolés-Morales M, Del Río Marina A, Martínez-Barona S, Molina Cambra A, Évole Busselli M**, Piqueras Arenas A*.

*Pediatria Infecciosa, **Dermatología Pediátrica.
Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La pustulosis aguda generalizada (PAG) es una dermatosis poco frecuente caracterizada por la erupción de pústulas estériles en relación con la infección por estreptococo β -hemolítico del grupo A (SGA).

CASO CLÍNICO

Niña de 5 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés que ingresa por síndrome febril y exantema generalizado. Refería fiebre de 36 horas de evolución con ascensos febriles de hasta 40°C, asociando desde el inicio del cuadro el exantema micropustuloso de base eritematosa generalizado. La paciente negaba la administración de fármacos antes de la aparición del exantema.

En la exploración se observó una orofaringe muy hiperémica con glositis y lengua en fresa, sin evidenciarse otros hallazgos de significación patológica. En la analítica destacaba una PCR de 157,5 mg/L y leucocitosis marcada (28930/ μ L) con neutrofilia del 84%. En el frotis faringoamigdalares se aisló SGA. Se inició tratamiento con amoxicilina intravenosa y posteriormente se completó con antibioterapia vía oral hasta cumplir 10 días de tratamiento. Fue valorada por Dermatología Infantil sugiriendo el diagnóstico de PAG, que posteriormente fue confirmado mediante biopsia cutánea.

Las etiologías posibles inicialmente planteadas, antes de recibir el resultado microbiológico fueron la infecciosa (PAG debida al SGA) y la medicamentosa (pustulosis aguda exantemática generalizada, PAEG), a pesar de que la paciente negaba la ingesta de fármacos. Descartamos la psoriasis pustulosa generalizada por no presentar más hallazgos acompañantes, siendo la histología de la biopsia no sugestiva. La evolución fue buena quedando afebril tras 48 horas de tratamiento antibiótico. El servicio de Alergia Infantil realizó pruebas de provocación con fármacos que resultaron negativas.

COMENTARIOS

La PAG es una enfermedad poco frecuente y de difícil determinación, ya que, su diagnóstico diferencial incluye multitud de exantemas cutáneos con pústulas. Para llegar a su diagnóstico nos basaremos en la anamnesis (excluyendo la ingesta de fármacos), la clínica y la identificación del SGA. Su curso suele ser benigno y autolimitado. El exantema se resuelve de manera espontánea sin recaídas, pero se recomienda realizar el tratamiento antibiótico durante 10 días para el SGA.

Por tanto, ante un exantema pustuloso con historia personal negativa para la ingesta de fármacos, la demostración de infección por SGA es característica de PAG.



Enfermedad de gaucher como diagnostico diferencial de hepatoesplenomegalia

Rocamora Sierras V, Benavent Casanova O, García Clemente A, López García MJ
Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Valencia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Gaucher es la enfermedad por depósito lisosomal más frecuente. Está causada por déficit de glucocerebrosidasa, con el consiguiente acúmulo de glucosilceramida. La incidencia es de 1/50.000 nacimientos. Es una enfermedad crónica, progresiva, heterogénea, multisistémica y altamente variable por lo que resulta fundamental conocer las formas de presentación y los pasos a seguir ante su sospecha.

CASO CLÍNICO

Niña de 5 años con dolor abdominal difuso, disminución del apetito y hepatoesplenomegalia persistente de dos meses de evolución sin causa establecida tras exploraciones complementarias de primer nivel. Es remitida a nuestro hospital para completar estudio. No antecedentes personales ni familiares de interés. A la exploración presenta hepatomegalia de 4 cm., blanda, borde regular, no dolorosa y esplenomegalia de 5 cm., dura, borde regular, no dolorosa. Se realiza ecografía abdominal que confirma la hepatoespleno-

megalia homogénea. En análisis sanguíneos destaca: anemia hipocrómica (10,3 g/dl), plaquetopenia (110.000) e hiperferritinemia. Diferentes determinaciones analíticas y microbiológicas realizadas junto con las manifestaciones clínicas permiten descartar etiología infecciosa o hepática, pero no patología tumoral hematológica o enfermedades de depósito. Se completa estudio realizando aspirado de médula ósea que muestra la presencia de células de Gaucher. Se objetiva disminución de actividad de glucocerebrosidasa que confirma el diagnóstico y se inició tratamiento enzimático sustitutivo.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Gaucher es infrecuente. Habrá que sospecharla siempre ante síntomas inespecíficos asociados a visceromegalias, alteraciones hematológicas o esqueléticas. Un retraso diagnóstico y por tanto en el tratamiento puede llevar al paciente a desarrollar una serie de complicaciones, evitables con el establecimiento de un tratamiento precoz individualizado.

Encefalitis por virus influenza A

Romagosa Sánchez-Monge, B*, Cebrián García, I*, Jovani Casano C*,
Esparza Sánchez, MA*, Centelles Sales I*

* Servicio Pediatría Hospital General Castellón

INTRODUCCIÓN:

La encefalitis por virus Influenza A es una infección rara en países occidentales. Ante catarro de vías altas, cefalea, convulsiones y disminución de conciencia, hay que incluirla en el diagnóstico diferencial de encefalitis vírica. La bioquímica del LCR suele ser normal, las pruebas de imagen inespecíficas y en EEG hay patrón de encefalitis (enlentecimiento generalizado). El diagnóstico se realiza mediante la detección de PCR en LCR. Se han utilizado rimantadina y amantadina con resultados dispares, y de forma más reciente Oseltamivir. El pronóstico es altamente variable, desde evolución fatal a recuperación completa.

CASO CLÍNICO:

Niña de 7 años que acude a urgencias tras convulsión afebril de 3 minutos de duración. Mirada fija, caída al suelo e hipertonía, desconexión del medio, sialorrea y movimientos clónicos de comisura bucal. Mialgias, cefalea y fiebre los días previos. Exploración física: estado postictal, Glasgow 10, signos meníngeos y resto de exploración negativa. Hemograma y bioquímica sugieren infección vírica. Tras ingreso, realiza episodio convulsivo que cede con midazolam con apnea

posterior que requiere ingreso en UCIP. TAC cerebral normal. Bioquímica de LCR normal. Se sospecha encefalitis vírica y se inicia tratamiento con Aciclovir. Aspirado de moco nasal y faríngeo positivo para Influenza A. Se asocia Oseltamivir oral. Presenta una evolución tórpida con 6 nuevos episodios convulsivos y alteración del sensorio. Alterna fases de somnolencia con agitación y leve hiperreflexia. Se suspende Aciclovir y se inicia Levetiracetam y posteriormente Ácido Valproico. Se descarta patología autoinmune. PCR de Influenza A en LCR negativo. Control EEG con discreta pero lenta mejoría evolutiva, persistiendo lentificación generalizada y asincronía. Evolución clínica favorable sin convulsiones los 7 días previos al alta. Se completa tratamiento con Oseltamivir (10 días). Al alta, sigue tratamiento antiepiléptico y se remite a Neuropediatría.

COMENTARIOS

A pesar de que la encefalitis por Gripe A tiene una baja incidencia en nuestro medio, ante una encefalitis aguda (especialmente ante epidemia gripal o en invierno) se debe sospechar y solicitar PCR en LCR e iniciar tratamiento con Oseltamivir, dada la posible evolución fatal.

Enfermedad celíaca y parotiditis recurrente

Zanón Ortiz S*, Valiente Armero A*, Molina Cambra A*, Ferrer Lorente B*, Oltra Benavent M*.
*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

La parotiditis crónica recurrente o recidivante juvenil es un proceso inflamatorio recurrente de la glándula parótida, unilateral o bilateral, con periodos asintomáticos. Es poco frecuente en la infancia y su etiología es desconocida o multifactorial. Diversas entidades pueden debutar con parotiditis recurrente, con las que hay que hacer diagnóstico diferencial: parotiditis epidémica y bacteriana, litiasis, tumores, síndrome de Sjögren, inmunodeficiencias (VIH entre ellas), fibrosis quística, diabetes mellitus y otras enfermedades que se acompañen de malnutrición entre las que se incluye la celiaquía. Presentamos un caso de celiaquía diagnosticada tras estudio de una parotiditis recurrente sin otra clínica asociada.

CASO CLÍNICO

Niña 4 años, controlada en consultas externas de pediatría general por presentar dos episodios de parotiditis en el plazo de un mes. Estado nutricional normal sin otros signos ni síntomas asociados. Se solicitan las pruebas complementarias protocolizadas para estos casos (analítica con inmunoglobulinas, amilasa y complemento; serologías; marcadores

de celiaquía; test del sudor; Mantoux y radiografía de tórax; ecografía parotídea; y estudio de autoanticuerpos).

La ecografía parotídea muestra pequeñas lesiones hipoecoicas difusas (acinos dilatados) en relación a parotiditis crónica.

En el estudio de autoanticuerpos se detectan anticuerpos Anti-Transglutaminasa tisular elevados y Anti-Endomisio positivos.

Se remite a la paciente al servicio de Digestivo Infantil, donde se confirma el diagnóstico de enfermedad celíaca tras biopsia intestinal, con atrofia vellositaria grado IIIb de Mars-Oberhuber.

COMENTARIOS

Entre las patologías relacionadas con parotiditis recurrente se ha incluido la celiaquía, como una causa rara, y relacionada con sialoadenosis secundaria a grados importantes de malnutrición. En nuestro caso, dado el estado nutricional normal de la paciente, pensamos que el mecanismo autoinmune explicaría mejor su asociación a celiaquía. La parotiditis recurrente debería incluirse entre las presentaciones monosintomáticas de la celiaquía.

Miastenia neonatal transitoria. A propósito de un caso

Valiente Armero A*, Zanón Ortiz S*, Marco Hernández A V**, Tomás Vila M** Pérez Tarazona S*
Servicio de Neonatología y Neuropediatría**. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia*

INTRODUCCION

La miastenia neonatal transitoria (MNT) es una entidad que afecta a un 10-20 % de los hijos de madres con miastenia gravis (MG). Se debe al paso transplacentario de anticuerpos maternos contra el receptor de la acetilcolina (ACRA), que inhibe la transmisión neuromuscular.

Los síntomas se presentan típicamente en las primeras 24 horas de vida, e incluyen llanto débil, dificultades para la alimentación, hipotonía, debilidad facial y de los músculos oculares y problemas respiratorios, que pueden precisar ventilación mecánica. La clínica persiste entre 3 y 12 semanas.

CASO CLINICO

Recién nacido a término. Cesárea por inducción fallida. Apgar 9/10. Gestación sin incidencias. Madre de 42 años, primípara, MG ocular desde los 35 años con ACRA positivos, tratada con piridostigmina. Ingres a las 6 horas de vida por hipotonía y dificultades para la succión. En la exploración presenta hipotonía generalizada, hipoactividad, escasa respuesta a la manipulación, facies inexpresiva, ptosis palpebral y llanto débil. Resto de exploración normal. Ecografía cerebral y analítica al ingreso anodinas.

Dada la alta sospecha de MNT, se solicitan ACRA, con valores positivos (18,11 nmol/L). Se monitoriza

al paciente y se aplican medidas de soporte. Precisa alimentación parenteral durante 48 horas por episodio de atragantamiento y dificultad para la succión, iniciando progresivamente alimentación por sonda orogástrica hasta conseguir la succión completa a los 8 días. Sin clínica respiratoria. Por la lenta mejoría, se inicia neostigmina oral el séptimo día de vida (0,4 mg/kg/dosis) 30 minutos antes de cada toma, observando mejoría progresiva.

A los 28 días de vida permanece ingresado, con ACRA aún elevados, completando las tomas por succión adecuadamente. Exploración neurológica dentro de la normalidad, por lo que se inicia pauta descendente de neostigmina.

COMENTARIOS

Los hijos de madres con MG precisan vigilancia estrecha por riesgo de presentar MNT. Títulos elevados de ACRA en las madres están relacionados con aumento de la transmisión de la enfermedad. No obstante, pueden ser indetectables tanto en el recién nacido como en la madre.

El antecedente materno ayuda a establecer precozmente el diagnóstico. El tratamiento se basa en medidas de soporte y administración de anticolinesterásicos, que se recomienda iniciar sin demora ante la sospecha diagnóstica, independientemente de la repercusión clínica.

El síndrome del maullido de gato: un síndrome infrecuente

Álvarez Martín M*, Romagosa Sanchez-Monge B*, Reguillo Lacruz A.M*, León García M.S*
*Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del maullido de gato fue descrito en 1963, tras estudiar a niños con características clínico-citogenéticas comunes: retraso mental, anomalías cráneo-faciales y delección del brazo corto (p) del cromosoma 5 (5p15.2-5p15.3, la zona crítica para que se presente el síndrome). La incidencia es de 1:20.000 a 1: 50.000 recién nacidos. El 80-85% de los casos son esporádicos, y el 10-15% hijos de portadores de una translocación, siendo en estos últimos casos más severo. La homocigosis es incompatible con la vida. Supone el 1% de los casos de discapacidad intelectual severa. A mayor delección, mayor número de alteraciones se detectan.

Clínicamente presenta: llanto similar al maullido de un gato (por hipoplasia laríngea), bajo peso al nacimiento, hipotonía, retraso psicomotor y malformaciones como: microcefalia, cara redondeada, hipertelorismo, epicantus, puente nasal ancho, micrognatia, orejas displásicas, cardiopatía...

El diagnóstico de sospecha es clínico, pero debe confirmarse con cariotipo. La amniocentesis permite diagnóstico prenatal.

CASO CLÍNICO

Neonato de un día de vida remitido por fenotipo sindrómico. Antecedentes obstétricos: fecundación in vitro por oligospermia paterna. No se realizó amniocentesis. No presentaba antecedentes familiares de interés. Fue parto vaginal, finalizado con espátulas a las 39 semanas.

A la exploración física presentaba: llanto agudo (similar al maullido de un gato), microcefalia y micro-retrognatia, hipertelorismo, epicantus, pabellón auricular derecho displásico, paladar ojival, manos y pies pequeños, hipotonía leve, y soplo sistólico II/VI en borde esternal izquierdo, con segundo tono fuerte, latido hiperdinámico, pulsos presentes y simétricos y sin hepato-esplenomegalia.

En ecocardiograma, se detectó: CIA os y CIV del tracto de salida de 5mm, con presiones pulmonares elevadas. Se inició tratamiento con Captopril y Espironolactona, precisando posteriormente tres días Furosemida por descompensación, estando hemodinámicamente estable al alta. Se descartaron otras malformaciones viscerales.

El cariotipo confirmó la delección 5p. Actualmente, sigue controles en Otorrinolaringología, Cardiología y Neurología pediátricas

CONCLUSIONES

Es un síndrome clínico con confirmación genética. El tratamiento es sintomático y se recomienda estudio genético familiar. Las malformaciones características son las fenotípicas, cardíacas (sin patología específica) y el retraso cognitivo. Es importante la estimulación precoz. Las características físicas se vuelven menos aparentes con el tiempo, y desaparece el característico llanto agudo. La esperanza de vida está disminuida, aunque suelen alcanzar la edad adulta, en función de las malformaciones asociadas.

Desviación paroxística de la mirada hacia abajo

Jurado Portero JC*, Marco Hernández AV*, Molina Cambra A*, Del Rio Marina A*,
Juárez Osorto JM*, Tomás Vila M*.

*Servicio de Neuropediatría. Hospital universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

Este cuadro clínico se incluye dentro de los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) que son episodios de aparición brusca, de breve duración, recurrentes y con recuperación espontánea a la normalidad. Se produce por una disfunción cerebral, sin producirse una descarga hipersincrónica neuronal como en la epilepsia. Su evolución es habitualmente benigna. La prevalencia de los TPNE es de alrededor de un 10% en la población infantil, mucho más frecuente que la epilepsia (1%).

CASO CLÍNICO

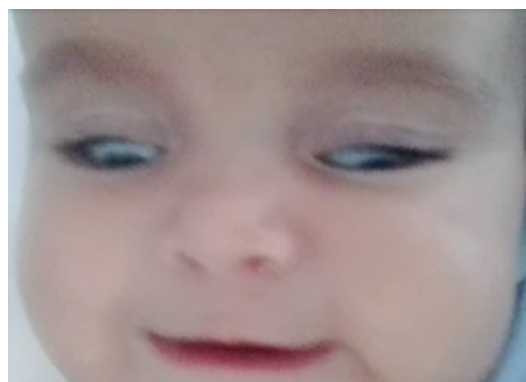
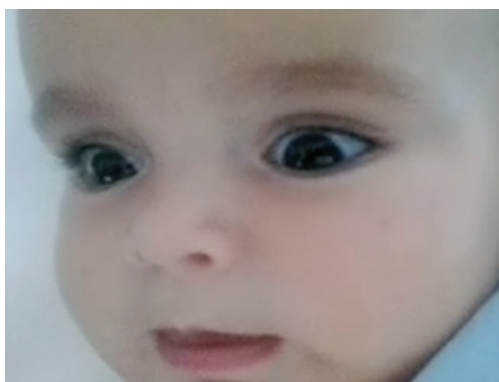
Lactante mujer de 5 meses que acude a urgencias por episodios de desviación de la mirada hacia abajo, de 10 segundos de duración, sin movimientos tónico-clónicos. Antecedentes: embarazo, parto y perinatal normales. Desarrollo psicomotor normal. Único antecedente de interés, es el diagnóstico reciente del aumento del espacio extracerebral frontal, en seguimiento por Neurocirugía. Por este motivo, ante la sospecha de hipertensión intracraneal se solicita TAC urgente que resulta normal, por lo que ingresa a Neuropediatría como convulsión afebril a estudio. Durante su ingreso se aprecia a la exploración física

dificultad para la elevación de la mirada hacia arriba y se observan tanto en planta de hospitalización como en videos domésticos, episodios de segundos de duración, de desviación de la mirada hacia abajo, con ojos en sol poniente, sin alteración del estado de consciencia ni otros movimientos anormales, que se presentan en situaciones de cambios de posición y con la "excitación ambiental". En el video EEG se registran varios episodios que no demuestran grafoelementos patológicos. Valorado también por parte de Oftalmología infantil que descarta patología ocular.

Dado que se descarta la hidrocefalia por la normalidad del TAC y la epilepsia por el video EEG normal, se diagnostica de desviación paroxística de la mirada hacia abajo (DPMB).

COMENTARIOS

La DPMB es un TPNE muy poco frecuente, que consiste en la tendencia durante los primeros meses de vida de llevar de forma súbita los ojos hacia abajo, igual que el signo del sol poniente, pero de segundos de duración. Se suele desencadenar al subir y bajar la cabeza en el plano horizontal. Por tanto, nos gustaría recordar con esta comunicación, que no todo trastorno paroxístico es epilepsia.



Anafilaxia sin afectación cutánea. Importancia diagnóstica

Segrelles Vayà L., Sánchez Ferrer M., García Avilés B., Juste Ruiz M.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. La causa más frecuente de anafilaxia en la infancia son los alimentos (huevo, leche, frutos secos, pescado). Consideramos anafilaxia a la afectación de 2 o más sistemas tras la exposición a uno o varios alérgenos. La mayoría de las anafilaxias se manifiestan inicialmente con afectación cutánea (80-90%), como urticaria y angioedema siendo claro el diagnóstico en este caso, pero si los síntomas principales son dolor abdominal, vómitos o dificultad respiratoria puede ser complicado y retrasar el tratamiento.

CASO CLÍNICO

Escolar de dos años que acude a urgencias por dolor abdominal brusco tras la ingesta de haba, nuez y almendra. Asocia prurito hipogástrico y sensación disneica breves. A su llegada a urgencias presenta dolor abdominal importante y episodios presíncopales, que coinciden con desaturaciones autolimitadas. Se canaliza vía periférica y se administra salbutamol inhalado por la presencia de sibilancias espiratorias. Se extrae analítica sanguínea completa, gasometría ve-

nosa y hemocultivo, así como muestra triptasa sérica y RAST a haba, nuez y cacahuete. Ante la no mejoría y la persistencia de los síntomas, sospechamos posible reacción anafiláctica, administrando adrenalina 1/1000 IV (0.01mg/kg). Tras 10-15 minutos la paciente presenta remisión completa de la sintomatología. A las 5 horas del inicio del cuadro aparece exantema maculopapular en zona superior del tronco y mejillas, evanescente y de localización cambiante asociando tratamiento con antihistamínicos.

CONCLUSIONES

La relevancia de este caso radica en la ausencia de manifestaciones cutáneas iniciales en la anafilaxia, dado que éstas, están presentes en una gran mayoría de los casos (80-90). Recalamos la importancia de la sospecha diagnóstica por la historia clínica, sobre todo si existe antecedente de la introducción de algún alimento nuevo o tras la exposición a un alérgeno potencial para ese paciente. Así mismo el antecedente reciente de toma de antihistamínicos en nuestra paciente podría haber ayudado a enmascarar los síntomas cutáneos iniciales.

Microlitiasis testiculares en pediatría

Vázquez Pigueiras I, Cruz Maeso S, Zamora Alberola F, Mendoza Durán MR, Quiles Durá JL.
Servicio de pediatría, HGUE Elche

INTRODUCCIÓN

Las microlitiasis testiculares (MT), descritas en todos los rangos de edad, son un hallazgo poco común en pediatría. Su prevalencia real es desconocida y su historia natural aún no ha sido bien definida, pero cada vez más frecuentemente se postula su asociación con procesos malignos testiculares.

CASO CLÍNICO

Niño de 11 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor testicular derecho de 4 horas de evolución. No refiere traumatismo previo. No fiebre ni síndrome miccional u otra sintomatología.

A la exploración presenta leve edema testicular derecho, sin eritema ni calor. Dolor a la palpación difusa, más intenso en epidídimo. Resto de exploración normal.

Se realiza sedimento urinario que es normal, y ecografía testicular: ambos testes con adecuada morfología, tamaño y vascularización. Se define, como hallazgo relevante, imagen de múltiples microlitiasis distribuidas por ambos testículos, no asociando lesiones focales. La valoración de epidídimo muestra crecimiento del lado derecho y engrosamiento de tunicas en aparente relación con proceso inflamatorio de menor entidad. Se descartan anomalías isquémicas.

Siendo diagnosticado de epididimitis derecha y microlitiasis testicular bilateral, es dado de alta con tratamiento antibiótico. En la actualidad se encuentra en

seguimiento por consultas externas, sin nuevos hallazgos clínicos ni ecográficos.

CONCLUSIONES

Las MT son calcificaciones en los túbulos seminíferos, y en ocasiones también extratubulares. Su etiología es discutida, postulándose que podrían ser consecuencia de atrofia, isquemia o degeneración de tejido disgenético. Su prevalencia en pediatría es desconocida, siendo en adultos, según la serie, de 0.6-18.1%. En los últimos años ha aumentado probablemente por la realización cada vez más frecuente de ecografías testiculares. Normalmente se trata de un hallazgo ecográfico casual que acompaña otra patología: criptorquidia, trauma escrotal, epididimitis, varicocele, torsión de hidátide/testicular, pseudohermafroditismo, Klinefelter....Cada vez más frecuentemente se comunican casos que asocian su presencia al desarrollo posterior de carcinomas testiculares y tumores testiculares de células germinales en el adulto. Sin embargo, aún no se ha descrito la evolución natural desde un caso pediátrico de MT incidental a una neoplasia gonadal.

En la actualidad las MT son consideradas como marcadores de una lesión disgenética del parénquima gonadal, que podría predisponer a patología tumoral. Por lo tanto, se aconseja exploración física y ecográfica cada 6-12 meses hasta la edad adulta, y la posible realización de marcadores tumorales.

Síndrome de heterotaxia visceral. A propósito de un caso

Mendoza Durán M.R., Abad Linares J., Vázquez Pigueiras I., Rico Moncho L.,
Vázquez Gomis C., Vázquez Gomis R.M., Quiles Durá J.L.
Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Elche.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de heterotaxia o isomerismo visceral es una alteración de la asimetría del eje izquierda-derecha durante el desarrollo embrionario. Puede cursar con asplenia o poliesplenia y se asocia frecuentemente a malformaciones congénitas cardíacas y malrotación intestinal.

CASO CLÍNICO

Embarazo de riesgo por antecedentes de aborto tardío, con diagnóstico prenatal de isomerismo izquierdo (policiesplenia izquierda, interrupción de vena cava inferior con ácigos predominante). Ingresa a las 33+3 semanas por oligoamnios, recibiendo maduración pulmonar, tocólisis y antibioterapia. Ante oligoamnios y presentación podálica se decide cesárea programada. Nace niña de 34+5 semanas, con 1780 gr, precisando ventilación a presión positiva durante 50 segundos. Apgar 7/9. A los 10 minutos inicia dificultad respiratoria conectándose a CPAPn sin mejoría, asociando hipoventilación en hemitórax derecho. La radiografía confirma neumotórax bilateral. Se drena neumotórax y se intuba con mejoría del distrés. Tras 24 horas se realiza extubación sin empeoramiento clínico.

En ecografía abdominal, hígado aumentado de tamaño con lóbulo hepático izquierdo (LHI) en hipocondrio izquierdo e imágenes de bazo con pequeños bazos accesorios, posteriores a la lengüeta del LHI. Arteria mesentérica superior saliendo de aorta, sin

visualizar vena mesentérica por aire intestinal. Vena porta anterior y verticalizada respecto a arteria mesentérica superior. El tránsito intestinal informa hallazgos sugestivos de malrotación.

Se comenta el caso con cirugía infantil de referencia recomendando actitud expectante. Permanece asintomática, pero a los 18 días presenta vómitos proyectivos (en posos de café) con abdomen doloroso, sin signos de obstrucción en la radiografía abdominal. Se deja a dieta absoluta con antibioterapia y se traslada a hospital de referencia donde mantienen actitud expectante. Se realiza tránsito superior y enema opaco, confirmando malrotación "tipo no rotación", ciego situado a la izquierda sin signos de vólvulo ni obstrucción. Se reinicia nutrición enteral con buena tolerancia. Tras cultivos negativos se suspende antibioterapia y recibe el alta a los 27 días. A los 2 meses presenta hernia inguinal izquierda con ovario encarcelado, se interviene sin precisar extirpación del ovario. Actualmente tiene 2 años, está asintomática y en controles con pediatría, cardiología, digestivo y cirugía infantil.

CONCLUSIONES

Los síndromes de heterotaxia representan un reto diagnóstico y terapéutico tanto prenatal como posnatalmente y requieren un estricto seguimiento por un equipo interdisciplinar.

Dermatitis en lactante de etiología poco habitual

del Río Marina A, Portolés Morales M, Molina Cambra A, Jurado Portero JC, Pérez Tamarit MD, Évole Buselli M.
Hospital Universitari i Politènic La Fe.

INTRODUCCIÓN

La acrodermatitis enteropática (AE) es una rara enfermedad autosómica recesiva secundaria a la incapacidad de absorber cantidades suficientes de zinc de la dieta debido a un defecto genético de su transportador en el intestino. La afectación cutánea es la expresión clínica más frecuente. Los datos de laboratorio son de gran apoyo diagnóstico, sobre todo por su similitud con gran número de patologías. Una zinquemia inferior a 60-70 µg/dl es muy significativa.

Un síndrome semejante (AE like) se ha observado en pacientes con un déficit secundario y transitorio de zinc: inadecuada suplementación de la nutrición parenteral, prematuridad (aporte intrauterino insuficiente, inmadurez intestinal), bajos niveles en leche materna, dietas vegetarianas o hipocalóricas, síndromes de malabsorción crónica (celiaquía, enfermedad de Crohn o fibrosis quística), etc.

CASO CLÍNICO

Recién nacido pretérmino de 25+5 semanas de edad gestacional. Ingresado a los 4 meses de vida por sospecha de impétigo. En la exploración dermatológica se observan ampollas sobre una base eritematosa en los dedos de las manos, placas erosivas

en la región anogenital y placas eritematocostrosas en la cara (fig 1-3). Por crecimiento en cultivo de las lesiones de *Staphylococcus aureus* se instaura tratamiento antibiótico con clindamicina sin clara mejoría. Ante la sospecha de AE like por distribución simétrica de las lesiones y factores de riesgo como prematuridad extrema, nutrición parenteral al nacimiento y alimentación actual con lactancia materna exclusiva (sin fortificación desde el alta hospitalaria), se realiza determinación de niveles séricos de Zn que muestran valores bajos de 36 µg/dl, por lo que se inicia tratamiento con suplementos orales de Zn, con desaparición completa de las lesiones a las pocas semanas (fig 4-5).

CONCLUSIONES

En neonatos y lactantes el déficit de zinc puede ser consecuencia de suplementación inadecuada de nutrición parenteral o niveles bajos en la leche materna. Debe sospecharse por los hallazgos clínicos de afectación cutánea simétrica periorificial y acra y la determinación de unas cifras plasmáticas bajas de Zn. La suplementación oral como tratamiento hace desaparecer rápidamente las manifestaciones de la enfermedad.



Fig 1



Fig 2

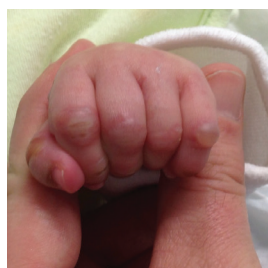


Fig 3



Fig 4



Fig 5

Mucopolisacaridosis tipo I, a propósito de un caso

Abad Linares J, Canals Candela FJ, Beneyto Lluch M, Ferrández Berenguer MJ,
Sala Sánchez G, Vargas Torcal F.
Centro: Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

Las mucopolisacaridosis son enfermedades metabólicas hereditarias causadas por alteraciones genéticas en las enzimas lisosomales, necesarias para degradar glucosaminoglucanos. Son enfermedades degenerativas que se caracterizan por la normalidad clínica del paciente al nacimiento.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una lactante mujer de 17 meses de edad remitida a consultas externas de neuropediatría por retraso en los hitos del desarrollo. Entre los antecedentes personales destacan: embarazo conseguido por FIV, ecografía de la semana 20 se detectan miembros cortos, en seguimiento por cardiología pediátrica por prolapso mitral ligero y por rehabilitación desde los 11 meses por retraso psicomotor leve donde destacan la manipulación grosera, numerosas entradas a urgencias por cuadros de infección de vías respiratorias superiores. A la exploración física destaca aspecto dismórfico, encías hipertróficas, hernia umbilical, hepato-esplenomegalia y huesos anchos. Se solicita inicialmente screening para diag-

nóstico diferencial de metabolopatías con muestra de sangre y de orina detectándose aumento de glucosaminoglucanos en orina, resto de pruebas solicitadas sin alteraciones. Ante la sospecha de mucopolisacaridosis se realiza estudio enzimático con resultado normal para arilsulfatasa B y β -galactosidasa, descartándose mucopolisacaridosis tipo VI, y alteración de los valores de α -Iduronidasa compatible con Mucopolisacaridosis tipo I. Tras el diagnóstico se deriva a centro de referencia para tratamiento. Actualmente en tratamiento con terapia enzimática sustitutiva pendiente de trasplante de precursores hematopoyéticos.

CONCLUSIÓN

Las mucopolisacaridosis son enfermedades degenerativas cuyo diagnóstico precoz es importante para frenar la progresión de la enfermedad, el abordaje multidisciplinar y la visión global del niño nos puede ayudar en este sentido. Las alteraciones fenotípicas como los rasgos toscos, afectaciones viscerales, esqueléticas, oculares y cardíacas son rasgos comunes que nos tienen que hacer pensar en estas enfermedades.

Ataxia cerebelosa aguda postvaricela

Juárez Osorto JM*, Marco Hernández AV*, Jurado Portero JC*, Bartoll Alguacil E*, Tomás Vila M**

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

**Servicio de Pediatría. Sección de Neuropediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

INTRODUCCIÓN

La ataxia cerebelosa aguda se encuentra dentro de un complejo que comprende desde el cuadro más leve de ataxia cerebelosa, pasando por la cerebelitis que presenta alteraciones en la neuroimagen a nivel del cerebelo, y por último, el componente más severo del espectro es la cerebelitis fulminante, con cuadro de hipertensión intracraneal que puede conducir a la muerte. Presentamos un caso clínico de ataxia cerebelosa aguda posterior a un cuadro de varicela.

CASO CLÍNICO

Varón de 6 años con clínica de somnolencia, astenia y ataxia de 24 horas de evolución. No clínica infecciosa actual. Como antecedentes presentó varicela 10 días previos al episodio. Se completa el estudio con análisis sanguíneo, TAC craneal, tóxicos en orina y mantoux con resultados normales. Se realiza punción lumbar en el que se obtuvo 50 células (88% monocitos, 12% PMN, 0 hematíes, glucosa 59 mg/dL, proteínas 17 mg/dL), cultivo y estudio de virus negativos. No pudiendo descartar que se tratara de una encefalitis postvaricela se inicia tratamiento con Aciclovir intravenoso (10 días) y corticoides (5 días). Se realiza un EEG en el que no se objetiva lentificación de la actividad de base ni otras alteraciones. En la RMN cerebral no se detectan alteraciones. Progresivamen-

te la clínica de letargia y somnolencia desaparecen, predominando una ataxia importante. Los hallazgos en las exploraciones complementarias y la evolución clínica sugieren que se trata de una ataxia cerebelosa aguda.

CONCLUSIONES

En el caso presentado queremos destacar la afectación encefalopática tan severa (somnolencia, letargia, bradipsiquia) que por un lado obliga al diagnóstico diferencial con las encefalitis y por otro lado enmascara la sintomatología cerebelosa, dificultando la exploración neurológica inicialmente. Cuando cede la somnolencia, la sintomatología predominante es de ataxia.

Este episodio presenta características de cerebelitis por su severidad, sin embargo, la RMN cerebral es normal, lo que nos indica que los límites entre los grupos que constituyen este espectro en ocasiones no se pueden definir claramente.

La causa más frecuente de ataxia aguda en pediatría es la ataxia cerebelosa aguda. La evaluación debe comenzar con una cuidadosa historia clínica y examen físico, para guiar las pruebas complementarias correspondientes, pudiéndose identificar la causa de la ataxia generalmente con la historia clínica.

¿Es la varicela una entidad de curso benigno?: Complicación post- varicela

Llinares Ramal S, Fernández Calatayud A, Díaz Martín S, Cesín González S, Angelats Romero CM.
Hospital Francesc de Borja, Servei de Pediatria.

La encefalitis viral es una enfermedad inflamatoria grave que afecta al parénquima cerebral. Se trata de una complicación relativamente frecuente de las infecciones virales, siendo responsables muchos de los virus para los cuales disponemos de vacunas. El pronóstico es muy variable, abarcando desde casos leves con recuperación completa, hasta graves, con secuelas cerebrales importantes.

CASO CLÍNICO

Niño de 6 años que acude a urgencias remitido desde primaria por somnolencia y ataxia de 24 horas de evolución. Antecedentes de varicela hace 10 días. En el momento actual lesiones cutáneas en fase de costra, sin otros antecedentes de interés.

T° 37°, SatO2 99%, FC 109lpm, TA108/63 mmHg

Ante sospecha de encefalitis post-varicela, se decide ingreso y realización de pruebas complementarias, incluyendo TC, hemograma, bioquímica y tóxicos en orina que fueron normales.

Durante la punción lumbar persiste somnolencia, con empeoramiento del Glasgow hasta 13 puntos, por lo que se contacta con centro de referencia.

El resultado de la punción lumbar fue compatible con la sospecha clínica inicial, instaurando tratamiento con aciclovir IV (60mg/kg/día).

EVOLUCIÓN

Por curso atípico de encefalitis y dada la predominancia del cuadro de ataxia y dismetría compatible con cerebelitis se solicita RMN cerebral y medular con resultado normal, y se inicia tratamiento con corticoides iv durante 5 días, manteniendo aciclovir durante 10 días.

El resto de pruebas complementarias (EEG, fondo de ojo, cultivos y serología líquido cefalorraquídeo) fueron normales.

Los posteriores controles, a los 7 días, tanto de punción lumbar y RMN no mostraron cambios significativos. La clínica neurológica mejoró, persistiendo cierta dismetría e inestabilidad a la sedestación y a la deambulacion.

Se decide alta con diagnóstico de encefalitis-cerebelitis post varicela, y controles posteriores en CCEE de neuropediatría e infecciosas.

CONCLUSIÓN

La encefalitis post-varicela es una entidad rara, que puede causar graves secuelas. Debe formar parte de nuestro diagnostico diferencial, ante una clínica neurológica con antecedentes de varicela, para un tratamiento y monitorización precoz.

Revisión accidentes cerebrovasculares en niños y adolescentes

Carpena Lucas PJ; Mañes Jimenez Y; Jiménez Candel MI; Pérez García B; Beseler Soto B.
Servicio Pediatría Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva, Valencia)

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está observando un aumento del número de ACV (accidentes cerebrovasculares) en niños y adolescentes. Actualmente la literatura muestra que en muchos casos no se identifica la presencia de ningún factor de riesgo, y sobre todo falta dejar establecido un protocolo de actuación. La clínica inicial tan variada y la falta de sospecha de estos cuadros en niños, hacen que el principal problema sea el diagnóstico tardío.

Presentamos 3 casos clínicos de ACV, con diferentes edades y formas de presentación.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Niña de 12 años que acude por pérdida de fuerza del hemicuerpo derecho de forma brusca sin otra sintomatología asociada. Como antecedentes la abuela materna falleció por ICTUS a los 70 años. Inicialmente la analítica, la ecocardiografía y la TAC normales. A las 48 horas del inicio de la clínica se realiza RMN, que muestra un infarto lacunar agudo/subagudo capsulotalámico izquierdo.

Caso 2: Niño de 22 meses que acude tras TCE frontal leve con posterior hipotonía y vómitos. A su llegada presenta llanto irritable y lateralización a la derecha durante la marcha y en sedestación. Tras analítica y

TAC normal se decide RMN a las 24 horas, donde encontramos un infarto isquémico subagudo en ganglio estriado y corona radiada izquierda.

Caso 3: Lactante varón de 11 meses de edad con pluriopatología, entre lo que destacamos tetralogía de Fallot, fisura palatina completa y portador de traqueostomía y catéter venoso central. Acude por hemiparesia transitoria de miembros derechos. Durante el ingreso realiza una crisis comicial con EEG que muestra un estatus focal izquierdo con hipofunción generalizada. Se realiza TAC urgente y se llega al diagnóstico de infarto cerebral parietal izquierdo y estatus convulsivo secundarios.

COMENTARIOS

Es importante recordar que esta patología está presente en la edad pediátrica y que debemos de tenerla en mente para poder realizar un diagnóstico lo más precoz posible. Debemos conocer los diferentes tipos de ACV y los factores de riesgo existentes.

La causa más frecuente es la isquémica, donde la RMN en la primera semana tras el episodio es esencial, ya que en la TAC, pequeñas áreas isquémicas pueden no ser detectadas.

Destacar la importancia de crear protocolos de actuación válidos, para una actuación más rápida y efectiva.

Estudio de seguimiento de niños recién nacidos hijos de madres con hipotiroidismo en el embarazo

Carpena Lucas PJ, Mañes Jiménez Y, Calvo Rigual F, Pons Fernández N, Sanz Gallur J (*), Casañ Fernández R (*).

Servicios de Pediatría y Endocrinología (). Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia*

INTRODUCCIÓN

Las recomendaciones actuales de diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo en la embarazada suponen un aumento de mujeres tratadas. Hemos estudiado el metabolismo tiroideo en niños recién nacidos cuyas madres han recibido tiroxina en el embarazo. El objetivo de este estudio es valorar si el tratamiento materno durante el embarazo modifica la TSH y la T4L del recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo comparando valores de T4l y TSH en recién nacidos de madres tratadas por hipotiroidismo antes (GRUPO 1) o durante el embarazo (GRUPO 2) y recién nacidos de madres no hipotiroideas (controles, GRUPO 3) procedentes de la Maternidad de un Hospital Comarcal desde Enero 2012 hasta Febrero 2014. Extracción coincidente con las pruebas metabólicas. Estudio con test de ANOVA para variables numéricas continuas y test no paramétrico para variables ordinales y para aquellas que no cumplían una distribución normal.

RESULTADOS

Tenemos 109 casos (36 del GRUPO 1 y 73 del GRUPO 2), y 82 controles. La TSH materna de las mujeres diagnosticadas en el embarazo fue de 5,17 (rango 2.50-50.29) mU/mL, y la T4l, de 1 (rango 0.6-1.3) µg/ml.

Los anticuerpos antiperoxidasa fueron positivos en 77% de las mujeres del GRUPO 1, y en 36% de las del GRUPO 2 (P=0.001).

No hubo diferencias entre los grupos para la duración del embarazo y el peso al nacimiento. Tampoco se encontra-

ron diferencias significativas en las horas de vida del recién nacido en el momento de la extracción.

La mediana de edad materna y sus rangos fueron de 33.5 (21-42) años, 32 (19-41) años y 31 (6-47) para los grupos 1, 2 y 3 respectivamente (p=0.031).

Las mujeres tratadas antes del embarazo recibían una dosis media de tiroxina de 125 microgramos/día (rango 25-250), y las diagnosticadas y tratadas durante el embarazo, de 75 microgramos/día (rango 13-125) (p<0.001).

No hubo diferencias significativas en la T4L ni TSH en los recién nacidos de los casos frente al grupo control.

GRUPO HIPOTIROIDISMO PREGESTACIONAL	GRUPO HIPOTIROIDISMO GESTACIONAL	GRUPO CONTROL	SIGNE. ESTAD.
TSH 6.3 (rango 1.6-25.18)	TSH 6.63 (rango 1.6-20)	TSH 5.7 (rango 0.7-24.44)	n.s.
T4l 2.4 (rango 1.2-4.2)	T4l 2.4 (1.3-3.8)	T4l 2.5 (rango 1.8-2.37)	n.s.

CONCLUSIONES

Las madres con hipotiroidismo previo al embarazo recibieron dosis más elevadas de tiroxina.

El tratamiento de hipotiroidismo materno en la gestación según las nuevas recomendaciones internacionales no se ha acompañado de alteraciones hormonales en el recién nacido.